



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Diplomová práce

Zajištění bezpečí pacienta v pooperační péči

Vypracovala: Bc. Hana Jordánová
Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Název diplomové práce - Zajištění bezpečí pacienta v pooperační péči.

Současný stav: Bezpečný proces léčby by měl být zajištěn každému pacientovi, v každém nemocničním zařízení. Sestra by měla pracovat tak, aby nedošlo k narušení tohoto bezpečí, a to především v chirurgické oblasti, kde nastávají v procesu léčby nevratné změny. Dokonalé zvládnutí těchto opatření vede k bezpečí pacienta. Prevence rizik a bezpečnost pacienta i zdravotnického personálu vyžadují zapojení všech členů multidisciplinárního týmu (Pokořová, 2011; Škrála a Škrlová, 2003).

Cíl výzkumného šetření: Zmapovat vybraná specifika v pooperační péči v rámci bezpečné léčby pacientů. Zjistit, zda sestry znají preventivní opatření v rámci bezpečné péče o pacienta a zda dbají na dodržování zásad bezpečné péče v praxi.

Metodika: Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat probíhal formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami, který byl doplněn skrytým pozorováním. Spoluúčast na rozhovorech byla dobrovolná a anonymní. Rozhovory byly nahrávány na záznamník a následně doslovně přepsány. Cílem pozorování bylo zjistit, zda sestry dodržují zásady bezpečné péče o pacienty v pooperační péči.

Výzkumný soubor: Byl tvořen všeobecnými sestrami, které pracovaly na chirurgických odděleních a dospávacích pokojích. Výzkum probíhal v jedné z nemocnic Jihočeského kraje. Osloveno bylo dvanáct sester. Rozhovory a skrytá pozorování se zaměřily na bezpečí pacienta v pooperační době. Místem konání rozhovorů bylo sesterské zázemí denních místností na jednotlivých chirurgických odděleních, některé rozhovory probíhaly mimo areál nemocnice. Všechny sestry splňovaly kritérium, že poskytují ošetrovatelskou péči u pacientů po operaci na chirurgických odděleních i dospávacích pokojích. Rozhovory byly ukončeny při dosažení teoretické nasycenosti, kdy se odpovědi a skrytá pozorování respondentek začaly opakovat, tj. po provedení dvanácti rozhovorů a pozorování.

Výsledky: Sestry pracující na chirurgických odděleních a dospávacích pokojích jsou vystaveny nemalé psychické a fyzické zátěži. Toto povolání je velice náročné

a staví nejen na teoretických znalostech, ale také na nutnosti manuální zručnosti v praxi. Všeobecné sestry se na procesu péče podílí nemalou měrou, a proto je důležité, aby jejich práce byla kvalitní a bezpečná.

Všeobecné sestry v procesu léčby někdy příliš důsledně nepostupují podle standardů a nedodržují bezpečnou léčbu. Kvůli předcházení záměně pacientů je nutné velmi pečlivě sledovat identifikační náramky, aby nedošlo k ohrožení zdraví pacientů. Některé sestry kontrolují identifikační náramky poctivě, ale v našem šetření se objevily i sestry, které toto pravidlo příliš nedodržovaly, a tím hazardovaly se zdravím pacientů.

Medikační chyby jsou velmi častou příčinou poškození pacienta. Riziko medikačního pochybení se zvyšuje i nesprávným skladováním rizikových léčiv. V našem šetření bylo několikrát zaznamenáno, že léčiva nebyla uložena zpět na své místo, byla špatně skladována nebo ponechána volně dostupná pro kohokoliv. Nečitelnost informací o léčivech předepsaných lékařem řeší všeobecné sestry spíše odhadem ordinace nebo za pomoci kolegyně na oddělení. S tímto jevem souvisí také nahrazování ordinovaných léků sestrou, pokud na oddělení nejsou, bez předchozí konzultace s lékařem.

Alarmující je nepoužívání ochranných pomůcek při převazu operační péče, možné přenášení nozokomiálních nákaz a špatné či nedostatečné využívání dezinfekčních přípravků.

Závěry: Ošetřování pacienta v časně a pozdní pooperační péči patří k rizikové části hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení. V tomto období jsou podstatné: monitorování pacienta a předcházení rizikům, kontrola bolesti a operační rány, bezpečná identifikace pacienta, předcházení nežádoucím událostem jak při podávání léků, tak v důsledku pádu pacienta, dodržování hygieny rukou, prevence nozokomiálních nákaz a bezpečné a šetrné převazování operační rány.

Klíčová slova: management, ošetřovatelská péče, bezpečí, pooperační období.

Abstract

Title of thesis - Securing the patient in postoperative care.

Current status: Safe process treatment should be provided to every patient in every hospital. Nurses should work to avoid security violation, especially in the surgical field, associated with irreversible changes in the treatment process. Perfect mastery of these measures assures patient safety. Risk prevention, safety of the patient and the medical personnel require the involvement of all members of the multidisciplinary team (Pokořová, 2011; Škrála and Škrlová, 2003).

Objective of the research: to map the attributes of postoperative care in the safe treatment of patients. To determine whether nurses master preventive measures in safe patient care and whether they ensure compliance with the principles of safe care in practice.

Methods: the research analysis was chosen to be based on qualitative research method. Data acquisition was performed in semi-structured interview with nurses, supplemented with hidden observation. The participation in the interviews was voluntary and anonymous. Audio data was recorded from the interviews and transcribed verbatim. The observation aimed to determine whether nurses respect the principles of safe care for patients in the postoperative care.

Research cohort: consisted of general nurses who worked at the surgical wards and recovery room. The research was conducted in one of the hospitals of South Bohemia. Twelve nurses were interviewed. The interview and hidden observation were focused on patient safety in the postoperative period. The interviews were performed at nurse day-time rooms of individual surgical wards, some of them outside the hospital. All nurses met the criterion to be a provider of nursing care for post-operative patients at surgical wards and recovery rooms. The interviews were finished when reaching the theoretical saturation, when the answers and hidden observation of the respondents started to repeat the already acquired data, i.e. after twelve interviews and observations.

Results: The nurses working in surgical wards and recovery rooms are exposed to a considerable mental and physical strain. This profession is very demanding

and requires not only theoretical knowledge, but also manual dexterity in practice. Nurses are involved in the care process in a considerable extent. Therefore, it is important that the care was good and safe.

In the treatment process, the nurses sometimes do not comply with relevant standards and the requirements for safe treatment. It is essential to follow the identification bracelets to avoid patient mismatch, thus endangering patients' health. Some nurses checked the identification bracelets thoroughly, but there were also nurses who ignored these rules too much and gamble with the patients' health.

Medication errors are the most common cause of patient injury. The risk of medication errors increases also due to improper storage of hazardous drugs. In our investigation, the medication was repeatedly stored at a different place (not returned back to the original area), poorly stored or left freely available to anyone. If the physician records are illegible, the nurses solve the issue rather by guessing or asking an assistance from colleagues in the department. This area also includes replacement of medication by nurses if the prescribed product is not available at the ward, without consulting a physician first.

The negligence in the use of protective equipment during dressing changes is alarming. Possible transmission of nosocomial infections. Poor or little use of disinfectants.

Conclusions: Treatment of patients in the early and late postoperative care is one of the high risk parts of the hospitalization of patients at healthcare facilities. In this period, patient monitoring and risk prevention are essential. It includes pain control, the care for surgical wounds, safe patient identification, prevention of adverse events in both medication administration and patient falls, the compliance with hand hygiene, prevention of nosocomial infections and safe and gently dressing changes of surgical wounds.

Keywords: management, nursing care, safety, postoperative period.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, PhD. za cenné rady, vedení, ochotu a trpělivost při zpracování mé výzkumné práce. Také děkuji všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření.

Obsah

Seznam použitých zkratk	10
Úvod	12
1 Současný stav	13
1.1 Mimořádná událost.....	14
1.1.1 Hlášení nežádoucích událostí.....	15
1.1.2 Informační systémy.....	16
1.2 Pády v nemocničních zařízeních	17
1.2.1 Fenomenologie pádů.....	18
1.3 Identifikace pacientů.....	19
1.4 Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace	23
1.4.1 Zásady vedení dokumentace	24
1.4.2 Fotodokumentace.....	26
1.4.3 Ošetrovatelská anamnéza.....	27
1.4.4 Propouštěcí a překladová zpráva	27
1.5 Medikační pochybení.....	28
1.5.1 Klasifikace medikačního pochybení	30
1.5.2 Druh medikačního pochybení	30
1.5.3 Hlášení medikačního pochybení	31
1.5.4 Riziková léčiva a telefonická ordinace	31
1.5.5 Dopad na pacienta – stupně poškození	32
1.6 Pooperační péče bezprostřední a časná.....	32
1.6.1 Operační rána	34
1.6.1.1 Asepsy a antisepsy.....	35
1.6.2 Dokumentace rány	36
1.7 Hygiena rukou a použití rukavic	37
2 Cíle práce, výzkumné otázky	39
2.1 Cíle práce	39

2.2	Výzkumné otázky	39
3	Metodika.....	40
3.1	Použité metody a technika šetření	40
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4	Výsledky	42
4.1	Vyhodnocení dat z kvalitativní části výzkumného šetření	42
4.2	Identifikační údaje sester	42
4.3	Seznam kategorií a podkategorií	42
4.4	Kategorie předcházení záměny pacienta a pádů.....	43
4.5	Monitorace pacienta po operaci.....	46
4.6	Medikace	48
4.6.1	Rizikové léky	48
4.6.2	Podávání léků, mimořádná událost.....	50
4.7	Vedení dokumentace.....	55
4.8	Překlad pacientů.....	56
4.9	Operační rána a hygiena	60
4.9.1	Péče o ruce, ochranné pomůcky v době převazu	60
4.9.2	Péče o operační ránu	63
5	Diskuze.....	69
5.1	Předcházení záměny pacienta	69
5.2	Bezpečné podávání léků.....	70
5.3	Vedení dokumentace	73
5.4	Operační rána a hygiena	73
6	Závěr.....	76
6.1	Doporučení pro praxi.....	77
7	Seznam informačních zdrojů.....	79
8	Přílohy	88
8.1	Seznam příloh	88

Seznam použitých zkratek

ATLAS.ti	počítačový program pro kódování, zpracování a interpretaci kvalitativních dat
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
D	dech
EKG	elektrokardiograf
EPSCO	Rada Evropské unie pro zaměstnanost, sociální politiku, zdraví a ochranu spotřebitele
EU	Evropská Unie
GCS	Glasgow Coma Scale
gtt.	kapka
HDR	hygienická dezinfekce rukou
i.m.	intramuskulárně
inj.	injekce
ISQuA	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví
i.v.	intravenózně
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
JCIA	Joint International Accreditation
JIP	jednotka intenzivní péče
KCl	chlorid draselný
ml	mililitr
MMR	mechanické mytí rukou
MRSA	Methicillin resistant Staphylococcus aureus
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
P	puls
SAK o.p.s.	Spojená akreditační komise

tbl.	tableta
TK	tlak krevní
TT	tělesná teplota
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization

Úvod

„Dělat správné věci, na správném místě a se správnými lidmi“.

(Škrla a Škrlová)

Bezpečná ošetrovatelská péče a dobře zvládnutý management v ošetrovatelství je aktuálně velice diskutovaným tématem. Bezpečný proces by měl být zajištěn každému pacientovi v každém nemocničním zařízení. Sestra by měla pracovat tak, aby nedošlo k narušení tohoto bezpečí, a to především v chirurgické oblasti, kde dochází v procesu léčby často k nevratným změnám. Dokonalé zvládnutí všech opatření vede k bezpečí pacienta.

Velmi důležité pro zajištění bezpečí pacientů jsou rezortní bezpečnostní cíle, které vypracovalo Ministerstvo zdravotnictví. Poskytovatel je povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Ve zdravotnických zařízeních je ošetrovatelská péče realizována lidmi, avšak s vyšším počtem lidí dochází pravděpodobnostně k vyšší míře pochybení. Proto by měl být systém nastaven tak, aby docházelo co nejméně k nežádoucím událostem.

Tato práce si klade za cíl zmapovat vybraná specifika v pooperační péči v rámci bezpečné léčby pacientů. Chce zjistit, zda sestry znají preventivní opatření v rámci bezpečné péče a zda dbají na dodržování zásad v praxi.

Bezpečná péče je nutností, která by měla být standardem v každé nemocnici a na každém oddělení. K splnění těchto standardů je důležité nastavit kvalitní vnitřní a vnější systém ve zdravotnictví. Je nutné, aby nejen pacientům, ale i sestram bylo příjemné navštěvovat nemocniční zařízení, která jsou jedním z velice důležitých článků pro realizaci kvalitní ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

Jednou z hlavních priorit ošetrovatelské péče je zajištění bezpečí pacienta - klienta. V poslední době díky akreditacím nemocnic a zvyšování léčebné a ošetrovatelské kvality péče se o bezpečnosti velice diskutuje a píše a to nejen v odborných knihách, časopisech, ale častým tématem je i také na konferencích a internetových sítích. Téma bezpečnost je v dnešní době velice aktuální problematika (Krystýnová, 2010).

V České republice byly v roce 2009, 2011 a 2015 formulovány Ministerstvem zdravotnictví tzv. Resortní bezpečnostní cíle, které uvádějí požadavky, jejichž naplněním lze snížit rizika v procesech, které jsou při poskytování zdravotní péče nejrizikovější. Patří sem: prevence záměny pacienta, bezpečná manipulace s léčivý, prevence stranové záměny při provádění operačních výkonů, prevence pádů pacientů, snížení rizika infekcí řádnou hygienou rukou, bezpečná komunikace, standardizace postupů při předávání pacientů mezi pracovišti zdravotnického zařízení, prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

Česká asociace sester (dále jen ČAS) založila Pracovní skupinu pro kvalitu péče, která nabyla účinnosti v říjnu roku 2008 a vznikla za účelem koordinovat, popisovat a zpracovávat jednotlivé problematické oblasti, které se týkají nelékařských zdravotnických pracovníků a zdravotní péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013; Česká asociace sester, 2007).

Nezbytnou součástí managementu organizace a to zejména ve velkých organizacích se stal management rizik. Tato rizika ohrožují dosahování cílů dané organizace a mají na ni potencionálně negativní dopad. Management rizik se snaží negativní dopady nejvíce eliminovat. Velice důležitým a prvním krokem v řízení rizik je přiznat si jejich existenci. V druhém kroku je nutné se dívat na rizika objektivně, realistickým pohledem. Dále se posoudí, zda existuje v organizaci dostatečně nastavená ochrana. Pokud tomu tak není, tak se hledá a následuje určité nastavení účinného opatření. Velice důležitým prvkem je pravidelná kontrola funkčnosti opatření a neustálé opakování celého cyklu (Pokořová, 2011; Plevová, 2012).

Jednu z mnoha existujících definic kvality zdravotní péče uvedl Gladkij „*Kvalita zdravotní péče může být definována jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků*“ (2003, s. 292). Kratší definici uvedli Škrļa a Škrlová „*Dělat správné věci, na správném místě a se správnými lidmi*“ (2003, s. 36).

1.1 Mimořádná událost

Sledování a bezpečí pacientů patří do priorit evropské politiky. V dubnu roku 2005 byla na summitu členských států Evropské Unie (dále jen EU) schválena Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů, ve které je doporučováno mimo jiné i zvážit výhody zavedení národního dobrovolného systému hlášení mimořádných událostí a pochybení. K tomuto tématu se také vyjadřuje WHO, kde Světová aliance pro bezpečí pacientů ve svém programu doporučuje zavádění systému sledování mimořádných událostí a to v oblastech: vytvoření mezinárodní taxonomie v oblasti bezpečí pacientů a rozvoj výzkumu v oblasti bezpečí pacientů a ustanovení systémů hlášení rizik (World Health Organization, 2005; European Commission - Luxembourg declaration, 2005; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008).

Sestry představují nejpočetnější skupinu zaměstnanců ve světě, proto se veřejnost a média v současné době zaměřují na rizika péče ošetrovatelské, ale také na rizika léčebné péče. Každý manažer se musí seznámit s reálnými a potencionálními riziky v této početné skupině a identifikovat hlavní příčiny těchto rizik. Mezi nejčastější systémové i osobní důvody v pochybení a omylech ošetrovatelského personálu patří: nevhodná nebo nedostatečná komunikace, nezajištění bezpečí pacienta, nedostatečná informovanost sester, nedostatečná supervize nebo také nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti. Studie pochybení v ošetrovatelské péči naznačují, že medikační omyly jsou nejzávažnějším pochybením a dále následuje provádění procedur bez dostatečné znalosti či dovednosti (Škrļa a Škrlová, 2008).

Z výzkumu také vychází, že vysoké procento pochybení u sester způsobuje vážnou újmu na zdraví mnoha klientů, a často dokonce i jejich smrt. Počet chyb sestry se zvyšuje s počtem klientů, o které musí pečovat a také s únavou, počtem přesčasových hodin nebo obložností na daném oddělení (Škrla a Škrlová, 2008).

Z těchto informací je zřejmé, že prvotními úkoly manažera rizik, ve spolupráci s ošetrovatelským personálem, by mělo být zaměřit se na rychlou nápravu při výskytu pochybení a minimalizaci následků, vytvořit systém, který je odolný vůči chybám a zaměřit se na prevenci chyb. Řada českých zdravotnických zařízení sleduje alespoň některé typy mimořádných událostí, ale praxe naznačuje, že valná většina zdravotníků má negativní postoj k hlášení pochybení. Proto je na každém manažerovi, zda zvolí strategii anonymního nebo důvěrného hlášení. Pokud manažeři budou vidět příčinu pochybení v lidech a budou považovat za nejlepší řešení rázné disciplinární řízení, pak nelze očekávat úspěch jakékoliv strategie a chyby se budou maskovat i nadále.

Hlášení a prevence mimořádných událostí představuje důležitý výukový prvek. Je to důležitá zpětná vazba, která slouží ke korektivním opatřením v systému. V ekonomicky vyspělých zemích se hlášení nejen podporuje, ale někde také dokonce odměňuje. Není za cíl tohoto procesu hledat viníka a jeho potrestání, ale úsilím každého člena ošetrovatelského týmu je souvislé napravování vadných procesů a systémů. Největším problémem je obava a strach z disciplinárního řízení nebo určitého postihu. Proto v zahraničí plno zdravotnických zařízeních aplikovala verbální hlášení incidentů a potencionálních chyb během porad sester (Škrla a Škrlová, 2008; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2008; Pitrová, Hlaváčková a Kroutilová, 2013).

1.1.1 Hlášení nežádoucích událostí

Zdravotnické zařízení je povinno zavést systém hlášení, který je dostupný všem pracovníkům, aby kdokoli mohl informovat o výskytu rizika poškození či ohrožení pacienta. Tento systém musí zajistit, aby zaručoval ochranu osoby, která nežádoucí událost hlásí před postihem. Toho je možno dosáhnout anonymností hlášení po jeho doručení na pracoviště zabývající se šetřením příčin nežádoucích událostí. Pokud

nemocnice usiluje o co nejvyšší míru hlášených událostí, tak by měla být schopna pozitivně motivovat pracovníky. Také by měla vysvětlit, jakým způsobem využívá této cenné zpětné vazby k zajištění co nejvyšší míry bezpečí poskytovaných služeb (Volejník, Marx a Vlček, 2009).

Pro manažera rizik je důležité včasné nahlášení nežádoucích událostí. Jejich monitorování napomáhá při opakujících se problémech, které ovlivňují kvalitu poskytované péče. Při rychlém vyplnění a předání formuláře má manažer rizika a jeho tým více času k zpracování informací a vyhodnocení situace v případě právního sporu (Škrála a Škrlová, 2008).

Při výskytu nežádoucí události se v první řadě informuje přímý nadřízený, poté vedení pracoviště, dále manažer kvality či oddělení kvality. Manažer kvality dle závažnosti a dopadu informuje manažery dotčené oblasti a ředitele.

Data, která byla získána nahlášením nežádoucí události se analyzují z pohledu příčin a následků, navrhuje se preventivní a nápravné opatření a jejich kontrola. Také se sleduje četnost hlášení, konkrétní výskyt nežádoucích událostí v rámci pracoviště, osoby a sledování toho, kdo nežádoucí událost hlásí.

Nil Nocere (2012) doporučuje zdravotnického pracovníka řádně proškolit, aby mohl správně hlásit nežádoucí události. Školení by se mělo provádět při nástupu do zaměstnání v rámci adaptačního procesu. Zdravotnický pracovník se seznámí s interní řízenou dokumentací související s nežádoucími událostmi, přijatými opatřeními na provozních poradách a při výskytu nežádoucích událostí jejich vyhodnocením.

Pokud je nežádoucí událost skutečností, tak se informace zapíše do formuláře o hlášení nežádoucích událostí. Zde se zaznamenává datum, čas a místo (oddělení). Dále se zjišťuje, kým a komu se přihodilo, uvede se vždy jméno, příjmení, funkce a to svědka a zapisovatele. V posledním kroku se napíše druh nežádoucí události.

1.1.2 Informační systémy

Zdravotní informatika hraje velkou roli při vytváření univerzálních standardů. Tyto standardy umožňují efektivní a rychlou elektronickou výměnu informací dat nejen mezi jednotlivci, ale především mezi institucemi a národy. Informatika zdravotnická

a ošetrovatelská jsou témata, o které by se měla zajímat sestra, která chce budovat moderní ošetrovatelství. Zavedení informatiky do těchto oborů bude dále prohlubovat a rozšiřovat důležitou roli sester v moderním ošetrovatelství. Sestra, která si chce udržet konkurenční výhodu, musí umět kriticky myslet, mít špičkové znalosti a dovednosti ve své profesi, ale musí také zvládnout tuto novou výzvu moderního ošetrovatelství.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále ÚZIS ČR) je organizační složkou státu, zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ) ČR a bylo zřízeno v roce 1960. Základním účelem činnosti ÚZIS je koordinace a řízení plnění úkolů Národního zdravotnického informačního systému (dále NZIS) včetně činností, které souvisejí se zdokonalováním a rozvojem NZIS, určeného ke sběru a zpracování zdravotnických informací.

