

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Dagmar Kudrličková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## **Management rizik v intraoperační ošetrovatelské péči**

bakalářská práce

Autor práce: Dagmar Kudrličková

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Ing. Iva Brabcová

Datum odevzdání práce: 3. května 2013

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou 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 bakalářské 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 (datum)

.....

(jméno a příjmení)

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí práce Ing. Ivě Brabcové za cenné rady, ochotu a trpělivost při zpracování mé výzkumné práce. Děkuji i PhDr. Karlu Cejnarovi, CSc. a také všem respondentkám, které se zúčastnily výzkumného šetření.

## **Abstrakt – Management rizik v intraoperační ošetrovatelské péči**

**Současný stav:** Management rizik představuje strategii nasměrovanou k dobré pověsti zdravotnického zařízení, k ochraně majetku, pacientů a zaměstnanců před případnými škodami na zdraví. Management rizik se skládá ze čtyř navzájem propojených fází: identifikace, ohodnocení, zmírnění a monitoringu. Prevence rizik a bezpečnost pacienta a zdravotnického personálu vyžaduje zapojení všech členů multidisciplinárního týmu (Pokořová, 2011; Škrála a Škrlová, 2003).

**Předmět:** Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo identifikovat rizika při poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období a zmapovat zabudování preventivních mechanismů do rizikových procesů při poskytování ošetrovatelské péče v tomto období.

**Metodika:** Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Technika sběru dat probíhala pomocí nestandardizovaného (hloubkového) rozhovoru se sestrami. Spoluúčast na rozhovorech byla dobrovolná a anonymní. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány. Na začátku rozhovorů byla zjišťována objektivní data týkající se věku, délky praxe ve zdravotnictví a nejvyššího dosaženého vzdělání sester. První část rozhovorů byla zaměřená na otázky týkající se identifikace rizik ošetrovatelské péče v intraoperačním období. Následovala část s otázkami, které se vztahovaly k zmapování preventivních mechanismů do rizikových procesů v intraoperačním období. Během rozhovorů se sestrami byly položeny i doplňující otázky, kde byla snaha jít v rozhovorech do hloubky tématu a udržet plynulost celého průběhu rozhovorů.

**Výzkumný soubor:** Výzkumný soubor byl zaměřen na výzkumný problém. Soubor byl tvořen sestrami Nemocnice Písek, a.s. Osloveno bylo šest sester. Tři sestry pracovaly jako perioperační sestry a další tři jako anesteziologické sestry. Rozhovory a výzkumné otázky byly zaměřeny na rizika ošetrovatelské péče v intraoperačním období z pohledu anesteziologických a perioperačních sester. Místem konání rozhovorů bylo sesterské zázemí centrálních operačních sálů. Ke kritériím výběru sester patřilo: odlišná délka praxe, odlišné vzdělání a různá věková kategorie sester. Všechny sestry splňovaly také kritérium v poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období.

Vzorkování bylo ukončeno při dosažení teoretické nasycenosti, kdy se odpovědi respondentek začaly opakovat (tedy po provedení šesti rozhovorů).

**Výsledky:** Anesteziologické a perioperační sestry jsou při poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období ohroženy riziky, které mají souvislost s jejich pracovním prostředím na operačních sálech. K těmto pracovním rizikům patří fyzikální (ionizující záření), chemické (riziko inhalace anestetik), biologické (riziko infekce) a psychologické zátěžové faktory (stres). Pacient je v intraoperačním období ohrožen riziky, které mají souvislost s podáváním anestézie (obtížná intubace), s operačním výkonem (riziko popálení) a s celkovým pobytem pacienta na operačním sále (klimatizované prostředí). Jako možné způsoby předcházení a řešení rizik pracovního prostředí sester lze uvést dostatečnou komunikaci v multidisciplinárním týmu, používání jednorázových ochranných pomůcek, dostatek volna po náročných službách a dodržování směrnic, standardů a platné legislativy. V prevenci vybraných rizik, které ohrožují pacienta v intraoperačním období, lze jako možné eventuality prevence doporučit: během podávání anestézie (kontrolu anesteziologické techniky, léků a pomůcek), během operačního výkonu (dodržování aseptických postupů) a v průběhu celého pobytu pacienta na operačním sále lze doporučit (pravidelné audity intraoperační péče a zdravotnické dokumentace spolu s dodržováním směrnic a standardů ošetrovatelské péči).

**Závěry:** Intraoperační ošetrovatelská péče patří k nejrizikovější části celé hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení. V tomto období je podstatná monitorace a předcházení rizikům, které bezprostředně pacienta ohrožují. Sestry by si měly být plně vědomy všech těchto rizik a aktivně zapojovat pacienta a jeho rodinu do procesu poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. Součástí tohoto procesu by měla být sesterská edukace pacienta a cenné rady, k nimž lze zařadit: zapojování své rodiny a blízkých osob do ošetrovatelské péče, věnování se informacím a edukačním materiálům, zapojování se do prevence rizik v ošetrovatelské péči, aktivní přístup v péči o své zdraví, dotazování a nenechání se odbýt, udávání pravdivých informací o svém zdravotním stavu.

**Klíčová slova:** management, riziko, ošetrovatelská péče, intraoperační období

## **Abstrakt – Management of Risk in an Intraoperative Care**

**Current Status:** The **management** of risk is a strategy directed to the good reputation of the medical facilities, to protect assets, patients and employees from any harm to health. Risk management consists of four interrelated phases: identification, assessment, mitigation and monitoring. Risk prevention and safety of patient and medical personnel requires the involvement of all members of the multidisciplinary team (Pokořová, 2011; Škrla and Škrlová, 2003).

**Subject:** The main aim of the research was to identify the risks in the provision of nursing care during the intraoperative period and map installation of preventive mechanisms in the risk processes in providing nursing care during this period.

**Methods:** The method of qualitative research was selected for survey research. Techniques of data collection was carried out using nonstandardized (depth) interview with the sisters (nurses). Participation in the interview was voluntary and anonymous. Interviews were recorded on the tape recorder and subsequently transcribed word for word. At the beginning of the talks were checked up objective data on the age, length of experience in the health service and educational attainment of nurses. The first part of the discussion focused on issues related to risk identification of nursing care in the intraoperative period. Followed by a section with questions related to the mapping preventive mechanisms to risk processes in the intraoperative period. During interview with nurses were asked supplementary questions which endeavoured to go in depth interview to the topic and keep the flow of the interviews.

**Participants:** The research sample was studied with regard to the research problem. The group consisted of sisters of Hospital Písek, a.s. Six sisters were addressed. Three sisters worked as perioperative nurses and the other three as anesthetist nurses. Interviews and research questions were focused on the risk of nursing care in the intraoperative period from the perspective of anesthesia and perioperative nurses. The venue of talks were sister facilities of central operating theaters. The selection criteria of sisters were: different period of practice, different education and different ages of sisters. All the sisters (nurses) met a criterion in providing nursing care in the intraoperative period. Sampling was terminated by reaching theoretical

saturation when the answers of the respondents started to be repeated (also after six interview).

**Results:** Anesthetist and perioperative nurses providing nursing care in the intraoperative period are put at risks that are associated with their work in the operating theaters. These include physical occupational risks (ionizing radiation), chemical (risk of anesthetics inhalation), biological (risk of infection) and psychological stress factors. The Patient is in the intraoperative period a risk that are associated with the administration of anesthesia (difficult intubation), with surgery (risk of burns) and a total stay of patient in the operating theater (air-conditioned environment). As a possible means of preventing and managing risks in the working environment of nurses can mention an adequate communication within a multidisciplinary team, the use of disposable protective equipment, ample off after intensive services and keeping on instructions, standards and relevant legislation. In the prevention of chosen risks that threaten the patient in the intraoperative period can recommend as possible eventualities of prevention: during administration of anesthesia (anesthesia techniques monitoring medications and device monitoring), during surgery (adherence to aseptic procedures) and during the whole stay of a patient in the operating room (theatre) we can recommend regular audit of intraoperative care and medical records with keeping on instructions and standard of nursing care.

**Conclusions:** Intraoperative nursing care is one of the most high-risk part of hospitalization in the medical facilities. During this period is very important a substantial monitoring and prevention of risks that threaten the patient immediately. Sisters would be fully aware of these risks and involve the patient and family in providing safe nursing care. The necessary part of this process should be the patient's education and valuable advice. We can mention: engage your family and near relations and friends in nursing care, pay attention to information and educational materials, engage in risk prevention in nursing care, engage proactive approach in taking care of your health, ask questions and do not take no for an answer, give accurate information about your health.

**Key words:** management, risk, nursing care, intraoperative period



## Obsah

Seznam použitých zkratk	10
Úvod	11
1 Současný stav	12
1.1 Základní pojmy a jejich definice	12
1.2 Management v ošetrovatelství	13
1.3 Kultura bezpečí a organizace práce na oddělení	14
1.4 Program, cíle a metodologie řízení rizik	15
1.4.1 Identifikace rizik	16
1.4.2 Kritické a kreativní myšlení sester	16
1.4.3 Role pacienta v managementu rizik	17
1.4.4 Zdravotnický personál a rizika	18
1.4.5 Rizika pracovního prostředí sester	19
1.4.6 Zdravotnická technika a rizika	19
1.4.7 Rizika při podávání léků	21
1.4.8 Rizika v perioperační ošetrovatelské péči	22
1.4.9 Riziko nozokomiálních nákaz	24
1.5 Vyhodnocení rizik- audity ve zdravotnictví	25
1.5.1 Metodika stopař	26
1.5.2 Standardy ošetrovatelské péče	27
1.6 Řešení rizik	28
1.6.1 Analýza možností vzniku a následků selhání (FMEA)	28
1.6.2 Akreditace zdravotnických zařízení	30
1.7 Nežádoucí události	31
1.8 Prevence rizik v ošetrovatelské péči	32
1.8.1 Prevence rizik a zdravotnická technika	33
1.8.2 Prevence rizik při podávání léků	34
1.8.3 Prevence rizik v intraoperační ošetrovatelské péči	34
1.8.4 Prevence rizik pracovního prostředí sester	35

1.8.5	Prevence nozokomiálních nákaz .....	35
2	Cíle práce, výzkumné otázky .....	36
2.1	Cíle práce .....	36
2.2	Výzkumné otázky.....	36
3	Metodika.....	37
3.1	Použitá metoda výzkumného šetření.....	37
3.2	Postup při analýze rozhovorů se sestrami .....	37
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	38
4	Výsledky.....	40
4.1	Rozhovory se sestrami .....	40
4.1.1	Rozhovor 1 .....	40
4.1.2	Rozhovor 2.....	43
4.1.3	Rozhovor 3 .....	46
4.1.4	Rozhovor 4 .....	48
4.1.5	Rozhovor 5 .....	51
4.1.6	Rozhovor 6.....	54
4.2	Výsledky - kategorizace dat z rozhovorů se sestrami .....	57
4.2.1	Rizikové faktory pracovního prostředí sester na operačních sálech .....	57
4.2.2	Rizika pro pacienty během intraoperační péče .....	60
4.2.3	Preventivní mechanismy vybraných rizik v intraoperačním období.....	68
5	Diskuze .....	72
5.1	Rizika související s výkonem povolání perioperačních a anesteziologických sester .....	72
5.2	Rizika pro pacienta během intraoperační péče.....	74
5.3	Preventivní mechanismy vybraných rizik v intraoperačním období .....	76
6	Závěr.....	80
6.1	Doporučení pro praxi .....	81
7	Seznam informačních zdrojů .....	82
8	Přílohy .....	85
8.1	Seznam příloh.....	85

## **Seznam použitých zkratk**

<b>ARO</b>	anesteziologicko-resuscitační oddělení
<b>ČR</b>	Česká republika
<b>FMEA</b>	Failure mode and effect analysis
<b>HFMEA</b>	Healthcare Failure mode and effect analysis
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>NU</b>	Nežádoucí události

## Úvod

*„Nevyhýbej se riziku, nauč se ho řídit“.*

*(Robert Kiyosaki)*

V současné době dochází k nárůstu medializace řady problémů, ke kterým dochází během poskytování lékařské a ošetrovatelské péče v českém zdravotnictví. Bezpečná péče o pacienta během hospitalizace v nemocničním zařízení a její řízení se postupně stává stěžejní záležitostí pro řadu zdravotnických zařízení. Dalo by se i říci, že představuje určitou výzvu a zamyšlení nad tím, jak efektivně a bezpečně poskytovat ošetrovatelskou péči a vést zdravotnické zařízení kvalitní, účinnou a bezpečnou cestou (Škrla a Škrlová, 2008).

K volbě tématu mé výzkumné práce mne vedla má každodenní profese anesteziologické sestry a také zamyšlení nad tím, jak vykonávat svoji práci a poslání lépe. Ošetrovatelská péče o pacienta v intraoperačním období se řadí mezi nejrizikovější. Ve své praxi se denně s těmito riziky setkávám a nutno podotknout, že je i společně se spolupracovníky řeším. Životní situace a každodenní činnosti mnohdy člověk vykonává automaticky, aniž by o nich přemýšlel. Rozhodla jsem se dělat svoje každodenní činnosti jinak a o rizicích v intraoperační ošetrovatelské péči popřemýšlet a napsat o nich tuto práci.

Cílem mé výzkumné práce bude identifikovat rizika při poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období a zmapovat zabudování preventivních mechanismů do rizikových procesů během poskytování ošetrovatelské péče v tomto období. Ve výzkumném šetření použiji metodu hloubkových rozhovorů s anesteziologickými a perioperačními sestrami, které poskytují ošetrovatelskou péči pacientovi v intraoperačním období. Otázky v rozhovorech budou zaměřeny na rizika a preventivní mechanismy v intraoperační ošetrovatelské péči.

# 1 Současný stav

## 1.1 Základní pojmy a jejich definice

„Management rizik je jedním ze základních prvků moderního managementu. Zabývá se neustálým zvažováním možností výskytu nežádoucích událostí a náročností, účinností a ekonomikou preventivních opatření nutných k zabránění identifikovaných nežádoucích situací (Škrála a Škrlová, 2003, s. 196)“. Management rizik dle Škrlových (2003) představuje strategii nasměrovanou k dobré pověsti zdravotnického zařízení, k ochraně majetku, pacientů a zaměstnanců před případnými škodami na zdraví. Management rizik se skládá ze čtyř navzájem propojených fází: identifikace, ohodnocení, zmírnění a monitoringu (Pokořová, 2011).

„Management je třeba chápat jako ucelený soubor ověřených přístupů, názorů, zkušeností, doporučení a metod, které subjekty managementu, tj. vlastník, manažer, pracovník, neformálně vybraný vůdce kolektivu, jednotlivec při řízení sebe sama užívají ke zvládnutí specifických činností (plánování, organizování, řízení manažerských procesů, vedení lidí apod.), jež jsou nezbytné k dosažení cílů organizací, firem, skupin a jednotlivce (Svobodník, 2009, str. 7)“.

Ošetrovatelství lze chápat jako „samostatnou vědeckou disciplínu zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004, str. 3)“.

Hlavním cílem ošetrovatelství je komplexně a systematicky uspokojovat potřeby člověka s respektováním individuální kvality života, která směřuje k navrácení a udržení zdraví, zmírnění psychické a fyzické bolesti během umírání. Ošetrovatelství v sobě nese pomoc, moudrost a lásku (Farkašová, 2006; Ministerstvo zdravotnictví České Republiky, 2004).

## 1.2 Management v ošetrovatelství

Efektivní vedení zdravotnických zařízení má za následek poskytování špičkové péče pro své pacienty. Manažeři působící ve zdravotnictví na různých postech mají důvěru a odpovědnost. Každé zdravotnické zařízení jmenuje tyto osoby a společně zajišťují fungování lékařské a ošetrovatelské péče pro pacienty. Zdravotnické služby jsou specifické v tom, že ovlivňují nejvýraznější a nejzákladnější hodnoty člověka, ke kterým patří kvalita života a lidské zdraví. V ošetrovatelství existují dva podobné pojmy související s managementem, ale každý z těchto termínů disponuje jiným významem (Plevová a kol., 2012; Jarošová, 2004).

Management v ošetrovatelství poskytuje informace o aplikaci řízení na jednotlivých úrovních ošetrovatelské péče. Od komerčního managementu v ostatních oborech se odlišuje filozofií svých služeb. V tomto managementu se prolínají dva cíle, a to finanční a ošetrovatelský. Jedná se o snahu v poskytování co nejkvalitnější zdravotní péče za co nejnižší finanční náklady. Termín ošetrovatelský management se vyznačuje řešením sesterské práce. Ve výkladu tohoto termínu se jedná o ošetrovatelský proces u pacientů, kterým sestra vykonává a plánuje svoji činnost. Charakteristické pro management v ošetrovatelství jsou dva cíle: kvalitní personál a kvalitní služby. V novém paradigmatu ošetrovatelství se pozornost ubírá na myšlenku „myslet jinak“. Na sestry manažerky jsou kladeny vysoké nároky. Je na nich samotných, jak tuto výzvu uchopí a disponují s ní a umí vézt svůj multidisciplinární tým (Plevová a kol., 2012).

Ošetrovatelství je specifické v tom, že poskytuje vysoce individualizovanou a holistickou péči. Dle Jarošové (2004) je manažerkou každá sestra. Je to proto, že už při standardní péči o pacienta a jeho rodinu používá prvky manažerských funkcí, které se realizují pomocí ošetrovatelského procesu.

Vrcholový management řídí a organizuje hlavní činnosti zdravotnických zařízení. Jde především o špičkové pracovníky soustředující se na poslání a vize, strategické plánování a zabezpečení potřebných zdrojů pro veškerou činnost zdravotnického odvětví. Tito pracovníci mají manažerské a ošetrovatelské, případně lékařské vzdělání (Hekelová, 2012; Jarošová, 2004).

Manažer rizik (dále jen manažer) koordinuje náročný proces prevence a kontroly širokého spektra rizik, ke kterým může ve zdravotnických zařízeních docházet. Mezi odpovědnost manažera patří skutečnost, že všichni zaměstnanci si jsou vědomi možných rizik a systematicky pracují na jejich snížení a prevenci. Ředitel zdravotnického zařízení jmenuje manažera do jeho funkce v součinnosti s Radou pro kvalitu. Manažer přispívá k motivaci zaměstnanců k osobní odpovědnosti, bezpečné lékařské a ošetrovatelské péče a jejímu poskytování. V neposlední řadě nese také zodpovědnost za konečné výsledky této snahy. Má rovněž vliv na myšlení a chování zaměstnanců v tom, že určuje směr bezpečnější péče. Manažer by měl mít podporu a důvěru top managementu zdravotnického zařízení. Přirozená autorita a úcta kolegů se řadí k dalším charakteristikám manažera (Jarošová, 2004; Hekelová, 2012).

### **1.3 Kultura bezpečí a organizace práce na oddělení**

Bezpečnostní kultura se projevuje tak, že zaměstnanci zdravotnického zařízení mají chuť a nadšení poskytovat bezpečnou lékařskou a ošetrovatelskou péči. Zaměstnanci nemají strach a obavy přiznat případné pochybení. Ve zdravotnických zařízeních s kulturou bezpečí je vytvořeno takové pracovní prostředí, kde celý multidisciplinární tým pracuje na minimalizaci rizik a zabránění pochybení. Má-li být tento systém funkční, zahrnuje se do poslání, vizí a strategií celého zdravotnického zařízení. Systém s kulturou bezpečí je podporován zaměstnanci, právníky a top managementem. Pochybení a omyly jsou výsledkem mnoha příčin a nejde pouze o selhání jednotlivce. K zajištění bezpečné kultury na pracovišti je prioritní změna v přístupu manažerů k pochybení svých zaměstnanců (Škrla a Škrlová, 2003).

Management zdravotnického zařízení podporuje bezpečnostní kulturu oceňující vhodnou komunikaci, prevenci rizik a hlášení nežádoucích událostí. Bezpečnostní kultura naopak nepodporuje nedbalost, neodpovědnost a nekompetentnost v přístupu a péči o pacienty. Manažer rizik se podílí na bezpečnější kultuře tím, že poskytuje a získává nejnovější informace. Navrhuje strategie, provádí školení personálu na

oddělení, motivuje zaměstnance, spolupracuje na hlášení nežádoucích událostí, buduje bezpečné systémy a procesy. V České republice vede bezpečnější kultura na oddělení zdravotnických zařízeních k zlepšení ošetrovatelské a léčebné péče (Svobodník, 2009; Škrla a Škrlová, 2003).

Definice organizační kultury je mnoho. Jedna z nich pojednává o tom, že organizační kultura odkrývá základní hodnoty a přesvědčení zařízení, tak jak jsou prezentovány top managementem a kopírovány svými zaměstnanci. Nezdravá organizační kultura odráží jedno z největších rizik vážného a déletrvajícího selhání. Pozitivní vliv zdravé organizační kultury na úspěch a perspektivu pro zařízení, kde se poskytuje léčebná péče, je podstatný. Organizační kultura je komplexní záležitost: obtížně se vytváří a mění. Jako celek drží organizační kultura členy multidisciplinárního týmu oddělení pohromadě během obtížných a stresujících situací (Škrla a Škrlová, 2003; Plevová a kol.; 2012).

#### **1.4 Program, cíle a metodologie řízení rizik**

Řízení rizik představuje důležitou část základních předpokladů současného managementu ve zdravotnictví. Věnuje se neustálému posuzování možností výskytu nežádoucích situací a náročností, hospodárností a účinností preventivních opatření podstatných k zabránění nežádoucích situací. Zdravotnická zařízení považují za riziko vše, co v sobě nese význam nejistoty nebo nežádoucí proměnlivosti. Do náplně programu řízení rizik spadá prevence ohrožení zdrojů, k nimž patří zdroje finanční, lidské, problematika času či majetku. Nelze opomenout nežádoucí události a jejich důslednou prevenci. Řízení rizik nese ve svém programu i vytvoření a následné dodržování podstatných směrnic a prevenci soudních sporů. Program řízení rizik se zabývá i nástroji, které efektivně řeší problematiku pochybení ve zdravotnictví (Škrla a Škrlová, 2008.; Pokojová, 2011).

Cílem programu řízení rizik je snaha o minimalizaci výskytu rizik nesoucích možnost poškození zdraví pacienta či zdravotnického personálu anebo ohrožení pověsti



zdravotnického zařízení. Existující a potenciální rizika se vyhodnocují a dále se s nimi pracuje. Cíl programu míří k vytvoření strategií pro identifikování rizik a jejich následnou prevenci. Univerzální předloha řízení rizik ve zdravotnictví neexistuje. Výběr správného modelu řízení a jeho následná efektivita spočívá v podpoře vrcholového managementu a všech ostatních zaměstnanců, včetně zapadnutí do strategií a vizí zdravotnického zařízení. Metodologie řízení rizik se skládá ze čtyř fází: identifikace rizik, vyhodnocení rizik, řešení rizik a zpětné vazby (Pokořová, 2011; Škrla a Škrllová, 2003).

#### **1.4.1 Identifikace rizik**

Prvním krokem v řízení rizik je jejich identifikace. Vybraný tým zdravotnického zařízení identifikuje hlavní rizikové oblasti/faktory vyskytující se na daném oddělení. Důraz je zaměřen na procesy, které se často opakují, jsou vysoce rizikové a problémové samy o sobě. Při výběru rizikových oblastí se klade důraz na vlastní zkušenosti, zkušenosti jiných zdravotnických zařízeních, na odbornou literaturu, informace z internetu či nejnovější výzkumné a vědecké výsledky. Identifikaci rizik lze provádět metodou brainstormingu pod vedením koordinátora pro kvalitu příslušného zdravotnického zařízení. Anglický název brainstorming je založen na myšlence, že je podstatné oddělovat vymyšlení nápadů od jejich kritického posuzování. Tato metoda vznikla před 2. světovou válkou a je spojena s reklamním průmyslem (Mikuláščík, 2010; Plevová a kol., 2012).

