

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Sledování prevalence dekubitů jako indikátorů kvality ošetrovatelské péče  
na národní úrovni**

Diplomová práce

Vedoucí práce:  
doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

Autor práce:  
Bc. Nina Müllerová

2009

## **Abstrakt**

Diplomová práce je zaměřená na aplikaci národní metodiky pro prevalenční sledování a porovnávání výskytu dekubitů ve zdravotnických zařízeních v České republice. Dekubity jsou celosvětovým problémem a jejich výskytu je třeba předcházet preventivními opatřeními a kvalitní ošetrovatelskou péčí. Přes všechna opatření se však nedaří jejich výskytu zamezit. Je potřeba stanovit standardizované ukazatele kvality ošetrovatelské péče, provádět porovnávání výsledků a sdílení informací mezi odborníky vedoucí k průběžnému zlepšování kvality (benchmarking), podporovat dobrou praxi. Ve světě je sledování ukazatelů kvality zdravotní péče zcela běžné, v České republice se tento proces rozvíjí. V české ošetrovatelské péči jsou na národní úrovni sledované pouze pády ve zdravotnických zařízeních a pro sledování výskytu dekubitů nebyla dosud na národní úrovni stanovena metodika.

V roce 2003 bylo provedeno první porovnání mezi čtyřmi fakultními nemocnicemi ve výskytu dekubitů metodou prevalenčního šetření, v roce 2005 byla rozpracována metodika pro sběr dat při řešení grantového úkolu IGA MZ ČR NO 77723-3 a proběhlo porovnání mezi šesti fakultními nemocnicemi v prevalenci dekubitů s rozdělením do čtyř oborových skupin – interní, chirurgické, intenzivní a následné péče. V roce 2008 byl realizován projekt kvality a bezpečí Ministerstva zdravotnictví s cílem vytvořit jednotnou metodiku pro prevalenční šetření a porovnávání standardního ukazatele v oblasti dekubitů na národní úrovni bez ohledu na typ zdravotnického zařízení. Na jednání Pracovní skupiny pro kvalitu zdravotní péče MZ ČR jsem navrhla tento ukazatel zařadit do Národní sady ukazatelů zdravotní péče.

Cílem práce je ověřit, zda nová metodika a vyvinutý software jsou použitelné v praxi, a jak usnadnit jejich implementaci do praxe. Práce se zaměřuje na názory účastníků projektu na vyvinutý software, jeho využití v praxi a úskalí, která je potřeba pro implementaci do praxe překonat. Ke zjištění sledovaných informací byla zvolena metoda kvalitativního šetření za použití polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor byl proveden s 8 respondenty, přímými účastníky projektu.

Z rozhovorů vyplynulo, že sledování dekubitů je věnována ve zdravotnických zařízeních značná pozornost, šetření probíhají metodou incidenční i prevalenční, Sledování výskytu dekubitů není dosud běžně zahrnuto do klinických informačních systémů a probíhá

několika různými způsoby. Zájem o porovnávání mezi nemocnicemi (benchmarking) je značný. Výsledky šetření jsou používány především ke zlepšování preventivních opatření ke vzniku dekubitů, zlepšování kvality ošetrovatelské péče i ke snižování zátěže sester. Není zřejmé, jak velký ekonomický dopad na zdravotnická zařízení má výskyt dekubitů. Pro usnadnění aplikace národní metodiky sledování prevalence dekubitů do praxe a používání aplikačního software je nezbytné zajistit dostatečnou informovanost zdravotnických manažerů, školení týmů zdravotnických pracovníků, koordinátorů a editorů, kteří budou s národní metodikou pracovat.

Sledování národního ukazatele kvality v oblasti dekubitů je dalším posunem v realizaci cílů ministerstva zdravotnictví v kvalitě péče a bezpečí pacientů.

## **Abstract**

The diploma thesis is focused on the application of a national methodics for prevalence monitoring and comparison of pressure sores (decubitus ulcers) incidence in health care facilities in the Czech Republic. Pressure sores are a global problem and their incidence should be prevented by preventive measures and high-quality nursing care. However, despite all the provisions, we are not successful in the prevention of their incidence. It is necessary to define standardized quality indicators of the nursing care, to compare the results, and to share the information with specialists, which would result in continuous quality improvement (benchmarking), and to support good practice. In the world the quality indicators monitoring of health care is quite common, in the Czech Republic the process has been only developing. In the area of Czech nursing care only the falls in health care facilities are monitored on the national level. The methodics for the monitoring of pressure sore incidence has not been established yet on the national level. In 2003 the first comparison of four teaching hospitals was carried out in the incidence of pressure sores by means of the method of prevalence investigation. In 2005 the data collection methodics was elaborated during the solution of the grant project IGA MZ Č NO 77723-3. Six teaching hospitals were compared for the prevalence of pressure sores, with division into four specialty groups: internal medicine, surgical, intensive and follow-up care. In 2008 a project of quality and safety of the Ministry of Health was implemented, with a view to elaborate uniform methodics for prevalence investigation and comparison of a standard indicator in the area of pressure sores at the national level, regardless of the type of a health care facility. At the meeting of the Work Group for Health Care Quality of the Ministry of Health of the Czech Republic I recommended to include the indicator in the National Set of Health Care Indicators.

The work aims at the verification of the applicability of the new methodics and software in practice, and at the facilitation of their implementation into practice. It is focused on the opinions of the project participants on the developed software, on its application into practice and on the challenges that should be tackled during the implementation into practice. In order to get the necessary information, we have chosen a method of qualitative investigation using a semi-structured interview. Eight respondents, direct participants in the project, were interviewed.

According to the results of the interviews, health facilities pay much attention to the pressure sores monitoring. The investigations are carried out by means of an incidence and prevalence method. The monitoring of pressure sores incidence has not been included in clinical information systems yet, and it is carried out in several different ways. The interest in comparison between hospitals (benchmarking) is considerable. The results of the investigation are used above all for the purpose of improvement of measures preventing the incidence of pressure sores, of the improvement of quality of nursing care, and of reducing the workload of nurses. The extent of the economic impact of the pressure sores incidence on health facilities is not clear. If we want to facilitate the application of national methodics of monitoring the pressures sores prevalence to practice and the use of application software, we should ensure adequate awareness of health care managers, training of teams of health professionals, coordinators and editors, who will go on to work with the national methodics.

The monitoring of the national quality indicator in the area of pressure sores is another shift in the implementation of goals of the Ministry of Health concerning the quality of care and safety of the patients.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Sledování prevalence dekubitů jako indikátorů kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne .....

.....

podpis studenta

## **Poděkování**

Děkuji paní doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. MUDr. Miloši Suchému za všechny informace a konzultace, které mi pro mou diplomovou práci poskytl. Řešitelskému týmu projektu MZ ČR, jmenovitě Mgr. Ditě Svobodové, za poskytnutí cenných rad pro průzkum národního indikátoru kvality ošetrovatelské péče. Mgr. Mileně Kalvachové za poskytnuté informace v oblasti projektů kvality a bezpečí MZ ČR. Vladěce Jandové za konečnou grafickou úpravu celé diplomové práce a mojí mamince za morální podporu během celého studia.

## OBSAH

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	15
1.1 Teoretické poznatky o dekubitách.....	15
1.2 Definice .....	16
1.3 Etiologie vzniku dekubitů.....	17
1.4 Rizikové faktory .....	18
1.4.1 Zevní faktory .....	18
1.4.2 Vnitřní faktory.....	19
1.5 Rizikové skupiny pacientů .....	20
1.6 Místa výskytu dekubitů .....	22
1.7 Klasifikace dekubitů.....	23
1.8 Klasifikace hodnocení rizika dekubitů .....	25
1.8.1 Škála dle Nortonové.....	26
1.8.2 Škála dle Bradenové.....	26
1.8.3 Škála dle Waterlow .....	27
1.8.4 Škála dle Knoll.....	27
1.9 Ošetřování dekubitů.....	28
1.9.1 Sběr a analýza dat – ošetřovatelská anamnéza.....	28
1.9.2 Stanovení ošetřovatelské diagnózy .....	29
1.9.3 Plánování a realizace ošetřovatelské péče.....	29
1.9.4 Hodnocení efektivity péče.....	30
1.10. Poznatky o situaci ve sledování dekubitů.....	31
1.10.1 Literatura zabývající se zaváděním systémů sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetřovatelské péče. ....	31
1.10.2 Kvalita a indikátory ošetřovatelské péče.....	34
1.10.2.1 Indikátory Americká asociace sester (American Nurses Association - ANA) .....	34
1.10.3 Incidence a prevalence .....	37
1.10.4 Sledování dekubitů a benchmarking .....	39
1.10.5 Praktické zkušenosti nepublikované .....	42
1.10.6 Varování před samostatným použitím administrativních dat.....	43
1.10.7 Projekt kvality a bezpečí MZ ČR.....	44
2 Cíle práce a výzkumné otázky .....	47
2.1 Cíle práce.....	47



2.2 Výzkumné otázky .....	47
3 Metodika .....	48
3.1 Metodika sběru dat .....	48
3.1.1 Scénář polostrukturovaného rozhovoru .....	48
3.1.2 Průběh rozhovorů .....	49
3.2 Výzkumný soubor .....	50
3.2.1 Strategie výběru zkoumaných osob .....	50
4 Prezentace výsledků.....	51
4.1 I. Oblast - Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření .....	51
4.2 II. Oblast - Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.....	53
4.3 III. Oblast - Využívání dat/výsledků šetření.....	56
4.4 IV. Oblast - Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.....	65
5 Diskuse.....	68
5.1 Oblast zaměřená na způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření.....	68
5.2 Oblast zaměřená na využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů. ....	69
5.3 Oblast zaměřená na využívání dat/výsledků šetření.....	70
5.4 Oblast zaměřená na zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.....	74
6 Závěr .....	76
7 Seznam použitých zdrojů.....	79
8 Klíčová slova .....	83
9 Přílohy.....	84

## Úvod

Touto diplomovou prací bych ráda navázala svou na bakalářskou práci, ve které jsem se věnovala zavedení systému sledování kvality ošetrovatelské péče na úrovni jednoho zdravotnického zařízení fakulního typu. Problematice sledování výskytu dekubitů, preventivními opatřeními a vzděláváním ošetrovatelského personálu v této oblasti se věnuji dlouhodobě. Jako spoluřešitelka grantového úkolu IGA MZ ČR NO 7723-3 jsem se podílela na rozvoji metody benchmarkingu prevalence dekubitů mezi fakulními nemocnicemi a vypracování podkladů pro závěrečnou zprávu. Cílem grantového úkolu byla implementace 50 akreditačních standardů, vydaných ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR) (30). Práci všech zapojených fakulních nemocnic koordinovala Rada grantu Sdružení fakulních nemocnic (SFN), ve které jsem zastupovala Fakulní nemocnici Plzeň.