V nemocnici je využíván nemocniční informační systém, který je souborem technologií, aplikací a služeb dodávaných určitou firmou jako komplexní řešení systémů, které pracují s životně důležitými daty, a také tato data bezpečně uchovávají. Tyto systémy mohou pokrývat celé regiony. Jsou určeny zdravotnickým zařízením bez ohledu na velikost a kategorii pro vedení zdravotnické dokumentace pacientů, podporu lékařské péče v oblasti žádanek, receptů, objednávek pacientů, vykazování zdravotnické péče zdravotním pojišťovnám, ale také jako nástroj pro management nemocnic ke sledování dlouhodobé i okamžité efektivity léčby a ostatních ukazatelů podstatných pro vedení nemocnice (Plevová, 2012; Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010-2016).

1.2 Pády v nemocničních zařízeních

Pád se nepovažuje za nemoc, ale je symptomem. Jednu z definic pádu zmiňuje Vybíhalová „*Pádem označujeme neplánované klesnutí pacienta k podlaze nebo na povrch nižší*“ (2011, s. 44).

Pády klientů jsou nejrizikovější a nejčastěji hlášenou událostí. Je to jeden z významných indikátorů kvality péče. Prodlužují hospitalizaci, komplikují základní onemocnění, negativně působí na psychiku klienta a zvyšují náklady na léčbu.

Nejrizikovější skupinou jsou senioři nad 65 let, kterým je v literatuře věnovaná největší pozornost (Joint Commission International, 2007; Cooper a Nolt, 2007).

ČAS se zabývá touto problematikou od roku 2002 v rámci projektu: Pády pacientů při hospitalizaci a monitoruje obor interní, chirurgický, pediatrický, ale i obor následné péče (Česká asociace sester, 2008a).

MZ ČR v rámci kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů spolufinancovalo projekt Národního systému hlášení nežádoucích událostí (Vychytil a Hřib, 2010; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012).

1.2.1 Fenomenologie pádů

Je mnoho skupin a dělení týkající se pádů. Jedna z nich se zabývá mechanikou pádů, které vznikají z důvodu různých mechanických překážek. Tvoří kolem 25 % - 30 % všech pádů. Do této skupiny řadíme překážky v cestě, nebezpečný povrch, špatné osvětlení, ale také kompenzační pomůcky. Pád může vzniknout zakopnutím, uklouznutím, opřením se o nepevný kus nábytku nebo chůzí po schodech.

Další skupinou jsou symptomatické pády. Tvoří 70 % -75 % pádů. Dělí se na dvě základní skupiny rizikových faktorů: vnitřní a vnější.

Mezi vnitřní rizikové faktory patří poruchy mobility či chůze, předchozí pád v anamnéze, změny duševního stavu, používání podpůrných pomůcek při chůzi, akutní nebo chronická onemocnění a poruchy zraku.

Do vnějších faktorů se řadí kvalita povrchu, typ a stav obuvi, osvětlení, vliv medikace, ale i tvar nábytku (Joint Commission International, 2007; Vybíhalová, 2011).

Po pádu mohou a většinou následují různá zranění klienta. Tato zranění lze dělit do třech základních skupin.

V první skupině jsou lehká zranění, mezi která se řadí odřeny, drobné tržné rány nebo zhmožděny.

Dále následují těžká zranění, která vyžadují zásah internisty či chirurga. Do této skupiny patří zlomeniny a úrazy hlavy, sutury větších ran.

Poslední skupinou je pád, který způsobil smrt pacienta. Mimo fyzická zranění se také často objevují psychické a sociální důsledky, jako je úzkost nebo strach z pádu.

Celý tento proces vede ke ztrátě sebedůvěry a následnému funkčnímu omezení (Vybíhalová, 2011; Kalvach a kol., 2004).

Je nutné předcházet mimořádným událostem a jejich následkům pomocí prevence a to souborem opatření. Důležitá je identifikace takto rizikového klienta a určení stupně rizikovosti. Díky těmto informacím se poté aplikují příslušná opatření. Také se nesmí opomenout edukace samotného klienta, jeho rodiny a blízkých. Edukace je zaměřena na předcházení vzniku pádu a bezpečnostní opatření, které se týkají správného vstávání z lůžka, používání signalizačního zařízení, nácviku sedu, chůze, stabilního nábytku, vhodné obuvi klienta nebo také volnost cesty či vhodného osvětlení (Vybíhalová, 2011; Marx, 2005).

Škrla a Škrlová (2008) uvádí, že pro správné vyhodnocení rizika pádu je důležité používat především validní screeningové metody, tedy metody, které jsou ověřeny výzkumem.

Dělení dle fenomenologického obrazu, rozlišuje pády: zhroucení (stav při epilepsii, kardiální synkopě), skácení (přechodné poruchy rovnováhy), zakopnutí (v důsledku zakopnutí špičkou nohy pád na ruce, nejčastěji u Parkinsonovy choroby), zamrznutí (v průběhu chůze dojde k zamrznutí dolní končetiny, tělo však pokračuje v pohybu dopředu) a ostatní nediferencované pády. Jejich příčinou je často nepozornost (Vybíhalová, 2011; Marx, 2005).

Pády díky bezprostředním zdravotním důsledkům zvyšují nejen spotřebu zdravotní péče, ale také i náklady zdravotnických zařízení. Ekonomické dopady jsou proto zcela logické. Při této události se zraní až 47 % klientů (Jurásková, 2007).

1.3 Identifikace pacientů

Úspěch mnohých činností a mnohé léčby ve zdravotnických zařízeních závisí na správné identifikaci pacienta. Identifikace by se měla stát základním krokem v procesech péče. Klinické omyly jsou velmi často nevratné, z tohoto důvodu toto riziko musí být maximálně sníženo. Je nutné mít zavedené metody, jak bezpečně pacienta před výkony identifikovat. Každé zdravotnické zařízení si zvolí metodu identifikace

pacientů, která je používána v celém zařízení (Paparella, 2012; Brabcová, Bártlová a kol., 2015).

MZ ČR vyhlásilo Resortní bezpečnostní cíle, jako opatření k zajištění kvality poskytované zdravotní péče a vyšší bezpečnosti pacientů. Zdravotnická zařízení naplňují Bezpečnostní resortní cíle a usilují o snížení nejčastějších rizik při poskytování zdravotní péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013).

V dnešní době Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (dále jen JCAHO) udává globální standard kvality a bezpečnosti péče. V roce 2002 začlenila do svých standardů požadavek na kontinuální vyhodnocování rizik a procesů ve zdravotnických zařízeních. Více jak polovina současných akreditačních standardů publikovaných JCAHO se týká bezpečí pacientů. Prvky bezpečné identifikace, které se dají, aplikovat do zdravotnictví v ČR jsou např. zlepšit spolehlivost identifikace pacientů a použít nejméně dva způsoby identifikace, přičemž číslo pokoje není jeden z nich (Škrála a Škrlová, 2008).

Také Spojená akreditační komise ČR (dále jen SAK o.p.s.) převzala jednu z hlavních priorit JCAHO a to bezpečnější péče a kontrola rizik. Specifické standardy této organizace se zaměřují na pozitivní identifikaci pacienta, rizika medikačního procesu, zdravotnickou dokumentaci, likvidaci odpadů atd. Této tématice byla věnována i sedmá výroční konference SAK o.p.s. s názvem Udržitelnost kvality ve zdravotnictví, která se zmiňuje mimo jiné i o Akčním plánu kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Tento Akční plán spadá do programu Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, který je vypracován MZ ČR a zabývá se zlepšením edukace zdravotníků v oblasti řízení, kvality a bezpečí, specializačním vzděláváním atd. (Škrála a Škrlová, 2008; Spojená akreditační komise České Republiky 2015).

MZ ČR také plánuje nový portál, který bude mít dvě základní sekce Zdravotník a Pacient. Cílem tohoto projektu je zvýšení informovanosti a edukace formou e-learningu v oblasti kvality a bezpečí zdravotních služeb (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015).

MZ ČR realizovalo v roce 2009 projekt s názvem Zavedení identifikace pacientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení. Výstupem tohoto projektu je metodické doporučení Zavedení identifikace pacientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení nebo v zařízeních poskytujících sociální služby.

MZ ČR zavádí opatření vedoucí ke zvyšování bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče. Jedním z metodických doporučení je zavádění identifikačních systémů v lůžkových zdravotnických zařízeních. Bezpečnost pacientů je častým předmětem zájmu v oblasti zdravotnických systémů na celém světě. Nedostatečná bezpečnost pacientů je závažný problém pro veřejné zdraví. Ze statistických dat je patrné, že dochází k nárůstu výskytu nežádoucích událostí. Proto je nutné zamyslet se nad kroky k maximálnímu zajištění bezpečnosti pacientů a k jejímu kontinuálnímu zvyšování. Řadě nežádoucích událostí se dá předejít, neboť většina z nich je způsobena systémovými faktory.

Roku 2009 schválila Rada Evropské unie pro zaměstnanost, sociální politiku, zdraví a ochranu spotřebitele (dále EPSCO) Doporučení o bezpečnosti pacientů. Jedním z hlavních záměrů tohoto dokumentu je podpořit úsilí členských států EU při zavádění vnitrostátních strategií a programů k zavedení či zlepšení zvyšování bezpečnosti pacientů prostřednictvím prevence a kontroly všech potenciálně nežádoucích událostí ve všech zdravotnických zařízeních. Problematice nežádoucích událostí je věnována značná pozornost, protože systém sledování nežádoucích událostí je důležitým indikátorem bezpečnosti poskytované péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009; Rada Evropské unie pro zaměstnanost, sociální politiku, zdraví a ochranu spotřebitele, 2009).

Identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků je praktický, spolehlivý a bezpečný způsob při poskytování péče ve zdravotnických zařízeních. Cílem užívání bezpečnostních náramků je eliminace potenciálních rizik ohrožující pacienty, zabránění vzniku mimořádných událostí nebo také upozornění na potřeby péče o pacienta (riziko pádů, alergie apod.). Za potenciální rizika ohrožující pacienty se řadí medikační omyly, terapeutický výkon na nesprávném pacientovi, omezení rizika opuštění oddělení a další.

Mezi pacienty nejvíce ohrožené uvedenými riziky patří zpravidla: pacienti pod vlivem farmak, pacienti pod vlivem celkové anestezie, pacienti s kvalitativní nebo kvantitativní poruchou vědomí, ale také všichni pacienti, u kterých není možné identifikaci ověřit dotazem z důvodu jazykové či smyslové bariéry.

Údaje uváděné na identifikačním náramku slouží k ověření totožnosti pacienta. Mezi základní údaje, které jednoznačně identifikují pacienta, se řadí: jméno a příjmení, datum narození, údaje o případné alergii (možnost barevného odlišení), označení rizik jako je riziko pádu, nutrice, porucha kožní integrity atd., oddělení, kde je pacient hospitalizován (lze použít zkratky dle zvyků zdravotnického zařízení).

V případě značení osob s neznámou totožností, která nelze zjistit se příkládá náramek s těmito údaji: neznámý muž/ žena, datum a hodina příjmu, označení rizika (riziko pádu, nutrice, porucha kožní integrity), označení oddělení, na kterém je pacient hospitalizován, dále se připisují informace, které jsou k dispozici např. údaje o alergii atd. Ihned po zjištění dalších údajů o pacientovi je náramek vyměněn za identifikační náramek s kompletními údaji.

Postup při přiložení identifikačního náramku uvádí metodická doporučení následující: identifikační náramek se musí přiložit pacientovi ihned po přijetí na oddělení, výjimkou jsou případy související s poskytováním neodkladné péče, zvolí se vhodné místo pro přiložení, pacienta je nutné informovat o nutnosti identifikace, o možných nepříznivých působeních náramku a v poslední řadě se určí osoba, která odpovídá za přiložení identifikačního náramku.

Pacient má také právo odmítnout přiložení identifikačního náramku. Jeho žádost musí být respektována a zdokumentována. O odmítnutí náramku je proveden zápis do zdravotnické dokumentace. Tyto údaje jsou opatřeny datem, časem a identifikací zdravotníka, který zápis provedl. O této skutečnosti je informován lékař, ale také ostatní zaměstnanci oddělení.

Důležité je vhodně přiložit identifikační náramek, aby: nezpůsobil zaškrcení končetiny či otok, nebyl příliš volný (riziko sklouznutí nebo porušení náramku), se pacient nemusel svlékat (pouze vytáhnout rukáv), nezpůsobil poškození kožní integrity. Pacient je poučen o všech komplikacích, které mohou nastat. Je také poučen,

aby náramek svévolně nesundával a měl ho po celou dobu hospitalizace.

Také jsou sledovány kožní reakce a případné alergie na materiál. Kontrola náramku je prováděna jednou za 24 hodin a provádí ji staniční nebo úseková sestra. V rámci kontroly se zaměřuje na správné přiložení náramku (otok, porucha kožní integrity), správnost a čitelnost údajů. V případě, že sestra zjistí jakýkoliv nedostatek, je povinna náramek neprodleně vyměnit.

Pokud nastane překlad pacienta do jiného zdravotnického zařízení, tak je náramek ponechán. Stejně tomu je i v případě překlada na jiné oddělení v rámci organizace. Při propuštění ze zdravotnického zařízení je identifikační náramek sejmут na oddělení, kde je pacient hospitalizován, a to těsně před odchodem z oddělení.

Při úmrtí pacienta je náramek ponechán až do doby označení těla dle standardního postupu Péče o zemřelého. Po provedení označení těla je až nyní náramek sejmут. Identifikační náramek se vždy likviduje přestřížením a skartací (Marx a Vlček, 2013; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009).

Identifikace pacientů je také možná pořízením jejich fotografie a to dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. Zdravotnické zařízení může také zpracovávat osobní údaje bez souhlasu subjektu a to za splnění podmínek §5 odstavec 2 písmeno a) až g) výše uvedeného zákona.

1.4 Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace

Zdravotnická dokumentace poskytuje informace o poskytované lékařské a ošetrovatelské péči. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách ukotvuje náležitosti správně vedené dokumentace. Dle tohoto zákona jsou poskytovatelé zdravotnických služeb povinni vést a archivovat zdravotnickou dokumentaci. Zdravotnická dokumentace musí obsahovat informaci o pohlaví, osobní údaje a adresu pacienta, ale také identifikační data poskytovatele zdravotnických služeb. Další náležitosti jsou zpráva o zdravotním stavu pacienta, o léčbě a jejím výsledku, anamnestické údaje, stupeň omezení pacienta ve fyzických, psychických a sociálních funkcích a o dalších skutečnostech týkajících se zdravotního stavu.

V lůžkových zařízeních je poskytována ošetrovatelská péče pomocí ošetrovatelského procesu a je zaznamenávána v řádně vedené ošetrovatelské dokumentaci. Zdravotnická dokumentace obsahuje ošetrovatelskou dokumentaci. Za její vypracování je plně odpovědná sestra. Tato dokumentace obsahuje ošetrovatelskou anamnézu pacienta, průběžné hodnocení jeho zdravotního stavu a ošetrovatelský plán. Ošetrovatelský plán obsahuje stanovení diagnózy, popis problému, návrh ošetrovatelských intervencí a záznam o jejich provedení, hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče. Důležitou součástí je překladová nebo propouštěcí zpráva, která obsahuje shrnutí poskytnuté ošetrovatelské péče (Marx a Vlček, 2013; Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci).

Zdravotnická dokumentace obsahuje citlivé informace o hospitalizovaném pacientovi. Způsob nakládání s osobními údaji definuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Tento zákon upravuje způsob ochrany osobních údajů fyzických osob a také vymezuje práva a povinnosti poskytovatelů zdravotnických služeb při jejím zpracování. Dobře vedená zdravotnická dokumentace by měla být dokladem pacientům, poskytovatelům, ale i plátcům péče v jakém rozsahu, jakým způsobem, kdy, kým a s jakými výsledky byla péče poskytnuta. Je dokladem o vhodnosti, kvalitě a kvantitě, přiměřenosti ošetrovatelské a lékařské péče poskytnuté danému pacientovi. Mezi nežádoucí události v ošetrovatelské praxi patří nesprávně vedená dokumentace. Neúplnost, nečitelnost zápisů nebo jejich duplicita. Tyto rizikové faktory zvyšují pravděpodobnost selhání systému, jehož následkem je pochybení zdravotnických pracovníků.

1.4.1 Zásady vedení dokumentace

Aby zdravotnická dokumentace odpovídala platným předpisům a plnila svou funkci, musí být vedena pravdivě, průkazně a čitelně. Může být vedena v podobě grafické, audiovizuální nebo na záznamových nosičích ve formě textové. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci musí být vedeny ve formě elektronické nebo listinné.

Ošetrovatelská a zdravotnická dokumentace musí být vždy pravdivá, čitelná, srozumitelná, psaná v českém jazyce, stručná, bez zbytečných zkratk, pravidelně doplňována, opatřena podpisem a jmenovkou, datem a časem.

Pravdivost záznamů by měla být samozřejmostí, ale přesto se při kolizích setkáváme s údaji, které neodpovídají skutečnosti. Nepravdivost záznamu znehodnotí celou dokumentaci. Jsou často zkreslovány údaje o podaných lécích, záznamy o fyziologických funkcích, anamnestické údaje či údaje o příchodu nebo odchodu pacienta na oddělení.

Jednou z nejčastějších výtek uváděných soudními znalci při vypracování znaleckých posudků a kontrolních orgánů je nečitelnost a nesrozumitelnost záznamů. Ty mohou vést k pochybením, jejichž následky mohou být pro pacienta velmi závažné. V rámci srozumitelnosti nepatří do dokumentace vykřičníky, otazníky ani nejasné formulace zjištěných skutečností.

Zdravotnické záznamy musí být psány v českém jazyce a vyhovovat po stránce gramatické a estetické. V rámci věcnosti záznamu sestry často konají hrubou chybu v záznamech o poškození kůže. Nepopisují velikost poškození, ani charakter poškození.

Záznamy musí být plynule doplňovány tak, jak je postupováno při poskytování ošetrovatelské péče a to především u urgentní péče nebo náhlém zhoršení zdravotního stavu. Doplnovat údaje v dokumentaci když je řešena stížnost nebo s odstupem několika dnů je nepřijatelné. Poté je takový záznam považován za nevalidní.

Každý záznam musí být vždy autorizován, tzn., že musí obsahovat jmenovku a to buď v podobě razítka, nebo hůlkového písma a podpis dané sestry. Jiné varianty jsou nepřijatelné (Vondráček a Vondráček, 2008; Vondráček a Wirthová, 2008).

Za konkrétní záznam v dokumentaci odpovídá vždy sestra, která záznam provedla. Jak uvádí Vondráček a Wirthová (2008). Systémové chyby v dokumentaci jsou ty, které se vyskytují u více sester na stanici. Odpovědnost za ně nese vrchní sestra a sestra, která chybný záznam učinila. Přičemž staniční sestra zodpovídá za chod stanice.

Je důležité brát na zřetel, že do dokumentace může nahlížet pacient či osoba jím pověřená, což může být i jeho právní zástupce. Proto je nutné akceptovat, že chybný

zápis může být důvodem pro volání sestry k odpovědnosti trestně právní čin § 206 Trestního zákona nebo občansko-právní dle Občanského zákoníku § 11 (Zákon č. 140/1961 Sb., Zákon č. 40/1964Sb.).

Jak uvádí Vondráček a Wirthová (2008) Platné předpisy požadují, aby pacient s doporučenou a ošetrovatelskou péčí souhlasil. Souhlas s ošetrovatelským výkonem dává pacient trpěním, verbálně nebo písemným prohlášením a to tzv. pozitivním reversem.

Svéprávný pacient se také může svobodně rozhodnout, že se doporučené léčbě nepodrobí a to jak lékařské, tak ošetrovatelské. Toto rozhodnutí je závažné a může mít za následek poškození zdraví. V případě, že pacient odmítá léčbu, postupuje se dle platného právního předpisu. Lékař poučí pacienta a ten učiní projev svobodného nesouhlasu vždy písemnou formou negativního reversu a zápisem do dokumentace. Popřípadě zápisem do ošetrovatelské dokumentace s podpisem pacienta. Tato odmítnutí v rámci ošetrovatelských činností se mohou týkat odmítnutí medikace, převazů, zavedením nazogastrické sondy atd. (Vondráček a Wirthová, 2008; Zajíc, 2011).

1.4.2 Fotodokumentace

Fotodokumentace je druh vedení zdravotnické dokumentace. Platný předpis ji dovoluje a praxe akceptuje. Má velkou vypovídací hodnotu nejen pro odborníky, ale i laiky, což je jedna z výhod při obhajobě sester.

Fotodokumentace objektivně zaznamenává zjištěné skutečnosti a informuje průkazně, pravdivě a nezkresleně o zjištěné patologii. Proto slouží jako nenahraditelný důkaz kvality poskytované péče.

Písemný souhlas pacienta s fotodokumentací není třeba, neboť s jiným způsobem vedení dokumentace také nedává souhlas. Vedení dokumentace ukládá zákon avšak fotodokumentace má být prováděna za dodržení všech norem etiky s ohledem na zdravotní stav pacienta.

Fotozáznam musí být pořízen zdravotnickým zaměstnancem daného zařízení a to bez přítomnosti jiných zaměstnanců, kteří se na poskytování péče u daného pacienta nepodílejí.

Pokud pacient při propuštění požaduje fotosnímek, lze mu vyhovět za úhradu nákladů. Originál fotodokumentace musí být vždy ponechán ve zdravotnické dokumentaci. Jestliže pacient požaduje v rámci fotodokumentace patologického stavu fotografii jeho osoby, není povinností zdravotnického pracovníka, aby mu vyhověl (Vondráček a Wirthová, 2008; Pokorná a Mrázová, 2012).

1.4.3 Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská dokumentace a sběr dat o pacientovi by jen těžko mohl existovat bez ošetřovatelského procesu. A jelikož sestra pracuje touto metodou, která je ukotvena ve Věstníku MZ ČR č. 9/2004 – Koncepce ošetřovatelství, je nezbytné tento proces řádně dokumentovat.

Formulář ošetřovatelské anamnézy by měl být co nejjednodušší a jeho vyplnění časově nenáročné. S ohledem na různorodost medicínských oborů by měl být specifický, odpovídat požadavkům na anamnestické údaje daného zaměření. Poté tento formulář může sloužit jako podklad pro kvalitní poskytování ošetřovatelské péče.

Ošetřovatelská anamnéza musí obsahovat pouze údaje, které jsou skutečně potřebné a nejsou uváděny v jiné části chorobopisu. Má být vyplněna tak, aby nedocházelo k duplicitnímu nebo nepotřebnému shromažďování údajů.

