



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Resortní bezpečnostní cíle

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Adéla Lysáková

Vedoucí práce: doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Resortní bezpečnostní cíle*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2017

.....

Bc. Adéla Lysáková

Poděkování

Touto cestou bych chtěla velice poděkovat své vedoucí práce, paní doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D., za její cenné rady, ochotu, pomoc a laskavé vedení při zpracovávání mé diplomové práce. Velké poděkování patří také mému partnerovi a mým rodičům za jejich podporu a trpělivost. Zároveň bych chtěla poděkovat všem respondentům, díky kterým jsem mohla svůj výzkum realizovat.

Resortní bezpečnostní cíle

Abstrakt

Cíl práce: Cílem předkládané studie je popsat zásady bezpečné identifikace pacientů sestrou a používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika. Dalším cílem je definovat postupy pro prevenci záměny výkonu, lokalizace nebo pacienta na operačním sále a charakterizovat postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče. Následujícím cílem je popsat program prevence, redukce pádů a dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Poslední cíl je zaměřen na ústní a telefonickou ordinaci léků a hlášení výsledků vyšetření pacienta a na postup předávání pacientů. V souvislosti s těmito cíli bylo stanoveno osm výzkumných otázek.

Způsob dosažení cíle: Pro naplnění cílů práce byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda, která byla realizována prostřednictvím hloubkových rozhovorů. Pro výběr komunikačních partnerů byla zvolena metoda záměrného výběru. Výzkumné šetření probíhalo ve třech vybraných nemocnicích v Jihočeském kraji. Anonymního dotazování se zúčastnilo celkem 20 komunikačních partnerek. Hloubkové rozhovory byly prováděny s hlavní sestrou, manažerkou a manažerem kvality, perioperačními sestrami, sestrami z interního a neurologického oddělení a oddělení následné péče.

Vědecké přínosy práce: Výzkumná studie se zabývá aktuální problematikou bezpečnosti hospitalizovaných pacientů. Vědecké výsledky výzkumného šetření jsou určeny pro odbornou i laickou veřejnost. Výzkumná studie by mohla být podnětem pro management nemocnic v rámci zdokonalování systému poskytování bezpečné péče.

Získané poznatky a závěry: Hospitalizace pacienta v nemocnici představuje pro pacienta vždy riziko. Z hlediska minimalizování nežádoucích událostí a poškození pacienta musí zdravotnický personál bezpečně identifikovat pacienta, bezpečně používat riziková léčiva, předcházet nežádoucím událostem při operačních výkonech, dodržovat hygienu rukou a bariérové ošetrovatelské techniky. Zároveň musí zdravotnický personál správně postupovat při ústní nebo telefonické ordinaci léků a hlášení výsledků vyšetření pacienta a také při předávání pacientů. Dále je v zájmu zdravotnických pracovníků minimalizovat riziko pádu a předcházet vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

Klíčová slova: bezpečnost pacientů; management; ošetrovatelská péče; resortní bezpečnostní cíle

Departmental safety objectives

Abstract

The goals: The goal of the present thesis is to describe the principles of safe identification of patients by a nurse and the application of the medicines with higher risk rate. Another goal is to define procedures for prevention of a confusion of an intervention, a location or a patient at the operation theatre and to characterize the hand hygiene procedures in healthcare. The next goal was to describe a programme of prevention and reduction of falls and decubiti in hospitalized patients. The last goal focuses on the oral and telephonic prescription of medicines, on the reporting of patient examination results, and on the procedure of patient handover. Eight research questions were set in relation to these goals.

Methodology: A qualitative research method based on in-depth interviews was chosen to reach the goals of the thesis. The intentional choice method was chosen for the selection of the communication partners. The research was performed in three selected hospitals of the South Bohemia Region. 20 communication partners participated in the anonymous questioning. The in-depth interviews were performed with a head nurse, with a quality manager, with perioperative nurses, with nurses from a neurology department and an after-care department.

Scientific contributions of the thesis: The research deals with the current safety problems of hospitalized patients. The scientific results of the research are intended for both, specialist and the general public. The research study could serve to hospital managements as a stimulus for the improvement of the safety in the healthcare provision system.

The achieved findings and conclusions: Hospitalization always brings some risk to a patient. From the point of view of the minimizing of adverse events and damage to a patient healthcare staff need to identify a patient safely, to apply risky medicines in safe manners, to prevent adverse events in operations, to adhere to the hand hygiene and the barrier nursing techniques. The healthcare staff also have to proceed correctly in the oral or telephonic prescription of medicines, in reporting of patient examination results, and in the patient handover procedures. It is in also the interest of the healthcare staff to minimize the risk of falls and to prevent the occurrence of decubiti in hospitalized patients.

Key words: patient safety; management; nursing care; departmental safety objectives

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Kultura bezpečí	9
1.2 Bezpečí pacientů	9
1.2.1 Celosvětové události vedoucí k zajištění bezpečnosti pacientů.....	10
1.2.2 Problematika bezpečnosti pacientů v České republice	12
1.3 Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.....	13
1.3.1 Hlášení nežádoucích událostí.....	15
1.3.2 Prevence vzniku nežádoucích událostí	17
1.4 Mezinárodní bezpečnostní cíle.....	18
1.5 Resortní bezpečnostní cíle.....	18
1.5.1 Resortní bezpečnostní cíl 1 - Bezpečná identifikace pacientů.....	19
1.5.2 Resortní bezpečnostní cíl 2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti.....	22
1.5.3 Resortní bezpečnostní cíl 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech.....	25
1.5.4 Resortní bezpečnostní cíl 4 – Prevence pádů pacientů.....	27
1.5.5 Resortní bezpečnostní cíl 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče	30
1.5.6 Resortní bezpečnostní cíl 6 – Bezpečná komunikace.....	34
1.5.7 Resortní bezpečnostní cíl 7 – Bezpečné předávání pacientů	38
1.6 Vznik nového resortního bezpečnostního cíle	40
1.6.1 Resortní bezpečnostní cíl 8 – Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů	41
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	45
2.1 Cíle práce	45
2.2 Výzkumné otázky.....	45
2.3 Operacionalizace pojmů.....	46
3 Metodika.....	48
3.1 Použité metody.....	48
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	48
4 Výsledky.....	50

4.1	Kategorie „Bezpečná identifikace pacientů“	51
4.2	Kategorie „Bezpečnost při používání rizikových léků“	54
4.3	Kategorie „Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech“	59
4.4	Kategorie „Prevence a redukce pádu u hospitalizovaných pacientů“	63
4.5	Kategorie „Hygiena rukou a bariérové ošetrovací techniky“	70
4.6	Ústní a telefonická ordinace léku a hlášení výsledků vyšetření pacienta	77
4.7	Bezpečné předávání pacientů	80
4.8	Prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů	85
5	Diskuze	92
6	Závěr	103
6.1	Doporučení pro praxi	104
7	Seznam literatury	105
8	Seznam příloh	114
9	Seznam zkratk	115

Úvod

„Je zřejmé, že jednou z lidských vlastností je chybovat. Jednou z nich je ale také vytvářet řešení, objevovat alternativy a čelit výzvám, které jsou před námi.“

(Škrála, 2005, s. 3)

Bezpečná zdravotní péče je v současné době velmi diskutovaným tématem ve všech zdravotních institucích. Je kladen větší důraz na vyšší vzdělání zdravotnických pracovníků. Tento nový směr je způsobený rozvojem ošetrovatelské a lékařské péče a také tím, že i samotní pacienti se více začali zajímat o své zdraví a o kvalitu poskytované zdravotní péče. Dalším faktem je, že zdravotní péči poskytují lidé, kteří nejsou neomylní a mohou se při práci dopouštět chyb. Z toho důvodu by měl být systém zdravotní péče nastaven tak, aby docházelo k nežádoucím událostem minimálně.

Otázkou bezpečnosti pacienta a kvalitou poskytované zdravotní péče ve zdravotních institucích se začalo zabývat Ministerstvo zdravotnictví, které v roce 2010 vyhlásilo tzv. Resortní bezpečnostní cíle. Cíle směřují k minimalizaci rizik v nejrizikovějších oblastech poskytované zdravotní péče a stanovují požadavky, při jejichž plnění dochází ke snížení rizik pro pacienty a zvýšení bezpečnosti poskytované péče.

Tato práce si klade za cíl zmapovat vybraná specifika v rámci poskytování bezpečné péče pacientům. Práce chce dosáhnout zjištění, zda sestry znají preventivní opatření v oblasti bezpečné péče a jestli se řídí stanovenými pokyny a dodržují stanovené postupy v ošetrovatelské praxi.

Ráda bych touto prací upozornila na možné nedostatky při poskytování zdravotní péče. Při psaní diplomové práce jsem vycházela také z vlastních zkušeností ošetrovatelské praxe. Mým přáním je, aby byla poskytována kvalitní a bezpečná péče všem pacientům.

Na základě výzkumného šetření byly identifikovány neshody mezi doporučenými postupy ve sledovaných oblastech ošetrovatelské praxe. Následně byly navrženy změny v systému ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

1.1 Kultura bezpečí

Bezpečnostní kultura *Safety culture* představuje organizační kulturu, kde se zaměstnanci nebojí přiznat své omyly a pochybení a chtějí poskytovat co nejbezpečnější péči. Je to prostředí, ve kterém se pracovníci za svá pochybení netrestají, s výjimkou případů zjevné nedbalosti. Úsilí celého týmu je zaměřeno na realizaci takových opatření, která by pochybením zabránila nebo přinejmenším minimalizovala jejich vznik (Škrla a Škrlová, 2008).

V případě, že k pochybení dojde, je podstatné si uvědomit, že se nejedná pouze o osobní selhání, ale výsledek mnoha příčin. James Reason popsal tuto myšlenku ve svém modelu „ementálského sýru“. Tento model přirovnává zdravotnické zařízení k plátkům sýru plného děr, které jsou postavené jako dominové kostky za sebe. Může se snadno stát, že se jednotlivé díry překrývají a chyba v podobě jiskry proletí otvory a způsobí požár, tedy poškození pacienta (Reason, 2008). Plátky sýru znázorňují vybudované ochranné systémy, jako jsou například standardy, směrnice, systém řízení rizik, které mají taky řadu děr, například chyby v komunikaci, nedostatek personálu, únavu, neefektivní výuku (Reason, 2008). Cílem všech zdravotnických pracovníků je zacelit „díry“ v nastaveném systému a vytvořit opatření, která zabrání vzniku pochybení (Škrla a Škrlová, 2008).

Podle Jonese (2008) jsou pro vybudování efektivní kultury bezpečí podstatné následující principy: Je nutné si uvědomit, že řízení zdravotnického zařízení je vždy rizikové, ale i přesto může být řízeno takovým způsobem, aby vzniklo minimum pochybení. Pro správně nastavenou kulturu bezpečí je důležitá aktivita vedení v rámci vyhledávání problémů, analýze chyb a následného poučení se ze vzniklých chyb. Zároveň je klíčové zajistit takové prostředí, kde je hlášení nežádoucích událostí normou a kde zaměstnanci nemají strach z možných trestů (Jones et al., 2008).

1.2 Bezpečí pacientů

Bezpečnost pacientů je definovaná jako ochrana pacienta před poškozením či potencionálním poškozením v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Jde o vykonávání takových činností, které chrání pacienty před poškozením v důsledku lékařské a ošetrovatelské péče (Úřední věstník Evropské unie, 2009).

Nedostatečná bezpečnost pacientů představuje významný problém pro oblast veřejného zdraví a ekonomickou zátěž kvůli značně omezeným prostředkům ve zdravotnictví. Mnohým nežádoucím událostem je možné u hospitalizovaných pacientů předejít, protože většina z nich je zapříčiněná systémovými faktory (Úřední věstník Evropské unie, 2009).

Aktivní postoj k řešení problematiky bezpečnosti zaujala Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO) prostřednictvím Světové aliance pro bezpečnost pacientů a Rada Evropy (Úřední věstník Evropské unie, 2009).

1.2.1 Celosvětové události vedoucí k zajištění bezpečnosti pacientů

V lednu 2002 doporučila Výkonná rada Světové zdravotnické organizace (World Health Organization - WHO) při 55. Světovém zdravotnickém shromáždění rezoluci zabývající se oblastí bezpečí pacientů. Tuto rezoluci (WHA55.18) přijalo shromáždění WHO v květnu 2002. Prostřednictvím rezoluce byly členské státy vyzvány, aby věnovaly pozornost problematice bezpečnosti pacientů a rozvíjely zdravotnické systémy na vědeckém základě, což je nezbytné pro zvýšení bezpečnosti pacientů a kvality poskytované péče včetně sledování bezpečí léčiv, použití odborných zdravotních pomůcek a technologií (Donaldson, 2004). Rezoluce vyzvala WHO, aby rozvíjela normy a standardy na celosvětové úrovni, využila odborných postupů založených na důkazech v oblasti bezpečí pacientů a aby podporovala členské státy v činnostech zajišťujících bezpečnost pacientů. Na podkladě této rezoluce se k aktivitám v zajištění bezpečí pacientů připojila více než polovina členských zemí (Donaldson, 2004).

V květnu 2004 bylo na 57. Světovém zdravotnickém shromáždění posouzeno plnění rezoluce WHA55.18. V důsledku pokroku při plnění rezoluce podalo Světové zdravotnické shromáždění návrh na vytvoření Světové aliance pro bezpečí pacientů (World Alliance for Patient Safety). Vytvoření Světové aliance je významným krokem o snahu zlepšit bezpečnost zdravotní péče ve všech členských státech (Donaldson, 2004).

Hlavním posláním Světové aliance pro bezpečí pacientů je rozšiřování informací o možných preventivních opatřeních minimalizujících riziko poškození pacientů. Součástí těchto aktivit je pravidelné zveřejňování dobré praxe vedoucí k redukci nežádoucích událostí (Patient Safety Solutions). Jedná se o odborná doporučení, která zpracovává skupina mezinárodních expertů a publikuje je centrum WHO pro bezpečí

pacientů při Joint Commission v USA (Patient Safety Solutions Preamble - May 2007, 2007).

Úplná verze Patient Safety Solutions byla zveřejněna v květnu 2007 a tato doporučení jsou zaměřena na správnou identifikaci pacientů, řádný postup při hygieně rukou, prevenci záměny orgánu nebo výkonu či pacienta, prevenci záměny léků s podobnými názvy a obaly, postup při předávání pacientů mezi směnami, bezpečné skladování koncentrovaných elektrolytů, prevenci medikačních chyb při překladech pacientů, řádné použití jednorázových pomůcek a prevenci nesprávného napojení katetrů (Patient Safety Solutions Preamble - May 2007, 2007).

Významný podíl na bezpečnost pacientů má Lucemburská a Londýnská deklarace. Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů byla schválena v dubnu 2005 na summitu členských států Evropské unie (Kalvachová, 2008). Součástí deklarace jsou doporučení, mezi něž patří umožnit pacientům volný přístup k informacím, které byly o nich získány při poskytování zdravotní péče. Zároveň je nutné zajistit správnost a srozumitelnost informací pro pacienty. Zásadní je také podporovat princip, že informovaný pacient lépe pečuje o své zdraví. Dále je doporučeno zavedení národního dobrovolného systému hlášení nežádoucích událostí a využívání nových technologií například zavedení elektronické formy dokumentace spolu se zajištěním bezpečných pracovních podmínek ve zdravotnictví a bezpečí pacientů. Deklarace apeluje na prosazování intenzivních školení uživatelů technologií ve zdravotnictví s cílem zajistit jejich bezpečné používání a na zajištění ochrany důvěrných informací, která následně povede k vytvoření vhodného prostředí, kde jsou chyby využity k poučení, nikoliv k určení pachatele viny (EHTEL, 2005).

Po Lucemburské deklaraci následovala deklarace Londýnská, která byla vyhlášena roku 2006 v březnu. Deklarace hlásí otevřenost, pravdivost a usiluje o spolupráci s poskytovateli zdravotní péče o prevenci před poškozením, a to jak v rozvinutých, tak i v rozvojových zemích. Zejména usiluje o rozšiřování programů vedoucích k bezpečí pacientů a navrhování správných řešení v rámci klinické praxe. V neposlední řadě vybízí k vytvoření systému hlášení pochybení a k následnému řešení na celosvětové úrovni (Sandars a Cook, 2007).

V návaznosti na Lucemburskou deklaraci v roce 2009 vydala Rada Evropské Unie Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, jehož obsah uvádí dokument č. 10120/09, vybízí členské státy, aby zavedly nebo zdokonalily své národní strategie zvyšování bezpečnosti pacientů

prostřednictvím prevence a kontroly (MZ ČR, 2010a). Tato činnost byla zahájena na základě zvýšení výskytu nežádoucích událostí souvisejících s poskytováním zdravotní péče v celé Evropě. Mezi nejčastější zjištěné události patří infekce spojené s poskytováním zdravotní péče, nežádoucí události spojené s podáváním léčiv, komplikace během chirurgických zákroků či po nich (Úřední věstník Evropské unie, 2009).

Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí se věnuje zavádění systému hlášení nežádoucích událostí, přičemž by tyto systémy měly obsahovat informace o rozsahu, typu a příčinách pochybení, nežádoucích událostí, také včetně těch, ke kterým téměř došlo. Dále vytvořit otevřené a anonymní prostředí pro možné podávání zpráv a hlášení nežádoucích událostí a tak pobídnout zdravotnický personál k tomu, aby podával zprávy a nabídnout mu objektivní řešení nežádoucích událostí na půdě poskytovatele zdravotních služeb (Hřib a Vychytil, 2010).

1.2.2 Problematika bezpečnosti pacientů v České republice

Zvyšování bezpečnosti pacientů a kvality péče je strategickým cílem Ministerstva zdravotnictví České republiky. Ministerstvo zdravotnictví v roce 2008 vydalo tzv. Knihu bezpečí, která je dostupná v elektronické podobě na internetových stránkách MZ ČR (MZ ČR, 2009). Úkolem knihy je srozumitelně vysvětlit všem lidem, kteří přicházejí do kontaktu s nemocničním prostředím, zdravotnickým personálem, ambulantními lékaři, lékárníky, například to, jak si vybrat kvalitního poskytovatele zdravotních služeb, jakým způsobem probíhá přijetí k hospitalizaci, jak poznáme, kdo je jaký pracovník v nemocnici. Dále tato kniha poskytuje laické veřejnosti celou řadu informací a užitečných rad, jak se v novém a cizím prostředí chovat, jaká jsou práva pacientů a na co je dobré si dát pozor (MZ ČR, 2009).

V roce 2009 Ministerstvo zdravotnictví vydalo brožuru Rádce pacienta, která navazuje na Knihu bezpečí. Brožura usnadňuje pacientům orientaci v systému poskytování zdravotních služeb (MZ ČR, 2010b). Obsahuje důležité kontakty na: poskytovatele zdravotních služeb, pacientské organizace a sdružení, zdravotní pojišťovny, profesní lékařské a sesterské organizace a také na střediska zdravotnické záchranné služby. Součástí brožury je mnoho užitečných informací a rad v oblasti komunikace se zdravotnickým personálem. Dále jsou zde doporučení, jak si vybrat

lékaře či zdravotní organizaci, a také seznámení s právy dětských i dospělých pacientů (Marx et al., 2009).

Distribuce Rádce pacienta probíhá průběžně v krajských nemocnicích a také přes praktické lékaře pro dospělé. Je k dispozici i ke stažení na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví (MZ ČR, 2010b).

V roce 2010 zahájila aktivitu Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče. Tato skupina je koordinačním orgánem a základnou pro výměnu informací o aktuální činnosti v oblasti bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče, a to na základě stávajících a vznikajících problémů a inovačních řešení (MZ ČR, 2015a). Pracovní skupina byla vytvořena na základě Doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí. Aktivita souvisí s rozvojem, podporou a začleněním bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče do programů v oblasti zdraví na celostátní, regionální a místní úrovni, včetně identifikace nejrizikovějších oblastí v návaznosti na Resortní bezpečnostní cíle pro rok 2010 (MZ ČR, 2015a).

Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče svou činnost zaměřuje na oblasti, kterými jsou: zavádění a rozvoj národních politik a programů pro zajištění bezpečnosti pacientů a kvality poskytované zdravotní péče, podpora programů zaměřených na zdraví, zlepšení informovanosti pacientů o platných normách v oblasti bezpečnosti pacientů, zavedení systému hlášení nežádoucích událostí, odborné vzdělávání zdravotnického personálu, sdílení zkušeností a osvědčených postupů v České republice na úrovni Evropské unie. V neposlední řadě rozvoj výzkumu v oblasti bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče (MZ ČR, 2015a).

1.3 Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb

Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je zakotveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), které zveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Zákon stanovuje dvě úrovně hodnocení: interní a externí. Interní hodnocení se vztahuje na všechny poskytovatele zdravotních služeb. Každý poskytovatel péče v souladu s ustanovením § 47 odst. 3 písm. (b) je povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Zákon stanovuje povinnost poskytovatelům zdravotních služeb zavést interní systém sledování a hodnocení kvality zdravotních služeb. Následně podle výsledků hodnocení jsou zaváděna příslušná preventivně nápravná opatření (MZ ČR, 2012a). Na základě výsledku sebehodnocení si poskytovatel zdravotních služeb sestaví svoje individuální plány zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Z výsledků sebehodnocení poskytovatel určí oblasti, v nichž si zdravotnická organizace vede dobře, a ty oblasti, které by bylo třeba zdokonalit a které nesplňuje vůbec (MZ ČR, 2012a).

Na základě těchto skutečností by měl být vypracován plán, který bude tyto nedostatky řešit. Je důležité, aby naplánované aktivity byly přiřazeny k cílům a k dostupným zdrojům poskytovatele (MZ ČR, 2012a).

Systém interního sebehodnocení není určen k vystavení certifikátů kvality a nejedná se ani o složení zkoušky. Jde o povinný systém řízení kvality pro lůžková zdravotnická zařízení. Hlavním cílem je shromažďování informací, pochopení organizace péče, minimalizace duplicitních činností a odhalení potenciálních možností ke zlepšení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Jedná se o proces hodnocení sebe sama a zajištění trvalého zlepšování (MZ ČR, 2012a). Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče musí dodržovat práva pacientů i osob pacientům blízkým, řešit neodkladné stavy, sledovat a vyhodnocovat nežádoucí události, sledovat spokojenost pacientů. Dále dodržovat personální zabezpečení zdravotní péče, dodržovat a uveřejňovat objednací doby pacientů na zdravotní výkony (Bartůněk a Jurásková, 2016).

Proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoven v § 98 zákona č. 372/2011 Sb., a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Tato vyhláška byla vydána dne 22. března 2012. Jmenované předpisy byly vydány s cílem právně ukotvit a vymezit podmínky a požadavky na zajištění procesů hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví. Obecnými cíli tohoto hodnocení je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb, posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb a také zlepšení systému řízení ve zdravotnictví (MZ ČR, 2012b). Ve zmiňované prováděcí vyhlášce jsou v současné době upraveny podmínky hodnocení kvality a bezpečí výhradně pro lůžkovou zdravotní péči. V budoucnu se předpokládá, že požadavky na kvalitu

a bezpečí pro další typy zdravotní péče budou vymezeny až na základě dosažení jisté míry připravenosti poskytovatelů zdravotních služeb (MZ ČR, 2016b).

Současné právní předpisy umožňují zhodnotit u poskytovatelů zdravotních služeb organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to v rámci jejich kvality a bezpečí. Externí hodnocení je dobrovolný proces a hodnocení můžou provádět fyzické nebo právnické osoby, které k této činnosti získaly oprávnění podle zákona č. 372/2011 Sb., (MZ ČR, 2016b). Hodnocení kvality probíhá na základě smlouvy uzavřené mezi poskytovatelem a hodnotitelem. Oprávněná osoba musí uveřejnit hodnotící standardy a pravidla hodnocení na svých webových stránkách. Poskytovatel, který splní stanovené minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí, včetně požadavků na personální zabezpečení, získá certifikát kvality a bezpečí s platností na tři roky. Získáním certifikátu je zakončeno celé hodnocení úrovně poskytovaných zdravotních služeb (MZ ČR, 2016b).

1.3.1 Hlášení nežádoucích událostí

Nežádoucí událost definuje Filka (2010) jako událost, při které došlo k pochybení během výkonu u pacienta nebo procedury, a to za situace, kdy ošetrovatelská nebo lékařská intervence nebyla provedena podle plánu, ošetrovatelských standardů či platných směrnic. Následkem této odchylky od standardizované péče bylo poškozeno zdraví pacienta, zaměstnance či jiné osoby nebo majetku (Filka, 2010).

V současné době je prioritou všech poskytovatelů zdravotních služeb zajistit bezpečnou péči a poskytnout pacientům a zaměstnancům bezpečné prostředí. Pro dosažení tohoto cíle je nezbytné zajistit včasné hlášení nežádoucích událostí, jejich šetření a vyhodnocení (Filka, 2010).

Jako nejčastější nežádoucí události Filka (2010) uvádí: pády, medikační pochybení, pochybení v rámci strategie léčby, nebezpečné nebo neopatrné chování zdravotníků či pacientů, kolaps přístrojové techniky, poškození nebo ztráta majetku nemocnice či majetku pacienta (Filka, 2010).

Cílem celého procesu není určení viníka a jeho potrestání, ale hlavně vzbudit hlubší zájem u všech zaměstnanců. Motivovat je k pečlivému a soustavnému vyhledávání a zkvalitňování nevhodných procesů a systému v rámci nemocnice (Filka, 2010).

Prevence a hlášení nežádoucích událostí patří do kompetencí ošetrovatelského personálu. V moderním ošetrovatelství hlášení představuje významný výukový prvek a důležitou zpětnou vazbu, která umožní opravit chyby v systému.

Dokonce ekonomicky vyspělé státy hlášení nežádoucích událostí nejen podporují, ale někde je i odměňují (Škrla a Škrlová, 2008).

Roku 2008 vznikla v rámci prevence nežádoucích událostí národní evidence hlášení nežádoucích událostí, která je dostupná na www.shnu.uzis.cz. V současné době je tento systém povinný pouze pro organizace přímo řízené MZ ČR. Do budoucna se předpokládá, že tento systém bude povinný pro všechny poskytovatele zdravotních služeb (Hettnerová, 2016).

Hlášení nežádoucích událostí se nejčastěji provádí elektronickou formou. V rámci toho systému může poskytovatel zdravotních služeb sledovat i další případy nežádoucích událostí v dalších zdravotnických zařízeních. V současné době není stanovena povinnost předávat anonymní data o nežádoucích událostech do Národního systému (MZ ČR, 2012d). Systém hlášení nežádoucích událostí je součástí managementu rizik a lze ho využít k vytvoření nových strategií pro bezpečnou praxi (Škrla a Škrlová, 2008).

Hlášení nežádoucích událostí se řídí určitými principy. Poskytovatel zdravotních služeb ručí za nesankční přístup u hlášení nežádoucích událostí. Současně stanovuje okamžité hlášení nežádoucích událostí jako povinné pro každého zdravotnického pracovníka, který událost zjistí. Tato povinnost hlášení se netýká jen sester a dalších klinických pracovníků, ale je také zaměřena na pracovníky dodavatelských firem zajišťující pro zařízení některé služby. Dále musí poskytovatel zdravotních služeb edukovat své zaměstnance o smyslu a účelu hlášení nežádoucích událostí. (ÚZIS, 2015).

Sepsání hlášení je jednoduché, ale musí obsahovat určité údaje. V hlášení uvádí zdravotnický pracovník údaje týkající se identifikace pacienta, identifikace osob přítomných u události (sestra, lékař, popřípadě další svědci), identifikace zařízení (stanice, oddělení, zařízení), popis nežádoucí události, datum a čas a další důležité skutečnosti, například, jestli byla chodba suchá a měl pacient pantofle (ÚZIS, 2015).

Následně je hlášení nežádoucí události předáno přímo osobě či osobám, které mají na starost zpracovávání hlášení nežádoucích událostí. Požadavek na podpis vedoucím pracovníkem nemá vliv na oddělený proces okamžité reakce na případnou změnu zdravotního stavu, jejíž popis je nezbytné zaznamenat do zdravotnické dokumentace a může vyžadovat podpis ošetřujícího lékaře nebo nadřízeného pracovníka. Poskytovatel zdravotních služeb musí následně informovat všechny své zaměstnance o nežádoucí události, její příčině a stanovených preventivních opatřeních (ÚZIS, 2015).

1.3.2 Prevence vzniku nežádoucích událostí

Úkolem všech poskytovatelů zdravotních služeb je aktivně realizovat systém péče, který je spolehlivý, celistvý a odolný proti riziku pochybení. V zájmu každého zdravotního zařízení je udržování přátelské organizační kultury, kde zaměstnanci nepocítují strach, že se jejich chyby a hlášení nežádoucích událostí obrátí vůči nim. Vytváří tím tak pozitivní atmosféru pro zlepšení bezpečí pacientů (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Legislativa v ČR zdůrazňuje nesakční přístup k hlášení nežádoucích událostí. To znamená, že pracovníci, kteří nahlásí událost, jsou chráněni před postihem (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Zdravotnické zařízení by mělo podporovat takovou kulturu, ve které není potrestán zaměstnanec, který chybu zavinil, ale ten, kdo ji nenahlásil (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

Podstatné je hledat skutečné příčiny pochybení a odstranit je, protože potrestání pracovníka, který chybu zavinil, aniž by se hledala systémová příčina události, dlouhodobě situaci nevyřeší. Dojde-li již k nežádoucí události, je podstatné, aby vedení nemocnice zachovalo rozvahu a nepodléhalo tlaku například od rodinných příslušníků, zřizovatelů či médií. Vedoucí pracovníci, kteří rozvíjejí kulturu bezpečí, identifikují příčinu pochybení a uvedou do praxe preventivní a nápravná opatření, která sníží riziko vzniku dalšího pochybení (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

V rámci prevence nežádoucích událostí by měl poskytovatel zdravotních služeb na všech pracovištích aktivně podporovat otevřenou komunikaci. Tímto krokem je odstraněno negativní působení tzv. nekritické hierarchizace systému. Například v situaci, kdy se sestra bojí upozornit lékaře na chybu nebo oznámit nadřízenému pracovníku rizikovost stanovených procesů (Sammer et al., 2010). Zlepšení komunikace mezi lékaři a sestrami a podpora jejich týmové spolupráce jsou základním stavebním kamenem pro zlepšení bezpečnosti kultury a kvality poskytované péče (Manser, 2009).

S komunikací souvisí i zpětná vazba, která má svůj smysl v tom, že pracovníci mohou o výsledcích mluvit nebo plánovat změny ke zlepšení dané situace. Dále se zvyšuje motivace pracovníků k hlášení nežádoucích událostí a výsledkem je zlepšení bezpečnosti poskytované péče. Pokud by pracovníci zpětnou vazbu nedostávali, tak nebudou mít na daný problém komplexní pohled a mohou dospět k závěru, že se jedná jen o další administrativní zátěž, ze které není žádný užitek. Důležitým aspektem v prevenci pochybení je také kontinuální vzdělávání sester, lékařů a dalších zdravotnických pracovníků (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

Další podmínkou pro zajištění kvalitní a bezpečné péče je zajištění dostatečného množství pracovníků na oddělení. Požadavky na personální zabezpečení ve zdravotnických zařízeních definuje vyhláška č. 99/2012 Sb., Jestliže by poskytovatel zdravotních služeb požadavky dle vyhlášky nedodržel, například kvůli nedostatku pracovníků, je povinen učinit taková opatření, která neohrozí bezpečí pacientů a kvalitu poskytované péče (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

V roce 2010 vydalo MZ ČR opatření tzv. Resortní bezpečnostní cíle zaměřující se na kvalitu a bezpečnost zdravotní péče. Tyto cíle jsou preventivními mechanismy a podle nich je možné zabránit nežádoucím událostem (MZ ČR, 2015c).

1.4 Mezinárodní bezpečnostní cíle

Mezinárodní bezpečnostní cíle jsou od 1. ledna 2008 závaznou součástí akreditačního šetření pro nemocnice, akreditované podle Mezinárodních akreditačních standardů Joint Commission International. Smyslem Mezinárodních bezpečnostních cílů je podporování a zvyšování bezpečí u pacientů ve specifických oblastech (Joint Commission International, 2008). Cíle pokrývají oblasti, ve kterých je průkazně riziko při poskytování zdravotních služeb nejvyšší, a uvádějí návrhy na jejich řešení. Bezpečná a kvalitní zdravotní péče se může poskytnout jedině v zařízení, které má dostatečně funkční vnitřní systémy a procesy. Při rozhodování u udělení akreditace je plnění Mezinárodních bezpečnostních cílů hodnoceno samostatně (Joint Commission International, 2008). Cíle pokrývají následující oblasti: správná identifikace pacientů, efektivní komunikace, zvýšení bezpečí u rizikových léků, prevence záměny pacienta při výkonu a lokalizace provedení, nemocnice zavede postupy vedoucí ke snížení rizika nozokomiálních infekcí, nemocnice zavede postup vedoucí ke snížení rizika poškození pacientů v důsledku pádů (Joint Commission International, 2008).

1.5 Resortní bezpečnostní cíle

V rámci Evropské unie je téměř osmi až dvanácti procentům pacientů hospitalizovaných v nemocnicích způsobena újma nežádoucími událostmi při poskytování zdravotní péče (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). V důsledku dopadu nežádoucích událostí na pacienty zavedlo Ministerstvo zdravotnictví opatření, které zajišťují vyšší bezpečnost a kvalitu při poskytování zdravotní péče. Tímto opatřením je vydání „Resortních bezpečnostních cílů“, které byly vyhlášeny v březnu roku 2010 (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Cíle vycházejí z doporučení Rady Evropské unie

o bezpečnosti pacientů včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a jednotlivých doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů a byly upraveny na národní podmínky (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Resortní bezpečnostní cíle jsou součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Cílem tohoto plánu je určit konkrétní prostředky na zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče v podmínkách České republiky (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

Resortní bezpečnostní cíle se vyhláší prostřednictvím doporučených postupů, které vedou ke snižování rizik poškozených klientů v průběhu poskytování zdravotní péče. Jsou povinné pro přímé řízené organizace a současně slouží jako doporučení pro ostatní poskytovatele zdravotních služeb bez ohledu na jejich typ. Dle typu jsou to zařízení lůžková, ambulantní, akutní a následná (MZ ČR, 2016a).

Cíle pokrývají oblasti, ve kterých je průkazné riziko při poskytování zdravotních služeb nejvyšší. Pokrývají následující oblasti: 1. Bezpečná identifikace pacientů 2. Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti 3. Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech 4. Prevence pádů pacientů 5. Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče 6. Bezpečná komunikace 7. Bezpečné předávání pacientů. 8. Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů (MZ ČR, 2016a).

1.5.1 Resortní bezpečnostní cíl 1 - Bezpečná identifikace pacientů

Během poskytování zdravotní péče může dojít k závažným rizikům. K velmi závažnému riziku patří záměna pacientů z důvodu nesprávné identifikace. Záměna pacienta může vážně ohrozit a poškodit jeho zdraví. Identifikace pacienta začíná již v okamžiku jeho příjmu k hospitalizaci (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Jako chybnou identifikaci označujeme situaci, kdy se při poskytování péče náležitě nepotvrdí identita pacienta. K nesprávné identifikaci může dojít v průběhu všech forem a druhů poskytované zdravotní péče (Marx, 2015). Pacienti mohou být například utlumeni některými léky, mohou být zmatení nebo dezorientovaní, trpět senzorickými poruchami, mohou si poplést pokoj či své lůžko (Joint Commission International, 2008). Dále může dojít k záměně pacienta při podávání léků, krevních transfúzí, při odběrech biologického materiálu, invazivních výkonech nebo vyšetřeních (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

K záměně pacienta dochází z toho důvodu, že je nedostatečně vedena identifikace pacienta. Sestra například osloví pacienta jen jménem nebo příjmením, nezkontroluje

údaje na identifikačním náramku či neporovná zjištěné informace se zdravotnickou dokumentací. Příčiny záměny mohou pramenit v nedbalosti, nepozornosti, v jazykové či komunikační bariéře nebo z nedostatku času (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Riziko chybné identifikace můžou zvyšovat i následující okolnosti: současná přítomnost pacientů se stejným nebo podobným příjmením na pracovišti, obtížně komunikující či nekomunikující pacienti (malé děti, zmatení pacienti apod.), pacienti nehovořící česky (Marx, 2015). Nesprávná identifikace pacienta může vést k medikační chybě, k nesprávné terapii, mylné diagnóze či k chybným vyšetřením. Některé z těchto chyb mohou mít pro pacienta fatální následky, a to zejména ty, které jsou spojené s podáváním krevních transfuzí (Brabcová, Bártlová a kol. 2015). Chyby spojené s podáváním krve a transfuzních přípravků se dle odhadu vyskytují v jednom případě z tisíce (Schulmeister, 2008). Důsledky záměny pacientů jsou často velmi vážné, a proto musí být riziko těchto nežádoucích událostí co nejvíce minimalizováno (Paparella, 2012). Správná identifikace pacientů je zásadním předpokladem pro bezpečnou ošetrovatelskou a lékařskou péči. Podle Mezinárodních standardů (Joint Commission International, 2008) je každá zdravotní instituce povinna vymezit jednotný postup identifikace pacienta, který je používán stejným způsobem všemi zaměstnanci (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

První resortní bezpečnostní cíl Ministerstva zdravotnictví se týká bezpečného jednotného postupu při identifikaci pacienta zdravotnickým personálem. K realizaci cíle vypracuje nemocnice vnitřní předpisy upravující správný postup identifikace všech pacientů. Tento předpis stanovuje závazné postupy zdravotnických pracovníků při péči o všechny pacienty a upravuje postupy pro mimořádné situace, například péče o pacienty na dětských a psychiatrických odděleních (MZ ČR, 2016a).

Vnitřní postupy vyžadují alespoň dva prostředky k identifikaci pacienta, například jméno a datum narození, čárový kód na identifikačním náramku (Joint Commission International, 2008). Pokud nelze použít ani jeden ze zmíněných postupů, protože je pacient například agresivní nebo duševně nemocný, je možné použít fotografii pacienta, která musí být založena ve zdravotnické dokumentaci (Marx, 2015). K dalším identifikačním prostředkům v žádném případě nepatří označení pokoje nebo lůžka pacienta. Identifikace pacienta se provádí vždy před podáním léčiv, krevních derivátů, při odebírání krve a jiných biologických vzorků pro laboratorní vyšetření či pro provádění diagnostických a terapeutických výkonů (Joint Commission International,

2008). Identifikační údaje pacienta je vždy bezpodmínečně nutné zkontrolovat s údaji ve zdravotnické dokumentaci (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

V současné době má většina nemocnic zaveden systém identifikačních náramků. Na identifikačním náramku je uvedeno jméno, příjmení pacienta a datum narození. Identifikační náramky nosí pacienti po celou dobu jejich hospitalizace a měli by je mít umístěné na nedominantní ruce (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Jestliže má pacient alergii na umělou hmotu, je vhodné vypořadit náramek mulovou gázou. Pokud je náramek odstraněn, například z důvodu zavedení periferní kanyly či podání intravenózního léku, musí být ihned nahrazen. Sestry musí pravidelně kontrolovat čitelnost informací uvedených na náramkách a následně provést zápis do dokumentace, že provedly kontrolu (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Přestože zdravotnický personál má povinnost před každým výkonem ověřit totožnost pacientů, v praxi se často setkáváme se zanedbáváním identifikace pacientů, která je zřejmě způsobena neochotou zdravotnického personálu (Marx, 2015). Z tohoto důvodu musí vedení nemocnice prostřednictvím vnitřních kontrol vyhodnocovat dodržování stanoveného postupu identifikace pacientů zdravotnickými pracovníky. Identifikační náramky se v nemocnicích využívají v několika barvách. Například bílý náramek je určený jen k identifikaci pacienta. Červený náramek je pro pacienty, kteří jsou v riziku pádu (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Zelená barva identifikačního náramku ukazuje na přidružené riziko, například diabetes mellitus. Pokud je náramek špatně čitelný nebo jsou na něm uvedené špatné údaje, může v této situaci dojít ke špatné identifikaci pacienta. Identifikační náramky jsou vnímány jako jeden z opěrných bodů bezpečné a kvalitní péče a stávají se obvyklou součástí zdravotnických systémů (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Je zřejmé, že systém identifikačních náramků nahradil způsob identifikace pacientů prostřednictvím tabulek u lůžka, který není v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

Dalším vhodným způsobem identifikace je počítačový systém používající k identifikaci čárový kód pacienta (Moyen et al., 2008). Pacient získá na příjmu pásek s čipem nebo čárovým kódem. Pomocí čtecího zařízení je možné pacienta identifikovat v celé nemocnici, což je přínosem například u lidí, kteří nekomunikují, popřípadě jsou dezorientovaní či zmatení. Identifikaci pomocí čtečky používají i zaměstnanci Nemocnice Na Homolce od roku 2004 (Čermák, 2006).