#### **1.4.2 Kritické a kreativní myšlení sester**

Myslet kriticky znamená systémově a pohotově vyřešit obtížné situace. Kritické myšlení je založeno na faktech a důkazech a vymyká se emocím a domněnkám. Je to myšlení s kontrolou a zaměřením na cíl. Ošetrovatelský proces je spojen s kritickým

myšlením sester. Sestra myslící kriticky umí předcházet problémům a rizikům. V ošetrovatelství je na místě zabývat se kritickým myšlením a lépe pak porozumět okolnostem i pacientům samotným. Snaha snížit nežádoucí situace či dospět k lepším výsledkům ošetrovatelské péče souvisí s kritickou formou myšlení. „Kriticky myslící sestra nečiní ukvapené závěry, protože její myšlení je založeno na faktech a dostupných informacích, ne na předsudcích, preferencích nebo pocitech (Škrla a Škrlová, 2003, str. 402)“.

Ve vyspělých zemích světa včetně České republiky, se stala výuka kritického myšlení součástí vzdělávání sester. „Kritické myšlení sestře pomáhá lépe porozumět pacientům, pozitivně ovlivnit ošetrovatelskou péči, zajistit případný či hmatatelný problém, minimalizovat nebezpečí nepříjemné situace, rozhodnout se správně pro ošetrovatelskou intervenci (Tóthová a kol., 2009, str. 32).“

### **1.4.3 Role pacienta v managementu rizik**

V současné době dochází ke změně v myšlení a přístupu zdravotníků k pacientům. Paternalistický přístup je nahrazován partnerským postojem. Tento postoj respektuje pacienty jako partnery ošetrovatelské a lékařské péče. Tato změna přináší pro rezort zdravotnictví snížení rizika závažných pochybení a bezpečnější klinickou péči. Partnerský postoj vůči pacientovi se zakládá na ujištění, že k prevenci rizik je nutná spolupráce pacienta a jeho rodiny. V managementu rizik ošetrovatelské péče přichází s pacientem další pár očí a uší pro zajištění bezpečné péče a prevence rizik. Pacient se může opakovaně ujistit, zda si zdravotnický personál ověřil jeho totožnost. Může opakovaně žádat o vysvětlení léčebného zákroku, vyšetření nebo diagnózy. Dále se může ujistit, zda sestry vědí, co naordinoval lékař během vizity a vyšetření. Pacient je často někým, kdo nás upozorní na to, že podaná medikace nebyla určena pro něho či ohlásí neobvyklosti při poskytování péče. Někteří pacienti jsou ochotni stát se partnery léčebné péče a ošetrovatelské péče, jiní bohužel nikoliv (Škrla, 2005).

Existují určité skupiny pacientů, u kterých je výskyt rizika v ošetrovatelské a léčebné péči vyšší. Do první skupiny ohrožených pacientů spadají senioři. Ve stáří fyziologicky dochází k poklesu a zhoršení zraku, sluchu a kognitivních funkcí. Vysokým rizikem pro seniory jsou medikační chyby a pády. Ve stáří rovněž dochází k odlišné metabolizaci léků, což představuje jedno z dalších rizik. Další skupinou ohrožených pacientů jsou novorozenci a děti. Globalizace a emigrace mezi státy světa představuje další skupinu pacientů, kteří mají nedokonalé znalosti jazyka v zemi, kde je jim poskytována léčebná péče. Pacienti s delší dobou hospitalizace se řadí rovněž k ohroženým. Pacienti s nízkým vzděláním, opožděným vývojem, neurologickým či psychiatrickým onemocněním lze považovat také ve zvýšené míře za rizikové (Škrála, 2005; Svobodník, 2009).

#### **1.4.4 Zdravotnický personál a rizika**

Pracovníci ve zdravotnictví jsou vystaveni řadě rizik při výkonu své profese. Mezi rizika lze zařadit směnný provoz, stres, deficit odpočinku a volného času, psychickou a fyzickou náročnost práce. V problematice rizik nelze opomenout rovněž fyzikální, chemické a mikrobiologické faktory. Závažnost mikrobiologického faktoru se zvyšuje v kontextu s rizikem poranění ostrými předměty kontaminovanými biologickými látkami a následným přenesením parenterální nákazy zejména viru HIV nebo infekční hepatitidy (Hlaváčová a Zachová, 2005; Škrála, 2005).

Poranění zdravotníků ostrými předměty jsou řazena mezi nejběžnější a zároveň nejrizikovější. Nejohroženější skupinou zdravotníků jsou sestry. K bodným poraněním dochází nejčastěji injekční jehlou. K pracovištím, kde jsou zdravotníci ohroženi nejvíce, se řadí intenzivní péče, úrazové či chirurgické úseky a lékařské služby první pomoci.

O významu této problematiky svědčí i odhad bodných poranění v Evropě, který činí 1 milion ročně (Hlaváčová a Zachová, 2005).

#### **1.4.5 Rizika pracovního prostředí sester**

Zdravotnický personál včetně sester je během výkonu svého povolání ohrožen riziky, která jsou v přímé souvislosti s jejich pracovním prostředím. Tato rizika lze pojmenovat jako zátěžové faktory pracovního prostředí. K těmto zátěžovým činitelům patří v první řadě fyzikální faktory. Do fyzikálních faktorů se zařazuje prach, hluk, vibrace, tepelně-vlhkostní podmínky, ionizující a neionizující záření a fyzická zátěž. Nevhodné pracovní polohy a dlouhodobé stání mající souvislost s fyzickou zátěží mohou negativně ovlivnit především kosterně-svalový aparát, ale i dýchání a krevní oběh. Tento rizikový faktor může významně ovlivňovat výkonnost a kvalitu práce sester. K dalším pracovním rizikům lze zařadit chemické zátěžové faktory. Nebezpečné chemické látky a přípravky představují riziko, které může ohrozit lidské zdraví. Jako cestu vstupu chemických látek do organismu lze uvést dýchací, gastrointestinální a kožní ústrojí člověka (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005).

Biologické zátěžové faktory v rámci pracovního prostředí sester jsou mikroorganismy (bakterie, viry, plísňe), paraziti a biologicky aktivní látky včetně toxinů produkovaných živými organismy). Při kontaktu s biologickým materiálem od pacienta může docházet k přenosu infekce mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Zvláště podstatné jsou v této problematice nozokomiální nákazy, od kterých se odvíjí další komplikace a nesnáze během poskytování ošetrovatelské péče. Mezi psychické a senzorické zátěžové faktory pracovního prostředí sester lze zařadit stres, strach, celkové emoční vypětí, časový tlak a spěch při výkonu práce, nadměrná odpovědnost a konfliktní interpersonální vztahy na pracovišti (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005).

#### **1.4.6 Zdravotnická technika a rizika**

Zdravotnická technika je úzce spjata s každodenním chodem zdravotnického zařízení. Zdravotnická technika nám ulehčuje práci a pomáhá, ale ukrývá v sobě i velké

riziko v případě selhání. V Spojených státech amerických každoročně zemře na následky selhání zdravotnické techniky více než 400 pacientů (Škrla, 2005).

Příčina selhání může být v nesprávné a nedostatečné údržbě, chybou ve výrobě od dodavatele, nesprávným skladováním, nesprávnou péčí. Na příčině selhání zdravotnické techniky se mnohdy podílí více příčin najednou a lidský faktor hraje také svoji roli. K poškození zdraví pacienta může docházet při použití vadného defibrilátoru, selhání infuzní pumpy, popálení pacienta během operačního výkonu, poškození zdraví novorozence během pobytu v inkubátoru, resuscitační a intenzivní péče nese velké riziko selhání ventilátorů a anesteziologických přístrojů (Málek a kol., 2011; Škrla a Škrlová, 2008).

Přínos technických norem pro zdravotnické prostředky je značný. Úlohou technických norem pro zdravotnické prostředky je zjednodušení kontroly shody s požadavky evropských směrnic a národních zákonných opatření (Škrla a Škrlová, 2008).

Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů § 2 odstavce 1 tohoto zákona říká, že „zdravotnickým prostředkem se rozumí nástroj, přístroj, zařízení, programové vybavení, materiál nebo jiný předmět, použitý samostatně nebo v kombinaci, spolu s příslušenstvím, včetně programového vybavení určeného jeho výrobcem ke specifickému použití pro diagnostické nebo léčebné účely a nezbytného k jeho správnému použití, určený výrobcem pro použití u člověka za účelem a) stanovení diagnózy, prevence, monitorování, léčby nebo mírnění choroby, b) stanovení diagnózy, monitorování, léčby, mírnění nebo kompenzace poranění nebo zdravotního postižení, c) vyšetřování, náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu, nebo d) kontroly početí, a který nedosahuje své hlavní zamyšlené funkce v lidském těle nebo na jeho povrchu farmakologickým, imunologickým nebo metabolickým účinkem, jehož funkce však může být takovými účinky podpořena“.

#### 1.4.7 Rizika při podávání léků

Poměrná část hospitalizovaných pacientů užívá trvale léky. Podávání léků je velmi rizikový proces. Během hospitalizace pacienta je zdravotnické zařízení odpovědné za podání veškerých léků. Jedná se i o léky, které pacient užívá dlouhodobě, a nemají souvislost s jeho aktuálním zdravotním stavem. Pokud si pacient léky přináší k hospitalizaci sebou, převezme si je sestra pouze v neporušeném a originálním balení. Skladování a užívání léků přinesených do zdravotnického zařízení pacienty nebo jejich blízkými osobami probíhá v kontextu s vnitřními předpisy zdravotnického zařízení a platnou legislativou. Po ukončení hospitalizace se léky pacientovi vrací. Zdravotnické zařízení má právo v případě, že pacient trvá na stanovisku ponechat si léky u sebe a lékaři usuzují, že se jedná o velmi rizikové léky pro pacienta i další osoby, odmítnout pacientovu hospitalizaci. Podávání léků nastává jejich předepsáním a pokračuje jejich přípravou, užitím a sledováním. Léky se pacientům podávají dle ordinace lékaře. Při podávání léků probíhají následující postupy: ověření názvu léků s ordinací, času a frekvence podání s ordinací, dávky s ordinací, aplikační cesty s ordinací a následná identifikace pacienta (Marx, 2007; Marx a Vlček, 2012).

Rizik při podávání léků je mnoho a jejich příčiny se mohou kombinovat. Patří k nim podání léků nekvalifikovanou osobou nebo nedostatečná kompetence osoby podávající lék. Svoji úlohu hraje přetížení zdravotnického personálu a nedostatečná komunikace ve smyslu ústní nebo telefonické ordinace léků ošetřujícím lékařem. Způsob skladování léků na oddělení či nečitelný rukopis předepisujícího lékaře spolu s používáním nevhodných zkratk se řadí k potenciálním rizikům. Nelze opomenout nevhodné označení léků anebo chyby ve výpočtu dávek léků. Rizikové jsou nečitelné rukopisy předepisujících lékařů nebo selhání zdravotnické techniky. Další rizikové oblasti se odvíjejí individuálně na konkrétních zdravotnických zařízeních. Podstatné je vypracování standardů podávání léků managementem zdravotnického zařízení a jejich následná kontrola zaměřená na funkčnost a účinnost (Marx, 2007; Marx a Vlček, 2012).

#### 1.4.8 Rizika v perioperační ošetrovatelské péči

Ošetrovatelská péče o pacienta během operačního výkonu se řadí mezi nejrizikovější. Prevence rizik a bezpečnost pacienta vyžaduje zapojení všech členů multidisciplinárního týmu. Výraz „peri“ je předpona řeckého původu a znamená okolo nebo kolem. Termín perioperační se začal používat v roce 2004 v souvislosti se změnami ve zdravotnictví. Perioperační období se rozděluje do tří na sebe navazujících fází. První fáze je předoperační a zahrnuje bezprostřední předoperační přípravu. Tato příprava probíhá na oddělení a je popisována jako všeobecná předoperační příprava. Dle druhu a rozsahu operačního výkonu se příprava rozšiřuje o speciální. První fáze končí transportem pacienta z oddělení na operační sál (Kaška, 2009; Jedličková a kol., 2012).

Druhá fáze je intraoperační a zahajuje se přeložením pacienta na plochu operačního stolu po převzetí od personálu příslušného oddělení. Pacienta převezme kvalifikovaný pracovník operačních sálů. Zdravotnický personál provede kontrolu identifikačních údajů a nasadí pacientovi pokrývku hlavy. Následně odveze pacienta na příslušný operační sál. Na sále se pacienta ujme chirurgický a anesteziologický tým. Intraoperační fáze končí operačním výkonem a předáním pacienta na dospávací pokoj, jednotku intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení nebo standardní lůžkové oddělení (Jedličková a kol., 2012; Filipová a Pokojová, 2011).

Poslední fáze je nazývána pooperační. Zahajuje se přijetím pacienta po zotavení na oddělení. Předtím pacient dospává a zotavuje se z anestézie a z výkonu na dospávacím pokoji v prostorách operačních sálů. Po stabilizaci zdravotního stavu je pacient předán anesteziologickým týmem z dospávacího pokoje sestře na příslušné oddělení. Zdravotnická zařízení mají vnitřním předpisem stanovený postup při identifikaci pacienta. Mezi metody identifikace pacienta se přiřazují identifikační náramky, kontrola zdravotnické dokumentace a ústní dotaz na pacienta týkající se jeho celého jména a data narození. Na operačních sálech se provádí vícestupňová kontrola identifikace pacienta (při přijetí na sál kvalifikovaným pracovníkem, na sále anesteziologickým a chirurgickým týmem). Prevence rizik v perioperačním období je vícestupňová kontrola obsahující kontrolu zdravotnické dokumentace, označení místa výkonu

verifikačním protokolem (příloha 1) a aktivní účast pacienta spojená s jeho identifikací (Jedličková a kol., 2012; Filipová a Pokojová, 2011).

K podstatným rizikům v intraoperační péči se přiřazuje spoléhání se pouze na jednoho člena týmu při verifikaci pacienta, provádění chirurgických výkonů na více operačních lokalitách během jedné operace, mentální či fyzický handicap pacienta, nečitelná dokumentace s používáním neznámých a neoficiálních zkratk. Riziko pádu pacienta a sesunutí je v kontextu s pobytem na operačním stole. Při jakémkoliv transportu a manipulaci s pacientem na operačním stole se zajišťuje jeho bezpečnost.

Pacient po celou dobu pobytu na operačním sále nesmí zůstat bez dozoru. Po správném uložení a zajištění proti pádu se místa pacientova těla podkládají polohovacími a antidekubitárními podložkami k prevenci rizika ischemie, otlaku či parézy na lokalitách jeho těla (Málek a kol., 2011; Jedličková a kol., 2012).

Popálení pacienta na operačním sále má souvislost s nesprávným uzemněním přístrojů, použitím hořlavých dezinfekčních roztoků, kontaktem neutrální elektrody s kůží pacienta. Případné alergické reakce a intolerance se kontrolují ze zdravotnické dokumentace a ústním dotazem na pacienta. Záměna medicínálních plynů během anestézie představuje další riziko pro pacienta na operačním sále. K anesteziologickým rizikům patří také inhalace anestetik, které mají teratogenní účinek na plod v těle matky. V souvislosti s touto problematikou může u sester pracujících v intraoperační péči docházet při těhotenství k poškození plodu a potratu. Zapomenutí nástroje nebo operační roušky představuje závažnou komplikaci. Riziko stoupá při akutních výkonech, změně operačního výkonu, chybou při přepočítávání roušek a chirurgických nástrojů před ukončením operace, podílení se více operatérů na operaci u jednoho pacienta. Při operačních výkonech je riziko poškození pacienta ovlivněno funkčností a technickým stavem zdravotnických přístrojů. Pacient může být poškozen laserem, rentgenovým přístrojem, elektrokoagulační technikou nebo příslušenstvím operačního stolu. K prevenci rizika podchlazení pacienta se používají vyhřívací podložky a termoizolační fólie (Jedličková a kol., 2012).

Nelze opomenout rizika spojená s anestézií. Úvod, vedení a probouzení z anestézie přináší rizika, kterým předchází zkušený a kvalifikovaný anesteziologický tým, jehož



péče končí předáním zotaveného pacienta z dospávacího pokoje na lůžkové oddělení (Málek a kol., 2011).

#### **1.4.9 Riziko nozokomiálních nákaz**

Nemocniční nákazy jsou nežádoucí komplikací zdravotní péče a mají řadu negativních důsledků: nárůst morbidit a mortalit, zhoršení kvality života pacientů, prodloužení doby hospitalizace, vzestup přímých i nepřímých nákladů na zdravotní péči. Nozokomiální nákaza je nákaza endogenního nebo exogenního původu, která vznikla v souvislosti s pobytem pacienta ve zdravotnickém zařízení. Vyšší výskyt nozokomiálních nákaz se zjišťuje na invazivních pracovištích (ARO, chirurgie, traumatologie, urologie, hemodialýza, operační sály apod.). Nejúčinnějším a nejméně nákladným způsobem likvidace nozokomiálních nákaz je hygienická prevence. Původci infekcí jsou často přenášeni dotekem rukou zdravotnického personálu. Kapénková forma přenosu většinou nebývá rozhodující v přenosu, přesto dezinfekce a čistota ploch, povrchů a chirurgických nástrojů nesmí být opomíjena. Nejdůležitějším opatřením je přerušování infekčního řetězce správně prováděnou dezinfekcí rukou, izolací pacienta a informovaností zdravotnického personálu včetně povinného hlášení nozokomiální nákazy (Bořecká, 2012; Maďar, Podstatová a Řehořová, 2006).

Prevence nozokomiálních nákaz spočívá v dezinfekci, důkladném čištění a sterilizaci. V současné době testují výrobci své dezinfekční prostředky a informace o účinnosti uvádějí na etiketách přípravků. V prevenci je důležitý i pozorný výběr dezinfekčního přípravku a jeho důsledné dodržování. Nelze opomenout zodpovědný přístup zdravotníků a snaha o zapojení pacienta do prevence nozokomiálních nákaz (Bořecká, 2012; Maďar, Podstatová a Řehořová, 2006).

## 1.5 Vyhodnocení rizik- auditů ve zdravotnictví

Management zdravotnického zařízení po identifikaci rizik rozhodne, která rizika lze akceptovat a naopak rizika, proti nimž vytvoří a realizuje preventivní opatření. Zdravotnické audity (dále jen audity) jsou procesy, při kterých dochází k vyhodnocování skutečných stavů určité problematiky. Auditů potvrzují dodržování standardů, nacházejí oblasti, kde je zapotřebí zvýšené pozornosti a upozorňují na rizikové oblasti v systému. Zdravotnické zařízení musí mít jasně definovaný pojem kvalita, jinak nelze zdravotnické audity zavádět do klinické praxe. Auditů se týkají všech zaměstnanců, včetně lékařů a sester. Zdravotnická zařízení by měla mít zavedena a vypracována standardy, příkazy a metodické pokyny ředitele, směrnice Ministerstva zdravotnictví České republiky a dalších institucí (Madar a kol., 2004; Škrála a Škrlová, 2003).

Auditů se rozdělují na interní a externí. Interní auditů si zdravotnická zařízení provádějí sama a jedná se o auditů ošetrovatelské, auditů zdravotnické dokumentace či finanční auditů. Při příchodu auditorů zvenčí se jedná o auditů externí týkající se personální, finanční nebo například ekonomické oblasti. Ošetrovatelské auditů mají za cíl zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče a soustavně zhodnotit ošetrovatelskou praxi. Ošetrovatelský audit je založen na standardech a v klinické praxi zjišťuje, do jaké míry ošetrovatelský proces odpovídá standardům. Při auditu nejde o vyhledávání chyb a následné tresty, ale jedná se o hledání slabých míst v uspořádání oddělení a jejich následnou nápravu. Cílem auditů v ošetrovatelství je monitorovat efektivitu péče, podporovat kritické a kreativní myšlení sester a analyzovat jejich práci. Každý ošetrovatelský audit se řídí určitými principy. V celém procesu auditu figuruje partnerský vztah s tím, že audit je předem oznámen auditorským týmem. Auditory jmenuje náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Audit provádí auditorský tým v čele s manažerkou pro kontinuální zvyšování kvality (Kareš, Drlíková a Brabcová, 2006; Gladkij a kol., 2003).

Auditů mají určitou posloupnost a postupy navazují na sebe. V prvním kroku se stanoví oblast, která se bude během auditu monitorovat. Následuje vytyčení standardu

v klinické praxi používaného. Sestavení auditorského listu je dalším krokem, během něhož se určují problémy auditorského šetření. Navazuje ustanovení časového rozmezí auditorského šetření a počet osob, které budou během auditu sledovány. Sběr dat a následná analýza se vyhodnocují pomocí počítačového programu. O provedeném auditu se vytvoří zápis, kde hraje úlohu otázka odstranění chyb a určení kompetentní osoby podílející se na nápravě nedostatků. Předposledním krokem je prezentace výsledků a návrh na jejich nápravu. Poslední krok je jeden z nejdůležitějších a týká se zpětné vazby. V této etapě je podstatná účinnost nápravy a spokojenost zdravotnického personálu a pacientů (Kareš, Drlíková a Brabcová, 2006; Škrla a Škrlová, 2003).

### **1.5.1 Metodika stopař**

Metodika stopař je elementárním nástrojem při akreditaci zdravotnických zařízení. Pojednává o postupu “stopující“ péči poskytnutou pacientům, včetně její součinnosti a kontinuity. Metodikou stopař se hodnotí systém poskytování zdravotní péče pacientům (auditorem zvoleným) s použitím zdravotnické dokumentace, pohovoru se zaměstnanci oddělení i s pacientem samotným. Auditorský tým si ke stopování zvolí pacienta z nabídnutého seznamu aktuálně hospitalizovaných. Dalším předpokladem při výběru pacienta je poskytování zdravotní péče s vysokou mírou rizika. Pozornost se soustřeďuje na pacienty, u nichž byly použity omezující prostředky, potvrzeny nozokomiální nákazy nebo imobilní pacienti. Ve všech případech výběru pacientů pro metodiku stopař je výběr závislý na auditorském týmu a jeho posouzení kvality a bezpečnosti péče (Marx a Vlček, 2009).

Auditorský tým začíná stopování nejčastěji na oddělení, kde je pacient aktuálně hospitalizován, z tohoto pracoviště se přesouvá na oddělení, kde byl pacient hospitalizován předtím. Audit probíhá i na pracovištích, kde byl vyšetřován pacientův biologický materiál. Součástí stopování je i záznam jmen ošetřujícího personálu, který o pacienta pečoval či aktuálně pečuje. Na tuto část navazuje stopování zaměřené na kompetence zaměstnanců pečujících o pacienta, včetně evidence a pravidelného servisu

přístrojů a techniky, která přišla do kontaktu při péči o pacienta. Stopování pacienta zpravidla obsahuje řadu navazujících aktivit, mezi něž patří posouzení zdravotnické dokumentace za přítomnosti ošetřujícího personálu. Dále pak monitoring přímé péče poskytované pacientovi, podávání léčiv, činnosti související s dezinfekcí a hygienou rukou. Podstatná je i diskuse se zaměstnanci zdravotnického zařízení o bezpečnosti a kvalitě poskytované péče pro pacienty. Následuje monitoring prostředí s ohledem na potenciální rizika pro pacienta, zaměstnance a ostatní osoby ve zdravotnickém zařízení. Pozorování standardů při údržbě a evidenci nástrojů, zdravotnické techniky, včetně seznamu zaměstnanců oprávněných s přístroji a technikou pracovat. Poslední součástí jsou rozhovory s pacienty a jejich blízkými osobami, v případě souhlasu od pacienta (Marx a Vlček, 2009).

### **1.5.2 Standardy ošetrovatelské péče**

Standard je sestrami přijatá úroveň ošetrovatelské péče pro určitou skupinu pacientů. Úroveň ošetrovatelské péče je platná po přijetí stanovených kritérií určených k hodnocení kvality a efektivity. Standardy jsou neoddelitelnou součástí systému řízení kvality. Standardy jsou i prostředkem ke stálému zvyšování kvality ošetrovatelské péče. V oblasti managementu kvality jsou standardy považovány za jádro zdravotnické praxe. Odborníci ve zdravotnictví popisují standardy jako závazné normy. Standardy umožňují objektivní hodnocení poskytované péče a zajišťují pacientům bezpečí a ochraňují sestry před neoprávněným postihem. První ošetrovatelské standardy sahají do doby krymského období, kdy Florence Nightingalová sestavila první standardy ošetrovatelské péče. Ve standardech se Florence zaměřila na ošetrovatelský proces a určila první indikátory kvality péče. Formy vypracování standardů jsou odlišné. Standardy se prezentují ve formě nezávislého textu a měly by vždy obsahovat údaje, které jsou hodnotitelné a měřitelné (Gladkij a kol., 2003; Madar a kol., 2004).