Získání informací do anamnézy, zejména některých údajů či poučení, vnímají někteří pacienti negativně. Tento proces se proto musí dít eticky a to s ohledem na zdravotní stav pacienta a jeho pocity.

Nejčastěji je kritizován anamnestický dotaz na náboženství. Může být poukazováno na možnou diskriminaci nevěřících nebo naopak věřících. Obtížně se vysvětluje potřebnost tohoto údaje pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče (Vondráček a Wirthová, 2008; Gulášová, 2012; Škrála a Škrlová, 2008).

1.4.4 Propouštěcí a překladová zpráva

V celé řadě lůžkových zdravotnických zařízení byl vytvořen tiskopis: Propouštěcí ošetřovatelská zpráva. Veřejností byl přijat velmi rozpačitě, neboť je obtížné určit komu je tato zpráva určena.

Vyskytují se zde údaje, které po propuštění nejsou podstatné a jsou duplicitní a to například v otázce transportu. Uvádět v této zprávě léky, které má pacient po propuštění užívat je problematické a vede ke konfliktům (Vondráček a Wirthová, 2008).

Náležitosti ošetrovatelské dokumentace upravuje vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Příloha 1: Minimální obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace, kde uvádí, že překladovou nebo ošetrovatelskou propouštěcí zprávu s doporučením k další ošetrovatelské péči, v níž se uvedou údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů, může obsahovat doporučení dalších ošetrovatelských postupů. Překladová zpráva se zpracuje pouze, pokud je plánovaná hospitalizace nebo umístění do jiného zdravotnického zařízení nebo zařízení sociálních služeb.

1.5 Medikační pochybení

Jeden z nejčastějších typů pochybení ve zdravotnických zařízeních představuje medikační pochybení. Příčiny těchto pochybení lze rozdělit do čtyř kategorií a to na: lidé, intervence, technika a systém (Brabcová a kol., 2014).

Medikační pochybení patří mezi nežádoucí události. Tuto událost definuje Věstník MZ ČR, Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jako incident, který mohl vyústit v psychické, tělesné či socio-ekonomické poškození pacienta. Jeho následkem je poškození zdraví zdravotnického pracovníka, pacienta, jiné osoby nebo majetku zdravotnického zařízení.

WHO (2012b) definuje medikační pochybení jako událost, která z důvodu nevhodného podání medikace může způsobit čin vést k poškození pacienta.

Nil Nocere uvádí svoji definici medikačního pochybení takto: „*Medikační pochybení je nežádoucí událost, při které došlo nebo mohlo dojít k ohrožení nebo poškození zdraví pacienta/ zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotní péče*“ (2012, s. 28).

Tato událost může být spojena s postupy a systémy, odbornou praxí, zdravotnickým materiálem, komunikací, označováním, balením a názvosloví produktů, předepisování a objednávání léků, jejich příprava, výdej, distribuce, monitorování a aplikace (Nil Nocere, 2012).

Při vymezení medikačního pochybení se administrátoři, lékaři a výzkumní pracovníci názorově rozcházejí. Jak uvádí Brabcová a kol. (2014) vypracování obecně přijímané definice podmiňuje konstruktivní rozpravu a také možnost objektivního srovnání chyb v medikaci. Abychom předcházeli incidentům, které mohou pacienta poškodit, je třeba zajistit podání správného léku, správným způsobem, v odpovídající dávce, v pravý čas a ze správných důvodů.

SAK o.p.s. provádí od roku 1998 externí kontroly kvality a bezpečí zdravotní péče poskytované v ambulantních, ale i v lůžkových zdravotnických zařízeních. Akreditace je založena na základních principech, které vycházejí ze zahraničních zkušeností. První vydání akreditačních standardů v ČR vzniklo za metodického vedení Joint Commission Spojených států amerických (dále jen USA) a z požadavků Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (dále jen ISQuA). Tyto standardy jsou založeny na standardizaci klinických i neklinických postupů probíhajících v daném typu zdravotnického zařízení.

Při hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb prostřednictvím akreditace SAK o.p.s. se v první řadě posuzují procesy, které mají vyšší míru rizika. K takovým oblastem bez pochyby patří skladování, objednávání, předepisování a podávání léků. Ze zahraničních statistik vyplývá, že až 18 % hospitalizací je komplikováno medikačním pochybením a 3 % představují pochybení vedoucí k závažnému poškození pacienta.

Mezi nejčastější neshody patří: nepřesně definované podmíněné ordinace (dle potřeby, dle glykemie apod.), nečitelná, neúplná nebo nejasná ordinace u hospitalizovaných pacientů, včetně používání nestandardizovaných zkratk – každé zdravotnické zařízení si může vytvořit svůj seznam zkratk, generická záměna léků sestrou, nekonzistentní postupy při skladování léků (absence měření teplot ve dnech

pracovního volna, neznalost u léků opakovaně užívaných po otevření balení), terapeutické duplicity (Marx, 2013; Česká asociace sester, 2012).

WHO (2012a) uveřejnila na svých stránkách informaci, že lze předejít 50 % – 70 % medikačním omylům a to prostřednictvím komplexních systémových přístupů k bezpečnosti pacientů, kam se nepochybně řadí multidisciplinární týmová spolupráce.

Škrla a Škrlová (2008) uvádějí, že medikační omyly tvoří 19 % všech pochybení sester. V oblasti medikačních chyb jsou nejčastěji uváděny: přehlédnutí alergií 7 %, nesprávná dávka 35 %, chybějící informace 22 %, nesprávný lék 6 %, ostatní výše neuvedené v 30 %.

1.5.1 Klasifikace medikačního pochybení

Hlavní klasifikaci nežádoucích událostí způsobených medikačním pochybení má Nil Nocere (2012) rozdělenou na: událost, riziko a příčinu.

Událost se dělí na událost bez následků, méně závažné následky a závažné následky. Riziko má také tři kategorie a to zanedbatelné, nízké a vysoké riziko. Příčina je dělena na známá a neznámá. V příčině známé se rozlišují aktivní zjevné příčiny (selhání jednotlivce, selhání techniky – dávkování, jiné) a distální příčiny (systémové, procesní, jiné).

Škrla a Škrlová (2008) použili k vyhodnocení rizik modifikovanou matici rizika, kde vyhodnocují obdobně dvě dimenze a to: pravděpodobnost výskytu a vážnost následků. Pravděpodobnost výskytu může být zanedbatelná, malá, střední, velká nebo takřka jistá. Vážnost následku může být zanedbatelná, malá, střední, velká a katastrofická.

1.5.2 Druh medikačního pochybení

Druhem medikačního pochybení, vztahující se k cyklu užití medikace, jednoznačně patří předepisování léků, podávání a uchování léků, metody předávání informací o lécích, způsobilost pracovníků, systémová a procesní pochybení a jiné.

V rámci předepisování léků může dojít k nejednoznačnému předpisu, vynechání názvu léku či jeho změna, způsob podání, formulace léku, režim dávkování, předepsání kontraindikovaného léku, neobjednání léku, opomenutí léku, nesprávné použití desetinné čárky, chybějící či nesprávný datum a podpis.

Nejčastější chyby v kategorii podávání a uchování léků jsou chybná dávka, chybný režim dávkování, chybná koncentrace, chybný čas podání, nesprávné skladování nebo chybná distribuce.

Chyby mohou vzniknout díky špatné metodě předávání informací o lécích a to jak mezi personálem, ale i mezi personálem a pacienty. Mezi personálem může dojít k omylům díky ústnímu pokynu (ústní pokyny by se neměly používat), ale i používáním zkratk nebo díky nečitelnému rukopisu. Mezi personálem a pacienty dochází k chybám v rámci nepřesného výčtu užívaných léků.

K medikačním pochybením dochází také nezpůsobilou, nekompetentní osobou.

Do kategorie jiné spadá např. únava a přetížení zaměstnanců, ale i chybná identifikace pacienta (Nil Nocere, 2012; Štrbová, 2013).

1.5.3 Hlášení medikačního pochybení

Pochybení, která je nutno hlásit jsou chybné instrukce k podání, která mohou být neúplná, nečitelná, nejednoznačné dávkování, používání zkratk apod. Chybná aplikace, kde dochází k chybám ve formulaci, množství, rychlosti, dávce, cestě podání, vynechání dávky, podání expirovaného léčiva. Nesprávné skladování z pohledu teploty, doby expirace, mechanického poškození. Vysazení léku lékařem bez udání důvodu. Záměna pacienta. Nežádoucí účinky léku i v případě správné indikace, formy, podání a dávky, záměna léčiva. Telefonické ordinování léku, není-li povoleno, nebo nedodržení jeho postupu (Nil Nocere, 2012; Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 8, 2012).

1.5.4 Riziková léčiva a telefonická ordinace

K zajištění bezpečnosti při používání rizikových léků a léčiv je prvotní, aby nemocnice stanovila vnitřním předpisem spektrum léků s vyšší mírou rizika.

K těmto lékům vždy patří inzulíny, neředěné hepariny, injekční roztoky chloridu draselného (dále jen KCl) o koncentraci 7,45% a vyšší. Dále nemocniční zařízení stanoví vnitřním předpisem postupy, které upravují postupy při skladování, objednávání a podávání léků s vyšší mírou rizika.

Marx a Vlček (2013) v šestém resortním bezpečnostním cíli se zmiňují o bezpečné komunikaci, kdy nemocnice vnitřním předpisem určí postup při ústní a telefonické komunikaci a to při hlášení výsledků vyšetření pacientů a ordinování léků.

V rámci realizace by se mělo postupovat následovně: osoba, která přijímá hlášení výsledků vyšetření nebo telefonickou či ústní ordinaci, zaznamená písemně celý obsah hlášení výsledků či obsahu ordinace. Osoba, která tato informace přijímá, hlášení zpětně přečte. Osoba, která hlásí výsledky vyšetření nebo stanoví ordinaci, potvrdí správnost opakovaného hlášení přijímající osobou (Směrnice Nemocnice České Budějovice, 2015).

1.5.5 Dopad na pacienta – stupně poškození

Dopad medikačního omylu na klienta může mít několik stupňů poškození. Od pouhého rizika, které mohlo vést k poškození pacienta, přes medikační pochybení, které klienta po zdravotní stránce neovlivnilo či ovlivnilo, ale nezpůsobilo mu žádnou újmu. Dalšími stupni jsou poškození pacienta, nutnost jeho monitorace nebo provedení určitého výkonu, kdy je nutná následná hospitalizace či její prodloužení. Trvalé následky vzniknou, pokud medikační pochybení vedlo k trvalému poškození pacienta. Dělí se na psychické poškození pacienta nebo socio-ekonomické důsledky pochybení. Předposledním stupněm je úmrtí, kdy medikační pochybení způsobilo nebo mohlo způsobit smrt pacienta. Posledním stupněm jsou jiné výše neuvedené důvody (Nil Nocere, 2012).

1.6 Pooperační péče bezprostřední a časná

Na pooperačním – renimačním či dospávacím pokoji je pečováno o pacienty v bezprostředním pooperačním období. Je to období, kdy dochází k nabývání vědomí,

začínají vnímat okolí a hovor, ale může se u nich objevit první pocity pooperační bolesti. Pacienti jsou v této fázi ohroženi mnoha komplikacemi podmíněnými anestézií či operací. Proto je nutná monitorace základních životních funkcí. Propuštění pacienta z dšpávacího pokoje je možno lékařem nebo sestrou specialístkou. K propuštění jsou jasně dána kritéria, která defínují stav pacienta schopného péče na standardní ošetřovací jednotce.

Dšpávací pokoj je vybaven tak, aby bylo možné zajistit profesionální péči jak u pacientů nestabilních, ale také aby zde bylo zajišřeno zotavení stabilních pacientů. Tento pokoj je lokalizován v blízkosti operačních sálů a musí mít vždy okamžitou dostupnost lékařské péče. Při předávání pacienta z operačního sálu je ošetřující sestra informována anesteziologem o anamnéze, zdravotním stavu, anestezii a operačním výkonu.

Mezi nejčastější komplikace časné pooperační fáze patří bolest, nauzea, zvracení, poruchy dýchání, kardiovaskulární nestabilita, hypotermie a svalový třes.

Nejvýznamnější poruchy dýchání je centrální útlum dýchání vlivem opioidů nebo svalové relaxace, prodloužená apnoe, neprůchodnost dýchacích cest způsobená nejčastěji zapadnutím jazyka nebo laryngospasmem.

Ke kardiopulmonální nestabilitě náleží hypotenze nejčastěji z příčiny hypovolémie a podání vazodilatačních léků, hypertenze z důvodu psychické zátěže, bolesti, plného močového měchýře nebo hypoxie, ale k nestabilitě také vedou poruchy srdečního rytmu.

Na základě těchto skutečností je realizován ošetřovatelský proces, jehož cílem je zajistit základní životní funkce a pomoc při zotavování se z anestezie. Pacient je zprvu ohrožen komplikacemi vyplývajícími z účinku celkové anestezie až do návratu obranných reflexů, stabilizace krevního oběhu a kvalitního spontánního dýchání. Nejdůležitějšími úkoly pooperační péče je především eliminovat dyskomfort, bolest a pooperační komplikace.

Ošetřovatelské intervence jsou zaměřeny především na monitoraci vitálních funkcí, udržování průchodnosti dýchacích cest, podávání parenterálních tekutin dle ordinace, sledování bilance tekutin, aplikaci transfúzí a farmak dle ordinace,

oxygenoterapii, zabezpečení pacienta při neklidu, sledování a zvládnání intenzity bolesti, řešení nevolnosti a zvracení, sledování krvácení z operační rány a sekrece z drénů, udržování pacienta v teplém a suchém prostředí.

Sestra sleduje celkový stav pacienta neustále, a to zápis o vědomí, tepu, dechu, tělesné teploty a krevního tlaku provádí v pravidelných intervalech a podle stavu pacienta a závažnosti operace. První hodinu sestra zapisuje každých 15 minut, další hodinu každých 30 minut a následně do 24 hodin každou hodinu. Všechny údaje se zapisují do příslušné dokumentace (akutní karta). Lehké výkyvy fyziologických funkcí jsou v prvních dnech u pacientů častými a zcela normálními jevy a to především z důvodu zatížení organismu narkózou, ztrátou krve apod.

Doporučený minimální počet jsou dvě sestry. Poměr sestra - pacient je určen klinickým stavem pacienta. Maximální poměr je jedna sestra ku jednomu pacientovi a nejnižší je poměr jedna sestra ku čtyřem pacientům (Šírová a Zamastilová, 2014; Cvachovec a kol., 2012; Slezáková a kol., 2010).

K překladi pacienta na standardní jednotku chirurgického oddělení dochází po stabilizaci jeho stavu. Ošetrovatelská péče se zde soustředí hlavně na eliminaci bolesti a pooperačních komplikací. Je potřeba vidět pacienta jako bio-psycho-sociální a spirituální jednotku, ale také individuálně posuzovat jeho potřeby. Všechny ošetrovatelské intervence, které sestra provádí, by měly směřovat k postupné soběstačnosti a samostatnosti pacienta. Sestra při překladi či příchodu pacienta na oddělení zaznamená a zkontroluje aktuální stav pacienta. Pokračuje ve sledování a měření základních životních funkcí a to jednou až dvakrát denně dle ordinace lékaře. Neopomíná dále sledovat monitorování bolesti, výsledky vyšetření, odvod drénů a celkový stav pacienta (Janíková a Zeleníková, 2013; Marx a Vlček, 2013).

1.6.1 Operační rána

Ideálním způsobem hojení rány je per primam - primární. V tomto procesu hojení jsou okraje rány v dotyku a proces není rušen zánětem. Sekundární hojení ran - per secundam je komplikováno zánětem, při němž dochází k exsudaci, překrvení a imigrací elementů podél novotvořených kapilár do rány (Zeman, Krška a kol., 2011).

Operační ránu se rozumí narušení celistvosti kůže operačním postupem. Cílem péče o operační ránu je zhojení s nekomplikovaným průběhem. Sestra kontroluje u rány stav obvazového krytí, možnou sekreci z rány, bolestivost, známky infekce a o každé změně informuje lékaře. Standardně je převaz prováděn lékařem obden a v případě neklidných pacientů či komplikací i vícekrát. Pacient se uloží do vhodné polohy se zachováním intimity a jsou mu odkryté nejnnutnější části těla (Pajtlová a Borýsková, 2011).

V rámci pooperační prevence incizi, která byla zprvu primárně uzavřena, je třeba zakrýt sterilním obvazem a to na 24 až 48 hodin po operaci. Je důležité dbát na zásady asepse při převazech a při jakémkoliv kontaktu s místem chirurgické rány. Při výměně obvazu používat zásadně sterilní převazový materiál a pomůcky. Komplikace infekcí v místě rány jsou 30 % až 50 %. Tyto rizika lze minimalizovat. Sledování výskytu pooperačních infekcí vyžaduje Joint Commission International Accreditation (dále jen JCI) v rámci akreditačních standardů (Podstatová a Maďar, 2007).

1.6.1.1 Asepse a antiseptiky

Z hlediska zásad je dodržování asepse a antiseptiky velice důležité. V rámci protiepidemiologického režimu je třeba dbát na řádné mytí a dezinfekci rukou, nástrojů a přístrojů. V praxi bohužel základní pravidla asepse, sterilizace či dezinfekce jsou porušována a to nejen z nevědomosti pacientů, ale i pracovníky zdravotnických zařízení a to z nedbalosti, neznalosti a nedocení významu nebo pro nedostatek času.

Asepse je souhrn opatření vedoucích ke snížení nebo odstranění kontaminujících prvků jako jsou např. bakterie, viry, paraziti či plísně. Slouží k prevenci vzniku infekce a brání jejich průniku do oblasti operačního pole. Ve svém důsledku znamená nepřítomnost infekčních organismů, které lze docílit za použití antiseptických technik, což jsou např. sterilní pomůcky (nůžky, peány, pinzety), sterilní textil (obvazový materiál, roušky) nebo sterilní rukavice. Člověk hraje při plnění pravidel asepse nenahraditelnou roli. Nedotýká se sterilních předmětů rukama bez ochranných sterilních pomůcek, nedotýká se rány jinak, než sterilními předměty, ale sleduje i své spolupracovníky, aby neporušili sterilní prostředí. Pokud se tak stane, ihned zjedná

nápravu. Bagatelizování v dnešní moderní době dezinfekcí, sterilizace a antibiotik by bylo neodpustitelnou chybou. Pro pacienta porušení těchto pravidel by mělo za následky možné komplikace, které ohrožují zdraví a život.

Antisepse je dekontaminace živých tkání, což je zejména lidská kůže a to hlavně v oblasti operačních ran. Při antisepsi je cílem odstranění tranzientních mikroorganismů z kůže a potlačení rezidentní flóry. Lze ji docílit odstraněním tkání nebo sekretu, které slouží jako živná půda. A to derivací (drenáž ran), mechanicky (excize) nebo chemicky (použití antiseptika). Antiseptika v sobě nesmějí mít žádné mutagenní, alergizující ani karcinogenní účinky. Antiseptika se aplikují na povrch těla, do tělních dutin nebo parenterálně (Přecechtělová, 2013; Zeman, Krška a kol., 2011).

1.6.2 Dokumentace rány

Pro zachování kontinuity péče a možnosti hodnocení procesu hojení je důležitá písemná dokumentace rány, popř. může být doplněna i fotodokumentací. Předávání důležitých informací ústní formou by však mělo být v rámci této péče samozřejmostí. Obsah musí být srozumitelný. Vstupní a výstupní hodnocení stavu rány je doplněno hodnocením písemným a to v průběhu celé léčby (při každém převazu). Zaznamenáváme rozsah rány (hloubku, velikost) a její lokalizaci, míru sekrece, typ a klasifikaci rány (její spodinu a příčiny jejího vzniku), okolí rány a její okraje, případnou bolestivost a zápach. Dále se zaměřujeme na posouzení vývoje hojení a popis lokální terapie. V případě fotodokumentace se dbá na dodržování asepse, použití metrických pomůcek a upravenost okolního prostředí. Fotografie lze také doplnit slovním popisem, což je doporučováno.

Velikost rány se posuzuje dle pravítka. Lze využít pravítko jednorázové papírové nebo orientační na obalech fixačních materiálů. Vždy se přikládá k ráně a nikde ne do rány. Zaznamenává se nejčastěji v centimetrech, ale záleží na zvyklosti oddělení. Zaznamenává se i hloubka rány, takže výsledný údaj je tvořen třemi číselnými údaji (délka, šířka, hloubka). Při měření hloubky rány je možno si pomoci neostrým předmětem a to např. sterilní vatovou štětičkou a tu poté přiložit k pravítku, ale je nutné

chránit pacienta před iatrogenním poškozením. K přesnému zaznamenání velikosti rány slouží přístroj Visitrak.

Při hodnocení spodiny rány se zaznamenává přítomnost povlaku, barva, popis charakteru tkáně (granulující, nekrotická apod.). V případě smíšeného nálezu je třeba popis lokalizovat detailněji (horní pól / kvadrant apod.)

U sekrece se hodnotí vzhled, množství a popř. zápach sekretu. Neinfekční sekret je čirý s nízkou viskozitou. Všechny hodnotící parametry nám mohou napovědět o přítomnosti infekce a konkrétním osídlením. Stafylokok má smetanově žlutý sekret bez zápachu. Žlutošedý sekret, který je řídký poukazuje na streptokokové infekce apod. (Janíková a Zeleníková, 2013; Vytejšková a kol., 2015).

1.7 Hygiena rukou a použití rukavic

MZ ČR vydalo roku 2005 ve Věstníku MZ v Částce 9 Metodické opatření 6, hygienické zabezpečení rukou ve zdravotní péči. Tento metodický pokyn stanovuje jednotný postup zásad osobní hygieny, péče o ruce a jejich bezpečnou přípravu ke zdravotnickým úkonům v rámci ošetrovatelské péče o pacienty. Definiuje dílčí postupy a tyto postupy standardizuje.

Hygiena rukou se dělí na mechanické mytí rukou, chirurgickou dezinfekci rukou, hygienickou dezinfekci rukou a hygienické mytí rukou.