Při odběru biologického materiálu je klíčová nejenom správná identifikace pacienta, ale i správné označení zkumavky, do které se biologický materiál odebírá. Po

odběru biologického materiálu je sestra povinna neprodleně označit odběrovou zkumavku nalepovacím identifikačním štítkem. (Schulmeister, 2008).

Sestra by nikdy neměla spoléhat jenom na svoji paměť nebo na to, že pacienta již zná. Nesprávné identifikaci pacienta může zdravotnický pracovník zabránit dvojitou kontrolou totožnosti. Důležité je také, aby měl pacient pocit, že je rovnocenným partnerem. Protože jedině informovaný pacient se může správně zapojit do procesu poskytování bezpečné péče v dnešním složitém systému zdravotní péče (Schulmeister, 2008).

1.5.2 Resortní bezpečnostní cíl 2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

Druhým resortním cílem je zajištění bezpečnosti při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti. Mezi riziková léčiva se řadí injekční roztoky chloridu draselného o minimální koncentraci 7,45 %, inzulíny či neředěné hepariny (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

Povinností lůžkového zařízení je v rámci vnitřní směrnice upravit postup při objednávání, skladování a podávání léčiv s vyšší mírou rizika s cílem zamezit chybě při podávání (Vytejčková et al., 2015). Není doporučováno objednávat zmíněná léčiva na pracovištích, kde to není z klinického hlediska nutné (například standardní oddělení oční, kožní či ORL). Jestliže jsou tyto léčiva umístěny na odděleních, musí být jasně označena a skladována odděleně od ostatních léků v uzamčeném prostoru s označením, že v místě jsou uložena riziková léčiva (Vytejčková et al., 2015).

K realizaci resortního cíle vypracuje nemocnice seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti dle charakteru oddělení. Musí zajistit bezpečné umístění všech těchto léčivých přípravků v souladu s doporučením výrobce. V neposlední řadě musí mít lůžkové zařízení stanovené podmínky pro užívání léčiv, která jsou vnesena na oddělení samotnými pacienty (MZ ČR, 2012a).

V současné době existuje v České republice varianta, která většinou rizik spojených s podáním kalia dokáže předcházet. Jedná se o využívání nízkokoncentrovaných roztoků chloridu draselného ve formě premixů. Jsou to lahve o obsahu 500 ml, v nichž je obsažen chlorid draselný v koncentraci 0,15 % (10 mmol/500 ml) nebo 0,30 % (20 mmol/500 ml) v nosném roztoku 5 % glukózy nebo fyziologického roztoku (Bačová et al., 2012). U hotových nízkokoncentrovaných roztoků odpadá nutnost manipulace s koncentrovanými roztoky, čímž se snižuje riziko nesprávného nařazení infuze.

Zároveň jejich uchovávání nevyžaduje žádná opatření, tedy oddělené skladování v uzamykatelných skříních (Klusáková 2014). Netíková (2012) dodává, že vysokokonzentrovaný roztok chloridu draselného využívají zejména na jednotce intenzivní péče a na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde bývá požadavek na léčebnou dávku u pacientů vyšší než na standardním lůžkovém oddělení. Jako nejefektivnější způsob zajištění paušálního používání premixů ve zdravotnických institucích se jeví vytvoření vnitřních předpisů a standardů, které budou používání těchto léků vyžadovat ve všech případech (Bačová et al., 2012). Příkladem může být používání nízkokonzentrovaných roztoků na standardních lůžkách v rámci vnitřního předpisu v Nemocnici Na Bulovce od roku 2011 (Bačová et al., 2012).

Obaly a názvy léčiv by měly přispívat k vyšší bezpečnosti pacienta a mít roli preventivní (Vachková, 2010). Z toho důvodu je nutné zmínit problematiku LASA léků (Look-Alike, Sound-Alike medication names). LASA léky jsou léky, které mají podobné adjustace nebo podobně znějící názvy (Marx et al., 2013a). Vachková (2010) uvádí porovnání denně používaného léku, u nichž je vysoké riziko záměny Succinylcholinjodidu – svalového myorelaxans depolarizujícího typu – a Hydrocortisonu – hormonu ze skupiny glukokortikoidů. Obě balení léků jsou naprosto shodná, jediným rozdílem je barva pruhu v horní části obalu a vrchní zátky u ampulky. Vzhledem k možnému riziku je důležitá spolupráce s výrobcem při uvádění nových léků na trh (Vachková, 2010).

Léčiva se na oddělení objednávají většinou z nemocniční lékárny prostřednictvím speciálního tiskopisu nebo přes počítačový systém. O hospodaření s léky na pracovišti rozhoduje staniční sestra, vedoucí sestra, popřípadě vrchní sestra (Vytejková, 2015). Léky se na oddělení se objednávají s ohledem na spotřebu a individuální potřeby pacientů. Po převzetí léku na pracoviště se léčiva administrativně převezmou, zkontroluje se jejich expirace a vyznačí se na všech krabičkách. Následně se léky skladují v souladu s doporučením výrobce (Vytejková, 2015).

Zvláštním režimem je stanovena manipulace s opioidy. Opiáty jsou alkaloidy obsažené ve výtažku nezralých makovic. Opiáty i opioidy patří mezi návykové, omamné látky, které jsou dostupné v celé škále lékových forem, například tablety, roztoky, náplasti (Vytejková, 2015). Tyto látky se objednávají na oddělení na speciální tiskopis, na kterém je vyznačen příčný modrý pruh (Vyhláška č. 84/2008 Sb.). Opiáty jsou na oddělení uloženy v pevně zabudovaném trezoru. Aplikovat opiáty mohou jen pověřené osoby, které jsou jmenovitě uvedeny na začátku evidenční knihy návykových

látek. Každá aplikace opiátu musí být s časem a s podpisem podávající osoby zapsána v dekurzu a stejně tak v opiátové knize (Vytejková, 2015). Jestliže dojde k znehodnocení opiátu, například při rozbití ampulky nebo spotřeby pouze části léku, tak se musí provést neprodleně záznam se svědkem. Zbývající část roztoku v ampuli je nezbytné znehodnotit nasátím do buničínového čtverce, aby nebylo možné látku dál využít či znehodnotit (Vytejková, 2015). Důležité je, aby probíhala kontrola opiátu sestrami před jednotlivými službami. Spočítají se formou fyzické kontroly všechny opiáty a provede se administrativní kontrola v knize opiátu. Zodpovědnost za hospodaření s opiáty má staniční sestra a vedoucí lékař pracoviště (Vytejková, 2015).

Příprava a podávání léků v nemocnicích je vysoce rizikovou a náročnou činností, která vyžaduje erudovaný personál a přijetí bezpečnostních pravidel. Všechny zásady bezpečného podávání směřují k prevenci medikačního pochybení (Vytejková, 2015). Medikační pochybení může mít závažný vliv na pacienta, zdravotníka i nemocnici. Z toho důvodu je důležité se na výkon plně soustředit. K preskripci léčiva má kompetenci pouze lékař. Sestra bez ordinace lékaře nesmí léky pacientovi podat (Vytejková, 2015). Bezpečné podání medikace začíná správnou ordinací lékaře. Ordinance musí být písemná, uvedená v tištěné nebo v elektronické dokumentaci. Dekurz existuje pouze v jedné originální verzi a je určený pro všechny zdravotnický personál (lékařům, sestram, nutričním terapeutům atd.). Podle směrnic nemocnice má dekurz časovou platnost, například od 12:00 současného dne do 12:00 dne následujícího data (Vytejková, 2015). Ordinance lékaře v dekurzu musí být čitelná, úplná a aktuální. Vzhledem k čitelnosti se doporučuje tištěná verze před ručně psanou ordinací. Aktuálním problémem je chronická medikace vnesena do nemocnice samotným pacientem. Vzhledem k této problematice by měla mít nemocnice určený vnitřní předpis, podle kterého se řídí, a pacient musí být v této záležitosti poučen (Vytejková, 2015).

Pokud užívá některé léky pacient sám (obvykle tzv. „S.O.S léky“), ví o tom jeho ošetřující lékař a zapíše tuto informaci do dokumentace (Marx a Vlček, 2013b). Podávání léků patří ke každodenním ošetrovatelským činnostem. Při podávání léků si sestra musí být jistá, že postupuje podle zásad správné praxe. Sestra musí jednat na základě profesionálního úsudku a v dané situaci aplikovat znalosti a dovednosti. To znamená, že sestra zná lék, podává správnou dávku ve správný čas správným způsobem a zná i vedlejší účinky léků (Workman a Bennett, 2006). V nemocnici, kde sestra pracuje, by měla být přesně stanovená pravidla postupu, dohledu i přípravy personálu

pro podávání léčiv a pravidla o hlášení možného pochybení (Workman a Bennett, 2006).

1.5.3 Resortní bezpečnostní cíl 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

Třetím resortním cílem je prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech. Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče stanoví jednotné postupy, kterými se zabezpečí provádění správného výkonu u konkrétního pacienta a ve správné lokalizaci včetně výkonů prováděných mimo operační sály (například punkce), (MZ ČR, 2015c). Vnitřní předpisy stanovují povinnost zdravotnického personálu používat a zdokumentovat tzv. *předoperační bezpečnostní proceduru*, a to vždy před zahájením operačního zákroku. Tato procedura zahrnuje ověření identifikace pacienta, výkonu a strany výkonu. Pokud to umožňuje pacientův zdravotní stav, zajistí se jeho účast na označení místa operačního výkonu. Předoperační bezpečnostní procedura se provádí před zahájením operačního zákroku (Brabcová, Bártlová et al., 2015). V rámci této procedury se zhodnotí dostupnost a správnost potřebných technologií nebo zdravotnických prostředků. *Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu* je publikován na portálu kvality MZ ČR a slouží jako doporučení pro praxi jednotlivých nemocnic. Cílem poskytovatele péče je nastavit všechna opatření tak, aby k pochybením docházelo minimálně nebo vůbec (Brabcová, Bártlová et al., 2015).

„*Výkony provedené na nesprávném místě pacientova těla nejsou časté, avšak ani velmi vzácné*“ (Filipová a Pokojová, 2011, s. 34). Operace na špatné straně a u nesprávného pacienta jsou vždy velmi vážnou chybou. Nemocnice a ambulantní zařízení, kde je téměř většina procesů realizována lidmi, mají mnohem větší potenciál k pochybení (Filipová a Pokojová, 2011). Tato pochybení dokládají neustále zvyšující se počty hlášených případů. Například v USA bylo v roce 2005 Společné komisi hlášeno 88 případů prováděných výkonů na nesprávném místě těla pacienta (MZ ČR, 2010c). Výskyt těchto případů souvisí většinou s neefektivní a nesprávnou komunikací nebo nedostatkem informací. Z podrobných analýz zjištěných případů vyplývá, že hlavním faktorem přispívajícím k pochybení je skutečnost, že přístupy k předoperačnímu kontrolnímu postupu postrádají standardizovaný předoperační proces a také určitou míru automatismu ze strany zdravotnických pracovníků (MZ ČR, 2010c). Světová zdravotnická organizace pro zvýšení bezpečnosti operačního výkonu vytvořila předoperační bezpečnostní proceduru a nazvala ji Surgical Safety Checklist

(Chirurgický kontrolní list) (WHO, 2009a). Předoperační bezpečnostní procedura je proces, který chrání pacienta během operačního výkonu a snižuje riziko pochybení při poskytování péče. Jedná se o sofistikovanou víceúrovňovou kontrolu, která probíhá na operačních sálech u všech operačních výkonů podle stanovených kritérií, a jejím cílem je verifikovat připravenost operačního týmu na kritické okamžiky operace. Realizaci zmíněné procedury má většinou na starost obíhající perioperační sestra. Bezpečnostní procedura probíhá ve třech krocích (WHO, 2009a).

První krok bezpečnostní procedury začíná před podáním anestezie a je nazvaný *sign in* (přihlaste se). V tomto kroku se ověřuje: identita pacienta, druh operačního výkonu, správnost označení místa operačního výkonu, zkontrolují se podepsané souhlasy s výkonem a s anestezií (WHO, 2009a). Mimo jiné jsou ověřovány známé alergie pacienta a riziko ztráty krve při operaci. Následně se kontroluje funkčnost anesteziologického přístroje, připravenost anestetik, riziko aspirace, zhodnotí se možné překážky v dýchacích cestách a správné přiložení pulzního oxymetru (Wichsová et al., 2013).

Druhý krok bezpečnostní procedury s názvem *time out* (zastav se) je fáze zklidnění. Probíhá těsně před provedením incize kůže (WHO, 2009a). Všichni členové týmu uvedou své jméno a kompetence při operaci. Opětovně se ověří: identita pacienta, místo operačního výkonu, druh operačního výkonu. Dále operující lékař oznámí předpokládaná rizika výkonu, předpokládanou dobu operace, předpokládanou krevní ztrátu a potvrzuje profylaktické podání antibiotik v době 60 minut před zahájením výkonu (WHO, 2009a). Anesteziolog se vyjadřuje k možným rizikům anestezie. Perioperační sestra verifikuje připravenost nástrojů a operačních pomůcek a jejich sterilitu (WHO, 2009a). Instrumentující sestra sleduje průběh operačního výkonu, instrumentuje podle situace, v případě nutnosti se podílí na asistenci a provádí početní kontrolu nástrojů a materiálu. Obíhající perioperační sestra obsluhuje po celou dobu operace operační tým, dodává potřebný materiál a vede dokumentaci (Wichsová et al., 2013).

Poslední třetí krok bezpečnostní procedury s názvem *sign out* (odhlaste se) probíhá po ukončení operace. Perioperační sestry potvrzují provedení operačního výkonu, hlásí shodu všech nástrojů a materiálu, roušek, počet odebraných vzorků biologického materiálu a případné problémy s vybavením operačního sálu (WHO, 2009a). Chirurg s anesteziologem ordinují pooperační medikaci a další pooperační péči o pacienta. Do

další péče je pacient předán anesteziologem spolu s dokumentací (Wichsová et al., 2013).

Smyslem bezpečnostní procedury není nárůst administrativy a výkonů, ale reálné provedení kontroly rizikových oblastí za účasti celého operačního týmu, zapsané v Check listu, který je součástí jednotlivých operačních dokumentací (WHO, 2009b). Podmínkou bezpečné péče je zajištění zkušeného operačního týmu, který má komunikační dovednosti, organizační schopnosti a dokáže předvídat. V neposlední řadě lze nemocnici doporučit vyhodnocování kvality poskytované péče prostřednictvím pravidelných auditů (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

1.5.4 Resortní bezpečnostní cíl 4 – Prevence pádů pacientů

Čtvrtým resortním cílem je prevence pádů u pacientů. Pády pacientů v lůžkových a ambulantních zařízeních jsou jednou z nejčastějších nežádoucích událostí, a to nejen u seniorů, ale u všech věkových skupin pacientů (MZ ČR, 2015c). Pády řadíme mezi významné indikátory kvality péče (Weiserbs a Hahn, 2014). Cílem poskytovatelů zdravotních služeb je stanovit opatření, která by pády minimalizovala, a vést evidenci všech pádů pacientů. Zjištěné pády analyzovat, realizovat preventivní opatření a mimo jiné kontrolovat jejich dodržování, a zejména účinnost (MZ ČR, 2015c).

K realizaci cíle vypracuje nemocnice vnitřní předpis, který bude stanovovat povinnost vyhodnotit riziko pádů u pacientů při příjmu k hospitalizaci a opakované hodnocení u pacientů, u kterých došlo ke změně zdravotního stavu či spektra užívaných léků. Dále nemocnice stanoví opatření ke snížení rizika pádů u pacientů vyhodnocených jako riziková a zavede jednotný postup pro prevenci pádů a zranění (MZ ČR, 2012c).

Pádem pacienta v nemocnici či ambulanci rozumíme nežádoucí událost, jež vyústí v nepředvídatelném spočinutí pacienta na zemi nebo jiné podložce, která je níže než pacient (Joint Commission Resources, 2007). Pády pacientů jsou nejrizikovější a nejčastěji hlášenou nežádoucí událostí, komplikují základní onemocnění, mají negativní vliv na psychiku pacienta, prodlužují hospitalizaci, zvyšují náklady na léčbu, ale jsou rovněž hlavním etiologickým faktorem smrti zapříčiněné úrazem (Joint Commission Resources, 2007). Důsledkem pádu mohou být nezávažné oděrky, invalidita, či dokonce smrt. V nemocnicích zaujímají pády pacientů první místo v rámci nahlášených nežádoucích událostí. Riziko pádu se s věkem zvyšuje a je nejvyšší u jedinců ve věku 65 let a více (Joint Commission Resources, 2007). Společným faktorem zmíněné problematiky je prodlužování délky lidského života, které navzdory

pozitivům přináší ošetrovatelské péči určité problémy. Zejména nárůst polymorbidních pacientů s polypragmasií, mobilitou, nesoběstačností, soustavně se zvyšují náklady na zdravotní a sociální péči. Úrazy seniorů se proto stávají vážným problémem současného ošetrovatelství a medicíny (Svobodová, 2013).

Současné ošetrovatelství je zaměřeno na bezpečnost a ochranu pacienta (Feng et. al., 2008). Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů je v ČR sledováno od roku 2002. Koordinátorem projektu byla Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou v Praze a sledování se zúčastnilo 15 nemocnic. Monitorování pádů pokračovalo i v dalších letech za účasti většího počtu nemocnic. Od roku 2008 převzala tento projekt pod své vedení Česká asociace sester (Svobodová, 2013). Pádům se začal věnovat také projekt Národního systému hlášení nežádoucích událostí. Projekt byl zahájen v červnu 2009 (Hlaváčová et al., 2012). Do tohoto systému se dosud zapojilo 73 poskytovatelů zdravotních služeb (MZ ČR, 2014). Účastníci, kteří se zapojili do systému, mají k dispozici pravidelný anonymizovaný benchmarking, srovnávající jejich situaci v oblasti hlášení nežádoucích událostí s ostatními účastníky (Svobodová, 2013).

Podle aktuálních statistik upadne každý čtvrtý jedinec ve věku 65 až 75 let, polovina lidí ve věku 75 a více upadne nejméně jedenkrát ročně (Svobodová, 2013). Americká geriatrická společnost (American Geriatrics Society) udává až třikrát vyšší frekvenci pádu u hospitalizovaných pacientů starších 65 let než u populace, která žije mimo zdravotnické organizace (Svobodová, 2013). V České republice je zaznamenáno přibližně 650 pádů na tisíc obyvatel (Svobodová, 2013).

Úrazy končící smrtí tvoří pády ve věku nad 65 let v 60 % (Topinková, 2005). Jak už bylo zmíněno, pády představují pro seniory velmi vážnou prognózu a symptom křehkosti (fragility) pozdního věku (Bennett et al., 2014). Příčin pádů je mnoho. Už pouhá změna prostředí u pacienta zvyšuje riziko pádu. Pády dělíme podle faktoru vzniku na vnitřní a vnější (Hlaváčová et al., 2012).

Mezi vnitřní rizikové faktory řadí odborníci poruchy mobility a chůze, používání podpůrných pomůcek při chůzi, předchozí pád v anamnéze, změny duševního stavu, akutní nebo chronická onemocnění a poruchy zraku (Hlaváčová et al., 2012).

Mezi vnější faktory patří vliv medikace, nevhodné vybavení bytu (špatné osvětlení, kluzká podlahová krytina, nevhodná koupelna), typ a stav obuvi i tvar nábytku, chybějící vhodné pomůcky pro zlepšení bezpečnosti chůze. V neposlední řadě je to také nebezpečná práce na stoličce nebo na štaflích (Topinková, 2005). Znalosti a zkušenosti

sester v této problematice mají velký význam pro snížení rizika pádu pacienta (Ndosi a Newell, 2009; Lindsay, 2009).

Významným prvotním krokem programu kontinuálního snižování rizika pádu je vstupní vyhodnocení rizika pádu při příjmu pacienta. Tento screening identifikuje individuální rizikové faktory, které mohou být příčinou pádu a měly by být během hospitalizace pacienta ošetřovatelským personálem minimalizovány (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). V rámci vstupního vyhodnocení rizika pádu sestra zjišťuje předchozí pád v anamnéze pacienta včetně jeho příčin a následků, jako mohou být například zranění a strach pacienta z dalšího pádu (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Dále sestra posuzuje zrakové a kognitivní poruchy nebo problémy s inkontinencí. Je důležité, aby také sestra zhodnotila stabilitu chůze, rovnováhu, mobilitu a svalovou sílu (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Mezi další sledované příčiny pádu patří posouzení zdravotního stavu se zaměřením na riziko osteoporózy, sběr chronické medikace, zhodnocení funkčních schopností a vhodnosti používané obuvi. Je velmi podstatné, aby nemocnice vnitřním předpisem stanovila postup pro přehodnocování rizika pádu u pacientů během pobytu v nemocnici (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Důvodem je, že během hospitalizace dochází ke změnám zdravotního stavu pacientů, a to například po operačních výkonech nebo při změně spektra užívaných léků. Přehodnocení má tedy svůj význam, provádí se opakovaně, nejčastěji jednou za týden a také jednorázově v době, kdy došlo ke změně zdravotního stavu u pacienta.

V rámci prevence pádů je nezbytné vymezit preventivní opatření, kterými mohou být rizikovní pacienti ochráněni před pádem (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Ústřední vojenská nemocnice v Praze dlouhodobě věnovala pozornost pádům a program jejich prevence vychází z dlouholetých zkušeností. Jeho podstatou je individuální přístup k pacientovi. Pacienti a jejich blízcí jsou informováni o zjištěném stupni rizika pádu a získají tištěný leták „Prevence pádu“. Lůžko nemocného s vysokým rizikem je označeno piktogramem s výstražným oznámením (Zinke, 2012). Pacient se opakovaně upozorňuje na nezbytnost přivolání ošetřovatelského personálu před vstáváním z lůžka či křesla, stejným způsobem jsou informováni i jeho blízcí. Personál trpělivě a opakovaně vysvětluje důvody přijatých preventivních opatření, aby pacient i jeho blízcí vnímali, že snahou je zajistit co nejlepší bezpečnost, nikoliv omezení (Zinke, 2012). Sestra musí zaznamenávat také do dokumentace, pokud pacient doporučenou prevenci nedodrží. Jestliže k pádu dojde, je pacient ošetřen a je proveden záznam o všech okolnostech pádu. Následně pracovník oddělení kvality vyhodnocuje

a porovnává informace v hlášení se zápisem ve zdravotnické dokumentaci (Zinke, 2012). Vyhodnocení rizik pádu slouží k vymezení preventivních opatření a ke zdokonalování programu prevence pádů (Dykes et al., 2010).

Mezi další preventivní opatření v rámci snížení rizika pádů patří: zvednutí postranic a snížení lůžka, umístění pacienta blízko sesterny a toalety. Důležitou součástí prevence pádů je zajištění vhodného nemocničního prostředí. Je tedy nezbytné identifikovat rizikové faktory prostředí, do kterých patří: vlhká podlaha nebo nerovná podlaha, nedostatečné osvětlení, nestabilní a nezajištěný nábytek, nedostatek madel, nevyužívání protiskluzových podložek (Joint Commission Resources, 2007). Při identifikaci rizik je třeba myslet i na praktické věci. Například jestli pacient dosáhne na signalizační zařízení na toaletě či u lůžka a umí ho ovládat. Důležité je také posoudit, jestli nemá pacient lůžko moc vysoko a dosáhne nohama na zem (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

Závěrem je nutné zmínit, že je důležité zapojit pacienty a jejich blízké do prevence pádů. Pacienti by měli být vzděláváni v oblasti rizika pádu. Měli by být motivováni, aby upozorňovali ošetrovatelský personál na změny jejich zdravotního stavu (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Sestra a lékař by měli edukovat pacienty o možnostech, jak předcházet pádu nejen v průběhu hospitalizace, ale především pak po propuštění z nemocnice do jejich domácího prostředí (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

1.5.5 Resortní bezpečnostní cíl 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Již od doby doktora Ignáce Filipa Semmelweise je známo, že ruce ošetřujícího personálu hrají důležitou roli při epidemickém přenosu mikroorganismů mezi pacienty (Kohoutová, 2012). Semmelweis zavedl v roce 1847 mytí rukou chlorovou vodou před každým vyšetřením rodičky. Výrazným způsobem tak snížil úmrtnost matek na puerperální sepsi (Kohoutová, 2012). Přestože se ve své době nedočkal pochopení a podpory kolegů, kteří umírání pacientek na šestinedělí považovali za nezměnitelnou skutečnost a jeho radami se zpočátku neřídili, účinnost jím zavedených opatření je z dnešního pohledu nezpochybnitelná (Kohoutová, 2012). Hygiena rukou je tak základním opatřením v prevenci šíření infekcí. Jde možná o všední činnost, na kterou se ale nesmí zapomínat, nedostatky v jejím dodržování u poskytovatelů zdravotní péče jsou celosvětovým problémem (Streitová, Zoubková a kol., 2015).

V roce 2005 měla WHO za cíl zlepšení bezpečnosti pacientů v rámci efektivní hygieny rukou u pracovníků poskytující péči. Byla vytvořena první globální výzva „Čistá péče je bezpečnější“ (Clean care is safer care). Po čtyřech letech od globální výzvy vznikla směrnice WHO k hygieně rukou ve zdravotnictví. Cílem této výzvy je prosazování hygieny rukou globálně a na všech úrovních zdravotní péče (WHO, 2009c). V rámci kampaně „Clean care is safer care“ WHO na svých webových stránkách zveřejňuje pokyny a návody, včetně postupů pro provádění hygieny rukou založené na vědeckých poznatcích, i zjednodušená schémata ukazující názorně pět základních situací, kdy provádět hygienu rukou (WHO, 2009d).

Roku 2010 zformulovalo MZ ČR pátý resortní cíl, který zdůrazňuje zásadní význam zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče a klade důraz na zajištění vybavenosti pracovišť dezinfekčními přípravky k hygieně rukou. Nemocnice vnitřním předpisem stanoví postup mechanického mytí a hygienické dezinfekce rukou, využívání bariérových technik a dezinfekčních prostředků. Poskytovatel lůžkové péče je povinen provádět vstupní a periodická školení všech pracovníků v oblasti hygieny rukou a bariérové péče (MZ ČR, 2012c). Cílem preventivních opatření je předcházení vzniku nozokomiálních nákaz (infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče). Neznalost či opomíjení preventivních metod a postupů může vést k významnému ohrožení zdraví pacienta, prodloužení pobytu v nemocnici a zřejmému zvýšení nákladů na léčbu (Maďar et al., 2006).

Všichni pracovníci, kteří se podílejí na poskytování zdravotní péče, mají povinnost řídit se platnou právní legislativou. Současné legislativní požadavky k problematice prevence a kontroly infekcí jsou popsány v zákoně, zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a o podmínkách jejich poskytování. Uvedený zákon požaduje po poskytovateli zdravotních služeb následující: „*Poskytovatel lůžkové péče je povinen v rámci prevence a kontroly infekcí zpracovat program pro prevenci a kontrolu infekcí spojených se zdravotní péčí a zajistit jeho činnost*“ (§ 47 zákon č. 372/2011 Sb.).

Pojem „infekce spojené se zdravotní péčí“ lépe vystihuje podstatu problému z pohledu epidemiologického i místa vzniku infekce a definuje nákazu v příčinné souvislosti s pobytem nebo výkonem prováděnými ve zdravotnických institucích či ústavu sociální péče v příslušné inkubační době (Kohoutová, 2012). Vznik a šíření infekce ovlivňují tyto faktory: původce a zdroj nákazy, cesta přenosu, vnímavý jedinec. V praxi lze zásadním způsobem ovlivnit jen cestu přenosu infekčního agens ze zdroje nákazy na vnímavého jedince (Kohoutová, 2012).

Původce infekcí můžeme přenést přímým kontaktem (zdravotník na pacienta), tak i nepřímým kontaktem (pacient na zdravotníka či při kontaktu zdravotníka se znečištěnými plochami) (Kohoutová, 2012).

Pokožka rukou je osídlená trvalou, tzv. rezidentní mikroflórou, která je součástí přirozené kožní bariéry (Staphylococcus epidermidis, nehemolyzující streptokoky, Staphylococcus aureus a další). Dále je na pokožce rukou tzv. tranzientní mikroflóra, která je často zodpovědná za vznik nozokomiálních infekcí. Tato mikroflóra je přechodná a kontaminuje ruce na krátkou dobu, kdy zejména patogenní mikroorganismy jsou rizikovým faktorem při vzniku infekční choroby (Kohoutová, 2012). Přechodná mikroflóra se nachází v povrchových zónách kůže a její množství je ovlivněno prostředím a charakterem vykonávané činnosti (Eliášová, 2010).

Složení mikrobiální flóry je u zdravotníků jiné než u běžné populace. Hygienické zabezpečení rukou v lůžkových a ambulantních zařízeních by mělo mít vždy zavedený jednotný postup a měly by být přesně definovány jednotlivé dílčí postupy. Mytí pokožky rukou obyčejným mýdlem nestačí, protože samotné mýdlo může být zdrojem infekčního agens (Eliášová, 2010).

Ve vyhlášce MZ ČR č. 306/ 2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, je v příloze 3 uvedeno: „*K vyšetřování a léčení mohou zdravotničtí pracovníci přistupovat až po umytí rukou*“ (Vyhláška č. 306/2012 Sb.). Obecně lze postupy v hygieně rukou rozdělit následovně na: mytí rukou, předoperační mytí rukou, hygienickou dezinfekci rukou a chirurgickou dezinfekci rukou (Hedlová, 2010).

Hygienické mytí rukou provádíme za účelem odstranění mechanických nečistot a částečně i přechodné mikrobiální flóry. Tuto činnost provádíme zpravidla před každým kontaktem s pacientem, po sejmutí rukavic, při manipulaci s léky, jídlem a po použití toalety (Podstatová, 2009). Nejprve ruce zvlhčíme vodou, naneseeme tekuté mýdlo z dávkovače a myjeme pokožku rukou 30–60 sekund. Potom ruce dobře opláchneme pod tekoucí pitnou vodou a osušíme papírovým ručníkem na jedno použití (Hedlová, 2010).

Předoperační mytí rukou je zaměřeno na odstranění nečistot a částečně i přechodné kožní flóry z pokožky rukou a předloktí před chirurgickou dezinfekcí. Provádí se v rámci předoperační přípravy (Hedlová, 2010). Postup je stejný jako při mytí rukou po

dobu jedné minuty, navíc rozšířený o mytí předloktí. Doporučuje se zvolit následující postup: ruce a předloktí umývat od špiček prstů k předloktí (Podstatová, 2009).

Hygienická dezinfekce rukou se provádí z hlediska redukce přechodné kožní mikroflóry z pokožky rukou (Hedlová, 2010). Cílem je přerušit cestu přenosu mikroorganismů. Provádí se jako součást bariérové ošetrovatelské techniky. Dále jako součást hygienického filtru, po náhodné kontaminaci pokožky rukou biologickým materiálem nebo při protržení rukavic během výkonu (Podstatová, 2009). Proces hygienické dezinfekce rukou začíná vtíráním dostatečného množství dezinfekčního alkoholového přípravku podle doporučení výrobce. Dezinfekční přípravek se vtírá do suchých rukou a to po dobu 30–60 sekund. Dezinfekce se nechá zaschnout a ruce se již neoplachují. V případě suché pokožky se ruce ošetří regeneračním krémem (Rozsypal et al., 2013).

Chirurgická dezinfekce rukou redukuje trvalou i přechodnou mikroflóru na rukou i předloktí. Provádí se vždy před zahájením operačního programu, mezi jednotlivými operacemi, při porušení celistvosti nebo výměně rukavic během operace. Používáme přípravky určené k chirurgické dezinfekci rukou umístěné v dávkovačích bez přímého dotyku prsty (Podstatová, 2009). V první fázi dezinfikujeme ruce a předloktí včetně loktů, poté znovu dezinfikujeme ruce a polovinu předloktí. Na závěr provedeme ještě samotnou dezinfekci rukou. Po celou dobu působení dezinfekčního přípravku by měly ruce být vlhké. Ruce neutíráme ani neoplachujeme, necháme dezinfekční přípravek přirozeně zaschnout (Hedlová, 2010).

Význam „mytí rukou“ roste s výsledky studií, které poukazují na to, že doporučená opatření dodržuje méně než 50 % zdravotnických pracovníků (Papoušková et al., 2006). Nejčastějšími důvody nedodržování opatření dle výzkumů jsou: podráždění kůže, nedostatečný přístup k požadovaným pomůckám, časová tíseň, ignorování předpisů, nedostatek personálu, nesouhlas se stanovenými předpisy, nedostatečný počet umyvadel nebo přesvědčení, že při použití rukavic není umývání rukou potřebné (Papoušková et al., 2006).

Z doporučení WHO jasně vyplývá, že hygiena rukou je klíčovým preventivním opatřením v boji s nozokomiálními nákazami, přesto není dostatečně dodržována. Z tohoto důvodu je nutná realizace vzdělávacích aktivit ze strany managementu zdravotnických zařízení, která by vedla ke zvyšování znalostí zdravotnických pracovníků. Cílem je přesvědčit zdravotnický personál o důležitosti a významu jejich

správného přístupu k hygienickému zabezpečení rukou při poskytování zdravotní péče. (Martín-Madrado et al., 2012).

1.5.6 Resortní bezpečnostní cíl 6 – Bezpečná komunikace

Bezpečnou a efektivní komunikací je myšlen celkový přenos pravdivých, správných a úplných informací souvisejících se zdravotním stavem pacienta. Nezajištění bezpečné komunikace v lůžkovém zařízení je jedním z dalších potenciálních rizik vzniku komplikací. Případná nedorozumění a chyby v komunikaci mohou vést k následnému poškození zdraví pacienta (MZ ČR, 2015).

Cílem je zavést ve zdravotnických zařízeních vnitřní postupy, které zvyšují bezpečnost komunikace mezi zdravotnickými pracovníky poskytujícími pacientovi zdravotní péči. Poskytovatelé zdravotních služeb stanoví vnitřní směrnici postupy v případě medikací po telefonu a hlášení kritických laboratorních výsledků. Dále vypracují a zavedou jednotný systém používání interních zkratk. Poskytovatelé zdravotních služeb stanoví pravidla pro předávání informací telefonicky příbuzným a blízkým pacientům (MZ ČR, 2015c).

„Komunikace mezi lékaři a sestrami jsou často zdrojem pocitů úzkosti na jedné straně a frustrace na straně druhé“ (Škrla a Škrlová, 2008, s. 109). Problémy s komunikací jsou u sester umocňovány přesvědčením, že lékaři si dostatečně nepovažují jejich práce a že je nepokládají za rovné partnery péče. Na některých odděleních může tato skutečnost způsobovat nepohodu a napětí. Tyto faktory mohou významně ovlivnit pracovní atmosféru, lékaři a sestry mohou chybovat a tím ohrozit zdraví pacienta (Škrla a Škrlová, 2008). Mezi nejzávažnější pochybení v souvislosti s nekvalitní komunikací patří: nesprávné pochopení telefonické ordinace lékaře, špatné dávky medikamentů na základě nekvalitní slovní, telefonické či písemné komunikace. V neposlední řadě nežádoucí události způsobené použitím nestandardních zkratk (Škrla a Škrlová, 2008).

Aby mohlo dojít k minimalizaci zmíněných rizikových událostí, je podstatné naučit každého člena multidisciplinárního týmu efektivně komunikovat a důkladně ho proškolit povolnou osobou (Škrla a Škrlová, 2008).

V případě ordinace po telefonu je potřeba dodržet stanovené postupy a pravidla. Telefonická ordinace léčivého přípravku je možná pouze ve výjimečných případech, pokud není možná přítomnost lékaře na oddělení v danou dobu. Telefonická ordinace léku začíná představením sestry do telefonu a oznámením stavu pacienta lékaři. Lékař

následně řekne sestře název léku, jeho aplikační formu, množství léku, způsob podání, někdy i rychlost podání. Povinností nelékařského pracovníka, tedy osoby, která ordinaci obdrží, je zapsat ji do zdravotnické dokumentace. Lékař vyžaduje po osobě, která telefonickou ordinaci přijala, opětovné přečtení s uvedením jména, příjmení a roku narození pacienta, aby mohl potvrdit její správnost. Po návratu lékaře na oddělení je jeho povinností, aby bez zbytečného odkladu opatřil ordinaci svým podpisem a identifikací. Dále je nutné, aby nelékařský pracovník doplnil do zdravotnické dokumentace údaje o tom, kdo a kdy léčivý přípravek naordinoval a kdo jej podal. K ordinaci je důležité poznamenat, že se jedná o telefonickou ordinaci (Nemocnice Tábor a.s., 2014a).

Při telefonickém předávání kritických laboratorních výsledků požádá volající laborant sestru, která informaci přijala, aby ji zapsala, zpětně zopakovala nahlášené hodnoty (Škrla a Škrlová, 2008). Sestra do dokumentace učiní záznam, kdo a kdy hlásil (jméno laboranta), kdo přijal (jméno sestry) a komu a kdy byly hodnoty hlášeny (jméno lékaře) (Škrla a Škrlová, 2008).

V rámci písemné komunikace mezi lékařem a sestrou je rizikové používání nestandardních zkratk. Ve zdravotnické dokumentaci a vůbec v areálu nemocnice se používá velké množství zkratk. Oblíbené jsou zkratky diagnóz, některé jsou všeobecně známé. Některé zkratky si zdravotnický personál (ať už lékaři, nebo sestry) vytváří samovolně a nejsou povoleny (Mlčoch, 2009). Z toho důvodu je žádoucí vypracovat tzv. standardizovaný seznam zkratk pro dané oddělení, který bude umístěn na viditelném místě (Škrla a Škrlová, 2008)

S rozvojem moderních technologií je ochrana osobních a citlivých údajů pacienta jednou z priorit ochrany soukromí při poskytování ošetrovatelské a lékařské péče. Nejprve je třeba zmínit, že každý pacient má právo určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu a která může nahlížet do zdravotnické dokumentace (Zajíc, 2011). Těchto práv může pacient využít nejen při přijetí do zdravotní péče, ale také kdykoli poté. Pacient má také právo změnit či určit jinou osobu, které budou podány informace o jeho zdravotním stavu. Ošetřující lékař je povinen seznámit pacienta s tímto právem (Zajíc, 2011).

Pokud pacient určí osobu, které mohou být poskytnuty informace, musí být proveden zápis do zdravotnické dokumentace. Záznam podepíše pacient a ošetřující lékař. V případě, že pacient je sice schopen určit osobu, která bude informovaná o jeho

zdravotním stavu, ale nezvládne záznam o tom podepsat, podepíše se místo pacienta lékař nebo sestra (Zajíc, 2011).

Zdravotničtí pracovníci jsou ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, vázáni povinnou mlčenlivostí. To znamená, že informace o zdravotním stavu mohou poskytnout pouze pacientovi, osobám určenými pacientem a dále osobám blízkým (děti, rodiče, prarodiče, vnuci, sourozenci, manžel, manželka) v situaci, kdy pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nemůže určit osobu pro poskytování informací o svém zdravotním stavu (Zákon č. 372/2011 Sb.). K tomu, aby měli zdravotničtí pracovníci jistotu, že informace podávají oprávněné osobě, to znamená určené pacientem nebo osobě blízké, musí si být jisti totožností člověka, který žádá o sdělení. V případě osobní návštěvy si zdravotnický personál může vyžádat občanský průkaz pro ověření totožnosti (Zajíc, 2011).