Standardy lze rozdělit dle typu na strukturální, procesuální a výsledkové. Procesuální standardy jsou standardy ošetrovatelských postupů. Strukturální vypovídají

o organizaci a regulaci ošetrovatelské praxe. Výsledkové standardy hodnotí kvalitu péče. Každý standard obsahuje název, pořadové číslo, označení a typ standardu. Uvádí se i jeho platnost, oblast působení, pro koho je standard určen, místo použití (oddělení, kde se standard používá) a v neposlední řadě jméno osoby, která standard sestavila (Gladkij a kol., 2003; Madar a kol., 2004).

## **1.6 Řešení rizik**

V problematice řešení rizik se naskýtají dvě možná rozhodnutí. První z nich je akceptování rizika. V tomto případě je riziko malé s nulovými následky a výdaje na jeho prevenci by byly neúměrně vysoké. Management zdravotnického zařízení přijímá odpovědnost za jmenované riziko a veškerá rozhodnutí o akceptování rizika je řádně dokumentována. Je důležité riziko i nadále monitorovat a vyhodnocovat. Pokud se oddělení zdravotnického zařízení rozhodne riziko řešit, mělo by se zamyslet nad několika problémy. Zamyšlení se týká preventivních a ochranných mechanismů, které snižují riziko a již existují. Dále je nutné zmapovat, zda preventivní mechanismy fungují v klinické praxi a zda jsou postačující (Škrála a Škrlová, 2008; Plevová, 2012).

Jedna ze strategií řešení rizik je vyhnout se rizikové situaci. V praxi to znamená nezačínat diagnostické nebo operativní zákroky v případě, kdy zdravotnický personál nemá odborné vzdělání, kompetence či technické vybavení ve svém zdravotnickém zařízení. Jako příklad mohou posloužit zdravotní pojišťovny nepojišťující pacienty s vysokým zdravotním rizikem (Plevová, 2012; Škrála a Škrlová, 2008).

### **1.6.1 Analýza možností vzniku a následků selhání (FMEA)**

Analýza možností vzniku a následků selhání (Failure Mode and Effect Analysis), dále jen FMEA, je systematická metoda identifikující a předcházející chybám dříve než v systému vzniknou. Pro potřeby zdravotnictví byla tato metoda upravena jako

Healthcare Failure Mode and Effect Analysis (HFMEA). Metoda FMEA vyhodnocuje rovněž eventuální následky a vlivy selhání na celkový systém. FMEA rozlišuje dva druhy analýzy. Analýzu procesu a analýzu výrobků. Tato metoda hledá efektivně odpovědi na tři otázky: a) z jakého důvodu selhávají procesy?, b) jakým způsobem lze dosáhnout bezpečnějších procesů?, c) jak závažné může být selhání a jaké škody může zapříčinit? V zahraničí metodu FMEA sestry používají pro svoji jednoduchost a nenáročnost na čas. Metoda slouží ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty. Soustředí se na analýzu převážně těch procesů nesoucích vysoké riziko a následné selhání v systému (Škrla a Škrlová, 2003).

Koncept ochranného systému je uspořádání nesoucí schopnost rozpoznat chybu a reagovat na ni, případně ji odstranit. Ochranné systémy disponují třemi cíly. Prvním z nich je vytvoření předpokladů, které omezují možnost pochybení. Dojde-li k pochybení, tak se v druhém kroku zavádějí mechanismy zajišťující, aby pacient nebyl následky poškozen. V případě, že v důsledku selhání je pacient postižen, zajišťujeme v třetím kroku minimalizaci následků (Škrla a Škrlová, 2003).

FMEA proces využívají převážně akreditovaná zdravotnická zařízení. Analýzu možností vzniku a následků selhání lze zkomponovat z několika kroků. Prvním opatřením je sestavení multidisciplinárního týmu. Jedná se o zaměstnance mající potenciál a hluboké znalosti podstatných procesů a ochotu se do řešení překážek aktivně zapojit. Následuje určení procesu, který se bude prověřovat. Ošetrovatelská péče je komplexní proces obsahující soustavu činností a možnost pochybení narůstá úměrně s jejich součinem. Návaznost činností a jejich pokračující časová rychlost také nese podíl a eventualitu pochybení. Velmi rizikové jsou procesy, jejichž realizace závisí na propracovaných dovednostech a intelektuálních schopnostech členů multidisciplinárního týmu. Pro FMEA analýzu je podstatné vybrat proces nesoucí značný potenciál selhání s vážnými následky pro pacienta. Dalším krokem v procesu FMEA je shromáždění všech informací. Navazuje uskutečnění analýzy potenciálních rizik. Analýza rizik představuje několik vlastních fází, které na sebe systematicky navazují (Škrla a Škrlová, 2008).

Smyslem FMEA je zabránit možnosti selhání. Zdravotnická zařízení v České republice využívají tuto metodu krátce. Praktická znalost a uplatnění metody v českém ošetrovatelství vede ke zkvalitnění péče o pacienty (Škrla a Škrlová, 2008).

### **1.6.2 Akreditace zdravotnických zařízení**

Výraz akreditace znamená důvěřovat a je odvozen z latinského slova credere. Akreditace zdravotnických zařízení je v dnešní době nejefektivnějším nástrojem k dosažení kvalitní ošetrovatelské péče. Akreditace jsou v evropských zemích i v České republice dobrovolnou záležitostí (Somrová a Bártlová, 2012; Škrla a Škrlová, 2003).

Akreditační šetření je zahájeno samostatnými organizacemi. Akreditace začíná podáním žádosti u organizace uskutečňující akreditační proces v dané zemi. Zdravotnickým zařízením se doručí plán obsahující akreditační standardy, přihlášku veškeré a podstatné informace o způsobu provedení akreditace. Následuje zvážení eventualit a vytvoření věcného harmonogramu příprav. Jedná se o zařazení vlastních směrnic, standardů a praxe do souhry s akreditačními standardy. Po zaplacení poplatku si zdravotnické zařízení zajistí šetřící inspekci akreditačních pracovníků. Tým provádějící šetření se zaměřuje na provoz nemocnice, struktury, procesy a výstupy v péči (Marx, 2011; Škrla a Škrlová, 2003).

Podklady a informace nabývá akreditační tým auditem zdravotnické dokumentace, návštěvou a inspekcí oddělení a rozhovorem s pacienty a zaměstnanci. Kontrola akreditačním týmem probíhá po dobu 2-3 dnů. Certifikát se zdravotnickému zařízení uděluje zpravidla na dobu 2-3 let. Akreditace naskýtá řadu výhod, ať již pro zdravotnické zařízení, pacienty, zdravotní pojišťovny a komunitu. Pomocí akreditace lze řešit řadu dlouhodobých nesnází českého ošetrovatelství (Somrová a Bártlová, 2012; Škrla a Škrlová, 2003).

## 1.7 Nežádoucí události

Nežádoucí událostí dále (NU) se rozumí situace, při které došlo k pochybení během výkonu, procedury nebo léčby. Do nežádoucí události se řadí také postupy ošetrovatelské a léčebné péče neprobíhající dle standardů, směrnic či plánů (Škrla a Škrlová, 2008).

Za nežádoucí události jsou považovány i okolnosti, kdy poškození pacienta je socioekonomické nebo psychické. Lze možno uvést i nenadálé zhoršení klinického stavu pacienta/klienta a fakt, že zhoršení zdravotního stavu má za následek trvalé poškození zdraví nebo smrt. Epidemiologie výskytu chyb při poskytování lékařské a ošetrovatelské péče lze označit jako nesprávný. Po celém světě není nikde přesně zmapován výskyt a četnost nežádoucích událostí (Marx, 2011; Škrla, 2005).

Hlášení a řešení NU si zdravotnická zařízení nastavují podle svých ekonomických a personálních možností. Hlášení NU se řídí všeobecně platnými principy. Zdravotnické zařízení chrání zaměstnance, kteří NU nahlásili před sankcemi. Zdravotnický personál je školen a edukován o účelu a smyslu hlášení NU. Dokumentace NU je podstatná pro kvalitní nápravu události a celkovou bezpečnost prostředí. Členové a svědci NU udávají při šetření objektivní fakta bez použití přívlastků a příslovci. Zaznamenává se čas, datum a objektivní popis události společně s podpisy osob a svědků zúčastněných při NU. Formulář (příloha 2) by měl obsahovat identifikaci poškozeného, rozsah a charakter poškození, popis události, jména svědků. Nadále pak informace o tom, zda byl k NU přivolán lékař, záznam o poskytnutí první pomoci, klasifikace NU a připomínky na závěr (Marx a Gladkij, 2005; Škrla a Škrlová, 2008).

Po nahlášení NU dochází ke zpracování události a souvisejících dat s ohledem na určení priorit při šetření. NU je klasifikována/kódována a určí se, o jaký druh se jedná. Klasifikací/kódování NU se vyskytuje mnoho a v ČR nejsou uceleně standardizovány. Při šetření se pokračuje procesem zpracování NU. Analyzují se všechny závažné NU, případně i odlišné s předpokladem vysokého potenciálu pro zlepšení stávajících procesů. Závěr analýzy zhodnotí manažer rizik a navrhne opatření pro snížení rizika a výskytu události. V prevenci se uvádí harmonogram zavedení do klinické praxe,



ekonomická náročnost a způsob hodnocení účinnosti opatření. Návrh na prevenci se předloží managementu zdravotnického zařízení k ratifikaci či zamítnutí (Škrla a Škrlová, 2008; Marx a Gladkij, 2005).

Zdravotnické zařízení si určí způsob šetření kořenové analýzy původů NU. Jsou zkoumána individuální pochybení nebo jejich kumulace. Informace podstatné pro analýzu jsou získávány z rozhovorů či písemných svědectví účastníků a ze zdravotnické dokumentace. O provedení celkové analýzy je zpracována zpráva a později předána ke schválení managementu zdravotnického zařízení (Marx a Gladkij, 2005; Škrla a Škrlová, 2008).

## **1.8 Prevence rizik v ošetrovatelské péči**

Téma prevence rizik je velmi rozsáhlá problematika. Ve své výzkumné práci uvádím pouze vybraná témata mající souvislost s empirickou částí mé práce. Management oddělení zdravotnického zařízení monitoruje efektivitu preventivních opatření a plánuje kroky v případě neúčinnosti a jejich selhávání v systému. Monitoring efektivitu programu managementu rizik se vyhodnocuje pomocí smysluplných indikátorů kvality. Podrobná aplikace procesu prevence rizik nese podstatný přínos v řešení soudních sporů v důsledku NU. Zdravotnické zařízení disponující vhodným nastavením procesů týkající se kvality a bezpečnosti péče je méně ohrožené než zařízení s laxním přístupem. Celý proces řízení rizik by měl být standardizován v kontextu celého zdravotnického zařízení (Hanzlová, 2008; Škrla, 2005).

Management zdravotnického zařízení má pro snižování rizik podstatnou úlohu. Tím je myšleno vydávání organizačních řádů, v kterých jsou zakotveny úkoly zaměstnanců na jednotlivých úrovních vedení. Zaměstnanci by měli být informováni o cílech, posláních a vizích organizace, kde je podstatná také kultura bezpečí. Metodika řízení rizik a její vypracování je klíčové pro zavádění změn. V metodice jsou zahrnuty oblasti, v nichž je důležité provádět, auditovat a klasifikovat efektivitu změn. Vliv na snižování rizik přináší i zabudování procesního managementu a snižování poddanství jednotlivých

procesů mezi sebou. Pokud jsou procesy na sobě závislé a některý z nich selže, spustí tento děj řetězec selhání i zbylých procesů (Hanzlová, 2008; Škrla, 2005).

Prvním krokem k minimalizaci rizik je přijetí skutečnosti o tom, že poskytování zdravotní péče je vysoce riziková činnost. Veškerá rizika související s touto problematikou nelze eliminovat pouze snižovat (Škrla, 2005).

V managementu rizik je prioritní dodržovat platné normy. První z neúčinnějších preventivních opatření je vzdělaný a kvalifikovaný zdravotnický personál. Mezi další preventivní opatření se řadí metody dezinfekce a sterilizace, dodržování technických norem, bezpečnosti práce, včetně ochrany zaměstnanců a pacientů před nozokomiálními nákazami. Nástroje k prevenci rizik mohou být vydávány v podobě vnitroorganizačních norem a kritérií pro vyhodnocování plnění standardů pomocí vnitřních auditů. Dalším nástrojem může v prevenci rizik sloužit certifikace konkrétních činností a provozů ve zdravotnickém zařízení (Plevová, 2012; Madar a kol., 2004).

Opatření napomáhající k celkovému snižování a prevenci rizik ve zdravotnictví je dostatek. Patří k nim používání ochranných pomůcek a oděvů, identifikační a čipové náramky pro pacienty, mechanické zábrany v prostorách zdravotnického zařízení, informační a výstražné tabule, preventivní údržba přístrojů a nástrojů, revize směrnic a manuálů s detailním vypracováním. Jako velmi efektivní strategie se ukazuje výuka, školení a edukace zdravotnického personálu. Nelze opomenout zajištění náhradních zdrojů elektrické energie, zálohování dat v počítačových sítích nebo využití zdravotnických pracovníků zaměstnaných na částečný pracovní úvazek (Škrla a Škrllová, 2008; Plevová, 2012).

### **1.8.1 Prevence rizik a zdravotnická technika**

Prevence rizik v oblasti zdravotnické techniky spočívá ve správné a dostatečné údržbě, správným skladováním a samozřejmě pravidelnou péčí a každodenní kontrolou proškoleným zaměstnancem. Přínosné jsou technické normy sloužící k zjednodušení

kontroly s potřebami evropských směrnic a národních zákonných opatření (Málek a kol., 2011; Škrála a Škrlová, 2008).

### **1.8.2 Prevence rizik při podávání léků**

Při podávání léků lze rizika snižovat efektivně. Léky se podávají z neporušeného, originálního balení za předchozí kontroly expirace kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem. Svoji úlohu sehrává čitelná ordinace léků ve zdravotnické dokumentaci společně se správným názvem, způsobem užití, dávkou a časem podání léků pacientovi po předchozím ověření identifikace pacienta personálem. Tento proces končí kontrolu užití léků a monitoringem účinnosti a nežádoucích účinků léků u pacienta. Nelze opomenout správné skladování léků a dodržování standardů při podávání léků. Pomocí správné komunikace multidisciplinárního týmu mezi sebou a eliminací únavy můžeme přispívat ke snižování rizik (Marx, 2007; Marx a Vlček, 2012).

### **1.8.3 Prevence rizik v intraoperační ošetrovatelské péči**

V intraoperační péči je k prevenci rizik významná víceúrovňová kontrola identifikace pacienta. Pozornost a monitoring se ubírá na kontrolu zdravotnické dokumentace a dále pak sepsání bezpečnostního a verifikačního protokolu před operačním výkonem. Snižování rizik v souvislosti se sesunutím pacienta z operačního stolu je podstatná správná a bezpečná manipulace spolu s neustálým dohledem během pobytu pacienta na operačním sále. Nezapomíná se na důsledné napolohování pacientova těla k prevenci otlaků a ischemie během intraoperační péče. K zábraně popálení pacienta se používá uzemnění přístrojů. K dezinfekci operačního pole se používají nehořlavé dezinfekční prostředky. Před uvedením pacienta do anestézie je závazné zkontrolovat dodávku medicínálních plynů- kyslíku, vzduchu a oxidu dusného.

Chirurgické instrumentárium společně s rouškami musí počtem souhlasit před i po operačním výkonu (Málek a kol., 2011; Jedličková a kol., 2012).

#### **1.8.4 Prevence rizik pracovního prostředí sester**

V pracovním prostředí sester je prevence také podstatná. Do prevence lze zahrnout celou řadu technických, organizačních a náhradních opatření. Mezi preventivní opatření patří používání ochranných pomůcek, dodržování bezpečnosti práce, ochrana před nozokomiálními nákazami, pravidelné školení a dodržování směrnic, standardů a platné legislativy. Důležitá je i kultura bezpečí a organizace práce na oddělení spolu s bezkonfliktní komunikací v celém multidisciplinárním týmu (Škrála, 2005; (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005).

#### **1.8.5 Prevence nozokomiálních nákaz**

Prevence nozokomiálních nákaz spočívá v dezinfekci, důkladném čištění a sterilizaci. V současné době testují výrobci své dezinfekční prostředky a informace o účinnosti uvádějí na etiketách přípravků. V prevenci je důležitý i pozorný výběr dezinfekčního přípravku a jeho důsledné dodržování. Nelze opomenout zodpovědný přístup zdravotníků a snaha o zapojení pacienta do prevence nozokomiálních nákaz. Nejúčinnějším a nejméně nákladným způsobem likvidace nozokomiálních nákaz je hygienická prevence (Bořecká, 2012; Maďar, Podstatová a Řehořová, 2006).

## **2 Cíle práce, výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

V souvislosti s mojí výzkumnou prací na téma „Management rizik v intraoperační ošetrovatelské péči“ byly realizovány hloubkové rozhovory se sestrami Nemocnice Písek, a.s. Na počátku výzkumného šetření byly zvoleny dva cíle:

**Cíl 1:** Identifikovat rizikové procesy při poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období.

**Cíl 2:** Zmapovat zabudování preventivních mechanismů do rizikových procesů poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období.

### **2.2 Výzkumné otázky**

**VO 1:** Jaká jsou rizika při poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období?

**VO 2:** Jaké preventivní mechanismy jsou zabudovány do rizikových procesů poskytované ošetrovatelské péče v intraoperačním období?

## **3 Metodika**

### **3.1 Použitá metoda výzkumného šetření**

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Technika sběru dat probíhala pomocí nestandardizovaného (hloubkového) rozhovoru se sestrami. Spoluúčast na rozhovorech byla dobrovolná a anonymní. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány. Na začátku rozhovorů byla zjišťována objektivní data týkající se věku, délky praxe ve zdravotnictví a nejvyššího dosaženého vzdělání sester. První část rozhovorů byla zaměřená na otázky týkající se identifikace rizik ošetrovatelské péče v intraoperačním období. Následovala část s otázkami, které se vztahovaly ke zmapování preventivních mechanismů do rizikových procesů v intraoperačním období. Během rozhovorů se sestrami byly vkládány i doplňující otázky, kde byla snaha jít v rozhovorech do hloubky tématu a udržet plynulost celého průběhu rozhovorů.

### **3.2 Postup při analýze rozhovorů se sestrami**

Při analýze transkripce rozhovorů byla (dle Švaříčka a Šed'ové, 2007) použita metoda *otevřeného kódování*. Přepsané rozhovory byly rozděleny metodou „*tužka a papír*“ na jednotky (slova, věty, slovní spojení). Každé vzniklé jednotce byl přidělen kód (příloha 3).

Paralelně s kódováním textu z jednotlivých rozhovorů byl vytvářen seznam existujících kódů, které byly označovány přehledným soupisem míst v textu, kde se dané kódy vyskytovaly. Po vytvoření seznamu kódů se přešlo k systematické kategorizaci dat. Veškeré kódy, které vznikly z otevřeného kódování, byly seskupeny podle podobnosti nebo vnitřní souvislosti do tříd, kategorií a podkategorií. Následovalo jejich pojmenování. Na základě analýzy dat byly stanoveny tyto třídy a kategorie odpovědí: 1) rizikové faktory pracovního prostředí sester (fyzikální, chemické, biologické a psychické spolu se sensorickými faktory), 2) rizika pro pacienta/klienta

během podávání anestézie (anesteziologická rizika), během operačního výkonu (chirurgická rizika) a během pobytu na operačním sále (komplexní rizika), 3) konkrétní rizika a preventivní mechanismy v intraoperačním období pro sestry a pacienty (záměna pacienta, delegování pomocných prací na sestry, únava, spěch při práci, komunikační konflikty, infekční riziko, anesteziologická rizika, komplexní rizika), 4) nejzávažnější rizika pro pacienty/klienty a sestry v intraoperačním období. Následně byly jednotlivé kategorie odpovědí uspořádány do myšlenkových map pomocí grafických schémat v programu SmartArt. Vytvořená schémata se vztahují k výzkumným otázkám. Pro interpretaci jednotlivých myšlenkových map byla použita technika „*vyložení karet*“, pomocí níž byly popsány jednotlivé kategorie odpovědí respondentek (kapitola 4. Výsledky) a odhaleny jejich příčiny a možné souvislosti mezi nimi (kapitola 5. Diskuze).

### **3.3 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl záměrný s ohledem na výzkumný problém. Soubor byl tvořen sestrami Nemocnice Písek, a.s. Rozhovory probíhaly od 12. 3. 2013 do 29. 3. 2013 se souhlasem Mgr. Jany Somrové, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (příloha 4). Osloveno bylo šest sester. Tři sestry pracovaly jako perioperační sestry a další tři jako anesteziologické sestry. Rozhovory a výzkumné otázky byly zaměřeny na rizika ošetrovatelské péče v intraoperačním období z pohledu anesteziologických a perioperačních sester. Místem konání rozhovorů bylo sesterské zázemí centrálních operačních sálů. Ke kritériím výběru sester patřilo: odlišná délka praxe, odlišné vzdělání a různá věková kategorie sester (tabulka 1). Všechny sestry splňovaly také kritérium v poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období. Vzorkování bylo ukončeno při dosažení teoretické nasycenosti, kdy se odpovědi respondentek začaly opakovat (tedy po provedení šesti rozhovorů).

**Tabulka 1 – Identifikační údaje výzkumného souboru respondentek**

<b>Respondentky</b>	<b>Pracovní zařazení</b>	<b>Věk</b>	<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>Délka praxe</b>
Sestra 1	ARO	35 let	Vysokoškolské - bakalářské	16 let
Sestra 2	ARO	28 let	Vysokoškolské - bakalářské	9 let
Sestra 3	ARO	49 let	Pomaturitní - specializační	30 let
Sestra 4	COS	24 let	Vysokoškolské - bakalářské	2,5 roku
Sestra 5	COS	52 let	Pomaturitní - specializační	33 let
Sestra 6	COS	47 let	Pomaturitní - specializační	28 let

Oslovené respondentky byly sestry pracující v Nemocnici Písek, a.s. Všechny oslovené respondentky pracovaly na centrálních operačních sálech jako anesteziologické nebo perioperační sestry. Věk respondentek se pohyboval od 24 do 52 let. Vzdělání respondentek bylo vysokoškolské (bakalářské) a pomaturitní specializační studium. Délka praxe sester ve zdravotnictví se pohybovala v rozmezí 2,5 roku do 33 let.



## 4 Výsledky

### 4.1 Rozhovory se sestrami

#### 4.1.1 Rozhovor 1

První dotazovaná sestra pracuje na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Je jí 35 let. Ve zdravotnictví pracuje 16 let. Má úspěšně dokončené pomaturitní specializační studium (ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči). Bakalářské studium v oboru ošetřovatelství dostudovala úspěšně v minulém roce.

#### **Identifikace rizik**

*T: V čem vidíte největší riziko a náročnost Vaší profese?*

R: Řekla bych, že v podstatné infekčnosti prostředí. Myslím tím mikrobiální riziko. Pak rozhodně i stres, má práce je fyzicky a psychicky náročná. Sloužím ve směnném provozu a často mám nedostatek odpočinku. Náročná je i častá obměna personálu a jeho neustálé zaučování do nepřetržitého provozu.

*T: S jakými riziky se setkáváte při poskytování ošetřovatelské péče, čím může být pacient/klient ohrožen?*

R: Rizikem pádu. Pacient se může velmi snadno také podchladiť, sály jsou klimatizované. Při úvodu do anestézie je pacient ohrožen nežádoucí reakcí na anestetika. Při probouzení z anestézie hrozí pacientovi při extubaci poškození chrupu a laryngospasmus. Záleží také na celkovém stavu pacienta a ostatních onemocněních. U pacienta vysíleného nemocemi stoupá riziko komplikací, ale nechci zabrousit do lékařské problematiky.

*T: Jaká rizika jsou dle Vašeho názoru nejčastější?*

R: Nejčastěji se setkávám s rizikem infekce. Má práce je i o velké míře stresu. Se stresem se setkávám při každé směně (*T: a nejčastější rizika, kterými je ohrožen pacient*). Já bych řekla, že alergickými reakcemi a nozokomiálními nákazami.