Mechanické mytí rukou odstraní nečistoty a částečně přechodné mikroflóry. Využívá se jako součást osobní hygieny nebo před chirurgickou dezinfekcí rukou, a to včetně předloktí. Mechanické mytí rukou se provádí na zvlhčených rukou s malým množstvím mycího přípravku a to za tvorby pěny rozetřením po dobu 30 ti sekund a poté následným oplachem pitnou vodou a osušením jednorázovým ručníkem. V rámci součásti hygieny dochází k přechodné mikroflóře, která je tvořena mikroorganismy kontaminující povrch těla. Proto se provádí před a po běžném kontaktu s pacientem

po sejmutí rukavic. Mechanické mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí rukou se provádí před zahájením operačního programu. Mechanické i chirurgické mytí rukou

se provádí mycím přípravkem bez desinfekční přísady.

Chirurgická dezinfekce rukou se používá pro redukci přechodné, ale i trvalé mikroflóry na pokožce a předloktí. Trvalá mikroflóra se vyskytuje v hlubších vrstvách epidermis, okolí nehtů a ve vývodech potních žláz. Jak již bylo zmíněno, provádí se před zahájením operačního programu, ale také mezi operacemi a při porušení celistvosti nebo výměně rukavic. Dezinfekce se provádí desinfekčním prostředkem k těmto účelům vhodným.

Hygienická dezinfekce rukou má za cíl redukci množství přechodné mikroflóry z pokožky a přerušení cesty přenosu mikroorganismů. Využívá se zejména při náhodné kontaminaci rukou biologickým materiálem, jako součást hygienického filtru či bariérové ošetrovatelské péče. Využívá se desinfekční prostředek určený k této dezinfekci. Po dobu 30 – 60 sekund se vtírá množství cca tři mililitry až do úplného zaschnutí. Ruce se poté neoplachují ani neotírají. Hygienická dezinfekce rukou je při běžném kontaktu mezi pacienty vhodnější než mechanické mytí rukou.

Hygienické mytí rukou odstraňuje nečistoty a snižuje množství přechodné mikroflóry na pokožce mycími přípravky s desinfekční přísadou. Je méně účinné než hygienická dezinfekce rukou, ale účinnější než mechanické mytí rukou. Provádí se při osobní hygieně. Není doporučované jako rutinní použití ve zdravotnictví, ale je vhodné při ošetřování osob v domácí péči apod.

Používání rukavic představuje osobní ochrannou pomůcku. Zajišťuje mechanickou bariéru a snižuje riziko přenosu mikroflóry mezi pacientem a personálem a naopak. Rukavice mohou být ve formě sterilních a nesterilních. Sterilní se využívají při zacházení se sterilním materiálem v rámci operační rány. Nesterilní naopak tam, kde nehrozí riziko porušení kůže či sliznice. Za účelem ochrany zdraví před kontaktem s krví, zraněním lze použít dvou vrstev rukavic. Vnitřní rukavice by měla být o půl čísla až jedno číslo větší. Rukavice jsou vyráběny z různých materiálů. Některé jsou vysypány pudrem z kukuřičného škrobu, který absorbuje vlhkost (Hedlová, 2011; Zeman, Krška a kol., 2011).

2 Cíle práce, výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat vybraná specifika v pooperační péči v rámci bezpečné léčby pacientů.

Cíl 2: Zjistit, zda sestry znají preventivní opatření v rámci bezpečné péče v praxi.

Cíl 3: Zjistit, zda sestry dbají na dodržování zásad bezpečné péče v praxi.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Jakým způsobem provádíte identifikaci pacientů?

VO 2: Jak monitorujete pacienta bezprostředně po operaci?

VO 3: Co sledujete u pacienta v pooperační péči?

VO 4: Co sledujete u operační rány?

VO 5: Jaký máte systém překlada pacienta po operaci?

VO 6: Jakým způsobem připravujete a podáváte léky pacientům?

VO 7: Setkáváte se s problémy neúplné, nečitelné dokumentace?

VO 8: Jakým způsobem sledujete pády u pacientů?

3 Metodika

3.1 Použité metody a technika šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní technikou formou skrytého pozorování, které bylo doplněno polostrukturovanými rozhovory.

Výzkumné šetření bylo provedeno v jedné z nemocnic Jihočeského kraje. Před výzkumným šetřením byly předmět i metodika schváleny vedením nemocnice. S metodami výzkumného šetření byly též seznámeny vrchní sestry vybraných chirurgických oddělení tohoto zdravotnického zařízení. Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno skrytým pozorováním sester a veškeré informace byly zaznamenávány do předem připravených záznamových archů. O skrytém pozorování byla informována náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestry, které neprozradily tento záměr staničním sestram a sestram na oddělení. Polostrukturované rozhovory se sestrami byly následně doplněné pozorováním.

Po ukončení pozorování jsem se sešla s každou sestrou individuálně a požádala ji o rozhovor, abych zjistila její postoj a názory na danou problematiku mého výzkumného šetření. Před rozhovorem jsem všechny sestry seznámila s účelem rozhovoru. Rovněž byly upozorněny, že rozhovory jsou anonymní, a pokud si nepřejí nahrávat záznam rozhovoru na diktafon, budu jejich přání plně respektovat a poskytla jsem jim příležitost si vše v klidu rozmyslet. Většina rozhovorů probíhala v denní místnosti sester, kde byl zajištěn dostatek prostoru a klidu. Výjimkou byly tři komunikační účastnice, které se chtěly sejít mimo areál nemocnice. Rozhovory tedy probíhaly v nedaleké kavárně. Čtyři rozhovory probíhající v areálu nemocnice musely být několikrát přerušeny z důvodu chodu na oddělení. U jedné z komunikačních účastnic jsem zhruba v polovině rozhovoru měla pocit, že z nedostatku jejich znalostí ji začíná být výzkumné šetření nepříjemné a po ukončení dotazování mi sdělila, že chtěla rozhovor ukončit. Pět komunikačních účastnic bylo velice dobře naladěných. Rozhovor probíhal v uvolněné a přátelské atmosféře.

Polostrukturovaný rozhovor se skládal z 35 otázek. Některé z těchto otázek, byly vybrány a zpracovány v programu Atlas.ti jejichž výsledek je znázorněn sítěmi vytvořenými právě tímto programem. Respondenti nám poskytli potřebné informace pro potřeby výzkumného šetření pod podmínkou zachování anonymity. Cílem bylo co nejpřesněji uvést získaná data. Přímé výroky dotazovaných jsou odlišeny kurzívou. Osloveno bylo celkem dvanáct dotazovaných – sester. Výzkumné šetření bylo provedeno v jedné v období květen - říjen roku 2015.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen sestrami pracujícími na chirurgických odděleních a dospávacích pokojích v jedné z nemocnic Jihočeského kraje. Sestry byly oslovovány přímo na pracovišti. Nejprve byly seznámeny s obsahem této diplomové práce a cíli výzkumného šetření. Všechny oslovené sestry byly ochotné rozhovor poskytnout. Vzhledem k jejich vlastní pracovní vytíženosti však bylo nutné na některé rozhovory s dotazovanými čekat, až provoz na oddělení umožnil provedení rozhovorů v klidné atmosféře. Oslovené sestry disponovaly různou délkou své praxe i vzděláním. Nejnižší dosažené vzdělání bylo vyšší odborné, nejvyšší dosažené vzdělání bylo magisterské. Délka praxe se velmi lišila. U některých sester byla téměř nulová až po sestry v praxi velmi zkušené. Výzkumný soubor tvořilo 12 sester. Ve výzkumném souboru byly pouze ženy. U každé sestry byl proveden rozhovor, který byl následně doplněn skrytým pozorováním.

4 Výsledky

4.1 Vyhodnocení dat z kvalitativní části výzkumného šetření

Z důvodu velkého rozsahu jsou přepisy všech rozhovorů a pozorovací archy vyčleněny jako samostatná příloha.

4.2 Identifikační údaje sester

Sestra 1 pracuje na chirurgickém oddělení 3 roky, je jí 27 let.

Sestra 2 pracuje na chirurgickém oddělení 5 let, je jí 28 let.

Sestra 3 pracuje na chirurgickém oddělení 7 let, je jí 30 let.

Sestra 4 pracuje na chirurgickém oddělení 3 roky, je jí 32 let.

Sestra 5 pracuje na chirurgickém oddělení 8 let, je jí 35 let.

Sestra 6 pracuje na chirurgickém oddělení 2 roky, je jí 40 let.

Sestra 7 pracuje na chirurgickém oddělení 10 let, je jí 35 let.

Sestra 8 pracuje na chirurgickém oddělení 5 let, je jí 42 let.

Sestra 9 pracuje na chirurgickém oddělení 8 let, je jí 38 let.

Sestra 10 pracuje na chirurgickém oddělení 1 rok, je jí 25 let.

Sestra 11 pracuje na chirurgickém oddělení 2 roky, je jí 26 let.

Sestra 12 pracuje na chirurgickém oddělení 2 roky, je jí 27 let.

4.3 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie:

Podkategorie:

1. Předcházení záměny pacienta a pádů
2. Monitorace pacienta po operaci
3. Medikace

A: Rizikové léky

B: Podávání léků, mimořádná událost

4. Vedení dokumentace
5. Překlad pacientů
6. Operační rána a hygiena

A: Péče o ruce, ochranné pomůcky v době převazu

B: Péče o operační ránu

4.4 Kategorie předcházení záměny pacienta a pádů

Pět komunikačních účastníků uvedlo, že pacienta identifikují při příjmu „*Identifikuji při příjmu na oddělení, při překladu, při propuštění, podání léků, aplikace injekcí, převazy, stěhování na jiný pokoj, ale na stejném oddělení. Kouknu se mu vždy na náramek.*” (R8) Deset komunikačních účastníků si kontrolují správnost pacienta při podání léků. „*Identifikuji pacienta dle náramku a také teplotky na posteli. No a taky se ho zeptám. Toto dělám vždy, když podávám léky, aplikuji injekce ...*” (R12) Pacienta také identifikují před převazem, odebráním krve nebo při aplikaci injekcí. „*Zeptám se ho, jak se jmenuje a podívám se mu na náramek. Dělám to vždy, když jdu vykonat převaz, odebrat krev, dát léky nebo mu sdělit něco o jeho zdravotním stavu.*” (R6) Zjistilo se, že dva komunikační účastníci neidentifikují pacienta v rámci celé služby, ale jen na jejím začátku. „*Já kontroluji správnost pacienta podle náramku na ruce, ale nebudu se mu na něj dívat celý den, když už vím, že je to pan Novák.*” (R11) „*Vždy identifikuji pacienta, když za ním jdu. Třeba v poledne se už nedívám, protože vím, že je to on. Jinak ráno se mu podívám na náramek ...*” (R7) Deset komunikačních účastníků uvedlo, že identifikují pacienta podle náramku a jedna sestra také podotkla, že i pomocí teplotky na posteli. Přičemž dvě sestry uvedly jako nástroj k identifikaci dotaz na sestru ohledně jména a přítomnost dekurzu a komunikační účastnice R2 dokonce uvedla „*Zeptám se sestry a kouknu do chorobopisu, zda mám toho pacienta.*” (R1) „*Nijak si to neověřuji. Buď toho pacienta znám, a nebo mám jeho dekurz.*” (R2)

Záznam z pozorovacího archu:

Kdy a jakým způsobem identifikovala sestra pacienta?

R8 a R12 identifikují pacienty vždy, když jdou k pacientovi provést výkon, ošetrovatelskou činnost a to podle teplotní tabulky nebo identifikačního náramku. Informace z rozhovoru o této skutečnosti jsou pravdivé.

R6 a R7 při pozorování identifikovala pacienta jen jednou a to ráno na začátku své služby pomocí identifikačního náramku. Poté již za celou směnu pacienta neidentifikovala.

R11 identifikovala pacienta ráno při prvním kontaktu s pacientem, ale během dne se dvakrát při vykonání ošetrovatelské činnosti u lůžka pohledem na náramek ujist'ovala, zda se jedná o správného pacienta.

R1 a R2 potvrdily v praxi sdělené informace z rozhovorů s nimi a to skutečnost, že pacienta neidentifikují. Nepodívaly se na identifikační náramek ani na teplotku. Na sesterně se zeptaly dotazem jiné sestry, zda je např. pan Novák na šestce u okna nebo se podívaly na tabuli, kde je schéma uložení pacientů na oddělení.

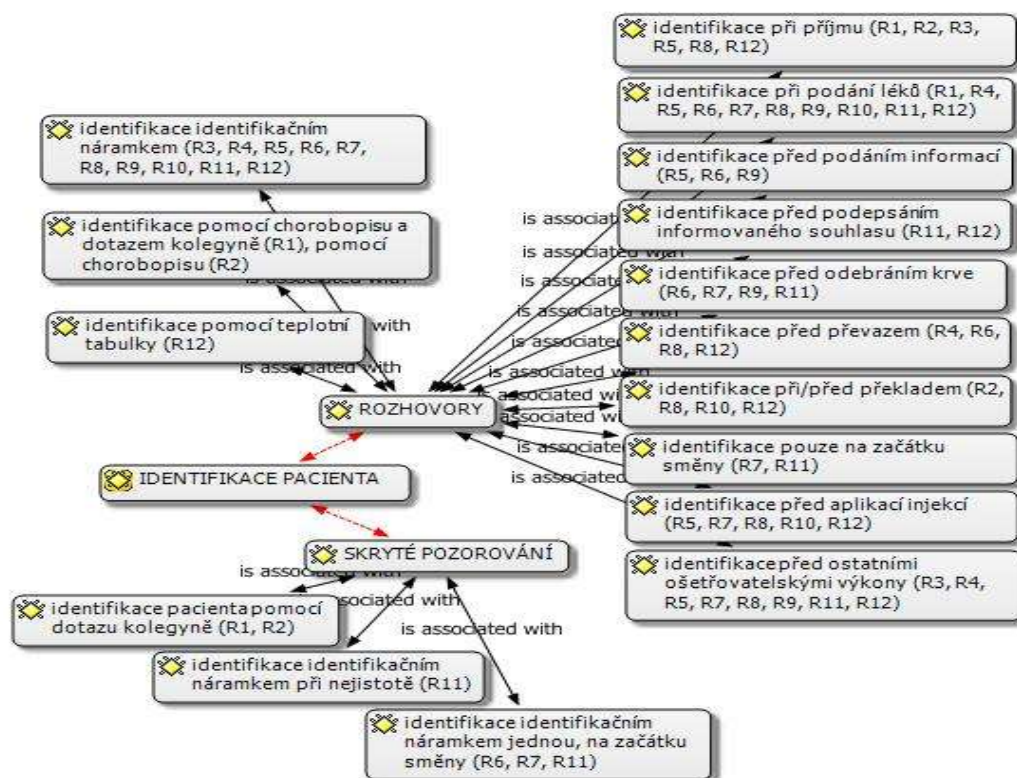


Schéma 1 – Identifikace pacienta

Při dotazu sester na otázku, jak často vyhodnocují riziko pádu u pacientů mi osm komunikačních účastníků sdělilo, že jednou týdně vyhodnocují toto riziko. Přičemž R1 si nebyla příliš jistá *„Každý týden. Asi... Nutriční screening se dělá každý týden takže i to riziko pádu se dělá každý týden. A taky se riziko pádu dělá při příjmu nebo pokud se pacient zlepší nebo zhorší.“* R3 uvedla, že vyhodnocuje riziko pouze pokud se pacientův zdravotní stav zlepší či zhorší. Přičemž R4 a R5 shodně uvedly, že jen pokud se pacientův stav zhorší a R5 ještě dodala *„...a nebo pokud už spadl na našem oddělení.“* Komunikační účastnice R6 uvedla *„Když pacient upadne a když mu jsou nasazena určitá farmaka, která ovlivňují koordinaci.“*

Jako opatření prevence pádu u pacientů devět komunikačních účastnic uvedlo, že využívají postranice. R10 uvedla mimo postranic také možnost přikurtování pacienta a R11 doslovně řekla *„Určitě volíme v první řadě postranice.“* Čtyři komunikační účastnice, které se o postranicích v rozhovoru nezmínily, využívají jako opatření různé kompenzační pomůcky (R3 až R6). R4 doslovně uvedla *„Označení mokré podlahy, dopomoc sestrou nebo sanitárkou a to při vstávání, hygieně, chůzi.“* R5 jako jediná v rozhovoru uvedla, že častěji kontroluje pokoj pacienta s tímto rizikem.

Záznam z pozorovacího archu:

Jaké opatření využívá sestra pro případ rizika pádů pacientů?

R10 využívá postranice u svých pacientů jako prevence pádů a to bez ohledu na denní dobu. Při vstávání pacienta mu však dopomáhá při chůzi.

R11 využívá postranice po celou směnu u jednoho ze svých pacientů. Ošetřujícímu lékaři na sesterně u téhož pacienta připomíná nutnost fyzioterapie, kterou uvádí jako jednu z možností prevence pádů v rozhovoru.

R4 dopomáhala pacientům při vstávání a chůzi. Byla velice empatická a ochotná.

R5 využívá postranice pouze v nutných případech. Pacienta kontroluje a připomíná mu možnost využití signalizačního zařízení pro přivolání dopomoci.

V případě pádu pacienta až na komunikační účastnici R8 uvedly všechny shodně, že se tato skutečnost o pádu pacienta sepíše, vyplní se formulář a řeší se to jako nežádoucí událost. R8 uvedla „*Postarám se o pacienta. Sdělím to staniční a vrchní sestře a ošetřujícímu lékaři, aby pacienta prohlédl.*“ Pouze komunikační účastnice R11, R8 a R2 vždy informují lékaře, aby pacienta prohlédl. R7 uvedla „*Podívám se, zda se pacientovi něco nestalo a popřípadě informuji lékaře.*“ R3 se jako jediná zmínila, že při zápisu této události zaznamenávají také vliv léků na pacienta. Komunikační účastnice R10 začala odpověď jinak, než ostatní sestry „*Nejprve si zavolám někoho na pomoc, aby mi pomohl s pacientem a podívám se, zda není zraněn...*“

4.5 Monitorace pacienta po operaci

Všechny sestry shodně uvedly, že v období bezprostřední pooperační péče napojí pacienta na monitor a sledují základní životní funkce. R9, R10 a R12 se v rámci monitorace zmiňují také o sledování parametrů GCS. Komunikační účastnice R1 v rozhovoru uvedla, že se pacient může po dvou hodinách napít. R1 kontroluje také močení a případné prosáknutí obvazu, o kterém hovořily kromě R7 všechny komunikační účastnice. R2 kontroluje odvod do drénu „*Dále pak kontroluji operační ránu, odvod drénů, monitorujeme bolest a celkový stav pacienta.*“ Sestry R3 a R10 se jako jediné zmínily o sledování EKG křivky. „*Také se sleduje EKG křivka, bolest, nauzea nebo odvod do drénů a taky operační rána.*“ (R3) Jediná komunikační účastnice se zmínila o přeměření teploty u pacienta „*Nasadím mu EKG svody, manžetu na tlak a saturační čidlo. Přeměřím teplotu.*“ (R11)

Záznam z pozorovacího archu:

Jak sestra monitoruje pacienta bezprostředně po operaci?

R9 sestra kontroluje základní životní funkce včetně saturace. Pravidelně hodnotí a zapisuje výsledek GCS do daného záznamového listu. Nekontroluje pravidelně při měřeních základních životních funkcí operační ránu a neptá se pacienta na bolest. Pacient se musel sám zeptat na možnost analgetik.

R10 sleduje základní životní funkce, operační ránu, saturaci, zapisuje GCS,

sleduje infuzní terapii a plní ordinace lékaře. Avšak neseznámila pacienta s možností analgetik. Nedbale sleduje odvod do drénů.

R12 sestra sleduje celkový stav pacienta, základní životní funkce, operační ránu, infúze, bolest, pacient ví o možnosti analgetik. Milá a empatická. Plní ordinace lékaře.

R1 orientovaná a pečlivá sestra. Sleduje celkový stav pacienta a základní životní funkce. Pacienta seznámila s možností napítí po dvou hodinách. Neinformovala ho, ale o možných komplikacích a nutnosti odsunu této doby.

R7 sestra u pacienta nekontroluje krytí operační rány. Informuje o možnostech analgetik. Sleduje a zaznamenává aktuální míru bolesti. Často se táže, zda nemá pacient problémy s dýcháním.

R3 sedí na sesterně vedle dospávacího pokoje a nechává mne s pacienty po seznámení o jejich zdravotním stavu samotnou. Sestra je na zavolání přítomna. Proto nemohu hodnotit, co sestra sleduje či nesleduje.

R10 mne seznámila o fyziologických a nefyziologických křivkách na monitoru. Při směně je sledovala.

R11 měří teplotu u každého operanta. Vysvětluje to tím, že má potom vnitřní klid. Velice pečlivá. Vše kontroluje dvakrát.

V době pooperační péči časné se všechny komunikační účastnice vyjádřily, že sledují tlak, puls a operační ránu zda neprosakuje. R12, R8, R6, R5 a R3 dodaly také, že vše provádí každou hodinu, přičemž komunikační účastnice R9 doplnila, že měření závisí na zdravotním stavu pacienta *„Většinou to je každou hodinu, ale pokud byla hodnota špatná, tak přeměřím a zkontroluji pacienta dříve. Obecně sleduji puls a tlak. Pak kouknu na obvaz rány a odvod z drénů. Taky bolest a jestli už pacient močil.“* (R9) Zmínila se v rozhovoru také o nutnosti močení pacienta po operačním zákroku. R12, a R11 tuto informaci specifikovaly, že musí proběhnout do šesti hodin. Kromě R3 se všechny komunikační účastnice zmínily, že kromě fyziologických funkcí sledují i bolest u operanta. *„Každou hodinu pacientovi po přeložení přeměřím tlak a puls. Kontroluji i bolest a prosáknutí operační rány, ale to i vždy, když jsem na tom pokoji. No a taky zda už močil.“* (R7) Další kontrolovanou

skutečností komunikační účastnice uváděly sledování odvodu do drénů (R2, R4, R8, R9, R12). „*Kontrola prosaku obvazů operační rány, kontrola odvodu drénů, fyziologické funkce, močení pacienta, monitorace bolesti, celkový stav pacienta.*” (R2) Pouze dvě komunikační účastnice (R6 a R12) v pooperační péči časné sdělily v rozhovoru, že sledují nauzeu a zvracení u pacientů. „*U pooperační měřím tlak a puls. Kontroluji operační ránu, odvod z drénů, bolest, nauzeu, zvracení, močení a to musí proběhnout do šesti hodin. A vše dělám každou hodinu.*” (R12)

Záznam z pozorovacího archu:

Co sleduje sestra u pacienta v pooperační péči časné?