Později jsem byla jmenována členkou pracovní skupiny pro kvalitu zdravotní péče MZ ČR, která je poradním, iniciačním a koordinačním orgánem vedení ministerstva pro oblast kvality péče. Tato pracovní skupina zahájila svoji činnost v roce 2007 a jejím úkolem je mimo jiné navrhovat rozvoj celého systému kvality zdravotní péče v souladu s vládním dokumentem Zdraví pro všechny v 21. století, dále s programy kvality Evropské unie, Světové zdravotnické organizace nebo mezinárodně uznávanými programy ve zdravotnictví.

Světová zdravotnická organizace (SZO) vyhlásila v roce 2004 Světovou alianci pro bezpečí pacientů. Její zásadní součástí je aktivní participace pacientů ve všech procesech týkajících se zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotnictví. V březnu 2006 byla vyhlášena Londýnská deklarace bezpečí pacientů, která formuluje cíle akčního plánu; navrhování a rozšiřování programů vedoucích k bezpečí a k posílení postavení pacientů, rozvoj a konstruktivní diskuse se všemi institucemi podílejícími se na zajištění bezpečí pacientů, vytváření systémů hlášení pochybení a následných řešení na celosvětové úrovni, navrhování správné praxe při řešení bezpečí pacientů a rozšiřování na celém světě. (22).

Pracovní skupina pro kvalitu zdravotní péče zajišťuje rovněž Redakční radu serveru kvality ministerstva, která navrhuje a připravuje podklady pro uveřejnění na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR pro laickou i odbornou veřejnost se zaměřením

na kvalitu a bezpečí pacientů. Jedním z informačních materiálů je Kniha bezpečí připravená týmem autorů, která obsahuje šestero dobrých rad pro pacienty; ptejte se, předcházejte rizikům, chraňte se, starejte se o sebe, nebojte se a vzdělávejte se. Tento „průvodce“ zdravotnickým systémem má ulehčit pacientům orientaci ve zdravotnickém systému. Cílem publikace není pacienty strašit, ale upozornit na skutečnost, že poučený a obezřetný pacient může pomoci snížit pravděpodobnost, že ho během pobytu v nemocnici potká větší či menší nepříjemnost (22).

Pracovní skupina pro kvalitu zdravotní péče rovněž navrhuje zásady dotační politiky MZ ČR v oblasti kvality zdravotní péče. Na jednom z prvních jednání pracovní skupiny jsem upozornila na dlouhodobou potřebu standardizace ošetrovatelské péče včetně výběru a sledování vhodných ukazatelů kvality ošetrovatelské péče. Z důvodu stoupajícího zájmu o výskyt dekubitů v léčebné a ošetrovatelské péči i ze strany zdravotních pojišťoven bylo toto téma zařazeno do dotačního programu s cílem vypracovat národní metodiku a ověřit ji v pilotním projektu ještě do konce roku 2008. V dotačním řízení byl schválen projekt „Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni“. Cílem projektu bylo zdůraznit provádění klinického benchmarkingu, který má obrovský dopad na prevenci nežádoucích jevů obecně a v tomto případě na management dekubitů ve zdravotnickém zařízení a potažmo v celé České republice.

V oblasti kvality a bezpečí pacientů, která se stala v roce 2007 prioritou Ministerstva zdravotnictví, jsou cíleně podporovány a navrhovány přístupy, které mají pozitivní dopad v širším měřítku na zdravotní péči. Jedním z těchto opatření je zavedení „Národní sady ukazatelů kvality zdravotní péče“ (51). Jelikož nelze opomenut, že ošetrovatelská péče je samostatný obor, je nutné navrhnout vhodné ošetrovatelské ukazatele pro zařazení do Národní sady ukazatelů zdravotní péče. V České republice je z ukazatelů kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni sledován jednotnou metodikou pouze výskyt pádů ve zdravotnických zařízeních. Sledování probíhá již od roku 2002 pod odbornou záštitou České asociace sester (52). Přesto tento ukazatel ošetrovatelské péče není zařazen v národní sadě. Výskyt dekubitů ve zdravotnických zařízeních se nabízí jako vhodný kandidát, který může být do sady sledovaných ukazatelů na národní úrovni přijat.

Předpokladem pro přijetí ukazatele do „národní sady“ je splnění mnoha podmínek – důležitosti v klinické oblasti, vědecké přijatelnosti založené na důkazech, využitelnosti a užitečnosti s jasným způsobem uplatnění a v neposlední řadě proveditelnosti, což znamená, že nároky na sběr dat a zpracování budou vyváženy přínosem. Ukazatele musí projít úspěšně statistickým testováním a konečným vyhodnocením panelem expertů. Při vyhodnocení se používá metodika Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (42). Ukazatele navržené a otestované v projektu „Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni“ většinu těchto požadavků splňují a to včetně kvalitního standardizačního postupu využívajícího rozšířenou metodiku hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové (1).

Vzhledem k tomu, že se danou problematikou zabývám již dlouhodobě, přikláním se k následujícímu tvrzení odborníků, že vznik dekubitů je považován za významný problém ošetrovatelské péče a je potřeba mu věnovat značnou pozornost. Výskyt dekubitů způsobuje utrpení pacientů, vyvolává pocit selhání sester, prodlužuje pobyt v nemocnici a výrazně zvyšuje dodatečné náklady na péči. Bez ohledu na systémy zdravotní péče se problematikou řešení predikce a prevence dekubitů zabývají odborníci všech profesních kategorií v intenzivní, dlouhodobé i domácí péči na celém světě. Je zřejmé, že náklady na prevenci jsou poloviční ve srovnání s náklady na léčbu. Ve světě se uvádí prevalence výskyt dekubitů v nemocnicích okolo 12,23 procent (21), ve Fakultní nemocnici Plzeň, kde jsem se dané problematice věnovala jako hlavní sestra od 90. let, se výskyt prevalence dekubitů pohyboval od roku 2000 do roku 2006 v rozmezí 1,37 – 4,73 procenta; hodnoty se podle typu pracoviště významně lišily (11). Obdobné zjištění potvrdily výsledky nedávného šetření prevalence dekubitů v osmi českých nemocnicích, kde se výskyt dekubitů podle charakteru pracoviště liší a pohybuje se od 1,86 procenta na chirurgických odděleních po 12,86 procenta na odděleních následné péče, jak vyplynulo ze závěrečné zprávy řešitelského týmu „Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni“.

Odborníci se domnívají, že výskytu dekubitů je možné zabránit, pokud mají nemocnice vypracované směrnice pro prevenci a léčbu dekubitů. Tyto směrnice jsou účinné tehdy, když se jimi personál řídí; měly by zahrnovat nejen ošetrovatelský postup a léčbu, ale také monitorování výskytu dekubitů, používání vybavení a krycího materiálu

a nemělo by chybět plánování nákupu a rozhodování o budoucích prioritách. Existují rovněž názory, že ve většině případů je vznik dekubitů příznakem toho, že péče o pacienta není nejlepší a že ošetřující personál nepodniká všechna možná opatření, která by tvorbě dekubitů mohla zabránit vhodnou volbou antidekubitních pomůcek. Rozhodující je rovněž multidisciplinární spolupráce (48).

Problematice výskytu dekubitů je věnována značná pozornost v mnoha zemích na celém světě. Prioritu v systematickém řešení na národní úrovni má USA, a to již od roku 1987, kdy byl zřízen Národní poradní tým složený z odborníků pro dekubity (NPUAP) (48), na který navázal v roce 1989 Úřad pro politiku zdravotní péče a výzkum (Agency for Health Care Policy and Research - AHCPR) a stanovil cíl: zvýšit kvalitu, vhodnost a účinnost zdravotnických služeb a zlepšit přístup veřejnosti k těmto službám. Zákon o veřejné zdravotní službě (Omnibus Budget Reconciliation Act) nařizuje rozvíjet, pravidelně revidovat a aktualizovat klinicky relevantní směrnice, které by mohly být používány lékaři, pedagogickými a klinickými pracovníky jako pomůcka ke stanovení efektivní a vhodné prevence, diagnózy, léčby a k zajištění klinického zvládnutí chorob, zdravotních potíží a jiných situací důležitých z hlediska zdravotní péče (56). Problematice nákladů a kvality v oblasti péče o dekubity byla již v roce 1999 věnována šestá národní konference NPUAP. V Evropě zahájil činnost obdobný panel v Oxfordu (EPUAP) v roce 1996.

S výskytem dekubitů se setkáváme i při zavedení směrnic, preventivních opatřeních a ošetrovatelské péči na vysoké úrovni kvality u pacientů v kritickém stavu. Současná věda a pokrok v medicíně umožňuje zachraňovat stále více pacientů ve stavu ohrožení života. Dříve byli tito pacienti odsouzeni k úmrtí a nyní jsou ošetřováni na JIP. Ti, kteří jsou v kritickém stavu, jsou nejohroženější skupinou, a tak se stále více odborníků zabývá sledováním vlivu antidekubitních matrací u rizikových pacientů a dalším vývojem v této oblasti.