Některé nemocnice mají postup takový, že při telefonických dotazech blízkých osob pacienta ověřují totožnost volající osoby kontrolními otázkami. Z hlediska ochrany osobních údajů je doporučení takové, že je důležité domluvit se s příbuznými hospitalizovaných pacientů na kódu, heslu či kontrolních otázkách a následně poskytovat informace prostřednictvím telefonu či e-mailu na základě uvedení kódu nebo správné odpovědi (Zajíc, 2011).

S bezpečnou komunikací souvisí i správné vedení zdravotnické dokumentace. Nedostatečně či nevhodně vedená dokumentace může potvrdit podezření z chybného postupu nebo přinejmenším znemožnit prokázání správného postupu. Oproti tomu správně vedená dokumentace může ochránit zdravotnického pracovníka i před závažným obviněním (Škrla a Škrlová, 2008).

Zdravotnická dokumentace poskytuje informace o poskytované lékařské a ošetrovatelské péči. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, ukotvuje náležitosti správně vedené dokumentace. Dle definice tohoto zákona jsou poskytovatelé zdravotnických služeb povinni vést a archivovat zdravotnickou dokumentaci (Zákon č. 372/2011 Sb.). Aby zdravotnická dokumentace odpovídala platným předpisům a plnila svou funkci, musí být vedena pravdivě, průkazně a čitelně. Zdravotnická dokumentace může být vedena v podobě grafické, audiovizuální nebo na záznamových nosičích ve formě textové. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci musí být zaznamenány v listinné nebo elektronické podobě (Vondráček a Wirthová, 2008).

Zápis ve zdravotnické a ošetrovatelské dokumentaci musí být pravdivý, čitelný, srozumitelný a napsaný v českém jazyce bez zbytečných zkratk. Ošetrovatelská

a zdravotnická dokumentace musí být průběžně doplňována, opatřena datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Opravy ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí zůstat trvale čitelný (Vondráček a Wirthová, 2008).

Záznamy by měly být přesné a objektivní, je potřeba zapisovat fakta, ne subjektivní pocity nebo vlastní názor. Vedle obsahu záznamu nelze podceňovat ani medicínskou terminologii a formální stránku dokumentace. Všechny tyto faktory svědčí o odbornosti a pečlivosti autora záznamu a můžou mít zásadní význam v případě vzniku nežádoucí události (Vondráček a Wirthová, 2008).

Pravdivost záznamů by měla být samozřejmostí, přesto se ale především při kolizích setkáváme často s údaji, které neodpovídají skutečnosti (Vondráček a Wirthová, 2008). Je třeba si uvědomit, že nepravdivost jednoho záznamu znehodnotí celou zdravotnickou dokumentaci. V praxi jsou často zkreslovány údaje o podaných lécích, záznamy o fyziologických funkcích, anamnestické informace nebo údaje o příchodu či odchodu pacienta na oddělení (Vondráček a Wirthová, 2008).

Soudní znalci při vypracování znaleckých posudků nejčastěji vytýkají nečitelnost a nesrozumitelnost záznamů (Škrla a Škrlová, 2008). Především nečitelnost záznamů ordinací vede k pochybením, jejichž následky pro pacienta mohou být velmi závažné (Vondráček a Wirthová, 2008). Lékař má povinnost psát ordinace tak, aby byly čitelné, srozumitelné a medicínsky správně. Pokud dojde k situaci, že ordinaci nemůže sestra přečíst, musí požadovat po lékaři objasnění ordinace (Škrla a Škrlová, 2008). V případě, že nemůže lékaře zastihnout, měla by o tom informovat nadřízeného a provést záznam, kdy a jak se pokoušela s lékařem spojit. Zjištěná chyba, kterou sestra nebo lékař udělali, se ve zdravotnické dokumentaci musí opravit. Běžná praxe s přelepováním, zalakováním korekčním lakem je ve zdravotnické dokumentaci nepřijatelná. Hlavním požadavkem je, aby zůstal původní zápis čitelný i po opravě, která se provede novým zápisem s uvedením času a podpisu (Škrla a Škrlová, 2008).

Jak uvádí Škrla a Škrlová (2008), platné předpisy požadují, aby pacient s poskytnutím zdravotního výkonu nebo procedury souhlasil. V současné době je „písemný informovaný souhlas“ považován za nástroj komunikace, s jehož pomocí a za rady lékaře je pacient schopen učinit informované rozhodnutí týkající se léčby, kterou mu nabízí poskytovatel zdravotních služeb. Pacient může kdykoliv svůj souhlas svobodně odvolat (Škrla a Škrlová, 2008).

1.5.7 Resortní bezpečnostní cíl 7 – Bezpečné předávání pacientů

Na péči o pacienta se v průběhu hospitalizace podílí mnoho zdravotnických pracovníků, a to v návaznosti na vývoj zdravotního stavu. Není vyloučen ani překlad pacienta v rámci nemocnice nebo do jiného zdravotnického zařízení. Z toho důvodu je cílem zdravotnických zařízení stanovit vnitřní směrnici postup při předávání pacientů a informací o nich u daného poskytovatele a také mimo zdravotnické zařízení (MZ ČR, 2015c).

Předávání pacientů sestrami během střídání směn a překlady pacientů na jiná oddělení či specializovaná pracoviště jsou vysoce rizikové procesy (Brabcová et al., 2014). Zanedbání či nedodržení doporučeného postupu předávání a překlady pacientů může ohrozit, nebo dokonce poškodit zdraví pacientů (Brabcová et al., 2014). Podmínkou dodržení kontinuity péče je včasné předání platných a správných informací. Následky například ztráty dokumentace mohou mít za následek poškození pacienta, oddálení plánované péče nebo duplicitu výkonů a služeb. Tato situace by se mohla zlepšit zavedením elektronické formy dokumentace. Přesto je podmínkou, aby vedení nemocnic podporovalo zdokonalování stávajících systémů (Košta, 2013).

Předání nemocného člověka je předání profesionální zodpovědnosti a povinnosti týkajících se všech aspektů péče o nemocného jiné osobě na dočasnou nebo trvalou dobu. Jedná se o výměnu informací mezi zdravotnickými pracovníky (Matlochová a Matloch, 2014). Sestry pracují obvykle ve třech směnách (ranní, odpolední, noční nebo dvanáctihodinové směny), tyto směny by se měly časově překrývat, aby byl zajištěn dostatek času pro předávání informací o nemocných (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

Cílem sesterského předávání je poskytnout spolupracovníkům co nejkvalitnější informace o pacientovi, změně zdravotního stavu, provedených a plánovaných ošetrovatelských intervencí. Faktory, které ovlivňují předávání, jsou zejména: hluk, vyrušování, selhání lidského faktoru, lidské chyby, špatná komunikace mezi sestrami či roztržitost (Matlochová a Matloch, 2014). Sestry si předávají mezi sebou pacienty formou ústní, písemnou nebo kombinací obou metod. Dle Brabcové, Bártlové a kol. (2015) sestry upřednostňují kombinaci ústního a písemného předání, přičemž velmi důležitá je dostatečná časová dotace.

Každé předání pacienta mezi směnami, mezi různými typy péče či mezi jednotlivými pracovišti se provádí kompetentním pracovníkem kompetentnímu

pracovníkovi. Při předání pacienta na jiné pracoviště musí sestra, která nemocného předává, zaznamenat tuto skutečnost do dokumentace pacienta (Marx a Vlček, 2013b).

Současné předávací metody hrají významnou roli při ztrátě důležitých dat, což může mít výrazný vliv na úroveň péče o pacienty. Matlochová a Matloch (2014) doporučují, aby byl před předáním pacientů zhotoven formální protokol předání, který by mohl být použit jako součást procesu předání. Ve své vlastní praxi se setkali se všemi metodami předání, ale dle jejich názoru je písemný protokol nejbezpečnější formou, protože sestry, které pacienty převezmou do péče, mohou v případě potřeby zpětně ověřit informace o nemocném. Zmíněný protokol tedy slouží také jako oficiální sesterská překládová zpráva (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

Pacienti jsou většinou po celou dobu hospitalizováni na jednom oddělení. V případě změny zdravotního stavu je nemocný přeložen a léčen na jiném pracovišti. Překlad pacienta může být v rámci oddělení, kdy příčinou může být zhoršení zdravotního stavu (přeložení na JIP nebo IMP), nebo naopak zlepšení (přeložení na standardní oddělení). Přeložení nemocného může být i na jiné oddělení v rámci nemocnice či do jiného zdravotnického zařízení (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

O přeložení vždy rozhoduje lékař. Jeho povinností je zajistit překlad na jiné oddělení, informovat pacienta i popřípadě jeho rodinu (Tondrová, 2010). Při překladu v rámci oddělení vypíše lékař do dekurzu epikrizu. Pokud je pacient přeložen na jiné oddělení, sepíše lékař klasickou překládovou zprávu. V případě přeložení pacienta na jiné pracoviště, vypracuje lékař propouštěcí zprávu. Úkolem sestry je kromě vlastního překladu sepsání ošetřovatelské překládové zprávy (viz příloha 1) a zajištění osobních věcí. Odepíše nemocného ze stavu a stravy, provede zápis v hlášení sester o přeložení (Tondrová, 2010). Dále předá nemocnému nebo jeho rodině cennosti (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Sestra, případně kvalifikovaný nelékařský pracovník doprovodí pacienta na novou ošetřovací jednotku a následně předá pacienta i s dokumentací přebírající sestře (Nemocnice Tábor a.s., 2014b).

Záznam o ošetřovatelské péči obsahuje: ošetřovatelskou anamnézu, ošetřovatelský plán, zhodnocení zdravotního stavu pacienta, průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu, o předání informací a poučení pacienta. V případě překladu nebo propuštění pak zahrnuje překládovou nebo propouštěcí ošetřovatelskou zprávu. Zde by měla setra uvést souhrné údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči, a to i časovými údaji, dále může uvést doporučení pro další ošetřovatelskou péči (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

Vzhledem k poměrně rozsáhlé administrativě a výkonům potřebným pro plynulý překlad nebo propuštění je vysoké riziko, že se sestra dopustí chyby. Příčinou může být málo času, neefektivní komunikace mezi zdravotnickými pracovníky, pacientem a jeho rodinou nebo nedostatečná edukace pacienta. Nicméně necelá polovina sester (43,9 %) připouští problémy při výměně informací mezi odděleními nemocnic (Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

Špičáková (2008) uvádí, že předání k další péči na jiné oddělení je prioritou celého týmu bezpečnost a psychický i fyzický komfort nemocného. Je podstatné péči zdokonalovat tak, aby nedošlo k újmě na zdraví pacienta. V tom spočívá vysoká profesionalita týmu na ošetrovací jednotce.

1.6 Vznik nového resortního bezpečnostního cíle

Dekubity zasahují do života velké části hospitalizovaných pacientů (MZ ČR, 2015b). Ovlivňují také život lidí, o které je pečováno ve vlastním sociálním zázemí. Přestože se údaje mohou různit podle typu zdravotního zařízení a složení pacientů, jejich počty podle informací ÚZIS dosahují ročně desetitisíců (MZ ČR, 2015).

Podle Evropského poradního panelu, který je učený pro dekubity, tzv. „European Pressure Ulcer Advisory Panel“ (EPUAP) se bude přítomnost dekubitů v budoucnosti stále zvyšovat, a to především kvůli současnému trendu výrazného stárnutí obyvatelstva (EPUAP, 2012). Pracovní skupina EPUAP vytvořila doporučené postupy pro léčbu dekubitů a současně na jejich prevenci. Jejím cílem bylo upozornit veřejnost, odborníky i politiky na problematiku dekubitů (EPUAP, 2012).

V rámci Evropské unie je sledování výskytu dekubitů naprosto běžné, zatímco v ČR se tento postup pomalu vyvíjí (Šeflová a Jančíková, 2010). Většina nemocnic v České republice se v rámci managementu zaměřuje na výskyt dekubitů na svých pracovištích. Nicméně do roku 2009 nebyla stanovená jednotná metoda pro sledování, a proto každá nemocnice, která dekubity sledovala, využívala vlastní metodu. První náznaky o uvedení národní metodiky se objevily roku 2000. Ale až v roce 2009 MZ ČR zveřejňuje „Metodiku prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni“ a rovněž „Literární rešerši“, která je orientovaná na problematiku proleženin (Šeflová a Jančíková, 2010). Monitorováním dekubitů na národní úrovni bylo svěřeno MZ ČR do péče Národního referenčního centra (Kožený, 2010). Hlavním záměrem je zvýšit odbornou úroveň a kvalitu ošetrovatelské péče, zvyšování bezpečí pacientů a zachování dostatečné kvality života. Rovněž je také velmi podstatné snížení rizika komplikací

způsobených dekubity na nejmenší možnou míru, a to i v rámci šetření finančních i lidských prostředků (Kožený, 2010).

Z důvodu závažnosti této problematiky a snahy o informování odborné i laické veřejnosti v oblasti prevence, sledování výskytu dekubitů a jejich ošetřování se uskutečnila třetí akce s názvem Kulatý stůl (MZ ČR, 2015b). Akce se konala u příležitosti Světového dne STOP dekubitům. Cílem kulatého stolu bylo nejen připravit podněty a návrhy ke světovému dni „Stop dekubitům“, ale i vyzvat všechny zúčastněné strany k většímu zviditelnění této problematiky a přiblížit se více laické veřejnosti. Na základě toho vzniká portál www.dekubity.eu, který je určený nejen pro zdravotnické pracovníky, ale také pro širokou veřejnost lidí (MZ ČR, 2015b).

V rámci podpory dobré a bezpečné praxe vyhlásilo MZ ČR nový resortní bezpečnostní cíl: „Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů“. Zmíněný cíl je zveřejněný ve Věstníku č. 16/2015 (MZ ČR, 2015b).

1.6.1 Resortní bezpečnostní cíl 8 – Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů

Dekubity řadíme mezi základní indikátory kvality ošetrovatelské a lékařské péče, výskyt dekubitů je náležitě monitorován. Hlavním důvodem vzniku dekubitů je stlačení měkkých tkání mezi kostí a tvrdou podložkou. Důsledkem stlačení chybí pokožce a svalům nenávratně kyslík a nejsou kvalitně zásobené, následkem těchto příčin tkáň odumírá (Ondriová a Fertálová, 2013). Nejčastěji jsou zasaženy obratle krční páteře, lopatky, křížová kost a patní kosti (Hilšerová, 2010). Dekubity se vyskytují u pacientů ve všech oborech medicíny (Ondriová a Fertálová, 2013). Proleženiny se objevují u dlouhodobě nemocných, upoutaných na lůžku, pacientů po operacích a úrazech, u starších jedinců či osob trpících podvýživou a u pacientů s neurologickými chorobami (Hilšerová, 2010). Navzdory pokrokům v medicíně jsou dekubity stále vážným ošetrovatelským i léčebným problémem. Nemocným způsobují dyskomfort, bolest, ohrožují jejich zdraví i životy. Každodenní boj s proleženinami se stal jednou z priorit lékařské a ošetrovatelské péče (Hilšerová, 2010). Jako nejefektivnější možný způsob řešení problematiky dekubitů je jejich identifikace a prevence. Tyto kroky směřují ke zvyšování kvality poskytované zdravotní péče. Zároveň výrazně snižují výdaje na léčbu a péči (MZ ČR, 2015c).

Podstatou osmého resortního cíle je zavést ve zdravotnických zařízeních vnitřní směrnici proces vstupního hodnocení rizika vzniku dekubitu u hospitalizovaných

pacientů a pravidelného hodnocení u nemocných, u kterých nastala změna zdravotního stavu nebo pohybového režimu. Dále nemocnice zavede paušální postup pro prevenci vzniku dekubitů a postup řešení v případě jejich vzniku. Nemocnice zajistí evidenci dekubitů a stanoví vnitřní postup pro ošetřování proleženin. V neposlední řadě zabezpečí také celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků v této problematice (MZ ČR, 2015c).

V současné době neexistuje jediná zaručená metoda prevence vzniku dekubitů. Z toho důvodu musíme plně využívat širokou řadu preventivních opatření (Grancová, 2008). Nejprve musí zdravotnický personál zjistit, jestli pacient skutečně patří do rizikové skupiny. K dispozici je několik klasifikací, které umožňují zhodnotit míru rizika vzniku dekubitů (Šeflová a Jančíková, 2010). Například stupnice Nortonové, která je využívána nejčastěji zdravotnickými pracovníky v dlouhodobé péči. Chirurgické obory pracují nejčastěji s Waterlowou škálou. V intenzivní péči uplatní zdravotnický personál stupnici dle Bradenové (Csisko, 2014). Mezi nejnovější škály patří Nonnemacherova škála a Cubbin-Jackson škála (Krajčák a Bajanová, 2012). Průběžné vyhodnocování zmíněných škál je základním stavebním kamenem v oblasti prevence vzniku dekubitů. Reference Guide doporučuje vybrat si pro posouzení rizika vzniku dekubitů škálu podle specifika daného oddělení a pacienta. Uvedené škály obsahují různé kombinace posuzovaných údajů, které zvyšují možné riziko vzniku proleženin u nemocného. Zdravotnický personál ovlivňuje prostředí pacienta tím, že pečuje o čistotu lůžka a dbá na to, aby lůžkoviny nebyly shrnuté a netvořily záhyby (Csisko, 2014).

V rámci prevence dekubitů není vhodné používat umělohmotné materiály, a to z toho důvodu, protože jsou nevzdušné a pacient se v nich výrazně potí (Csisko, 2014). Proto využíváme měkké a propustné lůžkoviny. Je nezbytné myslet také na maličkosti, aby například cizí předměty, drobků z jídla, katetry či drény nezpůsobovaly tlak na kůži pacienta. Podstatné je polohování u málo pohyblivého nebo nepohyblivého pacienta, a to kvůli předcházení dlouhodobému tlaku na rizikové části těla (Csisko, 2014). Časové rozmezí mezi změnami polohy závisí na aktuálním stavu pacienta. Toto rozmezí se může pohybovat mezi jednou až čtyřmi hodinami. V současné době existuje pro polohování pacienta široká škála pomůcek. Nejčastěji jsou využívány: antidekubitní matrace, podložní válce, kvádry, kruhy a klíny (Csisko, 2014). Po celou dobu polohování pacienta je důležité postupovat tak, aby byla zachována správná zvedací technika. Výhodné je u nepohyblivých pacientů zvedací zařízení. Dále zdravotnickému

personálu usnadní práci také elektrické polohovací postele (Grancová, 2008). V nepolední řadě je povinností zdravotnických pracovníků vést o polohování záznam a všechny změny poloh u daného pacienta důsledně zapsat (Csisko, 2014).

Další oblastí v rámci prevence dekubitů je zajištění kvalitní hygienické péče. Zdravotnický personál pečuje každý den o čistotu pacienta. Dbá na to, aby byla udržovaná čistá a suchá kůže (Vytejková et al., 2011). Protože k porušení celistvosti kůže dochází nejčastěji u inkontinentních nemocných z důvodu přítomnosti bakterií a vlhkosti (Csisko, 2014). Zároveň není příznivé pro lidskou pokožku často používat mýdla, protože značně vysušují. Z toho důvodu by měla být využívaná emolienca a ochranné krémy, které chrání kůži před působením stolice a moči (Csisko, 2014). Při hygieně pacienta je doporučováno masírovat ohrožená místa (Vytejková et al., 2011). Pokud se objevilo na ohrožených místech začervenání, tak se nesmí masáž už provádět, aby se nepodpořila další hypoxie tkání (Matišáková a Gerlichová, 2011).

Dostatečná výživa a hydratace mají také důležitou roli v rámci prevence vzniku dekubitů. Neodpovídající strava může způsobit u pacienta úbytek hmotnosti, svalovou atrofii a ztrátu podkožního vaziva. Pacient musí mít zvýšený přísun vitamínu A, C, D, železa, zinku, hořčíku a samozřejmě také dostatek tekutin (Csisko, 2014).

Podstatnou úlohu má také v prevenci vzniku dekubitů rehabilitace (Grancová, 2008). Z toho důvodu se s pacientem provádí předepsané cviky (Grancová, 2008). Účelem rehabilitace je docílení co nejvyšší samostatnosti při změnách polohy, při vstávání z postele, ze židle, při chůzi (Matišáková a Gerlichová, 2011). Rehabilitace působí také jako prevence vzniku kontraktur, udržování fyziologického rozsahu pohybů v kloubech a vysílání aferentních podnětů do centrální nervové soustavy (Grancová, 2008). Důležité je zmínit, že rehabilitace musí být vždy uzpůsobená podle aktuálního zdravotního stavu pacienta (Matišáková a Gerlichová, 2011).

Významným faktorem efektivní prevence je edukace nejen pacienta, ale i jeho blízkých příbuzných. Při edukaci je zásadní motivovat pacienta a jeho rodinu ke spolupráci a ke změně (Matišáková a Gerlichová, 2011). Naučit rodinné příslušníky, jak co nejvíce minimalizovat riziko vzniku proleženin a jak správně pečovat o nemocného, který je v riziku dekubitů či už je dekubity postižen (Grancová, 2008). V oblasti dekubitů je dlouholetou praxí potvrzeno, že včasná a správná prevence je mnohem účinnější než léčba již vytvořeného dekubitu (Csisko, 2014).

Závěrem je nutné zmínit, že je podstatné hlásit dekubity jako nežádoucí událost a sledovat jejich výskyt. Dle Bureše a Pokorné (2014) nelze vzniku dekubitů ve zdravotnickém zařízení úplně zabránit, ale lze ovlivnit nebo zmírnit jejich průběh. Zdravotnický personál by se neměl obávat postihu za jejich hlášení. Hlášení musí být povinné a důležité je zároveň zdravotnické pracovníky edukovat, jak správně dekubity diagnostikovat, klasifikovat a léčit (Bureš a Pokorná, 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Popsat zásady bezpečné identifikace pacientů sestrou.
2. Popsat používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika.
3. Popsat postupy pro prevenci záměny výkonu, lokalizace nebo pacienta na operačním sále.
4. Popsat program prevence a redukce pádů u hospitalizovaných pacientů.
5. Charakterizovat postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.
6. Popsat postup ústní a telefonické ordinace léků a hlášení výsledků vyšetření pacienta.
7. Popsat postup předávání pacientů.
8. Popsat program prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaký je postup bezpečné identifikace pacientů sestrou?
2. Jaká jsou pravidla bezpečného používání rizikových léků sestrou?
3. Jaké jsou mechanismy prevence záměny pacienta, výkonu a strany při operačních výkonech?
4. Co je součástí programu prevence a redukce pádů u hospitalizovaných pacientů?
5. Jaké jsou postupy pro mytí a dezinfekce rukou, bariérové ošetřovatelské techniky a používání dezinfekčních prostředků?
6. Jaký je postup ústní a telefonické ordinace léků a hlášení výsledků vyšetření pacienta?
7. Jaký je postup předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti v rámci jednoho a mezi dvěma zdravotnickými zařízeními?
8. Co je součástí programu prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů?

2.3 Operacionalizace pojmů

Všeobecná sestra vykonává autonomní činnosti zaměřené na realizaci holistické a individuální ošetrovatelské péče. Povinností všeobecné sestry je vykonávat práci v souladu s příslušnými standardy a s právními předpisy. Sestra musí přijmout zodpovědnost za rozhodnutí v oblasti ošetrovatelské péče (Zormanová, 2017).

Perioperační sestra zajišťuje připravenost operačního sálu, přístrojového vybavení, instrumentária a zdravotních pomůcek. Povinností perioperační sestry je také připravit pacienta na operační výkon. To znamená, že perioperační sestra zajišťuje bezpečnou polohu a fixaci pacienta na operačním stole a jeho zarouškování. Dále perioperační sestra instrumentuje při výkonech, vede zdravotnickou dokumentaci perioperační péče a spolupracuje s lékařem. V neposlední řadě perioperační sestra provádí početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu před začátkem operace, v průběhu a před ukončením každé operace (Wichsová et al., 2013).

Bezpečnost pacientů je definována jako ochrana pacienta před poškozením či potencionálním poškozením v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Jedná se o vykonávání takových činností, které chrání pacienty před poškozením v důsledku lékařské a ošetrovatelské péče (Úřední věstník Evropské unie, 2009).

Nežádoucí událost popisuje Filka (2010) jako událost, při které došlo k pochybení během výkonu u pacienta, a to za situace, kdy lékařská nebo ošetrovatelská intervence nebyla uskutečněna podle plánu, ošetrovatelských standardů či stanovených směrnic. Následkem této odchylky od standardizované péče bylo poškozeno zdraví pacienta, zaměstnance či jiné osoby nebo majetku (Filka, 2010). Většinou nežádoucím událostem se dá u hospitalizovaných i u ambulantních pacientů předejít, protože většina z nich je způsobena systémovými faktory (Úřední věstník Evropské unie, 2009).

Pád pacienta v nemocnici či v ambulanci je nežádoucí událost, která vyústí v nepředvídatelném spočinutí pacienta na zemi nebo jiném, níže položeném povrchu (Joint Commission Resources, 2007).

Dle Brabcové, Bártlové a kol. (2015) je nezbytné v rámci *prevence pádů* vymezit preventivní opatření, kterými mohou být riziková pacienta ochráněna před pádem. Mezi

preventivní opatření v rámci snížení rizika pádů patří: snížení lůžka a zvednutí postranic, umístění pacienta blízko sesterny a toalety. Významnou součástí prevence pádů je zajištění vhodného nemocničního prostředí. Je tedy nezbytné identifikovat rizikové faktory prostředí, do kterých patří: vlhká nebo nerovná podlaha, nedostatečné osvětlení, nestabilní a nezajištěný nábytek, nedostatek madel, nevyužívání protiskluzových podložek (Joint Commission Resources, 2007).

Dekubit je rána, která vznikla v důsledku působení tlaku. Velikost dekubitů je dána intenzitou tlaku, dobou působení tlaku, celkovým stavem pacienta a zevními podmínkami (Mikula a Müllerová, 2008).

Dle Grancové není k dispozici v současné době jediná zaručená metoda *prevence dekubitů*. Z toho důvodu musíme využívat širokou řadu preventivních opatření (2008). Z hlediska prevence dekubitů je podstatné polohování u málo pohyblivého nebo nepohyblivého pacienta kvůli předcházení dlouhodobému tlaku na rizikové části těla (Csisko, 2014). Zásadní význam má také v prevenci vzniku dekubitů rehabilitace (Grancová, 2008). Účelem rehabilitace je docílení co nejvyšší samostatnosti pacienta při změnách polohy, při vstávání z postele, ze židle a při chůzi (Matišáková a Gerlichová, 2011). Důležitým faktorem efektivní prevence je edukace nejen pacienta, ale i jeho rodiny. Při edukaci je podstatné motivovat pacienta a jeho rodinu ke spolupráci a ke změně (Matišáková a Gerlichová, 2011). Zároveň je důležité naučit rodinné příslušníky, jakým způsobem minimalizovat riziko vzniku proleženin a jak správně pečovat o nemocného, který je v riziku dekubitů či už je dekubity postižen (Grancová, 2008).

3 Metodika

3.1 Použité metody

Za účelem naplnění cílů práce byl realizován výzkum s využitím kvalitativního šetření. Kvalitativní šetření bylo provedeno formou hloubkového rozhovoru. Rozhovory probíhaly dle připraveného okruhu otázek (viz příloha 2, 3 a 4).

Otázky pro hlavní sestru, manažerku kvality, manažera kvality a sestry byly zaměřeny především na identifikaci pacientů, riziková léčiva, na prevenci a redukci pádů. Také byly orientovány na hygienu rukou, telefonickou a ústní ordinaci, hlášení výsledků vyšetření pacienta, na prevenci a redukci dekubitů a na předávání pacientů. Otázky týkající se postupů pro prevenci záměny výkonu, lokalizace nebo pacienta na operačním sále byly položeny pouze hlavní sestře, manažerce kvality, manažerovi kvality a perioperačním sestřím.

Tyto rozhovory byly provedeny v období od začátku ledna do února roku 2017 ve třech vybraných nemocnicích v Jihočeském kraji za souhlasu všech hlavních sester. S výzkumným šetřením byly rovněž seznámeny vrchní sestry vybraných oddělení. Rozhovory byly prováděny s hlavní sestrou, manažerkou a manažerem kvality, perioperačními sestrami, sestrami z interního a neurologického oddělení a oddělení následné péče. V průběhu jednotlivých rozhovorů byly upřesňovány nejasnosti či více prohlouben rozhovor o doplňující otázky.

V průběhu šetření byly odpovědi přepisovány na papír, protože si sestry nepřály být nahrávané na diktafon při rozhovoru. Následně byly všechny rozhovory doslovně přepsány (viz příloha 5). Získaná data byla kódována, kategorizována. Pro kódování dat byla použita metoda tužka a papír (viz příloha 6, 7 a 8). Výsledky byly interpretovány pomocí techniky „Vyložení karet“.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci své diplomové práce jsem oslovila tři vybrané okresní nemocnice a jednu krajskou nemocnici v Jihočeském kraji. S výzkumným šetřením souhlasily tři nemocnice. Do výzkumného souboru byli záměrným výběrem vybráni manažeři kvality, perioperační sestry a sestry pracující na interním, neurologickém oddělení a oddělení následné péče. Celkem se uskutečnilo dvacet rozhovorů, ohled byl brán na ochotu respondentů zúčastnit se výzkumného šetření. Záměrně nebyly zmíněny bližší údaje o manažerech kvality a vybraných nemocnicích z hlediska zachování anonymity.

Podrobná charakteristika výzkumného souboru sester je uvedena v tabulce 1 výsledková část. Rozhovory byly ukončeny v okamžiku dosažení teoretického nasycení dat.

4 Výsledky

Po přepsání rozhovorů s komunikačními partnerkami probíhalo kódování dat a byly vytvořeny kategorie. Uvedené kategorie obsahují odpovědi komunikačních partnerek na otázky, které byly použity v rozhovorech. V kategoriích jsou uvedeny znalosti a postupy komunikačních partnerek. Kategorizační skupiny jsou rozděleny do osmi kategorií: „Bezpečná identifikace pacientů“, „Bezpečnost při používání rizikových léků“, „Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech“, „Prevence a redukce pádu u hospitalizovaných pacientů“, „Hygiena rukou a bariérové ošetrovací techniky“, „Ústní a telefonická ordinace léku a hlášení výsledků vyšetření pacienta“, „Bezpečné předávání pacientů“, „Prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů“.

Tabulka 1 Identifikační údaje oslovených sester a vedoucích pracovníků

Sestra	Věk	Vzdělání	Pracovní zařazení	Délka praxe
S1	29	SŠ	všeobecná sestra	9 let
S2	54	SŠ	všeobecná sestra	36 let
S3	25	VŠ-Mgr.	všeobecná sestra	1 rok
S4	25	VŠ-Bc.	všeobecná sestra	2 roky
S5	24	VŠ-Bc.	všeobecná sestra	1 rok
S6	54	VŠ-Mgr.	všeobecná sestra	25 let
S7	48	SŠ	všeobecná sestra	18 let
S8	34	VŠ-Mgr.	všeobecná sestra	4,5 let
S9	26	VOŠ-Dis.	všeobecná sestra	3,5 let
S10	23	VOŠ-Dis.	všeobecná sestra	1 rok
S11	41	SŠ	všeobecná sestra	22 let
S12	40	SŠ	všeobecná sestra	10 let
PS13	24	VŠ-Bc., perioperační specializace	perioperační sestra	2 roky
PS14	45	SŠ, perioperační specializace	perioperační sestra	6 let
PS15	60	SŠ, perioperační specializace	perioperační sestra	20 let
PS16	50	SŠ, perioperační specializace	perioperační sestra	30 let
PS17	46	SŠ, perioperační specializace	perioperační sestra	8 let
H1	anonymní	anonymní	hlavní sestra	anonymní
M2	anonymní	anonymní	manažer kvality	anonymní
M3	anonymní	anonymní	manažerka kvality	anonymní

V rámci kvalitativního výzkumu jsme oslovili 12 všeobecných sester, 5 perioperační sester, jednu hlavní sestru a dva manažery kvality. Výzkum proběhl se všeobecnými sestrami a perioperačními sestrami ve věku od 23 do 60 let. Komunikační partnerky S3, S6, S8 mají vysokoškolské vzdělání s magisterským titulem. Komunikační partnerky S4, S5, PS13 mají vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem. Komunikační partnerky S9, S10 mají vysokoškolské vzdělání diplomovaný specialista. Ostatní všeobecné sestry a perioperační sestry mají středoškolské vzdělání zakončené maturitou. Všechny oslovené perioperační sestry mají pomaturitní specializační vzdělání v perioperační péči. Délka praxe všeobecných sester a perioperačních sester se pohybuje v rozmezí od 1 roku až do 36 let.

Záměrně není uvedený věk, vzdělání a délka praxe hlavní sestry a manažerů kvality z důvodu zachování anonymity.

4.1 Kategorie „Bezpečná identifikace pacientů“

Vzhledem k tomu, že u hospitalizovaných pacientů probíhá velké množství lékařských a ošetrovatelských zásahů, je nezbytná jejich přesná a bezpečná identifikace.

Bezpečná identifikace pacienta spočívá v tom, jakým způsobem a při jakých situacích sestra identifikuje pacienta.

Kategorie bezpečná identifikace pacientů obsahuje tři podkategorie: „Způsob identifikace pacienta“, „Způsob identifikace při neobvyklých situacích“, „Činnosti, při kterých se provádí identifikace“. Rozhovory byly zaměřeny na správný postup identifikace pacienta. Bylo zjišťováno, jakým způsobem sestry provádí identifikaci u pacientů. Dále nás zajímalo, jaký je správný postup identifikace pacienta při neobvyklých situacích a při jakých činnostech provádějí sestry identifikaci pacientů. Všechny rozhovory byly analyzovány a na základě toho vznikla kategorie bezpečná identifikace pacientů.

V podkategorii „**Způsob identifikace pacienta**“ nás zajímalo, jaký je správný způsob bezpečné identifikace pacientů. M2 uvedl: „*Musí být nejméně dva identifikátory pro identifikaci pacienta. Konkrétně identifikační náramek a zdravotnická dokumentace. Při identifikaci je vhodná spoluúčast pacienta, pokud je schopen, tak řekne, jak se jmenuje, datum narození a rok, sestra to zkontroluje s identifikačním náramkem a zároveň s identifikačními údaji ve zdravotnické dokumentaci.*“ M3 má stejný názor. Komunikační partnerka H1 proti tomu uvádí: „*V naší směrnici máme*

jasně dané, že pacient musí být třikrát identifikován. To znamená, že identifikaci máme podle identifikačního náramku. Dále podle otázky, jak se pacient jmenuje, nesmí zdravotnický personál používat při identifikaci otázku: „Jste paní Nováková?“ Následně si musí ověřit zdravotnický pracovník identifikaci pacienta současně s dokumentací pacienta.“ Hlavní sestra H1 vyjádřila názor, že je nejhorší, když se sestry domnívají, že pacienty znají a už je neidentifikují, například na oddělení následné péče, kde pacienti leží delší dobu. I přes tuto skutečnost by měl personál pacienty identifikovat podle stanoveného postupu, aby nedošlo k záměně.

Několik sester S1, S5, S6 se shodlo na tom, že pacienty identifikují otázkou: *„Jak se jmenujete?“* Dále sestry kontrolují údaje na identifikačním náramku pacienta. Sestry S8, S9, S10, S11, S12 doplňují, že ptají pacienta na datum nebo rok narození. S4 ještě poznamenala, že jí kolegyně při předávání služby uvede jména pacientů. Komunikační partnerky S2 a S3 identifikují pacienta otázkou: *„Jmenujete se pan Novák?“* S3 ještě dodává: *„Když máme na oddělení třeba dva pacienty se shodným příjmením, tak se ptáme ještě křestním jménem.“*

Dále bylo od komunikačních partnerek S1, S2, S3 zjištěno, že ještě kontrolují identifikaci pacienta podle teplotní tabulky u lůžka. Je zarážející, že dvě sestry S1, S7 uvedly, že identifikaci neprovádí, když už pacienty znají. Jediná sestra S12 uvedla: *„Zjištěné identifikační údaje porovnám ještě vždy s údaji ve zdravotnické dokumentaci pacienta, abych zjistila shodu, jestli mám správného pacienta a správnou dokumentaci.“* Sestry S3, S7 také kontrolují totožnost pacienta ještě podle zdravotnické dokumentace, ale jen před podáním transfúze, opiátů a před odjezdem pacienta na vyšetření.

V další podkategorii **„Způsob identifikace při neobvyklých situacích“** byli komunikační partneři dotazováni, jakým způsobem identifikují pacienta při neobvyklých situacích, kdy pacient není schopen aktivně říct své jméno a příjmení. Z odpovědí bylo zjištěno, že se odpovědi komunikačních partnerů H1, M2, M3 shodují v tom, že v takových situacích musí zdravotnický personál použít k identifikaci pacienta údaje z identifikačního náramku, které porovná s údaji ve zdravotnické dokumentaci. Manažer kvality M2 doslovně řekl: *„Je povinností zdravotnického personálu nahlédnout do zdravotnické dokumentace, jestli je to skutečně ten pacient, a dále kontrola identifikačního náramku pacienta.“*

Téměř všechny sestry S2, S5, S7, S9, S10, S12 odpovídaly, že pokud je pacient zmatený a nespolupracující, tak si ověřují totožnost pacienta podle identifikačního náramku na ruce pacienta. Sestry S1, S4, S6, S11 odpovídaly stejně a ještě dodaly, že si musí mezi sebou informace předávat, pokud je pacient neorientovaný nebo nespolupracující. Komunikační partnerka S5 ještě dodala, že v takovýchto případech jsou navíc ověřovány identifikační údaje pacienta na teplotní tabulce u lůžka.

Sestra S3 rovněž v takových případech kontroluje u pacientů identifikační náramek a uvádí: „*Nemůže se stát, aby byl některý pacient bez náramku.*“

Komunikační partneři byli dotazováni, jaké údaje musí obsahovat identifikační náramek. M2 a M3 se shodli, že na identifikačním náramku pacienta musí být napsáno jméno a příjmení pacienta, datum narození a název oddělení, na kterém pacient leží. Hlavní sestra H1 doplnila, že na identifikačním náramku nesmí být uvedeno rodné číslo pacienta. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12 mají stejný názor.

Ve třetí podkategorii byly odpovědi zaměřeny na „**Činnosti, při kterých se provádí identifikace pacienta**“ a zajímalo nás, při jakých činnostech musí sestry kontrolovat identifikaci u pacientů. M3 doslovně uvedla: „*Žádná léčba, zákrok, vyšetření, podání léků nesmí být zahájeny, aniž by osoba provádějící výkon, terapii, vyšetření nebo zajišťující péči nezkontrolovala identitu pacienta.*“ Odpovědi H1 a M2 jsou téměř stejné, ale hlavní sestra H1 ještě dodává: „*Samozřejmě, když půjdou sestry koupat pacienta, tak nemusí dělat trojí identifikaci. Zdravotnický personál musí dělat identifikaci při těch situacích, kdy by mohlo vzniknout riziko záměny pacienta.*“

Většina oslovených sester S4, S5, S10, S11, S12 se shodla na tom, že kontrolují identifikaci pacienta před každým výkonem a podáváním léků. Komunikační partnerka S1 souhlasí a dodává, že ještě kontroluje totožnost pacienta před odběrem biologického materiálu. Sestra S7 rovněž souhlasí s většinou sester a zmiňuje, že provádí také kontrolu identifikace před podáním transfuzí a opiátu. Sestry S2, S8, S9 odpověděly, že provádějí u pacienta identifikaci před každým výkonem.

Sestry S3 a S6 byly ke mně nejotevřenější. S6 řekla, že kontroluje identifikaci pacienta při každém kontaktu, před podáváním léků, před odebíráním krve a také před podáváním stravy. S3 doslovně řekla: „*Kontrolu identifikačních údajů pacienta děláme před podáním perorálních léků, injekčních léků a infuzí. Také kontrolujeme identifikační údaje před podáváním opiátů, transfuzí, před odjezdem pacienta na vyšetření.*“

4.2 Kategorie „Bezpečnost při používání rizikových léků“

Kategorie bezpečnost při používání rizikových léků obsahuje čtyři podkategorie: „Riziková léčiva“, „Skladování rizikových léčiv“, „Způsob podávání rizikových léčiv“, „Léčiva vnesená do nemocnice“.