R12, R8, R6, R5 kontrolovaly fyziologické funkce a operační ránu každou hodinu.

R3 sledovala fyziologické funkce, operační ránu a ptala se pacienta, zda má bolesti. Pacienta chodila kontrolovat po hodině a půl až po dvou hodinách. Zmínila se, že častěji to v praxi nejde stíhat, když má tolik operantů sama na starost.

R9 pravidelně po hodině chodila pacienta kontrolovat a přeměřit. Seznámila operanta s možností využít signalizační zařízení. U jednoho z pacientů po operaci volala ihned lékaře pro posouzení fyziologických hodnot, které se jí nezdály být v pořádku.

R12 a R11 sledují fyziologické funkce, bolest, drény. R12 se ptá pacienta, zda mu není nevolno od žaludku. Obě komunikační účastnice při předávání hlášení informují své kolegyně o tom, zda pacient močil.

4.6 Medikace

4.6.1 Rizikové léky

Všechny komunikační účastnice kromě R7 a R11 se vyjádřily, že riziková léčiva mají označené a to nápisem: rizikové léky. R12 uvedla, že inzulin a heparin mají v jedné misce, která je umístěna nad pracovním pultem v nezamykatelné skřínce. Přičemž komunikační účastnice R11 sdělila v rozhovoru, že uskladňují heparin a inzulin zvlášť v zamčené lékárně. Uvedla, že jsou vždy odděleny od ostatních léků. Tuto skutečnost uvedla i R10, R8, R6 a R5. Komunikační účastnice R7 sdělila, že heparin a inzulin mají

uskladněný na lince „*Máme je uskladněny bokem od ostatních léků. Jsou označeny, že jsou riziková. Hepariny a inzulíny máme v misce na lince a KCl v lednici.*“ Devět komunikačních účastnic sdělilo, že k uložení některých rizikových léků využívají lednici. Léky jsou vždy zvlášť od ostatních s nápisem rizikové léčivo. „*Na oddělení v uzamykatelné skřínce a načnuté kusy v boxech riziková léčiva a ty jsou v lékárně nebo lednici. Lékárně zamykáme. Lednici ne.*“ (R6)

Záznam z pozorovacího archu:

Jakým způsobem nakládá sestra s rizikovými léčivy?

R12 při přípravě injekcí inzulínu nechává opakovaně misku na pultu a nevrací ji zpět do horní skříňky nad pultem. Sesternu nechává odemčenou a odchází na pokoj pacientů.

R11 rizikové léky jsou uloženy v lékárně zvlášť od ostatních léků v misce, která je řádně označena. Lékárna byla po většinu směny odemčena. V jednom případě se hledaly klíče od lékárně, které měla její kolegyně v kapse.

R7 léky jsou umístěny na lince ve skleněné misce bez označení riziková léčiva. Sestra udává, že se včera asi nálepka sloupala a dále tuto skutečnost neřeší.

R10 použila při přípravě infúze KCl a odešla tuto infúzi podat. KCl nechala na přípravném pultu. Na sesterně zůstala její kolegyně, která odešla na zvonek pacienta. KCl si sestra uklidila za půl hodiny, jelikož bylo potřeba vykonat ošetrovatelskou činnost u jiného pacienta a začaly se rozdávat večere.

Jedno z nejčastěji uváděných rizik při skladování, přípravě a podávání rizikových léků uvedlo jedenáct komunikačních účastnic riziko záměny léků. „*Záměna léků.*“ (R4) Jako možnost špatného skladování komunikační účastnice R1 a R11 uvedly, že by mohlo dojít ke krádeži léků. Při rozhovorech také sestry uváděly, že je nežádoucí i špatné skladování a to například, že je lék ve špatné teplotě (R9) nebo jsou farmaka na přímém světle (R10). Vlivem nesprávného skladování komunikační účastnice R1, R3 a R5 uvádějí, že může dojít k pozměnění látek ve farmaku. „*Nejsou třeba v lednici, takže se může pozměnit ten lék a má jiný účinek.*“ (R3) „*Díky špatnému skladování*

může být negativní reakce pacienta na podanou látku.'' (R5) Komunikační účastnice R2 a R12 uvedly jako riziko při přípravě rizikových léků možnost podání vyšší dávky. *„Napadá mě asi jen záměna. Jo a vyšší dávka třeba.*'' (R12)

Za nejčastější rizika uváděly komunikační účastnice R1, R3, R5, R9 a R10 nevhodné skladování rizikových léčiv. *„...nejčastěji se asi může stát ne zrovna správné skladování.*'' (R9) *„Nejvýznamnější je podání jiného léku a nejčastější asi třeba alergická reakce u pacienta, protože nebyl správně skladován ten lék.*'' (R5) A za nejčastější riziko považují R2 a R12 špatnou dávku farmaka. Za nejvýznamnější riziko považují všechny komunikační účastnice záměnu léku za jiný. Přičemž čtyři z nich uvedly záměnu jako nejvýznamnější i nejčastější riziko u těchto léků.

Nejčastější odpovědí sester na otázku jakým způsobem předchází těmto nežádoucím událostem bylo, že si zkontrolují ordinaci lékaře v dekurzu a lék, který podávají si několikrát prohlédnou a zkontrolují. *„Podívám se několikrát na lahvičku léku a do dekurzu, ale on na to není vždy čas, když tam mám plno pacientů. To bych nic neudělala do oběda.*'' (R2) R1 jako jediná podotkla *„Kouknu se, zda pacient není alergický na ten lék a taky kontroluju datum spotřeby.*''

4.6.2 Podávání léků, mimořádná událost

Sedm komunikačních účastnic (R1, R2, R3, R4, R7, R11, R12) uvedlo, že léky podávají pomocí mobilní lékárny a jsou přítomny na pokoji. Přičemž R1 uvedla, že vždy rozsvítí zvonek na pokoji, kde podává léky, aby kolegyně věděly, kde se právě nachází. R4 se navíc vyjádřila, že je na pokoji, ale aby viděla na studentky *„Vyjedeme si s mobilní lékárnou a jsme ve dveřích toho pokoje, abychom viděli na studentky, co třeba ty léky podávají.*'' R9 a R10 využívají vždy mobilní lékárny, ale jsou na chodbě před daným pokojem, kterému léky chystají. R5 odpověděla, že sice mobilní lékárnu využívá, ale dodala, že pokud to jsou pozdější ordinace lékaře, tak léky podává v lékovkách a s mobilní lékárnou nevyjíždí. R6 se vyjádřila *„Přes den jezdíme s mobilní*

lékárnou a večer jen s tácem, kde je máme už nahozený v kalíškách.” a R8 „Asi kolik je léků. Když málo, tak to obejdem jen s nahozenejma kalíškama a když víc, tak vyjedem s vozejkem.”

Záznam z pozorovacího archu:

Jakým způsobem připravuje a podává sestra léky pacientům (podnosový systém, mobilní lékárny)?

R6 využívá přes den mobilní lékárnu a večer jak uvádí podnosový tác. Na otázku proč tak činí, mi bylo odpovězeno, protože tam není staniční, takže proto si to mohou dovolit. Sestra během večerního podávání léků musela čtyřikrát odběhnout na sesternu, jelikož s sebou neměla mobilní lékárnu a potřebné pomůcky, které se v této lékárně běžně nacházejí.

R5 dle pozdější ordinace lékaře dodala léky třem pacientům. Farmaka nachystala do jednotlivých lékovek a bez jakéhokoliv označení je v ruce nesla chodbou konkrétním pacientům.

R2 a R3 se vyjádřily, že vždy používají mobilní lékárny a léky pro pacienty chystají přímo na pokoji. Komunikační účastnice při skrytém pozorování vždy byly s mobilní lékárnou na chodbě před konkrétním zavřeným pokojem pacientů.

Pouze šest komunikačních účastnic (R2, R5, R8, R9, R10, R12) při ústní ordinaci uvedlo, že zopakují své jméno, stav pacienta, co potřebují a hlavně ordinaci lékaře. *„Pokud lékař je na operačním sále a nemůže se dostavit na oddělení, popíši mu stav pacienta, několikrát zopakují jméno pacienta a diagnózu aby nedošlo k záměně, následně po ústní ordinaci napíši ordinaci do dekurzu, kde se podepíši, a napíši jméno ordinujícího lékaře, znovu přečtu lékaři ordinaci kterou mi řekl a následně ji podám. Lékař po příchodu na oddělení ordinaci podepíše.”* R2 *„No lékař když mi bude diktovat ordinaci, tak to přepíši do dekurzu. Zopakují mi, co jsem napsala, jestli jsme si správně rozuměli a podepíšu se pod to a taky napíši čas a lékaře,*

který to diktoval.'' R9 Komunikační účastnice R6 a R11 jako jediné v rozhovoru uvedly, že neví jak se ústní ordinace provádí. *„Já nevím. Ještě jsem nikdy ústní ordinaci neprováděla.*'' R6 Čtyři sestry (R1, R3, R4, R7) uvedly jak se ústní ordinace provádí, ale žádná z nich neřekla, že je potřeba ústní ordinaci lékaře zopakovat a tím potvrdit, že nedošlo k případné komunikační chybě. *„Tak máme to nastaveny tak, že když jim voláme a oni nám řeknou, abychom do dokumentace něco napsali, tak tam vždycky napíšeme, co nám nadiktovali a dopíšem: po telefonické domluvě s panem doktorem a jméno jeho a ještě v kolik hodin to bylo a ten doktor to tam přijde, když má čas se potom dodatečně podepsat.*'' R1 *„Zavolám lékaři. Řeknu mu co se děje. On mi nadiktuje co mám udělat a zapíšu to do dekurzu s podpisem a jeho jménem a on se přijde podepsat potom.*'' R7

Záznam z pozorovacího archu:

Jakým způsobem sestra reagovala v případě ústní ordinace?

Nemohlo být hodnoceno, jelikož v době pozorování u žádné z komunikačních účastnic nedošlo během směny k nutnosti využít ústní ordinaci.

Deset komunikačních účastnic uvedlo, že pokud lék předepsaný lékařem nemají v lékárně, tak to řeší obvoláním jiných oddělení. Komunikační účastnice by jednu z variant řešení volily objednání z lékárny (R1, R2, R9, R12). R2 také dodala, že poprosí lékaře, aby lék předepsal za ten, který mají aktuálně k dispozici v lékárně. O této možnosti se zmínila také R5, R8 a R11 přímo uvedla *„Bud' si dohledám v počítači jeho náhradu, nebo někam jinam zavolám. Lékaře upozorním, že tento lék nemáme.*'' Náhradu v programu v počítači nebo knize si dohledává také R1, R4, R7. *„Tak si zavolám na jiný oddělení, jestli náhodou nemají ten lék nebo se objedná v lékárně a pokud ho nemáme, tak se podíváme do programu v našich počítačích a do té knížky zadám název toho léku a vyjedou léky náhradní, ale toto se používá jen v případě nouze. Snažíme se ten lék prvotně sehnat.*'' R1 Pouze R6 a R10 uvedly zcela odlišnou odpověď. R6 *„Dám lék pod jiným názvem, co máme v lékárně.*'' R10 *„Podám lék*

se stejnými účinky, ale pod jiným názvem, který v lékárně máme.”

Záznam z pozorovacího archu:

Jak se zachovala sestra, když ji lékař předepsal lék, který v lékárně nebyl?

R6 a R10 podaly jiný lék, než byl ordinován lékařem, protože ten stejný neměly k dispozici v lékárně. Lékaři prý ordinují neustále léky, které nejsou v lékárně na oddělení. Proto jsou už sestry na takové situace zvyklé a ví jaký lék je náhradou.

R11 obvolávala jiná oddělení a sháněla konkrétní lék, co byl ordinován. Lékaře během telefonátů upozornila, že tento lék na oddělení nemají. Lékař sestru slyšel a mlčky pokračoval dál z oddělení na operační sál.

R8 sdělila lékaři, že na oddělení tento lék nemají a tudíž ho nemůže podat. Doporučila mu zeptat se nejdříve sestry nebo se jít podívat do lékárny na oddělení než napíše ordinaci.

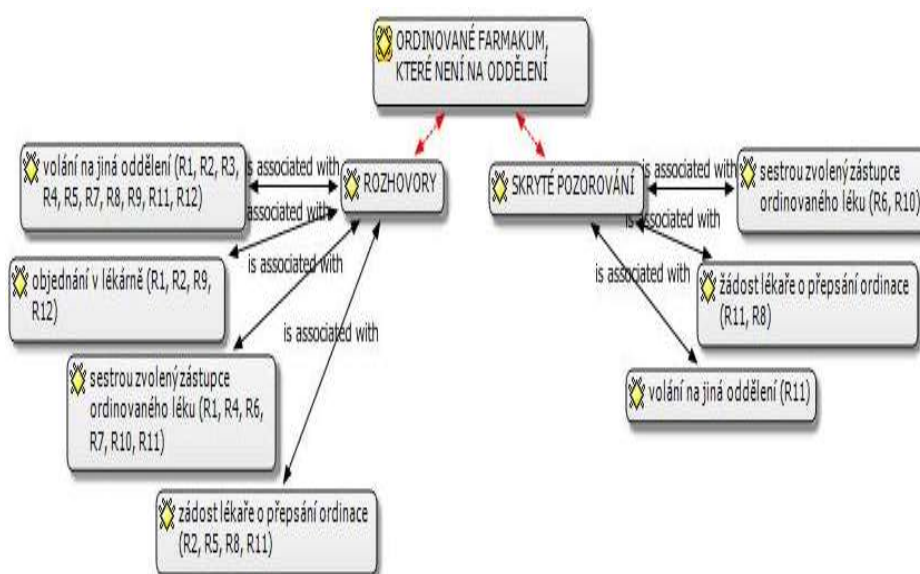


Schéma 2 – Ordinované farmakum

Komunikační účastnice R1 a R11 jako jediné uvedly, že kdyby podaly jiný lék pacientovi, tak by se podívaly, zda není tento pacient na podaný lék alergický. R1 také uvedla, že by se podívala zda konkrétní lék neužívá a kontaktovala by lékaře. *„Okamžitě bych volala lékaře a taky bych se podívala, jestli na ně není alergický, co to je za léky a taky jestli ty léky třeba neužívá.“* R1 Komunikační účastnice R2, R6, R8, R10, R11, a R12 by také vždy kontaktovaly lékaře. Staniční sestru by kontaktovaly R3, R8, R9, R10 a R12. Jen komunikační účastnice R6 a R10 by o této události kontaktovaly také postiženého pacienta. R3, R5 a R9 se shodly v odpovědích, že by o této skutečnosti informovaly své kolegyně na směně a popřípadě lékaře. R3 a R9 by informovaly lékaře podle toho co by to bylo za konkrétně chybně podaný lék. R5 usoudila, že by kontaktovala lékaře pouze při výskytu komplikací u pacienta. R7 jako jediná uvedla, že by to nikomu neřekla, pokud by to byl lék, co pacientovi neublíží. Obdobně odpověděla R4, že by neřešila chybně podaný lék, který v jedné dávce neohrozí pacientův zdravotní stav.

Komunikační účastnice na otázku jak řeší vedení nahlášení těchto nežádoucích událostí odpověděly R1, R2, R9 a R11, že neví, že tuto skutečnost doposud nezažily. *„Ještě jsem se s tím nesetkala.“* R2 *„Nevím, ještě jsem se s tím na našem oddělení nesetkala.“* R9 Komunikační účastnice R7, R10, R12 uvedly, že se sepíše událost a nechybí pokárání či promluvení do duše chybující sestře. *„No sepíše nežádoucí událost a dostaneme pokárání.“* R7 *„Dostaneme vynadáno a sepíše se to.“* R12 Jen sestra R6 se zmínila o tom, že vrchní sestra udělá patřičná opatření k prevenci těchto nežádoucích událostí. R3 uvedla, že nežádoucí událost se sepisuje s nadřízenými a to jen v některých případech *„Když je to závažná chyba, která poškodila pacienta, nebo se musela dělat vyšetření, tak to staniční nahlásí vrchní a ta s námi sepíše nežádoucí událost.“* R3

4.7 Vedení dokumentace

Všech dvanáct komunikačních účastnic se jednotně shodlo, že mají někdy problém přečíst ordinaci lékaře. „Často. Stává se to velmi často.“ R1 „Jo. Pořád.“ R8 „To se stává každou směnu snad.“ R9 „Pokaždé co něco napíše rukou.“ R10

Komunikační účastnice R1, R3, R5, R7, R9, R10 a R12 tuto situaci řeší požádáním o pomoc kolegyně/kolegyní nebo staniční sestrou. R10 také uvedla, že obtěžuje lékaře, pokud mu zavolá „Poprosím někoho kdo je se mnou na oddělení a když to žádná sestra nepřečte, tak mi nezbyvá nic jiného než obtěžovat lékaře a zavolat mu na sál.“ V případě nemožnosti přečtení kontaktují lékaře také komunikační účastnice R1, R2, R6, R7, R8, R9, R11. „Zeptám se lékaře... aspoň si uvědomí, že má psát čitelně.“ R8 „Zeptala jsem se kolegyní, zda to nepřečtou a jelikož jsou zkušenější než já, tak to přečtou většinou. Nebo volám lékaři a ptám se, co tam je vlastně napsaný.“ R1 Jediná komunikační účastnice odpověděla odlišně. „Jelikož většinou vím, co u konkrétního pacienta předepíše, tak se dá odhadnout co tam je napsané.“ R4

Nejvíce komunikačních účastnic (R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9, R10) se shodlo, že lékaři píší ordinace elektronicky a další ordinace, vizity apod. dopisují ručně. „Elektronicky ráno ten základ jako jsou léky, ordinace dne a vizitu a ordinace po vizitě už ručně a toho je pak snad i víc než na počítači.“ R8 Sestra R6 uvedla, že mají více ručně psaných věcí. „Snaží se elektronicky, ale většinou písemně tam je víc věcí.“ Komunikační účastnice R12 uvedla, že ony to mají na oddělení spíše půl na půl a R1 se zmínila, že je i možnost vytvoření nového dekurzu lékařem. „Píší nám elektronicky, a když si na něco vzpomenou, že to tam není elektronicky, tak udělají nový dekurz a nebo to tam dopíší ručně a podepíší se pod to.“

R12 na otázku jak mají nastaven systém zkratk v dokumentaci odpověděla „Lékaři píší zkratky, které jsou dovolené a my sestry také.“ Komunikační účastnice R6,

R8, R9, R10 a R11 se vyjádřily ve stejném duchu. *„Jen ty všeobecně známé pro tlak, puls a teplotu, EKG, ml a způsob aplikace injekcí a gtt. to je asi vše.“* R11 Sestry R2, R3 a R7 uvedly, že žádné zkratky nepoužívají. *„Naši lékaři ani my nesmíme psát žádné zkratky, protože se jednou stal kvůli tomu problém.“* R3 *„Nepoužíváme zkratky. Nesmíme. Předchází se tím podle staniční možným nehodám.“* R7

4.8 Překlad pacientů

Až na komunikační účastníci R1 všechny sestry odpověděly, že při překladu pacienta po operaci a to z dospávacího pokoje nebo z JIP na standardní oddělení se vždy podepisují dvě sestry. Sestra předávající pacienta a sestra pacienta přijímajícího. R1, R3, R6, R7, R8 a R11 kromě podpisů se také shodly na nutnosti při překladu zaznamenat čas předání pacienta. Pouze komunikační účastnice R4, R6, R8, R10, R11 a R12 sdělily, že při předávání pacienta, sestra informuje o zdravotním stavu pacienta. *„Když přijedeme, tak nám sestra sdělí nejnütnější a nové informace o zdravotním stavu pacienta a po podepsání si ho odvážíme na naše oddělení.“* R10 Jediná komunikační účastnice R1 uvedla, že pacienta, který se překládá na standardní oddělení, tak je přivezen. Zbylých jedenáct komunikačních účastnic uvedlo, že si ze standardního oddělení musí pro pacienta přijet. R1 a R8 uvedly v rozhovoru, že jim předem na oddělení volají. *„Tak zhruba víme, kdy nám zavolají. Takže místo pro pacienta je zajištěné a když si pro něj jedem po tom co zavolali, tak mi sestra řekne informace o pacientovi. Předá mi ho a v dekurzu se podepíše ona i já a přesný čas předání.“* R8 Komunikační účastnice R1 jako jediná uvedla, že předání pacienta probíhá na vyšetřovně *„... přijedou na vyšetřovnu a tam si předáváme informace všechny a pak ho uložíme na lůžko a pokoj a do dokumentace se zapisuje, kdy byl ten pacient předanej, v kolik a tak.“* R1 Sestra R12 podotkla, že předání není nijak zdlouhavé *„Přijedeme si pro pacienta. Sestra mi ho předá a po podepsání nás obou odjíždíme. Vše, trvá pár minut.“*

Při popisování systému překlady pacienta z operačního sálu na dospávací pokoj, pouze komunikační účastnice R3 neodpověděla, že dochází během předání pacienta anesteziologickou sestrou, také k informování aktuálního zdravotního stavu pacienta po zákroku. Při rozhovorech sestry R3, R6, R8 a R12 uvedly, že identifikují pacienta. R6 kontroluje identifikaci pacient podle identifikačního náramku „*Zkontroluji si pacienta, zda je to opravdu on podle náramku.*“ R12 se ptá pacienta pouze slovně „*Předává nám pacienta anesteziologická sestra. Podepíšeme se. Ona mi dá chorobopis. Já si zkontroluji slovně jméno pacienta a jedem co nejrychleji na dospávací pokoj. No a pořád s pacientem komunikuji, než do dovezu.*“ Zmínila se také o tom, že během převozu na dospávací pokoj neustále komunikuje s pacientem. R9 také s pacientem během převozu komunikuje a sleduje saturační čidlo, které uvedla v odpovědích i R10, která si jako jediná bere s sebou ambuvak. „*No po zavolání si vezmu saturák a vyjedu na sál. Sestra mi předá pacienta. Obě se podepíšeme. S pacientem komunikuji a sleduji saturaci. Poté předám sestře na dospávacím pokoji.*“ R9 „*Tak vezmu si ambuvak a přístroj na měření saturace. Předáme pacienta na jeho lůžko a anesteziologická sestra mi předá informace o zdravotním stavu a já jedu na naše patro, kde máme dospávací pokoj.*“ R10