Výše uvedené důvody a absence metodického opatření na národní úrovni mne vedla k tomu, zamyslet se nad stavem ve Fakultní nemocnici Plzeň již v 90 letech. Na společných jednáních hlavních sester SFN jsem iniciovala pokus o srovnávání výsledků šetření mezi jednotlivými nemocnicemi. Toto šetření se podařilo realizovat poprvé v roce 2003.

Využila jsem příležitosti v době mého současného působení na Ministerstvu zdravotnictví a v prosinci 2007 jsem opět zahájila diskusi odborníků na téma sledování dekubitů na národní úrovni. Mým záměrem bylo využít výsledků dosud realizovaných projektů a zkušeností českých odborníků v praxi, zpracovat rešerše, navrhnout národní metodiku pro sledování prevalence dekubitů ve zdravotnických zařízeních. Výskyt dekubitů zvolit jako vhodný ukazatel/indikátor kvality ošetrovatelské péče a zasadit se o jeho zařazení do Národní sady sledovaných ukazatelů zdravotní péče. Cílený ošetrovatelský audit pracovišť se zvýšeným výskytem dekubitů by měl následně sloužit manažerům ošetrovatelské péče jako nástroj pro preventivní opatření či novelizaci standardního ošetrovatelského postupu v péči o pacienty s rizikem vzniku dekubitů. V neposlední řadě mohou být výsledky auditu i podkladem pro nastavení odborného rozvoje zdravotnického personálu.

Cílem této práce je provést analýzu současného stavu sledování výskytu dekubitů ve zdravotnických zařízeních a navázat na výše uvedený projekt MZ ČR. Vzhledem k tomu, že jsem se aktivně podílela na projektu a poskytla jsem řešitelskému týmu odborné rady i podklady pro vývoj metodiky, ustoupila jsem od původního záměru zpracovat metodický pokyn, který vznikl právě v rámci uvedeného projektu. Mohu konstatovat, že mám podíl na jeho vypracování a těší mě, že je publikován ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví částka 6 v době, kdy dokončuji tuto práci. Moje úsilí se vyplatilo, ale začíná další etapa a tou je zavádění metodiky do praxe.

Proto se ve své práci nyní zaměřím na využití nově navržené metodiky v praxi a na názory účastníků projektu, kteří významným způsobem přispěli k vývoji nového software. Využití jejich názorů a praktických zkušeností s novou metodikou přispěje k procesu zapojení další zdravotnických zařízení do benchmarkingu.

## 1 Současný stav

### 1.1 Teoretické poznatky o dekubitách

V současné době existuje množství zahraniční i české literatury zabývající se příčinami vzniku dekubitů, definicemi, rizikovými faktory, hodnocením dekubitů a riziky jejich vzniku nebo doporučenými ošetrovatelskými postupy. Existuje však málo zdrojů, které jsou zaměřené na sledování výskytu dekubitů jako ukazatele kvality péče.

Definice dekubitů se v odborné domácí literatuře nijak nerozcházejí, jak je uvedeno dále. Všechny definice, ať už jsou stručné nebo podrobné, mají jedno společné, popisují příčinu vzniku stavu poškození tkáně. Za hlavní příčinu vzniku dekubitu je považován dlouho působící tlak na tkáň; některé definice zahrnují i jiné příčiny (např. působení stříhové síly). Takové definice jsou například uvedené ve statích Bureše a v učebních textech Lemon pro všeobecné sestry (2, 3, 28). Dekubitus je v ošetrovatelské klasifikaci problémů/diagnóz definován jako „porušení integrity kůže“ (6, 29).

Příčinami vzniku dekubitů a jejich klasifikací se zabýval Pacovský (35) a odborníci na geriatrii Topinková a Neuwirth (53, 54). Patogenetickým změnám v kůži a jejich diagnostice se ve skriptech pro studenty bakalářských programů věnuje Resl (43). Trachtová se zabývá ošetrovatelskou problematikou v pojetí systematických kroků ošetrovatelského procesu od ošetrovatelské anamnézy po proces hodnocení výsledků ošetrovatelské péče (55). Všichni uvedení autoři mají bohaté zkušenosti s dlouhodobě ležícími pacienty, převážně seniory a upozorňují na potřebu včasné identifikace rizikových faktorů a zavedení vhodných preventivních opatření. Nejnovější publikace autorů Mikuly a Müllerové je určena nejen všeobecným sestřám, ale i fyzioterapeutům; zaměřena je na preventivní opatření, na systém sledování dekubitů ve zdravotnickém zařízení a dále na používání antidekubitních matrací (32).

Problematice ošetřování ran podle jednotlivých stádií a přípravě manuálů pro sestry je věnována práce Koutné, která je považována za průkopnici v zavádění vlhkého ošetřování ran v Česku. Její práce jsou zaměřené převážně na hodnocení rány, výběr vhodného krycího materiálu a techniky provádění převazu rány (25). Ošetrovatelskou praxi zaváděním nových krycích materiálů a ošetrovatelských postupů při výměně obvazů

ovlivnila i Pejznochová (37). Trachtová rozděluje jednotlivé ošetrovatelské intervence podle účelu na preventivní a léčebné (55).

Široké problematice dekubitů je věnována i rozsáhlá kapitola německé učebnice pro zdravotní sestry autorky Juchli a dále publikace Biensteinové. Obě autorky kromě příčiny vzniku dekubitů, rizikových faktorů a preventivních ošetrovatelských postupů uvádějí v modifikované podobě hodnotící škálu dle Nortonové (1).

Nejnovější práce Koutné jsou kromě techniky ošetřování ran zaměřené také na „kompetenční nástroje“ pro ohraničení pravomocí sester, které je založeno na odstupňování markerů typických při výskytu ran různých etiologií; etiologie vzniku rány, přidružené nemoci, trvání, rozsah, hloubka, spodina, sekrece, zápach, okraje bolesti a okolí defektu. Hodnotící škála je navržena v rozmezí od 1 do 4 bodů. Při hodnotě nad 30 bodů je vždy indikována supervize lékařem. Koutná prováděla v rámci diplomové práce výzkum na ambulantních pacientech v poradně pro léčbu rány. Ve své práci uvádí, že až 60 procent ran musí vidět lékař. U hospitalizovaných pacientů může být toto procento vyšší (26).

Studium literatury bylo zacíleno na další hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů. Národním panelem odborníků (NPUAP) je doporučována škála Bradenové z roku 1992 (21, 48). Rizikovými faktory a příčinami vzniku dekubitů se věnují i autoři učebnice určené sestrám ve Velké Británii (41).

Časopisecké práce jsou věnované zejména významu sledování rizikových faktorů a možnostem jejich předcházení u traumatických stavů na jednotkách intenzivní péče. Definicemi jednotlivých stupňů dekubitů podle Torrance a doporučeným postupem ošetřování, který vychází z klinického stavu pacienta, se zabývají autoři praktických směrnic (guidelines) Katz a Green (56).

## 1.2 Definice

Existuje několik definic dekubitů, například:

- jakékoliv léze zapříčiněné monotónním tlakovým zatížením s následným poškozením přiléhajících tkání (40),
- **jakékoli poškození kůže nebo tkání kůže způsobené přímým tlakem nebo třecími silami; poškození může být v rozsahu od trvalého erytému až po nekrotickou**



**ulceraci postihující svaly, šlachy a kosti; k tomu aby rána vznikla musí působit alespoň dva tyto faktory (28, 35),**

- důsledek místního oběhového selhání v kůži nebo v podkožních tkáních. Krevní oběh a životaschopnost kůže jsou narušeny rizikovými faktory, které lze rozdělit na dvě skupiny: externí faktory jako neustálý tlak, tření, teplota místnosti a vlhkost; interní faktory jako nehybnost, pokročilý věk, podvýživa, diabetes, kardiovaskulární onemocnění (27),
- poruchy kožní/tkáňové integrity vznikají při změnách krevní cirkulace, poruchách výživy a složení tělesných tekutin, při poruchách tělesné hybnosti, podráždění kůže sekrety/exkrety a při poruchách vědomí. Vznikají na základě poruch tkáňového prokrvení s následným vznikem zánětlivě-nekrotických lézí (6),
- dekubitus – proleženina (lat. cubo ležet); ohraničené odumření tkáně jako následek dlouhotrvajícího tlaku způsobující poruchu prokrvení (58).

Osobně se přikláním k širší definici, která zahrnuje i příčiny vzniku. Pro účely záznamů ať už v listinné nebo elektronické podobě je potřeba používat jednoduché a výstižné vyjádření jako je například „porušení integrity kůže“, popřípadě kódy, které nabízí systém mezinárodní klasifikace NANDA – International (29).

### **1.3 Etiologie vzniku dekubitů**

Z definic vyplývá, že dekubitus vzniká, když se některá část těla nepohybuje. Kůže je normálně vyživována prostřednictvím kapilár přivádějících krev bohatou na kyslík a glukózu. Je-li přívod krve do kůže přerušen, kůže a podpůrné tkáně odumírají. **Nepřetržitý tlak na kteroukoli část těla přerušuje tok krve v kapilárách a může způsobit odumření tkání.** Nevhodné techniky pro otáčení nebo přemístování pacienta, které spíše tělo táhnou než zvedají způsobují namáhání tkání **stříhovými silami**. To také může poškozovat tkáně a vyvolat vznik dekubitů.

Normální kapilární tlak nepřevyšuje 32 mmHg. Jakékoli vnější tlaky, překračující tuto hranici, způsobí kapilární poruchy. Většina zdravých lidí snáší tlak i vyšší, pokud leží nebo sedí. Vleže jsou nejvyšší tlakové body na kosti křížové, na hýždích a patách (40 - 60 mm Hg) pro zdravého člověka s přiměřenou tělesnou váhou a délkou. Pokud vnější tlak není trvalý, ke kapilárnímu poškození nevznikne. Kosiaková prokázala, že při trvalém tlaku

dokonce u poškozených tkání existuje 1 - 2 hodinová kritická perioda, než se objeví patologické změny (27). Riebelová uvádí, že v extrémních případech mohou dekubity vzniknout i po 20 nebo 30 minutách v závislosti na ostatních faktorech zvláště u nemocných v kritických stavech. Při výpadku nervových funkcí se odolnost na tlak snižuje nejvýrazněji (44).