*T: Jaká rizika se dle Vašeho názoru řadí mezi nejzávažnější?*

R: Myslím, že nejzávažnější je riziko infekce. Dále pak všechny nežádoucí události, které se přihodily v souvislosti s poskytováním ošetřovatelské péče (*T: jaké nežádoucí události máte na mysli?*). Pád pacienta. Popálení pacienta. Záměnu operované strany.

Poškození chrupu pacienta během intubace (*T: ještě se Vás zeptám, jaká nejvýznamnější rizika hrozí Vám?*). Tak teď rychle nevím. Přenos závažných infekčních chorob při poranění o infekční jehlu a pokračující trvalé následky s tím spojené.

*T: Jakými riziky jste ohrožena v souvislosti s Vaší specializací a každodenní praxí?*

R: Jak jsem již řekla, infekčním rizikem. Práce na směny je pro mne náročná a neustálý stres mi taky moc nepřidá. Chemikálie všeho druhu a kontakt s nimi představuje také riziko.

*T: Jakým způsobem standardizujete ošetrovatelskou péči?*

R: Pomocí standardů ošetrovatelské péče. Materiály se standardy jsou uloženy na oddělení a všechny sestry k nim mají přístup v případě potřeby (*T: kdo připomínkuje a vypracovává ošetrovatelské standardy?*). Standardy vypracovává vrchní a staniční sestra našeho oddělení. A co se týče připomínkování, tak standardy připomínkuje hlavní sestra nemocnice (*T: ještě se Vás zeptám, jakým způsobem se ošetrovatelské standardy přijímají do praxe?*). Po schválení od vedení a převedení do písemné formy jsou uloženy na svém místě na oddělení a jsou personálu plně k dispozici. Personál se seznámí se standardy a svým podpisem stvrdí, že je s nimi seznámen. Standardy jsou v určitých intervalech kontrolovány.

*T: Jak probíhá na Vašem oddělení pravidelná porada sester a jaká témata na poradě probíráte?*

R: Poradu sester máme pravidelně jednou za měsíc, pod vedením staniční a vrchní sestry oddělení, mnohdy i za účasti primáře oddělení. Tímto způsobem se dostávají určité novinky na oddělení. Časté je i téma nozokomiálních nákaz a zdravotnické dokumentace. V anesteziologickém úseku jsou to nové přístroje a změny v umístění pomůcek.

### **Prevence rizik**

*T: Jak by se dalo podle Vás předcházet rizikům v ošetrovatelské péči?*

R: Kontrola, kontrola a zase kontrola. Ať se jedná o přípravu sálu před anestézií až po úklid sálu po operačním programu. Komunikace a spolupráce všech pracovníků, kteří jsou kompetentní tuto práci vykonávat a pracují jako silný tým. Důsledná kontrola ředění léků a zkontrolování funkčnosti anesteziologického přístroje sledávám jako

důležitou prevenci. Ještě přemýšlím také o zkontrolování zdravotnické dokumentace, zda nám přivezli správného pacienta.

*T: Co by se podle Vás dalo zlepšit v oblasti prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Informovanost o rizicích a předávání důležitých informací mezi personálem. Prevenci bych viděla ve větší frekvenci používání jednorázových pomůcek. Dodržovat aseptiku a pořád mít na mysli nozokomiální nákazy a jejich nebezpečí pro pacienta i personál. Shledávám i za podstatné vzdělávání personálu ve svém oboru (*T: spolupracujete s kolegyněmi při prevenci rizik?*). Rozhodně. Každé ráno máme sezení sester. Jednou za měsíc je porada sester s primářem, jak jsem Vám už předtím uváděla. Myslím, že naše vedení neustále pracuje na tom, jak zlepšit péči o pacienta a předcházet komplikacím. Každý může přijít s nápadem a inovací v péči. Naše nemocnice pravidelně jednou ročně pořádá povinné školení o nozokomiálních nálezích a kardiopulmonální resuscitaci.

*T: Jak by se podle Vás dal pacient/klient zapojit do prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Informačními materiály v čekárnách pro pacienty. Na webových stránkách nemocnice. Mohly by se také pořádat semináře pro laiky, kde by se pacienti edukovali o tom, jak přispět k prevenci rizik. Rodina a blízcí lidé pacienta by měli být také dostatečně informováni (*T: jak edukujete pacienty/klienty o prevenci rizik?*). Naši lékaři v rámci předanesteziologického vyšetření navštěvují pacienty den před operací na oddělení, kde jim vysvětlí princip anestézie a dohodnou se společně na druhu anestézie. V den operace se pacient edukuje po příjezdu na sál.

*T: Jak Vaše zdravotnické zařízení zajišťuje bezpečnost zaměstnanců?*

R: Máme k dispozici jednorázové ochranné a bezpečnostní pomůcky. Probíhá školení o nozokomiálních nálezích a správné hygieně rukou. Kontroluje se frekvence a vystavení rentgenovému záření na anesteziologickém úseku. Musí být taky dodržován pravidelný odpočinek po službě.

#### 4.1.2 Rozhovor 2

Druhý rozhovor probíhal s 28 letou sestrou. Ve zdravotnictví pracuje 9 let. Svoji praxi začínala na oddělení dlouhodobě nemocných v Písku a po 2 letech přestoupila na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde pracuje doposud. Vystudovala specializační pomaturitní studium (ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči). Bakalářské studium v oboru ošetřovatelství dokončila před 2 roky.

##### **Identifikace rizik**

*T: V čem vidíte největší riziko a náročnost Vaší profese?*

R: Největší náročnost vidím v oblasti psychické a fyzické, což souvisí se směnným provozem, neustálým spěchem a tlakem na množství provedených operací a na urgentních život zachraňujících výkonech, které nejčastěji přicházejí v nočních hodinách. Z toho všeho přímo úměrně vyplývá jasné nebezpečí od poškození pacienta až po zhroucení sestry.

*T: S jakými riziky se setkáváte při poskytování ošetřovatelské péče, čím může být pacient/klient ohrožen?*

R: Ošetřovatelskou péči poskytují pacientovi od jeho převzetí na operační sál až po jeho předání z operačního sálu. Po celou dobu se setkávám s rizikem pádu pacienta při přesunu, převozu nebo při polohování do operační polohy. Dále se zde vyskytuje riziko záměny samotného pacienta i operované strany nebo výkonu. Mohou se vyskytnout různé alergické reakce nebo různé komplikace související s anestézií, s věkem, s výkonem a celkovým stavem pacienta.

*T: Jaká rizika jsou dle Vašeho názoru nejčastější?*

R: Řekla bych, že nejčastěji se setkávám především s různými alergickými reakcemi a dalšími komplikacemi, které souvisejí s celkovým stavem pacienta a naléhavostí výkonu (*T: jaké alergické reakce a komplikace máte na mysli?*). Mohou se tudíž vyskytnout alergické reakce na intravenózní anestetika, dezinfekční roztoky, reakce na náplast při fixaci žilní kanyly nebo endotracheální rourky. Dále pak reakce na lokální anestetika při svodné anestézii. Co se týče komplikací, měla jsem na mysli naléhavé

výkony a úrazy, kde stoupá riziko komplikací během anestézie (*T: jaká nejčastější rizika hrozí Vám?*). Stres, stres a zase stres.

*T: Jaká rizika se dle Vašeho názoru řadí mezi nejzávažnější?*

R: Nejzávažnější je záměna operované strany a komplikace související s urgentností výkonu a celkovým stavem pacienta. Tím myslím šokové stavy nebo například kardiální selhání, které progreduje v souvislosti s operací a anestézií (*T: zapomínáte na sebe, co je pro Vás nejzávažnější?*). Tak práce na sálech je riziková celkově, ale Vy chcete slyšet něco konkrétního (*T: pokuste se, prosím*). Rentgenové záření, to je hodně rizikové. Nosíme ochranné pomůcky, ale já se snažím po domluvě s doktorem být v tu dobu na sále co nejméně. Ještě bych uvedla poranění o infikovanou jehlu a přenos infekce.

*T: Jakými riziky jste ohrožena v souvislosti s Vaší specializací a každodenní praxí?*

R: Tak určitě riziko poranění o použitou injekční jehlu nebo zavaděč z žilní kanyly. I když mají medicínální plyny na operačních sálech centrální odtah odpadových zplodin, i tak část anestetik vdechují. Také klimatizované prostředí mi nedělá dobře. Ještě bych zmínila nozokomiální nákazy a záření z rentgenologického přístroje, o kterém jsem před chvílí mluvila. Všichni se chráníme, ale člověk nikdy neví.

*T: Jakým způsobem standardizujete ošetrovatelskou péči?*

R: Výkony a postupy v péči se vypracovávají pomocí standardů. Vypracovanými standardy se pak v praxi řídíme a pravidelně dochází k jejich revizi našim vedením (*T: připomínkování a vypracování ošetrovatelských standardů zajišťuje kdo?*). Ošetrovatelské standardy vypracovává vrchní sestra operačních sálů, vrchní sestra a staniční sestra anesteziologicko-resuscitačního oddělení nebo sestry bakalářky či magistry. Vzděláním i sestry specialistky. Tyto všechny sestry spolu s hlavní sestrou nemocnice připomínkují vypracované ošetrovatelské standardy (*T: jak se standardy dostanou do praxe?*). Vrchní sestra nás seznámí s daným standardem. Sestry standard podepíší a tím potvrdí, že jsou obeznámeny s jeho obsahem a budou dle daného standardu poskytovat ošetrovatelskou péči. Jako kontrola dodržování daného ošetrovatelského standardu probíhají pravidelné audity.

*T: Jak probíhá na Vašem oddělení pravidelná porada sester a jaká témata na poradě probíráte?*

R: Porada všeobecných sester probíhá zhruba jednou za měsíc. Vrchní sestra poradu zahájí a prvotně nás seznámí se všemi body a pak následuje otevřená debata. Na poradě se probírají všechny nápady pro zlepšení práce sestry i ošetrovatelské péče i různá rizika péče. (*T: jaká rizika máte na mysli a hovoříte o nich během porady sester?*) jsou to rizika související s celým pobytem pacienta na operačním sále. Klade se důraz na nově používané léky. Novinky v uskladnění pomůcek a zavádění novinek do praxe, o kterých musí být sestry seznámeny a při práci musí jít na jisto.

### **Prevence rizik**

*T: Jak by se dalo podle Vás předcházet rizikům v ošetrovatelské péči?*

R: Rizikům by se dalo předcházet především kvalitním ošetrovatelským standardem zaměřeným na nejzávažnější rizika ošetrovatelské péče poskytované na operačním sále a pravidelným auditem.

*T: Co by se podle Vás dalo zlepšit v oblasti prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Především máme standardy, které se týkají péče o pacienta na operačním sále. Samozřejmě se také nikdy nestane, aby zůstal pacient na sále bez dohledu. Pokud musí anesteziologická sestra od pacienta odejít, je tam vždy lékař anesteziolog. A co by se mohlo zlepšit? Především zpomalit chod operačního sálu a spěch operatérů a tím by bylo dostatek času věnovat se pacientovi (*T: Jak jsou Vaše kolegyně ochotné spolupracovat?*). Jakou spolupráci máte na mysli? (*T: omlouvám se, myslím spolupráci při prevenci rizik*). Spolupracujeme. S někým to jde lépe s někým hůře, ale myslím, že jsme celkově silný tým.

*T: Jak by se podle Vás dal pacient/klient zapojit do prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Jediným způsobem zapojení pacienta do prevence rizik je individuální a srozumitelná edukace a kvalitní komunikace ze strany ošetřující sestry (*T: informujete pacienty/klienty o rizicích?*). Pacienta informujeme po příjezdu na sál. Den před výkonem nebo operací ho navštíví náš anesteziolog a podepisuje informovaný souhlas s výkonem a anestézií, kde má vše napsáno.

*T: Jak Vaše zdravotnické zařízení zajišťuje bezpečnost zaměstnanců?*

R: Pravidelným školením jednou ročně. Školení se týká bezpečnosti práce, protipožární ochrany. Jsme rovněž školeni i o nozokomiálních nákazách a kardiopulmonální resuscitaci.

### **4.1.3 Rozhovor 3**

Třetí dotazovaná sestra pracuje ve zdravotnictví 30 let. Je jí 49 let a po dobu své praxe pracovala pouze na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde působí doposud. Absolvovala pomaturitní specializační studium (ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči).

#### **Identifikace rizik**

*T: V čem vidíte největší riziko a náročnost Vaší profese?*

R: Nějaký pátek ve zdravotnictví pracuji a myslím, že největší zátěž spočívá ve velké psychické zátěži. Stresu se nikdo nevyhne, ale náš obor a specializace nahrává stresu velmi moc. Chybí mi taky denní světlo. Po celý rok pracuji v anesteziologii a práce na sálech při umělém osvětlení je pro mne náročná.

*T: S jakými riziky se setkáváte při poskytování ošetřovatelské péče, čím může být pacient/klient ohrožen?*

R: Řekla bych, že moje práce je jedno velké riziko. Setkávám se denně s infekčním rizikem. S klimatizovaným prostředím. Rentgenové záření je také nebezpečné.

*T: Jaká rizika jsou dle Vašeho názoru nejčastější?*

R: Nejčastější riziko bych viděla v podchlazení. Myslím tím časté podchlazení pacienta i personálu. Prostředí, kde pracuji, je klimatizované a je třeba neustále myslet na prevenci podchlazení.

*T: Jaká rizika se dle Vašeho názoru řadí mezi nejzávažnější?*

R: Závažné je porušení asepse. Riziko porušení sterility a bariérový režim je podstatný. Význam jeho dodržování by si měli všichni uvědomovat. Dále bych uvedla poruchu našich anesteziologických přístrojů a s tím spojené riziko. (*T: Jakou poruchu přístrojů*

*myslíte?). V dnešní době jsou přístroje vybavené softwarem na velmi vysoké úrovni. Poruchou jsem myslela například výpadek medicinálních plynů z centrálního rozvodu, překážka v patientském dýchacím okruhu, porucha v koncentraci inhalačního anestetika z odpařovače (T: *Jaké riziko je nejzávažnější pro Vás?*). Přemýšlím. Asi infekce a její přenos na personál.*

*T: *Jakými riziky jste ohrožena v souvislosti s Vaší specializací a každodenní praxí?**

R: V riziku jsem neustále. Riziko vidím v klimatizovaném prostředí, rentgenovém záření, v přenosu infekce, v přímém kontaktu s biologickým materiálem od pacienta a taky ve vdechování zbytkových inhalačních anestetik.

*T: *Jakým způsobem standardizujete ošetrovatelskou péči?**

R: Ošetrovatelskou péči standardizujeme vypracováním standardů (T: *Jak se standardy přijímají do praxe?*). Standardy se zpracují a zkontrolují. Po vytištění se s nimi sestry seznámí a podepíší je. V praxi by se pak měl každý pracovník standardy řídit a vědět, kde je může vyhledat. Kontrolu standardů spolu s přípravou a odpovědností nese vrchní a staniční sestra. Zpracované standardy se posílají také hlavní sestře, zda se vyjádří k nějaké změně či připomínce ve standardech.

*T: *Jak probíhá na Vašem oddělení pravidelná porada sester a jaká témata na poradě probíráte?**

R: Dopředu je nám oznámen termín porady. Přítomné jsou sestry oddělení, vrchní a staniční. Porada trvá okolo hodiny. Kdo se nedostaví, omlouvá se předem za neúčast. Probíráme novinky a změny, zdravotnickou dokumentaci a změny v jejím vedení, nové léky a změny v organizaci práce.

### **Prevence rizik**

*T: *Jak by se dalo podle Vás předcházet rizikům v ošetrovatelské péči?**

R: Prevenci rizik a záměny pacienta bych viděla v odpočinitém a proškoleném personálem spolu s bezkonfliktní komunikací mezi všemi spolupracovníky.

*T: *Co by se podle Vás dalo zlepšit v oblasti prevence rizik v ošetrovatelské péči?**

R: Posílit personál a lépe zorganizovat práci (T: *Napadá mě spolupráce v týmu a rizika. Jak to funguje na Vašem oddělení?*). Spolupracujeme. Víc hlav více ví. Každé ráno se koná sezení sester, kde se probírá program dne a připomínky či upozornění.



*T: Jak by se podle Vás dal pacient/klient zapojit do prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Dostatkem informací od zdravotníků a informovaných souhlasů. Myslím, že málo pacientů čte vše, co v nemocnici podepíše. Když by se pacientovi něco nelíbilo, měl by se ozvat a zapojit do péče. Pacienta informuje den před operací lékař z našeho oddělení v rámci předanesteziologického vyšetření. V den operace pak naše sestry po příjezdu pacienta na sál spolu s našim lékařem a perioperační sestrou.

*T: Jak Vaše zdravotnické zařízení zajišťuje bezpečnost zaměstnanců?*

R: Jednorázovými pomůckami, dezinfekčním řádem, školením o bezpečnosti práce, vypracováním vnitřních směrnic a standardů. Naše nemocnice je také držitelem ocenění Bezpečná nemocnice z ledna tohoto roku.

#### **4.1.4 Rozhovor 4**

Jako čtvrtá byla dotazovaná sestra pracující na centrálních operačních sálech 2 roky. Je jí 24 let. V současné době dokončuje magisterské studium v oboru ošetrovatelství. Krátce pracovala na traumatologickém oddělení. Celková délka její praxe ve zdravotnictví je 2,5 roku.

##### **Identifikace rizik**

*T: V čem vidíte největší riziko a náročnost Vaší profese?*

R: Největší míra náročnosti podle mého názoru pramení z nutnosti se mnohdy na velmi dlouhou dobu soustředit na 100%, přičemž řešit i velmi stresové situace pro celou operační skupinu. Náročnost vychází i z velké míry zodpovědnosti, která je na perioperační sestru uvalena v souvislosti s funkčností, stavem a souhlasujícím počtem nástrojů a všeho materiálu před i po skončení operačního výkonu.

*T: S jakými riziky se setkáváte při poskytování ošetrovatelské péče, čím může být pacient/klient ohrožen?*

R: S rizikem vzniku infekce. Pacient může být alergický na dezinfekční prostředky. Je zde také riziko poranění pacienta a pádu. Pacient může být poškozen i v souvislosti

s používaným materiálem na operačních sálech (*T: Mluvila jste nyní o poranění pacienta a používaném materiálu, mohla byste odpověď více zkonkretizovat?*). Pacient je ohrožen poraněním v souvislosti s instrumentáři na operačním sále a přístroji, které se na sále používají. Hrozí mu i riziko poranění a popálení kůže. Používaným materiálem mám na mysli chirurgické nástroje a spotřební chirurgický materiál.

*T: Jaká rizika jsou dle Vašeho názoru nejčastější?*

R: Riziko pádu. Taky riziko infekce, ať už pro pacienta nebo pro personál.

*T: Jaká rizika se dle Vašeho názoru řadí mezi nejzávažnější?*

R: Riziko poškození pacienta v souvislosti s používaným materiálem a nástroji.

*(T: A riziko pro Vás? Možná jsem měla otázku položit lépe).* Uff, já bych řekla, že jsem v riziku pořád, ale nejhorší je pro mne asi případný přenos infekce.

*T: Jakými riziky jste ohrožena v souvislosti s Vaší specializací a každodenní praxí?*

R: Infekcí. Velkou měrou i stresem. Práce perioperační sestry je náročná celkově. Podchlazením z klimatizace. Mohu se velmi lehce poranit i o šicí materiál.

*T: Jakým způsobem standardizujete ošetrovatelskou péči?*

R: Máme vypracovány kontejnerové systémy s přesně udaným a standardizovaným počtem všeho instrumentária. Kontejnery s nástroji jsou opatřeny i sterilizačním štítkem, což prokazuje sterilitu všech používaných nástrojů. Používáme perioperační záznamy, které řádně vyplňujeme a stvrzujeme svými podpisy, ať už perioperační sestra, obíhající sestra nebo sanitář. Perioperační záznamy a jejich vyplňování nám umožňuje nést zodpovědnost za přesně stanovené úkoly. Dodržujeme obecně přijaté normy ve výkonu profese. Kontrola funkčnosti a počtu nástrojů ve třech dobách před, během a po výkonu. Nástroje jsou přepočítávány a kontrolovány i speciálně vyškoleným personálem na sterilizaci. Na našem pracovišti máme vypracovány tištěné standardizační materiály, které v případě potřeby používáme a souhrnně se podle nich řídíme. Standardy vypracováváme sami s možností využití dalšího odborného konzultanta a korektora. Posléze jsou standardy kontrolovány vedoucími pracovníky (*T: Jakým způsobem zavádíte standardy do praxe?*). Jsou distribuovány všem příslušným pracovníkům na našem pracovišti, kteří mají povinnost se s těmito standardy seznámit a stvrdit je vlastnoručním podpisem. Po tomto kroku následuje aplikace

standardizovaných procedur a postupů do praxe. Vrchní sestra centrálních operačních sálů a taky hlavní sestra pak standardy kontrolují, eventuálně doplňují.

*T: Jak probíhá na Vašem oddělení pravidelná porada sester a jaká témata na poradě probíráte?*

R: Porada probíhá zpravidla v předem určeném termínu na stanoveném místě. Probíhá většinou při řešení správnosti některých nově zavedených postupů, po speciálních usneseních managementu nemocnice. Vedoucí pracovníci předají informace a následně probíhá diskuse na dané téma, kdy je možnost vznášet připomínky a dotazy. Na našem pracovišti není zavedena povinnost účasti na těchto poradách, pokud není pracovník aktuálně přítomen ve službě. Na poradě probíráme změny v legislativě, změny i v interních postupech na našem pracovišti, nařízení managementu. Také naše stanoviska a návrhy na zlepšení jednotlivých postupů.

### **Prevence rizik**

*T: Jak by se dalo podle Vás předcházet rizikům v ošetrovatelské péči?*

R: Dodržováním standardů, směrnic a legislativy. Dostatkem personálu na pracovišti“. Řídíme se směrnicemi a standardy. Dodržujeme náplň svých kompetencí uvedených v pracovní smlouvě. Záleží rovněž na každém, zda plní svojí práci podle svého nejlepšího vědomí a svědomí.

*T: Co by se podle Vás dalo zlepšit v oblasti prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Zlepšit personální obsazení a komunikaci mezi pracovníky. Také efektivně spolupracovat. Dbát na seznámení personálu se standardy a zásadními informacemi o tom, jak předcházet rizikům. Pečlivě zapracovat nově příchozí personál.

*T: Jak by se podle Vás dal pacient/klient zapojit do prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Měl by být informován o potenciálním riziku, které mu hrozí. Měl by se podílet na předcházení rozvoje rizika svým aktivním přístupem k problematice. Na našem pracovišti informuje a edukuje pacienty převážně anesteziologický tým.

*T: Jak Vaše zdravotnické zařízení zajišťuje bezpečnost zaměstnanců?*

R: Poskytuje dostatek ochranných jednorázových pomůcek, informuje o existenci infekčních chorob u pacienta.

#### 4.1.5 Rozhovor 5

Jako předposlední byla dotazovaná sestra se specializačním studiem (perioperační péče). Je jí 52 let a ve zdravotnictví pracuje 33 let. Působila po dobu 6 let na traumatologickém oddělení. Na centrálních operačních sálech pracuje 25 let.

##### **Identifikace rizik**

*T: V čem vidíte největší riziko a náročnost Vaší profese?*

R: V první řadě ve fyzické zátěži. Při instrumentování na operačním sále sestra dlouhou dobu stojí a tím přetěžuje kloubní aparát. Dále pak v psychické zátěži, kde hrají roli sociální vztahy na pracovišti, interpersonální konflikty. Náročnost je i v tom, že nám hrozí syndrom vyhoření. Důležitý je i nedostatek personálu, neochota a spěch při práci. Únava a nedostatek informací (*T: Jaký nedostatek informací máte na mysli?*). Informace se týkají tak trochu interpersonální komunikace, kterou jsem již zmínila. Je to vždy o správné komunikaci v týmu, který musí mít informace o změnách v operačním programu, zavádění a používání nové techniky a obvazového materiálu, informace z centrální sterilizace v průběhu dne.

*T: S jakými riziky se setkáváte při poskytování ošetrovatelské péče, čím může být pacient/klient ohrožen?*

R: Jsou to rizika spojená s přenosem infekčních onemocnění a nebezpečí spojená s vlastním provozem operačních traktů- vzduchotechnika, klimatické podmínky, prašnost, rentgenologická zátěž. Dále jsou to rizika daná vlastním charakterem práce- požadavky na rychlost, přesnost a preciznost. Neovlivnitelné okolnosti, do kterých bych zařadila například prodloužení operační doby nebo komplikované výkony.