Komunikační účastnice R1, R2, R3, R4, R7, R9 a R11 uvedly, že během střídání směny své kolegyni sdělují jen ty nejdůležitější věci. R1 i nastínila co je pro ni důležité „*Opravdu to nejdůležitější jako třeba nově nasazený antibiotika, opiáty místo normálních analgetik a tak.*“ R11 naopak nastínila co je dle jejího subjektivního pohledu nepodstatné „*Nepodstatné věci jako jsou holení a sprcha vyčte pak z ošetřovatelské dokumentace.*“ Komunikační účastnice R3, R5 a R8 uvedly, že předávání informací probíhá na sesterně. R5 nastínila i přítomnosti staniční sestry „*Sednu si se sestrou, co nastupuje na směnu na sesternu a když je to ráno, tak tam bývá i staniční a jedu jeden chorobopis po druhém.*“ R4 a R7 uvedly, že předávání směny u nich probíhá na denní místnosti a R7 také informuje své kolegyně o možných komplikacích u daného pacienta. R11 uvedla, že v rámci předávání informuje

i o plánech do budoucna u konkrétních pacientů což R6 také zmínila „*Tak říkám, co se u pacienta dělalo v přítomnosti mé směny, co se plánuje dělat v té další směně a jaké jsou plány do budoucna.*” Komunikační účastnice R9 jako jediná podotkla, že celé předání není nijak dlouhé a R12, že vše probíhá v duchu debaty „*Nic dlouhého. Ona se mě může na něco ptát a až je vše předané a vše jasné, tak se jde domů.*” R9 „*Nahlížím do dokumentace, abych na něco nezapomněla. Každý si může nebo nemusí psát poznámky. Debatujeme spolu a tak to probíhá vždy.*” R12

V rámci překladu pacienta na jiné oddělení se komunikační účastnice R6, R7, R9 a R11 zmiňovaly o ošetrovatelské překladové zprávě, ale některé sestry (R1, R5, R8, R10, R12) i o lékařské překladové zprávě. Komunikační účastnice R2, R3 a R4 neuvedly ani jednu variantu ze zmíněných překladových zpráv. Při sepisování veškerých osobních věcí pacienta uvedly R3, R4, R6 a R9, že je vždy přítomen pacient. „*Sbalíme mu všechny věci před ním a sepíšeme je.*” R3 „*Sepíšeme jeho osobní věci a zabalíme je... vše před zraky pacienta.*” R4 Sestra R1 navíc uvádí, že zapisují i to zda si pacient balil své osobní věci sám nebo byl pouze přítomen „*Píše se z ošetrovatelského hlediska překladová ošetrovatelská zpráva, kdy se sepíší veškeré věci pacienta, kdy si je složí sám a napíše se, že si je skládal sám nebo vás při tom pozoroval.*” Komunikační účastnice R1, R5, R7 a R11 naopak tuto přítomnost pacienta při sepisování osobních věcí nezdůrazňovaly. „*Sepíšeme osobní věci pacienta a dáme mu věci, co měl u nás ponechané.*” R11 Komunikační účastnice R12 jako jediná uvedla, že přítomnost pacienta při soupisu je lepší variantou „*My píšeme ošetrovatelskou a sepisujeme věci pacienta a to nejlépe před ním.*” Většina komunikačních účastnic se shodla a zmiňovala, že do ošetrovatelské překladové zprávy se zapisují individuální informace o zdravotním stavu každého pacienta. R12 například zmiňuje „*Náležitosti ošetrovatelské zprávy jsou zaznamenat veškeré změny na kůži jako jsou odřeniny, opruzeniny, operační rány, invazivní vstupy, vyrážka, zavedeny kanyly, drény, katétry a popis jak se výše zmíněné věci ošetřují a všechny informace, které by měla sestra, co si přebírá pacienta měla vědět.*” „*V ošetrovatelské je napsáno jaké léky a kdy užil, převazy jak a kdy se dělaly, informujeme o invazivních vstupech*

a důležitých informacích zdravotního stavu.'' R8 Při odpovědích se jen pět komunikačních účastnic zmínilo, že před překladem pacienta mu změří fyziologické funkce. R7 a R11 uvedly, že přeměří krevní tlak a puls. Komunikační účastnice R1, R6 a R9 krevní tlak a tělesnou teplotu. Pouze R2 uvedla, že popis zdravotního stavu pacienta při překladu sdělujeme v jeho přítomnosti *„Pacienta předáváme ošetřující sestře, mělo by být, že informace o pacientovi předáváme před pacientem, ovšem někdy se tak neděje.*''

Jako rizika při překladech pacientů nejčastěji komunikační účastnice R1, R2, R4, R7, R9, R10 a R12 uvádějí, že zapomenou zabalit všechny osobní věci pacienta. *„... zapomenou se mu dát jeho léky.*'' R4 *„... nebo mu zapomenu dát z ledničky inzulinové pero.*'' R7 *„Tak třeba se mu nedají jeho léky, oblečení z šatny.*'' R8 *„Většinou, že se pacientovi zapomene všechno zabalit. Většinou zůstane něco v koupelně a pak to musíme dodatečně donést.*'' R10 Komunikační účastnice R6 se zmínila, že pro ni jedním z hrozících rizik je, že zapomene podat léky pacientovi *„Nepodání léků, nenapsání jak se má pečovat o dekubity, opruzeniny.*'' Komunikační účastnice R1, R3, R5, R6, R7 a R11 uvedly, že někdy zapomenou napsat veškeré informace o pacientovi do ošetřovatelské překladové zprávy. R1 uvádí, že hrozí riziko podání dvojnásobné dávky léků *„Nebo když nenapišu, že jsem ráno léky podala a oni je podají znovu.*'' Sestra R5 uvedla *„Tak třeba, že bude neúplnost překladové zprávy. Nenapiši třeba vše o tom, jak se má starat o operační ránu nebo dekubity.*'' Komunikační účastnice R4 se také zmínila o možnosti záměny pacienta *„To nejhorší je, že dojde k záměně pacienta, ale třeba se zapomene napsat nebo odhlásit strava, zapomenou se mu dát jeho léky.*'' Možnost záměny uvedla také R2 a R10. *„ Tak může se stát záměna, ale to se mi ještě nikdy nestalo.*'' R10 *„Záměna pacienta za jiného, ale to je extrém.*'' R2 Jediná komunikační účastnice (R1) zmínila možnost během překladu pacienta jeho náhlé zhoršení zdravotního stavu *„Může třeba během toho transportu selhávat ten pacient.*''

4.9 Operační rána a hygiena

4.9.1 Péče o ruce, ochranné pomůcky v době převazu

Jako ochrannou pomůcku při převazu operační rány uvedly všechny komunikační účastnice použití rukavic. „*Asi rukavice.*“ R12 Komunikační účastnice R6 se mimo rukavic zmínila také o sterilních nástrojích „*Rukavice a sterilní nástroje při převazování.*“ Nástroje jako ochrannou pomůcku při převazu operační rány považuje také R2, R3, R8, R9 a R10. „*Rukavice, ústenky, peány, pinzety a další nástroje k převazu rány.*“ R2 Komunikační účastnice R8 uvedla také možnost použít ústenku „*Nástroje k převazu a rukavice a někdy i ústenku.*“ V odpovědích na tuto otázku se o ústence zmínila i R2. Sestra R9 podotkla, že ochranné pomůcky používá podle toho, o jakého pacienta se jedná a jako jediná uvedla i možnost využití jednorázové zástěry „*Jak u koho. Většinou rukavice a nástroje potřebné k převazu a někdy i ústenku a zástěru.*“ Jako jediná s možností nákazy pacienta Mrsou se vyjádřila R1, která by využila jako ochranné pomůcky nejen rukavice a chirurgické nástroje „*Používáme rukavice. Když je to pacient s Mrsou, tak i ústenka, brýle, čepice a to se vždy bere čisté.*“

Záznam z pozorovacího archu:

Jaké používala sestra ochranné pomůcky při převazu operační rány?

R4, R5 a R11 opakovaně nepoužívaly při převazu operační rány rukavice.

R12 použila rukavice jen u prosakujících operačních rán.

R6 a R8 použily při převazu operační rány rukavice, ale nástroje někdy použily a někdy nepoužily. Poté jsem se dozvěděla, že nástrojů je málo a proto se musí šetřit a tudíž se ne u každého pacienta použijí chirurgické nástroje.

Mechanické mytí rukou (dále jen MMR) uvedly komunikační účastnice R2, R3, R9, R10 a R11, že na vlhké či namočené ruce si nanesou mycí prostředek a po vytvoření pěny spláchnou z rukou pitnou vodou, které si osuší jednorázovým ručníkem. „*MMR*

to nechám odtéci vodu, z dávkovače tekuté mýdlo, vlastní umytí rukou, omytí tekoucí vodu, utření jednorázovým ručníkem.'' R2 *„Na navlhčené ruce aplikuji mýdlo a 30 sekund mnu ruce do vytvoření pěny a poté opláchnu pitnou vodou a osuším jednorázovým ručníkem.*'' R3 Komunikační účastnice R1, R4, R5, R6 a R12 zvolily stejný potup MMR, ale ani jedna z nich se nezmínila o utření rukou jednorázovým ručníkem. *„U MMR se na mokré ruce dá mýdlo a až se zpění, tak se spláchne.*'' R12 *„MMR se provádí po tekoucí vodou, kde si dám mýdlo a ruce si omyji.*'' R6 Komunikační účastnice R7 zvolila jako jediná variantu aplikace mycího přípravku na suché ruce *„MMR to se mydlí na suchých rukách mýdlo asi půl minuty a pak se opláchne vodou a jednorázovým ručníkem se utřu.*'' Sestra R8 také jako jediná odpověděla, že si u MMR umyje ruce vodou a následně vydezinfikuje *„MMR to si umyji ruce mýdlem a vodou a pak si vetřu dezinfekci.*'' Komunikační účastnice R1, R2, R3, R5, R7, R9, R10, R11 a R12 hygienickou dezinfekci rukou (dále jen HDR) popisovaly nejčastěji, že využijí pouze dezinfekční přípravek, který vtírají do rukou až do úplného zaschnutí. *„HDR se provádí pomocí dezinfekčního přípravku, který se do rukou vtírá 30 až 60 sekund a poté se již neoplachuje.*'' R3 *„HDR to si tam vetřu dezinfekci do zaschnutí.*'' R9 Komunikační účastnice R4 uvedla, že své ruce umyje a vydezinfikuje a R8 soudila, že u HDR se ruce umyjí a následně dvakrát po sobě vydezinfikují. *„MMR to si umyji ruce mýdlem a vodou a pak si vetřu dezinfekci a HDR to je asi to stejný co MMR akorát si dezinfikují ruce dvakrát.*'' R6 jako jediná například uvedla, že se ruce vydezinfikují, ale až po provedení MMR. *„MMR se provádí po tekoucí vodou, kde si dám mýdlo a ruce si omyji a HDR to asi po MMR použiji ještě dezinfekci.*''

Tři komunikační účastnice (R1, R3, R5) uvedly, že své ruce vydezinfikují před začátkem převazování a i během jednotlivých převazů. *„Odezinfikují si je na začátku. Dám si rukavice, a když jdu k dalšímu pacientovi, tak si rukavice sundám, odezinfikují a nasadím čisté rukavice.*'' R3 *„Dezinfikují si ruce na začátku a pak mezi převazy.*'' R5 Tři sestry R2, R4 a R8 se shodly v odpovědi, že si své ruce na začátku, ale během jednotlivých převazů vždy umyjí a vydezinfikují. *„Ruce si omyji a odezinfikují a potom*

když jdu k dalšímu, tak zas omyji a odezinfikuji.'' R4 *„Na začátku si umyji ruce mýdlem a použiji dezinfekci a pak mezi dalšíma to stejný.*'' R8 R7 a R11 jako jediné dvě odpověděly, že si ruce na začátku převazování vydezinfikují a během jednotlivých převazů umyjí a vydezinfikují. Obě to vysvětlují tím, že používají po celou dobu rukavice. Uvedly také, že na konci všech převazů si ruce omyjí a vydezinfikují. *„Na začátku si dezinfikuji ruce a pak používám rukavice po celou dobu, takže si je umyji a dezinfikuji až po ukončení všech převazů.*'' R7 Komunikační účastnice R6, R10 a R12 uvedly, že na začátku své ruce umyjí a vydezinfikují a mezi jednotlivými převazy už jen opakovaně vydezinfikují. *„Na začátku použiji mýdlo a dezinfekci a pak mezi převazy už jen dezinfekci.*'' R10 *„Na začátku si ruce omyji vodou a mýdlem a pak použiji dezinfekci. Mezi převazy vždy použiji dezinfekci.*'' R12 Jediná komunikační účastnice R9 zvolila variantu, že si před převazy své ruce vydezinfikuje a mezi jednotlivými si ruce umyje a vydezinfikuje. *„Použiji na začátku dezinfekci a pak si vždy po ukončení převazu si umyji ruce a zas použiji dezinfekci.*''

Záznam z pozorovacího archu:

Jak prováděla sestra péči o své ruce před zahájením převazování a jak mezi jednotlivými převazy u pacientů?

R2 si své ruce na začátku umyla a vydezinfikovala. Během jednotlivých převazů své ruce pravidelně vydezinfikovala.

R4 a R5 si své ruce neumyla, ani nevydezinfikovala jak na začátku převazu, tak během jednotlivých převazů.

R9 si na začátku i během převazů ruce pouze dezinfikuje.

R11 si své ruce umyla před zahájením převazů pouze jednou a to když dojedla. Během převazů o své ruce nijak nepečovala.

R12 Použila dezinfekci během jednotlivých převazů jen občas. V nepravidelných intervalech.

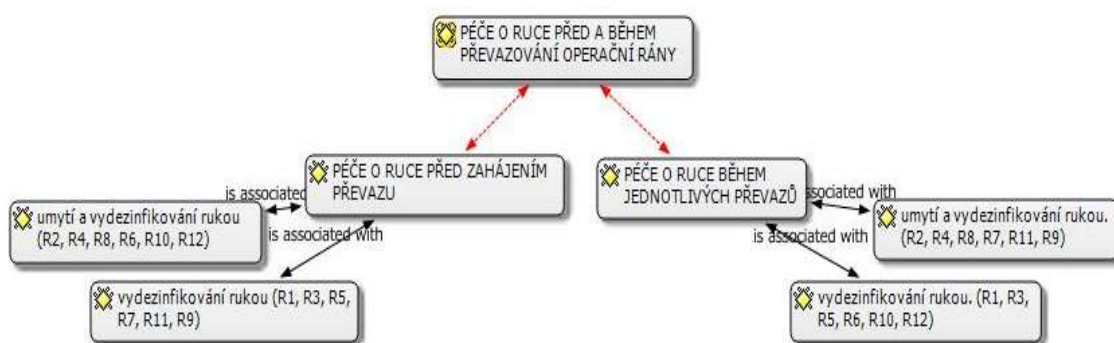


Schéma 3 – Péče o ruce před během převazů operačních ran (rozhovory)



Schéma 4 - Péče o ruce před během převazů operačních ran (skryté pozorování)

4.9.2 Péče o operační ránu

Komunikační účastnice R9 a R11 odpověděly, že u nich na oddělení vykonává převazy u pacientů převazová sestra. „Převazová sestra.“ R9 Sestra R6 uvedla, že to může být převazová sestra a nebo ošetřující sestra. „Převazová sestra nebo ošetřující sestra.“ Možnost přítomnosti lékaře zmínila R4, kde je přítomna i převazová sestra nebo ošetřující sestra. „Převazová sestra nebo ošetřující sestra s lékařem na směně.“ Kdy všeobecná sestra vykonává převaz zcela sama uvedly komunikační účastnice R5, R8, R10 a R12. „Ošetřující sestra.“ R5 „Zdravotní sestra a to sama.“ R10 Komunikační účastnice R1 a R7 odpověděly, že někdy je přítomen lékař a někdy převazuje operační ránu sestra sama. „Zdravotní sestra s lékařem nebo sestra sama.“ R1 Pouze R2 a R3 uvedly, že při převazech je vždy přítomen lékař nebo primář oddělení. „Zdravotní sestra s lékařem nebo s primářem.“ R3

Záznam z pozorovacího archu:

Kdo převazoval operační ránu?

R11 a R9 byly určeny na směně jako převazové sestry. Prováděly převazy u všech pacientů na oddělení. Poté hlásily ošetřujícím sestřám, jak rána vypadala a jak ji ošetřily.

R2 na ranní vizitě lékař s ošetřující sestrou odkryli u všech pacientů krytí a prohlídli si operační ránu. Někdy provedli převaz ihned a v některých případech pouze lékař sestře řekl, jak má ránu po vizitě ošetřit.

R10 prováděla převaz rány sama. Vždy když si nebyla jistá, tak šla zkonzultovat operační ránu za lékařem, který s ní šel na pokoj pacienta a provedl převaz s ní.

Všechny komunikační účastnice se shodly, že operační ránu převazují poprvé první pooperační den. R2 uvedla, že pokud je rána prosáklá, tak se převazuje již v den operace. *„První pooperační den, nebo pokud je rána prosáklá, tak již den operace – nultý den.“* R4, R5, R7 a R11 se také zmínily o možných komplikacích, které mohou převaz uspišit. *„No jestli hodně krvácí, tak nabalujeme krytí, ale někdy se musí převázat hned v ten den operace, ale standardně je první pooperační den.“* R5 *„No standardně první den po operaci, pokud nejsou žádné komplikace.“* R11 Jediná komunikační účastnice (R6) uvedla i možnost prvního převazu operační rány až druhý pooperační den. *„Běžně první pooperační den někdy i druhý. Záleží, co bylo provedeno za operaci a jaká ta rána je.“*

Komunikační účastnice R2, R3, R7, R9, R11 a R12 uvedly, že operační ránu převazují nejčastěji jednou denně. *„Tak je to vždy podle ordinace, ale většina operačních ran se převazuje každý den.“* R9 *„No podle toho co napíše lékař. Většina ran se ale převazuje jednou denně, pokud nejsou komplikace.“* R11

R3 a R12 specifikovaly, že převaz se provádí většinou ráno. „Dle ordinace lékaře. Většinou každé ráno.“ R3 Komunikační účastnice R8 a R10 uvedly, že u nich na oddělení se převaz provádí jednou denně, ale někdy i dvakrát. „U nás se převazuje ráno a odpoledne. Takže buď jednou, nebo dvakrát denně a další převazy jsou například kvůli prosáknutí a tak.“ R10 Sestry R6 a R4 uvedly možnost, že se převaz provádí každý den, ale někdy až obden. „Nejčastější intervaly jsou každé ráno nebo obden ráno.“ R4 Jediná komunikační účastnice odpověděla, že převaz se provádí nejen jednou denně, ale až třikrát za den. „Každý den ráno nebo třikrát denně nebo ráno a večer. Je to různý prostě. Jak si to lékař vyžádá.“ R1

Komunikační účastnice R3, R5, R6, R8, R9, R11 a R12 odpověděly, že operační ránu v pooperační péči časné kontrolují každou hodinu. „Když je vše bez komplikací, tak po hodině, ale řídím se podle ordinace lékaře.“ R11 „Když jsem na tom pokoji, tak zkontroluji i operanta, ale nejméně za ním jdu každou hodinu.“ R12 Komunikační účastnice R10, R7, R4, R2 a R1 uvedly, že kontrolují operační ránu každou hodinu nebo po dvou hodinách. „Každou hodinu nebo po dvou hodinách.“ R4 „Po dvou hodinách nebo každou hodinu.“ R10 Komunikační účastnice R7 uvedla, že záleží na ordinaci lékaře a komplikacích „Standardně bez komplikací to je po hodině. Někdy napíše lékař po dvou a to během noci převážně.“ Přičemž R1, R6, R8 a R12 jako jediné zmínily, že pokud jsou přítomny na pokoji operanta z jiného důvodu, tak automaticky zkontrolují i operační ránu. „Záleží na ordinaci lékaře, ale většinou to je po hodině, ale když jdu na pokoj i za jiným pacientem, tak operanta zkontroluji také.“ R6 „Když jsem na tom pokoji, tak zkontroluji i operanta, ale nejméně za ním jdu každou hodinu.“ R12

Záznam z pozorovacího archu:

Jak často kontrolovala sestra operační ránu po operaci?

R5 a R3 kontrolovaly operační ránu u pacienta každé dvě hodiny. Lékař ordinoval kontrolu operační rány každou hodinu.

R9 chodila k pacientům s operační ránou každé dvě hodiny. Ordinace lékaře byla psána na každou hodinu. Pokud jsem byla přítomna a neměla jsem jako student jinou činnost, tak mi sestra řekla, ať chodím kontrolovat operační ránu každou hodinu.

Všech dvanáct komunikačních účastnic se zmínilo, že u operační rány sledují prosáknutí, krvácení nebo sekreci rány. „*Bolest, krvácení, otok.*“ R9 „*Krvácení, prosáknutí, sekrece, teplota a barva.*“ R8 Komunikační účastnice R1, R2, R5, R11 a R12 uvedly, že u pacienta kontrolují cirkulaci, prokrvení. „*Prosak obvazů, břišní, redonův či hrudní drén, dále pak dle druhu operace, u uzávěrů tepen sledují celkový stav končetiny, teplotu, barvu apod.*“ R2 „*Krvácení, bolest a cirkulace.*“ R5 Na což navazuje kontrol barvy o které se zmínily R4, R6 a R8. „*Bolest, teplota, barva, sekrece.*“ R6 Komunikační účastnice R1, R4, R6, R7, R8, R11 a R12 uvedly, že u operační rány kontrolují známky infekce. „*Známky infekce, krvácení nebo bolest.*“ R7 „*Krvácení, známky infekce, otok, prokrvení, sekrece.*“ R11 Sestry R4, R5, R6, R7, R9, R10 a R12 sledují u pacienta bolest. „*Cirkulace, krvácení, bolest, známky infekce.*“ R12 „*Krvácení, bolest, otok, odtok do drénu, teplota, barva.*“ R4 se také zmínila o sledování otoku. Komunikační účastnice R9, R10, R11 a R1 odpověděly, že sledují u operační rány také otok. „*Otok, bolest, krvácení, odtok do drénů.*“ R10 uvedla, že kontroluje odpad v drénu z rány. O nutnosti sledovat drén a jeho odpad se zmínila i R4.