Bylo zjišťováno, jaká znají sestry riziková léčiva a jak je skladují. Dále nás zajímalo, jakým způsobem podávají sestry riziková léčiva a jaký je postup v případě vnesených léků pacientem. Záměrně byla v rozhovorech začleněna problematika SOS léků a LASA léků. Všechny rozhovory byly analyzovány a na základě toho vznikla kategorie bezpečnost při používání rizikových léků.

V podkategorii „**Riziková léčiva**“ byli komunikační partneři dotazováni, jaké léky řadí jejich nemocnice do rizikových léčiv. H1 a M2 se shodli na to, že jejich nemocnice řadí mezi riziková léčiva koncentrované roztoky KCl, hepariny a inzulíny. Oproti tomu M3 uvedla: „*Naše nemocnice řadí do rizikových léčiv především hepariny a inzulíny.*“

Odpovědi sester byly značně rozdílné. Sestry S6, S7 a S8 řekly, že mezi riziková léčiva patří koncentrovaný roztok KCl 7,45 %, hepariny a inzulíny. S5, S11 souhlasí a dodávají, že mezi riziková léčiva ještě řadí koncentrovaný roztok NaCl. Komunikační partnerky S9, S10 uvedly, že na oddělení používají jako riziková léčiva koncentrovaný roztok KCl 7,45 %, inzulíny a opiáty. Sestra S12 řekla, že mezi riziková léčiva patří koncentrovaný roztok KCl 7,45 %, glukóza 40 % a inzulíny. Sestra S4 souhlasí a dodává, že mezi riziková léčiva patří ještě magnézium sulfát a koncentrovaný roztok NaCl. Sestra S2 zmiňuje, že do rizikových léků se řadí digoxin, hepariny, bikarbonát, koncentrovaný roztok KCl 7,45 % a koncentrovaný roztok NaCl.

Další sestra S3 používá jako riziková léčiva antibiotika, hepariny, koncentrovaný roztok KCl 7,45 %, koncentrovaný roztok NaCl, bikarbonát a glukózu 40 %. Sestra S1 mi s přesvědčením řekla: „*Já si myslím, že každý lék je rizikový, když se špatně použije nebo se podá někomu, kdo je alergický. Jako rizikové léky skladujeme koncentrovaný roztok KCl 7,45 %, adrenalin, koncentrovaný roztok NaCl a inzulíny.*“

Vedoucí pracovníci H1, M2, M3 uvedli, že zaměstnanci jsou seznámeni se seznamem léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti. H1 doslovně řekla: „*Všichni noví zaměstnanci musí být proškoleni vrchní sestrou, co týče podávání rizikových léčiv. Vrchní sestry mají povinnost jednou za půl roku to znovu na provozních schůzích probírat.*“ M2 a M3 mají stejný názor a ještě uvádějí, že povinností zaměstnance je

prostudovat směrnice nemocnice i aktualizované verze směrnic. Následně zaměstnanci potvrzují, že se seznámili s danou směrnicí, svým podpisem.

V následující podkategorii „**Skladování rizikových léčiv**“ bylo zjišťováno, jaký je správný postup pro skladování rizikových léčiv. Hlavní sestra H1 řekla: *„Co se týče skladování, tak na odděleních najdete, že jsou rizikové léky označeny a jsou uloženy mimo ostatní léky. Skříňky s rizikovými musí být zamčené. V naší nemocnici máme koncentrované roztoky KCl 7,45 % a hepariny vždy jen na jedné stanici a léky jsou uloženy ve speciálních dózách. V praxi to znamená, že máme rizikové léky na JIP a na jednotce intermediární péče, sestry ze standardního oddělení si musí na stanice pro koncentrované roztoky KCl 7,45 % a hepariny dojet. Rizikové léky jsme co nejvíce zredukovali po té události s heparinovým vrahem, která se stala v Havlíčkově Brodě.“* Manažer kvality M2 souhlasí, ale dodává, že inzulíny a hepariny jsou dostupné na každém oddělení.

Manažerka kvality M3 rovněž souhlasí se skladováním rizikových léků jako heparinu, inzulínu odděleně od ostatních léků a dodává, že musí být uloženy v červených boxech na viditelném místě. Dále zmiňuje, že koncentrované roztoky KCl 7,45 % a koncentrované roztoky NaCl mají označeny červenou etiketou *„Před použitím naředit!“*, skladují je v boxech k tomu vymezených a jsou ještě označeny červenou páskou. Dále zdůrazňuje, že za správné uložení léčiv, hospodaření s léky a kontrolu nakládání s léky na odděleních nemocnice odpovídají primáři oddělení a vrchní sestry.

Komunikační partnerky S1, S4, S5 se shodly, že skladují riziková léčiva zamčená ve skříní. Ta je označená nálepkou nebo štítkem *„Riziková léčiva“*. Sestry S2, S3, S6, S7, S8 souhlasily a dodaly, že skladují ještě nenačaté inzulíny v lednici. Sestry S11, S12 odvětily, že skladují rizikové léky ve speciálních dózách zamčené v lékárně a nenačaté inzulíny skladují v lednici. Poslední dvě sestry S9, S10 uvedly, že riziková léčiva skladují v červených boxech zamčené ve skříňové lékárně. Opiáty skladují zamčené v trezoru a inzulíny mají červeně označené a uloženy v lednici.

Dále nás zajímalo, zda sestry vědí, co jsou tzv. LASA léky, a jak zabezpečují, aby nedošlo k jejich záměně. M3 se vyjádřila aktivně k této problematice: *„Také léčiva s podobným názvem, obalem, tzv. LASA léky, skladujeme na dobře přehledném místě. Před použitím léčiva musí zdravotnický personál provést důslednou kontrolu názvu, síly nebo koncentrace.“*

Z výpovědi u všech sester bylo zjištěno, že nevědí, co jsou LASA léky. Termín LASA léků byl sestřím vysvětlen a následně dále odpovídaly. Osm sester S1, S3, S4, S5, S6, S10, S11 uvedlo, že skladují léky, které mají podobné obaly a názvy, klasicky podle abecedy. Sestra S2 souhlasí a ještě řekla: „*Já si myslím, že máme lékárnu tak plnou a jsme rádi, že léky máme seřazeny podle abecedy. Nesetkala jsem se s tím, že by po nás někdo chtěl, abychom podobné léky skladovali odděleně.*“ Sestra S7 také souhlasí a navíc sděluje: „*Prostě musíme být vždycky při podávání léků pozorní.*“ Na S8 bylo vidět, že ji rozhovor na toto téma zaujal, a sdělila mi: „*Léky máme seřazeny podle abecedy a víme, které krabičky jsou podobné, a dáváme si na to pozor. Slyšela jsem někde, že je snaha dávat léky ještě do zvláštních dóz, ale myslím, že je důležitá ta pozornost, uvědomit si při podávání léků, že jsou obaly podobné.*“ Sestry S9 a S12 odpověděly obdobně.

V podkategorii „**Způsob podávání rizikových léčiv**“ byli vedoucí pracovníci dotazováni, jakým způsobem podávají pacientovi léky s vyšší mírou rizika. Manažer kvality M2 uvádí, že riziková léčiva podávají dle ordinace lékaře. Hlavní sestra H1 souhlasí a dodává, že rizikové léčivo smí podat pacientovi jen všeobecná sestra, nemůže je podat zdravotnický asistent. Manažerka kvality M3 doslovně řekla: „*Rizikové léky podáváme podle ordinace lékaře. Pro podání jakéhokoliv roztoku obsahujícího KCl je nutné použít infuzní pumpu, lineární dávkovač nebo infuzní set, umožňující přesné dávkování.*“

Následně sestry byly dotazovány na konkrétní způsob aplikace roztoku chloridu draselného pacientovi intravenózní cestou. Osm sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S11 odpovědělo, že si infuzi s KCl nařadí dle ordinace lékaře a následně pacientovi podají. Sestra S8 souhlasí a zmiňuje, že pacienta poučí o tom, že kdyby infuze nekapala nebo ho páčila, tak ať si zazvoní. Sestra S9 doslovně řekla: „*Roztok KCl dáme do infuze dle ordinace lékaře a přidáme set s kolečkem a na něm nastavíme rychlost kapání. Jakmile dáme do infuze KCl, tak musíme přidat set s kolečkem Exadrop, aby infuze byla podávána přesně.*“ S10 má rovněž stejný názor. Sestra S12 udává, že infuzi s KCl si nachystá podle ordinace lékaře a podá ji pacientovi přes infuzní pumpu.

Dále byl dotaz zacílen na to, jestli používají sestry na oddělení nízkokoncentrované roztoky chloridu draselného ve formě premixů. Hlavní sestra H1 řekla: „*Je to výhodné, protože KCl je už nařaděno v infuzi. Snažíme se zavádět také premixy na odděleních, i když lékaři to moc nechtějí. Nevím z jakých důvodů, ale moc tomu nedůvěřují.*“

M3 souhlasí a dodává, že jsou premixy výhodné, protože je sestry už nemusí ředit a je zde menší riziko medikačního pochybení než u neředěného koncentrovaného KCl. Manažer kvality M2 oproti tomu řekl: *„Některá oddělení používají premixy, ale my jsme spíše pro užívání koncentrovaných KCl.“*

Několik sester S5, S7, S9, S10, S11, S12 odvětilo, že na oddělení premixy nepoužívají. Sestry S1, S4, S6, S8 rovněž nepoužívají premixy a zmiňují, že se s tím nikdy nesetkaly. Sestra S2 uvedla, že na oddělení měly premixy, ale moc se neosvědčily lékařům z hlediska koncentrace a z toho důvodu je přestaly používat. Komunikační partnerka S3 mi odpověděla nejpodrobněji na danou problematiku: *„Nepoužíváme, není to výhodné z hlediska různého dávkování a taky dáváme KCl do fyziologického roztoku nebo do isolyte roztoku, záleží na ordinaci lékaře. V praxi by tedy muselo být více druhů premixů, nelze určit jen jeden druh premixů. Také někteří pacienti mají současně v infuzi s KCl přidané i jiné léky. Museli by tedy ještě navíc dostat inzulin nebo NaCl. Takhle si nachystáme infuzi s KCl, jakou potřebujeme dle ordinace lékaře, a podáme.“*

V poslední podkategorii **„Léčiva vnesená do nemocnice“** byli komunikační partneři dotazováni, jakým způsobem zachází s léčivy, která jsou do nemocnice vnesena samotnými pacienty. Manažerka kvality M3 řekla: *„Sestry od pacienta léky přinesené z domova odeberou, označí léky štítkem pacienta a mají léky uložené u sebe na sesterně. Léky následně podávají pacientovi z nemocničních zásob. Až bude pacient odcházet, tak se mu vydají léky zpátky. Pokud mají pacienti nějaké specifické léky, tak můžeme podávat jejich, ale musí s tím souhlasit.“* Vedoucí pracovníci H1 a M2 mají stejný názor.

Sestry S5, S7, S10, S11 uvedly, že vlastní léky pacientů nepodávají. S10 ještě dodala: *„Kolikrát to nemají ani v originálních krabičkách, takže nevíme, co bychom jim vlastně podali.“* Oproti tomu komunikační partnerky S2, S9, S12 řekly, že nepodávají pacientovi jeho vlastní léky, ale pokud jsou to speciální léky a nejsou běžné dostupné, tak je pacientovi podávají. S12 ještě zmínila, že s podáváním pacientových léků musí pacient souhlasit.

Další dvě sestry S4 a S8 uvedly, že nepodávají vlastní léky pacienta, pouze ve výjimečných případech, když nemají o víkendu možnost objednat lék z lékárny nebo pokud je pacient přijat na oddělení odpoledne a lék už nelze ten den objednat z lékárny. Sestry S1 a S6 podávají pacientovi vlastní léky s jeho souhlasem. S6 ještě dodává, že

podávají pacientovi léky jen z originálních obalů a že se nedá prakticky zjistit, jestli si nechal pacient nějaké léky u sebe. Poslední sestra S3 řekla: *„Když jsou to léky, které běžně máme, tak řekneme pacientovi, ať si je nechá u sebe a neužívá je. V tomto případě dáváme pacientovi léky z naší lékárny. Ale pokud jsou to speciální léky, které nemáme běžně, tak si pacientovy léky vezmeme, označíme je jménem, uložíme je na sesterně a léky pak dostává od nás.“*

Dále byl náš zájem soustředěn na postup, pokud by chtěl pacient užívat léky sám. Vedoucí pracovníci H1, M2, M3 měli na postup stejný názor. M2 doslovně řekl: *„Pokud pacient nechce spolupracovat a trvá na tom, že bude mít léky u sebe, tak ošetřující lékař musí o této skutečnosti učinit záznam do zdravotnické dokumentace pacienta a musí být informován primář, který svým podpisem potvrdí, že pacient má u sebe léky. Musím říct, že u nás k takovéto situaci dochází velmi zřídka. Většinou na nás pacienti dají.“*

Odpovědi sester byly rozdílné. Sestry S2, S5, S9, S10 uvedly, že pokud chce pacient užívat své léky sám, tak s tím musí souhlasit lékař a musí napsat do dokumentace *„Pacient bere léky sám.“* Sestry S8 a S11 souhlasí a ještě dodávají, že lékař musí napsat do dokumentace, z jakého důvodu bere pacient léky sám. Komunikační partnerky S4 a S7 uvádí, že se to nestává, ale pokud by se to stalo, tak to musí řešit s pacientem lékař. Oproti tomu S12 uvádí, že tento problém řeší s pacientem primářka. Další dvě sestry S1, S3 odpověděly, že pokud chce léky pacient brát sám, tak s tím musí souhlasit lékař, ale když je pacient soběstačný, tak to nebývá problém. Poslední sestra S6 doslovně řekla: *„Když chce mít pacient léky u sebe, tak se to hlásí primáři a ten to musí s pacientem řešit. Já to jako sestra musím napsat do dokumentace, že chce mít pacient léky u sebe. Někdy uděláme s pacientem po domluvě s primářem kompromis, že mu necháme tři až čtyři tablety.“*

Během rozhovoru byla sestrám položena otázka, jestli vědí, co jsou to S.O.S. léky. Všem sestrám kromě jedné sestry S6 byl termín S.O.S. léků vysvětlen, protože řekly, že ho neznají. S6 uvedla: *„Je to lék, který pacient užívá chronicky a je ponechán pacientovi u sebe dle ordinace lékaře.“* Sestry S1, S2, S7 uvedly, že nechávají soběstačným pacientům u sebe kapesní inhalátory a do dekurzu jim napíšu, že užívají lék sami. Sestra S4 a S5 souhlasí, ale zmiňuje, že lékař napíše do dokumentace záznam, pokud pacient bere nebo užívá léky sám. Sestry S8, S9, S10 a S12 uvedly, že nechávají soběstačným pacientům u sebe kapesní inhalátory a kapky do očí. S11 souhlasí, ale dodává, že je proveden záznam do příjmové dokumentace a informace, že má pacient

léky u sebe, je předávána sestřím při výměně služeb. Sestra S3 mi odpověděla podrobně: „*Kapesní inhalátory a kapky do očí pacientům necháváme u sebe a v dokumentaci mají pacienti napsáno od lékaře, že je užívají sami. Jak jsme u pacienta, tak mu například řekneme, jednou si vdechněte nebo kápněte si do levého oka. Následně si v dokumentaci odškrtneme podaný lék.*“

4.3 Kategorie „Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech“

Kategorie prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech obsahuje čtyři podkategorie: „Způsob zavádění předoperační bezpečnostní procedury do klinické praxe“, „Prevence záměny operačního místa, strany a výkonu“, „Prevence záměny pacienta na operačním sále“, „Způsob předávání zdravotnické dokumentace“.

Bylo zjišťováno, jakým způsobem byla zaváděna předoperační bezpečnostní procedura do praxe a jakým způsobem byli o proceduře proškoleni zaměstnanci.

Dále nás zajímalo, jakým způsobem probíhá předoperační bezpečnostní procedura a kolik času zabere samotná bezpečnostní procedura a její dokumentace. Následně náš zájem byl zacílen na způsob plnění bezpečnostní procedury v praxi a samotný názor sester na ni. Ptali jsme se také, jakým způsobem se označuje místo operačního výkonu a jaký je postup v případě, pokud nemá pacient označené místo a stranu výkonu. V průběhu rozhovoru bylo zjišťováno, jakým způsobem je zajištěno, že nebude proveden operační výkon na nesprávné straně těla pacienta nebo jiný typ operačního výkonu. Naším zájmem bylo dále zjistit způsob identifikace pacienta na operačním sále. V neposlední řadě jsme chtěli zjistit, jakým způsobem předchází záměně pacienta na operačním sále perioperační sestry a také způsob předávání zdravotnické dokumentace. Všechny rozhovory byly analyzovány a na základě toho vznikla kategorie prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech.

V první podkategorii „**Způsob zavádění předoperační bezpečnostní procedury do klinické praxe**“ jsme pokládali otázku, která se týkala způsobu zavádění předoperační bezpečnostní procedury do praxe a způsobu, jakým byli o proceduře proškoleni zaměstnanci. Komunikační partneři H1 a M3 odpověděli, že zavedení bezpečnostní procedury do praxe mají v kompetenci vrchní sestry, které dostanou pokyn a musí proškolit své zaměstnance. M3 ještě dodává: „*Většinou proškolení probíhá formou informačních schůzek a prezentace.*“ Pouze Manažer kvality

M2 zmiňuje jiný postup seznamování zaměstnanců s bezpečnostní procedurou. M2 řekl: *„Máme směrnici na intranetu, je tam popsán postup a všichni zaměstnanci si to musí přečíst. Naši lékaři jezdí také na různé konference a tam se dozví, jak se provádí bezpečnostní procedura v jiné nemocnici a jakým způsobem. Lékaři to porovnávají, posílají nám různé připomínky a podle toho jsme to zdokonalili. Občas zjišťujeme při auditech, že některá fáze postupu není lékařem podepsaná, ale pořád to vylepšujeme. Jde o nekončící proces zlepšování.“*

Všechny perioperační sestry uvedly, že byly proškoleny o proceduře buď přímo vrchní sestrou, nebo musely prostudovat konkrétní směrnici na intranetu. Nicméně některým perioperačním sestřám nebyl objasněn význam zavedení bezpečnostní procedury. PS14 a PS15 perioperační sestry uvedly, že důvodem zavedení bezpečnostní procedury byla akreditace. PS13, PS16, PS17 shodně řekly, že je o důvodu zavedení procedury nikdo neinformoval.

Následně nás zajímalo, jakým způsobem probíhá předoperační bezpečnostní procedura. Manažer kvality M2 řekl: *„My máme tři stupně stranového protokolu. První stupeň se týká přijetí, krátce po přijetí je lékař povinen zkontrolovat, jestli má pacient podepsaný informovaný souhlas s operací a s anestezií. Když není souhlas podepsaný, tak se zajistí podepsání souhlasu. Druhý stupeň se týká označení místa operace, když jde o stranový výkon. Aby nemohlo dojít ke stranové záměně, tak se označí operační místo fixou a pacient je poučen. Musí se to označit za účasti pacienta. Třetí stupeň se týká vlastního operačního výkonu, anesteziologická sestra nejprve zkontroluje na operačním sále identifikační údaje pacienta. Následně to probíhá tak, že se operátor zeptá celého operačního týmu, jestli všechno souhlasí, zkontroluje identifikační údaje pacienta, typ výkonu a označení operačního místa. Teprve až potom může začít operace.“* Manažerka kvality M3 má stejný názor. Hlavní sestra H1 řekla: *„Předoperační bezpečnostní proceduru zaznamenáváme na speciální list, kde je jedna strana anesteziologická, protože anesteziolog chodí odpoledne za pacienty a píše jim premedikaci. Na druhé straně listu máme místo pro záznam lékaře. Navíc je ještě dole předtištěná tabulka pro dospívající pokoj.“*

Stejná otázka byla položena i perioperačním sestřám. Perioperační sestra PS15 řekla: *„Postupujeme následujícím způsobem. Anesteziolog, anesteziologická sestra a chirurg zjistí totožnost pacienta a kontroluje se, zda je operované místo správně označeno. Probíhá také kontrola potřebného vybavení, tím je anesteziologické vybavení a operační vybavení.“* Perioperační sestry PS13, PS14, PS16, PS17 mají stejný názor

a dodávají, že v rámci bezpečnostní procedury kontrolují, jestli je pacient bezpečně uložen na stole. Perioperační sestra PS14 dodává, že zjišťuje u pacienta alergie a kontroluje přiložení neutrální elektrody. PS17 rovněž kontroluje přiložení neutrální elektrody.

Dále jsme se dotazovali perioperačních sester, kolik času jim zabere předoperační bezpečnostní procedura a kolik času stráví při vyplňování dokumentace bezpečnostní procedury. Perioperační sestry uvedly, že je bezpečnostní procedura a vyplňování dokumentace procedury významně nezatěžuje. Samotná bezpečnostní procedura zabere podle výpovědi sester patnáct až dvacet minut a její zdokumentování deset až patnáct minut. PS15 doslovně uvedla: *„Časově nás bezpečnostní procedura neomezuje, máme na to dost času.“* PS14 má stejný názor.

Během rozhovoru byli vedoucí pracovníci dotazováni, jakým způsobem sledují plnění předoperační bezpečnostní procedury v praxi. Odpovědi vedoucích pracovníků se lišily. H1 sděluje, že chodí provádět neohlášené kontroly přímo na sál a sleduje, jestli dělají všechno na sále podle stanovených postupů. Oproti tomu M3 řekla: *„V praxi už jsme to přestali sledovat, protože chybovost byla při kontrolách prakticky nulová.“* M2 sděluje, že sledují plnění bezpečnostní procedury v rámci auditů, jak uvádí: *„Sledujeme to v praxi pomocí auditů a nežádoucích událostí, kdyby se stalo, že by se zaměnil pacient, tak se to musí hlásit jako nežádoucí událost a my bychom to museli řešit. Stane se, že tuto nežádoucí událost máme jednou za rok nebo za dva roky.“*

Dále jsme se ptali perioperačních sester, jaký mají názor na předoperační bezpečnostní proceduru. Všechny perioperační sestry se shodly na tom, že bezpečnostní procedura je důležitá. PS13 rovněž souhlasí, ale otevřeně řekla, že není v pořádku navyšování více pacientů na den k operaci, jak uvádí: *„Můj názor je takový, že bezpečnostní proceduru děláme správně a poctivě, ale není v pořádku, že místo pěti pacientů za den operujeme pacientů osm. Musíme operovat více pacientů za den, protože nám to plánují lékaři z příjmových ambulancí, aby zřejmě naplnili limit, ale my jsme pod nátlakem a ve stresu. Na sále má být správně jeden pacient. Nám se stává pravidelně, že máme pacienta ještě na sále a další dva pacienti už jsou na cestě. Je jenom otázkou času, až nám nějaký pacient spadne ze stolu, protože čeká v předsáli a není pod dohledem.“*

V další podkategorii **„Prevence záměny operačního místa, strany a výkonu“** byli vedoucí pracovníci dotazováni, jakým způsobem označují místo operačního

výkonu. Vedoucí pracovníci H1, M2 a M3 uvedli, že ošetřující lékaři mají v kompetenci označení operačního místa a strany u pacienta před operací. H1 a M2 ještě dodali, že označení provádí křížkem. Všechny perioperační sestry odpověděly, že operační místo a stranu označuje ošetřující lékař křížkem u pacienta ještě na oddělení.

Perioperačním sestřám byla položena otázka, jak postupují v případě, když nemá pacient označené místo a stranu výkonu. Odpovědi perioperačních sester se shodovaly. Perioperační sestry odpověděly, že pokud není operované místo nebo strana označena, tak ho musí označit sám operátor před operací.

Následně nás zajímalo, jakým způsobem je zajištěno, že nebude proveden operační výkon na nesprávné straně těla pacienta nebo jiný typ operačního výkonu. H1 a M2 uvedli, že operátor se zeptá celého operačního týmu, jestli souhlasí dokumentace pacienta, zkontroluje identifikační údaje pacienta, typ výkonu a označení operačního místa. Manažerka kvality M3 má stejný názor, ale ještě dodává, že operátor si zkontroluje typ a stranu plánované operace slovním dotazem na pacienta a dle zdravotnické dokumentace.

Perioperační sestry PS13, PS14, PS15, PS16 se shodly na tom, že operační místo musí být označeno a operátor si kontroluje označení u samotného pacienta. Dále se musí operátor zeptat přímo pacienta na operační stranu, místo a typ výkonu. Zjištěné informace následně zkontroluje s verifikačním protokolem operovaného pacienta. Perioperační sestra PS17 oproti tomu otevřeně řekla: *„Operátor si musí operované místo a stranu daného výkonu zkontrolovat u samotného pacienta a ve verifikačním protokolu. Mám zkušenost, že si to operátoři zkontrolují v protokolu a pacienta se už neptají. My jako perioperační sestry se ptáme pacienta na typ výkonu, operační stranu a místo.“*

Ve třetí podkategorii **„Prevence záměny pacienta na operačním sále“** jsme se ptali na otázku, jakým způsobem probíhá identifikace pacienta před začátkem operačního výkonu. H1 uvedla: *„Je to fáze time out, kdy se celý operační tým zastaví a řeknou si, ano je to pan Novák, dokumentace souhlasí, rentgenové snímky souhlasí. Operovat se bude například pravá ruka, pacient ji má označenou křížkem a pak teprve operace začíná.“* Manažer kvality M2 řekl, že ověření identifikace pacienta před začátkem operačního výkonu je závislé na dokumentaci pacienta a identifikačním náramku. S tím souhlasí i manažerka kvality M3 a ještě dodává, že kontrolu identifikace pacienta musí provádět anesteziologická sestra, anesteziolog a operátor.

V této otázce se všechny perioperační sestry shodovaly a uvedly, že pacient je identifikován anesteziologickou sestrou a lékařem ústním dotazem, kontrolou identifikačního náramku a porovnáním údajů ve zdravotnické dokumentaci. Perioperační sestra PS17 souhlasí a ještě uvedla: *„Dále ještě operatér provede kontrolu identifikace pacienta slovně i dle dokumentace pacienta, operačního programu a podle identifikačního náramku.“*

Dále nás zajímalo, jakým způsobem předchází záměně pacienta na operačním sále perioperační sestry. PS13 a PS15 řekly, že se zeptají pacienta na jeho jméno a přečtou si v operačním programu, který pacient je na řadě, a také kontrolují údaje v informovaném souhlasu se zákrokem. Perioperační sestry PS14 a PS16 se také ptají pacienta na jeho jméno a přečtou si v operačním programu, který pacient je na řadě a ještě kontrolují identifikační údaje pacienta podle identifikačních štítků z pacientovy dokumentace. PS17 řekla: *„Zeptáme se pacienta, jak se jmenuje. Dále zkontrolujeme identifikační údaje podle zdravotní dokumentace pacienta.“*

Poslední podkategorie je **„Způsob předávání zdravotnické dokumentace“**. Komunikační partneři byli dotazováni, v jaké formě a v jakém rozsahu dostávají pacientovu dokumentaci na operační sál. H1 a M2 uvedli, že na sál musí být předána kompletní dokumentace pacienta včetně rentgenových snímků v elektronické podobě. M3 uvádí: *„Na sál musí být předána celá dokumentace pacienta s tím, že se ještě dokumentuje, kdo předal a komu předal pacienta a v kolik hodin.“*

Stejná otázka byla položena i perioperačním sestrám. Perioperační sestra PS16 uvedla, že pacientovu dokumentaci přebírá anesteziologická sestra a lékař v tištěné podobě. Perioperační sestry si vezmou z dokumentace pacienta jen identifikační štítky. PS13, PS14, PS15 mají stejný názor a dodávají, že pokud chybí po předání dokumentace na operační sál nějaký dokument, tak to musí anesteziologická sestra a lékař řešit. Perioperační sestra PS17 řekla: *„My jako perioperační sestry dostáváme kompletní dokumentaci pacienta v tištěné podobě. Když něco chybí v dokumentaci, tak zavoláme na oddělení, aby nám to donesli.“*

4.4 Kategorie „Prevence a redukce pádu u hospitalizovaných pacientů“

Kategorie prevence a redukce pádu u hospitalizovaných pacientů obsahuje čtyři podkategorie: „Screening rizika pádu“, „Rescreening rizika pádu“, „Prevence a redukce pádu“, „Monitorování a analýza pádů pacientů“.

Bylo zjišťováno, jakým způsobem identifikují sestry rizikové pacienty a u kterých pacientů vyhodnocují riziko pádu při příjmu. Dále nás zajímalo, jakým způsobem a pomocí jakých škál riziko pádu sestry vyhodnocují a jak často a za jakých okolností přehodnocují riziko pádu. Následně náš zájem byl zacílen na program prevence a redukce pádu u hospitalizovaných pacientů a na intervence sester u pacienta v riziku pádu. Dotazovali jsme se také sester, jakým způsobem informují pacienta a jeho příbuzné o preventivních opatřeních, která by měli dodržovat, aby zamezili pádu, a jakým způsobem je zapojují do prevence pádu.

V průběhu rozhovoru bylo zjišťováno, jakým způsobem evidují a monitorují sestry pády. Dále jsme se ptali, jakým způsobem se provádí hlášení o pádu pacienta, jak se zpracovává hlášení, kdo dělá analýzu, jakým způsobem a jak se vyhodnocují výsledky a kdo vytváří nápravná a preventivní opatření. Naším zájmem bylo dále zjistit, komu a jakým způsobem v případě pádu pacienta sestry hlásí nežádoucí událost. V neposlední řadě jsme položili sestřím otázku, kolik pádů pacientů během posledního měsíce zaznamenaly a jaké jsou jejich příčiny.

V podkategorii „**Screening rizika pádu**“ nás u vedoucích pracovníků zajímalo, jakým způsobem identifikují rizikové pacienty. Všichni vedoucí pracovníci se shodli na tom, že v jejich nemocnici musí sestra při příjmu u pacienta provést screening rizika pádu. Manažerka kvality M3 ještě k tomu navíc uvedla: *„Během vstupního vyšetření sestra vyplní formulář ‚Zjištění rizika pádu‘ u všech hospitalizovaných pacientů kromě dětí a krátkodobých hospitalizací. Krátkodobá hospitalizace pacienta je v naší nemocnici do tří dnů. V rámci zhodnocení rizika pádu zjišťují sestry u pacienta schopnost pohybu, vyprazdňování, medikaci, smyslové poruchy, mentální stav, věk a pád v anamnéze. Na konci zhodnocení rizika pádu je skóre, když je vyšší než tři, tak je pacient v riziku pádu.“*

Následně jsme se ptali sester, u kterých pacientů vyhodnocují riziko pádu při příjmu. Většina komunikačních partnerek S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S11, S12 hodnotí riziko pádu u pacientů vždy při příjmu. Sestra S6 má stejný názor a ještě dodává: *„Ke všem novým pacientům přistupujeme jako k rizikovým.“* Oproti tomu sestra S10 uvedla, že hodnotí riziko pádu, jen pokud má pacient vysokou stupnici podle Nortonové.

V další otázce jsme se dotazovali sester, jakým způsobem a pomocí jakých škál toto riziko pádu vyhodnocují. S5 a S12 uvedly, že vyhodnotí riziko pádu u pacienta

podle škály rizika pádu. Komunikační partnerky S1, S2, S4, S7, S11 mají stejný názor a dodávají, že ve škále rizika pádu hodnotí úroveň pacientova pohybu, schopnost vyprazdňování, mentální stav, smyslové poruchy, věk, pády v anamnéze a užívání léků. Rovněž sestra S3 se shoduje s odpovědí předešlých sester a ještě navíc poznamenala, že čím více má pacient v rámci hodnocení rizika pádu bodů, tím je vyšší riziko pádu. S9, S10 zdůraznily oproti ostatním sestrám, že pokud má pacient zjištěné v rámci screeningu čtyři a více bodů, tak je v riziku pádu. Oproti tomu sestra S6 řekla: *„Využíváme dvě hodnotící škály při příjmu pacienta. První škála je riziko pádu a druhá je GET UP and GO TEST. Ve škálách zakroužkujeme jen jednotlivé kategorie konkrétního pacienta a sečteme body. GET UP and GO TEST je nový test od roku 2017, který je součástí výzkumu Jihočeské univerzity (viz příloha 9).“* S8 má obdobnou odpověď a navíc ještě otevřeně řekla, že GET UP and GO TEST jim vychází při zhodnocení u mnoha pacientů na nulu, protože mají hodně ležících pacientů. Otevřeně mi sdělila, že si myslí, že by stačil jeden test nebo škála, protože obojí je dle jejího názoru zbytečné dělat.

Ve druhé podkategorii **„Rescreening rizika pádu“** jsme se ptali komunikačních partnerů na otázku, jak často a za jakých okolností přehodnocují riziko pádu. Manažer kvality M2 uvedl, že sestra musí přehodnotit riziko pádu při změně stavu pacienta. H1 má stejný názor a navíc ještě řekla, že se riziko pádu přehodnocuje ještě u pacientů po operaci. M3 uvedla: *„Riziko pádu přehodnocujeme u pacienta při změně stavu, při překladi na jiné oddělení, JIP nebo ARO.“*

Následně byla stejná otázka položena i sestrám. Většina sester S2, S4, S6, S8, S11, S12 se shodla na tom, že přehodnocují riziko pádu u pacienta při změně stavu. S1 mi sdělila: *„Riziko pádu přehodnocujeme, když se stane u pacienta zásadní změna, například pacient se zlepší nebo zhorší, a také podle potřeby.“* S5 uvedla, že přehodnocuje riziko pádu u pacienta jedenkrát týdně. S10 přehodnocuje riziko pádu jen při zhoršení stavu. Oproti S7 přehodnocuje riziko pádu pouze, když se pacient výrazně zlepší. Pouze sestra S3 uvedla, že riziko pádu u pacienta nepřehodnocuje. S9 uvedla, že riziko pádu přehodnocují u pacientů fyzioterapeuti podle toho, jak s pacienty cvičí.

V následující podkategorii **„Prevence a redukce pádu“** bylo zjišťováno, co je součástí programu prevence a redukce pádu u hospitalizovaných pacientů. H1 se

vyjádřila: „*Pokud je pacient v riziku pádu, tak mu dá sestra, která je ve službě, na ruku červený náramek. Pokud pacient přijede do nemocnice s rodinou, tak se s rodinou hned pracuje a zjišťuje se například, jak často jejich příbuzný v domácím prostředí upadne. Nebo se sestry ptají přímo samotného pacienta, kolikrát doma už upadnul. Dále pacienti v riziku pádu dostanou cedulky na noční stoleček, kde je napsáno, že u nich hrozí riziko pádu, ať nevstávají a zazvoní si na zdravotní personál. Také jsme nakoupili nová lůžka, která jdou co nejvíc snížit k zemi, aby pacienti mohli dosáhnout na zem a nespadli případně z takové výšky.*“ M2 otevřeně řekl, že když je pacient v riziku pádu, tak se u něj nastaví určitá opatření. Přesto jsou pacienti neukázněni a vstávají i přes opakované poučení sester a lékařů z lůžka nebo odcházejí sami na toaletu. M3 uvedla: „*U pacienta v riziku pádu musí sestra založit diagnózu ‚Riziko pádu‘ a pacienta následně edukuje o prevenci. Pacient musí mít také v dosahu ruky funkční signalizační zařízení. Naše nemocnice má také vytvořené informační letáčky pro pacienty, kde naleznou doporučenou obuv a kompenzační pomůcky, jako jsou například hole, berle a chodítka.*“

Následně jsme položili sestřám otázku, jaké preventivní intervence zavádí u pacienta v riziku pádu. Většina sester uvedla, že dají pacientovi v riziku pádu k lůžku zábrany. Pouze S2 a S5 nedávají pacientovi v riziku pádu zábrany. S2, S3, S9 řekly, že v případě potřeby dávají pacientům kurty. S2 zmínila: „*Dáváme také pro jistotu mužům k posteli bažanta nebo schopnějším pacientům dáváme k posteli pojízdný záchod.*“ S4 řekla, že pacienty s rizikem pádu umísťují na pokoje nejbliže k sesterně. S7 uvedla, že si dávají větší pozor na pacienta, který je v riziku pádu, a více pacienta hlídají. S1 řekla, že pacientům v riziku pádu dává k lůžku hrazdičky, aby se pacienti mohli přidržet. S2, S4, S10 zmínily, že používají v noci u pacientů v riziku pádu noční světlo. Sestry S5 a S10 zajišťují pacientům pro lepší stabilitu při chůzi berle nebo chodítka. S12 řekla: „*Pacienti v riziku pádu dostanou cedulky na noční stoleček, kde je napsáno, že u nich hrozí riziko pádu, ať nevstávají a zazvoní si na zdravotní personál.*“ S8 uvádí, že na posteli mají u každého pacienta s rizikem pádu na jmenovce nakreslený vykřičník. S6 odpověděla obdobně a dodala: „*Používáme prostě zdravý selský rozum a řídíme se hlavně podle potřeb pacientů.*“

Dále byla položena otázka sestřám, jakým způsobem informují pacienta a jeho příbuzné o preventivních opatřeních, která by měli dodržovat, aby zamezili pádu, a jakým způsobem je zapojují do prevence pádu. Všechny sestry shodně odpověděly, že edukují pacienty v riziku pádu, ať sami nevstávají a zazvoní si na zdravotnický

personál, který jim pomůže. S1 vysvětluje pacientovi v riziku pádu manipulaci s hrazdičkou a ukazuje pacientovi postranice u lůžka, madla v koupelnách a na toaletách. Poučuje rodinu o preventivních opatřeních a zapojuje do prevence. S5 odpověděla obdobně a ještě dodala: „*Když jsou pacienti schopni chodit nebo sedět, tak doporučíme rodině, aby vzala nemocného na procházku po chodbě nebo na vozičku do parku.*“ S2 odpověděla: „*Pacienta a rodinu poučujeme o preventivních opatřeních.*“ Oproti tomu S6 uvedla, že nepoučuje rodinu o preventivních opatřeních. S3 se vyjádřila: „*U některých pacientů ani edukace nepomůže, ale stejně je edukujeme. Rodinu informujeme o riziku pádu, když se zeptají, proč má třeba maminka postranice, ale nezapojujeme je do prevence pádu.*“ S4, S8, S11, S12 shodně odpověděly, že rodinu informují o riziku pádu pouze, když se zeptají, ale nezapojují je do prevence. S8 a S12 edukují pacienta v riziku pádu o vhodné prevenci a vysvětlují mu, na co jsou zábrany. S7 řekla, že rodinu informuje o zavedené prevenci u pacienta s rizikem pádu lékař. Sestra edukuje o prevenci jen samotného pacienta. Toto tvrzení uvádí i S10 a ještě dodává: „*Rodinu musí o zavedené prevenci informovat lékař. My sestry vysvětlujeme pacientovi, proč je prevence důležitá. Pacient s námi i pak lépe spolupracuje.*“ S9 se vyjádřila: „*Edukujeme pacienta i jeho rodinné příslušníky o prevenci pádu. Rodinným příslušníkům doporučíme, aby donesli nemocnému obuv s pevnou patou. Dále berle, pokud je má nemocný doma.*“

Další podkategorie odpovědí je „**Monitorování a analýza pádů pacientů**“ a dotazovali jsme se vedoucích pracovníků, jakým způsobem evidují a monitorují pády. M3 řekla, že pády monitorují v rámci nežádoucích událostí. H1 má stejný názor a ještě dodala, že je zároveň jejich nemocnice zapojená do projektu ve sledování vlivu medikace na pády v rámci Jihočeské univerzity a Hradce Králové. M2 vedle toho uvedl: „*Sledujeme pády jako nežádoucí událost a hlásíme je na ÚZIS, kde je centrální a celostátní sledování nežádoucích událostí. Naše nemocnice je tam zapojena dobrovolně, abychom věděli, jak jsme na tom. Pravidelně jednou ročně provádíme rozbory příčin pádů a vytváří se nápravná opatření, ale je to těžké. Nejčastěji u nás padají senioři. Jsou od nás poučeni o prevenci a riziku pádu, ale stejně jsou neukáznění.*“

V další otázce jsme se dotazovali komunikačních partnerů, jakým způsobem provádí hlášení o pádu pacienta, jak zpracovávají hlášení, kdo dělá analýzu, jakým způsobem a jak se vyhodnocují výsledky a kdo vytváří nápravná a preventivní opatření.