*T: Jaká rizika jsou dle Vašeho názoru nejčastější?*

R: Popálení, alergická reakce, podchlazení, špatná poloha pacienta, porušení asepse. (*T: Jaké alergické reakce máte na mysli?*). Myslela jsem alergie na dezinfekční roztoky, lokální anestetika, složky obsažené v náplastech (*T: Nejčastější riziko pro Vás?*). Já bych řekla stres a špatná organizace práce.

*T: Jaká rizika se dle Vašeho názoru řadí mezi nejzávažnější?*

R: Záměna pacienta, záměna operované strany, poškození přístrojovým vybavením, zapomenutá rouška či nástroj v těle pacienta (*T: Když nezapomenete na sebe, co je pro Vás nejzávažnější riziko, s kterým se můžete setkat Vy?*). Nejhorší by pro mne bylo, kdybych si špatně přepočítala roušky a nástroje a došlo k ponechání určitého počtu roušek v těle pacienta. Na následky nechci ani pomyslet. Veselejší otázky nemáte? (*T:Dobře, budeme pokračovat*).

*T: Jakými riziky jste ohrožena v souvislosti s Vaší specializací a každodenní praxí?*

R: Stresovým prostředím, klimatizací a s tím spojeným prochlazením, přenosem infekce, poraněním o ostré předměty, rovněž únavou a nepravidelným režimem.

*T: Jakým způsobem standardizujete ošetrovatelskou péči?*

R: Na našem oddělení nejsou vypracovány standardy ošetrovatelské péče. Máme vypracovány standardy operační péče a každý pacient má v dokumentaci z operačního sálu založen perioperační záznam (*T: Jak byste specifikovala perioperační záznam a jeho obsah?*). Perioperační záznam (příloha 6) je součástí zdravotnické dokumentace a vyplňuje se u každého výkonu. Při odjezdu pacienta ze sálu se zakládá do jeho dokumentace. V perioperačním záznamu je uveden šicí materiál, jméno instrumentářky, obíhající sestry a sanitáře. Dále pak začátek a konec operace. Druh dezinfekce a poloha pacienta. Ještě bych uvedla druh koagulace a umístění elektrody na část pacientova těla. (*T: Kdo připomínkuje a vypracovává ošetrovatelské standardy?*) Všeobecné sestry. Každá z nich vypracovává zadaný standard společně s poradou ostatních sester. Po vypracování se standardy vytisknou a každá z kolegyně je má k dispozici k přečtení a podepsání. V praxi by se měli zpracovanými standardy všichni řídit.

*T: Jak probíhá na Vašem oddělení pravidelná porada sester a jaká témata na poradě probíráte?*

R: Porady jsou pravidelné. Prvně se určí datum a hodina. Na poradě jsou přítomné sestry operačních sálů. Na programu jsou změny a novinky v oboru, zavádění nového typu rouškování nebo změny v operačním instrumentáriu, požadavky operatérů. Následuje i diskuse a připomínky.

### **Prevence rizik**

*T: Jak by se dalo podle Vás předcházet rizikům v ošetrovatelské péči?*

R: Dostatkem času, správnou komunikací, pravidelnou kontrolou a servisem přístrojů, pozitivními interpersonálními vztahy, posílením personálu, propracovanou organizací práce.

*T: Co by se podle Vás dalo zlepšit v oblasti prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Lepšími vztahy mezi personálem a jeho posílením vyšším počtem pracovníků. Bojovala bych i za lepší motivaci sester a jejich finančním ohodnocením a benefity, dostatkem volna po náročných službách. (*T: Spolupracujete s kolegyněmi při prevenci rizik?*) Bez spolupráce a komunikace by to nešlo. Určitě spolupracujeme, každý den se něco odehraje. Diskutujeme i na poradách, jak jste se také ptala. Mluvíme o chodu sálů a zlepšení péče o pacienta.

*T: Jak by se podle Vás dal pacient/klient zapojit do prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Přínosné by bylo, kdyby se ptal a nechal si vše vysvětlit a nenechal se odbýt. Každý dělá chyby a větší kontrolou se dá rizikům předejít. Jsem názoru, že je v tomto případě důležitá podrobná a pravdivá anamnéza. Pacienti podepisují informovaný souhlas s výkonem a předoperační přípravu, kde si vše přečtou, doptají slovně a vše stvrdí svým podpisem (*T: Jak informujete a edukujete pacienta/klienta?*). Na sále s pacientem komunikuje obíhající sestra a operatér a samozřejmě anesteziologický tým. Než začneme pacienta seznamovat s anestézií, vysvětlíme mu, co budeme dělat. Ptáme se na alergie. Stručně pacientovi vysvětlíme bezprostřední průběh těsně po operaci, než opustí prostory operačních sálů. Na větší edukaci a informace není čas.

*T: Jak Vaše zdravotnické zařízení zajišťuje bezpečnost zaměstnanců?*

R: Pravidelně jednou ročně se koná školení bezpečnosti práce. Nozokomiální nákazy a kardiopulmonální resuscitace jsou v rámci školení také. Nemocnice nám zajišťuje ochranné jednorázové pomůcky.

#### 4.1.6 Rozhovor 6

Poslední dotazovaná sestře je 47 let. Délka její praxe ve zdravotnictví činí 28 let. Má úspěšně dokončené pomaturitní specializační studium (perioperační péče). Po dobu 3 let pracovala na chirurgické jednotce intenzivní péče a poté přešla na centrální operační sály před více než 25 lety, kde pracuje doposud.

##### **Identifikace rizik**

*T: V čem vidíte největší riziko a náročnost Vaší profese?*

R: V první řadě v nedostatku pomocného personálu (*poznámka: sestra má na mysli sanitáře*). Hodně práce sestry dělají za sanitáře. Práce i operační program vážne a klesá kvalita práce celkově. V naší profesi je člověk neustále takzvaně jednou nohou v kriminále. Také bych uvedla ještě strach ze zmatku.

*T: S jakými riziky se setkáváte při poskytování ošetrovatelské péče, čím může být pacient ohrožen?*

R: Pacient může být špatně napolohovaný na operačním stole. Během operace může dojít k zatečení dezinfekce a podráždění kůže pacienta. Pacient je ohrožen i popálením. Náplast je někdy také zrádná, pacient na ni může být alergický. Lze se setkat také se záměnou histologického materiálu od pacienta. (*T: Jakou záměnu histologického materiálu máte na mysli?*) Biologický materiál, který se během operace odebírá od pacienta, musí být správně označený a uložen do vhodné přepravní nádoby k následnému přesunu na patologické oddělení, kde je histologický vyšetřen. V kompetenci lékaře, v našem případě operátora, je sepsání průvodní žádanky. Může dojít k opomenutí označení materiálu či k poslání nesprávné žádanky.

*T: Jaká rizika jsou dle Vašeho názoru nejčastější?*

R: Záměna biologického materiálu způsobená lidskou chybou (*T: To bylo riziko pro Vás, ale čím je pacient/klient na Vašem oddělení ohrožen nejčastěji?*) Podchlazení a nedostatečné napolohování pacienta na operačním stole.

*T: Jaká rizika se dle Vašeho názoru řadí mezi nejzávažnější?*

R: Poškození pacienta jakýmkoliv způsobem je vždy rizikové a závažné. Zapomenutí obvazového materiálu nebo nástroje v těle pacienta, opomenutí informace o alergické

anamnéze, špatné označení a záměna biologického materiálu, který byl odebrán pacientovi. (*T: Nejdůležitější riziko pro Vás?*) Pro mne by bylo nejhorší, kdybych se nakazila HIV.

*T: Jakými riziky jste ohrožena v souvislosti s Vaší specializací a každodenní praxí?*

R: Mohu se poranit o ostré předměty. Ráda bych uvedla i nákazu, kterou jsem ohrožena při práci s biologickým materiálem. Hrozí mi poranění i o výsuvné rampy a světla na sálech. Rovněž je třeba věnovat pozornost kluzským podlahám po úklidu sálu po jednotlivých operacích. Nelze opomenout ani stres, klimatizaci, intenzivní osvětlení, při dlouhých operacích není čas ani na krátkou přestávku, abych se napila a doplnila tekutiny.

*T: Jakým způsobem standardizujete ošetrovatelskou péči?*

R: Na každý operační výkon je vypracovaný standard, kde je popsán výkon od rouškování operačního pole a jeho dezinfekce až k závěru operačního výkonu. Standardy se aktualizují jedenkrát za dva roky (*T: Kdo připomínkuje a vypracovává ošetrovatelské standardy?*) Sestry pracující na operačních sálech. Máme jednotlivé druhy operací rozděleny dle ortopedického a chirurgického zaměření a dle druhu operací každá sestra zpracuje standard. Ošetrovatelské standardy připomínkuje hlavní sestra nemocnice. (*T: Jak se ošetrovatelské standardy přijímají do praxe?*) Nejprve se vypracují. Poté se připomínkují vedením a hlavní sestrou nemocnice. Po těchto krocích se vytisknou a uvedou do praxe.

*T: Jak probíhá na Vašem oddělení pravidelná porada sester a jaká témata na poradě probíráte?*

R: Porada probíhá jednou za měsíc. Většinou se porada sester týká aktualit a změn v pracovním procesu. Jsou přítomné perioperační sestry, vrchní sestra a vedoucí lékař centrálních operačních sálů. Mluvíme o změnách a novinkách týkajících se přístrojové techniky, změnách ve vedení provozních deníků, změnách při rouškování a u spotřebního materiálu, nástrojích dočasně vyřazených z provozu.



## **Prevence rizik**

*T: Jak by se dalo podle Vás předcházet rizikům v ošetrovatelské péči?*

R: Neustálou kontrolu a komunikací s pacientem a celým týmem. Podstatná je alergická anamnéza, poučení z nežádoucích událostí.

*T: Co by se podle Vás dalo zlepšit v oblasti prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Ve zvýšení počtu personálu. Od tohoto tématu se odvíjí spousta problémů (*T: Jaké problémy máte na mysli?*). Problémy s posílením personálu trvají. Šetří se všude. Sestra dělá věci za pomocný personál a nesoustředí se tolik na svojí práci a specializaci v oboru. Nemá čas na to dělat pacientovi advokáta (*T: Spolupracujete s kolegyněmi při prevenci rizik?*). Spolupracujeme, zde bych zmínila důvěru v týmu. Komunikace jde ruku v ruce. Naše práce musí být týmová.

*T: Jak by se podle Vás dal pacient/klient zapojit do prevence rizik v ošetrovatelské péči?*

R: Řekla bych, že zde je důležitá komplexní předoperační příprava a důvěra v personál na oddělení, ze kterého k nám pacient přichází. Na pacienta by měly mít sestry čas a vše vysvětlit a probrat v klidné atmosféře. Pacient by se měl podílet na léčbě a udávat vždy pravdivé informace o svém zdravotním stavu (*T: Informujete pacienta/klienta o prevenci rizik?*). Snaha je pacientovi vše vysvětlit. Co ho čeká během následujících chvil a po operaci. Podstatný je chránit stud a intimitu pacienta. Jakýkoliv výkon prováděný pacientovi je důležité mu vysvětlit. Snaha je také o plynulost chodu sálu.

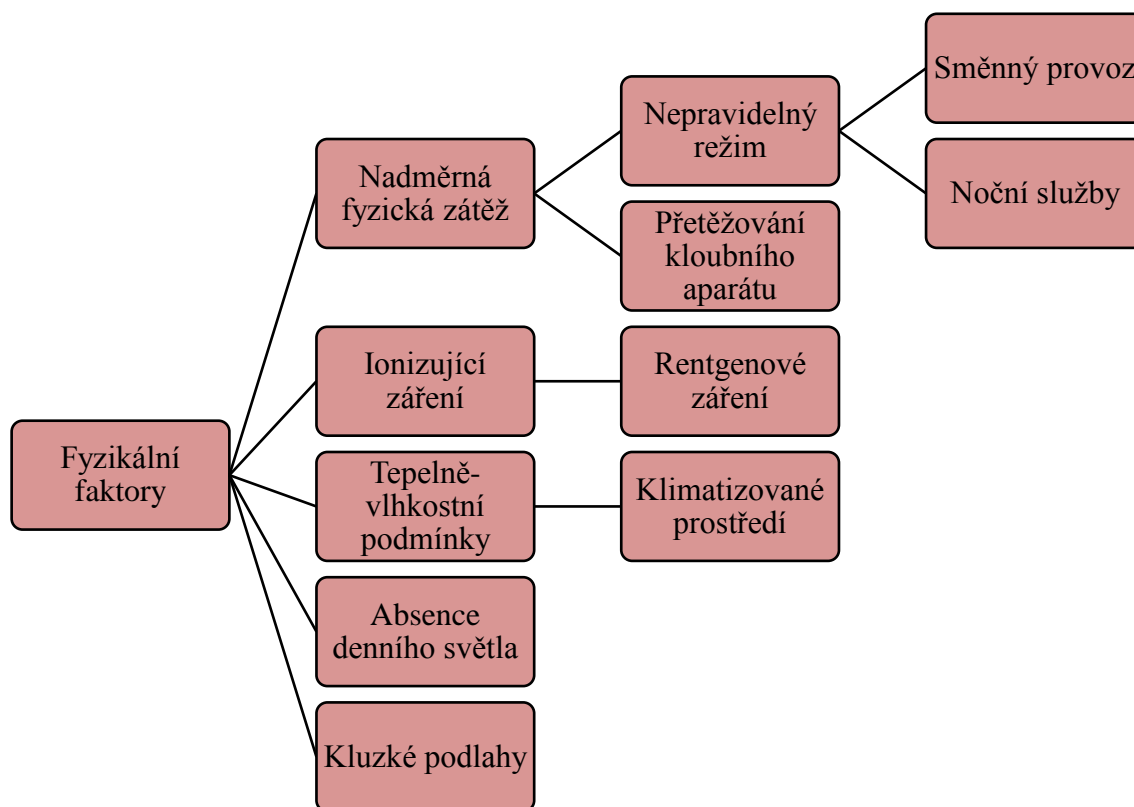
*T: Jak Vaše zdravotnické zařízení zajišťuje bezpečnost zaměstnanců?*

R: Ochrannými pomůckami, bariérovým režimem (jednorázové sálové oblečení, dezinfekce rukou, používání jehel s bezpečnostním systémem) a rizikovým příplatkem.

## 4.2 Výsledky - kategorizace dat z rozhovorů se sestrami

### 4.2.1 Rizikové faktory pracovního prostředí sester na operačních sálech

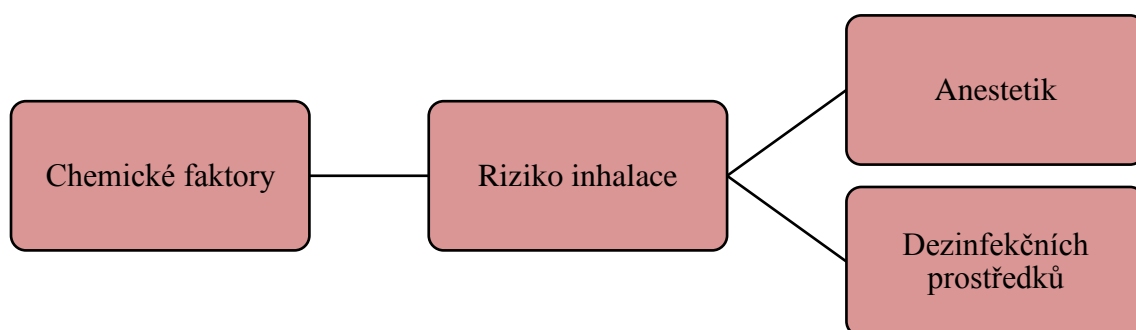
Schéma 1 – Fyzikální rizikové faktory pracovního prostředí sester na operačních sálech



Fyzikální faktory pracovního prostředí sester. Fyzikální faktory představují pracovní rizika týkající se **nadměrné fyzické zátěže**, která má spojitost s nepravidelným režimem služeb a přetěžováním kloubního aparátu sester. Sestra 5 v rozhovoru uvedla: „Při instrumentování na operačním sále sestra dlouhou dobu stojí a tím přetěžuje svůj kloubní aparát“. Respondentky poukazyvaly na fyzickou náročnost nočních služeb a směnného provozu. Například sestra 1 uvedla: „Sloužím ve směnném provozu a často mám nedostatek odpočinku“. Sestra 2 zmínila: „Největší náročnost mé práce vidím v oblasti psychické a fyzické což souvisí i se směnným provozem“. Rizikové je i **ionizující záření**, kterému jsou sestry během pracovního procesu vystaveny. K fyzikálním faktorům pracovního prostředí se řadí také **tepelně-**

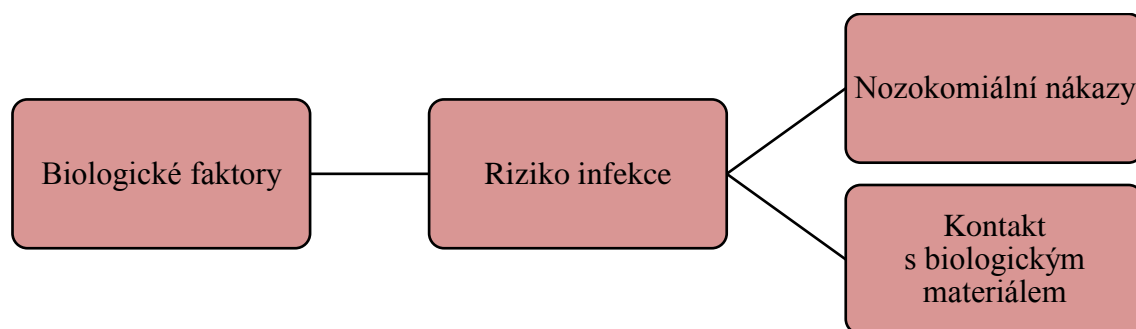
**vlhkostní podmínky** a s nimi související **klimatizované prostředí**. Sestra 2 uvedla: „Rentgenové záření, to je hodně rizikové. Nosíme ochranné pomůcky, ale já se snažím po domluvě s doktorem být v tu dobu na sále co nejméně. Nelze opomenout **absenci denního světla a nebezpečí uklouznutí**. Jak zmínila v rozhovoru sestra 6: „Rovněž je třeba věnovat pozornost kluzkým podlahám po úklidu sálů po jednotlivých operačních výkonech“.

**Schéma 2 – Chemické rizikové faktory pracovního prostředí sester na operačních sálech**



V této oblasti rizik je významná **inhalace škodlivých zplodin**. Sestry v rozhovorech uváděly inhalaci anestetik a dezinfekčních prostředků. Jak uvedla sestra 2: „I když mají medicínální plyny na operačních sálech centrální odtah odpadových zplodin, i tak vdechují zbytková anestetika“.

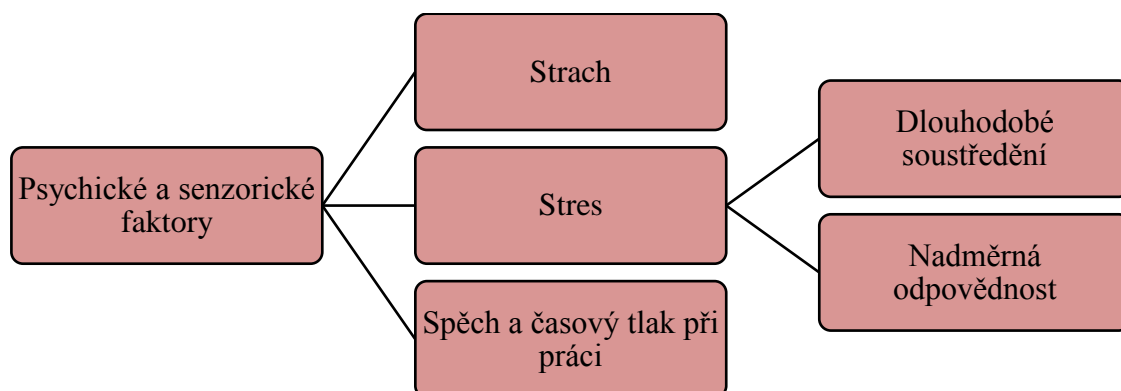
**Schéma 3 – Biologické rizikové faktory pracovního prostředí sester na operačních sálech**



Biologické faktory pracovního prostředí sester mají souvislost s **infekčním rizikem**, které sestry denně ohrožuje při výkonu jejich práce. V této oblasti jsou stěžejní

kontakt s biologickým materiálem a tím související riziko přenosu nozokomiálních nákaz. Sestra 1 uvedla: „*Nejčastěji se setkávám s rizikem infekce*“. Sestra 3 uvedla: „*Řekla bych, že moje práce je jedno velké riziko. Setkávám se denně s infekčním rizikem*“. I sestra 6 v rozhovoru uvedla: „*Ráda bych uvedla i infekční nákazu, kterou jsem ohrožena při práci s biologickým materiálem*“.

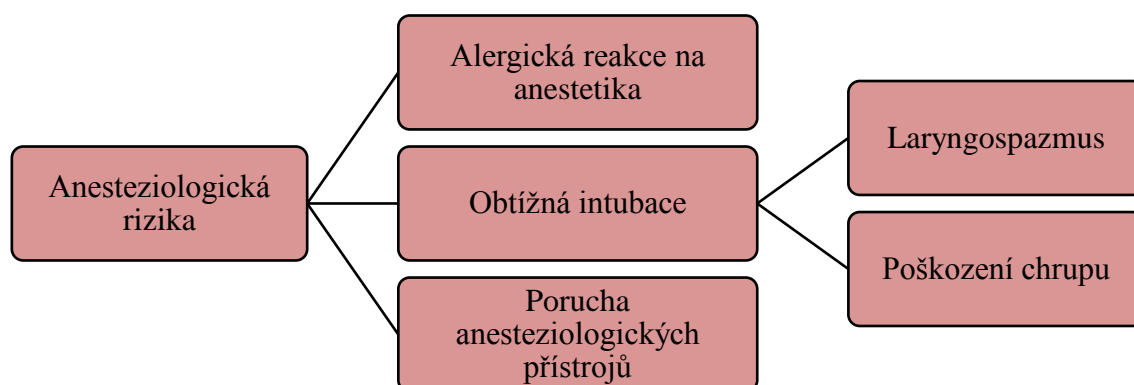
#### Schéma 4 – Psychická a senzorická zátěž pracovního prostředí sester na operačních sálech



Poslední oblastí rizikových faktorů pracovního prostředí sester na operačních sálech, do kterého patří **psychické a senzorické zátěžové faktory**. Ze schématu 4 vyplývá podstatná role **stresu, strachu a časového tlaku** při práci sester. Jak uvedla sestra 1: „*Má práce je i o velké míře stresu. Se stresem se setkávám při každé směně*“. Podobný názor má i sestra 3: „*Nějaký pátek ve zdravotnictví pracuji a myslím, že největší zátěž spočívá ve velké psychické zátěži. Stresu se nikdo nevyhne, ale náš obor a specializace nahrává stresu velmi moc*“. Mezi příčiny nadměrného stresu sester na operačních sálech patří (dle respondentek) nutnost **dlouhodobého soustředění** a **vysoká míra odpovědnosti** jak pramení z rozhovoru se sestrou 4: „*Největší míra náročnosti podle mého názoru pramení z nutnosti se mnohdy na velmi dlouhou dobu soustředit na 100 %, přičemž řešit i velmi stresové situace pro celou operační skupinu. Náročnost mé práce vychází i z velké míry zodpovědnosti*“.