Lokalizovaný tlak nepoškozuje živé tkáně přímo; je to komprese kapilár, která zbavuje tkáň kyslíku a živin - hromadí se metabolický odpad a důsledkem toho odumírá tkáň; vzniká anoxie s následným buněčným rozvratem. Reaktivní hyperémie je normální fyziologická odpověď na tlakovou ischemii; potom, co tlak zmizí, oblast vykazuje zřetelnou červenou oblast z důvodu obnovení kapilární dilatace pro dodání kyslíku tkáni a odstranění zplodin. V tuto chvíli mohou být toxické produkty látkové přeměny ještě odváděny a kožní buňky mohou být regenerovány. Při déletrvajícím tlaku se již objeví nezvratné patologické změny a reaktivní hyperémie je jako kompenzační systém nedostatečná. Podle Sannon reaktivní hyperémie trvá obvykle polovinu až dvě třetiny času sníženého průtoku krve. Pokud se v tomto rozmezí ztratí, nemusíme se obávat poškození tkání (27).

**Snížení tlaku na tělesný povrch je jednoduchým a nejdůležitějším faktorem při léčbě a prevenci výskytu dekubitů,** proto technika polohování a pravidelné změny polohy pacienta jsou hlavním úkolem ošetrovatelské péče.

#### **1.4 Rizikové faktory**

Ve vývoji dekubitů hrají roli rizikové faktory, které dělíme na zevní a vnitřní.

##### **1.4.1 Zevní faktory**

1. **Dlouhodobý přímý tlak.** Dekubity jsou nejčastěji nad kostními vyvýšeninami. Kůže a podkožní tkáň jsou stisknuty mezi kost a tvrdý povrch. Poškození se objevuje do dvou hodin, způsobuje ischemii a poškození mikrocirkulace.
2. **Smykové/střížné síly.** Namáhání ve smyku se objeví tam, kde se s pacienty nesprávně manipuluje a hýbá. Pacient je popotahován na lůžku, místo aby byl zvednut nad matraci. Poškození je způsobeno tím, že níže uložená svalová vlákna a podkožní

tkáň jsou odtrženy a odděleny, což vyvolá koagulační kaskádu a vznikající krevní sraženiny následně blokují mikrocirkulaci.

3. **Tření.** Když pacient klouže dolů po posteli nebo křesle a není správně opět polohován, zůstává kůže často spojena s povrchem podložky. Tření je zvýšeno, pokud je přítomna vlhkost a teplo, např. když je pacient inkontinentní a nebo má zvýšenou tělesnou teplotu. Tření poškozuje kůži a je riziko infekce. **Více závažné jsou účinky tření hluboko ve svalu.** Anoxie umrtvuje tkáň a výsledkem toho je hluboké pronikání dekubitu ke křížové kosti. K výše uvedeným hlavním zevním rizikovým faktorům lze přiřadit další, které jsou uvedené v tabulce:

Špatná hygiena	<b>Omezení pohyblivosti pacienta vnějšími prostředky</b>		<b>Tlak</b>
<b>Střížné síly</b>	<b>Zevní rizikové faktory</b>		<b>Vlhkost</b>
<b>Tření</b>	<b>Zvýšená teplota v místnosti</b>	<b>Špatné větrání</b>	<b>Špatná poloha</b>

#### 1.4.2 Vnitřní faktory

1. **Nepohyblivost.** Zdravý člověk provádí mnoho spontánních pohybů ke snížení tlaku. V nemoci může být tato obrana ztracena při letargii, poškození mozku nebo nervů, při anestezii, operačních technikách, při ztrátě vědomí atd.
2. **Cévní faktory.** Jakákoli porucha toku nebo objemu krve bude snižovat odolnost kůže. Šok zahrnující periferní cévní selhání vytváří vážné nebezpečí vzniku dekubitů. Přeplnění žil, arteriosklerotické změny a cévní poruchy způsobené kouřením k tomu přispívají. Anemie zabraňuje účinkům reaktivní hyperemie.

3. **Dieta.** Nedostatečná výživa zvyšuje riziko dekubitů. Hypoproteinémie, nízký přísun vitamínu C a nedostatek zinku jsou nejkritičtější faktory.
4. **Tělesná váha.** Jakákoli odchylka od ideální tělesné váhy může zvýšit riziko. Hubení lidé s nízkým podkožním tukem mají riziko lokálních tlaků na kosti. Obézní lidé mají riziko z nepohyblivosti a polohování.
5. **Inkontinence.** Způsobuje maceraci kůže a její poškození. Vlhké prádlo zvyšuje tření. Silné kyseliny a zásady ve výkalech nebo v moči poškozují povrch epitelu a tím způsobují chemickou popáleninu. Při porušené integritě kůže je pravděpodobné, že se objeví infekce nebo defekt rány. Příliš časté mytí, které se někdy provádí u inkontinentních pacientů, zbavuje kůži přirozeného kožního mazu a nanesených ochranných mastí. Vzniká tření kůže a podkoží - kůže se stává suchou, křehkou a praská.
6. **Zdravotní stav.** Např. diabetes mellitus činí pacienta více náchylného k infekcím.
7. **Imunosuprese.** Může se objevit u podvyživených, zejména hypoproteinemických pacientů po úrazu nebo u pacientů s maligním onemocněním. Imunosuprese zvyšuje u pacienta možnost infekce rány a prodlužuje proces hojení.
8. **Věk.** U starých pacientů se častěji vyvine dekubitus zčásti proto, že jsou přítomny výše uvedené faktory, ale také proto, že mají sníženou schopnost si sami ošetřit menší tkáňová poškození.
9. **Útlum.** Je výsledkem různých příčin od anestézie až po vliv antidepressivní medikace.

### 1.5 Rizikové skupiny pacientů

Na základě znalosti vnitřních rizikových faktorů lze skupiny ohrožených pacientů specifikovat podle (34):

1. **Věku - u starých lidí** je dvacetkrát vyšší pravděpodobnost vzniku dekubitů než u lidí ve stáří 20 - 40 let. Některé studie uvádí, že nejvíce jsou ohroženi pacienti **ve věkovém pásmu 71 až 90 let** (32).
2. **Pohlaví - ženy** jsou ke vzniku dekubitů náchylnější než muži, protože tukové vrstvy jsou u žen silnější než u mužů.

3. **Typu onemocnění - chronicky nemocní** jsou dekubity více ohroženi než zdravé osoby.
4. **Psychického stavu - psychicky nemocní** pacienti pod účinkem sedativ jsou ospalí a neteční, méně si nepohodlí a bolest uvědomují.
5. **Mobility - imobilní pacienti**, neschopní pohybu bez cizí pomoci musí spoléhat na pomoc personálu při převracení se nebo vstávání.
6. **Kontinence - inkontinentní pacienti** - u inkontinentních pacientů se může vyvinout vyrážka. Podráždění kůže a vyrážky způsobují záněty; na podrážděné a zanícené kůži se mohou tvořit rány a puchýře, které se později infikují.
7. **Poškození centrální nervové soustavy - ochrnutí pacienti**, například po iktu mohou být ochrnutí na jedné straně těla. Na poškozené straně nevnímají žádné podněty a nemohou si uvědomovat nepohodlí a tlaky, bez pomoci se nemohou pohnout. Někteří pacienti mohou mít i potíže s komunikací (při expresivní nebo percepční afázii) a i když cítí nepohodlí, nemohou požádat o pomoc. Stejné problémy se vyskytují u pacientů s polytraumaty nebo v bezvědomí.
8. **Poškození cévního systému - pacienti se srdečními chorobami a vysokým krevním tlakem** jsou ohroženi vznikem otlaků, z důvodu narušení cirkulace krve.
9. **Onemocnění metabolického typu - diabetici** často trpí poruchami krevního oběhu. Pacienti s mírným diabetem léčeným vhodnou dietou jsou vystaveni menšímu riziku než pacienti na perorální léčbě nebo závislí na podávání inzulínu. Někteří diabetici, ztrácejí citlivost na chodidlech a na dlaních; tento stav je známý jako **periferní neuropatie** a není jej možné léčit. Existuje u nich vysoké riziko vzniku dekubitů na patách, protože si často neuvědomují bolest nebo nepohodlí způsobované tlakem. Špatná cirkulace krve spolu s účinky diabetu způsobujícími obecně zpomalování hojení ran ztěžují u již vzniklých dekubitů jejich hojení.
10. **S poruchou výživy - pacienti vyhublí nebo s nadváhou**. Obézní osoby častěji trpí poruchami oběhu, mají špatné dietní návyky, nadměrný přísun cukrů a nedostatek vitamínů což ovlivňuje stav kůže a zvyšuje riziko vzniku dekubitů. U vyhublých osob je riziko vzniku dekubitů z důvodu malé vrstvy tuku, které chrání svaly před účinkem tlaku. Hubení lidé jsou také vystaveni většímu riziku působení stříhových sil, protože jejich kosti více vyčnívají .

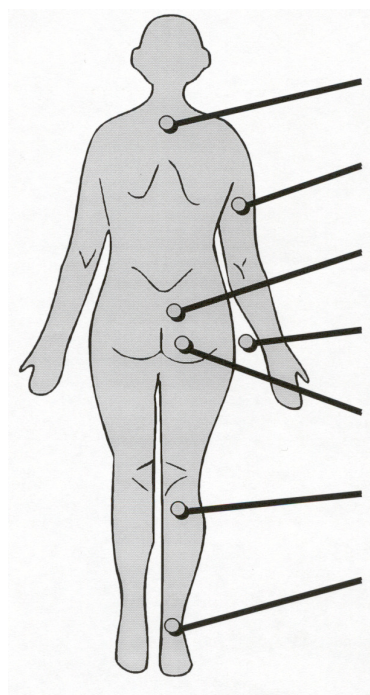
Rizikové skupiny pacientů jsou obvykle hospitalizováni na stanicích dle odbornosti klinik/oddělení nemocnic, což jsme prokázali sledováním střední zátěže rizika pacientů v rámci čtyř prevalentních šetření (33). Bienstein používá hodnocení rizikových faktorů pro přítomné v každém věku (paraplegie, kachexie, šok aj.) a ve vysokém věku (teplota 39°C, silná sedace, těžké deprese aj.) (1).