Komunikační účastnice R1-R12 uvedly, že zapisují provedený převaz operační rány do ošetřovatelské dokumentace. „*Ano. Zapisuji to do ošetřovatelské anamnézy Takový ty piškvorky. Píše se tam jestli má převaz a pak se vlastně dívá do lékařské, co se tam všechno dává. Ale píšem, jak rána vypadala a tak.*“ R1 „*No když ho provedu podle ordinace co je v dekurzu, tak ho napíšu do ošetřovatelské dokumentace.*“ R10

Záznam z pozorovacího archu:

Zapsala někam sestra provedený převaz operační rány?

Všechny komunikační účastnice zapsaly převaz operační rány do ošetřovatelské dokumentace po jeho provedení.

Až na komunikační účastníci R1 byly zápisy provedeny až dvě hodiny a více po jejich provedení.

R5, R6, R8 a R11 při zápisu vzpomínaly, jak operační ránu ošetřovaly a nebyly si jisté jaké a zda vůbec použily léčivé přípravky na ránu.

R5 šla ránu u pacienta odkrýt, aby se přesvědčila, co aplikovala.

R6, R8 a R11 odhadovaly léčivé přípravky a ty zapsaly do ošetřovatelské dokumentace.

Komunikační účastnice R1 – R12 shodně uvedly, že v rámci zápisu převazu operační rány vždy zapisují vzhled rány. *„Vzhled rány, známky zánětu, okraje, sekrece... celkově prostě vzhled...“* R8 *„Zapisujem vzhled rány, sekreci, zápach, celkově jak ta rána vypadá a jak se chová. Potom co se do rány dávalo za mazání a kdy byl převaz proveden.“* R7 Nejen komunikační účastnice R7 se zmínila, že zapisuje také aplikované léčivé přípravky. Tuto skutečnost uvedly i R1, R4, R6 a R9. Sestra R11 uvedla, že tyto údaje pokud nenastane změna v ordinaci lékaře nezapisují. *„Tak píšeme o té ráně. Jak vypadala. Léky dáváme dle ordinace lékaře, takže ty už duplicitně nezapisujeme. Jen kdyby se nám něco na té ráně nezdálo, tak to změníme po konzultaci s lékařem a to už do ošetřovatelské dokumentace napíšeme, co jsme aplikovaly a to je asi vše.“* Komunikační účastnice R1, R3, R5, R6, R7 a R9 uvedly, že zapisují i dobu kdy byl převaz operační rán proveden. *„Kdy byl převaz proveden, jak rána vypadá.“* R3 *„Jak rána vypadala. Co se na ni dávalo za masti a kdy se převaz dělal.“* R6 Jediné komunikační účastnice R2 a R8 se zmínily o tom, že zapisují také neobvyklosti rány, vzhled drénů či stehů. *„Převaz, vzhled rány, neobvyklosti.“* R2 *„Vzhled rány, známky*

zánětu, okraje, sekrece... celkově prostě vzhled a jak vypadá třeba drén pokud je v ráně nebo jak vypadají stehy.'' R8

Devět komunikačních účastnic (R1, R2, R3, R4, R7, R8, R9, R11 a R12) s jistotou odpověděly, že mají na oddělení vypracovaný standard na převaz operační rány. *„Jo ve standardech tam někde je.''* R8 *„Jo. Jo. Ten tam je.''* R11 *„Ano. Máme.''* R12 Komunikační účastnice R5, R6 a R10 si nebyly zcela jisté, zda tento standard na oddělení mají. *„Myslím, že jo.''* R5 *„Asi jo.''* R6 *„Hmm asi jo.''* R10

5 Diskuze

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjišťování bezpečné ošetrovatelské péče u pacientů v pooperačním období, poskytované všeobecnými sestrami. V diskusi se zaměříme na oblasti, které jsou v pooperační péči o pacienta zvláště důležité, a to: předcházení záměny pacienta, bezpečné podávání léků, vedení dokumentace, operační rána a hygiena.

5.1 Předcházení záměny pacienta

V dané kapitole se budeme zabývat tím, jak sestry identifikují pacienty, při jakých činnostech a zda je tato identifikace dostatečná a bezpečná.

V odpovědích na otázku a s porovnáním skrytého pozorování, jak a kdy identifikují sestry pacienta, vyšlo najevo, že většina komunikačních účastnic opravdu sleduje identifikační náramek pacienta pravidelně a po celou dobu trvání služby. Velice často si ani pacienti neuvědomili nebo nezpozorovali, že jim sestra náramek zkontrolovala. R12 uvedla, že mimo identifikačních náramků také využívá k identifikaci teplotní tabulku, což je pro sestry velmi nekvalitní nástroj k identifikaci. V těchto případech může velice snadno dojít k záměně pacienta. Zneklidnila nás upřímnost a skutečnost komunikačních účastnic R11 a R7, které uvedly, že identifikují pacienty pouze na začátku své směny, v průběhu již nikoliv. V podobných případech hrozí vysoké riziko záměny. Tuto skutečnost potvrdily nejen v odpovědích, ale i v rámci skrytého pozorování, při němž bylo mimo jiné zjištěno, že komunikační účastnice R11 si během své služby nebyla párkrát jistá, zda je u správného pacienta, a musela si ověřit údaje dle identifikačního náramku. Jak uvádí Marx (2015), za nesprávnou identifikaci pacienta považujeme situaci, kdy se při poskytované péči zcela jasně nepotvrdí jednoznačná identita pacienta, o kterého se pečuje. Je nepřijatelné ověřit si správnost pacienta informační tabulí s rozpisem uložení pacientů na oddělení či pouhým dotazem na kolegyni (R1 a R2). V průběhu dne se mohly uskutečnit organizační změny přesunů lůžek. Spoléhat se nelze ani na správnost sdělení od kolegyně na směně, ta by za případnou záměnu odpovědnost nenesla. Odpovědnost je na té všeobecné sestře, která

realizovala ošetrovatelský výkon na nesprávném pacientovi. Jak uvádí Marx, validní data o výskytu nesprávné identifikace pacienta však chybí nejen v národní, nýbrž i v zahraniční literatuře (Marx, 2015).

5.2 Bezpečné podávání léků

V dané kapitole jsem se zaměřila na bezpečné podávání léků, nakládání s rizikovými léčivy na chirurgických odděleních, ale také na telefonickou ordinaci, která probíhá ve vypjatých situacích. Zajímaly jsme se také o to, jak sestry řeší absenci léku, který lékař předepisuje.

Zde většina komunikačních účastnic sdělila, že rizikové léky jsou odděleny a označeny nápisem „Riziková léčiva“. Při skrytém pozorování však bylo možno u několika komunikačních účastnic sledovat zásadní chyby při běžném provozu na oddělení. R12 nevrací riziková léčiva zpět na své místo a nechává je na pultu, přičemž odchází z odemčené sesterny na pokoj pacienta. Tato situace se obdobně opakovala i u další komunikační účastnice R10. Uvedená chyba by mohla mít nedozírné následky – krádež léků, nahlížení cizích osob do dokumentace či její ztráta apod. R11 jako většina účastnic uvedla, že mají rizikové léky uloženy zvlášť v lékárně, ale lékárna s ostatními léky, které je nutno mít zabezpečené, byla po většinu doby odemčená. Klíče od lékárny by měly mít své řádné místo, a tudíž by neměla nastat situace, kdy se klíče během směny hledají. Je nutnost si uvědomit, že v rizikových situacích, kdy je velice nutné mít rychlý přístup k lékům, je hledání klíčů odrazem špatně nastavených kontrol a rituálů na tomto pracovišti s možností následků poškození zdraví pacienta. Komunikační účastnice (R11) se vyjádřila, že si uvědomuje riziko špatného skladování léků, při němž by například mohlo dojít ke krádeži. Nezájem o bezpečnost, laxnost či počátky vyhoření by mohly být možným vysvětlením komunikační účastnice R7, která při dotazu, proč není miska označená nápisem „Riziková léčiva“, odpověděla, že se nálepka asi odloupla, a s touto situací nic nečinila. Je nutné, aby se sestry aktivně zapojovaly a řešily tyto situace, které jsou v rámci bezpečné péče dobře preventabilní. Koubková (2014) uvádí, že jediný lék, který

se nemůže zneužít nebo dojít k jeho záměně, je ten, který nemáme k dispozici a při managementu bezpečí jsou vždy dvě strany – snížení rizika pacienta na straně jedné a ekonomická životaschopnost na straně druhé.

Ve výzkumném šetření vyšlo najevo, že většina komunikačních účastnic využívá mobilní lékárny, ale zdaleka ne všechny vjíždí na pokoj pacienta. R5 v rozhovorech sice uvedla, že využívá mobilní lékárnu, ale v případě pozdějších ordinací lékaře farmak využívá pouze lékovky. Ve skrytém pozorování se tato skutečnost potvrdila, přičemž sestra tři lékovky nesla v ruce pacientům bez jakéhokoliv označení. Záměnu léků nelze ve zdravotnických zařízeních podceňovat. Je to jev, který lze správným nastavením minimalizovat. Ze studie Brabcové, Bártlové a kol. (2015) vyplývá, že medikační pochybení je velice častou příčinou poškození pacienta a incidenty spojené s podáváním farmak se umístily na třetím místě nejčastějších chyb a omylů v sesterské praxi. Nesprávné podání léků je mimořádná událost, kterou je nutno řešit a zjistit, proč se tak stalo. Tímto postupem dochází k hazardu se zdravím pacientů. V daném případě je zcela zřejmé, že na vině je komunikační účastnice, která jedná v rozporu s bezpečnými a standardními postupy. Komunikační účastnice R6 uvedla, že přes den využívají mobilní lékárny, ale k podání večerních léků podnosový táč, kde mají předem nachystané léky. Několikrát během podávání se musela tato komunikační účastnice vrátit zpět na místnost sester pro pomůcku, která byla umístěna v mobilní lékárně. Během skrytého pozorování jsem se po doptání od komunikační účastnice dozvěděla, že podnosový táč využívají, neboť tam již není staniční sestra. Jinak by musely mít i na večerní léky mobilní lékárnu. Staniční sestra tudíž neví, že sestry na tomto oddělení využívají tento podnosový systém. Pokud bych čerpala z mých znalostí v praxi z nemocničních zařízení, tak zmíněný systém využívají sestry z důvodu úspory času. Je otázkou, zda je v pořádku nastaven systém zdravotnické péče, kompetence, množství práce na oddělení, personálním limit atd. Otázkou též zůstává, zda tento způsob podávání léků není v závěru riskantní a zdali vůbec sestře šetří čas.

Faktory pochybení mají často základ ve špatně nastaveném systému, a tím významně zvyšují riziko lidského omylu, ale možné příčiny mohou vycházet také

z lidského faktoru, intervencí, systému nebo techniky (Maďar, 2004; Škrla a Škrlová, 2003).

V rámci telefonické (ústní) ordinace pouze polovina komunikačních účastnic zná správný a celý postup. Dvě komunikační účastnice v rozhovoru uvedly, že neví, jak se ústní ordinace provádí, zbývající čtyři neuvedly, že je nutné ordinaci zopakovat. Je důležité si uvědomit, že telefonická ordinace probíhá v kritických situacích, kdy je nutné řešit aktuální stav pacienta, který vznikl především náhle. Proto by měl být každý zdravotnický pracovník školen na takovou událost, jelikož mnohdy může zachránit život. Jak uvádí Vondráček a Vondráček (2011), nevýhodou telefonní ordinace je, že je pro lékaře prakticky nemožné doložit, jak byla ordinace lékařem podána.

Při řešení absence ordinovaného léku na oddělení si celá polovina komunikačních účastnic sama dohledá náhradu ordinovaného farmaka a podá jej pacientovi bez předchozí konzultace s lékařem. Dvě z nich, jak bylo zjištěno, si při skrytém pozorování dokonce už náhrady léků pamatují. Názvy těchto zástupců připisují na původní originální ordinovanou krabičku s léky. Jednotlivá farmaka mají velký rozsah působení léčivých látek na odlišné orgány a na různá onemocnění, příznaky. Léky nelze považovat za totožné pouze podle léčivé látky už jen z důvodu odlišných nežádoucích účinků, která vyšla ve farmaceutických výzkumech při zavádění léků na trh a která jsou uvedena na příbalových letácích. Proto si klademe otázku, zda je toto rutinní chování v nemocničních zařízeních bezpečné. V tomto procesu je nejvíce ohrožen pacient. Lékař a všeobecná sestra by měli být partneři a spolupracovat spolu, aby nedocházelo k rizikovému chování. Proč jen pouhá třetina komunikačních účastnic odpověděla, že poprosí lékaře o přepsání ordinace a proč se při skrytém pozorování ozvaly pouze jen tyto dvě komunikační účastnice?

Výše zmíněné výsledky vyvrací výzkumné šetření, ve kterém převažovalo pozitivní hodnocení sester na lůžkových odděleních v ČR v oblasti klimatu na pracovišti, komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu a otevřená přátelská atmosféra (Brabcová a Bártlová a kol., 2015).

5.3 Vedení dokumentace

Kapitola Vedení dokumentace popisuje výsledky výzkumného šetření se zaměřením na problematiku nečitelnosti ordinací lékařů.

Velice známým, avšak stále zarážejícím faktem je ve velké míře nečitelnost ordinací, a to i v době, kdy lékaři používají elektronickou formu. Ta je v průběhu dne dopisována ručně – právě zde nastává problém čitelnosti, kterou uvedly všechny komunikační účastnice. Tato zpočátku banální záležitost, kterou lze snadno vyřešit, se může stát velice nebezpečnou situací, kdy by mohlo dojít k nezáměrnému podání jiného léku nebo správného léku v jiné dávce. Otázkou je, proč si sestry neověří správnost ordinace u lékaře a častěji hledají pomoc u svých kolegyně na oddělení. O vedení zdravotnické dokumentace se zmiňují také Brabcová, Bártlová a kol. (2015). Mezi rizika či nežádoucí události v ošetrovatelské praxi patří mimo jiné i nečitelnost zápisů, které patří mezi rizikové faktory, jež zvyšují pravděpodobnost selhání systému – následkem může být pochybení zdravotnických pracovníků. Povinností managementu nemocnice je budovat bezpečný systém, který by minimalizoval rizika a byl odolný vůči pochybení.

5.4 Operační rána a hygiena

Tato kapitola se zabývá důležitostí zápisu o provedených převazech operačních ran a jejich pravdivosti, plnění ordinací sestrou v častosti kontrol incizí po operačním výkonu, ale také velice důležitou hygienou rukou a používáním ochranných pomůcek, které jsou v pooperační péči základním preventivním opatřením nozokomiálních infekcí.

Všechny komunikační účastnice uvedly, že používají při převazu operační rány jednorázové rukavice, ale při skrytém pozorování nám vyšly zcela jiné výsledky. Tři komunikační účastnice (R4, R5, R11) nepoužily za celou dobu převazů operační rány ani u jednoho pacienta rukavice, jedna komunikační účastnice používala rukavice pouze u prosakujících ran. Je velice nebezpečné nepoužívat rukavice jako jednu ze základních ochranných pomůcek. Nejenže sestry ohrožují pacienty a jejich zdraví,

ale ohrožují i zdraví své. Může dojít k nozokomiálním nákazám a šíření možných nemocí. Problematikou nozokomiálních infekcí se zabývá Podstatová a Maďar (2011). Prevence nemocničních infekcí je dle těchto autorů stěžejním procesem, při kterém dochází ke skloubení vědomostí, přiměřené automatizaci správných návyků, odpovědnosti a zájmu o daný problém, aby se každé zdravotnické zařízení stalo bezpečným místem pro pacienty i personál.

Komunikační účastnice R6 a R8 při skrytém pozorování používaly chirurgické nástroje jen u některých pacientů, a to v nepravidelných intervalech. Při mém dotazu shodně odpověděly, že mají k dispozici pouze omezený počet sterilních chirurgických nástrojů. Je zarážející, že v dnešní době není dostatek pomůcek, aby byla zachována bezpečnost ošetrovatelské péče a postupů dle standardů. Maďar, Podstatová a Řehořová (2006) specifikují nejdůležitější zásady v pooperační prevenci. Incizi zakrýt sterilním obvazem na 24 až 48 hodin po operaci. Při výměně krycího obvazu na operační ránu používat sterilní pomůcky i materiál. Dodržovat zásady asepse při vykonávání převazu a jakémkoliv kontaktu s místem chirurgického výkonu.

Komunikační účastnice R4, R5 a R11 nepoužívaly jednorázové rukavice po celou dobu převazu a v rámci skrytého pozorování o své ruce nepečovaly jak na začátku převazování, tak ani během jednotlivých převazů. R4 a R5 si své ruce ani jednou neumyly a nevydezinfikovaly. Při rozhovoru však R4 uvedla, že si své ruce jak na začátku, tak během jednotlivých převazů myje a dezinfikuje. R5 odpověděla podobně, avšak mezi jednotlivými převazy si ruce už jen pouze vydezinfikuje, obdobně odpověděla i sestra R12. V rámci dodržování hygieny a bariérové ošetrovatelské péče lze zde sledovat nedostatky, které mohou ohrozit zdraví pacientů a samotných všeobecných sester. Ve výzkumném šetření Vytejková a kol. (2011), který je uveden v publikaci Brabcové, Bártlové a kol. (2015) vyšel velice zajímavý výsledek – všeobecné sestry riziko přenosu z rukou zdravotníka na pacienta považují téměř za nízké až zanedbatelné. Pouze jedna pětina z výzkumného vzorku připustila tuto cestu nákazy jako možnou.

V oblasti péče o operační ránu sedm komunikačních účastnic uvedlo, že kontrolují operační ránu u pacienta po operaci každou hodinu, přičemž ve skrytém

pozorování dvě z těchto všeobecných sester kontrolovalo operační ránu u pacienta po dvou hodinách, i když ordinace byla po hodině. Obdobná situace nastala i u sestry R9, kdy ordinace byla po jedné hodině, ale sestra kontrolovala až po hodinách dvou. Pokud jsem byla přítomna jako student, tak jsem měla chodit kontrolovat pacienta a operační ránu každou hodinu. Ostatní komunikační účastnice plnily ordinaci lékaře dle rozpisu. Je nutno tedy podotknout, že většina komunikačních účastnic má pečlivý přístup. O nutnosti kontroly rány publikují Janíková a Zeleníková (2013). Uvádějí, že u operační rány se sleduje prosáknutí jako známka krvácení, převaz – pokud nenastanou komplikace – se provádí až v pozdějších dnech.

Správné ošetření ran a celý proces léčby by měl být prováděn na základě jak teoretických, tak praktických znalostí, ale také na základě zodpovědnosti při zápisu o provedených převazech operačních ran. I když všechny komunikační účastnice provedly zápis o proběhlém převazu, je nutné posoudit, zda jsou tyto záznamy validní. Zákon č. 260/2001 Sb., o péči o zdraví lidu v paragrafu 67b odst. 4 uvádí, že zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně. Poznatky ze skrytého pozorování ukazují, že při zpětných zápisech si asi jedna třetina komunikačních účastnic nebyla zcela jistá o použitých farmakách. Další tři komunikační účastnice odhadovaly aplikované léčivé přípravky a podle toho učinily zápis, který je důkazem o provedené ošetrovatelské péči. Pouze jediná komunikační účastnice, která si nebyla jistá, šla k pacientovi, odkryla krytí rány a podle této vizuální kontroly provedla zápis o použitých přípravcích. V závěru si tedy byly svým správným zápisem o předchozím postupu převazu operační rány jisté pouze čtyři komunikační účastnice. Toto zjištění je dosti alarmující, neboť zápisy jsou nepravdivé a neodpovídají skutečnosti ošetrovatelské péče.

6 Závěr

Výzkumné šetření kvalitativního charakteru metodou rozhovoru a skrytého pozorování bylo zaměřené na zajištění bezpečné ošetrovatelské péče v pooperační době. Předmětem výzkumného šetření bylo zmapovat vybraná specifika v pooperační péči v rámci bezpečné léčby a zjistit, zda sestry dbají na dodržování zásad bezpečné péče v praxi. Objektem výzkumu byly všeobecné sestry pracující na chirurgických odděleních a dospávacích pokojích.

Na základě výzkumného šetření lze konstatovat, že všeobecné sestry na chirurgických odděleních a dospávacích pokojích jsou vystaveny jak psychicky, tak fyzicky náročné a vyčerpávající práci. Na zdravotní péči o pacienta se podílejí nemalou měrou, a proto je důležité, aby tato péče byla kvalitní a bezpečná.

Všeobecné sestry v procesu léčby nepostupují často dle standardů a nedodržují bezpečnou léčbu. Při sledování záměny pacientů je nutné velmi důrazně sledovat identifikační náramky, aby nedocházelo k ohrožení zdraví pacientů. Sestry by měly být v rámci vzdělávání stále informovány o nutnosti bezpečné identifikace pacientů a nutnosti prevence záměny.

Medikační chyby jsou velmi častou příčinou poškození pacienta. Riziko medikačního pochybení se zvyšuje i nesprávným skladováním rizikových léčiv. V našem šetření byla několikrát neuložena zpět na své místo, špatně skladována nebo ponechána volně dostupná pro kohokoliv. Nečitelnost ordinace lékařů řeší všeobecné sestry spíše odhadováním ordinace nebo pomocí od kolegyně na oddělení. K této oblasti patří také sestrou nahrazování ordinovaných léků, které na oddělení nejsou bez předešlé konzultace lékařem.

Alarmující je špatné či malé využívání dezinfekčních přípravků a ochranných pomůcek při převazu operační rány, což může vést k přenášení nozokomiálních nákaz. Za všechny omyly všeobecné sestry samozřejmě nemohou, je důležité, aby byl správně nastaven zdravotnický management, svou roli hraje i hektičnost a nízké počty pracovníků na odděleních. Sestra by měla pracovat tak, aby nedošlo k narušení bezpečného procesu léčby, a to především v chirurgické oblasti, kde dochází často

k nevratným změnám. Ošetřování pacienta v pooperační péči časné a pozdní patří k rizikové části hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení. V tomto období je nutná monitorace pacienta a předcházení rizikům, kontrola bolesti, operační rány, bezpečná identifikace pacienta, předcházení nežádoucím událostem jak v podávání léků, tak v pádech pacientů. Podstatné je též dodržování hygieny rukou, prevence nozokomiálních nákaz a šetrné převazování operační rány.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě výzkumného šetření byl připraven kurz pro všeobecné sestry pracující na chirurgických odděleních a dospávacích pokojích na téma „Bezpečná péče u pacientů v pooperační době.“

Kurz díky své široké teoretické obsáhlosti je navržen jako vícedenní.