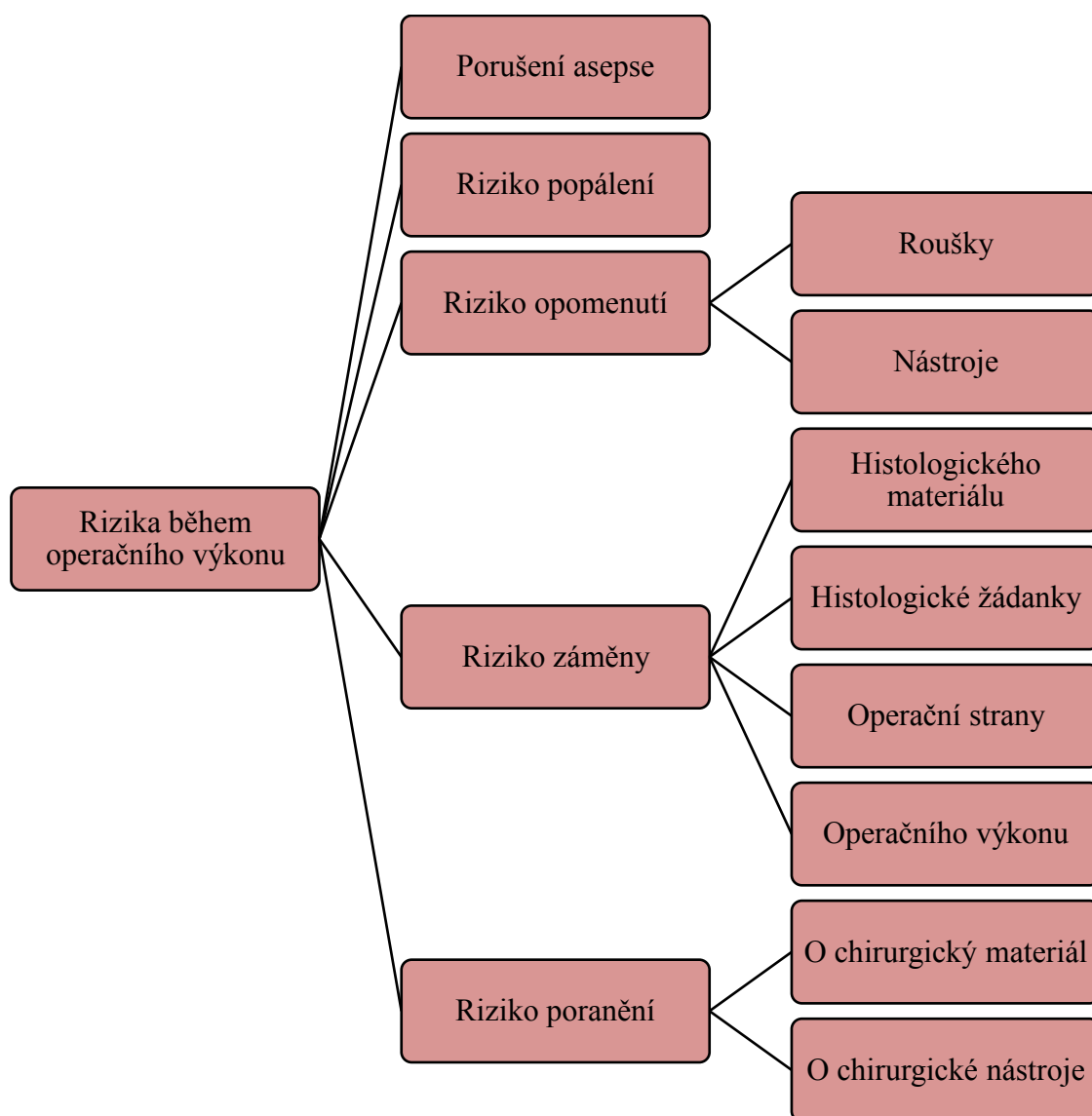
#### 4.2.2 Rizika pro pacienty během intraoperační péče

Schéma 5 – Rizika pro pacienty během podávání anestézie



Mezi rizika, která hrozí pacientovi během podávání anestézie, patří (dle výpovědi respondentek) **alergické reakce**, **obtížná intubace** a **porucha anesteziologických přístrojů**. Alergická reakce na podávaný medicínální plyn může nastat v úvodu, během vedení anestézie a při probouzení pacienta z anestézie. Sestra 1 uvedla: „*Při úvodu do anestézie je pacient ohrožen nežádoucí reakcí na anestetika*“. S anesteziologickými riziky má spojitost i **obtížná intubace**, při níž může dojít k **laryngospasmu** či **poškození chrupu** pacienta. Toto zmiňované riziko uvedla rovněž sestra 1: „*Při extubaci hrozí laryngospasmus. Může dojít k poškození chrupu pacienta během intubace*“. K dalším rizikům během podávání anestézie se řadí **poruchy anesteziologických přístrojů**. Jak se zmínila sestra 3: „*Uvedla bych poruchu našich anesteziologických přístrojů a s tím spojené riziko. V dnešní době jsou přístroje vybavené softwarem na velmi vysoké úrovni*“. Rizika ve schématu uváděly pouze anesteziologické sestry, což je dáno jejich specializací a pracovními kompetencemi.

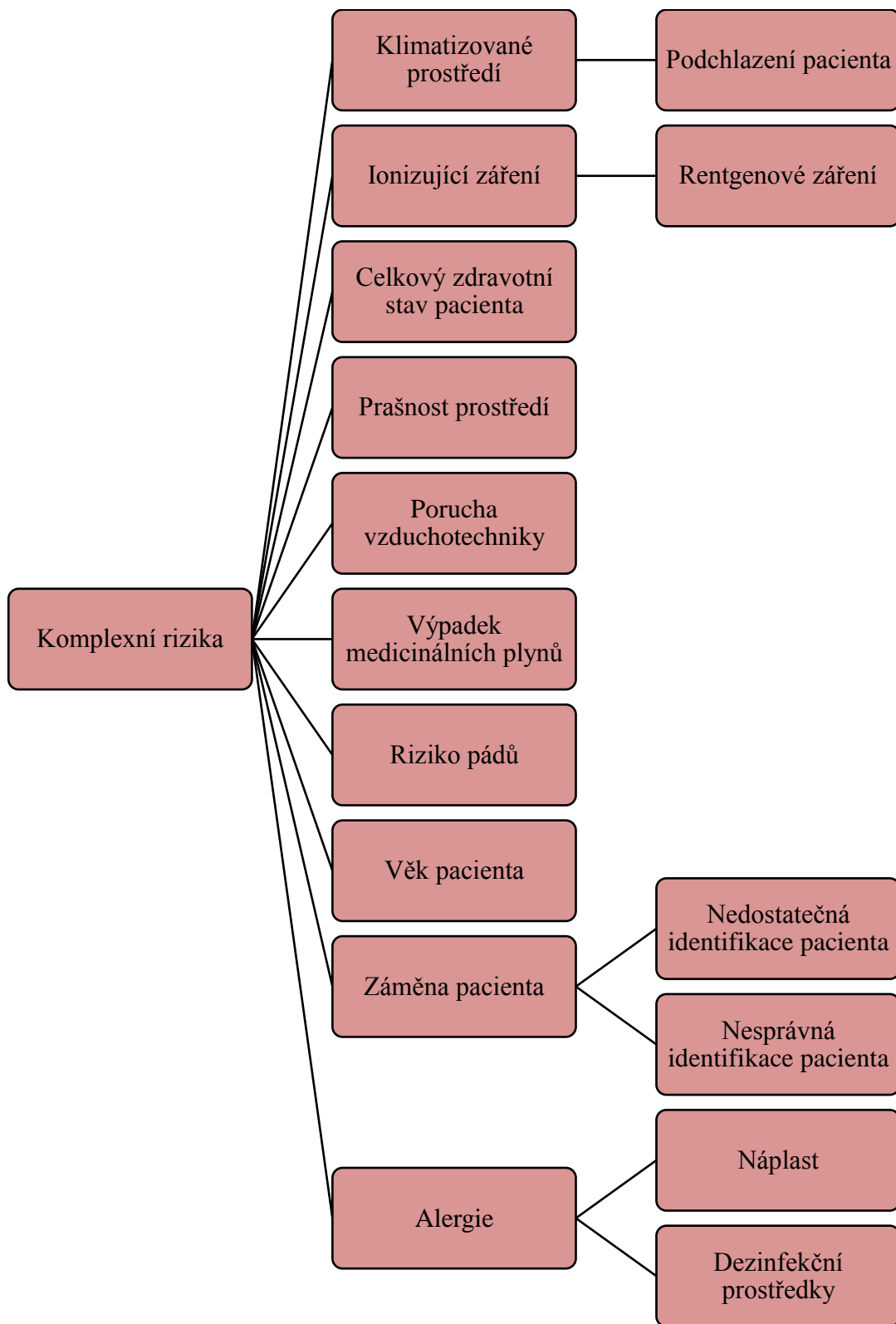
**Schéma 6 – Rizika pro pacienty během operačního výkonu**



K rizikům během operačního výkonu patří **porušení asepsy**. Sestra 3 uvedla: „Závažné je riziko porušení asepsy. Riziko porušení sterility a bariérový režim je podstatný. Význam jeho dodržování by si měli všichni uvědomovat“. Ve schématu s operačními riziky je uvedeno i **popálení pacienta/klienta**. Rizika se týkají rovněž **opomenutí roušky nebo chirurgického nástroje v těle pacienta/klienta**. Z rozhovoru se sestrou 5 jasně vyplynulo toto riziko a sestra 5 k tomu uvedla: „*Nejhorší by pro mne bylo, kdybych si špatně přepočítala roušky a nástroje a došlo k ponechání určitého*

*počtu roušek v těle pacienta“*. Schéma 6 také znázorňuje **riziko záměny histologického materiálu nebo žádanky, operační strany nebo výkonu**. Sestra 6 uvedla: *„V kompetenci lékaře, v našem případě operátéra, je sepsání průvodní žádanky k histologickému vyšetření. Může dojít k opomenutí označení materiálu či k poslání nesprávné žádanky na patologické oddělení“*. K poslednímu riziku, které sestry v hloubkových rozhovorech uváděly, bylo **riziko poranění o chirurgický materiál nebo přístroje**. Toto riziko uváděly perioperační sestry. Sestra 4 uvedla: *„Pacient je ohrožen poraněním v souvislosti s instrumentářiem na operačním sále a přístroji, které se na sále používají*.

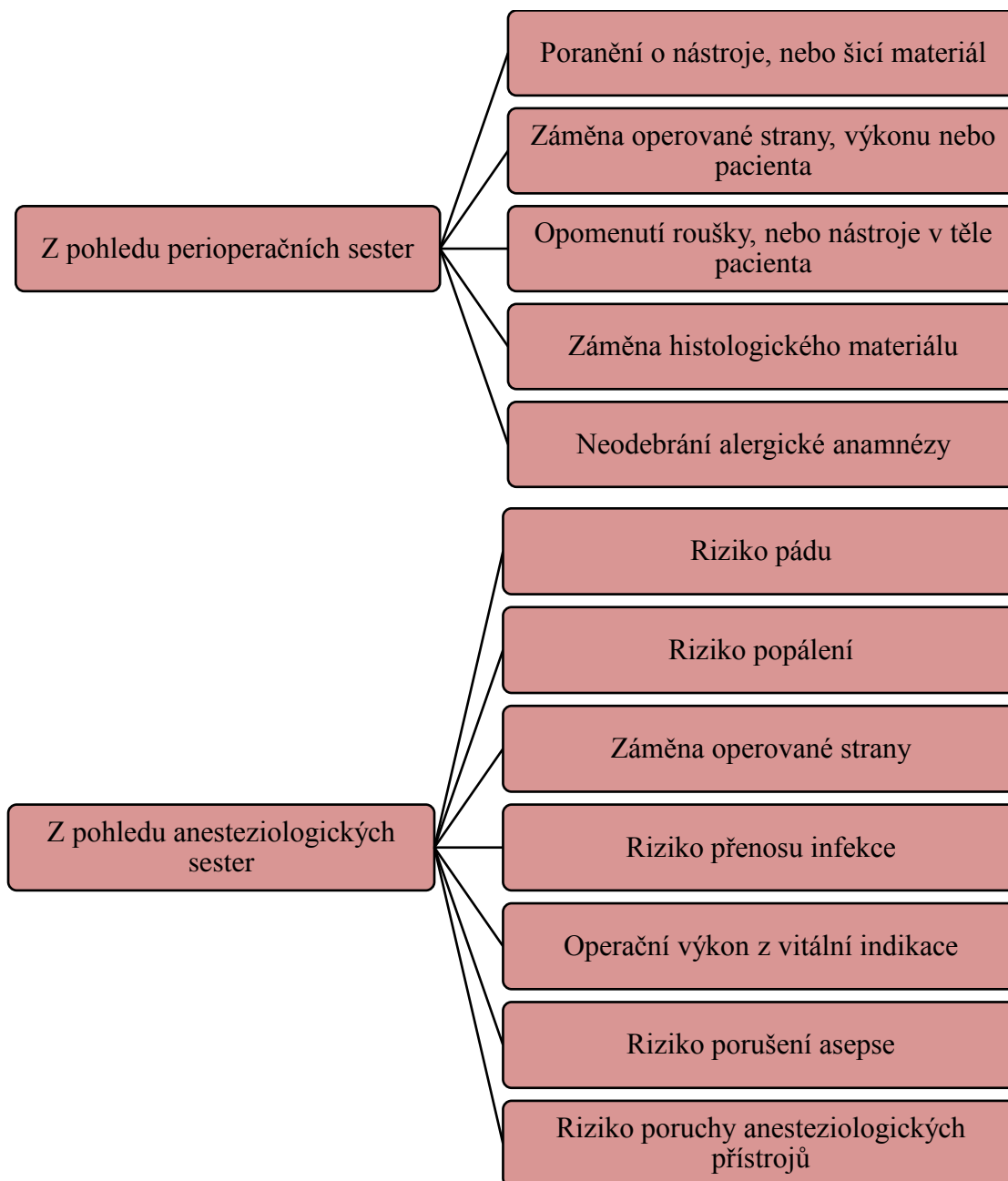
Schéma 7 – Rizika pro pacienty během pobytu na operačním sále





Další rizika, která hrozí pacientovi během intraoperační péče, byly pro účely tohoto výzkumu zařazeny do skupiny tzv. komplexních rizik.. Řadí se k nim **klimatizované prostředí**, které v sobě nese nebezpečí podchlazení pacienta. Dále pak **ionizující záření**, kterému je pacient v intraoperačním období vystaven. Podstatný je **celkový zdravotní stav a věk** pacienta. Jak uvedla sestra 2: „*Závažné jsou komplikace mající souvislost s urgentností výkonu a celkovým stavem pacienta*“. Ke komplexním rizikům se řadí také **prašnost prostředí a porucha vzduchotechniky či výpadek v dodávce medicínálních plynů**. Sestra 5 se zmínila: „*Nebezpečná jsou rizika spojená s vlastním provozem operačního traktu; vzduchotechnika, klimatizované podmínky, prašnost prostředí*“. K rizikům, které souvisí s pobytem pacienta na operačním sále, se řadí bezesporu **riziko pádu, záměny pacienta či alergická reakce** na náplast nebo dezinfekční prostředky používané během operace. V prevenci záměny pacienta je podstatná jeho správná a dostatečná identifikace. **Riziko pádu** vnímaly respondentky jako kontinuální, tedy hrozící pacientovi po celou dobu jeho pobytu na operačním sále. Sestra 2 dodala: „*Ošetrovatelskou péči poskytují pacientovi od jeho převzetí na operačním sále až po jeho předání z operačního sálu. Po celou dobu se setkávám s rizikem pádu pacienta při přesunu, převozu nebo při polohování do operační polohy*“.

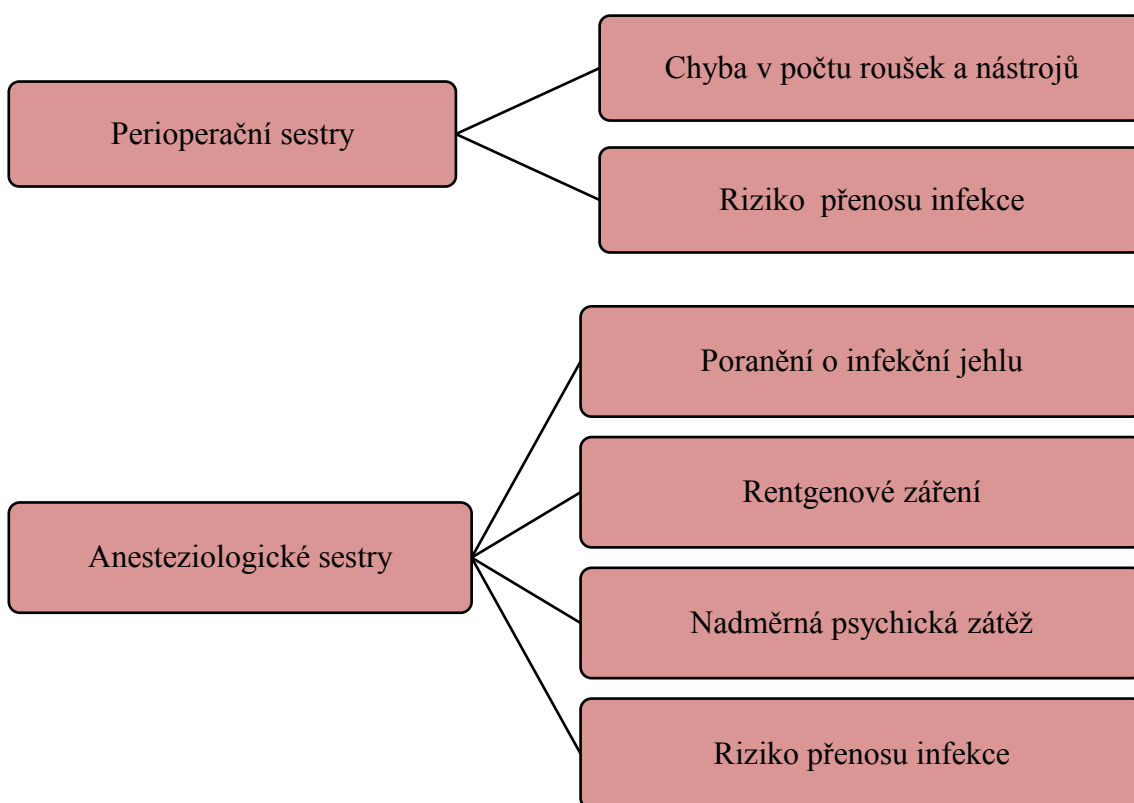
**Schéma 8 – Nejzávažnější rizika pro pacienty v intraoperačním období**



K nejzávažnějším rizikům, kterými je pacient ohrožen v intraoperačním období, uváděly perioperační sestry riziko **poranění o chirurgické nástroje nebo šicí materiál**, riziko **záměny operované strany, výkonu nebo pacienta**, **záměna histologického materiálu**. Jako další rizika perioperační sestry uvedly **opomenutí roušky nebo nástroje v těle pacienta** a **neodebrání alergické anamnézy**. Jak uvedla v rozhovoru

sestra 6: „Poškození pacienta jakýmkoliv způsobem je vždy rizikové a závažné. Zapomenutí obvazového materiálu nebo nástroje v těle pacienta, dále pak opomenutí informací o alergické anamnézy, špatné označení a záměna biologického materiálu, který byl odebrán pacientovi“. Anesteziologické sestry uvedly rizika mající souvislost s pádem a popálením pacienta. Rizikové je dle anesteziologických sester i **záměna operované strany a riziko vzniku infekce**. Jak uvedla sestra 1: „Myslím, že nejzávažnější je riziko infekce. Dále pak všechny nežádoucí události, které se přihodily v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče. Pád pacienta, popálení pacienta, záměna operované strany. Poškození chrupu pacienta“. K dalším nejzávažnějším rizikům patřilo dle anesteziologických sester i **výkony prováděné z vitální indikace, porucha anesteziologických přístrojů**. Sestra 3 v rozhovoru uvedla: „Závažné je porušení asepse. Riziko porušení sterility a bariérový režim je podstatný. Význam jeho dodržování by si měli všichni uvědomovat. Dále bych uvedla poruchu našich anesteziologických přístrojů a s tím spojené riziko. Poruchou jsem myslela například výpadek medicinálních plynů z centrálního rozvodu, překážka v patientském dýchacím okruhu a poruchu v koncentraci inhalačního anestetika z odpařovače“.

Schéma 9 – Nejzávažnější rizika pro sestry v intraoperačním období

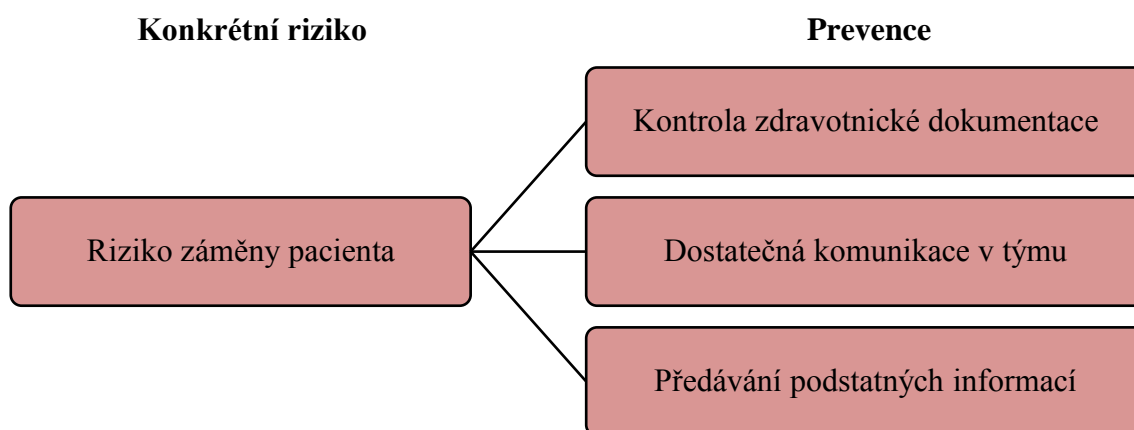


Perioperační sestry identifikovaly nejzávažnější rizika, která je ohrožují při jejich každodenní práci. K rizikům **patřila chyba v počtu roušek a chirurgických nástrojů**, které musejí před operačním výkonem i po operaci počtem souhlasit. Sestra 5 uvedla: „*Nejhorší by pro mne bylo, kdybych si špatně přepočítala roušky a nástroje a došlo k ponechání určitého počtu roušek a nástrojů v těle pacienta*“. Pro perioperační sestry bylo podstatné a nejzávažnější i riziko **přenosu infekce mezi personálem a pacientem**. Jak uvedla sestra 4: „*Já bych řekla, že jsem v riziku pořád, ale nejhorší je pro mne asi případný přenos infekce*“. Anesteziologické sestry uvedly mezi nejzávažnější rizika **poranění o infekční jehlu, rentgenové záření, nadměrnou psychickou zátěž** a riziko **přenosu infekce**. Sestra 2 v rozhovoru uvedla: „*Rentgenové záření, to je hodně rizikové. Ještě bych uvedla poranění o infekční jehlu a přenos infekce*“.

### 4.2.3 Preventivní mechanismy vybraných rizik v intraoperačním období

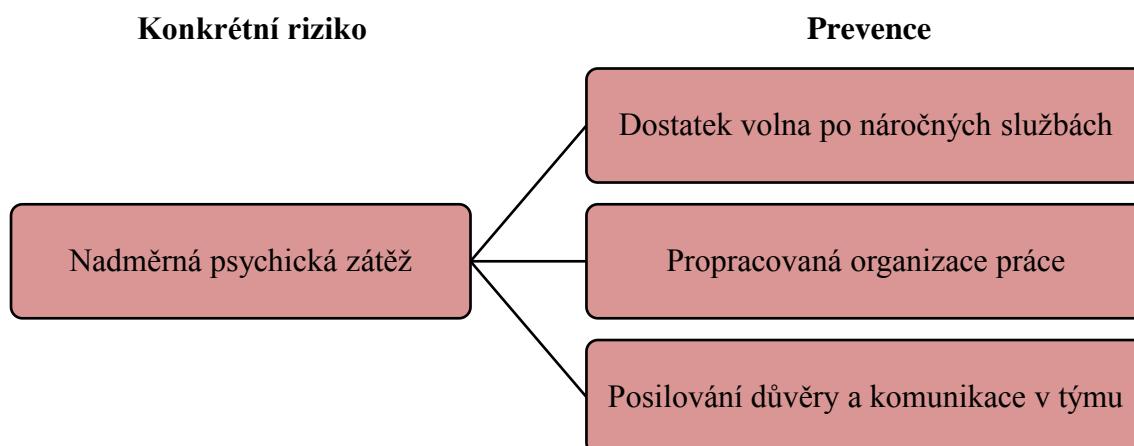
Ve schématech 10 (a-f) jsou popsány preventivní mechanismy u vybraných rizik v intraoperačním období, které se týkají anesteziologických sester, perioperačních sester a pacientů. Vybraná rizika byla identifikována během rozhovorů se sestrami.