### 1.6 Místa výskytu dekubitů

Dekubity mohou vzniknout na kterémkoli místě těla, ale nejčastěji nad kostním výběžkem. Mohou se vyskytnout na uších, tvářích, rukou, trupu, nohou a na patách. Většina dekubitů vzniká mezi hýžděmi v kostnaté oblasti nazývané kříž (sacrum), až 31%. Dekubity v oblasti kříže se vyskytují i u sedících pacientů. Na hýždích se dekubity vyskytují ve 27% a na patách ve 20% (32).

Sestry by měly znát tato riziková (predilekční) místa vzniku dekubitů a věnovat náležitou pozornost jejich prohlížení vždy při polohování a osobní hygieně pacienta. Z hlediska nákupu vhodných ATD pomůcek je třeba znát procentuální zastoupení výskytu dekubitů na různých oblastech těla.

#### Místa výskytu proleženin:



Trup 4%

Horní končetiny 3%

Křížová oblast 31%

Trochantery 10%

Hýždě 27%

Dolní končetiny 5%

Paty 20%

## 1.7 Klasifikace dekubitů

V literatuře jsou uváděné dvě klasifikace dekubitů. Podle Hibbsové 1. – 4. stupeň (17, 32) nebo 1. – 5. stupeň podle Torrance.

Torrance se zaměřuje na pět stupňů dekubitů (hodnotí i stupeň nula, reverzibilní začervení). Další literární zdroje včetně EPUAP (viz <http://www.epuap.org>) uvádějí čtyři stupně dekubitů. Klasifikace dekubitů je důležitá pro rozhodování o ošetrovatelském postupu a vhodné léčbě. Jak je patrné v následujícím přehledu není jednotná. Ve většině případů se setkáme s hodnocením dekubitů do čtyř stupňů. Torrance však uvádí stupňů pět. Z hlediska prevence je vyhodnocení stupně I dle Torrance velmi důležité a záleží na sestře, zda vývojové stadium dekubitu postřehne včas. Jak bylo uvedeno výše, reaktivní hyperémie je obranný mechanismus, který může být reversibilní a sestra se o opatřeních může rozhodovat zcela samostatně. Jestliže nejsou učiněna opatření umožňující v pravidelných intervalech snižovat tlak na tkáň, na zarudlých plochách se může vyvinout dekubitus. Stupeň 2 - 5 jsou již stádia vývoje defektu, kdy by se sestra měla radit s lékařem o postupu léčby a ošetřování rány nebo se řídit směrnicí. Kompetence sester a ohraničení jejich pravomocí musí být přesně definováno neboť až 60% ran musí vidět lékař (26).

### Klasifikace podle Hibbsové a Torrance:

Klasifikace podle Hibbsové	Klasifikace podle Torrance
<b>Stupeň 0</b> – pouze riziko	<b>Stupeň 1.</b> Blednoucí překrvení – chvilkové stisknutí prstem lehkým tlakem na zarudlou oblast, a po uvolnění způsobí zblednutí, což naznačuje, že mikrocirkulace je zachována.
<b>Stupeň 1. Erytém – tlakové léze bez poškození kůže.</b> Příznakem je mírný otok, jemné zarudnutí kůže a zduření postižené části na pohmat. Tyto změny jsou nereverzibilní, tlakem vznikají trvalé změny v podkoží.	<b>Stupeň 2.</b> Neblednoucí překrvení – zarudnutí přetrvává, když je stisknuto lehkým tlakem prstu, což naznačuje nějaké narušení mikrocirkulace. Může se objevit povrchové poškození, včetně epidermálních vrátek.

<p><b>Stupeň 2. Puchýř – tlakové léze s částečným poškozením kůže.</b> Postižená oblast je oteklá a indurovaná (zatvrdlá vlivem zmnožení vaziva), kůže je bledá. Při kompresi se neobjeví kapilární návrat. Někdy se vytvoří puchýř, někdy bývá obnažena škára (korium), což připomíná hlubokou oděrku nebo mělký důlek. Primárně je poškozeno podkoží i s částí cév vyživujících kůži, a proto lze očekávat její druhotné odumírání.</p>	<p><b>Stupeň 3.</b> Proces utváření vředu postupuje skrze dermis na rozhraní s podkožní tkání.</p>
<p><b>Stupeň 3. Nekróza – tlaková léze se zničením tkání mezi kostí a pokožkou, hluboké poškození kůže.</b> Dekubitus kryje buď černá suchá nekróza, nebo rozbředlá nekrotická tkáň. Jelikož defekt podkoží je vždy větší než defekt kůže, vznikají na místě odumřelých tkání vředy s široce podminovanými okraji, jejichž spodinu tvoří obnažený kostní podklad. Specifický typ dekubitu vzniká na místech trochanterů, sedacích kostí a ploskách nohy. Vlivem dlouhodobého mírného tlaku se ztenčí podkožní vrstva, což způsobí naléhání kůže na burzu nebo přímo na kostní prominenci. V burze se začne tvořit výpotek a následně hnis. Infekce může přejít na kost a vznikají ostitidy (záněty kosti) nebo se může rozvinout sepse.</p>	<p><b>Stupeň 4.</b> Vřed se šíří do podkožního tuku. Níže uložený sval je zduřený a zanícený. Vřed má tendenci se šířit do okolí, progresi do hloubky dočasně brání hluboká fascie.</p>
<p><b>Stupeň 4. Vřed – tlakové léze s poškozením facie, svalu, nekrózy, provázené ostitidami a artritidami.</b> Vzhled dekubitu IV. stupně je</p>	<p><b>Stupeň 5.</b> Infikovaná nekróza proniká hlubokou fascií. Rychle se objevuje poškození svalu.</p>



stejný jako u předešlého, ale vedle ostitid je navíc doprovázen artritidami sousedních kloubů (sakroiliakální, kyčelní, kolenní apod.). Spontánní zhojení těchto dekubitů není možné, a proto se téměř vždy přistupuje k operačnímu řešení.	
---	--

Pro tvorbu programu na porovnávání výskytu dekubitů mezi jednotlivými pracovišti nebo nemocnicemi je potřeba použít jednoduché a výstižné hodnocení v míře uvedené v tabulce. Takové hodnocení bylo použito jednak v projektu Sdružení fakultních nemocnic a je použito i v národní Metodice prevalenčního sledování dekubitů.

<b>Stupeň</b>	<b>popis – dle škály Hibbsové (16, 18)</b>
<b>1</b>	nereverzibilní začervenání
<b>2</b>	porušená kůže – epidermis, dermis nebo obojí (puchýř nebo mělký důlek)
<b>3</b>	hluboké poškození podkoží, nekróza
<b>4</b>	poškození fascie, svalu, nekróza tkáně

### **1.8 Klasifikace hodnocení rizika dekubitů**

Studium literatury bylo zacíleno také na hodnotící škály pro riziko vzniku dekubitů. Národním panelem odborníků je doporučována škála Bradenové z roku 1992 (21, 48). Rizikovými faktory a příčinami vzniku dekubitů se věnují i autoři učebnice určené sestřám ve Velké Británii (41) i autorky českých učebnic Trachtová a Staňková (47, 55). Časopisecké práce jsou věnované zejména významu sledování rizikových faktorů a možnostem jejich předcházení u traumatických stavů na jednotkách intenzivní péče. Jedná se o závažné stavy pacientů, kdy dochází ke změnám ve tkáních vlivem nepříznivé metabolické situace a tito pacienti potřebují antidekubitní matrace pro vysoké riziko neboť péče o ně je velmi náročná pro ošetřovatelský personál (11).

Jaké tedy mají sestry možnosti pro objektivní hodnocení rizika pacientů? Pro sestavení optimálního plánu péče mohou použít speciální tabulky s výše uvedenými riziky, na jejichž základě se sestra rozhoduje pro preventivní opatření nebo ošetřovatelské

intervence, jimiž se pak celý ošetrovatelský tým řídí. Hodnocení rizika vzniku dekubitů se doporučuje provádět vždy při příjmu pacienta (do 24 hod.) a mělo by se rovněž opakovat vždy při změně stavu pacienta a dále podle standardu každého zařízení – nejčastěji po 48 hod. až jednom týdnu. Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů existuje několik stupnic. Nejčastěji používanou škálou v ČR je škála Nortonové. Biensteinová se v osmdesátých letech s týmem odborníků věnovala přepracování hodnotící škály dle Nortonové, v modifikované podobě ji představila na 17. konferenci zdravotnických pracovníků v Essenu. Tato škála byla doporučena německým odborovým zdravotnickým svazem - Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (1). Mezi další možné škály hodnocení rizika vzniku dekubitů patří: Bradenova škála, Waterlow škála, Shannon škála, Knoll škála a další.

### **1.8.1 Škála dle Nortonové**

Škála dle Nortonové byla sestavena v roce 1962 (17, 28). Hodnotí celkové zdraví pacienta, duševní stav, aktivitu, mobilitu a inkontinenci. Na základě těchto hledisek je pacient ohodnocen určitým počtem bodů. Čím je bodové hodnocení nižší, tím je riziko vzniku dekubitů u pacienta vyšší. Skóre 13 a méně vypovídá o nejvyšším riziku vzniku dekubitů. Pacienti se skórem 14 - 18 mají střední riziko a pacienti se skóre 19 - 23 mají střední riziko a nad hodnotu 24 je riziko minimální. Jakmile se změní jakýkoliv ze 4 faktorů, měli by být přehodnoceni. Nortonová vyvinula škálu pro pacienty v dlouhodobé péči, pro širší použití byla v roce 1989 modifikována Christel Bienstein a v mnoha českých nemocnicích je tato varianta používána úspěšně od roku 1993 (Příloha č. 1) (1). Poprvé byla použita ve Fakultní nemocnici Plzeň. Finančně byl podpořen tisk formulářů firmou Knoll s.r.o., rozšířen byl prostřednictvím porad hlavních sester do zdravotnických zařízení. Postupně se stala hodnotící škála součástí mnoha formulářů ošetrovatelské dokumentace. Na zavádění této škály jsem se osobně podílela.