M2 uvedl: „Hlášení pádů se provádí elektronicky v rámci nemocničního informačního systému a vyplňuje to lékař nebo sestra dle nastavení daného oddělení. Sestra nebo lékař nahlásí pád, hlášení nežádoucí události o pádu se odešle na e-mail primáři, vrchní sestře a mně jako manažerovi kvality. Jinak analýzu a preventivní opatření pádů bez zranění dělá vrchní sestra daného oddělení. Pokud je to pád s trvalým poškozením pacienta, tak to analyzuji já sám.“ Stejně odpověděla i M3 a ještě zmínila: „U pádu s poraněním dělám analýzu já jako manažer kvality. Vrchní sestra mi pošle daný pád elektronicky, já si to prostuduju a pak jdu osobně na oddělení. Zjišťuji si všechna rizika u pacienta, užívanou medikaci pacienta a hovořím s poraněným pacientem o tom, jak k pádu došlo. Na základě provedené analýzy se provádí opatření k prevenci dalšího pádu. Například nedávno jsem měla schůzku s obchodním oddělením a žádala jsem je o navýšení počtu postranic k lůžkům, protože jich je nedostatek.“ H1 se vyjádřila takto: „Sestra na směně nahlásí pád jako nežádoucí událost a vyplní tištěný formulář o nežádoucí události. Všechny vyplněné formuláře přijdou mně a já jednou za měsíc předám všechny nahlášené pády některé vrchní sestře, která mi pády zpracuje a následně odevzdá. Opatření se dělají hned po pádu. Sestry ve službě napíšou u pacienta po pádu do jeho dokumentace: ‚Pozor, riziko pádu!‘. Je velmi důležité, aby byly napsány všechny podstatné informace v dokumentaci o pacientovi.“

Následně nás zajímalo, komu a jakým způsobem v případě pádu pacienta hlásí nežádoucí událost sestry. Všechny sestry shodně řekly, že pád pacienta hlásí lékaři. S1 řekla, že lékař napíše nežádoucí událost do počítače a udělá záznam do dokumentace o pádu pacienta. Potom postupuje podle toho, co jí lékař řekne. S2, S4 a S12 potvrzují toto tvrzení a ještě dodávají, že při předávání směny informují sestry, které přijdou na směnu o pádu pacienta. S6 uvedla: „Záznam o nežádoucí události vyplňuje lékař elektronicky a ta se potom posílá k manažerovi kvality. V rámci studie se to hlásí ještě do jiného systému, ale to dělá naše vrchní sestra. Jinak lékař zapíše do pacientovy dokumentace, že pacient spadnul, a nám sestřám napíše, jestli máme dát pacientovi postranice, častěji ho sledovat atd.“ S7 odpověděla: „Lékař musí napsat na počítači mimořádnou událost.“ S5 se vyjádřila: „My sestry napíšeme do dekurzu záznam o pádu a lékař musí napsat nežádoucí událost, kterou elektronicky posílá manažerovi kvality. V tom hlášení pádu musí být uvedeno, jak se to stalo a v kolik to bylo hodin. Jestli u toho byl nějaký svědek, zdali měl pacient v dosahu signalizační zařízení a další věci, které musí lékař všechny zaznamenat. Následně musí napsat ještě do dokumentace záznam o pádu.“ Oproti tomu S9 uvedla: „Nežádoucí událost píšeme my sestry.“

V počítači si musíme vyplnit jméno pacienta, u kterého se nežádoucí událost vyskytla, dále vyplníme specifikaci NU, účastníka, svědka, popis NU a opatření, která byla po nežádoucí události provedena. Uložíme NU a odešleme ji vrchní sestře, primářce a manažerovi kvality. Mimořádnou událost vrchní sestra vytiskne a podepíše ji primářka.“ S10 odpověděla obdobně. Další zmíněnou formou hlášení nežádoucí je vyplnění tištěného formuláře, kterou shodně uvedly pouze dvě dotázané sestry S11 a S12: „My jako sestry vypíšeme tištěný formulář nežádoucí události a odevzdáváme to vrchní sestře. Dále uděláme záznam do dokumentace o pádu a lékař píše také zápis do dokumentace pacienta.“ S3 otevřeně sdělila: „Vím, že některé sestry tady na oddělení pády nehlásí, ale já to dělám. Jinak nežádoucí událost sepisuje na počítači lékař. My sestry do dokumentace děláme záznam, jen když se pacient zraní. Jinak nic nikam nepíšeme. Lékař nám taky řekne, jestli pacienta pošleme na rentgen, CT nebo budeme pacienta pravidelně sledovat či měřit krevní tlak.“

Dále jsme chtěli zjistit, jakým způsobem sestry analyzují pády a jaká preventivně nápravná opatření přijímají na svém pracovišti. S2 stručně odpověděla: „*Nápravná opatření děláme hned po pádu dle pokynu lékaře.*“ S1 byla otevřenější a sdělila: „*Nápravná opatření děláme hned po pádu. Dáme pacientovi postranice, znovu pacienta edukujeme, vysvětlíme mu, jak na nás má zvonit a kde má zvoneček. Někdy musíme i pacienta kurtovat, když je zmatený, aby si dalším pádem neublížil. Pády analyzuje náměstek kvality. Lékaři mu zasílají přes počítač nežádoucí události o pádu a on je pak vyhodnocuje. Následně s tím seznámí vrchní sestru. Když jsou zavedeny nějaké novinky, tak nám je řekne staniční nebo vrchní sestra.*“ Několik sester S3, S7, S8, S9, S10 sdělilo, že nápravná opatření dělají po pádu dle ordinace lékaře. S6 má stejný názor a ještě dodala: „*Když jsou nějaké novinky v prevenci, tak nám to řekne staniční nebo vrchní sestra.*“ Analýzu pádu dělá manažer kvality, která se mu posílá elektronicky. S4 a S5 uvedly, že dělají sami nápravná opatření hned po pádu (zvednou postranice, znovu pacienta poučí, ať sám nevstává z lůžka). S11 a S12 řekly, že nápravná opatření dělají hned po pádu a pády analyzuje vrchní sestra.

V další otázce jsme se ptali sester, kolik pádů pacientů během posledního měsíce zaznamenaly a jaké jsou jejich příčiny. Většina sester S1, S2, S3, S5, S6, S7, S10, S11, S12 uvedla, že mají na oddělení za měsíc tak dva pády. Sestra S4 řekla, že mají na oddělení jeden až dva pády pacientů za měsíc. Oproti tomu S8, S9 uvedly, že mají na oddělení tři pády pacientů za měsíc. Dále sestry vyjmenovaly příčiny pádů. S11 a S12 se shodly, že: „*Nejčastější příčina pádu je, že pacient rychle vstane z lůžka a zamotá se*

mu hlava a pak upadne.“ S1 toto tvrzení potvrzuje a ještě dodala: „V noci bývají pacienti také dost zmatení, přelézají zábrany a padají z lůžka.“ S6 má stejný názor jako předchozí sestry a ještě zmínila, že příčinou pádu pacienta jsou špatně obuté pantofle. S10 uvádí další příčinu pádu: „Nejčastější příčina je uklouznutí pacienta a pád při přelézání zábran.“ S8 a S9 shodně uvedly, že: „Nejvíce u nás padají zmatení pacienti, vstávají z lůžka a neví, že je nohy neunesou, a upadnou.“ S2 řekla, že nejčastější příčinou pádu pacienta je, když pacienti rychle vstanou a zamotá se jim hlava. Nebo když se zamotají při pohybu do permanentního močového katetru a upadnou. S4 má stejný názor. Odpověď S7 byla velmi stručná: „Nejčastější příčina je, že nás pacienti neposlechnou, a přeci jenom vstanou z lůžka.“ S3 a S5 stručně uvedly, že příčinou pádu je nejčastěji ortostatická hypotenze.

4.5 Kategorie „Hygiena rukou a bariérové ošetřovací techniky“

Kategorie hygiena rukou a bariérové ošetřovací techniky obsahuje čtyři podkategorie: „Hygiena rukou a používání rukavic“, „Kdy si sestry dezinfikují ruce“, „Izolační opatření“, „Ochranné pomůcky“.

Bylo zjišťováno, jakým způsobem jsou vzdělávání zaměstnanci v oblasti hygieny rukou, prevence a kontroly infekcí. Dále nás zajímalo, jaké jsou postupy pro mytí a dezinfekci rukou. Následně náš zájem byl zacílen na způsob provedení hygienického mytí rukou a dezinfekci rukou. Dotazovali jsme se také sester, při jakých situacích použijí sterilní rukavice, nesterilní rukavice a při jakých činnostech není třeba rukavice použít. V průběhu rozhovoru bylo zjišťováno, při jakých situacích použijí sestry dezinfekční prostředek a kde mají na oddělení rozmístěné dezinfekční prostředky.

Dále jsme položili vedoucím pracovníkům otázku, jakým způsobem jsou informováni zaměstnanci a návštěvy o izolačním režimu a jakým způsobem jsou proškoleni o specifickém režimu zaměstnanci nasmlouvaných firem. Také jsme se dotazovali vedoucích sester, jaké jsou použity bariérové techniky u infekčního pacienta a kdo rozhoduje o speciálním ochranném režimu pacienta.

Naším zájmem bylo dále zjistit, jaký je stanovený konkrétní postup pro manipulaci se stravou u pacienta v izolačním režimu, jakým způsobem jsou individualizovány pomůcky u pacienta a také jakým způsobem jsou zajištěny specifické ochranné pomůcky a oděvy u pacienta. Následně jsme chtěli zjistit, jaký je bariérový režim u pacienta, u kterého byla potvrzena MRSA bakterie (Methicilin-rezistentní *Staphylococcus aureus*) a také jaký je rozdíl mezi bariérovou péčí u pacienta, u kterého

byl zjištěn MRSA a u pacienta s průjmovitým onemocněním, kde původcem je *Clostridium difficile*. V neposlední řadě jsme se sester ptali na otázku, v jakých situacích by použily ústenku a ochranné pláště.

V podkategorii „**Hygienu rukou a používání rukavic**“ jsme položili vedoucím pracovníkům otázku, jakým způsobem jsou vzdělávání zaměstnanci v oblasti hygieny rukou, prevence a kontroly infekcí. H1 řekla, že zaměstnanci jsou proškolení jedenkrát ročně v oblasti hygieny rukou, prevence a kontroly infekcí specialistkou v oblasti hygieny a epidemiologie při nástupu. Nové příchozí zaměstnance rovněž školí epidemiologická specialistka při nástupu. Po školení dostane každý zaměstnanec certifikát, že byl proškolený a ten musí mít založený v zaměstnanecké složce. M2 uvedl: *„Personál musí jedenkrát ročně absolvovat školení v rámci hygieny rukou. S tím, že epidemiologická specialistka s epidemioložkou chodí na oddělení a zkoumá, jak kvalitně si personál myje ruce. Mají na to speciální lampu, která odhalí nedostatky a podle výsledků se pak také připravuje školení zaměstnanců v oblasti hygieny rukou.“* Odpověď M3 byla nejpodrobnější: *„Naše nemocnice provádí pravidelná školení jedenkrát ročně v hygieně rukou, třídění a likvidaci odpadu, dezinfekci a sterilizaci, manipulaci s prádlem, podávání stravy a hlášení nemocničních infekcí. Školení provádí kompetentní osoby, které jsou proškoleny v této problematice. Účast na školení je povinná pro všechny pracovníky nemocnice i studenty. Dokladem o účasti je prezenční listina, která je založená u kompetentní osoby. Nově nastupující pracovníci jsou proškoleni při vstupním školení.“*

Následně jsme se ptali sester, jaké jsou postupy pro mytí a dezinfekci rukou. Všechny sestry správně vyjmenovaly hygienické mytí rukou, hygienickou dezinfekci rukou, mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí rukou a chirurgickou dezinfekci rukou.

Dále byl náš zájem zacílen na způsob provedení hygienického mytí rukou a dezinfekci rukou. Z rozhovoru bylo zjištěno, že všechny sestry znají postupy pro mytí a dezinfekci rukou. Například S8 popsala postup hygienického mytí rukou ve své odpovědi: *„Navlhčíme si ruce vodou, nanese na ruce tekuté mýdlo z dávkovače a myjeme ruce po dobu třiceti až šedesáti sekund. Potom ruce opláchneme pod tekoucí vodou a osušíme papírovým ručníkem na jedno použití.“* Ostatní odpovědi sester byly podobné. S6 popsala postup hygienické dezinfekce rukou ve své odpovědi: *„Alkoholový dezinfekční přípravek začneme vtírat na suché ruce v množství tří mililitrů po dobu*

třiceti až šedesáti sekund a dezinfekci necháme zaschnout. Ruce si už potom neoplachujeme.“ Ostatní odpovědi sester byly obdobné.

Také jsme se dotazovali sester, při jakých situacích použijí sterilní rukavice, nesterilní rukavice a při jakých činnostech není třeba rukavice použít. Několik sester S1, S2, S8, S11, S12 uvedlo, že používá sterilní rukavice při cévkování a při převazech u pacientů. S9 má stejný názor a ještě dodala, že si vezme sterilní rukavice, když pracuje s invazivními vstupy. Sestry S3, S10 oproti tomu řekly, že používají rukavice jen na cévkování. S6 má stejný názor a ještě dodala, že nachystá sterilní rukavice lékaři k cévkování muže a také si bere sterilní rukavice při odběru krve na hemokultury. S4 a S7 odvětily, že si berou rukavice na převazy ran.

Naopak sestry S1, S6 a S10 uvedly, že nesterilní rukavice používají téměř na všechno. Sestry S2, S3, S4, S7, S8, S9, S11, S12 řekly, že používají nesterilní rukavice při práci s biologickým odpadem a při hygieně pacientů. S2 má stejný názor a ještě dodala, že si nesterilní rukavice vezme na rozdávání stravy a krmení pacientů. S3 se vyjádřila takto: *„Rukavice nesterilní si vezmu při podávání stravy pacientům, při stlaní a práci s biologickým materiálem, při provádění hygieny, při odběrech krve a při zavedení periferního žilního vstupu.*“ S5 rovněž uvedla, že si bere rukavice při odběru krve: *„Nesterilní rukavice si vezmu na odběry krve a hygienu. Dále si je vezmu, pokud pracuji s biologickým materiálem nebo dezinfekčními roztoky.*“ S7 odpověděla, že si vezme nesterilní rukavice i na cévkování.

Vedle toho sestry S1, S5, S12 řekly, že nepoužívají rukavice, když aplikují pacientovi subkutánní nebo intramuskulární injekci. S6 má stejný názor a ještě dodala, že si nebere rukavice, když jde pacientovi měřit krevní tlak. S8 se vyjádřila: *„Já rukavice nepoužívám, když jdu sáhnout na pacienta, aniž bych měla kontakt s nějakým biologickým materiálem. Pokud dávám pacientovi jídlo, tak si je taky neberu. Já vím, že je třeba i ve směrnících, že máme podávat jídlo v rukavicích, ale mně to přijde zcestný. Mě osobně by urazilo, kdyby mě vzala sestřička za ruku v rukavicích. Potom si můžu ruce umýt a dezinfikovat. Pokud jdu pacientovi píchnout injekci do svalu nebo do podkoží, tak si je taky neberu.*“ S2 a S5 uvedly, že si neberou rukavice, když jdou doprovodit pacienta na vyšetření. S3 odvětila: *„Rukavice vůbec nepoužívám při ředění a podávání léků.*“ S7 také řekla, že nepoužívá rukavice, když podává léky pacientovi a ještě navíc dodala, že nepoužívá rukavice při odběru krve.

Další podkategorie odpovědí se týkala problematiky, „**Kdy si sestry dezinfikují ruce**“ a zajímalo nás, při jakých situacích použijí sestry dezinfekční prostředek a kde je mají na oddělení rozmístěné. Sestry S4, S5, S9 uvedly, že používají dezinfekční prostředek po kontaktu s pacientem. S10 má stejný názor a ještě dodala, že používá dezinfekční prostředek po kontaktu s pacientovými věcmi. S7 a S12 shodně řekly: *„Dezinfekční prostředek používám vždycky před kontaktem a po kontaktu s pacientem.“* S8 a S11 uvedly, že používají dezinfekční prostředek po kontaktu s pacientem, před přípravou léků a po ní. S6 odpověděla: *„Dezinfekční prostředek používám před kontaktem s pacientem, po kontaktu s pacientem, před podáváním jídla, dále po práci s biologickým materiálem.“* S1 řekla: *„Dezinfekci používám před a po každém pacientovi. Dále když se jdu najíst.“* S3 pouze odpověděla: *„Po sundání rukavic.“* S2 uvedla, že používá dezinfekční přípravky, když vychází z pokoje od pacienta, a také po všech výkonech u pacienta.

Dezinfekční prostředky jsou umístěné u všech umyvadel. Toto tvrzení uvedly S3, S5, S7 a S12. Sestry S8, S9, S11 potvrzují toto tvrzení a ještě dodaly, že dezinfekční prostředky mají umístěné na pokojích pacientů. S2, S4, S6 a S10 řekly, že dezinfekční přípravky jsou umístěny na sesterně a na pokojích pacientů. S1 zmínila stejné tvrzení a dodala, že dezinfekční prostředek mají k dispozici ještě na vyšetřovně.

V podkategorii „**Izolační opatření**“ jsme se ptali komunikačních partnerů na otázku, jakým způsobem jsou informováni zaměstnanci a návštěvy o izolačním režimu a jakým způsobem jsou proškoleni o specifickém režimu externí zaměstnanci nasmlouvaných firem. H1 se vyjádřila: *„Stravovací provoz informuje sestra ve směně, že je na oddělení například MRSA infekce. Co se týče úklidové firmy, tak ta je ráno informována staniční sestrou, že máme na oddělení bariérový pokoj. Zaměstnanci úklidové firmy jsou v rámci naší nemocnice pravidelně proškolení v oblasti hygieny a izolačního režimu. Sestry, které jsou ve směně, informují návštěvy pacientů a sdělí rodině, ať si vezmou ochranné pomůcky, a poučí je.“* M2 řekl: *„Naše nemocnice má vlastní uklízečky a zaměstnance stravovacího provozu, kteří jsou pravidelně jednou ročně proškoleni o nozokomiálních nákazách a hygieně rukou. Všichni zaměstnanci naší nemocnice, kteří přicházejí do kontaktu s pacientem, musí být stejným způsobem proškoleni. Uklízečky informuje o izolačním režimu staniční sestra. Návštěvy o izolačním režimu musí informovat a poučit sestra ve směně.“* M3 odpověděla obdobně.

V souvislosti se zmíněnou problematikou byly vedoucím pracovníkům položeny následující otázky: jaké jsou použity bariérové techniky u infekčního pacienta a kdo rozhoduje o speciálním ochranném režimu pacienta. Odpovědi vedoucí sester byly odlišné. H1 se vyjádřila: *„O speciálním ochranném režimu rozhoduje vrchní nebo staniční sestra a pacienta musí informovat lékař. Pokud je například MRSA v ráně, tak u pacienta je zavedený jen bariérový režim. Když je to ale MRSA infekce v dýchacích cestách, tak je pacient vysoce infekční a musíme ho striktně izolovat na samostatný pokoj.“* M2 uvedl: *„O ochranném režimu pacienta rozhoduje lékař. Pacient se izoluje podle možností oddělení na samostatném pokoji nebo se izoluje celý pokoj s pacienty a dodržuje se na pokoji bariérový režim. Pokoj musí být označený nápisem ‚Bariérový režim‘ a dále musí být pacient od lékaře poučen. Lékař pacienta poučí, že má infekci, která se může přenést na ostatní pacienty nebo zdravotní personál, aby věděl, z jakého důvodu není na běžném pokoji.“* M3 odpověděla obdobně a ještě dodala: *„Zdravotničtí pracovníci jsou povinni dodržovat na izolačním pokoji bariérové ošetrovací techniky, jakými jsou: mytí rukou, dezinfekci rukou, používání ochranných pomůcek, individualizování pomůcek u pacienta pro osobní hygienu, teploměry, podložních míst a močových lahví, dále provádějí cílený úklid a dezinfekci.“* Všechny sestry, kromě jedné, na otázku, kdo rozhoduje o speciálním ochranném režimu u pacienta, shodně uvedly, že lékař. S3 řekla, že o tom rozhodují sestry.

V návaznosti na popsany izolační režim jsme se ptali vedoucích pracovníků, jaký je stanovený postup pro manipulaci se stravou u pacienta v izolačním režimu, jakým způsobem jsou individualizovány pomůcky u pacienta a jakým způsobem jsou zajištěny specifické ochranné pomůcky a oděvy u pacienta. M2 stručně odpověděl: *„Pacient se izoluje podle možností oddělení na samostatném pokoji nebo se izoluje celý pokoj s pacienty a dodržuje se na pokoji bariérový režim. Pokoj musí být označený nápisem ‚Bariérový režim‘. Pacient má na pokoji individuální nádobí a pomůcky.“* H1 problematika velmi zaujala a podrobně se vyjádřila: *„Pacienti v izolačním režimu dostanou jídlo na pokoj jako poslední. Na pokoji máme velké kontejnery s nařaděným roztokem Persterilu, kam se všechno nádobí nejprve na dvacet minut nakládá a pak se teprve posílá do stravovacího provozu. Dále máme označený pokoj jako bariérový režim. Samozřejmě vizity a úklid musí být na tomto pokoji jako poslední. Pacienti mají na pokoji individuální pomůcky, které potřebují, včetně tonometru, fonendoskopu a polohovacích pomůcek. Ochranné pomůcky jsou před pokojem. Všechny ochranné pomůcky musí být před odchodem z pokoje vyhozeny do pytle na nebezpečný (infekční)*

odpad. Následně před odchodem si ještě osoba, která byla na pokoji, vydezinfikuje ruce dezinfekcí.“ M3 má stejný názor a ještě dodává, že má pacient v izolačním režimu označenou dokumentaci, a vyjmenovala ochranné pomůcky před pokojem (ochranné pláště, roušky, rukavice).

Následně jsme se dotazovali sester, jaký je bariérový režim u pacienta, u kterého byla potvrzena MRSA. V rámci bariérová ošetrovatelská péče u infekce MRSA je důležité dodržovat určitá opatření, jako je používání ochranných pomůcek (ústenka, rukavice, ochranný plášť, čepice), které je nutné si obléct ještě před vstupem na izolační pokoj. Pacient s MRSA infekcí je uložený na samostatný izolační pokoj, kde může být uložený ještě s dalším pacientem, který má stejnou infekci. Pokoj je viditelně označen jako „Izolační pokoj“. Před vstupem na pokoj i po jeho odchodu musí personál provést důkladnou hygienickou dezinfekci rukou. Na pokoji je označený pytel na infekční prádlo a odpad. Dále musí mít pacient na pokoji individuální nádoby, které se dezinfikuje v dezinfekci k tomu určené dle dezinfekčního řádu. Samozřejmě jsou také individuální pomůcky, jako je teploměr, fonendoskop apod. Všechny každodenní práce (podávání léků, stravy, vizity, úklid) se provádějí na tomto pokoji jako poslední. Návštěvy o izolačním režimu musí informovat a poučit sestru ve směně. Tato opatření ve své odpovědi shrnuly S1, S2, S6. Sestry S4, S5 mají stejný názor, ale nevedly ve své odpovědi provedení hygieny, dezinfekce rukou a nutnost provádění vizit, podávání léků, stravy a úklidu jako poslední na tomto pokoji, dále informování a poučení rodiny o izolačním režimu. S7, S8, S9 a S10 nezmínily ve své odpovědi provedení hygieny a dezinfekci rukou, označení pokoje a nutnost provádění vizit, podávání léků, stravy a úklidu jako poslední na tomto pokoji. S11 a S12 nevedly ve své odpovědi provedení hygieny a dezinfekci rukou a nutnost provádění vizit, podávání léků, stravy a úklidu jako poslední na tomto pokoji. Oproti tomu S3 uvedla: *„Neděláme u pacientů izolaci, většinou mají infekci jen v ráně. Nesetkala jsem se s izolačním režimem u této infekce.“* S9 a S10 shodně řekly: *„Zaměstnanci stravovacího provozu jsou vyškoleni, aby přistupovali ke všemu nádobí, co se vrátí do jídelny, jako k potencionálně infekčnímu.“* Sestry S1, S2, S6, S10 a S12 uvedly, že na izolační pokoj nepouští studenty.

Dále jsme se ptali, jaký je rozdíl mezi bariérovou péčí u pacienta, u kterého byl zjištěn MRSA, a u pacienta s průjmovitým onemocněním, kde původcem je *Clostridium difficile*. H1 se k této problematice vyjádřila takto: *„U MRSA infekce se používají alkoholové dezinfekční prostředky a u Clostridií se musí používat Persteril. Personál si*

musí mýt řádně ruce při kontaktu s Clostridií infekcí a následně ruce ještě dezinfikuje na infekčním pokoji v nádobě s jednoprocenním Persterilem po dobu jedné minuty.“

S1 a S4 uvedly, že tam není žádný rozdíl. S11 odpověděla: „Nevím.“ S9 a S10 uvedly také, že nevědí, jaký je rozdíl mezi bariérovou péčí, protože překládají pacienta s Clostridium difficile na infekční oddělení. S12 řekla: „Pacient dostává jiná antibiotika.“ S7 má stejný názor a ještě dodala: „U každé infekce se podávají jiná antibiotika a pacienti by neměli být hlavně spolu dohromady.“ S6 správně řekla, že se u každé infekce používá jiná dezinfekce, kterou používají dle dezinfekčního řádu. S5 odpověděla obdobně. S8 přesvědčivě řekla: „Je tam rozdíl v hygieně rukou. Protože alkoholové přípravky jsou u infekce Clostridium difficile neúčinné. V prevenci přenosu infekce Clostridium difficile se proto doporučuje mytí rukou mýdlem a vodou. Jde o mechanické očištění, které má snížit hustotu kontaminujících spor na rukou. Na suché ruce je pak vhodné použít ještě alkoholovou dezinfekci, jako prevenci ostatních nozokomiálních nákaz. Po propuštění pacienta se pak musí udělat kompletní úklid pokoje dezinfekcí se sporicidním účinkem.“ Vedle toho S2 uvedla: „Je tam rozdíl takový, že u infekce MRSA myjeme podložní mísu v dezinfekci na pokoji pacienta a vyhazujeme použité pleny také na pokoji. Oproti tomu u infekce Clostridium difficile myjeme podložní mísy od pacientů v myčce a pleny vyhazujeme do pytlů ve skladu s odpadem.“ S3 se vyjádřila takto: „Je tam rozdíl. U Clostridium difficile dáváme zvlášť prádlo a infekční odpad do pytlů k tomu určených. A navíc používáme při péči o pacienty igelitové zástěry a ústenky.“

V poslední podkategorii „**Ochranné pomůcky**“ bylo naším zájmem zjistit, v jakých situacích by sestry použily ústenku a ochranné pláště. Všechny komunikační partnerky kromě S3 uvedly, že používají ochranné pláště u pacienta na izolačním pokoji. S3 řekla: „Pláště na oddělení nepoužíváme. My na oddělení využíváme místo plášťů igelitové zástěry u pacienta, který je v izolaci.“

Ústenky u pacienta v izolačním pokoji používají dle výpovědí S11 a S12. Toto tvrzení potvrzují S5, S8, S9 a S10 a ještě dodávají, že samy nosí ústenky, když jsou nachlazený, aby nenakazily další pacienty nebo personál. S7 řekla: „Ústenky používám při odsávání z tracheostomie a na izolačním pokoji.“ S1, S2 a S6 uvedly, že používají ústenky u pacienta na izolačním pokoji a u pacientů, kteří mají chřipku. S4 má stejný názor a dodává: „Měli bychom je mít i nasazené při lumbální punkci, ale nenosíme je.“

S3 se vyjádřila: „Ústenku si vezmu při obcházení pacientů, když máme na oddělení rozšířenou chřipku, a u pacientů s *Clostridium difficile*.“

4.6 Ústní a telefonická ordinace léku a hlášení výsledků vyšetření pacienta

Kategorie ústní a telefonická ordinace léku a hlášení výsledků vyšetření pacienta obsahuje dvě podkategorie: „Ústní a telefonická ordinace léku“, „Telefonické hlášení laboratorních výsledků vyšetření pacienta“.

Bylo zjišťováno, v jakých případech je přípustná ústní a telefonická ordinace léku lékařem a hlášení výsledků vyšetření pacienta. Dále nás zajímalo, jakým způsobem se telefonická ordinace zaznamenává a do kdy musí lékař ordinaci zapsat do zdravotnické dokumentace.

Následně byl náš zájem zacílen na postup ústní nebo telefonické ordinace léku lékařem. Chtěli jsme zjistit, jakým způsobem sestry zaznamenávají hlášení kritických hodnot a jaký je postup hlášení výsledků vyšetření pacienta.

V podkategorii „**Ústní a telefonická ordinace léku**“ jsme se ptali vedoucích pracovníků na otázku, v jakých případech je přípustná ústní a telefonická ordinace léku lékařem. H1 uvedla, že telefonická a ústní ordinace je přípustná v jejich nemocnici, ale musí být řádně zaznamenána. M2 řekl: „*Ústní a telefonická ordinace probíhá v naší nemocnici zcela mimořádně, například pokud je lékař mimo oddělení a nemůže se ihned dostavit.*“ M3 se vyjádřila: „*Telefonická a ústní ordinace je přípustná pouze v situaci, když lékař není schopen ordinaci zapsat, protože vykonává činnost, kterou nemůže bez rizika pro jiného pacienta přerušit. Myslím tím například resuscitaci, operaci apod. V tomto případě pak lékař zapíše ordinaci do dokumentace pacienta bez zbytečného odkladu.*“

Stejnou otázku jsme položili také sestřím. Sestry S7, S8, S10, S11, S12 shodně odpověděly, že telefonická ordinace je přípustná, když není lékař na oddělení. S4 uvedla: „*Občas u nás probíhá telefonická ordinace. Máme ji povolenou, protože naši lékaři chodí na konzilia a nemusí být na oddělení i hodinu. Ústní ordinace u nás neprobíhá, protože když je lékař na oddělení, tak ordinaci rovnou zapíše.*“ S5 odpověděla obdobně. S9 se vyjádřila: „*U nás určitě, protože našeho lékaře máme na oddělení do půl čtvrté a pak už je k dispozici lékař ve službě. Takže když se něco děje, tak nám ordinuje lékař po telefonu, ať už jsou to inzulíny nebo opiáty.*“ S1 a S6 shodně řekly, že mají povolenou telefonickou ordinaci léku lékařem, ale využívají ji jen

výjimečně. Sestra S2 se nejpodrobněji vyjádřila: „*Telefonickou ordinaci máme povolenou a provádí se například ordinace inzulínu. S tím, že lékař musí zvážit, zda důvěřuje sestře ve službě. Ordinace jiných léků, například když máme epileptický záchvat a doktor řekne do telefonu, že máme podat pacientovi Apaurin, tak to se taky děje, ale sestra ordinaci do dokumentace nepíše a doktor musí okamžitě přijít a podívat se na pacienta a ordinaci si zapsat. Když chce pacient lék na bolest, tak většinou přijdou lékaři do čtvrt hodiny a napíší nám do dokumentace, co máme podat. Při resuscitaci přijede na oddělení lékař a sestra z jednotky intenzivní péče, kteří dělají rozšířenou resuscitaci a podávají si léky sami.*“ S3 řekla: „*U nás je přípustná telefonická ordinace léku. Využíváme ji hlavně při nočních službách, když lékařská služba není na oddělení. Lékaři často do toho slouží ještě na dialýze. Například, když monitorujeme pacientovi krevní tlak nebo glykémii, tak se pak následně domlouváme s lékařem na dalším postupu a jestli třeba dáme pacientovi další léky na snížení krevního tlaku nebo kolik dáme jednotek inzulínu apod.*“

V souvislosti s telefonickou ordinací bylo zjišťováno, jakým způsobem se telefonická nebo ústní ordinace zaznamenává a do kdy musí lékař ordinaci zapsat do zdravotnické dokumentace. M2 uvedl: „*Probíhá to tak, že lékař sdělí sestře do telefonu celou ordinaci, kterou požaduje u konkrétního pacienta. Sestra ordinaci zapíše a musí ji zpětně přečíst lékaři. Následně se sestra podepíše do dokumentace pacienta a uvede, že je to telefonická ordinace. Lékař má pak povinnost ordinaci co nejdříve podepsat.*“ H1 odpověděla podobně. M3 má stejný názor jako ostatní komunikační partneři, ale zdůraznila, že volající a přijímací osoba se musí do telefonu představit a lékař musí nadiktovat sestře do telefonu celou ordinaci léku (aplikační formu, množství léku, způsob podání, někdy i rychlost podání).

Následně jsme se ptali sester, jaký je postup telefonické nebo ústní ordinace léku lékařem. Telefonická ordinace léku začíná představením sestry do telefonu a oznámením stavu pacienta lékaři. Lékař následně řekne sestře název léku, jeho aplikační formu, množství léku, způsob podání, někdy i rychlost podání. Sestra úplný obsah telefonické ordinace zapíše do dokumentace pacienta. V zápisu uvede čas ordinace, název „*Telefonická ordinace*“, jméno a příjmení ordinujícího lékaře, poté vlastní ordinaci lékaře. Následuje identifikace sestry. Zápis ordinace sestra lékaři přečte zpětně do telefonu a uvede jméno, příjmení a rok narození pacienta. Lékař potvrdí správnost opakovaného hlášení sestrou. Lékař je pak povinen co nejdříve svoji ordinaci podepsat. Tento postup ve své odpovědi shrnuly S3 a S6. Sestra S5 neuvedla ve své

odpovědi představení sestry při telefonické ordinaci, rychlost podání, nepřečetla zpětně ordinaci lékaři a nezapsala do dokumentace pacienta, že se jednalo o telefonickou ordinaci. S9 a S10 rovněž ve své odpovědi nezahrnuly přestavení do telefonu při telefonické ordinaci, rychlost podání a uvedení do dokumentace, že se jednalo o telefonickou ordinaci. Sestra S1 taktéž neuvedla ve své odpovědi jméno, příjmení a rok narození pacienta, rychlost podání a neuvedla do dokumentace pacienta, že se jednalo o telefonickou ordinaci. S2 se vyjádřila: *„Zavoláme lékaři, řekneme, kdo volá, sdělíme lékaři pacientovy obtíže. Lékař nám nadiktuje celou ordinaci. My to zapíšeme a ordinaci lékaři zpětně přečteme. Lékař ordinaci musí přijít pak co nejdřív podepsat.“* Podobně odpověděly i S4, S7, S8, S11 a S12.

V následující podkategorii **„Telefonické hlášení laboratorních výsledků vyšetření pacienta“** jsme se ptali komunikačních partnerů na otázku, v jakých případech je přípustné hlášení výsledků vyšetření pacienta. H1 a M2 uvedly, že pracovníci laboratoří volají na oddělení, když potřebují nahlásit STATIM výsledky a kritické hodnoty vyšetření pacienta. M3 má stejný názor a ještě navíc uvedla: *„Ostatní výsledky vyšetření píší pracovníci laboratoře běžně do počítače.“*

Další otázka byla zaměřená na způsob zaznamenávání hlášení kritických hodnot. M2 řekl: *„Laboratoř hlásí kritické hodnoty a postup sestry je stejný jako u telefonické ordinace. Sestra musí po nahlášení hodnoty ihned upozornit lékaře a lékař na to musí reagovat.“* M3 se vyjádřila nejpodrobněji: *„Volající laborantka se představí do telefonu a oznámí, že chce nahlásit STATIM vyšetření u pacienta, uvede jeho příjmení, jméno a rok narození. Nadiktuje název vyšetření a hodnotu. Sestra výsledky STATIM nebo kritické hodnoty zaznamená do dokumentace pacienta, zpětně hodnoty laborantce přečte s udáním jména, příjmení a roku narození pacienta. Volající laborantka potvrdí správnost opakovaného hlášení sestrou. Na závěr se laborantka zeptá, komu předala výsledky. Nahlášené příjmení sestry zaznamená do laboratorního protokolu a zapíše čas hlášení. Sestra výsledky vyšetření zapíše do zdravotní dokumentace pacienta a nahlásí ihned lékaři.“* H1 odpověděla obdobně a navíc ještě zmínila: *„V naší nemocnici máme pro hlášení patologické hodnoty zvláštní razítko (viz příloha 10), kde je uvedený čas, hodnota, kdo hodnotu přijal, a kolonka na podpis lékaře. To znamená, že sestra natiskne razítko do dokumentace, vyplní čas, hodnotu, podepíše se a lékař to musí následně také podepsat.“*

Následně jsme se dotazovali sester, jaký je postup hlášení výsledků vyšetření pacienta. Postup hlášení výsledků vyšetření pacienta začíná představením pracovníka laboratoře do telefonu. Následně přijímající sestře oznámí, že by chtěl nahlásit vyšetření u pacienta, uvede jeho příjmení, jméno a rok narození. Nadiktuje název vyšetření a naměřenou hodnotu. Sestra výsledky STATIM nebo kritické hodnoty zaznamená do dokumentace pacienta, zpětně hodnoty pracovníkovi laboratoře přečte s udáním jména, příjmení a roku narození pacienta. Pracovník laboratoře potvrdí správnost opakovaného hlášení sestrou. Na závěr se pracovník laboratoře zeptá, komu předal výsledky. Sestra výsledky vyšetření zapíše do zdravotní dokumentace pacienta a nahlásí ihned lékaři. Tento postup ve své odpovědi shrnuly S3 a S6. Sestry S1 a S4 neuvedly ve své odpovědi zpětné přečtení nahlášeného výsledku vyšetření pracovníkovi laboratoře. S2, S5 a S9 nezmínily ve své odpovědi představení pracovníka laboratoře a zpětné přečtení nahlášeného výsledku vyšetření pracovníkovi laboratoře. S10 nezmínila ve své odpovědi představení pracovníka laboratoře. S8 a S11 neuvedly ve své odpovědi představení pracovníka, identifikaci pacienta a zpětné přečtení nahlášeného výsledku vyšetření pracovníkovi laboratoře. S7 se vyjádřila takto: *„Zavolá nám pracovník z laboratoře a řekne, že chce nahlásit hodnotu vyšetření například u pana Josefa Nováka, ještě nám řeknou rodné číslo. My jim potvrdíme, že pacient u nás leží. A pak chtějí mluvit s lékařem nebo hodnotu nahlásí nám. Potom po nás chtějí naše jméno a příjmení, aby věděli, komu hodnotu vyšetření hlásili. Já si nahlášenou hodnotu zapíši většinou na papírek a pak to hned diktuji lékaři.“* S12 stručně odpověděla: *„Volají nám pracovníci z laboratoří a hlásí výsledek vyšetření. My zapíšeme výsledek do dokumentace pacienta a informujeme ihned lékaře.“*

4.7 Bezpečné předávání pacientů

Kategorie bezpečné předávání pacientů obsahuje dvě podkategorie: „Způsob bezpečného předávání pacienta“, „Rozsah zdravotní dokumentace při předání“.

Bylo zjišťováno, jakým způsobem směrnice upravuje v nemocnici kompetence předávajícího a přebírajícího pracovníka. Dále nás zajímalo, jaký je postup pro předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti jednoho zařízení a mezi jednotlivými pracovišti mezi dvěma zařízeními. Následně náš zájem byl zacílen na postup v případě urgentního překlady pacienta ze standardního oddělení na JIP. Ptali jsme se také sester, co předávají spolu s pacientem na jiné oddělení nemocnice nebo do jiného zdravotnického zařízení. Také nás zajímalo, jakým způsobem směrnice upravuje formu

a rozsah dokumentace při předání pacienta na jiné oddělení nemocnice nebo do jiného zdravotnického zařízení.

V průběhu rozhovoru bylo zjišťováno, jaké jsou náležitosti ošetřovatelské překladové zprávy. Dále jsme položili sestřím otázku, kdo je odpovědný za ošetřovatelskou zprávu. V neposlední řadě nás zajímalo, do kdy musí být lékařská a ošetřovatelská překladová zpráva napsána.

V podkategorii „**Způsob bezpečného předávání pacienta**“ byla vedoucím pracovníkům položena otázka, jakým způsobem směrnice upravuje v jejich nemocnici kompetence předávajícího a přebírajícího pracovníka. H1 řekla: „*Musí to být všeobecná sestra, která nese zdravotní dokumentaci a sanitář pacienta veze. S tím, že všechno musí být zaznamenáno ve zdravotní dokumentaci, kdo předal pacienta, v kolik hodin a kdo pacienta a dokumentaci přijal.*“ M2 a M3 mají stejný názor.