Schéma 10a



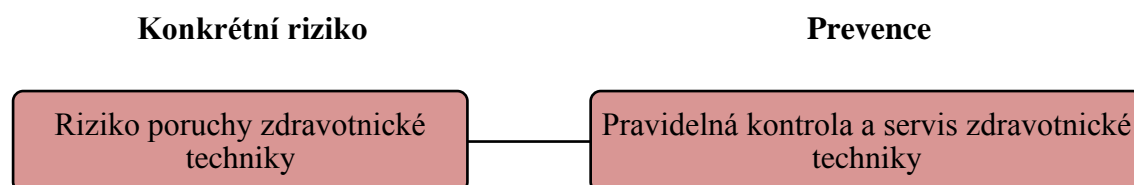
Dle respondentek k prevenci záměny pacienta na operačním sále patří kontrola zdravotnické dokumentace spolu s dostatečnou komunikací v týmu a předáváním podstatných informací mezi zdravotnickým personálem. Sestra 1 v rozhovoru uvedla: „V prevenci je důležitá informovanost o rizicích a předávání podstatných informací mezi personálem“. I sestra 3 uvedla: „Prevenci záměny pacienta bych viděla v odpočínutém a proškoleném personálem spolu s bezkonfliktní komunikací mezi všemi spolupracovníky“.

**Schéma 10b**



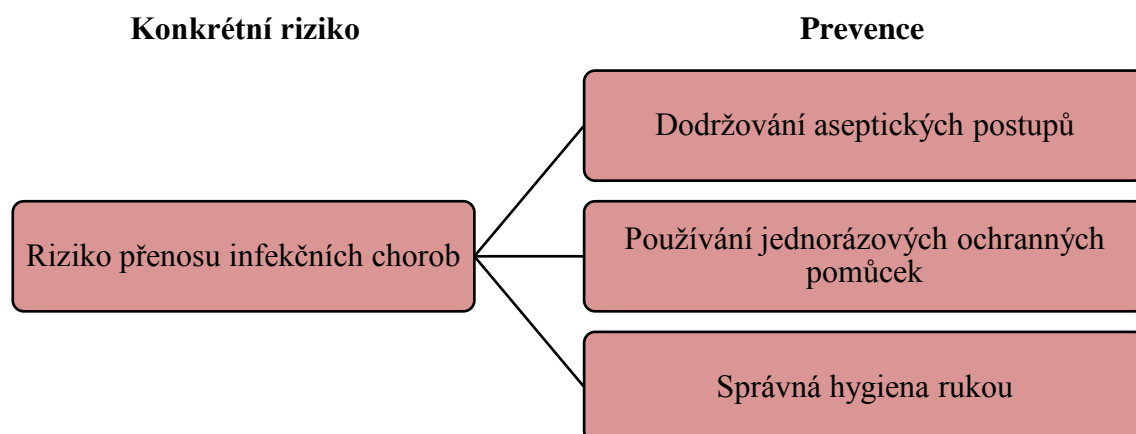
Jako prevenci nadměrné psychické zátěže uvedly respondentky dostatek volna po náročných službách. Posílení důvěry a komunikace v týmu bylo pro respondentky také podstatné. Sestra 5 v rozhovoru na otázku, jak by se dalo podle Vás předcházet rizikům v ošetrovatelské péči uvedla: „*Lepšími vztahy mezi personálem a dostatkem volna po náročných službách. Bez spolupráce a komunikace by to nešlo*“.

**Schéma 10c**



Riziku poruchy zdravotnické techniky lze dle respondentek předcházet pravidelnou kontrolou a servisem zdravotnické techniky.

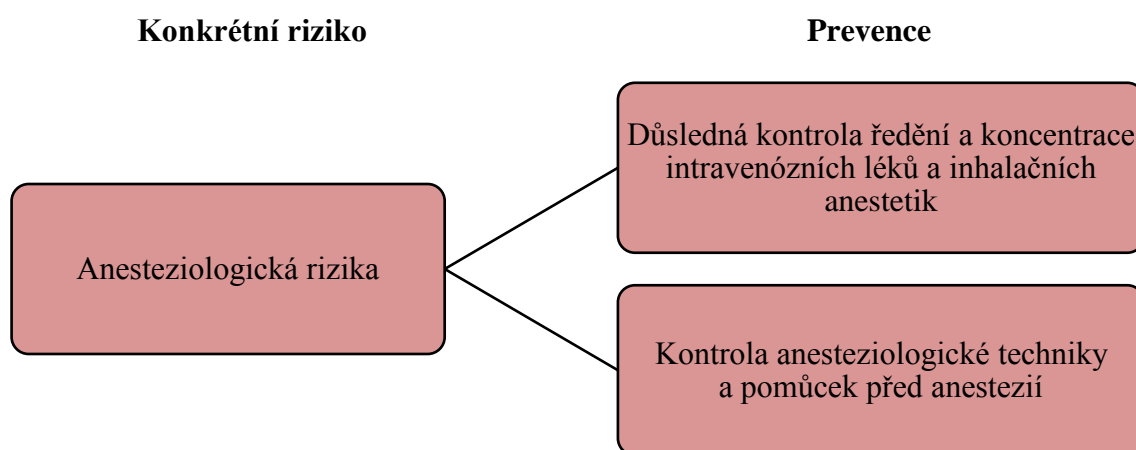
Schéma 10d



Jako prevenci přenosu infekčních rizik je důležité dle respondentek dodržovat aseptické postupy při výkonu práce v celém intraoperačním období. Podstatná by měla být správná hygiena a účinná technika mytí rukou, zvláště u perioperačních sester.

Nelze opomenout i používání jednorázových ochranných pomůcek a prevenci přenosu nozokomiálních nákaz. Jak uvedla sestra 3 v rozhovoru: „Riziko porušení sterility a bariérový režim je podstatný a význam jeho dodržování by si měli všichni uvědomovat“.

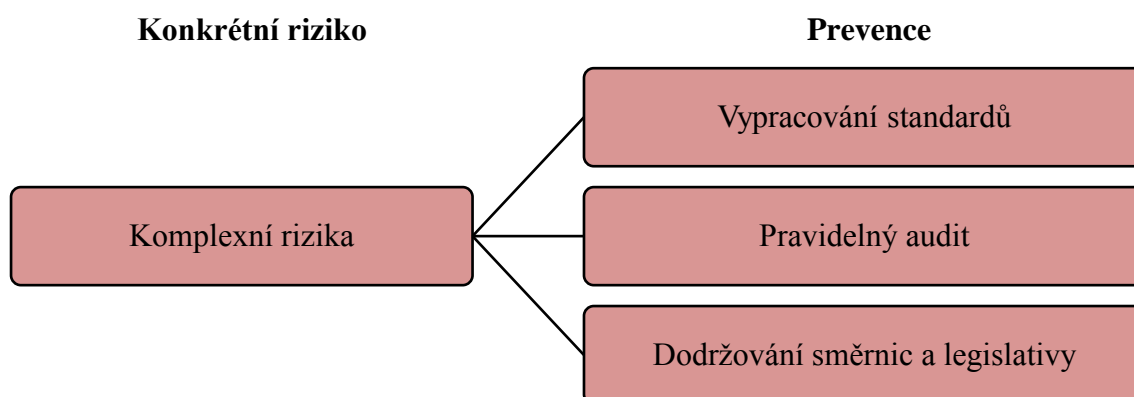
Schéma 10e



Rizika mající souvislost s anestézií a jejich prevencí respondentky viděly především v důsledné kontrole ředění a koncentrace intravenózních léků a anestetik. Do prevence

respondentky zařadily i kontrolu anesteziologické techniky a pomůcek před úvodem do anestézie. Sestra 1 uvedla: „Důsledná kontrolou ředění léků a zkontrolování funkčnosti anesteziologického přístroje shledávám jako důležitou prevenci“.

**Schéma 10f**



Komplexní rizika mají souvislost s celkovým pobytem pacienta na operačním sále v intraoperačním období. Respondentky uváděly jako prevenci těchto rizik důsledné dodržování směrnic a legislativy. Dále pak pravidelný audit a účast sester na zpracování standardů. Jak uvedla sestra 4: „Prevenci rizik bych viděla v dodržování standardů, směrnic a legislativy. Řídíme se směrnici a standardy. Dodržujeme náplň svých kompetencí uvedených v pracovní smlouvě“.



## **5 Diskuze**

V dnešní době představuje řízení rizik důležitou část základních předpokladů současného managementu ve zdravotnictví. Ošetrovatelská péče o pacienta během intraoperačního období se řadí mezi nejrizikovější. Prevence rizik a bezpečnost pacienta a zdravotnického personálu vyžaduje zapojení všech členů multidisciplinárního týmu. Záměrem výzkumného šetření bylo identifikovat rizikové procesy při poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období se zaměřením na anesteziologické sestry, perioperační sestry a pacienty. Cílem práce bylo také zmapovat zabudování preventivních mechanismů do rizikových procesů během poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období. Výsledky výzkumného šetření vycházejí z kvalitativní metody šetření a jsou shrnuty v kapitole 4. 2 Kategorizace dat z rozhovorů se sestrami.

### **5.1 Rizika související s výkonem povolání perioperačních a anesteziologických sester**

První část výzkumného šetření mapovala rizika, která hrozí perioperačním a anesteziologickým sestram během výkonu jejich povolání. Z odpovědí respondentek bylo zjištěno, že tato rizika lze rozdělit na fyzikální, chemické, biologické a psychologické. Rozdělení pracovních rizik sester bylo kategorizováno dle Tučka, Cirkra a Pelclové (2005), kteří uvádějí, že k fyzikálním rizikovým faktorům pracovního prostředí sester patří ionizující a neionizující záření, tepelně-vlhkostní podmínky, vibrace, hluk, prach aj. Ve výzkumném šetření sestry identifikovaly rizika spojená s ionizujícím zářením, tepelně-vlhkostními podmínkami, absencí denního světla a nebezpečí uklouznutí na kluzkých podlahách v prostorech operačních sálů. K fyzikálním faktorům byla zařazena i nadměrná fyzická zátěž sester. Z výsledků rozhovorů se sestrami také vyplynulo, že fyzická zátěž sester na operačních sálech má souvislost s nepravidelným režimem, který souvisí se směnným provozem a nočními směny sester. Nadměrná fyzická zátěž má spojitost i s přetěžováním kloubního

aparátu sester. Z výzkumného šetření bylo i zřejmé, že sestry jsou na operačních sálech ohroženy i rizikem rentgenového záření a klimatizovaného prostředí. Rovněž bylo zjištěno, že perioperační a anesteziologické sestry trpí nedostatkem denního světla a jsou ohroženy nebezpečím uklouznutí na podlahách v prostorech operačních sálů. Z vlastní zkušenosti musím říci, že dezinfekce ploch a podlahových prostorů probíhá po každé operaci. Dezinfekční roztoky se střídají v pravidelných intervalech dle dezinfekčního řádu. Po úklidu podlahových ploch by se mělo minimálně 30 minut čekat, dokud dezinfekční roztok zcela nezaschne. Při zvýšené vlhkosti na operačních sálech se tento interval může prodlužovat. Je tedy zřejmé, že při nedostatečném zaschnutí dezinfekčního roztoku jsou sestry skutečně ohroženy rizikem pádu a uklouznutím v prostorech operačních sálů. Jak uvedla i sestra 6: *„Rovněž je třeba věnovat pozornost kluzkým podlahám po úklidu sálů po jednotlivých operačních výkonech“* (viz schéma 1).

Výzkum odhalil i chemické rizikové faktory pracovního prostředí sester. Sestry v rozhovorech uvedly riziko inhalace anestetik a dezinfekčních prostředků. Tímto rizikem jsou ohroženy převážně anesteziologické sestry. Inhalace anestetik je také nebezpečná a velmi riziková při případném těhotenství sestry, kde může způsobit trvalé poškození plodu nebo potrat, což uvádí i Málek a kol. (2011). I já pracuji jako anesteziologická sestra a musím říci, že s chemickými rizikovými faktory se při své práci na operačních sálech denně setkávám. Jak uvedla i sestra 2: *„I když mají medicínální plyny na operačních sálech centrální odtah odpadových zplodin, i tak vdechují zbytková inhalační anestetika“* (viz schéma 2).

První část výzkumného šetření odhalila i biologické faktory pracovního prostředí sester. Mezi biologické faktory lze zařadit mikroorganismy, které mohou vyvolat infekční onemocnění, alergické nebo toxické projevy v lidském organismu (Tuček, Cikrt a Pelclová, 2005). S rizikem infekce souvisí i riziko přenosu nozokomiálních nákaz a kontakt s biologickým materiálem, který je během operačního výkonu odebírán pacientovi. Dle Bořecké (2012) a také i Maďara, Podstatové a Řehořové (2006) je vyšší výskyt nozokomiálních nákaz na invazivních pracovištích (ARO, chirurgie, traumatologie, urologie, hemodialýza, operační sály apod.). Sestra 6 v rozhovoru

uvedla: „*Ráda bych uvedla i přenos infekční nákazy, kterou jsem ohrožena při práci s biologickým materiálem*“ (viz schéma 3).

Posledním rizikovým faktorem, který souvisel s pracovním prostředím sester, byla psychická a senzorická zátěž. Dle respondentek byl v těchto rizikách podstatný stres, s kterým byla spojená nadměrná odpovědnost a dlouhodobé soustředění při práci sester v intraoperačním období. Se stresem byl spojen i spěch a časový tlak při práci, který je rizikový a psychicky náročný na pracovní výkonnost a soustředění sester. Sestra 4 uvedla: „*Největší míra náročnosti podle mého názoru pramení z nutnosti se mnohdy na velmi dlouhou dobu soustředit na 100%, přičemž řešit i velmi stresové situace pro celou operační skupinu. Náročnost vychází i z velké míry zodpovědnosti, která je na perioperační sestru uvalena v souvislosti s funkčností, stavem a souhlasujícím počtem nástrojů a všeho materiálu před i po skončení operačního výkonu*“. S tímto výsledkem mohu z vlastní zkušenosti souhlasit také. Zmiňovaný spěch a tlak při práci je přítomný, zejména tehdy, když dochází ke změnám v operačním programu, při kterém je pracovní tým nucen dodržet časový harmonogram práce na operačních sálech (viz schéma 4).

## **5.2 Rizika pro pacienta během intraoperační péče**

Dále byla mapována rizika, která hrozí pacientovi v intraoperační péči. První skupinou rizik byla: **a) rizika během podávání anestézie**. Z odpovědí respondentek bylo zjištěno, že se tato rizika týkají alergické reakce na anestetika, obtížné intubace a dále pak i rizik souvisejících s používáním anesteziologických přístrojů. Tyto výsledky nám potvrdily důležitou úlohu sester během úvodu, vedení a probouzení pacienta z anestézie. Ze své každodenní praxe vím, že anesteziologická sestra komunikuje s pacientem a provádí pacientovu identifikaci totožnosti před úvodem do anestézie, připravuje anesteziologické přístroje před operačním výkonem, zodpovídá za přípravu pomůcek a léků k anestézii. V neposlední řadě také asistuje anesteziologovi po celou dobu průběhu anestézie. Jak uvádí i Málek a kol. (2011) nelze opomenout rizika spojená s anestézií. Úvod, vedení a probouzení z anestézie přináší rizika, kterým

předchází zkušený a kvalifikovaný anesteziologický tým, jehož péče končí předáním zotaveného pacienta z dospávacího pokoje na lůžkové oddělení. Sestra 1 k této problematice uvedla: „*Při úvodu do anestézie je pacient ohrožen nežádoucí reakcí na anestetika*“. *Záleží také na celkovém stavu pacienta a ostatních onemocněních. U pacienta vysíleného nemocemi stoupá riziko komplikací*“ (viz schéma 5).

Respondentky v první části výzkumného šetření identifikovaly i **b) rizika během operačního výkonu**. Bylo zjištěno, že k těmto rizikům, která ohrožují pacienta, lze zařadit porušení asepse, popálení pacienta, opomenutí nástroje a roušky v těle pacienta. Respondentky uváděly i záměnu histologického materiálu a poranění pacienta o chirurgické instrumentárium. Sestra 4 uvedla: „*Pacient je ohrožen poraněním v souvislosti s instrumentáriem na operačním sále*“. Z výpovědí respondentek a z identifikace rizik během operačního výkonu se nám rovněž potvrdilo jak podstatná a odpovědná je práce perioperačních sester během operačního výkonu. Jedličková a kol., (2012) uvádějí, že popálení pacienta na operačním sále má souvislost s nesprávným uzemněním přístrojů, použitím hořlavých dezinfekčních roztoků, kontaktem neutrální elektrody s kůží pacienta. Případné alergické reakce a intolerance se kontrolují ze zdravotnické dokumentace a ústním dotazem na pacienta. Zapomenutí nástroje nebo operační roušky představuje závažnou komplikaci. Riziko stoupá při akutních výkonech, změně operačního výkonu, chybou při přepočítávání roušek a chirurgických nástrojů před ukončením operace, podílení se více operatérů na operaci u jednoho pacienta. Sestra 6 uvedla: „*V kompetenci lékaře, v našem případě operátora, je sepsání průvodní žádanky k histologickému vyšetření. Může dojít k opomenutí označení materiálu či k poslání nesprávné žádanky na patologické oddělení*“. (viz schéma 6).

**Komplexními riziky** byla nazvána rizika, která souvisela **c) s celkovým pobytem pacienta na operačním sále**. Respondentky uvedly rizika mající souvislost s anestézií, operačním výkonem i s celkovými okolnostmi a podmínkami, které měly souvislost s pobytem pacienta na operačním sále. Z tohoto výsledku usuzujeme, jak rizikový je pobyt pacienta na operačním sále během něhož se prolínají veškeré zátěžové situace a rizikové faktory, které respondentky uváděly. I já mohu ze své zkušenosti

anesteziologické sestry v praxi tuto skutečnost potvrdit. Jak uvedla i sestra 5: „*Nebezpečná jsou rizika spojená s vlastním provozem operačního traktu: vzduchotechnika, klimatizované podmínky, prašnost prostředí*“. Riziko pádu vnímaly respondentky ve výzkumném šetření jako kontinuální, tedy hrozící pacientovi po celou dobu jeho pobytu na operačním sále. Sestra 2 dodala: „*Ošetrovatelskou péči poskytují pacientovi od jeho převzetí na operačním sále až po jeho předání z operačního sálu. Po celou dobu se setkávám s rizikem pádu pacienta při přesunu, převozu nebo při polohování do operační polohy*“ (viz schéma 7).

### **5.3 Preventivní mechanismy vybraných rizik v intraoperačním období**

Ve druhé části výzkumného šetření byly mapovány **preventivní mechanismy u vybraných rizik ošetrovatelské péče v intraoperačním období**. Z odpovědí respondentek byla zjištěna preventivní opatření, která se těchto rizik bezprostředně týkala. Jako prevenci záměny pacienta respondentky uvedly kontrolu zdravotnické dokumentace, dostatečnou komunikaci v multidisciplinárním týmu a předávání podstatných informací týkající se intraoperační péče. Jedličková a kol., (2012) uvádějí, že zdravotnická zařízení mají vnitřním předpisem stanovený postup při identifikaci pacienta. Mezi metody identifikace pacienta se počítají identifikační náramky, kontrola zdravotnické dokumentace a ústní dotaz na pacienta týkající se jeho celého jména a data narození. Na operačních sálech se provádí vícestupňová kontrola identifikace pacienta (při přijetí na sál kvalifikovaným pracovníkem, na sále anesteziologickým a chirurgickým týmem). Prevence rizika záměny pacienta v intraoperačním období je vícestupňová kontrola obsahující kontrolu zdravotnické dokumentace, označení místa výkonu verifikačním protokolem a aktivní účast pacienta spojená s jeho identifikací. Ve výzkumném šetření respondentky nevedly jako prevenci záměny pacienta kontrolu použití identifikačního náramku pacienta ani použití verifikačního protokolu či ústního dotazu na pacienta, který by ověřil jeho totožnost. Opomenutí verifikačního protokolu lze odůvodnit tím, že se vyplňuje už na oddělení operatérem a pacient s vyplněným

verifikačním protokolem už přijíždí na operační sál, což mohu ze své praxe anesteziologické sestry na operačním sále potvrdit. Po příjezdu pacienta na operační sál je vyplněný verifikační protokol skutečně součástí zdravotnické dokumentace pacienta a dochází k jeho ověření anesteziologickým týmem a operátorem. Důvod neuvedení prevence záměny pacienta ústním dotazem a také kontrolou identifikačního náramku zůstává i nadále otázkou, i když vím, že tato kontrola identifikace pacienta v našem zdravotnickém zařízení probíhá. Sestra 3 uvedla: *„Prevenci záměny pacienta bych viděla v odpočínutém a proškoleném personálem spolu s bezkonfliktní komunikací mezi všemi spolupracovníky“* (viz schéma 10a).

Jako prevenci nadměrné psychické zátěže respondentky viděly v dostatku volna po náročných službách, v propracované organizaci práce a v posílení důvěry a komunikace v celém multidisciplinárním týmu. Z tohoto výsledku usuzujeme, jak jsou pro sestry důležité bezkonfliktní pracovní vztahy na pracovišti, dostatek informací a také duševní hygieny po náročných službách, které mají vliv na celkovou psychickou pohodu sester. Ve výzkumném šetření se nám naskytla i další otázka, jak intenzivně nadměrná psychická zátěž sester nahrává např. syndromu vyhoření, který sestry v rozhovorech neuváděly. Sestra 5 v rozhovoru uvedla: *„Riziko bych viděla i v psychické zátěži, kde hrají roli sociální vztahy na pracovišti a interpersonální konflikty. Je to vždy o správné komunikaci v týmu, který musí mít informace o změnách v operačním programu“* (viz schéma 10b).

Další preventivní mechanismy se týkaly rizik selhání zdravotnické techniky. Respondentky uvedly jako prevenci selhání zdravotnické techniky její pravidelnou kontrolu a servis. Z tohoto výsledku lze usoudit, že prevence tohoto rizika v každodenní praxi skutečně probíhá dle platného harmonogramu údržby zdravotnické techniky. Jak píše i Škrla (2005), zdravotnická technika je úzce spjata s každodenním chodem zdravotnického zařízení. Zdravotnická technika nám ulehčuje práci a pomáhá, ale ukrývá v sobě i velké riziko v případě selhání. Sestra 3 v rozhovoru uvedla: *„Dále bych uvedla poruchu našich anesteziologických přístrojů a s tím spojené riziko. V dnešní době jsou přístroje vybavené softwarem na velmi vysoké úrovni. Poruchou jsem myslela například výpadek medicinálních plynů z centrálního rozvodu, překážka v patientském*

*dýchacím okruhu, porucha v koncentraci inhalačního anestetika z odpařovače“ (viz schéma 10c).*

Jako prevenci infekčního rizika a případného přenosu nozokomiálních nákaz respondentky zmiňovaly dodržování aseptických postupů při práci, používání jednorázových pomůcek a správnou hygienu rukou. Riziko infekčního přenosu a nozokomiálních nákaz bylo i jedním z nejčastějších a nejzávažnějších rizik, které respondentky ve výzkumu uváděly. Jak uvádí Bořecká (2012) a rovněž i Maďar, Podstatová a Řehořová (2006) prevence nozokomiálních nákaz spočívá v dezinfekci, důkladném čištění a sterilizaci. V současné době testují výrobci své dezinfekční prostředky a informace o účinnosti uvádějí na etiketách přípravků. V prevenci je důležitý i pozorný výběr dezinfekčního přípravku a jeho důsledné dodržování. Nelze opomenout zodpovědný přístup zdravotníků a snaha o zapojení pacienta do prevence nozokomiálních nákaz. Sestra 1 v rozhovoru uvedla: *„Prevenci bych viděla ve větší frekvenci používání jednorázových pomůcek. Dodržovat asepsi a pořád mít na mysli nozokomiální nákazy a jejich nebezpečí pro pacienta i personál“* (viz schéma 10d).