### **1.8.2 Škála dle Bradenové**

Škála dle Bradenové byla testována na různých odděleních včetně chirurgických, intenzivní péče a ošetrovatelských domech a je převážně používána i na jednotkách intenzivní péče (21, 48). Škála obsahuje následující dimenze: smyslové vnímání (schopnost

smysluplně odpovídat na nepohodlí způsobené tlakovou zátěží), vlhkost (stupeň vlhkosti kůže nebo jejího kontaktu s vlhkostí), aktivitu (stupeň fyzické aktivity), pohyblivost (schopnost měnit a kontrolovat pozici vlastního těla), výživu (běžný profil příjmu potravy), tření a střížné síly (riziko klouzávání po prostěradle nebo křesle). Celkové skóre: 6 - 9 vysoké riziko, 9 - 16 střední, 16 - 20 malé, nad 20 velmi malé. Z tohoto přehledu je patrné, že zahrnuje lépe všechny rizikové faktory, jak bylo výše uvedeno. (Příloha 2). Oproti modifikované škále Nortonové zahrnuje tato škála riziko tření a střížných sil a důležitý faktor výživy. Neobsahuje však věk a přidružená onemocnění. Tato stupnice je nejčastěji využívaným nástrojem pro hodnocení rizika vzniku dekubitů ve Spojených státech amerických je k dispozici on line na [www.bradenscale.com](http://www.bradenscale.com). K jejímu použití přikročili v některých zdravotnických zařízeních v ČR, například v Masarykově onkologickém ústavu v Brně.

### **1.8.3 Škála dle Waterlow**

Ve Velké Británii používají sestry Waterlow škálu, je podrobnější a byla vyvinuta na základě výzkumu prováděného v roce 1985. Zahrnuje hlediska jako je tělesná konstituce, hmotnost, kontinence, typ kůže, mobilitu, pohlaví, věk a chuť k jídlu (39). Za zvláště rizikové jsou považovány faktory jako chirurgický zákrok, vliv léků, věk a nemoci. Každý rizikový faktor vnáší do celkového hodnocení určitý počet bodů a ty se sčítají. Výsledný součet vyšší než 10 značí, že u pacienta existuje riziko vzniku dekubitů. Hodnota 15 - 20 bodů značí vysoké riziko a součet vyšší než 20 znamená velmi vysoké riziko. Čím je celkové bodové hodnocení vyšší, tím vyšší je i riziko vzniku dekubitů. Oproti výše uvedeným stupnicím zahrnuje typ kůže a čím vyšší je počet bodů, tím větší je riziko pacienta k získání dekubitu.

### **1.8.4 Škála dle Knoll**

Tato stupnice hodnotí všeobecný stav zdraví, mentální stav, aktivitu, pohyblivost, inkontinenci, příjem potravy ústy, příjem tekutin ústy a náchylnost k chorobám. Každý parametr je ohodnocen body 0 až 3 body. Nemocný se skóre nad 12 je již ohrožen vznikem dekubitů. V této stupnici jsou také stavy, které můžeme započítat dvojnásobně např. pohyblivost, pokud je velmi omezená nebo je tam imobilita (5).

Použití kteréhokoliv systému hodnocení pomůže sestře určit rizikové pacienty a plánovat jejich ošetřování tak, aby se vzniku dekubitů zabránilo. Hodnocení pacientů je prováděno při jejich příjmu a dále v pravidelných intervalech podle stavu pacienta a při jakékoliv změně. Doporučuje se rozpětí od maxima 1x denně a minima 1x týdně. Platí zásada, že hodnocení je dokumentováno.

## **1.9 Ošetřování dekubitů**

Péče o pacienta musí být komplexní včetně koordinace, dobré spolupráce celého týmu a dokonalé kontinuity ošetrovatelské péče - nelze se zaměřit pouze na snížení působení tlaku nebo provádění celkové očisty těla. Ze znalosti rizikových faktorů vyplývá, že je nutné zajistit všechny potřeby pacienta včetně psychických a sociálních, nesporný význam má i spoluúčast rodiny. Doporučeným postupem ošetřování, který vychází z klinického stavu pacienta, se zabývají mimo jiné i autoři praktických směrnic Katz a Green (19). Sestra při ošetřování postupuje metodou ošetrovatelského procesu.

Ošetrovatelský proces je definován jako systematický přístup k ošetřování nemocných, který řeší jejich individuální problémy a je zaměřený na tělesné, psychické a sociální potřeby jednotlivce, rodiny a komunity. Tento proces má jasně stanovené cíle, které jsou diskutovány mezi sestrou a pacientem. Zahrnuje pět fází:

1. sběr a analýzu dat
2. diagnostiku
3. plánování
4. poskytování a
5. hodnocení péče (28).

Cíle ošetřování jsou zaměřeny na úsilí k potlačování vnitřních faktorů vhodnými ošetrovatelskými a léčebnými postupy, dále na eliminaci vnějších faktorů vhodnými pomůckami a ošetrovatelskými postupy. V případě již vzniklého dekubitu jsou zaměřeny na správně zvolené techniky podporující celkové zhojení a prevenci komplikací.

### **1.9.1 Sběr a analýza dat – ošetrovatelská anamnéza**

Pro výběr správných opatření by měl být ohodnocen celkový stav pacienta ihned při přijetí. Zhodnocení probíhá na základě shromáždění a vytřídění informací a umožňuje

sestře řešit individuální problém pacienta (28). Zcela jednoznačně lze za rizikové pacienty považovat osoby upoutané na lůžko nebo invalidní vozík. V ošetřovatelské anamnéze se zaměřujeme na faktory ovlivňující tvorbu dekubitů a provádíme hodnocení podle některé z výše uvedených škál. Tento moment je rozhodující a znalosti sestry mohou především ovlivnit další vývoj zdravotního stavu pacienta, ale také výsledky šetření a výskytu rizikových pacientů nesprávným zhodnocením.

### **1.9.2 Stanovení ošetřovatelské diagnózy**

Definice: ošetřovatelská diagnóza popisuje změnu ve zdravotním stavu jedince a faktory, které k této změně přispívají. Znění ošetřovatelské diagnózy má mít několik složek; název, definici, určující charakteristiky, etiologii a doplňující faktory (28, 29).

Ošetřovatelskou diagnózu můžeme rozdělit na aktuální a potenciální.

**Aktuální** - popisuje aktuální změny ve zdravotním stavu pacienta, sestra může potvrdit přítomnost příznaků určité diagnózy.

**Potenciální** - popisuje změny ve zdravotním stavu pacienta, které mohou nastat, jestliže sestra dobře nenaplňuje péči.

V případě vzniklého dekubitu můžeme napsat ošetřovatelskou diagnózu v tomto znění: „aktuálně porušená integrita kůže nebo riziko porušení integrity kůže“.

V případě, že sestra používá diagnostický klasifikační systém NANDA International (North American Association for Nursing Diagnosis International), specifikuje ošetřovatelské diagnózy podle určujících znaků, souvisejících nebo rizikových faktorů a přidělí jednotlivým diagnózám příslušný klasifikační kód. Při porušení kožní integrity zaznamená kód 00046, pokud se jedná o porušení tkáňové integrity zaznamená kód 00044 a v případě rizika porušení kožní integrity zaznamená kód 00047 (29). Používání jednotných kódů v klinickém informačním systému je přínosné pro sledování výskytu dekubitů, hodnocení efektivity ošetřovatelské péče a slouží jako podklad pro ošetřovatelský výzkum. Tento systém je však v českých nemocnicích výjimečný.

### **1.9.3 Plánování a realizace ošetřovatelské péče**

Na základě potvrzení, zda se jedná o aktuální či potenciální ošetřovatelskou diagnózu sestra plánuje preventivní péči nebo intervence zaměřené na ošetření rány

a léčbu a volí vhodné antidekubitní pomůcky. **V případě potenciální ošetřovatelské diagnózy** „riziko porušení kožní integrity“ respektuje následující doporučení k prevenci dekubitů (28):

1. Zhodnoťte stav pacienta a určete riziko dekubitů pomocí škály Nortonové.
2. Udržujte pravidelně návaznost ošetřování a hodnoťte výsledky opatření.
3. Nedrážděte rizikovou oblast tkání, zejména u starších lidí; dráždění je příčinou macerace a degenerace pokožky.
4. Myjte rizikovou oblast pouze, když je pacient inkontinentní. Udržujte celistvost kůže a chraňte před vytvářením otlaků. Oblast řádně osušte. Užívejte jemný tekutý detergent. Používání mýdla může být škodlivé, příliš vysouší pokožku. Suchá kůže praská a umožňuje vstup mikroorganismů.
5. Užívejte bariérové krémy pouze když jsou indikovány.
6. Povzbuzujte pacienta, aby jedl výživnou dietu bohatou na proteiny a vitamin C.
7. Povzbuzujte pacienta ke změně poloh.
8. Podporujte pohybový program pacienta a spolupracujte s fyzioterapeutem.
9. Užívejte pomůcky ke snížení tlaku.
10. Otáčejte pacienta kdykoli je to možné. Využívejte molitanové podložky a polštáře na lůžku, jiné antidekubitní pomůcky, snižujte dobu strávenou na křesle, pokud se objeví otlak na pánvi.