Následně jsme se dotazovali sester, jaký je postup předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti jednoho zařízení. Všechny sestry se shodly na tom, že musí před překladem napsat ošetřovatelskou překladovou zprávu a lékař zase lékařskou zprávu. S3 ještě dodala: „*Ošetřovatelskou překladovou zprávu píšeme někdy dopředu, když víme, že je překlad pacienta plánovaný.*“ Pouze dvě sestry S11 a S12 uvedly, že pacienta doprovází a předávají přebírající sestře spolu s překladovými zprávami. S9 zmínila: „*Pokud by byl pacient například na kyslíku nebo by měl u sebe cennosti, tak se sanitářem musí jet ještě sestra.*“ Ostatní sestry uvedly, že na nové oddělení předává pacienta sanitář nebo sanitářka i s překladovými zprávami. S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12 řekly, že je povinností lékaře informovat pacienta o překladu na jiné oddělení. Ostatní sestry se nevyjádřily. Sestry S2, S6, S8, S9, S10, S12 uvedly, že pomáhají pacientovi sbalit věci a sepisují soupis věcí pacienta. Oproti tomu S1, S3, S4, S5, S7, S11 uvedly, že také sepisují pacientovy věci, ale pokud je pacient soběstačný a potvrdí svým podpisem, že si ručí za věci sám, tak soupis věcí nedělají. S6 se vyjádřila: „*Velmi důležité je, aby sestra napsala do sesterské překladové zprávy, že má pacient cennosti v depozitu.*“ S10 ještě zmínila: „*Dále nesmíme zapomenout poslat s pacientem jeho berle, chodítka či korzet.*“ Pacientovi musíme vrátit doklady a léky, pokud je má u nás uložené. Takto se vyjádřily S4, S5, S7, S8, S9, S10, S11. Sestry S1, S5, S6, S7 uvedly, že dopředu volá ještě staniční sestra nebo sestra na nové oddělení a informuje personál o překladu pacienta.

Dále jsme se ptali sester, jaký je postup předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti mezi dvěma zařízeními. Všechny sestry se shodly na tom, že postup je stejný, jako při předávání pacienta v rámci jednoho zdravotního zařízení.

Následující otázka byla položena vedoucím pracovníkům a byla zaměřená na postup v případě urgentního překlady pacienta ze standardního oddělení na JIP. M3 řekla: „*Probíhá to tak, že sestra a lékař předají pacienta na JIP ústně a poté dopisují ošetrovatelskou a lékařskou překladovou zprávu.*“ M2 má stejný názor. H1 má rovněž stejný názor a ještě dodala: „*Lékaři a sestry mají za povinnost do dvaceti čtyř hodin napsat anamnézu a založit zdravotní dokumentaci. Kdyby to byl standardní překlad, tak lékařská a ošetrovatelská zpráva se posílá zároveň s pacientem.*“

Stejná otázka byla položena také sestrám. S6, S11 a S12 řekly, že pacienta doveze při překlady na JIP sestra a lékař, kterého předají sestře a lékaři na JIP ústně a následně potom dopisují překladové zprávy a soupis věci pacienta. S2 má stejný názor a ještě dodala: „*Povinností sestry je napsat i soupis věci pacienta a zajistit přesun věci společně se soupisem na jednotku intenzivní péče.*“ S9 uvedla: „*Pacient se co nejdříve přeloží na JIP, když se stihnou napsat překladové zprávy a soupis věci, tak se posílají s ním. Pokud se papíry nestihnou, tak je pak na JIP většinou do hodiny pošleme. Pacienta předáváme my sestry se sanitářem, někdy jde i náš lékař. Popřípadě předá lékař pacienta telefonicky lékaři na JIP.*“ S10 odpověděla podobně. S4 stručně odpověděla: „*Vždy se nejdříve zabezpečí pacient a pak píšeme překladové zprávy a soupis věci. Soupis věci píšeme vždy při překlady na JIP.*“ Vedle toho S8 řekla: „*V těchto případech přijede pro pacienta vybavená sanitka se sestrou, která má speciální vzdělání v intenzivní péči, a jede s ní ještě náš lékař, který předává pacienta ústně na jednotku intenzivní péče. Potom lékař napíše překladovou zprávu a my napíšeme ošetrovatelskou překladovou zprávu, sepíšeme pacientovy věci a pošleme je po sanitáři na jednotku intenzivní péče.*“ S5 uvedla: „*Zajistíme pacienta dle pokynu lékaře, sepíšeme ošetrovatelskou překladovou zprávu a soupis věci. Popřípadě objednáme ještě sanitku. Pacienta předává na JIP lékař a sanitář.*“ S7 má stejný názor, ale ještě zmínila, že když nestihnou napsat ošetrovatelskou překladovou zprávu, tak ji posílají na JIP později po sanitáři. Oproti tomu S3 otevřeně uvedla: „*Zajistí se pacient a předává se na JIP lékařem a sestrou ústně. Zpětně se pak dodělává ošetrovatelská a lékařská překladová zpráva. Protože JIP nám vezme hned všechny papíry, a až mají pacienta zajištěného na jednotce, tak nám sanitář od nich donese zdravotnickou dokumentaci pacienta, my si napíšeme ošetrovatelskou překladovou zprávu a děláme*

soupis věci. Sanitář jim pak na jednotku odnese lékařskou překladovou zprávu, ošetrovatelskou překladovou zprávu, soupis věci a věci pacienta. Zdravotnická dokumentace zůstává pak už u nás a následně se archivuje. Pokud by se pacient přeložil na naši oborovou JIP, tak si dokumentaci nechávají na jednotce.“ S1 má stejný názor a ještě dodala: „Dokumentace pacienta zůstává u nás, mimo naši JIP. Tam překládáme pacienta s celou dokumentací a lékař píše překladovou zprávu a my sepíšeme jen soupis věci. Ošetrovatelskou překladovou zprávu neděláme, protože si všechno přečtou z pacientovy dokumentace.“

Od všech sester jsme chtěli zjistit, co předávají spolu s pacientem na jiné oddělení nemocnice nebo do jiného zdravotnického zařízení. Všechny sestry uvedly, že posílají spolu s pacientem na jiné oddělení nemocnice nebo do jiného zařízení lékařskou a ošetrovatelskou překladovou zprávu společně s pacientovými věcmi. Sestry S1, S3, S4, S5, S7, S11 řekly, že posílají spolu s pacientem na jiné oddělení nemocnice nebo do jiného zařízení soupis věci pacienta, pokud si pacient za věci neručí sám. Ostatní sestry píší vždy soupis věci u pacienta. Sestry S3, S2, S6 a S8 ještě zmínily, že posílají s pacientem jeho doklady. S4, S7 a S11 rovněž souhlasí s předchozími sestrami a ještě dodaly, že posílají s pacientem jeho léky. S9 se více vyjádřila: *„Předáváme lékařskou překladovou zprávu, ošetrovatelskou překladovou zprávu, soupis věci pacienta, cennosti pacienta, kompenzační pomůcky pacienta. Zkrátka musíme předat všechny věci, které má pacient u nás.“* S10 odpověděla obdobně.

V další podkategorii **„Rozsah zdravotní dokumentace při předání“** jsme se ptali komunikačních partnerů na otázku, jakým způsobem směrnice upravuje v jejich nemocnici formu a rozsah dokumentace při předání pacienta na jiné oddělení nemocnice nebo do jiného zdravotnického zařízení. Komunikační partneři odpovídali odlišně. H1 uvedla, že lékaři píší lékařskou překladovou zprávu a sestry píší ošetrovatelskou překladovou zprávu. Dále zmínila, že každé oddělení v nemocnici si musí pacienta přijmout, protože neposílají s pacientem celou zdravotní dokumentaci. M2 řekl: *„Pokud překládáme pacienta v rámci naší nemocnice, tak posíláme s pacientem na nové oddělení lékařskou překladovou zprávu a zdravotní dokumentaci, která musí být ukončená z oddělení, kde pacient ležel. Kdybychom posílali pacienta do jiného zařízení, tak s pacientem pošleme lékařskou překladovou zprávu a zdravotní dokumentaci neposíláme. Jinak u nás píší sestry ošetrovatelské překladové zprávy pouze, když se pacient překládá z JIP na ARO a obráceně, nebo když překládáme pacienta do jiného*

zdravotního zařízení.“ Nejdelší byla odpověď M3, kterou problematika zaujala, a doslovně uvedla: „Pokud překládáme pacienta v rámci jiného zdravotního zařízení, tak předá sestra zdravotnímu záchranáři pacienta, soupis věcí, lékařskou a ošetrovatelskou zprávu. Zdravotní záchranář pak předá pacienta sestře v novém zdravotním zařízení. Překlady v rámci nemocnice fungují tak, že když překládáme pacienta v rámci společných lůžkových fondů, tak předáme pacienta s kompletní dokumentací. Sestry s lékaři píší ještě překladové zprávy. Pokud překládáme pacienta na následnou péči, protože už to není společný lůžkový fond, tak posíláme s pacientem soupis věcí, lékařskou a ošetrovatelskou překladovou zprávu. Jinak pacienty v rámci pavilonu předávají sestry. Jestliže se musí pacient do jiného pavilonu odvézt, tak dostane sanitář překladové zprávy a odveze pacienta. Při každém překladu se musí napsat do ošetrovatelské překladové zprávy, v kolik hodin a komu byl předán pacient, a předávající sestra si bere zpátky na oddělení kopii ošetrovatelské překladové zprávy.“

Následně jsme se dotazovali sester, jaké jsou náležitosti ošetrovatelské překladové zprávy. S2, S6, S9, S11, S12 velmi stručně uvedly, že v ošetrovatelské překladové zprávě musí být všechny důležité informace o pacientovi. S8 toto tvrzení potvrzuje a ještě řekla: *„Jinak do překladové sesterské zprávy uvádíme všechny důležité informace o pacientovi. To znamená, že od fyziologických funkcí až po soběstačnost pacienta. Musíme tam také uvést, zda má pacient invazivní vstupy, jestli se mu převazuje nějaká rána a jaké léky naposledy ten den dostal.“* S4 odpověděla: *„Ošetrovatelská překladová zpráva musí zachycovat aktuální stav pacienta.“* Vedle toho S7 odpověděla: *„V ošetrovatelské překladové zprávě musí být napsány fyziologické funkce pacienta, léky, které pacient za ten den dostal, soběstačnost, vyprazdňování, invazivní vstupy, rány apod.“* S5 odpověděla obdobně. S10 toto tvrzení potvrzuje a ještě navíc uvedla, že v ošetrovatelské překladové zprávě musí být zaznamenána úroveň soběstačnosti pacienta, rány a jejich převazy, smyslové poruchy, popřípadě kyslíková terapie. S1 podrobněji odpověděla: *„V ošetrovatelské překladové zprávě musí být uvedeno, jestli má pacient alergii, jak se pohybuje, jestli má permanentní močový katetr, kanylu a to centrální nebo periferní a jak dlouho má všechny vstupy zavedené. Také se musí zaznamenat, má-li pacient například nějaké potíže s močením, vyprazdňováním. Dále jestli je pacient dušný a jak je soběstačný, jaký je jeho psychický stav, jak spolupracuje. Do zprávy taky uvádíme, jestli má pacient nějaké rány a jak je ošetřujeme.“* S3 se vyjádřila: *„Do ošetrovatelské překladové zprávy píšeme fyziologické funkce, léky, které pacient dostal naposled, soběstačnost pacienta,*

všechny invazivní vstupy, drény, jak dlouho jsou zavedeny a kde. Dále rány, pokud pacient nějaké má, dietu, vyprazdňování a močení.“

V souvislosti s ošetřovatelskou zprávou byla sestřím položena otázka, kdo je odpovědný za ošetřovatelskou zprávu. Většina sester S3, S4, S5, S6, S10, S12 uvedla, že je za ošetřovatelskou zprávu zodpovědná sestra, která ji napíše. S7 toto tvrzení potvrzuje a navíc ještě uvedla: *„Za ošetřovatelskou překladovou zprávu je odpovědná sestra, která ji napíše. Například, pokud nestíháme, tak překladovou zprávu píše staniční sestra.*“ Oproti tomu S8, S9, S11 řekly, že za ošetřovatelskou překladovou zprávu je zodpovědná sestra, která má ten den pacienta na starosti. Poslední dvě sestry S1, S2 shodně odpověděly: *„Za ošetřovatelskou překladovou zprávu je odpovědná sestra, která je ten den ve službě.*“

Dále nás zajímalo, do kdy musí být lékařská a ošetřovatelská překladová zpráva napsaná. Většina sester S1, S2, S4, S8, S9, S10, S11, S12 uvedla, že lékařská a ošetřovatelská zpráva musí být napsaná do překladu pacienta. Vedle toho S5 a S7 shodně řekly: *„Zprávy musí být napsané dříve, než se pacient přeloží.*“ Sestry S3 a S6 shodně vypověděly: *„Překladové zprávy musí odcházet zároveň při překladu spolu s pacientem.*“

4.8 Prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů

Kategorie prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů obsahuje pět podkategorií: „Screening rizika dekubitů“, „Rescreening rizika dekubitů“, „Prevence a redukce dekubitů“, „Monitorování a analýza dekubitů u pacientů“, „Způsob vzdělávání v problematice a léčbě dekubitů“.

Bylo zjišťováno, jakým způsobem identifikují sestry pacienty v riziku dekubitů. Dále nás zajímalo, jakým způsobem a pomocí jakých hodnotících škál toto riziko dekubitů sestry vyhodnocují. Také jsme se ptali sester, jak často a za jakých okolností přehodnocují riziko dekubitů. Následně nás zajímalo, co je součástí programu prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Sestřím jsme položili otázku, jaká preventivní opatření zavádí u pacienta, který je v riziku vzniku dekubitů.

V průběhu rozhovoru bylo zjišťováno, kdo a jakým způsobem eviduje a monitoruje dekubity, kdo dělá analýzu dekubitů a jakým způsobem a jak se vyhodnocují výsledky. Dále jsme se ptali vedoucích pracovníků, jakým způsobem mají zavedený systém celoživotního vzdělávání zdravotnického personálu v problematice a léčbě dekubitů.

V neposlední řadě jsme chtěli zjistit, jakým způsobem se sestry vzdělávají v problematice léčby a hojení dekubitů.

V podkategorii „**Screening rizika dekubitů**“ bylo zjišťováno, jakým způsobem identifikují sestry pacienty v riziku dekubitů. H1 uvedla: „*Setry riziko dekubitů hodnotí podle škály Bradenové a také dáváme rizikovým pacientům červené náramky.*“ M2 oproti tomu řekl: „*Identifikujeme riziko u pacientů podle škály Bradenové. Je to výběrový screening. To znamená, že to nehodnotíme automaticky u všech pacientů, ale sestry tento screening dělají u nesoběstačných pacientů apod. Je to samozřejmě individuální podle stavu pacienta.*“ M3 zmínila jinou škálu hodnocení rizika pádu a doslovně uvedla: „*U všech pacientů vyhodnocujeme riziko dekubitů podle stupnice Nortonové.*“

V návaznosti na danou problematiku byla položena otázka sestrám, jakým způsobem a pomocí jakých hodnotících škál toto riziko dekubitů vyhodnocují. S1, S2, S3 řekly, že používají pro vyhodnocení rizika dekubitů u pacienta škálu Bradenové, kde zaškrťávají citlivost pacienta, vlhkost kůže, aktivitu pacienta, pohyblivost pacienta, výživu a tření. Podle počtu bodů vyjde sestrám, jestli je pacient v riziku vzniku dekubitů. S6 toto tvrzení potvrzuje, ale oproti předchozím sestrám ještě uvedla: „*Podle počtu bodů nám vyjde, jestli má pacient minimální, střední nebo vysoké riziko vzniku dekubitů.*“ S7, S8, S12 uvedly, že riziko dekubitů hodnotí podle škály Bradenové, kde zaškrťávají jednotlivé oblasti, a podle počtů bodů sestrám vyjde, jaké má pacient riziko vzniku dekubitů. S11 jen odvětila: „*Hodnotíme to podle škály Bradenové.*“ Oproti tomu S10 zmínila, že používá Bartelův test, který ale slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech, jak uvedla: „*Hodnotíme to podle testu Bartela. Když nám vyjde méně než 25 bodů, tak je pacient v riziku vzniku dekubitů.*“ S4 hodnotí riziko dekubitů podle škály Nortonové, jak uvádí ve své odpovědi: „*Hodnotíme to podle Nortonové, kde zaškrťáváme schopnost spolupráce, věk pacienta, stav pokožky, přidružená onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Pokud má pacient méně než 25 bodů, tak je v riziku vzniku dekubitů.*“ S9 odpověděla podobně. S5 byla stručnější a uvedla: „*Riziko dekubitů hodnotíme podle škály Nortonové, kde zaškrťáváme jednotlivé oblastí, a podle počtu bodů nám vyjde u pacienta, jestli je v riziku vzniku dekubitů.*“

V další podkategorii „**Rescreening rizika dekubitů**“ jsme se ptali vedoucích pracovníků, jak často a za jakých okolností přehodnocují riziko dekubitů. H1 řekla: *„Pokud je to rizikový pacient, tak se riziko dekubitů přehodnocuje dvakrát za týden a také při změně stavu u pacienta.“* M2 uvádí delší interval pro přehodnocení rizika dekubitů u pacienta ve své odpovědi: *„Sestry riziko dekubitů musí přehodnocovat po dvou týdnech a u pacientů při změně stavu a také u pacientů po operacích.“* Oproti tomu M3 uvedla, že se riziko dekubitů přehodnocuje u pacientů jen při změně stavu.

Stejná otázka byla položena také sestřám. S1, S2, S7, S8, S11 a S12 řekly, že riziko dekubitů přehodnocují u pacienta jen při změně stavu. S4 toto tvrzení potvrzuje a ještě dodala, že riziko dekubitů přehodnocuje u pacienta pravidelně jednou za týden. S5 rovněž přehodnocuje riziko dekubitů u pacienta při změně stavu a také pravidelně jednou za čtrnáct dní. S6 stručně odpověděla: *„Riziko dekubitů přehodnocujeme pravidelně každý týden.“* S9 rovněž uvedla: *„Riziko dekubitů přehodnocujeme každý týden u velké vizity.“* S3 odpověděla: *„Riziko dekubitů nepřehodnocujeme.“* S10 přehodnocuje riziko dekubitů při zhoršení stavu, jak uvádí ve své výpovědi: *„Přehodnocujeme riziko dekubitů při zhoršení stavu, když například pacient přestane chodit nebo sedět.“*

Ve třetí podkategorii „**Prevence a redukce dekubitů**“ bylo zjišťováno, co je součástí programu prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů. M2 řekl: *„V rámci prevence musí sestry pravidelně polohovat pacienty a učinit o tom zápis do ošetrovatelského plánu. U rizikových pacientů používají antidekubitní pomůcky.“* M3 uvedla: *„V rámci prevence dekubitů využíváme u rizikových pacientů antidekubitní pomůcky a matrace.“* H1 se nejpodrobněji vyjádřila: *„My spolupracujeme s jednou firmou a ta nám dodává krytí Mepilex, jsou to taková pěnová srdíčka, která mají několik vrstev. Pokud sestře vyjde při vyhodnocování dekubity určité riziko, tak už rovnou nalepí krytí Mepilex pacientovi na ohrožené oblasti, jako je sacrum, paty a lokty. Jinak toto krytí se nám vyplatí, protože se nám pacienti neproleží, ale také z ekonomického hlediska. Protože následná péče o dekubity je pak samozřejmě dražší. Mepilex krytí může být nalepené na ohrožené oblasti až deset dní. Tímto jsme si snížili v naší nemocnici výskyt dekubitů úplně na minimum.“*

V souvislosti s danou problematikou jsme položili sestřám otázku, jaká preventivní opatření zavádíte u pacienta, který je v riziku vzniku dekubitů. Odpovědi se různily. S3, S11 a S12 řekly, že v rámci prevence používají u rizikových pacientů antidekubitní

matrace a pomůcky. S4 byla otevřenější a uvedla: „*Polohujeme pacienta, používáme antidekubitní pomůcky, promazáváme pacienta, sledujeme predilekční místa. Antidekubitní matrace používáme jen na intermediárních pokojích.*“ S1 klade důraz na používání polohovacích a antidekubitních pomůcek v rámci prevence dekubitů a uvedla: „*Velmi důležité je používání polohovacích a antidekubitních pomůcek. Na oddělení máme k dispozici polohovací klíny, polohovací polštářky, polohovací kolečka pod paty. Také využíváme polohovací hada a antidekubitní podložky.*“ Rovněž S6 klade důraz na používání antidekubitních a polohovacích pomůcek a potvrzuje to ve své odpovědi: „*V rámci prevence pacienty polohujeme a vedeme polohovací záznam. Při polohování využíváme klíny, polštáře a pacientům dáváme na nohy ochranné botičky.*“ S2 řekla: „*U pacientů používáme polohovací pomůcky a polohujeme je. Dáváme také pozor, aby si pacient neležel na katétrech a neměl pod sebou shrnuté lůžkoviny.*“ S7 se vyjádřila: „*Podkládáme rizikovým pacientům nohy a používáme antidekubitní pomůcky. Dále používám u pacientů Mepilex krytí na ohrožené oblasti.*“ S8 podrobně odpověděla: „*Máme k dispozici antidekubitní matrace, používáme ochranné botičky, polohovací hady a polštáře používáme třeba pod paty pacientů. Nejsem zastánce měkkých bandáží na patách a ponožek, protože nemáte kontrolu nad stavem pokožky u pacienta, myslím si, že je mnohem lepší podkládat paty polštářem a nechat paty větrat. Mám zkušenost z minulého pracoviště, že se měkká bandáž sundala u pacientky po dvou dnech a měla tam dekubit stupně čtyři, protože to personál neviděl přes bandáž.*“ Oproti tomu S9 řekla: „*Pacienty pravidelně polohujeme a používáme polohovací hady, také polštáře používáme třeba pod paty pacientů. Velmi rádi využíváme u pacientů měkkou bandáž na paty. Pacientovi dáme na paty čtvereček s Flegmotonem, vatu a zavážeme. Výhodné je, že to můžeme nechávat na patách celý týden, máme s tím moc dobré zkušenosti. Dále lepíme Mepilex pěnové krytí na sacrum a to vydrží i týden.*“ S5 a S10 stručně uvedly, že pacienta pravidelně polohují.

V podkategorii „**Monitorování a analýza dekubitů u pacientů**“ jsme se ptali vedoucí pracovníků, kdo a jakým způsobem eviduje a monitoruje dekubity. H1 stručně odpověděla: „*Sestry mi hlásí vznik dekubitů jako nežádoucí událost.*“ M2 řekl: „*Jestliže má pacient dekubity, hlásí se to pověřené sestře. Ona eviduje všechny dekubity v rámci celé nemocnice. Sestry jí posílají při propuštění nebo po přeložení pacienta s dekubity vyplněné formuláře. V tom formuláři musí být popsán rozsah, stupeň a léčba dekubitů.*“ M3 si myslí, že by bylo lepší hlásit dekubity v rámci nežádoucích událostí, jak uvádí ve

své odpovědi: „*Sledujeme dekubity na národní úrovni přes národní referenční centrum. Máme na to určenou sestru, která sbírá data jeden den v měsíci z vybraných oddělení a data předává vrchní sestře z interních oborů. Stejně si ale myslím, že by bylo lepší hlásit dekubity v rámci nežádoucích událostí.*“

Dále jsme se vedoucích pracovníků dotazovali, kdo dělá analýzu dekubitů a jakým způsobem a jak se vyhodnocují výsledky. H1 řekla, že sestry na odděleních dělají analýzy u pacienta s dekubity, jak uvedla: „*Sestry na odděleních dělají u každého pacienta s dekubity analýzu, dokládají to současně s fotografiemi dekubitů a následně mi to posílají. Já už z toho potom udělám jen statistiku.*“ Oproti tomu M2 uvedl: „*Jednou ročně dělá pověřená sestra v rámci celé nemocnice vyhodnocení dekubitů a výsledky odevzdává hlavní sestře a mně jako manažerovi kvality. Já výsledky pak zahrnuji do celkové zprávy o řízení kvality. Do budoucna bychom chtěli hlásit dekubity u pacientů v rámci systému nežádoucích událostí elektronicky.*“ M3 řekla, že vrchní sestry dělají analýzu dekubitů u pacientů, jak uvádí: „*Vrchní sestra interních oborů dělá analýzu, nápravná opatření a posílá data do Národního referenčního centra. Následně se mnou jako s manažerkou kvality konzultuje, co by bylo potřeba zlepšit v rámci prevence dekubitů.*“

Následně jsme se ptali sester, kdo a jakým způsobem eviduje a monitoruje dekubity. S1 uvedla: „*Máme na to speciální tabulku, kam si lepíme pacienty s dekubity. Píšeme si tam, kde má pacient dekubit a jaká je léčba. Dále, jestli se stav zhoršil, nebo zlepšil, a zapisuje to vždycky sestra, která dekubit ošetří. Jednou za čtvrtletí si vybere záznamy vrchní sestra a hodnotí to.*“ S2 odpověděla podobně. S5 a S4 řekly, že dekubity eviduje staniční sestra. Staniční sestra také vede dokumentaci všech dekubitů a odevzdává ji za určité období vrchní sestře. S7, S8 a S11 mají stejný názor, ale navíc ještě dodaly: „*Dokumentaci hlášení dekubitů odevzdává staniční sestra čtvrtletně vrchní sestře.*“ S6 podrobněji odpověděla: „*Výskyt dekubitu eviduje staniční sestra, dělá záznam, kde má pacient dekubity, jak jsou velké a hluboké, zaznamená použitý materiál a průběh hojení. Následně záznam předává vrchní sestře. Vrchní sestra ho pak posílá hlavní sestře. Hlavní sestra to jednou za rok vyhodnotí a seznámí s tím všechny vrchní sestry. Úkolem vrchních sester je pak seznámit s výsledkem svoje pracovníky.*“ S12 uvedla: „*Máme na to jednu sestru na oddělení, která vede dokumentaci všech dekubitů. Dokumentaci hlášení dekubitů odevzdává čtvrtletně staniční sestře.*“ S9 odpověděla obdobně. S10 rovněž uvedla, že na oddělení mají sestru, která má na starost péči o dekubity u všech pacientů a vede si veškerou dokumentaci

i s fotodokumentací. Také píše plán převazů pro sestry, protože není na oddělení každý den. Dokumentaci dekubitů odevzdává vždy za několik měsíců vrchní sestře.

V poslední podkategorii „**Způsob vzdělávání v problematice a léčbě dekubitů**“ jsme se dotazovali vedoucích pracovníků, jakým způsobem mají zavedený systém celoživotního vzdělávání zdravotnického personálu v problematice léčby a hojení dekubitů. H1 řekla: „*Sestry se vzdělávají v rámci seminářů, které pravidelně naše nemocnice pořádá. Vzdělávání je pro sestry dobrovolné, ale využívají toho, protože chtějí získat kreditní body.*“ M2 uvedl: „*Sestry se vzdělávají na seminářích a konferencích v rámci kreditních bodů.*“ M3 se vyjádřila: „*V rámci naší nemocnice funguje ambulance chronických ran, kde pracuje vyškolená sestra pro léčbu ran a ta dochází na jednotlivá oddělení a poskytuje ostatním sestřím konzultace a léčebné materiály.*“

Následně byla položena otázka sestřím, jakým způsobem se vzdělávají v problematice léčby a hojení dekubitů. Odpovědi byly rozdílné a sestry neskrývaly svoje pocity. S2 uvedla: „*Jsem konzultantka ran a my máme semináře několikrát ročně. Na seminářích nám firma ukáže nový materiál a dozvíme se různé novinky. Jinak se můžeme přihlašovat na různé semináře ještě po práci.*“ S7 se vyjádřila: „*Dříve jsem chodila na semináře a na školení ohledně ran, teď už na to nechodím, ale naše staniční sestra chodí pravidelně. Spíš mě mrzí, že vždy jsem viděla na seminářích pomůcky pro ošetřování a my je doteď nemáme kvůli rozpočtu. Je to hrozný, musíme pracovat s málem.*“ S3 řekla: „*Vzděláváme se dobrovolně ve svém volném čase. Upřímně času máme i tak málo, chybí nám jedna sestra na oddělení a musíme mít kvůli tomu služby navíc. Práce je na oddělení čím dál víc a je těžké udělat nějaký systém, aby se to všechno stíhalo, tak jak by to správně mělo být. Bylo by fajn, kdyby bylo na oddělení více personálu, aby byl čas na tyhle věci kolem, protože někdy je to na oddělení chaos.*“ S4 vypověděla: „*Neškolíme se a nemocnice nám taky žádné semináře nenabízí.*“ S5 řekla: „*Zatím jsem se nesešla s žádným seminářem na dekubity, ale samotná praxe je pro mě velké vzdělávání.*“ S12 uvedla: „*Vzdělávat se musíme sami, musíme si najít vhodný seminář a pak na něj jít ve svém volnu.*“ S6 se vyjádřila: „*Vzděláváme se dobrovolně na odborných seminářích. Také se můžeme obrátit na konzultantku pro hojení ran, když je léčba dekubitů komplikovaná nebo se potřebujeme s něčím poradit. Ona má přeci jenom přehled o nejnovějších trendech v prevenci a léčbě dekubitů.*“ S8 má stejný názor a ještě navíc řekla, že konzultantky ran jim sdělují novinky v péči

o dekubity, protože mají každé dva měsíce školení.“ S1 uvedla: „*Vzděláváme se dobrovolně na odborných seminářích po práci v rámci kreditních bodů.*“ S11 toto tvrzení potvrzuje. S9 se vyjádřila: „*Můžeme se účastnit seminářů, ale povinné to nemáme.*“ Oproti tomu S10 řekla: „*Máme povinné semináře a školení. Nedávno jsem měla školení na polohování, kdy nás školila sestra teoreticky i prakticky.*“

5 Diskuze

Předkládaná výzkumná studie byla zaměřena na vyhodnocení dodržování resortních bezpečnostních cílů sestrami ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje. Na základě tématu práce bylo stanoveno osm cílů. Prvním cílem byly popsat zásady bezpečné identifikace pacientů sestrou. Ve druhém cíli bylo popsáno používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika. Třetí byl zaměřen na postupy pro prevenci záměny výkonu, lokalizace nebo pacienta na operačním sále. Čtvrtým cílem bylo popsat program prevence a redukce pádů u hospitalizovaných pacientů. Pátým cílem bylo charakterizovat postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče. Šestý cíl byl zaměřen na ústní a telefonickou ordinaci léků a hlášení výsledků vyšetření pacienta. V sedmém cíli byl popsán postup předávání pacientů. A posledním osmým cílem bylo popsání programu prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Výzkumné šetření se uskutečnilo ve dvou okresních nemocnicích a v jedné krajské nemocnici v Jihočeském kraji. V rámci výzkumného šetření byli osloveni manažeři kvality, perioperační sestry a sestry pracující na interním oddělení, neurologickém oddělení a na oddělení následné péče. Kvalitativní šetření bylo provedeno formou hloubkového rozhovoru. Celkem se uskutečnilo dvacet rozhovorů. Pro fixaci kvalitativních výsledků byl zvolen psaný záznam, protože sestry si nepřály být nahrávané na diktafon při rozhovoru. Rozhovory probíhaly dle připraveného okruhu otázek, které byly následně analyzovány, zpracovány a rozděleny do osmi kategorií.

Prvním výzkumným cílem bylo popsat zásady bezpečné identifikace pacientů sestrou. Zajímalo nás, jaký je postup bezpečné identifikace pacientů sestrou. Joint Commission International popisuje (2008) alespoň dva prostředky k identifikaci pacienta například jméno a datum narození. Většina sester správně řekla, že jméno pacientů identifikují otázkou: „Jak se jmenujete?“ a zároveň se ptají pacienta na datum narození. Dále sestry uvedly, že kontrolují zjištěné údaje na identifikačním náramku pacienta. Manažer kvality M2 potvrzuje tvrzení sester, ale zároveň dodává, že sestra musí zkontrolovat identifikační údaje zároveň s identifikačními údaji ve zdravotnické dokumentaci. Jediná sestra S12 odpověděla, že získané identifikační údaje porovnává s údaji ve zdravotnické dokumentaci pacienta, aby si potvrdila shodu pacienta a dokumentace. Sestry S3 a S7 odpověděly, že kontrolují identitu pacienta ještě spolu se zdravotnickou dokumentací, ale pouze v případě podávání krevní transfúze, opiátů a před odjezdem pacienta na vyšetření. Dle Brabcové, Bártlové a kol. (2015) je vždy

nutné porovnat údaje zjištěné od pacienta s údaji ve zdravotnické dokumentaci. Znepokojujícím zjištěním je, že sestry S1, S2 a S3 kontrolují identifikaci pacienta podle teplotní tabulky u lůžka. Dle tvrzení Joint Commission International (2008) k dalším identifikačním prostředkům v žádném případě nepatří označení pokoje nebo lůžka pacienta. Jako velmi vážné riziko bylo zjištěno, že komunikační partnerky S1 a S7 neprovádí identifikaci, v případě, když už pacienty znají. Hlavní sestra H1 se k dané problematice vyjádřila a uvedla jako závažný problém, když sestry mají pocit, že pacienty znají a není nutné je identifikovat. Personál by měl vždy pacienty identifikovat podle stanoveného postupu, aby nedošlo k záměně. Nabízí se otázka, proč si některé sestry neověří identitu či se neřídí stanovenými postupy pro ověření identity u pacienta. Dle Marx (2015) se v praxi často setkáváme s nedostatečnou identifikací pacientů ze strany zdravotnického personálu. Což může být způsobeno nedostatkem času, podceněním rizika záměny či neznalostí doporučených postupů.

Z rozhovorů se sestrami bylo zjišťováno, při kterých činnostech sestry provádí identifikaci pacientů. Jak uvádí Marx (2015), zdravotnický personál má povinnost si vždy ověřit před každým výkonem totožnost pacientů. Většina dotazovaných sester správně uvedla, že kontroluje identifikační údaje pacienta před každým výkonem a podáváním léků. Některé sestry uvedly konkrétní činnosti, při kterých je nutné provést identifikaci pacientů: před odběrem biologického materiálu, před podáváním krevní transfúze, opiátu, před odebíráním krve a také před podáváním stravy. Toto zjištění se shoduje s výpovědi manažerky kvality (M3), která odpověděla, že žádná léčba, zákrok, vyšetření a podání léků nesmí být zahájeny, aniž by osoba provádějící výkon, terapii, vyšetření nebo zajišťující péči nezkontrolovala identitu pacienta.

Rizika chybné identifikace můžou zvyšovat i následující okolnosti, mezi něž patří zmatení pacientů nebo obtížně komunikující či nekomunikující pacienti (Marx, 2015). Manažeři kvality shodně uvedli, že v těchto situacích musí zdravotnický personál použít k identifikaci pacienta údaje z identifikačního náramku, které porovná s údaji ve zdravotnické dokumentaci. Z výpovědi sester bylo zjištěno, že pokud je pacient nespolupracující nebo zmatený, tak si ověřují totožnost pacienta podle identifikačního náramku na ruce pacienta. Několik sester rovněž uvedlo, že si musí mezi sebou předávat informaci o změně zdravotního stavu pacienta. Nicméně žádná ze sester neuvedla, že v případě zmateného nebo nekomunikujícího pacienta porovnává zjištěné identifikační údaje zároveň se zdravotnickou dokumentací. Domnívám se, že je klíčové apelovat na manažery nemocnic, aby zavedli do praxe systémy interních kontrol, které

zautomatizují postupy správné identifikace pacientů sestrami. Neboť jak uvádí Brabcová, Bártlová a kol. (2015), nesprávná identifikace pacienta může vést k medikační chybě, k nesprávné terapii, mylné diagnóze nebo k chybným vyšetřovacím metodám. Některá z uvedených chyb může mít pro pacienta závažné následky.

Druhým výzkumným cílem bylo popsat používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika. Zajímalo nás, jaká jsou pravidla bezpečného používání rizikových léků sestrou. Brabcová, Bártlová a kol. (2015) uvádí, že mezi riziková léčiva patří injekční roztoky chloridu draselného o minimální koncentraci 7,45 %, inzulinů či neředěné hepariny. V rozhovorech hlavní sestra (H1) a manažer kvality (M2) uvedli, že jejich nemocnice řadí mezi riziková léčiva koncentrované KCl, hepariny a inzulinů. Manažerka kvality M3 odpověděla, že do rizikových léčiv řadí nemocnice hepariny a inzulinů.

Nejvíce ve svých odpovědích sestry zmiňovaly rizikový lék KCl 7,45 %. Dále některé sestry uváděly, že mezi riziková léčiva patří koncentrovaný roztok NaCl, opiáty, 40 % glukóza, magnézium sulfát, digoxin, bikarbonát, antibiotika a adrenalin. Přestože jsou dle výpovědí manažerů všechny sestry seznámeny se seznamem léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti, tak ve výpovědích sestry uvedly i léky, které nejsou stanoveny jako rizikové. Jak uvádí Vytejšková a kol. (2015), pokud jsou koncentrované KCl, hepariny a inzulinů umístěny na odděleních, musí být označeny a skladovány odděleně od ostatních léků v uzamčeném prostoru s označením riziková léčiva. Tato skutečnost odpovídá i výpovědi sester, které uvedly, že riziková léčiva skladují zamčené ve speciálních dózách nebo jsou riziková léčiva označena červenou nálepkou.

Záměrně byla v rozhovorech začleněna problematika S.O.S léků a LASA léků. Názvy a obaly léků by měly přispívat k vyšší bezpečnosti pacienta a plnit preventivní roli (Vachková, 2010). Z toho důvodu je nutné zmínit problematiku LASA léků (Look-Alike, Sound-Alike medication names). LASA léky jsou léky, které mají podobné adjustace nebo podobně znějící názvy (Marx et al., 2013a). Z výpovědi u všech sester bylo zjištěno, že neví, co jsou LASA léky. Termín LASA léků byl sestram vysvětlen a následně všechny sestry řekly, že tyto léky skladují klasicky v lékárně podle abecedy a neskladují léky odděleně. Jedna sestra dokonce řekla, že se nesetkala s tím, že by někdo po ní na oddělení chtěl, aby skladovala léky odděleně. Toto zjištění koresponduje i s výpovědi manažerky kvality, která uvedla, že tzv. LASA léky skladují jen na dobře přehledném místě, ale ne odděleně od ostatních léků.

S.O.S léky jsou určeny pro zvládnutí akutního stavu a jsou ordinované lékařem. Pacient má povoleno mít při hospitalizaci S.O.S léky u sebe a může je v případě akutní potřeby použít (Nemocnice Tábor a.s., 2016). Jestliže užívá některé léky pacient sám (obvykle tzv. „S.O.S léky“), musí o tom vědět jeho ošetřující lékař a zapsat tuto skutečnost do zdravotní dokumentace (Marx a Vlček, 2013b). Všem sestřím kromě jedné sestry S6 byl termín S.O.S léků vysvětlen, protože řekly, že neví, jaký má zmíněný termín význam. V odpovědích se sestry rozcházely. S6 uvedla, že S.O.S léky jsou léčiva, které pacient užívá chronicky, a jsou pacientovy ponechána dle ordinace lékaře. Sestry uváděly, že soběstačným pacientům nechávají u sebe kapesní inhalátory a do dekurzu jim napíší, že užívají lék samostatně. Další sestry řekly, že nechávají pacientům rovněž kapesní inhalátory nebo kapky do očí a lékař má povinnost udělat záznam do dokumentace pacienta, pokud pacient užívá léky sám. Některé sestry zmínily, že nechávají soběstačným pacientům kapesní inhalátory a kapky do očí, ale již neřekly, že by tuto skutečnost zaznamenal lékař do dokumentace pacienta.