První den dopoledne:

1. Mimořádná událost
 - a. *Hlášení nežádoucích událostí*
 - b. *Informační systémy*
2. Pády v nemocničních zařízeních
 - a. *Fenomenologie pádů*

První den odpoledne:

3. Identifikace pacientů
4. Zdravotnická a ošetřovatelská dokumentace
 - a. *Zásady vedení dokumentace*
 - b. *Fotodokumentace*
 - c. *Ošetřovatelská anamnéza*
 - d. *Propouštěcí a překladová zpráva*

Druhý den dopoledne:

5. Medikační pochybení
 - a. *Klasifikace medikačního pochybení*
 - b. *Druh medikačního pochybení*
 - c. *Hlášení medikačního pochybení*
 - d. *Riziková léčiva a telefonická ordinace*
 - e. *Dopad na pacienta – stupně poškození*

Druhý den odpoledne:

6. Pooperační péče bezprostřední a časná
 - a. *Operační rána*
 - b. *Asepsa a antisepsa*
 - c. *Dokumentace rány*
7. Hygiena rukou a použití rukavic

7 Seznam informačních zdrojů

BRABCOVÁ, Iva a kol., 2014. Medikační pochybení z perspektivy managementu zdravotnického zařízení. *Solen, Onkologie*. roč. 8, č. 4, s. 178-181. ISSN 1802-4475.

BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ a kol., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: Lidové noviny. 288 s. ISBN 978-80-7422-402-7.

COOPER, Carole a Jennifer NOLT, 2007. Development of an Evidence-based Pediatric Fall Prevention Program. *Journal of Nursing Care Quality*. [online]. vol. 22, iss. 2, p. 107-112 [cit. 2016-02-02]. ISSN 1550-5065. Dostupné z: http://journals.lww.com/jncqjournal/Citation/2007/04000/Development_of_an_Evidence_based_Pediatric_Fall/4.aspx.

CVACHOVEC, Karel a kol., 2012. Zásady bezpečné anesteziologické péče. *Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. [online]. [cit. 2015-10-05]. Dostupné z: http://www.csarim.cz/Public/csim/22%20%20DP_safety_anesth/CSARIM/_final_approval_140212.pdf.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2007. *Pracovní postup. Pracovní skupina pro kvalitu péče*. [online]. [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_p/p2007_0001/_revize_1.pdf.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, © 2008a. *Pády*. [online]. [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/pady/>.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, SVOBODOVÁ, Dita, 2012. *Zdravotnická dokumentace. Základní záznam zdravotnického zařízení*. [online]. [cit. 2015-10-05]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/akce/zdravotnicka_dokumentace_2012.pdf.

EUROPEAN COMMISSION, 2005. *Luxembourg Declaration on Patient Safety*. [online]. [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: http://www.eu2005.lu/en/actualites/documents_/travail/2005/04/06Patientsafety/Luxembourg_Declaration_on_Patient_/Safety_050420/05-1.pdf.

GLADKIJ, Ivan a kol., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. 380 s. ISBN 9788072269969.

GULÁŠOVÁ, Ivica, 2012. Etické aspekty ošetrovatelské anamnézy na JIP. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. č. 10, s. 32. ISSN 1210-0404.

HEDLOVÁ, Dana, 2011. Jak správně provádět hygienu rukou? *Solen, Interní medicína pro praxi*. roč. 12, č. 6, s. 185-186. ISSN 1212-7299.

HŘIB, Zdeněk a Pavel VYCHITIL, 2010. Kabinet veřejného zdravotnictví. 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče*. [online]. [cit. 2015-10-25]. Dostupné z: http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/Teoreticky_uvod_NU.pdf.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 8024788934.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2007. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Přeložil Radim VYHNÁNEK. Praha: Grada. 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

JURÁSKOVÁ, Dana, 2007. Ekonomické dopady úrazů a pádů u hospitalizovaných seniorů v ČR. *Pro lékaře. Česká geriatrická revue*. Praha: Ambit Media. č. 1, s. 33-40. ISSN 1214-0732.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KOUBOVÁ, Michaela, 2014. *Více očí a rizikové léky pod dohledem, tak zní poučení z Rumburku*. *Zdravotnický deník*. [online]. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/10/vice-oci-a-rizikove-leky-pod-dohledem-tak/-zni-pouceni-z-rumburku/>.

KRYSTÝNOVÁ, Martina, 2010. Bezpečnost pacienta při poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. č. 7-8, s. 14. ISSN 1210-0404.

MAĎAR, Jiří, 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0585-0.

MAĎAR, R., R. PODSTATOVÁ aj. ŘEHOŘOVÁ, 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. 178 s. ISBN 8024716739.

MARX, David, 2005. Riziko pádů ve zdravotnickém zařízení. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. roč. 1, č. 3, s. 139-140. ISSN 1801-1349.

MARX, David, 2013. Lékový management z pohledu Spojené akreditační komise. *Remedia*. [online]. roč. 23, č. 6, s. 422-423. [cit. 2015-12-05]. ISSN 2336-3541. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2013/6-2013/Lekovyman/agement-z-pohledu-Spojene-akreditacni-komise/e-1pe-1z2-1Ai.magarticle.aspx>.

MARX, David, 2015. *Nesprávná identifikace pacientů*. *Zdravotnický deník*. [online]. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/03/nespravna-identifikace-pacientu-2-dil-serialu-o-bezpeci-pacientu/>.

MARX, David a František VLČEK, 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Tigris. 168 s. ISBN 978-80-87323-04-05.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ České republiky, 2008. *Sledování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních následné péče 2007*. [online]. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://1url.cz/1tuNS>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ České republiky, 2009. *Metodické doporučení - Zavedení identifikace pacientů hospitalizovaných ve zdravotnickém zařízení nebo v zařízeních poskytujících sociální služby*. [online]. [cit. 2015-09-05]. Dostupné z: <http://1url.cz/gtu2K>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ České republiky, 2012. *Národní systém hlášení nežádoucích událostí*. [online]. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/narodni-system-/hlaseni-nu_2613_15.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ České republiky, 2013. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. [cit. 2015-10-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ České republiky, 2015. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online]. [cit. 2015-09-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2009_01%20AP%20KaB_201/50717PT.pdf.

NIL NOCERE, 2012. *Doporučené postupy v oblasti prevence a identifikace nežádoucích událostí v nemocnicích v České republice*. [online]. [cit. 2015-05-01]. Dostupné z: http://www.projecthope.cz/uploads/nil_nocere/PARTS-1-7pouze%20postupy-Aug15,2012.pdf.

PAJTLOVÁ, Marcela a Hedvika BORÝSKOVÁ, 2011. Péče o operační ránu v neurochirurgii. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. č. 7-8, s. 46-47. ISSN 1210-0404.

PAPARELLA, Susan, 2012. Accurate Patient Identification in the Emergency Department: Meeting the Safety Challenges. *Journal of Emergency Nursing*. vol. 38, iss. 4, p. 364-367. ISSN 0099-1767.

PITROVÁ, M., E. HLAVÁČKOVÁ a L. KROUTILOVÁ, 2013. Kvalita péče jako indikátor spokojenosti pacientů. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. č. 6, s. 30-31. ISSN 1210-0404.

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

PODSTATOVÁ, Renáta a Rastislav MAĎAR, 2007. Prevence infekcí v místě chirurgického výkonu. *Sestra*. Příloha: Instrumentářka. Praha: Mladá fronta. č. 4, s. 8. ISSN 1210-0404.

PODSTATOVÁ, Renáta a Rastislav MAĎAR, 2011. Nozokomiální nákazy. *Florence*. roč. 7, s. 40-41. ISSN 1801-464X.

POKOJOVÁ, Radka, 2011. Řízení rizik. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. roč. 21, č. 1, s. 29-30. ISSN 1210-0404.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3371-5.

PŘECECHTĚLOVÁ, Jana, 2013. Operační sál – asepse, antisepte, prostředky a typy sterilizace. *Florence*. č. 9, s. 38-40. ISSN 1801-464X.

RADA EVROPSKÉ UNIE PRO ZAMĚSTNANOST, SOCIÁLNÍ POLITIKU, ZDRAVÍ A OCHRANU SPOTŘEBITELE, 2009. *Council recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections*. [online]. [cit. 2015-09-05]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2/009_en.pdf.

SLEZÁKOVÁ, Ilona a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 8024731290.

SMĚRNICE NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, 2015. *Laboratorní příručka*. [online]. [cit. 2015-10-05]. Dostupné z: http://www.nemcb.cz/upload/files/NCB_TRS_/SME_12_002_/E_Laboratorni_p__iru__ka.pdf.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE České republiky, 2015. 7. *Výroční konference SAK "Udržitelnost kvality ve zdravotnictví"*. [online]. [cit. 2015-05-05]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/probehle-akce/rok-2015/7-vyrocní-konference-sak-udrzitelnost-kvality-ve-zdravotnictvi-.718/>.

ŠÍROVÁ, Leona a Hana ZAMASTILOVÁ, 2014. Postanestetická péče na dospávacím pokoji ve FN Ostrava a v ČR. *Florence*. roč. 10, č. 11, s. 26-29. ISSN 1801-464X.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 8071728411.

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

ŠTRBOVÁ, Pavlína, 2013. Lékové chyby v ošetrovatelství. *Solen, Klinická farmakologie a farmacie*. roč. 27, č. 1, s. 37-40. ISSN 1212-7973.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY České republiky, © 2010-2016. *Základní informace o ÚZIS ČR*. [online]. [cit. 2015-05-01]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nas>.

VĚSTNÍK Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/2004, *Metodická opatření - Koncepce ošetřovatelství*. Dostupný také z: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx/?souborID=5844&typ=application/zip&nazev=V%C4%9Bstn%C3%ADk%2092004/.zip>.

VĚSTNÍK Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/2005, *Metodický návod na mytí rukou MZ*. Dostupný také z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/metodicky/-navod/-na-myti-rukou-mz_2377_20.html.

VĚSTNÍK Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 8/2012, *Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče*. Dostupný také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html.

VOLEJNÍK, V., D. MARX a F. VLČEK, 2009. *Akreditační standardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče*. [online]. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://1url.cz/UtuNg>.

VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK, 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2629-8.

VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK, 2011. Právní aspekty ordinace léků po telefonu. *Solen, Neurologie pro praxi*. roč. 12, č. 5, s. 363. ISSN 1212-7973.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2763-9.

VYBÍHALOVÁ, Lenka, 2011. Problematika pádů u geriatrických pacientů v ZZ. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. č. 4, s. 44. ISSN 1210-0404.

VYHLÁŠKA č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>.

VYTEJČKOVÁ, Renata a kol., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 8024797429.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005. *World Alliance for Patient Safety*. WHO Library Cataloguing in Publication Data, Printed in France. p. 27. ISBN 92 4 159244 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012a. *Data and statistics*. [online]. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012b. *Topic Priority Setting for research on patient safety Operational Definitions*. [online]. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z: http://www.who.int/patientsafety/research/activities/topic_priority_setting_definitions.pdf.

ZAJÍC, Pavel, 2011. Závaznost negativního reversu. *Zdravotnictví a medicína*. č. 19. s. 40. ISSN 1805-2355.

ZÁKON č. 140/1961 Sb., trestního zákona. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupný také z: <http://www.unesco.org/culture/pdf/anti-piracy/CzechRepublic/cz-CriminalCode-cz>.

ZÁKON č. 40/1964Sb., občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupný také z: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/040-1964-sb-obcansky-zakonik.html>.

ZÁKON č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. *In: Sbíрка zákonů České republiky.* Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000/-101>.

ZÁKON č. 260/2001 Sb., o péči o zdraví lidu. *In: Sbíрка zákonů České republiky.* Dostupný také z: <http://1url.cz/1tuGO>.

ZÁKON č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách. *In: Sbíрка zákonů České republiky.* Dostupný také z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzb/y6102_1786_11.html.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA a kol., 2011. *Chirurgická propedeutika.* Praha: Grada. 3.vyd., 512 s. ISBN 8024774429.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Seznam klíčových otázek z rozhovorů se sestrami

Příloha 2 – Záznamový arch

Příloha 3 – Hlášení nežádoucích událostí

Příloha 1 - Seznam klíčových otázek z rozhovorů se sestrami

Téma diplomové práce: Zajištění bezpečí pacienta v pooperační péči.

BEZPEČNOSTNÍ CÍLE

Cíl: předcházení záměny pacienta, pádů, správné monitorace

Prevence: předcházení rizik a následků

1. Kdy a jakým způsobem provádíte identifikaci pacienta?
2. Jak často vyhodnocujete rizika pádů u pacientů?
3. Jaká máte opatření pro případ rizika pádů pacientů?
4. Jak postupujete v případě pádu pacienta?
5. Jak monitorujete pacienta bezprostředně po operaci? (bezprostřední pooperační péče-do 2hodin po operaci)
6. Co sledujete u pacienta v pooperační péči časně? (do 24 hodin po operaci)

Cíl: bezpečné podávání léků

Prevence: záměny léku (medikačního pochybení)

7. Jakým způsobem připravujete a podáváte léky pacientům (podnosový systém, mobilní lékárny)?
8. Jakým způsobem máte na Vašem oddělení nastaven systém ústní ordinace?
9. Co uděláte, když Vám lékař předepíše lék, který v lékárně nemáte?
10. Jakým způsobem máte uloženy rizikové léky (inzulín, neředěný heparin, vysokokonzentrované roztoky např. KCl – chlorid draselný 7,45% a více)?
11. Jaká si myslíte, že hrozí rizika při skladování, přípravě a podávání těchto léků?
12. Která rizika jsou podle Vás nejčastější a která nejvýznamnější?
13. Jakým způsobem jim předcházíte?

14. Jak byste řešila situaci, kdyby, jste podala léky jinému pacientovi a on by je užil?

15. Jak řeší vedení nahlášení těchto nežádoucích událostí?

Cíl: efektivní vedení dokumentace, překlady pacientů

Prevence: neúplné, nečitelné dokumentace a překladů pacientů

16. Měla jste někdy problém přečíst ordinaci lékaře (medikace, převaz....)?

17. Jak jste tuto skutečnost řešila?

18. Jakým způsobem Vám předepisují lékaři léky, ordinace převazů... (elektronicky, písemně)?

19. Jak máte nastaven systém používání zkratk v dokumentaci?

20. Jaký máte systém překlada pacienta po operaci (dospávací pokoj, JIP) na Vaše oddělení?

21. Jaký máte systém překlada pacienta ze sálu na dospávací pokoj?

22. Jak u Vás probíhá předání pacienta během střídání služeb?

23. Můžete mi prosím popsat, jak překládáte pacienta na jiné oddělení?

24. Jaká jsou rizika při těchto překladech pacientů?

Cíl: správná péče o operační ránu

Prevence nesprávné péče o operační ránu

25. Kdo u Vás na oddělení převazuje ránu?

26. Kdy převazujete na Vašem oddělení poprvé operační ránu po operaci?

27. V jakých intervalech převazujete operační ránu?

28. Jak často kontrolujete operační ránu v pooperační péči časně?

29. Co sledujete u operační rány?

30. Jaké používáte ochranné pomůcky při převazu operační rány?

31. Jak byste provedla mechanické mytí rukou (MMR) a hygienickou dezinfekci rukou (HDR)?
32. Jakým způsobem provádíte péči o své ruce před zahájením převazování a jak mezi jednotlivými převazy u pacientů?
33. Zapisujete někam převaz operační rány?
34. Pokud ano, co vše v rámci tohoto zápisu zaznamenáváte?
35. Máte na oddělení vypracovaný standard na převaz rány?

Zdroj: vlastní

Příloha 2 – Záznamový arch

Téma: Bezpečná pooperační péče na chirurgických odděleních a dospávacích pokojích

Respondent 1 - 12

Kategorie: Předcházení záměny pacienta a pádů

Kdy a jakým způsobem identifikovala sestra pacienta?

Jaké opatření využívá sestra pro případ rizika pádů pacientů?

Kategorie: Monitorace pacienta po operaci

Jak sestra monitoruje pacienta bezprostředně po operaci?

Co sleduje sestra u pacienta v pooperační péči časně?

Kategorie: Medikace

Podkategorie: A: Rizikové léky

Jakým způsobem nakládá sestra s rizikovými léčivy?

Kategorie: Medikace

Podkategorie: B: Podávání léků, mimořádná událost

Jakým způsobem připravuje a podává sestra léky pacientům (podnosový systém, mobilní lékárny)?

Jakým způsobem sestra reagovala v případě ústní ordinace?

Jak se zachovala sestra, když ji lékař předepsal lék, který v lékárně nebyl?

Kategorie: Operační rána a hygiena

Podkategorie: A: Péče o ruce, ochranné pomůcky v době převazu

Jaké používala sestra ochranné pomůcky při převazu operační rány?

Jak prováděla sestra péči o své ruce před zahájením převazování a jak mezi

jednotlivými převazy u pacientů?

Kategorie: Operační rána a hygiena

Podkategorie: B: Péče o operační ránu

Kdo převazoval operační ránu?

Jak často kontrolovala sestra operační ránu po operaci?

Zapsala někdy sestra provedený převaz operační rány?

Zdroj: vlastní

Příloha 3 – Hlášení nežádoucích událostí

Hlášení nežádoucích událostí

I. Typ (vyžaduje ošetření)

- Pád se zraněním
- Selhání zdravotnické techniky
- Popáleniny
- Náraz na pevný objekt s násled. zraněním
- Pokus o sebevraždu
- Sebeпоškození
- Nečekané úmrtí během diag./terap. výkonu
- Zranění pacienta jiným pacientem
- Medikační incident
- Incident spojený s procedurou
- Jiné

II. Typ (nevyžaduje ošetření)

- Pád bez zranění
- Ztráta nebo poškození nemocničního majetku
- Ztráta nebo poškození majetku pac., zaměstnance
- Svěvolný odchod pacienta z nemocnice
- Náraz na pevný objekt
- Problém s identifikací pacienta
- Ohrožení zaměstnance (slovní, fyzické)
- Selhání zdravotní techniky
- Medikační incident
- Incident spojený s procedurou
- Jiné incidenty

- Pokoj pacienta
- WC
- Koupelna
- Chodba
- Jídelna
- Jiné

- Ambulance
- Operační sál
- Schodiště
- Venkovní areál
- Výtah
- Laboratoř
- Rentgen
- Contrální četa
- Lékárna
- Rehabilitace
- Jiné

Přičina pádu	Obuv	Mobilita pacienta	Zařízení
<input type="checkbox"/> Urlikouzlí	<input type="checkbox"/> Uzpůsobená obuv	<input type="checkbox"/> Plně mobilní	<input type="checkbox"/> Nepřipravené lůžko
<input type="checkbox"/> Mokrá podlaha	<input type="checkbox"/> Speciální obuv	<input type="checkbox"/> Částečně mobilní	<input type="checkbox"/> Obě postelice v pozici
<input type="checkbox"/> Inkontinence	<input type="checkbox"/> Přezůvky	<input type="checkbox"/> Imobilní	<input type="checkbox"/> Pouze jedna postelice
<input type="checkbox"/> Ztráta vědomí	<input type="checkbox"/> Pantofky	<input type="checkbox"/> Klid na lůžku	<input type="checkbox"/> Výstraha
<input type="checkbox"/> Záchvat	<input type="checkbox"/> Sádla	<input type="checkbox"/> Chůze	<input type="checkbox"/> Zvonek v dosahu
<input type="checkbox"/> Převoz	<input type="checkbox"/> Žádné	<input type="checkbox"/> Chůze s doprovodem	<input type="checkbox"/> Omezení pohybu
<input type="checkbox"/> Závada zařízení	<input type="checkbox"/> Jiné	<input type="checkbox"/> Chůze s pomůckou	<input type="checkbox"/> Seltání vozíčku
<input type="checkbox"/> Pád z lůžka		<input type="checkbox"/> Vozíček	<input type="checkbox"/> Jiné
<input type="checkbox"/> Jiné			

1. Medikační a léčebné incidenty

<input type="checkbox"/> Lék nepodán	<input type="checkbox"/> Procedura nebyla provedena
<input type="checkbox"/> Lék podán jinému pacientovi	<input type="checkbox"/> Procedura provedena nesprávně
<input type="checkbox"/> Nekorektní rychlost podání	<input type="checkbox"/> Procedura provedena na nesprávném pacientovi
<input type="checkbox"/> Nesprávná dávka / koncentrace	<input type="checkbox"/> Nesprávná procedura
<input type="checkbox"/> Špatný způsob / místo podání	<input type="checkbox"/> Problém s diagnostickým vzorkem (krv. moč)
<input type="checkbox"/> Nesprávná metoda podání	<input type="checkbox"/> Problém se zdravotnickou technikou
<input type="checkbox"/> Nesprávný lék	<input type="checkbox"/> Jiné
<input type="checkbox"/> Alergická reakce	
<input type="checkbox"/> Neshoda v počtu opisek	
<input type="checkbox"/> Jiné	

2. Stav pacienta před incidentem a výsledek incidentu

<input type="checkbox"/> Orientovaný	<input type="checkbox"/> Žádné zjevné zranění
<input type="checkbox"/> Dezorientován	<input type="checkbox"/> Psychická trauma
<input type="checkbox"/> S poruchou vědomí	<input type="checkbox"/> Popáleniny
<input type="checkbox"/> Pod anestézií	<input type="checkbox"/> Zlomenina
<input type="checkbox"/> Z úst je cítit alkohol	<input type="checkbox"/> Zranění s potřebou šití
<input type="checkbox"/> Pod sedativy	<input type="checkbox"/> Jiné
<input type="checkbox"/> Pod vlivem drog	
<input type="checkbox"/> Jiné	

3. Stručný a věcný popis incidentu

4. Událost byla nahlášena (komu)

<input type="checkbox"/> Policie ČR, městská policie	<input type="checkbox"/> Ústavní hygienik
<input type="checkbox"/> Hasičský sbor	<input type="checkbox"/> Psycholog, psychiatr
<input type="checkbox"/> Technik BOZP a PO	<input type="checkbox"/> Rodičům dítěte
<input type="checkbox"/> Sociální zařízení - odkud pacient přišel	
Vedení oddělení - nemocnice	

5. Doporučená nápravná opatření

Zdroj: NIL NOCERE, 2012

Doporučené postupy v oblasti prevence a identifikace nežádoucích událostí v nemocnicích v České republice.