**V případě aktuální ošetřovatelské diagnózy** v přítomnosti dekubitu mají nemocnice vypracované postupy a doporučení pro používání různých druhů krycích materiálů, řídí se charakterem rány a mohou se lišit, podle toho, jakou firmu nemocnice preferuje a jaké má finanční možnosti. Je s podivem, jak bylo obtížné překonávat konzervativní přístup k novým a efektivnějším krycím materiálům zvláště ze strany lékařů, ale postupně se tato bariéra překonala. Jednotný přístup k léčbě má nesporné výhody i z hlediska vyhodnocování kvality péče.

#### **1.9.4 Hodnocení efektivity péče**

Hodnocení efektivity individuálního ošetřování provádí sestra několikrát během své směny při pravidelném polohování, rehabilitaci nebo rozhovoru s pacientem. Výsledky svých zjištění dokumentuje do ošetřovatelské dokumentace.

Hodnocení různých způsobů ošetřování na oddělení nebo v celém zdravotnickém zařízení je však třeba provádět i formou pravidelných auditů v rámci celého zařízení. Výsledky auditu nás informují o rozdílnosti/jednotě přístupu v ošetřování, stavu antidekubitních pomůcek včetně matrací, používání léčebných materiálů apod.. Pravidelně prováděnými audity lze především zmírnit utrpení pacientů, neplýtvat pracovním úsilím sester a ještě ušetřit finance. Je však obtížné pro auditorskou činnost sestry získat, neboť stále přetrvává společenský odpor k jakékoliv kontrolní činnosti a audit nebývá správně pochopen jako základ pro vypracování v praxi realizovatelných a měřitelných standardů kvality. V neposlední řadě může být výsledek auditu podkladem pro směrnice o dokumentaci a podkladem pro zdravotní pojišťovny.

Hodnocení efektivity ošetrovatelské péče lze provádět také formou benchmarkingu mezi jednotlivými odděleními nemocnice nebo mezi více zdravotnickými zařízeními. „Klinický benchmarking je definován jako proces, přes nějž je identifikován a průběžně zlepšován výskyt dekubitů, umožňuje porovnávání výsledků a sdílení informací“ (7). Jaké jsou výhody benchmarkingu uvádím v další části této práce.

## **1.10. Poznatky o situaci ve sledování dekubitů**

### **1.10.1 Literatura zabývající se zaváděním systémů sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče.**

V časopisecké literatuře jsou první zkušenosti se sledováním dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče zaznamenány v roce 1996; autoři Müllerová a Bílek, Fiedlerová podrobně popisují systém čtvrtletního prevalenčního šetření zavedeného ve Fakultní nemocnici Plzeň (11, 33).

Na incidenci a prevalenci dekubitů se zaměřují články Fiedlerové (9, 10, 11), autorka podrobně popisuje postup prováděných šetření a seznamuje i výsledky jednotlivých oddělení, rozdílů mezi akutní a dlouhodobou péčí ve Fakultní nemocnici Plzeň. Dále se autorka článků věnuje podrobně popisu využívání počítačového programu v porovnání Prevalence a incidence dekubitů v letech 2000 – 2001 ve Fakultní nemocnici Plzeň (12). Podobné zaměření má i práce Poláka a Beckové, navíc se zaměřují na sledování „indexu progresu“, kterým získají informaci k jaké změně ve stupni dekubitů u jednotlivých pacientů průměrně dochází (38).

Problematice dekubitů v procesu celkového zlepšování kvality je věnována studie autora Bílka prvního počítačového programu na sledování dekubitů ve zdravotnickém zařízení (12). Pro vývoj nového produktu byl nejvýznamnější program, který autor nejprve vytvořil pro potřebu porovnávání jednotlivých oddělení Fakultní nemocnice Plzeň a posléze pro porovnávání mezi fakultními nemocnicemi v ČR.

Na důležitost úlohy znalostí sester a kvalitních preventivních prostředků upozorňuje Müllerová (19, 32). Sestra má v rukou ohodnocení pacienta v riziku k dekubitům, stanovení ošetrovatelského postupu, kontrolu a motivaci pacienta. Musí mít vynikající znalosti a také pozitivní přístup k problematice.

V České republice se problematikou prevence a léčby dekubitů zabývá Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR), která byla založena v roce 1999 (Internetový odkaz 1). Jejím cílem je podílet se na komplexním řešení problému hojení rány, na zlepšování kvality péče o nemocné s chronickými ranami v nemocniční, ambulantní i domácí sféře. na tvorbě odborných standardů v péči o nemocné s chronickými defekty. Ve své činnosti zahrnuje výuku a edukaci zdravotníků i laiků.

Preventivními opatřeními a zaváděním systému sledování používání preventivních pomůcek, protokolů a pravidelným šetřením výskytu dekubitů se věnovala Hibbová (17). Její publikace se staly základem pro zavedení prevalenčního šetření ve Fakultní nemocnici Plzeň doplněné zkušenostmi z pracovní stáže v nemocnici v Boltonu (Velká Británie).

Významným zdrojem pro zavádění systému kvality v nemocniční praxi a sledování indikátorů kvality z hlediska bezpečí pacientů jsou mezinárodní standardy Joint Commission International (31).

Z rozboru literatury a současné praxe je patrné, že se značná pozornost věnuje hledání nových možností snížení výskytu dekubitů ve vyspělých státech na celém světě. Dekubity jsou běžné v mnoha zdravotnických zařízeních v Evropské unii, týkají se všech věkových skupin, způsobují lidem utrpení a jsou finančně nákladné. S neustále stárnoucí populací a změnami ve výskytu nemocí se bude tento problém neustále zvětšovat, pokud nebudou podniknuta nějaká opatření (NPUAP).

Problematice výskytu dekubitů je věnována značná pozornost na celém světě. Například v USA již od roku 1987, kdy byl zřízen Národní poradní tým složený z odborníků pro dekubity (NPUAP) (48), na který navázal v roce 1989 Úřad pro politiku



zdravotní péče a výzkum (Agency for Health Care Policy and Research – AHCPR) a stanovil cíl: zvýšit kvalitu, vhodnost a účinnost zdravotnických služeb a zlepšit přístup veřejnosti k těmto službám. Zákon o veřejné zdravotní službě (Omnibus Budget Reconciliation Act) nařizuje rozvíjet, pravidelně revidovat a aktualizovat: klinicky relevantní směrnice, které by mohly být používány lékaři, pedagogickými a klinickými pracovníky jako pomůcka ke stanovení efektivní a vhodné prevence, diagnózy, léčby a k zajištění klinického zvládnutí chorob, zdravotních potíží a jiných situací důležitých z hlediska zdravotní péče (56).

Šestá Národní konference NPUAP byla věnována problematice nákladů a kvalitě péče o dekubity. V Evropě zahájil činnost obdobný panel v Oxfordu (EPUAP) v roce 1996 (viz <http://www.epuap.org>). V doporučení odborného panelu pro zdravotnická zařízení bylo stanoveno: klást důraz na riziko dekubitů, neboť většině dekubitů lze předcházet. Důležité je mít zavedené řádné strategie pro prevenci a vzdělávání. Ty by měly být založeny na nejlepších důkazech. Všechny zásahy a výsledky by měly být monitorovány a zdokumentovány.

Zajišťováním kvality ošetrovatelské péče a výběru vhodných indikátorů se věnovali v devadesátých letech také Korn a Helm-Kekrhoff (24). Za základ precizního měření považují jasně stanovený standard, dále se zabývají dimenzemi kvality, monitoringem, auditem a uvádějí příklady organizace zajištění kvality ve zdravotnickém zařízení.

Snížení výskytu dekubitů až o 50 % zavedením protokolu ke sledování preventivních opatření (ošetřovatelské intervence, hodnocení rizika, nutriční stav pacienta, ošetřování kůže, dokumentace a zajišťování potřebné podpory) byla věnovaná práce amerických autorů z James Cancer Hospital, Ohio State University v roce 2007 (21). Tato práce se odvolává rovněž na doporučení NPUAP a poukazuje na význam sledování dat a benchmarking v procesu zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Indikátory kvality jsou stanovené Americkou asociací sester a pro porovnávání mezi nemocnicemi je využívána National Database of Nursing Quality Indicators. V této národní databázi jsou zpracována data více než 700 nemocnic z 50 států.

### **1.10.2 Kvalita a indikátory ošetrovatelské péče**

Kvalitní péče o pacienta znamená „do jaké míry se podaří oddělení ošetrovatelské péče za současného stavu vědomostí zvýšit pravděpodobnost žádoucích výsledků a snížit pravděpodobnost nežádoucích výsledků u pacienta“ (17). Důvody neustále se zvyšujícího zájmu o kvalitu jsou ekonomické, právní, konkurenční a rovněž i prestižní. Problematické je ve zdravotnictví samotné prosazení priorit kvality. Největšími bariérami jsou absence informací a lobbying, převážně ekonomického charakteru. Kladem zavádění systémů kvality je zajištění takových podmínek, abychom poskytovali co nejlépejší péči s nejlepším dostupným využitím současných výzkumných poznatků při současném zmenšení příležitostí pro poskytování nevhodné nebo nedbalé péče a léčby.

Indikátor kvality poskytování péče můžeme chápat jako stanovisko procesu nebo výsledku zdravotní péče, který nám signalizuje a oznamuje, zda jsme zvolili správné a odpovídající intervence. Indikátory lze rozdělit do dvou skupin – indikátory četnosti (relativní čísla), strážní indikátory (absolutní čísla) např. závažné události.

Velmi častými indikátory, které jsou ve zdravotnickém zařízení sledovány, jsou monitoringy mimořádných událostí. Mimořádnou událostí rozumíme situaci, při které nastala událost související s poskytováním zdravotní péče nebo se zajištěním provozu, kdy hrozí poškození zdraví nebo majetku nebo je ohroženo poskytování zdravotní péče.

Mezi sledování mimořádných událostí patří i monitoring incidence a prevalence dekubitů. Pravidelné vyhodnocování a řešení výsledků v oblasti managementu rizik a vzniku dekubitů je velmi dobrým ukazatelem kvality péče a nástrojem k dobré prevenci vzniku mimořádné události v podobě dekubitů.