Třetím výzkumným cílem bylo popsat postupy pro prevenci záměny výkonu, lokalizace nebo pacienta na operačním sále. Zajímalo nás, jaké jsou mechanismy prevence záměny pacienta, výkonu a strany při operačních výkonech. Vnitřní předpisy stanovují povinnost zdravotnického personálu používat a zdokumentovat tzv. *předoperační bezpečnostní proceduru*, a to vždy před zahájením operačního zákroku. Z rozhovorů se sestrami bylo zjišťováno, jakým způsobem byly proškoleny o bezpečnostní proceduře. Všechny perioperační sestry uvedly, že byly proškoleny o proceduře buď přímo vrchní sestrou nebo musely prostudovat konkrétní směrnici na intranetu. Toto zjištění koresponduje i s výpovědí manažerů kvality, kteří řekli, že jsou sestry proškoleny přímo vrchní sestrou nebo si musí prostudovat směrnici na intranetu.

Dále jsme se dotazovaly sester, jakým způsobem probíhá předoperační bezpečnostní procedura. Téměř všechny sestry uvedly, že anesteziolog, anesteziologická sestra a chirurg zjistí totožnost pacienta a kontroluje se, zda je operované místo správně označeno. Dále operatér se zeptá přímo pacienta na operační stranu, místo a typ výkonu. Zjištěné informace následně zkontroluje s verifikačním protokolem operovaného pacienta. Probíhá také kontrola anesteziologického a operačního vybavení. V rámci bezpečnostní procedury kontrolují některé perioperační sestry ještě přiložení neutrální elektrody a alergie u pacienta.

Tyto odpovědi se shodují s prací Brabcové, Bártlové a kol. (2015), které popisují, že předoperační bezpečnostní procedura zahrnuje ověření identifikace pacienta, výkonu

a strany výkonu. Předoperační bezpečnostní procedura se provádí před zahájením operačního výkonu. V rámci této procedury se zhodnotí dostupnost a správnost potřebných technologií nebo zdravotnických prostředků. Během rozhovoru PS17 zmínila skutečnost, že operatér si kontroluje před operací operované místo, stranu a typ výkonu jen z protokolu ve zdravotnické dokumentaci a u samotného pacienta kontrolu již neprovádí. Potěšilo nás, že se všechny perioperační sestry shodly na tom, že je v praxi předoperační bezpečnostní procedura důležitá a vidí smysl v bezpečnostní proceduře. Perioperační sestry také uvedly, že je předoperační procedura a dokumentace časově výrazně nezatěžuje. Ale perioperační sestra z jedné nemocnice nám odhalila jeden výrazný problém. Řekla, že bezpečnostní proceduru dělají dle jejího názoru poctivě a správně, ale není v pořádku, že místo pěti pacientů za den operují pacientů osm. Dále se svěřila, že je pro personál operačních sálů velká zátěž, když probíhá operace jednoho pacienta a v předsáli čekají na operaci další dva pacienti. Dle jejího názoru jde o chybu systému a je jen otázkou času, až spadne nějaký pacient v předsáli, protože je tam sám a není pod dohledem zdravotnického personálu. Podle informací v Úředním věstníku Evropské unie (2009) se dá většině nežádoucím událostem u hospitalizovaných a ambulantních pacientů předejít, protože většina z nich je způsobena systémovými faktory.

Čtvrtým výzkumným cílem bylo popsat program prevence a redukce pádů u hospitalizovaných pacientů. Zajímalo nás, co je součástí programu prevence a redukce pádů u hospitalizovaných pacientů. Důležitým prvotním krokem programu kontinuálního snižování rizika pádu je vstupní vyhodnocení rizika pádu při příjmu pacienta (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Vnitřní směrnice stanovuje povinnost zdravotnických pracovníků vyhodnotit riziko pádů u pacientů při příjmu k hospitalizaci (MZ ČR, 2012c). Toto odpovídá také výpovědi sester. Všechny sestry kromě jedné sestry uvedly, že hodnotí riziko pádu u pacienta při příjmu. S10 vypověděla, že sice hodnotí riziko pádu, ale jen pokud má pacient vysokou stupnici podle Nortonové.

Dle Brabcové, Bártlové a kol. (2015) je velmi důležité, aby nemocnice ve vnitřním předpise určila postup pro přehodnocování rizika pádů u pacientů během hospitalizace v nemocnici. Příčinou je, že během hospitalizace dochází ke změnám zdravotního stavu pacientů, a to například po operačních výkonech nebo při změně spektra užívaných léků. Přehodnocení má tedy smysl, provádí se opakovaně, a to nejčastěji jednou za týden a také jednorázově v době, kdy došlo ke změně zdravotního stavu u pacienta. Sestry uváděly, že přehodnocují riziko pádu u pacienta vždy, pokud dojde ke změně

stavu. Další sestra S5 řekla, že přehodnocuje riziko pádu u pacienta jedenkrát týdně. Sestra S9 uvedla, že riziko pádu přehodnocují fyzioterapeuti podle toho, jak s pacienty cvičí. Jedna ze sester S3 dokonce řekla, že riziko pádu u pacienta během hospitalizace nepřehodnocuje.

Je také podstatné zapojit pacienty a jejich rodinu do prevence pádů. Pacienti by měli být vzděláváni v oblasti rizika pádu. Sestra a lékař by měli edukovat pacienty o možnostech, jak předcházet pádu nejen v průběhu hospitalizace, ale hlavně pak po propuštění z nemocnice do jejich domácího prostředí (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Sestry uvedly, že edukují pacienty v riziku pádu, ať sami nevstávají a zazvoní si na zdravotnický personál, který jim pomůže. Některé sestry řekly, že vysvětlují pacientovi v riziku pádu manipulaci s hrazdičkou a ukazují pacientovi postranice u lůžka, madla v koupelnách a na toaletách, doporučují pacientovi a jeho rodině vhodnou obuv a vhodné pomůcky pro zlepšení bezpečnosti chůze. Zároveň sestry edukují rodinu pacienta o vhodné prevenci. Další sestry dokonce uvedly, že rodinu informují o riziku pádu pouze, když se zeptají a nezapojují je do prevence. S7 a S10 řekly, že rodinu informuje o zavedené prevenci u pacienta s rizikem pádu pouze lékař a sestra edukuje o prevenci jen samotného pacienta.

Domnívám se, že podstatou prevence pádů u hospitalizovaných pacientů je individuální přístup k pacientovi a k jeho rodině, na který musí zdravotnický a lékařský personál klást dostatečný důraz a neměl by edukaci a spolupráci s pacientem a rodinou opomíjet.

Pátým výzkumným cílem bylo charakterizovat postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče. Zajímalo nás, jaké jsou postupy pro mytí a dezinfekce rukou, bariérové ošetřovatelské techniky a používání dezinfekčních prostředků. Postupy v hygieně rukou je možné rozdělit následovně na: mytí rukou, předoperační mytí rukou, hygienickou dezinfekci rukou a chirurgickou dezinfekci rukou (Hedlová, 2010). Toto zjištění koresponduje také s výpovědí všech dotazovaných sester. Hygiena rukou je základním opatřením v prevenci šíření infekcí. Jedná se o všední činnost, na kterou se ale nesmí zapomínat, nedostatky v jejím dodržování u poskytovatelů zdravotní péče jsou celosvětovým problémem (Streitová, Zoubková a kol., 2015). Potěšilo nás, že všechny sestry správně uvedly, že znají postup pro mytí a dezinfekci rukou.

MZ ČR (2012c), který pátý resortní cíl zformulovalo, klade důraz na zajištění vybavenosti pracovišť dezinfekčními přípravky. Sestry potvrdily toto tvrzení a uvedly, že dezinfekční prostředky jsou umístěny u všech umyvadel, na sesterně, na

vyšetřovných a na pokojích u pacientů. Dále byla sestřám položena otázka, jaký je rozdíl mezi bariérovou péčí u pacienta, u kterého byl zjištěn MRSA a u pacienta s průjmovitým onemocněním, kde původcem je *Clostridium difficile*. H1 správně uvedla, že u MRSA infekce se používají alkoholové dezinfekční prostředky a u *Clostridií* se musí používat Persteril. Personál si musí mýt řádně ruce při kontaktu s *Clostridií* infekcí a následně ruce ještě dezinfikuje na infekčním pokoji v nádobě s jednoprocenním Persterilem po dobu jedné minuty.

V odpovědích se sestry značně rozcházel. S8 správně uvedla, že je tam rozdíl v hygieně rukou, protože alkoholové přípravky jsou u infekce *Clostridium difficile* neúčinné. V prevenci přenosu infekce *Clostridium difficile* se proto doporučuje mytí rukou mýdlem a vodou. Jde o mechanické očištění, které má snížit hustotu kontaminujících spor na ruku. Na suché ruce je pak vhodné použít ještě alkoholovou dezinfekci, jako prevenci ostatních nozokomiálních nákaz. Po propuštění pacienta se pak musí udělat kompletní úklid pokoje dezinfekcí se sporicidním účinkem. S5 a S6 rovněž správně uvedly, že se u každé infekce používá jiná dezinfekce, kterou používají dle dezinfekčního řádu. Dále sestry řekly, že tam není žádný rozdíl, nebo že to neví, protože překládají pacienta s *Clostridium difficile* na infekční oddělení. Některé sestry uváděly, že pacient dostává jiná antibiotika a pacienti by neměli být umístěni spolu na pokoji. Jedna sestra také zmínila, že u *Clostridium difficile* ukládají zvlášť prádlo a infekční odpad do pytlů k tomu určených. Navíc používají při péči o pacienty igelitové zástěry a ústenky. Poslední sestra řekla, že u infekce MRSA myjí podložní mísu v dezinfekci na pokoji pacienta a vyhazují použité pleny také na pokoji. Oproti tomu u infekce *Clostridium difficile* myjí podložní mísy od pacientů v myčce a pleny vyhazují do pytlů ve skladu s odpadem.

Domnívám se, že je nutná realizace vzdělávacích aktivit ze strany managementu zdravotnických zařízení v rámci bariérové péče, která by vedla ke zvyšování znalostí zdravotnických pracovníků. Zároveň je důležité zdravotnické pracovníky motivovat k dodržování stanovených opatření. Protože dle Maďara (2006) opomíjení nebo neznalost preventivních postupů a metod může vést k významnému ohrožení zdraví pacienta, prodloužení pobytu v nemocnici a evidentnímu zvýšení nákladů na léčbu.

Šestý výzkumný cíl byl zaměřen na ústní a telefonickou ordinaci léků a hlášení výsledků vyšetření pacienta. Zajímalo nás, jaký je postup ústní a telefonické ordinace léků a hlášení výsledků vyšetření pacienta. Telefonická ordinace léčivé přípravky je možná pouze v ojedinělých případech, pokud není možná přítomnost lékaře na oddělení

v danou dobu (Nemocnice Tábor a.s., 2014a). Sestry odpověděly, že telefonická ordinace je přípustná, když není lékař na oddělení. Další sestry uvedly, že telefonickou ordinaci využívají hlavně při nočních službách, když není lékař na oddělení. Některé sestry řekly, že mají povolenou telefonickou ordinaci léků lékařem, ale využívají ji jen výjimečně.

V případě ordinace po telefonu je nutné dodržet stanovená pravidla a postupy. Telefonická ordinace léku začíná představením sestry do telefonu a oznámením aktuálního stavu pacienta lékařem. Lékař poté oznámí sestře název léku, aplikační formu, množství léku, způsob podání, někdy také rychlost podání. Povinností sestry je zapsat ordinaci do zdravotnické dokumentace. Lékař vyžaduje po sestře opětovné přečtení s uvedením jména, příjmení a roku narození pacienta, aby mohl potvrdit její správnost. Povinností lékaře po příchodu na oddělení je, aby bez zbytečného odkladu potvrdil ordinaci svým podpisem a identifikací. Také je nezbytné, aby sestra doplnila do zdravotnické dokumentace údaje o tom, kdo a kdy léčivý přípravek naordinoval a kdo jej podal. K ordinaci je podstatné poznamenat, že se jedná o telefonickou ordinaci (Směrnice Nemocnice Tábor, 2014a). Tento postup koresponduje s výpovědi S3 a S6. Část oslovených sester neuvedla v postupu telefonické ordinace zpětné přečtení medikace sestrou a verifikaci záznamu lékařem. Domníváme se, že jde o velmi rizikový proces. Zdravotnický a lékařský personál by měl dodržovat stanovený postup z důvodu možného pochybení. Protože jak uvádí Škrla a Škrlová (2008), mezi nejzávažnější pochybení v souvislosti s nedostatečnou komunikací patří nesprávné pochopení telefonické ordinace lékaře. Poskytovatelé zdravotních služeb určí vnitřní směrníci postupy v případě hlášení kritických laboratorních výsledků (MZ ČR, 2015c). Z rozhovorů s vedoucími pracovníky bylo zjišťováno, v jakých případech je přípustné hlášení výsledků vyšetření pacienta. Vedoucí pracovníci uvedli, že pracovníci laboratoří volají na oddělení, když potřebují nahlásit STATIM vyšetření a kritické hodnoty vyšetření pacienta. Při telefonickém předávání kritických laboratorních výsledků požádá volající laborant sestru, která informaci přijala, aby ji zapsala a zpětně zopakovala nahlášené hodnoty. Sestra do zdravotní dokumentace pacienta provede záznam, kdo a kdy hlásil (jméno laboranta), kdo přijal (jméno sestry), komu a kdy byly hodnoty hlášeny (jméno lékaře) (Škrla a Škrlová, 2008). Toto tvrzení uvedly S3 a S6. Další sestry nezmínily ve své odpovědi zpětné přečtení nahlášeného výsledku vyšetření pracovníkovi laboratoře, představení pracovníka laboratoře a identifikaci pacienta.

S7 zmínila nesprávný způsob zaznamenání laboratorní hodnoty pacienta, protože řekla, že si nahlášenou hodnotu vyšetření napíše na papír a pak to hned diktuje lékaři.

V sedmém výzkumném cíli byl popsán postup předávání pacientů. Zajímalo nás, jaký je postup předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti v rámci jednoho a mezi dvěma zdravotnickými zařízeními. Pacienti jsou převážně po celou dobu hospitalizováni na jednom oddělení. V případě změny zdravotního stavu je pacient přeložen a léčen na jiném oddělení (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). O přeložení pacienta rozhoduje zásadně lékař. Povinností lékaře je zajistit překlad na jiné oddělení, informovat pacienta a jeho rodinu (Tondrová, 2010). Pokud je pacient přeložen na jiné oddělení, napíše lékař překladovou zprávu. Úkolem sestry je kromě vlastního překladu sepsání ošetřovatelské překladové zprávy (Tondrová, 2010). Dále sestra předá pacientovi nebo jeho rodině cennosti (Brabcová, Bártlová a kol., 2015). Sestra nebo kvalifikovaný nelékařský personál doprovodí pacienta na novou ošetrovací jednotku a následně předá pacienta i s dokumentací přebírající sestře (Nemocnice Tábor a.s., 2014b).

Všechny sestry se shodly na tom, že musí před překladem napsat ošetřovatelskou překladovou zprávu a lékař zase lékařskou zprávu. Sestra S3 uvedla, že si píše ošetřovatelskou překladovou zprávu dopředu v případě, když ví, že je překlad plánovaný. Pouze dvě sestry S11 a S12 řekly, že pacienta doprovází a předávají přebírající sestře spolu s překladovými zprávami. Sestra S9 zmínila, pokud by byl pacient například na kyslíku nebo by měl u sebe cennosti, tak se sanitářem musí jet ještě sestra. Ostatní sestry uvedly, že na nové oddělení předává pacienta sanitář nebo saniták také s překladovými zprávami. Dále uvedly povinnost lékaře, který musí informovat pacienta o překladu na jiné oddělení. Několik sester zmínilo, že dopředu volá ještě staniční sestra na nové oddělení a informuje personál o překladu pacienta. Některé sestry pomáhají pacientovi sbalit věci, sepisují soupis věcí pacienta a pacientovi vrací doklady a léky, pokud je má u nich uložené. Oproti tomu další sestry rovněž uvedly, že také sepisují pacientovy věci, ale pokud je pacient soběstačný a potvrdí svým podpisem, že si ručí za věci sám, tak soupis věcí nedělají. Dále jsme se ptali sester, jaký je postup předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti mezi dvěma zařízeními. Všechny sestry se shodly na stejném postupu jako při předávání pacienta v rámci jednoho zdravotního zařízení.

Dle Brabcové (2014) jsou překlady pacientů na jiná oddělení či specializovaná pracoviště vysoce rizikové procesy. Nedodržení nebo zanedbání stanoveného postupu

předávání a překladů pacientů může ohrozit či dokonce poškodit zdraví pacientů (Brabcová et al., 2014). Podmínkou dodržení kontinuity péče je včasné předání správných a platných informací. Tato situace by se mohla výrazně zlepšit zavedením elektronické formy dokumentace. Přesto je podmínkou, aby vedení nemocnic podporovalo zdokonalování současných systémů (Košta, 2013).

Posledním osmým výzkumným cílem bylo popsat program prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Zajímalo nás, co je součástí programu prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Podstatou osmého resortního cíle je zavést ve zdravotnických zařízeních vnitřní směrnici proces vstupního hodnocení rizika vzniku dekubitu u hospitalizovaných pacientů (MZ ČR, 2015c). Vedoucím pracovníkům byla položena otázka, jakým způsobem identifikují sestry pacienty v riziku dekubitů. Odpovědi vedoucích pracovníků se lišily. H1 uvedla, že sestry riziko dekubitů hodnotí podle škály Bradenové. M2 rovněž uvedl, že sestry riziko dekubitů hodnotí podle škály Bradenové, ale zmínil, že se jedná o výběrový screening, který se nehodnotí automaticky u všech pacientů, ale sestry tento screening dělají u nesoběstačných pacientů a podle individuálního stavu pacienta. Oproti tomu M3 uvedla, že hodnotí riziko dekubitů u všech pacientů, ale hodnotí ho podle stupnice Nortonové.

V návaznosti na danou problematiku bylo od sester zjišťováno, jakým způsobem a pomocí jakých hodnotících škál toto riziko dekubitů vyhodnocují. Odpovědi sester se také lišily. Sestry odpovídaly, že používají pro vyhodnocení rizika dekubitů u pacienta škálu Bradenové, kde zaškrťávají citlivost pacienta, vlhkost kůže, aktivitu pacienta, pohyblivost pacienta, výživu a tření. Podle počtu bodů vyjde sestrám, jestli je pacient v riziku vzniku dekubitů. Další sestry uvedly, že riziko dekubitů u pacienta hodnotí podle škály Nortonové, kde zaškrťávají schopnost spolupráce, věk pacienta, stav pokožky, přidružená onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Pokud má pacient méně než 25 bodů, tak se nachází v riziku vzniku dekubitů. Oproti tomu S10 zmínila, že používá Bartelův test, který ale slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech.

V současné době neexistuje zaručená metoda prevence vzniku dekubitů. Z toho důvodu musíme využívat širokou řadu preventivních opatření (Grancová, 2008). Zajímalo nás, jaké jsou postupy v prevenci a redukci dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Vedoucí pracovníci M2 a M3 uváděli pravidelné polohování pacientů, používání antidekubitních pomůcek a matrací. H1 řekla, že sestry lepí preventivně na

ohrožené oblasti u rizikových pacientů krytí Mepilex a tím snížili výskyt dekubitů u pacientů na minimum. V souvislosti s danou problematikou jsme položily sestřím otázku, jaká preventivní opatření zavádí u pacienta, který je v riziku vzniku dekubitů. Odpovědi byly různé. V rámci prevence sestry používají u rizikových pacientů antidekubitní matrace, antidekubitní pomůcky a pacienty pravidelně polohují. Sestra S4 rovněž používá antidekubitní pomůcky, sleduje predilekční místa a pacienty promazává. Zároveň ale zmínila, že antidekubitní matrace používají jen na intermediárních pokojích. Další sestry kladly důraz na používání polohovacích a antidekubitních pomůcek. Také sestry vedou polohovací záznam u rizikových pacientů. Některé sestry lepí u pacientů preventivně na ohrožené oblasti Mepilex krytí. Sestra S9 uvedla, že velmi ráda využívá u pacientů měkkou bandáž na paty, protože s tím mají velmi dobré zkušenosti a bandáž se může nechávat na patách u pacientů i celý týden. Naopak sestra S8 nesouhlasí s tímto tvrzením. Sestra S8 není zastáncem měkkých bandáží na patách a ponožek, protože nemá kontrolu nad stavem pokožky u pacienta a myslí si, že je mnohem lepší podkládat paty polštářem a nechat paty větrat. Má zkušenost z minulého pracoviště, že se měkká bandáž sundala u pacientky po dvou dnech a měla tam dekubit stupně čtyři, protože to personál neviděl přes bandáž.

Z diskuze je patrné, že většina sester pracuje podle stanovených postupů. Přesto byly ale zjištěny u některých sester nedostatky, které by měly být pro management nemocnic alarmující a měly by být co nejdříve z ošetrovatelské praxe odstraněny. Domnívám se, že zjištěné nedostatky při práci sester souvisí s nedostatečným vzděláváním a informováním sester. Dalším faktorem je, že sestry je v nemocnicích nedostatek a jsou při práci přetěžovány.

6 Závěr

Diplomová práce se zabývá resortními bezpečnostními cíli. Pro zpracování tohoto tématu bylo stanoveno osm cílů, které byly naplňovány pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Cílem diplomové práce bylo charakterizovat zásady bezpečné identifikace pacientů sestrou a používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizika. Následujícím cílem bylo popsat postupy pro prevenci záměny výkonu, lokalizace nebo pacienta na operačním sále a definovat postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče. Dalším cílem bylo popsat program prevence, redukce pádů a dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Poslední cíl byl zaměřen na ústní a telefonickou ordinaci léků a hlášení výsledků vyšetření pacienta a také na postup předávání pacientů.

Z výše uvedených výsledků bylo zjištěno, že při identifikaci pacientů sestrami dochází k několika rizikovým činnostem. Sestry pacienta identifikují nesprávnou otázkou, protože otázku pokládají pacientům sugestivně, nikoliv tak, aby pacient aktivně sdělil požadované údaje. Dalším znepokojujícím zjištěním je, že sestry kontrolují identifikační údaje pacienta podle teplotní tabulky u lůžka a neprovádí identifikaci u pacienta, který na oddělení leží delší dobu.

Je samozřejmostí, že sestry si musí před každým výkonem ověřit totožnost pacientů. Dotazované sestry správně uvedly, že kontrolují identifikační údaje pacienta před každým výkonem a podáváním léků.

Nemocnice mají v seznamu rizikových léčiv stanovené koncentrované KCl, hepariny, inzulíny a sestry zmiňovaly ve svých odpovědích právě tato léčiva. Některé sestry uváděly jako riziková léčiva také koncentrované roztoky NaCl, opiáty, 40 % glukózu, magnezium sulfát, digoxin, bikarbonát, antibiotika a adrenalin. Dle našeho názoru jakékoliv léčivo může být z podstaty věci považováno za rizikové. Pozitivním zjištěním je, že sestry skladují riziková léčiva dle stanovených postupů zamčené ve speciálních dózách nebo jsou riziková léčiva označena červenou nálepkou. Závažným zjištěním nicméně je, že sestry nemají povědomí o problematice LASA léků a S.O.S léků a nepostupují podle stanovených postupů v případě vnesených léků samotným pacientem. Z odpovědí dále vyplynulo, že perioperační sestry postupují podle stanovených postupů a dodržují zásady správné praxe. Správně se perioperační sestry shodly na tom, že předoperační bezpečnostní procedura je smysluplná a důležitá. V rámci provedených rozhovorů bylo také zjištěno, že některé sestry nepřehodnocují riziko pádu u pacienta při změně stavu a nezapojují rodinu pacienta do prevence pádu.

Potěšilo nás, že všechny sestry správně uvedly postup pro mytí a dezinfekci rukou. Zároveň část sester nedokázala popsat rozdíl mezi bariérovou péčí u pacienta, u kterého byl zjištěn MRSA a u pacienta trpícím průjmovitým onemocněním, kde původcem je *Clostridium difficile*.

Dále bylo zjištěno, že část dotazovaných sester při telefonické ordinaci neidentifikuje pacienta, nepřečte lékaři zpětně medikaci a nezaznamená do zdravotní dokumentace pacienta, že se jedná o telefonickou ordinaci. Rovněž při hlášení výsledků vyšetření pacienta bylo zjištěno, že se sestřím pracovník laboratoře mnohdy nepředstaví, neidentifikuje pacienta a sestry zpětně nepřečtou nahlášené výsledky vyšetření pracovníkovi laboratoře.

Z výpovědí sester také vyplynulo, že před překladem pacienta na nové oddělení je vypracována lékařem i sestrou překládová zpráva, která odchází v okamžiku překladu spolu s pacientem. Dalším poznatkem bylo, že sestry pracují při překladu pacienta v rámci stanovených postupů, protože dodržují kontinuitu péče a předávají včasné a komplexní informace.

V neposlední řadě bylo také zjištěno, že sestry pracují podle stanovených postupů v oblasti prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě výzkumného šetření byly identifikovány neshody mezi doporučenými postupy ve sledovaných oblastech a ošetrovatelskou praxí. Následně byly navrženy změny v systému ošetrovatelské péče (viz příloha 11). Doufáme, že identifikované neshody a navržené změny poslouží jako možný návod pro manažery kvality a vedoucí pracovníky v nastavení bezpečnější péče ve zdravotnických zařízeních.

7 Seznam literatury

1. BAČOVÁ, J., GREGOROVÁ, J., NETÍKOVÁ, I., ŠÍMA, M., 2012. Bezpečnější intravenózní terapie-léčiva ve formě premixů. *Medical tribune*. **8**(11), 7-8. ISSN 1214-8911.
2. BARTŮŇEK, P., JURÁSKOVÁ, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.
3. BENNETT, A., GNJIDIC, D., GILLET, M., CARROLL, P., MATTHEWS, S., JOHNELL, K., FASTBOM, J., HILMER, S., 2014. Prevalence and impact of fall-risk-increasing drugs, polypharmacy, and drug-drug interactions in robust versus frail hospitalised falls patients: a prospective cohort study. *Drugs Aging*. **31**(3), 225-232. DOI: 10.1007/s40266-013-0151-3.
4. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., a kol., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. 288 s. ISBN 978-80-7422-402-7.
5. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., VOLENÍKOVÁ, K., 2014. Předávání a překlad pacientů jako důležitý aspekt kultury bezpečí. In: *Cesta k modernímu ošetrovatelství XVI* (recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí). Praha: FN Motol, s. 94-103. ISBN 978-80-87347-17-1.
6. BUREŠ, I., POKORNÁ, A., 2014. *MZ ČR vypracuje strategii pro řešení dekubitů*. [online]. Zdravotnictví a medicína [cit. 2016-11-25]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/mz-cr-vypracuje-strategii-pro-reseni-dekubitu-477576>
7. CSISKO, M., 2014. Prevence dekubitů v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. **24**(4), 30-31. ISSN 1210-0404.
8. ČERMÁK, M., 2006. Identifikace pacientů ve zdravotnických zařízeních. *Zdravotnické noviny*. **55**(4), 12. ISSN 0044-1996.
9. DONALDSON, L., Sr., 2004. *Word Alliance for Patient Safety*. Forward Programme 2005. Geneva: World Health Organization. 6 s. ISBN 92-4-159244-3.
10. DYKES, P., CARROLL, D., HURLEY, A., LIPSITZ, S., BENOI, A., CHANG, F., MELTZER, S., TSURIKOVA, R., ZUYOV, L., MIDDLETON, B., 2010. Fall prevention in acute care hospital a Randomized study. *Jama*. **304**(7), 1912-1918. DOI: 10.1001/jama.2010.1567.

11. EHTEL, 2005. *Luxembourg Declaration on Patient Safety* [online]. © 2001- 2015 [cit 2015-01-11]. Dostupné z: <https://www.ehtel.eu/activities/tasks-sources/tfpatient-safety-emedication/luxembourg-declaration-on-patient-safety>
12. ELIÁŠOVÁ, M., 2010. Hygiena rukou ve zdravotnictví. *Sestra*. **20**(6), 42. ISSN 1210-0404.
13. EPUAP, 2012. [online]. *European Pressure Ulcer Advisory Panel 2012*. [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: <http://www.epuap.org/stoppressure-ulcer-day/>
14. FENG, X., BOBAY, K., WEISS, M., 2008. Patient safety culture in nursing: a dimensional concept analysis. *J Adv Nurs*. **63**(3), 310-319. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04728.x
15. FILIPOVÁ, M., POKOJOVÁ, R., 2011. Předoperační bezpečnostní proces-úskalí implementace. *Sestra*. **21**(2), 34-36. ISSN 1210-0404.
16. FILKA, J., 2010. Systém řízení nežádoucích událostí. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. **4**(2), 125-128. ISSN 1801-0261.
17. GRANCOVÁ, K., 2008. Prevencia a liečba dekubitov. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. **1**(1), 26-29. ISSN 1337-6896.
18. HEDLOVÁ, D., 2010. Jak správně provádět hygienu rukou? *Interní medicína pro praxi*. **12**(6), 334-335. ISSN 1212-7299.
19. HETTNEROVÁ, M., 2016. Systém hlášení nežádoucích událostí ÚZIS prezentoval pilotní analýzu dat. *Florence*. **16**(10), 5-6. ISSN 1801-464X.
20. HILŠEROVÁ, S., 2010. Dekubity – prevence a jejich léčba. *Urologie pro praxi*. **11**(1), 47-49. ISSN 1803-5299.
21. HLAVÁČOVÁ, E., KLEMENTOVÁ, M., MACUROVÁ, S., 2012. Jak je sledováno riziko pádů u dětí v českých zdravotnických zařízeních? *Pediatric pro praxi*. **13**(6), 412-414. ISSN 1803-5264.
22. HŘIB, Z., VYCHYTIL, P., 2010. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče: etiologie, epidemiologie a aktuální mezinárodní situace* [online]. Kabinet veřejného zdravotnictví 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Praha. [cit. 2015-01-11]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/dokumenty/Teoreticky_uvod_NU.pdf
23. Joint Commission international, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vydání*. Překlad Ivan Staněk a David MARX. Praha: Grada. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.

24. Joint Commission Resources, 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Překlad Radim Vyhnánek. Praha: Grada. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
25. JONES, K., SKINNER, A., XU, L. et al., 2008. *The AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture : A Tool to Plan and Evaluate Patient Safety Programs*. [online] NCBI [cit. 2016-12-30]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>
26. KALVACHOVÁ, M., 2008. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [online]. MZČR [cit. 2015-04-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1817_13.html
27. KLUSÁKOVÁ, P., 2014. Bezpečné roztoky draslíku nemocnice používají jen vzácně. *Zdravotnictví a medicína*. **2014**(16), 4. ISSN 2336-2987.
28. KOHOUTOVÁ, J., 2012. Trendy v hygieně rukou. *Medicína pro praxi*. **9**(6-7), 308-310. ISSN 1214-8687.
29. KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4422-3.
30. KOŽENÝ, P., 2010. Šetření dekubitů na národní úrovni. *Sestra*. **20**(7-8), 13. ISSN 1210-0404.
31. KRAJČÍK, Š., BAJANOVÁ, E., 2012. *Dekubity: prevencia a liečba v praxi*. Bratislava: Herba. 85 s. ISBN 978-80-89171-95-8.
32. LINDSAY, P., 2009. Psychotropic Medication Use among Older Adults: What All Nurses Need to Know. *J Gerontol Nurs*. **35**(9), 28-38. DOI: 10.3928/00989134-20090731-01.
33. MAĎAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J., 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. 178 s. ISBN 80-247-1673-9.
34. MANSER, T., 2009. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. **54**(2), 143-151. DOI: 10.1111/j.1399.6576.2008.01717.x.
35. MARTÍN-MADRAZO, C., SOTO-DÍAZ, S., CANADA-DORADO, A., SALINERO-FORT, M., MEDINA-FERNÁNDEZ, M., CARRILLO DE SANTA, P., E., GÓMEZ-CAMPELO, P., ABÁNADES-HERRANZ, J., 2012. Cluster Randomized Trial to Evaluate the Effect of a Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy in Primary Care. *Infection Control and Hospital*

- Epidemiology. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. **33**(7), 681-688. DOI: 10.1086/666343.
36. MARX, D., 2015. *Nesprávná identifikace pacientů (2. díl seriálu o bezpečí pacientů)*. [online]. Zdravotnický deník [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/nespravna-identifikace-pacientu-2-dil-serialu-o-bezpeci-pacientu/>
 37. MARX, D., FRANKOVÁ, G., VLČEK, F., 2013a. *Nové vydání akreditačních standardů SAK pro nemocnice*. In: *Spojená akreditační komise* [online]. Praha: SAKCR [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-ostatni/prezentace-sta/>.
 38. MARX, D., SEIFERT, B., CABRNOCHOVÁ, H., 2009. *Rádce pacienta příručka ke zlepšení bezpečí pacienta* [online]. Praha: Bomtom agency, s.r.o., 104 s. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vydava-publikaci-radce-pacienta-ktera-prispeje-k-lepsi-orientaci-pacientu-pri-kontaktu-se-zdravotnimi-sluzbami_3478_1513_1.html
 39. MARX, D., VLČEK, F., 2013b. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3 vyd. Praha: Spojená akreditační komise, TIGIS. 168 s. SBN 978-80-87323-04-05.
 40. MATIŠÁKOVÁ, I., GERLICOVÁ, K., 2011. Prevence dekubitů u geriatrického pacienta. *Sestra a lékář v praxi*. **10**(7-8), 29-30. ISSN 1335-9444.
 41. MATLOCHOVÁ, S., MATLOCH, Z., 2014. Bezpečné předání pacienta. *Zdravotnictví a medicína*. **2014**(15), 30. ISSN 2336-2987.
 42. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
 43. MLČOCH, Z., 2009. *Nemocniční a lékařské zkratky – seznam povolených zkratek* [on-line]. Z. M. [cit. 2015-06-13]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/administrativa/nemocnicni-a-lekarske-zkratky-seznam-povolenych-zkratek>
 44. MOYEN, E., CAMIRÉ, E., STELFOX, H., T., 2008. Clinical review: Medication errors in critical care. *Critical Care*. **2**(2), 208. ISSN 1364-8535.
 45. MZ ČR, 2009. [online]. *Ministerstvo zdravotnictví přináší knihu plnou rad a informací pro pacienty i zdravotnický personál*. [cit. 2015-11-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-prinasi-knihu-plnou-rad-a-informaci-pro-pacienty-i-zdravotnicky-personal_1083_870_1.html

46. MZ ČR, 2010a. [online]. *Národní program standardizace péče v České republice*. [cit. 2015-11-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/narodni-program-standardizace-odborne-pece-v-ceske-republice_1376_868_1.html
47. MZ ČR, 2010b. [online]. *Ministerstvo zdravotnictví vydává publikaci Rádce pacienta, která přispěje k lepší orientaci pacientů při kontaktu se zdravotními službami*. [cit. 2015-11-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vydava-publikaci-radce-pacienta-ktera-prispeje-k-lepsi-orientaci-pacientu-pri-kontaktu-se-zdravotnimi-sluzbami_3478_1513_1.html
48. MZ ČR, 2010c. [online]. *Prevence záměny orgánu, strany výkonu či pacienta*. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prevence-zameny-organustrany-vykonu-ci-pacienta_2378_20.html
49. MZ ČR, 2012a. [on-line]. *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb*. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Částka 5, s. 8–9. [cit. 2016–02–04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html
50. MZ ČR, 2012b. [online]. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb*. [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2556_15.html
51. MZ ČR, 2012c. [online]. *Resortní bezpečnostní cíle*. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_1837_15.html
52. MZ ČR, 2012d. [on-line]. *Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče*. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. Částka 8, s. 20-27. [cit. 2016–02–04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html
53. MZ ČR, 2014. [online]. *Národní systém hlášení nežádoucích událostí*. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/narodni-system-hlaseni-nezadoucich-udalosti-_3206_29.html
54. MZ ČR, 2015a. [on-line]. *Doporučení rady EU*. [cit. 2015–11–25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/doporuceni-rady-eu_2837_29.html
55. MZ ČR, 2015b. [online]. *Kulatý stůl na téma: Systém prevence, sledování a léčby dekubitů v ČR*. [cit. 2016-11-13]. Dostupné z:

- http://www.mzcr.cz/dokumenty/kulaty-stul-na-temasystem-prevencesledovani-a-lecby-dekubitu-v-cr_10987_1.html
56. MZ ČR, 2015c. [online]. *Věstník č. 16 ze dne 26. října 2015. s. 1-32.* [cit.2016-12-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnikc16/2015_10927_3242_11.html
57. MZ ČR, 2016a. [online]. *Resortní bezpečnostní cíle.* [cit. 2016-02-04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html
58. MZ ČR, 2016b. [online]. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb.* [cit. 2016-02-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_10555_3293_29.html
59. NDOSI, M., E., NEWELL, R., 2009. Nurses knowledge of pharmacology behind drugs they commonly administer. *Jornal of Clinical Nursing*. **18**(4), 570-580. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02290.x
60. Nemocnice Tábor a.s., 2014a. *Směrnice 081. Způsoby komunikace při hlášení kritických hodnot laboratorních, RDG, UZ, EKG a jiných.*
61. Nemocnice Tábor a.s., 2014b. *Směrnice 077. Bezpečné předávání pacientů.*
62. Nemocnice Tábor a.s., 2016. *Směrnice 088. Objednávání, předepisování, skladování a podávání léčiv, užívání SOS léčiv, koncentrované roztoky elektrolytů.*
63. ONDRIOVÁ, I., FERTÁLOVÁ, T., 2013. Dekubity jako indikátor kvality péče. *Sestra*. **23**(1), 48-51. ISSN 1210-0404.
64. PAPARELLA, S., 2012. Accurate Patient Identification in the Emergency Department: Meeting the Safety Challenges. *Jornal of Emergency Nursing*. **38**(4), 364-367. ISSN 0099-1767.
65. PAPOUŠKOVÁ, P., OTÁSKOVÁ, J., BRABCOVÁ, I., 2006. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu. *Kontakt*. **18** (2), 240-248. ISSN 1212-4117.
66. Patient Safety Solutions Preamble - May 2007, 2007. In: *World Health Organization* [online]. USA: The Joint Commission [cit. 2015-01-11]. Dostupné z: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/Preamble.pdf>
67. PODSTATOVÁ, R., 2009. Hygiena rukou k akreditaci zdravotnického zařízení. *Sestra*. **19**(10), 39-40. ISSN 1210-0404.