Prevenci anesteziologických rizik respondentky viděly v důsledné kontrole ředění a koncentrace intravenózních léků a anestetik spolu s kontrolou anesteziologické techniky a pomůcek před anestézií. Zde se nám opět prokázala podstatná úloha anesteziologických sester v intraoperačním období. Jak uvedla sestra 1: *„K prevenci patří kontrola, kontrola a zase kontrola. Ať se jedná o přípravu sálu před anestézií až po úklid sálu po operačním programu“* (viz schéma 10e).

Posledními zhodnocenými riziky ve druhé části výzkumného šetření byla komplexní rizika mající souvislost s celkovým pobytem pacienta na operačním sále. Zde respondentky zhodnotily přínos a dodržování směrnic a legislativy společně s vypracovanými standardy a pravidelnými audity ošetrovatelské péče. Dle Maďara a kol. (2004) je standard sestrami přijatá úroveň ošetrovatelské péče pro určitou skupinu pacientů/klientů. Úroveň ošetrovatelské péče je platná po přijetí stanovených kritérií určených k hodnocení kvality a efektivity. Standardy jsou neoddělitelnou součástí systému řízení kvality. Standardy jsou i prostředkem ke stálému zvyšování kvality ošetrovatelské péče. V oblasti managementu kvality jsou standardy považovány za jádro

zdravotnické praxe. Odborníci ve zdravotnictví popisují standardy jako závazné normy. Standardy umožňují objektivní hodnocení poskytované péče a zajišťují pacientům bezpečí a ochraňují sestry před neoprávněným postihem. I v rozhovoru se sestra 4 zmínila: *„Řídíme se směrnicemi a standardy. Dodržujeme náplň svých kompetencí uvedených v pracovní smlouvě. Záleží rovněž na každém, zda plní svojí práci podle svého nejlepšího vědomí a svědomí“* (viz schéma 10f).



## 6 Závěr

Tato výzkumná práce byla zaměřená na management rizik v intraoperační ošetrovatelské péči a byla věnována pacientům a sestřám. Předmětem výzkumného šetření bylo identifikovat rizika při poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období a zmapovat zabudování preventivních mechanismů do rizikových procesů během poskytování ošetrovatelské péče v tomto období. Výzkumné šetření probíhalo metodou kvalitativního výzkumu. Objektem výzkumu byly anesteziologické a perioperační sestry, s nimiž probíhaly ve výzkumné práci hloubkové rozhovory.

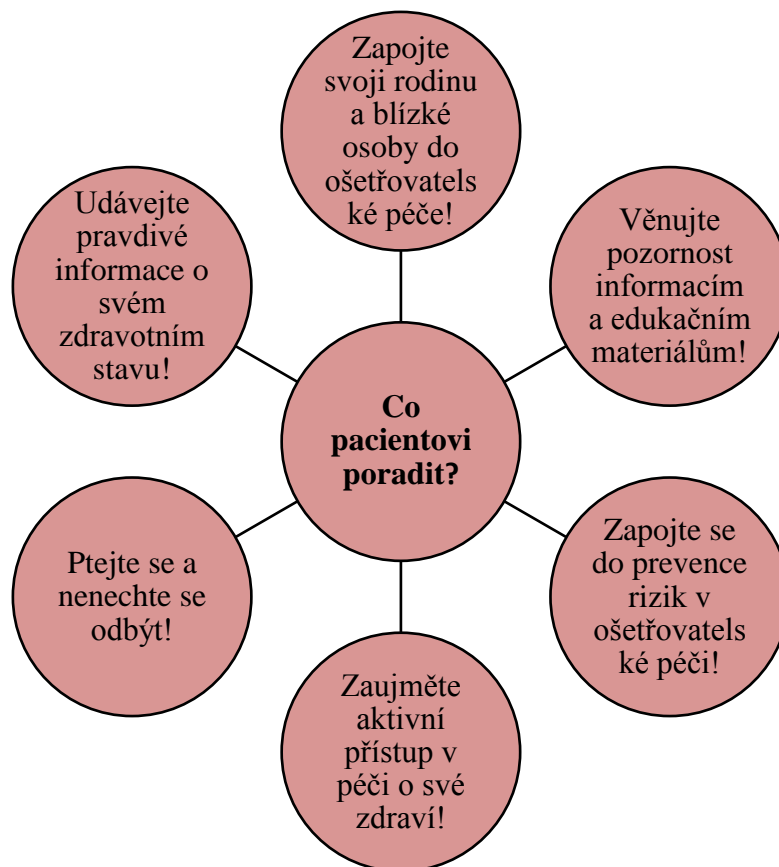
Na podkladě výzkumné práce a jejího provedení lze stanovit tyto závěry: Anesteziologické a perioperační sestry jsou při poskytování ošetrovatelské péče v intraoperačním období ohroženy riziky, které mají souvislost s jejich pracovním prostředím na operačních sálech. K těmto pracovním rizikům patří fyzikální (ionizující záření), chemické (riziko inhalace anestetik), biologické (riziko infekce) a psychologické zátěžové faktory (stres). Pacient je v intraoperačním období ohrožen riziky, které mají souvislost s podáváním anestézie (obtížná intubace), s operačním výkonem (riziko popálení) a s celkovým pobytem pacienta na operačním sále (klimatizované prostředí).

Jako možné způsoby předcházení a řešení rizik pracovního prostředí sester lze uvést dostatečnou komunikaci v multidisciplinárním týmu, používání jednorázových ochranných pomůcek, dostatek volna po náročných službách a dodržování směrnic, standardů a platné legislativy.

V prevenci vybraných rizik, které ohrožují pacienta v intraoperačním období lze jako možné eventuality prevence doporučit: během podávání anestézie (kontrolu anesteziologické techniky, léků a pomůcek), během operačního výkonu (dodržování aseptických postupů) a v průběhu celého pobytu pacienta na operačním sále lze doporučit (pravidelné audity intraoperační péče a zdravotnické dokumentace spolu s dodržování směrnic a standardů ošetrovatelské péči).

## 6.1 Doporučení pro praxi

Schéma 11 – Zapojení pacienta do procesu poskytované péče



zdroj: vlastní

V rámci programu bezpečné péče o zdraví pacienta a postupného přechodu z paternalistického přístupu na partnerský vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem přináším v závěru své práce doporučení pro praxi. Zapojení pacienta do ošetrovatelské péče je podstatné v prevenci rizik a schéma 11 by mohlo posloužit jako informační materiál pro sestry v rámci edukačního plánu, který sestry provádí v ošetrovatelské péči. Doporučení by mohlo být přínosné i pro pacienty jako studijní materiál a informační brožura, se kterou se setkají při návštěvě zdravotnického zařízení v rámci ambulantní či ústavní péče.

## 7 Seznam informačních zdrojů

- BOŘECKÁ, Karla, 2012. *Nozokomiální nákazy- stav a perspektiva*. Sestra. Praha: Mladá fronta, roč. 22, č. 3. s. 56. ISSN 12-0404.
- FARKAŠOVÁ, Dana a kol., 2006. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. české vydání. Martin: Osveta. s. 212. ISBN 80-8063-227-8.
- FILIPOVÁ, Monika, POKOJOVÁ, Radka, 2011. *Předoperační bezpečnostní proces- úskalí implementace*. Sestra. Praha: Mladá fronta, roč. 21, č. 2, s. 34-36. ISSN 12-0404.
- GLADKIJ, Ivan a kol., 2003. *Management ve zdravotnictví. Ekonomika zdravotnictví. Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví. Kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. 1. vydání. Brno: Computer Press. s. 380. ISBN 80-7226-996-8.
- HANZLOVÁ, Eliška, 2008. *Management rizik ošetřovatelské péče*. České Budějovice. s. 125. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta zdravotně sociální. Katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Ing. Iva Brabcová.
- HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 128. ISBN 978-80-247-4032-4.
- HLAVÁČOVÁ, Marie, ZACHOVÁ, Věra, 2005. *Umíme chránit své zdraví při práci? Diagnóza v ošetřovatelství*. Praha: Promediamotion, roč. 1, č. 4, s. 178-179. ISSN 1801-1349.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2004. *Ošetřovatelský management*. Ostrava: Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. s. 61. Distanční texty.
- JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol., 2012. *Ošetřovatelská perioperační péče*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 269. ISBN 978-807-0135-433.
- KAREŠ, Jiří, DRLÍKOVÁ, Marie a BRABCOVÁ, Iva, 2006. *Moderní metody v řízení*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích- Zdravotně sociální fakulta. s. 137. ISBN 80-704-0852-9.
- KAŠKA, Milan, 2009. *Operační rizika a význam předoperační péče*. Rozhledy v chirurgii. Praha: Česká lékařská společnost J. E . Purkyně , roč. 88, č. 8, s. 476-480. ISSN 0035- 9351.

- MADAR, Jiří a kol., 2004. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 248. ISBN 80-247-0585-0.
- MAŘAR, Rostislav, PODSTATOVÁ, Renata a ŘEHOŘOVÁ, Jarmila, 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 180. ISBN 80-247-1673-9.
- MÁLEK, Jiří a kol., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada Publishing. s. 192. ISBN 978-80-247-3642-6.
- MARX, David, 2007. *Zajištění bezpečí při podávání léků*. Florence. Praha: Ambit Media, roč. 3, č. 9, s. 355-356. ISSN 1801-464X.
- MARX, David, 2011. *Základní principy akreditace následné a dlouhodobé péče*. Zdravotnické noviny. Praha: Mladá fronta, roč. 60, č. 37, s. 5. ISSN 0044-1996.
- MARX, David, GLADKIJ, Ivan, 2005. *Hlášení mimořádných událostí*. Zdravotnictví v České Republice. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, roč. 8, č. 4, s. 184-186. ISSN 1213-6050.
- MARX, David, VLČEK, František, 2009. *Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise, o. p. s., ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče*. Praha: ČR Spojená akreditační komise o. p. s., s. 31. pracovní verze.
- MARX, David, VLČEK, František (eds), 2012. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: ČR Spojená akreditační komise o.p.s. s.118. pracovní verze.
- MIKULÁŠTÍK, Milan, 2010. *Tvořivost a inovace v práci manažera*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 208. ISBN 978-80-247-2016-6.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2004. *Koncepce ošetrovatelství*. Věstník MZ ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ročník 2004, částka 9, s. 2-6. ISSN 1211-0868.
- PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. s. 304. ISBN 978-80-247-3871-0.
- POKOJOVÁ, Radka, 2011. *Řízení rizik*. Sestra. Praha: Mladá fronta, roč. 21, č. 1, s. 29-30. ISSN 12-0404.

SOMROVÁ, Jana a BÁRTLOVÁ, Sylva, 2012. *Význam akreditace nemocnic pro ošetrovatelství*. Kontakt. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, roč. 14, č. 4, s. 410-420. ISSN 1212-4117.

SVOBODNÍK, Pavel, 2009. *Management pro zdravotníky v kostce*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. s. 127. ISBN 978-80-7013-498-6.

ŠKRLA, Petr, 2005. *Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů. s. 162. ISBN 80-7013-419-4.

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. s. 477. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing. s. 200. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĎOVÁ, Klára a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. 1. vydání. Praha: Portál. s. 384. ISBN 978-80-7367-313-0.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol., 2009. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. s. 159. ISBN 978-80-7387-286-1.

TUČEK, Milan, CIKRT, Miroslav a PELCLOVÁ, Daniela, 2005. *Pracovní lékařství pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. s. 328. ISBN 80-247-0927-9.

Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění, 2000. In: Sbírká zákonů České republiky. částka 36, § 2, odstavec 1, s. 1692.

## **8 Přílohy**

### **8.1 Seznam příloh**

Příloha 1 – Protokol verifikace pacienta, místa a strany výkonu

Příloha 2 – Mimořádná událost


Příloha 3 – Otevřené kódování metodou *“papír a tužka“*

Příloha 4 – Žádost o uskutečnění výzkumného šetření

Příloha 5 – Perioperační záznam

Příloha 6 – Seznam klíčových otázek z rozhovorů se sestrami

## Příloha 1 – Protokol verifikace pacienta, místa a strany výkonu

	identifikační štítek
<b>PROTOKOL VERIFIKACE PACIENTA, MÍSTA A STRANY VÝKONU.</b>	
<b>1. Přijímací diagnózy s uvedením výkonu event. místa strany výkonu jsou v přijímací části chorobopisu.</b>	
<b>2. Označení strany a operovaného orgánu. Pohovor s pacientem.</b>	
<input type="checkbox"/> Pohovor a vysvětlení operačního výkonu pacientovi operátérem resp. ošetřujícím lékařem.	
<input type="checkbox"/> Označení strany a operovaného orgánu.	
datum: ..... podpis operátéra resp. ošetřujícího lékaře: .....	
<b>3. Verifikace na operačním sále bezprostředně před výkonem</b>	
• Kontrola identifikace pacienta podle náramku po příjezdu na sál - ARO Při příjezdu na sál přejímá anesteziologická sestra pacient od sestry z oddělení. Zkontroluje identitu pacienta a shodu s dokumentací. Převzetí podepíše do formuláře „Operační den“.	
• Ostatní body	
<b>A) Pacient je schopen vyjádřit svoji vůli</b>	
<input type="checkbox"/> Kontrola strany a operovaného orgánu pohovorem s pacientem.	
<b>B) Pacient není schopen vyjádřit svoji vůli</b>	
<input type="checkbox"/> Pacient není schopen vyjádřit svoji vůli. verifikace provedena podle dokumentace a označení pacienta - viz dále.	
<input type="checkbox"/> Kontrola označení operačního místa a strany značkou.	
<input type="checkbox"/> Porovnání strany s operačním programem.	
<input type="checkbox"/> Porovnání strany s dokumentací pacienta včetně informovaného souhlasu.	
<input type="checkbox"/> Porovnání strany s výsledky rtg, sona, CT, MR apod.	
Svým podpisem stvrzuji, že jsem provedl kontrolu ve všech výše uvedených bodech. Ve všech bodech je jednoznačná shoda o straně a operovaném orgánu. Rozhodli jsme, že výkon bude u pacienta proveden na :	
straně .....	orgánu..... datum hodina min .....
Podpis a jmenovka operátéra: .....	
* provedení úkonu zaškrtnout	

zdroj: interní formulář Nemocnice Písek, a.s.

## Příloha 2 – Mimořádná událost (1. strana)

<b>MIMOŘÁDNÁ UDÁLOST</b>	<b>NEMOCNICE PÍSEK</b>			
Identifikační štítek (jméno postiženého)				
<b>Postižený je</b>	pacient zaměstnanec student na praxi návštěva ostatní:	<b>jména svědků</b>	<b>funkce</b>	
<b>Místo, kde k události došlo</b>				
oddělení		operační sál		
pokoj		schodiště		
WC		venku v areálu		
koupelna		jiné oddělení		
chodba		jiné místo		
ambulance				
<b>Datum a čas, kdy k události došlo:</b>				
<b>Druh mimořádné události</b>				
pád		ztráta, poškození majetku ústavu		
dopravní nehoda v areálu ústavu		ztráta, poškození majetku pacienta		
selhání zdravotní techniky		ztráta, poškození majetku zaměstnance		
popáleniny		svévolný odchod pacienta		
zranění druhou osobou		problém se souhlasem k výkonu, vyšetření		
sebepoškození		stížnost na personál / pacienta / doprovod		
ohrožení zaměstnance (slovní, fyzické)		jiná událost		
problém s identifikací pacienta				
<b>Pády</b> pád v anamnéze    ano    ne    rizikový pacient    ano    ne				
	<b>obuv</b>	<b>mobilita pacienta</b>	<b>zařízení</b>	<b>signalizace pádu</b>
pád z lůžka	uzavřená	plně mobilní	signalizace na dosah	personál slyšel pád
uklouznutí	speciální	částečně mobilní	obě postranice	pacient zvonkem
mokrý podlaha	návleky	imobilní	jedna postranice	pacient hlasem
záchvat	přezůvky	chůze s pomůckou	bez postranic	jiný pac. zvonkem
pád předmětu	ponožky	protéza nohy	polohovaný pacient	jiný pac. hlasem
	bez obuvi	voziček	selhání vozičku	jiný pac. osobně
jiný:	jiný:	jiný:	jiný:	jiný:
<b>Stav pacienta před událostí</b>				
orientovaný	demence	pod vlivem anestézie		
desorientovaný	akutní psychóza	pod vlivem alkoholu		
tlumen léky	akutní stres	pod vlivem drog		
mentální retardace	bezvědomí	Jiný .....		

zdroj: interní formulář Nemocnice Písek, a.s.



## Příloha 2 – Mimořádná událost (2. strana)

Výsledek po události	TK:	P:
bez zjevného poranění	psychické trauma	
povrchové oděrky, modřiny	operace, reoperace	
potřeba šití rány	prodloužená hospitalizace o 1 – 2 – 3 – 4 týdny	
popálenina	úmrť	
zlomenina	jiný:	

**Stručný popis události sestrou ( co jsem sama viděla )**

**Jaká byla přijata opatření ?**

**Záznam lékaře:**

**Hlášení mimořádné události**

	jméno	datum + hodina	podpis
Lékař ve službě			
Primář oddělení			
Vrchní sestra ( kopie hl.s. )			
Policie ČR			
Hasičský sbor			
Právník nemocnice			
Bezpečnostní technik			
Další:			

zapsala	datum + hodina	podpis

zdroj: interní formulář Nemocnice Písek, a.s.

### Příloha 3 – Otevřené kódování metodou „papír a tužka“

První dotazovaná sestra pracuje na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Je jí 35 let. Ve zdravotnictví pracuje 16 let. Má úspěšně dokončené pomaturitní specializační studium (ošetřovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči). Bakalářské studium v oboru ošetřovatelství dostudovala úspěšně v minulém roce.

#### Identifikace rizik

T: V čem vidíte největší riziko a náročnost Vaší profese?

1 R: Řekla bych, že v podstatné <sup>rizikem!</sup> infekčnosti prostředí. Myslím tím mikrobiální riziko. Pak  
2 rozhodně i stres, má práce je fyzicky a psychicky náročná. Sloužím ve směnném  
3 provozu a často mám nedostatek odpočinku. Náročná je i častá obměna personálu a jeho  
4 neustálé zaučování do nepřetržitého provozu.

T: S jakými riziky se setkáváte při poskytování ošetřovatelské péče, čím může být pacient/klient ohrožen?

5 R: Rizikem pádu. Pacient se může velmi snadno také podchládit, sály jsou  
6 klimatizované. Při úvodu do anestézie je ohrožen <sup>anesteziologie</sup> nežádoucí reakcí na anestetika. Při  
7 extubaci hrozí <sup>anesteziologie</sup> laryngospasmus. Záleží také na celkovém stavu pacienta a ostatních  
8 onemocněních. U pacienta vysíleného nemocemi stoupá riziko komplikací, ale nechci  
9 zabrousit do lékařské problematiky.

T: Jaká rizika jsou dle Vašeho názoru nejčastější?

10 R: Nejčastěji se setkávám s rizikem infekce. Má práce je i o velké míře stresu. Se  
11 stresem se setkávám při každé směně (T: a nejčastější rizika, kterými je ohrožen  
12 pacient/klient?). Já bych řekla, že alergickými reakcemi a nozokomiálními nákazami.

13 T: Jaká rizika se dle Vašeho názoru řadí mezi nejzávažnější?

14 R: Myslím, že riziko infekce. Dále pak všechny nežádoucí události, které se přihodily

afekční komplikace (rizika) -> biologické činitele (faktory)  
všeho stresu -> fyzické, psychické, právní

zdroj: vlastní

## Příloha 4 – Žádost o uskutečnění výzkumného šetření

**Věc:** Žádost o souhlas k uskutečnění výzkumného šetření orientovaného na téma  
„Management rizik ošetrovatelské péče“ na COS a ARO Nemocnice Písek, a.s.

**Dagmar Kudrličková**  
Jaromíra Malého 2192  
39701 Písek

**Mgr. Jana Somrová**  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Nemocnice Písek a.s. Karla Čapka 589  
39701 Písek

Vážená Mgr J. Somrová,

obracím se na Vás s žádostí o souhlas k uskutečnění výzkumného šetření na COS a ARO v Nemocnici Písek, a.s. Název mé bakalářské práce je „Management rizik ošetrovatelské péče“. Výzkumné šetření bude probíhat formou hloubkových rozhovorů se šesti zvolenými všeobecnými sestrami, které působí na COS a ARO. Termín uskutečnění rozhovorů bude probíhat v termínu od 12.3.2013 do 29.3.2013. Mojí snahou bude, abych nenarušovala harmonogram práce v Nemocnici Písek, a.s. Děkuji za převzetí mé žádosti a případný souhlas s výzkumem.

Se srdečným pozdravem

Dagmar Kudrličková

V Písku dne 12.3.2013



NEMOCNICE PÍSEK, a.s.  
hlavní sestra  
Mgr. Jana Somrová

zdroj: vlastní

**Příloha 5 – Perioperační záznam (1. strana)**

**NEMOCNICE  
PÍSEK**

Centrální operační sály

**Perioperační záznam**

identifikační  
štítek

Operační výkon									
Datum		Typ operace				Poloha pacienta			
Začátek operace		Akutní		Aseptická		Na zádech		Gynekologická	
		Plánovaná		Septická		Na boku		Extenční stůl	
Konec operace						Na břiše		Jiná	
Koagulace		Umístění neutrál. elektrody		Antisept. pole		Roztoky výplachu		Další pomůcky	
Monopolar		Záda		Braunol		Fyziolog. roztok		Gelaspon	
Bipolar		Hýždě						Kostní vosk	
Harmon. skalpel		LDK		Dodesept		Betadine		Kostní cement	
Laser operační		PDK		Septonex		Peroxid vodíku 3%		Tkáňové lepidlo	
Turniket		LHK		Jiné		Jiné		Incizní folie	
		Ano Ne PHK							
Čas od do		Jiné							
Implantáty		Staple		Močový katetr		RTG		ASK	
Traumatologické		Druh		ks Ano - na sále		Ano - bez kontrastu		Pumpa	
Kloubní náhrady				- z odd.		s kontrastem		Vapr	
Klipy				Ne		Ne		Shaver	
Síťka na hernii		Kostní štěp		Dekubity při přijetí na sál					
Jiné		Ano		Ano - záda, hýždě, paty...					
		Ne		Ne					
Vyšetření		Šicí materiál		Materiál - souhlas počtu			Anestezie - lékař		
Bakteriologické		Monofil		Čtverce			Ano Ne Celková		
Histologické		Silon		Tampóny			Ano Ne Spinální		
Cytologické		Chirlac		Břišní roušky			Ano Ne Epidurální		
Peroperační		Vicryl		Longety			Ano Ne Interskalenický blok		
Drény		PDS					Jiná		
Redon		Safil							
Silikon		Jiné							
T-drén									
Jiné									
Zvláštní upozornění - alergie, ponechané longety...						Instrumentárka			
						Obíhající sestra			
						Sanitář			

zdroj: interní formulář Nemocnice Písek, a.s.

**Příloha 5 – Perioperační záznam (2. strana)**

Použitá instrumentační síť	Použité sety prádla

zdroj: interní formulář Nemocnice Písek, a.s.

## **Příloha 6 – Seznam klíčových otázek z rozhovorů se sestrami**

### **Seznam klíčových otázek z rozhovorů s dotazovanými sestrami:**

#### **Identifikace rizik**

- 1) V čem vidíte největší riziko a náročnost Vaší profese?
- 2) S jakými riziky se setkáváte při poskytování ošetrovatelské péče, čím může být pacient/klient ohrožen?
- 3) Jaká rizika jsou dle Vašeho názoru nejčastější?
- 4) Jaká rizika se dle Vašeho názoru řadí mezi nejzávažnější?
- 5) Jakými riziky jste ohrožena v souvislosti s Vaší specializací a každodenní praxí?
- 6) Jakým způsobem standardizujete ošetrovatelskou péči?
- 7) Jak probíhá na Vašem oddělení pravidelná porada sester a jaká témata na poradě probíráte?

#### **Prevence rizik**

- 8) Jak by se dalo podle Vás předcházet rizikům v ošetrovatelské péči?
- 9) Co by se podle Vás dalo zlepšit v oblasti prevence rizik v ošetrovatelské péči?
- 10) Jak by se podle Vás dal pacient/klient zapojit do prevence rizik v ošetrovatelské péči?
- 11) Jak Vaše zdravotnické zařízení zajišťuje bezpečnost zaměstnanců?

zdroj: vlastní