68. ROZSYPAL, H., HOLUB, M., KOSÁKOVÁ, M., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum. 386 s. ISBN 9788024621975.
69. SAMMER, CH., E., LYKENS, K., SINGH, K., P., MAINS, D., A., LACKAN, N., A., 2010. What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*. **42**(2), 156-165. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x.
70. SANDARS, John a Gary COOK. 2007.. Mass: BMJ Books. 64 s. ISBN: 978-1-4443-1269-0.
71. SCHULMEISTER, L., 2008. Patient Misidentification in Oncology Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **12**(3), 495-498. DOI: 10.1188/08.CJON.
72. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R., a kol. 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
73. SVOBODOVÁ, D., 2013. *Sledování pádů u hospitalizovaných pacientů v letech 2011-2012*. [online]. ČAS. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/zaverecna_zprava_2011_2012-91b6f.pdf
74. ŠEFLOVÁ, L., JANČÍKOVÁ, G., 2010. *Postupy v prevenci a léčbě dekubitů*. [online]. Medicína pro praxi [cit. 2016-11-13]. Dostupné z: http://www.solen.cz/artkey/med-201088-0007_Postupy_v_preveni_a_lecbe_dekubitu.php
75. ŠKRLA, P., 2005. *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčbě a ošetrovatelské péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
76. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
77. ŠPIČÁKOVÁ, E., 2008. Pacient na operačním sále. *Sestra*. **18**(1), 8. ISSN 1210-0401.
78. TONDROVÁ, I., 2010. *Příjem, překlad, propuštění*. [online]. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [cit. 2016-06-05]. Dostupné z: http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/P%C5%99%C3%ADjem_,_p%C5%99eklad,_propu%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD.pdf
79. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
80. ÚŘEDNÍ VĚSTNÍK EVROPSKÉ UNIE, 2009. [online]. *Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (2009/C 151/01)* Lucemburk: Rada Evropské unie [cit. 2016-12-30]. Dostupné

- z: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_cs.pdf
81. ÚZIS, 2015. [online]. Taxonomický - definiční slovník pro Národní systém hlášení nežádoucích událostí (NSHNU) In: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky Praha: ÚZIS. [cit. 2016-12-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu/metodicke-dokumenty>
 82. VACHKOVÁ, L., 2010. Vliv obalu a názvu léku na jeho bezpečné podání. *Sestra*. 20(11), 14. ISSN 1210-0404.
 83. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada. 88 s. SBN 978-80-247-2763-9.
 84. Vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky (vyhláška o správné lékárenské praxi), 2008. [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-84>
 85. Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb), 2012. [online]. [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=77218&nr=99~2F2012&rp=15#local-content>
 86. Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče), 2012. [online]. [cit. 2016-06-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html
 87. Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčního onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčního onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče), 2012. [online]. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=78240&nr=306~2F2012&rp=15#local-content>
 88. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

89. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
90. WEISERBS, K., F., HAHN, B., J., 2014. Bias reduction in calculation of inpatient fall rates. *Journal of Nursing Care Quality*. **29**(4), 336-344. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000063.
91. WHO, 2009a. [online]. *Guidelines for Safe Surgery: Safe Surgery Saves Lives*. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf
92. WHO, 2009b. [online]. *Surgical Safety Checklist Implementace* [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_implementation/en/
93. WHO, 2009c. [online]. *Guidelines on hand hygiene in health care*. WHO: Geneva. [cit. 03. 01. 2016]. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf .
94. WHO, 2009d. [online]. *Clean Care is Safer Care*. [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/>
95. WICHSOVÁ, J., et al., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
96. WORKMAN, B., A., BENNETT, C., L., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
97. ZAJÍC, P., 2011. *Informace o pacientech osobně, telefonicky či e-mailem?* [online]. Zdravotnictví a medicína [cit. 2015-06-13]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/informace-o-pacientech-osobne-telefonicky-ci-e-mailem-457756>
98. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování), 2011. [on-line]. [cit. 2016-02-04]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801 Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2556_15.html
99. ZINKE, J., 2012. *Úspěšná prevence pádů v ÚVN* [online]. Florence [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-akcent-vzp/2012/4/uspesna-prevence-padu-v-uvn/>
100. ZORMANOVÁ, L., 2017. *Didaktika dospělých*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-271-9715-6.

8 Seznam příloh

- Příloha 1 Ošetrovatelská překladová zpráva
- Příloha 2 Otázky k rozhovoru s manažery kvality
- Příloha 3 Otázky k rozhovoru s perioperačními sestrami
- Příloha 4 Otázky k rozhovoru se sestrami
- Příloha 5 Doslovný přepis rozhovorů (volně vložena na CD)
- Příloha 6 Ukázka kódování rozhovorů s manažery kvality „tužka a papír“
- Příloha 7 Ukázka kódování rozhovorů s perioperačními sestrami „tužka a papír“
- Příloha 8 Ukázka kódování rozhovorů se sestrami „tužka a papír“
- Příloha 9 GET UP and GO TEST Vstaňte, jděte, otočte se
- Příloha 10 Hlášení patologické hodnoty
- Příloha 11 Identifikace neshod v ošetrovatelské praxi v souvislosti s doporučenými postupy a navržené změny v systému ošetrovatelské péče

9 Seznam zkratek

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
Bc.	bakalářský titul
CT	Computed Tomografy /počítačová tomografie
ČR	Česká republika
Dis.	diplovaný specialista
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
EU	Evropská unie
IMP	Intermediární péče
JIP	Jednotka intenzivní péče
KCl	chlorid draselný
LASA léky	Look-Alike, Sound-Alike medication names / podobně vypadající, podobně znějící názvy léku
Mgr.	magisterský titul
MRSA	Methicilin-rezistentní Staphylococcus aureus
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NaCl	chlorid sodný
NÚ	nežádoucí událost
ORL	Otorhinolaryngologické
SŠ	střední škola s maturitou
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VOŠ	vyšší odborná škola
VŠ	vysoká škola
WHO	World Health Organization

Příloha 1 Ošetrovatelská překládová zpráva

OŠETŘOVATELSKÁ PŘEKLAĐOVÁ ZPRÁVA



identifikační štítek

Hospitalizace od: do:		Alergie:		Dg. při přijetí:	
Překlad kam:					
Datum:		Hodina:		Kontakt na příbuzné:	
Stav vědomí <input type="checkbox"/> při vědomí, orientován <input type="checkbox"/> při vědomí, dezorientován <input type="checkbox"/> neklidný, agresivní <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> bezvědomí		Pohyblivost <input type="checkbox"/> chodící <input type="checkbox"/> chodící s pomocí <input type="checkbox"/> ležící pohyblivý <input type="checkbox"/> ležící nepohyblivý <input type="checkbox"/> RHB		Schopnost spolupráce <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> žádná	
Dýchání <input type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> terapie O ₂l/min <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční		Hygienická péče <input type="checkbox"/> samostatná <input type="checkbox"/> s pomocí <input type="checkbox"/> celková <input type="checkbox"/> péče o dū, oči		Přijem potravy <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> krmem <input type="checkbox"/> číslo diety..... <input type="checkbox"/> enterální <input type="checkbox"/> parenterální	
Vyprazdňování <i>močení</i> <i>stolice</i> <input type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> jiné..... <input type="checkbox"/> jiné..... poslední dne....		Významný handicap <i>smyslový</i> <i>tělesný</i> vada: <input type="checkbox"/> amputace <input type="checkbox"/> sluchu..... <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> zraku..... <input type="checkbox"/> paréza <input type="checkbox"/> řeči..... <input type="checkbox"/> plegie		Invasivní vstupy <input type="checkbox"/> periferní žilní dat.zav.....dat.oš..... <input type="checkbox"/> centrální žilní dat.zav.....dat.oš..... <input type="checkbox"/> perm. močový dat.zav.....dat.oš..... <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> PEG dat.zav.....dat.oš..... <input type="checkbox"/> TS <input type="checkbox"/> jiné.....dat.zav.....dat.oš.....	
Fyziologické funkce TK..... <i>bilance tekutin</i> P..... příjem.....ml TT..... výdej.....ml CVP..... SaO ₂		Zvláštní upozornění <input type="checkbox"/> krevní deriváty..... <input type="checkbox"/> vyšetření (plánované, dnes provedené)..... <input type="checkbox"/> dialýza poslední dne.....další..... <input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> jiné.....		Operační rány <input type="checkbox"/> druh rány..... od kdy..... převaz dat..... materiál.....	
Drény <input type="checkbox"/>den..... <input type="checkbox"/>den..... dat.oš..... <input type="checkbox"/> Redon den..... <input type="checkbox"/> hrudní den..... dat.oš.....		Stav kůže <input type="checkbox"/> bez defektu <input type="checkbox"/> odřenina <input type="checkbox"/> hematom <input type="checkbox"/> bérkový vřed <input type="checkbox"/> jiný defekt ošetření materiál..... poslední oš.....další oš..... <input type="checkbox"/> dekubitus velikost..... stupeň..... oš. materiál..... převaz datum.....		Bolest <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne intenzita 1 2 3 4 5 Kompenz. pomůcky <input type="checkbox"/> brýle <input type="checkbox"/> naslouchadlo <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> berle, hůl <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> jiné.....	
Poslední terapie					
čas	medikace				způsob podání
Sociální šetření <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Edukace <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne téma.....		Rizika <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaká.....	
Nutriční screening poslední vypočtené scóre datum:			číslo:	intervence:	
V případě akutního překladu rodina informována <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne					
Osobní věci/cennosti					
sepsala sestra:		předala sestra, hodina:		převzala sestra:	

NT 014/2016/03/20

NT_014_M_prekldova zprava_srups
21. b. ezna 2016 15:31:57

Zdroj: Nemocnice Tábor, a.s. (2017)

Příloha 2 Otázky k rozhovoru s manažery kvality

RBC 1. Bezpečná identifikace pacientů

1. Jaký je závazný postup při identifikaci pacienta (ve kterých případech, jakým způsobem, spoluúčast pacienta, kontrola ZD)?
2. Jakým způsobem jsou upraveny neobvyklé situace (například identifikace pacientů na dětských a psychiatrických odděleních)?
3. Jaké údaje musí obsahovat identifikační náramek?

RBC 2. Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikosti

4. Jaké skupiny léků patří mezi léky s vyšší mírou rizika?
5. Jakým způsobem byli zaměstnanci seznámeni se seznamem léčivých přípravků s vyšší mírou rizikosti?
6. Jakým způsobem upravujete postupy při objednávání, skladování a podávání léků s vyšší mírou rizika?
7. Používáte na odděleních nízkokoncentrované roztoky chloridu draselného ve formě premixů? Pokud ano, jaké jsou jejich výhody nebo nevýhody?
8. Jakým způsobem zacházíte s léky, které jsou do nemocnice vneseny samotnými pacienty? Jak postupujete, pokud pacient trvá na tom, že léky chce mít u sebe a užívat je sám?

RBC 3. Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

9. Jakým způsobem byla zaváděna bezpečnostní předoperační procedura do praxe a jakým způsobem byli o této proceduře proškoleni zaměstnanci?
10. Jakým způsobem u Vás probíhá předoperační bezpečnostní procedura a jak ji dokumentujete?
11. V jaké formě a v jakém rozsahu musí být předána pacientova dokumentace na operační sál?
12. Jaký máte stanovený postup na ověření identifikace u pacienta těsně před operací?
13. Jaký způsob používáte k označení místa operačního výkonu?
14. Jakým způsobem máte zajištěno, že nebude proveden operační výkon na nesprávné straně těla pacienta nebo jiný typ operačního výkonu?
15. Jakým způsobem sledujete plnění předoperační bezpečnostní procedury v praxi?

RBC 4. Prevence pádů pacientů

16. Jakým způsobem identifikujete rizikové pacienty?
17. Jak často a za jakých okolností přehodnocujete riziko pádu?
18. Co je součástí Vašeho programu prevence a redukce pádů u hospitalizovaných pacientů?
19. Jakým způsobem evidujete a monitorujete pády?
20. Jakým způsobem provádíte hlášení pádů? Jak se zpracovává hlášení o pádu pacienta? Kdo dělá analýzu a jakým způsobem? Jak se vyhodnocují výsledky? Kdo vytváří nápravná a preventivní opatření?

RBC 5: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

21. Jakým způsobem a kdy vzděláváte své zaměstnance v oblasti hygieny rukou, prevence a kontroly infekcí?
22. Pokud zjistíte, že je pacient infekční, jaké bariérové ošetřovací techniky jsou použity? Kdo rozhoduje o speciálním ochranném režimu pacienta?
23. Jakým způsobem jsou informováni zaměstnanci o izolačním režimu? Kdo a jakým způsobem o izolačním režimu informuje návštěvy? Jakým způsobem jsou proškoleni o specifickém režimu externí zaměstnanci nasmlouvaných firem (například stravovací, úklidové firmy)?
24. Jakým způsobem je stanovený postup pro manipulaci se stravou u pacienta v izolačním režimu? Jakým způsobem jsou individualizovány pomůcky u pacienta? Jakým způsobem jsou zajištěny specifické ochranné pomůcky, oděvy u pacienta?

RBC 6. Bezpečná komunikace

25. V jakých případech je přípustná ve Vaší nemocnici ústní a telefonická ordinace léku lékařem?
26. Jakým způsobem se zaznamenává ústní (telefonická) ordinace? Do kdy musí lékař ústní ordinaci zapsat do zdravotnické dokumentace?
27. V jakých případech je přípustné ve Vaší nemocnici hlášení výsledků vyšetření pacienta?
28. Jakým způsobem se zaznamenává hlášení kritických hodnot?

RBC 7. Bezpečné předávání pacientů

29. Jakým způsobem směrnice upravuje ve Vaší nemocnici kompetence předávajícího a přebírajícího pracovníka?
30. Jakým způsobem směrnice upravuje ve Vaší nemocnici formu a rozsah dokumentace při předání pacienta na jiné oddělení nemocnice nebo do jiného zdravotnického zařízení?
31. Jakým způsobem směrnice upravuje postup v případě urgentního překlady pacienta ze standardního oddělení na JIP?

RBC 8. Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů

32. Jakým způsobem identifikujete pacienty v riziku dekubitů?
33. Jak často a za jakých okolností přehodnocujete riziko dekubitů?
34. Co je součástí Vašeho programu prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů?
35. Kdo a jakým způsobem eviduje a monitoruje dekubity?
36. Kdo dělá analýzu dekubitů a jakým způsobem? Jak se vyhodnocují výsledky?
37. Jakým způsobem máte zavedený systém celoživotního vzdělávání zdravotnického personálu v problematice léčby a hojení dekubitů?

Zdroj: Vlastní

Příloha 3 Otázky k rozhovoru s perioperačními sestrami

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete na operačním sále?
4. V jaké formě a v jakém rozsahu dostáváte pacientovu dokumentaci na operační sál?
5. Jakým způsobem předcházíte záměně pacienta na operačním sále?
6. Jakým způsobem je zajištěno, že nebude proveden operační výkon na nesprávné straně těla pacienta nebo jiný typ operačního výkonu?
7. Jakým způsobem mají pacienti označené místo a stranu operačního výkonu? Kdo a kdy místo operace označuje? Jak postupujete, pokud nemá pacient označené místo a stranu výkonu?
8. Jakým způsobem probíhá identifikace pacienta před začátkem operačního výkonu?
9. Jakým způsobem u vás probíhá předoperační bezpečnostní procedura a jak postupujete?
10. Kolik času Vám zabere předoperační bezpečnostní procedura? Kdo vyplňuje dokumentaci předoperační bezpečnostní procedury a kolik tím stráví času?
11. Jakým způsobem jste byl/a proškolen/á o předoperační bezpečnostní proceduře a o významu jejího zavedení?
12. Jaký máte názor na předoperační bezpečnostní proceduru?

Zdroj: Vlastní

Příloha 4 Otázky k rozhovoru se sestrami

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání a jak dlouho pracujete na daném oddělení?

RBC 1. Bezpečná identifikace pacientů

3. Jakým způsobem identifikujete pacienta a za jakých situací?
4. Jakou otázkou identifikujete pacienta?
5. Jakým způsobem identifikujete neorientované nebo nespolupracující pacienty?
6. Jaké údaje musí obsahovat identifikační náramek?

RBC 2. Bezpečnost při používání rizikových léků

7. Jaká máte na oddělení riziková léčiva a jakým způsobem je skladujete?
8. Používáte na oddělení nízkokoncentrované roztoky chloridu draselného ve formě premixů? Pokud ano, jaké jsou jejich výhody nebo nevýhody?
9. Jakým způsobem podáváte pacientovi intravenózní léky roztoku chloridu draselného?
10. Jakým způsobem zacházíte s léky, které jsou do nemocnice vneseny samotnými pacienty?
11. Pokud pacient trvá na tom, že léky chce mít u sebe a užívat je sám, jak budete postupovat?
12. Co jsou S.O.S. léky?
13. Co jsou LASA léky a jak je zabezpečujete, aby nedošlo k jejich záměně?
Poznámka: pokud respondent neví, co jsou LASA léky, je mu vysvětleno tazatelem.

RBC 4. Prevence pádů pacientů

14. U kterých pacientů vyhodnocujete riziko pádu při příjmu?
15. Jakým způsobem, pomocí jakých hodnotících škál toto riziko pádu vyhodnocujete?
16. Jak často a za jakých okolností riziko pádu přehodnocujete?
17. V případě, že pacient je v riziku pádu, jaké preventivní intervence zavádíte?
18. Jakým způsobem pacienta a jeho příbuzné informujete o preventivních opatřeních, které by měli dodržovat, aby zamezili pádu, a jakým způsobem je zapojujete do prevence pádu?
19. V případě pádu pacienta, komu a jakým způsobem hlásíte tuto nežádoucí událost?

20. Kolik pádů pacientů během posledního měsíce jste na oddělení zaznamenali a jaké jsou jejich příčiny?
21. Jakým způsobem analyzujete pády a jaká preventivně nápravná opatření přijímáte na svém pracovišti?

RBC 5: Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

22. Jaké jsou postupy pro mytí a dezinfekci rukou?
23. Jakým způsobem provádíte hygienické mytí rukou a dezinfekci rukou?
24. Při jakých situacích použijete dezinfekční prostředek a kde je máte rozmístěné na oddělení?
25. Při jakých situacích použijete sterilní rukavice, nesterilní rukavice a při jakých činnostech není třeba rukavice použít?
26. V jakých situacích byste použil/a ústenku a ochranné pláště?
27. Kdo rozhoduje o speciálním ochranném režimu u pacienta?
28. Jaký je bariérový režim u pacienta, u kterého byla potvrzena MRSA?
29. Jaký je rozdíl mezi bariérovou péčí u pacienta, u kterého byl zjištěn MRSA a u pacienta s průjmovitým onemocněním, kde původcem je *Clostridium difficile*?

RBC 6. Bezpečná komunikace

30. Je ve Vaší nemocnici přípustná ústní nebo telefonická ordinace léku lékařem? Pokud ano, v kterých případech je přípustná?
31. Jaký je postup ústní (telefonické) ordinace léku lékařem?
32. Jaký je postup telefonického hlášení výsledků vyšetření pacienta (kritických hodnot laboratoří)?

RBC 7. Bezpečné předávání pacientů

33. Jaký je postup předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti jednoho zařízení?
34. Jaký je postup předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti mezi dvěma zařízeními?
35. Jaký je postup v případě urgentního překlady pacienta ze standardního oddělení na JIP?

36. Jaké jsou náležitosti ošetrovatelské překladové zprávy? Do kdy musí být lékařská a ošetrovatelská překladová zpráva napsaná? Kdo je odpovědný za ošetrovatelskou překladovou zprávu?
37. Co předáváte spolu s pacientem na jiné oddělení nemocnice nebo do jiného zdravotnického zařízení?

RBC 8. Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů

38. Jakým způsobem, pomocí jakých hodnotících škál vyhodnocujete riziko dekubitů u pacienta?
39. Jak často a za jakých okolností riziko dekubitů přehodnocujete?
40. Jaká preventivní opatření zavádíte u pacienta, který je v riziku vzniku dekubitů?
41. Kdo a jakým způsobem eviduje a monitoruje dekubity?
42. Jakým způsobem se vzděláváte v problematice léčby a hojení dekubitů?

Zdroj: Vlastní

Otázky pro manažery kvality – H1

RBC 1. Bezpečná identifikace pacientů

1. **Jaký je závazný postup při identifikaci pacienta (ve kterých případech, jakým způsobem, spoluúčast pacienta, kontrola ZD)?**

„V naší směrnici máme jasně dané, že pacient musí být třikrát identifikován. To znamená, že identifikaci máme podle identifikačního náramku. Dále podle otázky, jak se pacient jmenuje, nesmí zdravotnický personál používat při identifikaci otázku: „Jste paní Nováková?“ Následně si musí ověřit zdravotnický pracovník identifikaci pacienta současně s dokumentací pacienta. V rámci spoluúčasti by nám měl říct pacient jeho jméno, měl by ukázat na identifikační náramek. Zdravotnický personál musí kontrolovat identifikaci pacientů při jakémkoliv podání léků, injekcí, infuzí a při každém kontaktu s pacientem. Samozřejmě, když půjdou sestry koupat pacienta, tak nemusí dělat trojí identifikaci. Zdravotnický personál musí dělat identifikaci při těch situacích, kdy by mohlo vzniknout riziko záměny pacienta.“

2. **Jakým způsobem jsou upraveny neobvyklé situace (například identifikace pacientů na dětských a psychiatrických odděleních)?**

„Psychiatrické oddělení nemáme a na dětském oddělení mají děti náramky. Novorozenci jsou ještě na novorozeneckém oddělení popsáni jménem na stehně a z devadesáti procent jsou tam s dětmi rodiče. Zdravotnický personál musí být v takové situaci obezřetný a zkontrolovat identifikační údaje na náramku pacienta a porovnat je s údaji ve zdravotnické dokumentaci pacienta.“

3. **Jaké údaje musí obsahovat identifikační náramek?**

„Na identifikačním náramku máme napsáno jméno pacienta bez rodného čísla, datum narození a oddělení.“

RBC 2. Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti

4. **Jaké skupiny léků patří mezi léky s vyšší mírou rizika?**

„Koncentrované roztoky KCl, hepariny a inzulíny.“

5. Jakým způsobem byli zaměstnanci seznámeni se seznamem léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti?

„Všichni noví zaměstnanci musí být proškoleni vrchní sestrou, co se týče podávání rizikových léčiv. Vrchní sestry mají povinnost jednou za půl roku to znovu na provozních schůzích probírat.“

6. Jakým způsobem upravujete postupy při objednávání, skladování a podávání léků s vyšší mírou rizika?

„Co se týče skladování, tak na odděleních najdete, že jsou rizikové léky označeny a jsou uložené mimo ostatní léky. Skříňky s rizikovými léky musí být zamčené. V naší nemocnici máme koncentrované roztoky KCl 7,45 % a hepariny vždy jen na jedné stanici a léky jsou uloženy ve speciálních dózách. V praxi to znamená, že máme rizikové léky na JIP a na jednotce intermediární péče, sestry ze standardního oddělení si musí na stanice pro koncentrované roztoky KCl 7,45 % a hepariny dojet. Rizikové léky jsme co nejdříve zredukovali po té události s heparinovým vrahem, která se stala v Havlíčkově Brodě. Rizikové léky podáváme podle ordinace lékaře a musí to podávat všeobecná sestra, nemůže to být asistent.“

7. Používáte na odděleních nízkokoncentrované roztoky chloridu draselného ve formě premixů? Pokud ano, jaké jsou jejich výhody nebo nevýhody?

„Je to výhodné, protože KCl je už naředěno v infuzi. Snažíme se zavádět také premixy na odděleních, i když lékaři to moc nechtějí. Nevím z jakých důvodů, ale moc tomu nedůvěřují.“

8. Jakým způsobem zacházíte s léky, které jsou do nemocnice vneseny samotnými pacienty? Jak postupujete, pokud pacient trvá na tom, že léky chce mít u sebe a užívat je sám?

„Pokud pacient bere zvláštní léky, to jsou většinou nějaká psychofarmaka, my je nemůžeme napsat, protože nemáme psychiatrii. Nebo jsou to léky, které jsou drahé, tak s pacientovým svolením mu dáváme jeho léky. Jinak si léky od pacienta sestry vezmou, označí je jménem pacienta a uloží si je na sesterně. Až pacient odchází domů, tak dostává léky nazpět. Pokud si pacient i přes poučení bude chtít nechat vlastní léky u sebe, tak se to napíše do jeho zdravotní dokumentace, aby se o tom vědělo.“

Zdroj: Vlastní

Příloha 7 Ukázka kódování rozhovorů s perioperačními sestrami „tužka a papír“

Otázky pro perioperační sestry – PS13

- 1. Kolik Vám je let?**
„Je mi dvacet čtyři.“
- 2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?**
„Mám bakalářské vzdělání a perioperační specializaci.“
- 3. Jak dlouho pracujete na operačním sále?**
„Na operačním sále pracuji dva roky.“
- 4. V jaké formě a v jakém rozsahu dostáváte pacientovu dokumentaci na operační sál?**
„Dokumentaci pacienta přebírá sestra a lékař z oddělení ARO v tištěné formě, pokud jim nějaký dokument chybí, tak to musí řešit. My si vezmeme pouze z dokumentace pacienta identifikační štítky.“
- 5. Jakým způsobem předcházíte záměně pacienta na operačním sále?**
„Zeptáme se pacienta na jméno a přečteme si v operačním programu, který pacient je na řadě. Kontrolujeme současně také identifikační údaje v informovaném souhlasu se zákrokem.“
- 6. Jakým způsobem je zajištěno, že nebude proveden operační výkon na nesprávné straně těla pacienta nebo jiný typ operačního výkonu?**
„Místo operačního výkonu je označeno, operatér se také zeptá pacienta na operační stranu, místo a druh výkonu. Operatér si také musí operované místo a stranu daného výkonu zkontrolovat ve verifikačním protokolu operovaného pacienta.“
- 7. Jakým způsobem mají pacienti označené místo a stranu operačního výkonu? Kdo a kdy místo operace označuje? Jak postupujete, pokud nemá pacient označené místo a stranu výkonu?**
„Pokud by místo nebo strana nebyla označena, tak přijde operatér a označí si to. Jinak operační místo nebo strana je označena křížkem a označuje to ošetřující lékař ještě před operací na oddělení.“
- 8. Jakým způsobem probíhá identifikace pacienta před začátkem operačního výkonu?**
„Identifikaci provádí sestra a lékař z anesteziologie. Ptají se pacienta, jak se jmenuje, kontrolují identifikační náramek na ruce pacienta a následně to porovnají s údaji ve zdravotnické dokumentaci operovaného pacienta.“

9. Jakým způsobem u vás probíhá předoperační bezpečnostní procedura a jak postupujete?

„Anesteziologická sestra, anesteziolog a chirurg identifikují pacienta, který si také zkontroluje označení operovaného místa. Před výkonem se také kontroluje anesteziologické vybavení, operační vybavení a bezpečné uložení pacienta na operačním stole. Po provedené operaci probíhá kontrola počtu použitých operačních nástrojů, mulového materiálu a roušek. Pod vyplněný protokol se podepisuje perioperační sestra.“

10. Kolik času Vám zabere předoperační bezpečnostní procedura? Kdo vyplňuje dokumentaci předoperační bezpečnostní procedury a kolik tím stráví času?

„Předoperační bezpečnostní procedura trvá většinou tak patnáct minut. Dokumenty k předoperační proceduře vyplňuje perioperační sestra a vyplnění zabere také tak patnáct minut.“

11. Jakým způsobem jste byl/a proškolen/á o předoperační bezpečnostní proceduře a o významu jejího zavedení?

„Byla jsem proškolená vrchní sestrou, když jsem na sál nastupovala. Význam zavedení předoperační bezpečnostní procedury nám nikdo nevysvětlil.“

12. Jaký máte názor na předoperační bezpečnostní proceduru?

„Myslím si, že to má svůj smysl z hlediska bezpečnosti pacienta. Je dobře, že předoperační bezpečnostní procedura je zavedená a člověk má ještě zpětnou kontrolu. Můj názor je takový, že bezpečnostní proceduru děláme správně a poctivě, ale není v pořádku, že místo pěti pacientů za den operujeme pacientů osm. Musíme operovat více pacientů za den, protože nám to plánují lékaři z příjmových ambulancí, aby zřejmě naplnili limit, ale my jsme pod nátlakem a ve stresu. Na sále má být správně jeden pacient. Nám se pravidelně stává, že máme pacienta ještě na sále a další dva pacienti už jsou na cestě. Je jenom otázkou času, až nám nějaký pacient spadne ze stolu, protože čeká v předsáli a není pod dohledem.“

Zdroj: Vlastní

Příloha 8 Ukázka kódování rozhovorů se sestrami „tužka a papír“

Otázky k rozhovoru se sestrami – S2

1. Kolik Vám je let?

„54 let.“

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání a jak dlouho pracujete na daném oddělení?

„Mám vystudovanou střední zdravotnickou školu a pracuji na oddělení 36 let.“

RBC 1. Bezpečná identifikace pacientů

3. Jakým způsobem identifikujete pacienta a za jakých situací?

„Máme náramky a teplotní tabulky se jménem pacienta. Identifikaci děláme před každým výkonem. Takže, když přijdeme k posteli pacienta, tak si zkontrolujeme identifikační údaje z teplotní tabulky a identifikačního náramku pacienta. Děláme také kontrolu identifikace oslovením pacienta, například pane Novák, jdeme vám píchnout injekci.“

4. Jakou otázkou identifikujete pacienta?

„Jste pan Novák?“

5. Jakým způsobem identifikujete neorientované nebo nespolupracující pacienty?

„Zkontrolujeme identifikační náramek na ruce pacienta.“

6. Jaké údaje musí obsahovat identifikační náramek?

„Na identifikační náramek pacienta píšeme jeho jméno, příjmení, datum narození a název oddělení.“

RBC 2. Bezpečnost při používání rizikových léků

7. Jaká máte na oddělení riziková léčiva a jakým způsobem je skladujete?

„Máme riziková léčiva, která jsou označena štítkem ‚Riziková léčiva‘. Skladujeme je v ledničce a ve skříňové lékárně. V ledničce máme uloženy inzuliný a ve skříňové lékárně digoxin, koncentrovaný roztok KCl, koncentrovaný roztok NaCl, bikarbonát, heparin. Všechny riziková léčiva máme ve skříni samozřejmě zamčené.“

8. Používáte na oddělení nízkokoncentrované roztoky chloridu draselného ve formě premixů? Pokud ano, jaké jsou jejich výhody nebo nevýhody?

„Taky jsme je tady měli, ale moc se nám neosvědčily. Protože lékaři se nemůžou trefit do koncentrace premixů, která je tam daná. Z toho důvodu jsme je přestali používat.“

9. Jakým způsobem podáváte pacientovi intravenózní léky roztoku chloridu draselného?

„Léčivo aplikujeme do infuze podle ordinace lékaře a dáme pacientovi vykapat, infuzní pumpu nepoužíváme.“

10. Jakým způsobem zacházíte s léky, které jsou do nemocnice vneseny samotnými pacienty?

„Jsou určité léky, které jsou tady povolené. Jsou to inhalátory, takže je mají pacienti u sebe anebo pokud tady má pacient léky, jako jsou imunosupresiva. Protože máme tady pacienty po transplantacích a imunosupresiva jsou pacientům vydávány jen v Praze, tak si ty léky od nich bereme. Léky si označíme jménem a dááme jim je. Jiné léky, které si pacienti donesou, jim nedáváme a máme je uložené u nás na sesterně.“

11. Pokud pacient trvá na tom, že léky chce mít u sebe a užívat je sám, jak budete postupovat?

„Může je mít u sebe, ale jen po dohodě s lékařem a musí to být napsané v dokumentaci. To znamená, že máme v ordinaci od lékaře napsáno, že si pacient bere léky sám.“

12. Co jsou S.O.S. léky?

„Nevím.“ Vysvětleno tazatelem. „Kapesní inhalátory necháváme u sebe schopným pacientům a do dekurzu jim napíšeme, že je užívají sami.“

13. Co jsou LASA léky a jak je zabezpečujete, aby nedošlo k jejich záměně? Poznámka: pokud respondent neví, co jsou LASA léky, je mu vysvětleno tazatelem.

„Nevím.“ Vysvětleno tazatelem. „Léky máme seřazené normálně podle abecedy, že bychom se snažili léky dávat jinam, když mají podobný balení to ne. Já si myslím, že máme lékárnu tak plnou a jsme rádi, že léky máme seřazené podle abecedy. Nesetkala jsem se s tím, že by po nás někdo chtěl, abychom podobné léky skladovali odděleně.“

Zdroj: Vlastní

Příloha 9 GET UP and GO TEST Vstaňte, jděte, otočte se

GET UP and GO TEST Vstaňte, jděte, otočte se

Slouží k získání informací o hybnosti a stabilitě pacienta.

Pacienta posadíme na přiměřeně vysokou židli (výška je taková, aby při flexi cca 90 stupňů v kolenech spočívala jeho chodidla pohodlně na podložce). Požádáme jej, aby vstal, ušel cca 3 metry k vyznačenému místu, otočil se, vrátil se a znovu se posadil na židli.

	3 body	2 body	1 bod	0 bodů
Vstane	bez pomoci	s pomocí rukou	pouze s dopomocí	nesvede
Chůze	stabilní	s pomůckou nebo vrávorá	pouze s dopomocí, výrazná nestabilita	nesvede
Otočení	jisté	nejisté, zavravorání	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede
Usednutí	bez pomoci	s pomocí rukou či opření	výrazně nejisté, potřeba dopomoci	nesvede

Celkem: (max. 12 bodů)

Zdroj: Nemocnice České Budějovice, a.s. (2017)

Příloha 10 Hlášení patologické hodnoty

HLÁŠENÍ PATOLOGICKÉ HODNOTY	
Čas:	
Hodnota:	
Přijal:	
Lékař	

Zdroj: Nemocnice Písek, a.s. (2017)

Příloha 11 Identifikace neshod v ošetrovatelské praxi v souvislosti s doporučenými postupy a navržené změny v systému ošetrovatelské péče

Sledované oblasti	Neshody	Doporučené postupy	Navržené změny
Postup bezpečné identifikace pacientů	a) Sestry špatně pokládají otázku: Jmenujete se pan Novák?	a) Sestry musí pacienta identifikovat otázkou: Jak se jmenuje?	Situaci by mohlo zlepšit využívání identifikačních náramků s čárovým kódem. Provádět neohlášené interní kontroly na odděleních.
	b) Sestry kontrolují identifikační údaje podle teplotní tabulky u lůžka pacienta	b) Sestry musí kontrolovat údaje na identifikačním náramku pacienta	
	c) Pokud pacient leží déle na oddělení, tak identifikaci sestry už neprovádí	c) Sestry musí porovnat zjištěné údaje z identifikačního náramku pacienta s údaji ve zdravotnické dokumentaci, aby potvrdily shodu pacienta	
Způsob identifikace při neobvyklých situacích	a) Sestry kontrolují identifikační údaje podle teplotní tabulky u lůžka pacienta	a) Sestry musí kontrolovat údaje na identifikačním náramku pacienta	Odstranit teplotní tabulky z lůžek pacientů. Údaje z teplotní tabulek zaznamenávat pouze do zdravotnické dokumentace.
		b) Sestry musí porovnat zjištěné údaje z identifikačního náramku pacienta s údaji ve zdravotnické dokumentaci, aby potvrdily shodu	
Riziková léčiva	a) Koncentrované roztoky NaCl	a) Koncentrované KCl	Umístit seznam rizikových léčiv na viditelné místo.
	b) Opiáty	b) Hepariny	
	c) Glukóza 40 %	c) Inzulíny	
	d) Magnezium sulfát		
	e) Digoxin		
	f) Bikarbonát		
	g) Antibiotika		
	h) Adrenalin		

LASA léky	a) sestry nedokázaly definovat termín	a) LASA léky jsou léky s podobným názvem a obalem b) Skladují se na dobře přehledném místě c) Před použitím musí sestry provést důslednou kontrolu názvu, síly nebo koncentrace	Uspořádat školení a všechny sestry seznámit s problematikou LASA léků. Využívat pro skladování LASA léků speciální dózy či skladovat léčiva na určených místech.	
	Léčiva vnesená do nemocnice	a) Léčiva musí být označeny a skladovány dle povahy a nutnosti uchování léků na místě k tomu určeném		Všechna léčiva musí být lékařem přehodnocena a určeno jejich přesné podávání, které musí být zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci pacienta.
		b) Léčivo je pacientovi výjimečně podáno, když není momentálně dostupný na oddělení		
S.O.S léčiva	a) sestry nedokázaly definovat termín	a) Léčivo S.O.S je určené k zvládnutí akutního stavu a je ordinované lékařem	Uspořádat školení a všechny sestry seznámit s problematikou S.O.S léků.	
	b) S6 uvedla: <i>Léčiva S.O.S užívá pacient chronicky a pacient si je nechává u sebe dle ordinace lékaře</i>	b) Léčiva nitroglycerinová (tablety, inhalace), které pacient užívá chronicky		
	c) sestry píšou pacientům do zdravotnické dokumentace, že užívají S.O.S léčiva sami	c) Inhalační léčiva, které užívá pacient chronicky		

	d) Sestry nechávají pacientům jako S.O.S léčivo kapky do očí	d) S.O.S léčivo může mít pacient u sebe při hospitalizaci a v případě akutní potřeby jej použít e) Užití S.O.S léčiva musí pacient oznámit ihned sestře f) Sestra se musí při podávání léků vždy zeptat pacienta, jestli S.O.S lék užil	
Rescreening rizika pádu	a) Sestry přehodnocují riziko pádu pouze při zhoršení stavu b) Sestry přehodnocují riziko pádu pouze při zlepšení stavu c) Sestry riziko pádu během hospitalizace u pacienta nepřehodnocují	a) Sestry musí přehodnotit riziko pádu pravidelně jednou za týden b) Sestry musí přehodnotit riziko pádu jednorázově při změně stavu	Provádět neohlášené kontroly zdravotní dokumentace a sledovat dodržování stanovených postupů.
Zapojení příbuzných do prevence pádů	a) Sestry nezapojují rodinu do prevence pádů	a) Zapojení rodiny pacienta do prevence pádu	Zapojení rodiny do prevence a vzdělávání rodiny v oblasti prevence pádů. Vést záznam v ošetrovatelské dokumentaci o zapojení a spolupráci s rodinou. Kontinuálně sestry vzdělávat o novinkách v prevenci pádů pacientů.
Používání nesterilních rukavic	a) Sestry nepoužívají rukavice při odběru krve	a) Při odběru biologického materiálu musí sestry používat jednorázové rukavice	Provádět neohlášené interní kontroly na odděleních a kontrolovat dodržování stanovených postupů.

Používání sterilních rukavic	a) Sestry používají nesterilní rukavice na cévkování	a) Sestry musí používat sterilní rukavice na cévkování	Provádět neohlášené interní kontroly na odděleních a kontrolovat dodržování stanovených postupů.
Bariérový režim u infekce MRSA	a) Před vstupem a odchodem z izolačního pokoje si sestry nedezinfikují ruce	a) Před vstupem a odchodem z izolačního pokoje si sestry musí vydezinfikovat ruce	Provést u sester intenzivní proškolení v oblasti bariérového režimu a kontrolovat prostřednictvím neohlášených vnitřních kontrol dodržování stanovených opatření.
b) Personál provádí na izolačním pokoji každodenní práce bez omezení	b) Všechny každodenní práce (podávání léků, stravy, vizity, úklid) se provádějí v tomto pokoji jako poslední	c) Sestry informují a poučují o izolačním režimu rodinu pacienta	
c) Sestry neinformují a nepoučují o izolačním režimu rodinu pacienta	d) Pokoj není označen	d) Pokoj je označen jako „Izolační pokoj“	
e) Neprovádí se izolace u této infekce	e) Povinnost zřídit u této infekce izolační pokoj		
Jaký je rozdíl mezi bariérovou péčí u pacienta, u kterého byl zjištěn MRSA a u pacienta s průjemovitým onemocněním, kde původcem je Clostridium difficile	a) Sestry nedokázaly rozdíl vysvětlit	a) U MRSA infekce se používají alkoholové dezinfekční prostředky a u Clostridií se musí používat Persteril	
b) Sestry neví, protože překládají pacienta s Clostridium difficile na infekční oddělení	b) Personál si musí mýt řádně ruce při kontaktu s Clostridií infekcí a následně ruce ještě dezinfikuje na infekčním pokoji v nádobě s jednoprocenním Persterilem po dobu jedné minuty		
c) Pacient dostává jiná antibiotika			

Telefonická ordinace léků lékařem	a) Sestry se při telefonické ordinaci lékaři nepředstaví	a) Sestry se musí při telefonické ordinaci představit lékaři	Provádět neohlášené kontroly zdravotní dokumentace a sledovat dodržování stanovených postupů.
	b) Sestra při telefonické ordinaci neidentifikuje pacienta	b) Sestry musí při telefonické ordinaci identifikovat pacienta	
	c) Sestry nepřečtou zpětně ordinaci lékaři	c) Sestry musí přečíst zpětně ordinaci lékaři	
	d) Lékař nepotvrdí správnost opakované hlášení sestrou	d) Lékař musí potvrdit správnost opakovaného hlášení sestrou	
	e) Ve zdravotní dokumentaci pacienta sestry nezaznamenají, že se jedná o telefonickou ordinaci	e) Ve zdravotnické dokumentaci pacienta sestry zaznamenají, že se jedná o telefonickou ordinaci	
Hlášení výsledků vyšetření pacienta	a) Pracovník laboratoře se nepředstaví	a) Pracovník laboratoře se musí vždy představit	Provádět neohlášené kontroly zdravotní dokumentace a sledovat dodržování stanovených postupů.
	b) Pracovník laboratoře neidentifikuje pacienta	b) Pracovník laboratoře musí identifikovat pacienta	
	c) Sestra zpětně nepřečte pracovníkovi laboratoře nahlášené výsledky vyšetření	c) Sestra zpětně přečte pracovníkovi laboratoře nahlášené výsledky vyšetření	
	d) Sestra si napíše hodnotu vyšetření na papír	d) Sestra napíše hodnotu vyšetření do zdravotnické dokumentace	

Zdroj: Vlastní