#### **1.10.2.1 Indikátory Americká asociace sester (American Nurses Association - ANA)**

V rámci Americké asociace sester sledují zdravotnická zařízení USA množství stanovených indikátorů ošetrovatelské péče. Mezi nejrozšířenější patří:

- struktura ošetrovatelského personálu (počet registrovaných sester (RS) na počet zdravotních asistentů),
- celkový počet hodin ošetrovatelské péče (počet poskytnuté péče RS na 1000 ošetrovacích dnů),

- **výskyt dekubitů (podíl celkového počtu pacientů s dekubitem, stupeň 1. – 4. v jednom dni prevalenční studie, k počtu pacientů ke sledované skupině),**
- pády pacientů (podíl celkového počtu pádů pacientů vyvolávajících zranění na 1000 ošetrovacích dnů),
- spokojenost pacienta s léčbou bolesti (dotazník),
- spokojenost pacienta s mírou edukace a poskytování informací (dotazník),
- spokojenost pacienta s celkovou péčí (dotazník),
- spokojenost pacienta s ošetrovatelskou péčí (dotazník),
- výskyt nemocničních nákaz (počet NI na 1000 ošetrovacích dnů),
- spokojenost ošetrovatelského personálu (dotazník).

Americká asociace sester stanovila v roce 1997 Citlivé indikátory v ošetrovatelství (CIO). Odrážejí strukturu, proces a výsledky ošetrovatelské péče. Za citlivé indikátory v ošetrovatelské péči jsou považovány ty, které zlepšují kvantitu nebo kvalitu, např. sledování dekubitů, pádů a infiltrace při intravenózní aplikaci. Rozvoj CIO je založen na bázi empirického výzkumu a vyhodnocení literatury. Indikátory jsou vybírány pro přehodnocení odborným ošetrovatelským panelem, který určí platnost pro ošetrovatelskou praxi. Se seznamem CIO jsou seznámeni zástupci zapojených nemocnic a je diskutováno, zda je sběr dat pro CIO příliš nezatíží. Pokud je to shodné a nezatěžující, je dalším krokem plná pilotní studie v určitém počtu ochotných zařízení. Indikátory, které mají největší hodnotu, jsou přidány do seznamu CIO.

Postup rozvoje CIO zahrnuje následující kroky:

- Přezkoumání a peer-review přezkoumání literatury, aby se určilo, které indikátory jsou senzitivní pro ošetrovatelství,
- diskuse s odborníky na toto téma, aby se určily otázky měření a dodatečných informací, které by se měly sbírat pro podporu zpráv z nemocnic nebo analýzy, např. úroveň rizika pacienta,
- vytvořit plán pro sběr dat a zpráv,
- podporovat připomínky od účastníků se zařízení k proveditelnosti plánu sběru dat a využití indikátoru,

- provést pilotní studii s dobrovolnými nemocnicemi, aby se otestovaly směrnice sběru dat a formuláře,
- přezkoumat plán pro sběr dat a zpráv,
- vyvinout webový systém pro sběr dat včetně administrativního oddělení databáze, obrazovky pro zadávání dat a školení,
- oznámit dostupnost nového indikátoru členů nemocnice, aby zaměstnanci mohli být proškolení a začali sbírat a odesílat data,
- provádět analýzu dat a podávat čtvrtletní zprávy.

V průběhu řešení grantového úkolu Sdružení fakultních nemocnic jsem osobně navštívila nemocnice v USA s cílem zjistit, jakým způsobem jsou sbírané údaje pro porovnávání indikátorů kvality v oblasti dekubitů. Na konkrétní dotaz, jak probíhá porovnávání mezi nemocnicemi v USA v národním centru pro sledování indikátorů, jsem získala následující sdělení od ředitelky National Database of Nursing Quality Indicators – NDNQI Nancy Dunton: „Nemocnice sbírají prevalenční údaje o dekubitech pro NDNQI v jeden den čtyřikrát ročně, tj. každé tři měsíce. Prevalenci dekubitů vypočítáváme podílem počtu pacientů s dekubitem získaným v nemocnici k celkovému počtu zkoumaných pacientů – pro každou stanici. Stanice (patro nebo křídlo) jsou porovnávány s jinými podobnými stanicemi (JIP s JIPy, chirurgické stanice s jinými chirurgickými stanicemi) ve stejně velikých nemocnicích (např. 300 až 399 lůžek). Nemocnice může porovnávat všechny svoje stanice stejného typu mezi sebou, sledovat vývoj v čase nebo porovnávat k národnímu průměru odpovídajícího typu stanice v kombinaci s velikostí nemocnice. My poskytujeme data předpokládaného vývoje, národní data a testy na porovnávání stanic k národním údajům. Chápeme, že údaje o dekubitech se mohou velmi lišit v jednotlivých týdnech. Proto podporujeme sběr údajů každé tři měsíce. Nemocnice potom mohou sestavit roční průměr celkového výskytu dekubitů.” Toto doporučení bylo podkladem pro tvorbu metodiky prevalenčního šetření Sdružení fakultních nemocnic v České republice.

Priority Národního fóra kvality (National Quality Forum - NQF) rovněž připouštějí prevalenční způsob šetření jako použitelný, zdůrazňují důležitost prevence, odpovědnost za péči napříč odděleními, doporučují analýzy vícečetných dekubitů a stupně postižení a přizpůsobují způsob měření různým oblastem péče (Internetový odkaz 2).

### 1.10.3 Incidence a prevalence

- **Incidence** - výskyt nových případů během daného období.
- **Prevalence** - průřezový souhrn počtu případů nových i starých na daném místě v jednom dni.

Jak už jsem uvedla, jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče je incidence a prevalence dekubitů. Incidence dekubitů u pacientů v nemocničních zařízeních se pohybuje mezi 2,7 % a 29,5 % a prevalence s ohledem na počet nemocničních lůžek se pohybuje mezi 4 % až 69 %, s ohledem na počet hospitalizovaných pacientů se pohybuje mezi 3,5 % až 29,5 %. Nejrozsáhlejší studie v zařízeních akutní péče sledovalo 148 nemocnic výskyt dekubitů a odhalilo 9,2 % prevalenci dekubitů. U některých rizikových skupin pacientů může hrozit vyšší riziko vzniku dekubitů, některé studie uvádí až 60% prevalenci u hospitalizovaných kvadruplegických pacientů, u starších pacientů s frakturou femuru se vyskytuje incidence 66%, obecně může hrozit větší riziko vzniku dekubitů u pacientů hospitalizovaných na ortopedii vzhledem k jejich imobilitě. U pacientů v intenzivní péči se jedná 33% incidenci a 41% prevalenci (40).

Zařízení, která zavedla protokoly podrobné záznamy preventivních opatření, snížila výskyt dekubitů, snížila i náklady, vztahující se k léčbě dekubitů, zvýšila kvalitu života pacientů a snížila i riziko právních sporů. To potvrzuje rozsáhlá studie, zaměřená na rozvoj protokolu prevence dekubitů, proběhla v 95 zařízeních dlouhodobé péče v USA po dobu 12 týdnů. Výzkumníci uvádějí výskyt prevalence dekubitů od 2,3 % do 28 % a incidence od 2,2 % do 23,9 % u dlouhodobě nemocných. Cílem tohoto výzkumu byl rozvoj protokolu na prevenci dekubitů, který vyžaduje detailní znalosti všech rizikových faktorů pro vznik dekubitů. Poukazují na fakt, že cílené nastavení preventivních opatření pro snížení rizikových faktorů sníží výskyt dekubitů (18).

Prevalenční studie provedená v rámci grantu IGA NO 77723-3 v roce 2004 a 2005 v šesti fakultních nemocnicích v České republice prokázala, že se výskyt pacientů v riziku liší mezi jednotlivými zařízeními od 7,97 % do 29,30 % a výskyt pacientů s dekubitem od 1,94 % do 5,95 %. Při podrobnějším rozboru se výskyt pacientů v riziku nebo pacientů s dekubitem liší hlavně podle typu jednotlivých oddělení. Počet pacientů v riziku byl zaznamenán na chirurgických odděleních od 4,89 % do 23,01 %, na interních odděleních od 7,01 % do 20,71 %, na odděleních intenzivní péče od 42,28 % do 91,67 %

a na odděleních následné péče 15,42 % do 68 %. Odlišné byly i výsledky v počtu pacientů s dekubitem, výskyt na chirurgických odděleních se pohyboval od 0,65 % do 2,93 %, na interních odděleních od 1,79 % do 3,34 %, na odděleních intenzivní péče od 2,27 % do 13,42 % a na odděleních následné péče od 2,77 % do 8 % (Příloha č. 3).

Výsledky prevalenčního šetření, které bylo provedeno v osmi nemocnicích různého typu v roce 2008 podle nově vyvinuté metodiky prevalenčního šetření projektu MZ ČR rovněž potvrdily rozdíly ve výskytu pacientů s rizikem dekubitů a pacientů s dekubity podle typu oddělení. **Počet pacientů v riziku** byl zaznamenán na chirurgických odděleních v 9,39 %, na interních odděleních v 18,18 %, na odděleních JIP v 58,10 % a na odděleních následné péče v 65,06 %. Tabulka a graf (Příloha č. 4) popisují podíl pacientů s rizikem u jednotlivých skupin agregovaných pracovišť za všechny sledované nemocnice dohromady. Z tabulky a grafu vyplývá, že navržená klasifikace identifikuje výskyt rizika s dostatečným rozlišením. Proto mnohem více než na typu nemocnice (okresní, krajská, fakultní), záleží na složení různých typů pracovišť v nemocnici, přičemž největší vliv na koncentraci rizikových pacientů má péče intenzivní a následná. Toto tvrzení je uváděno v závěrečné zprávě projektu MZ ČR při vědomí toho, že kvalita vykazování pacientů s rizikem je dosud problematická a vyžaduje precizní hodnocení sestrami.

Odlišné byly i výsledky v **počtu pacientů s dekubitem**. Výskyt těchto pacientů na chirurgických odděleních byl zaznamenán v 1,86 %, na interních odděleních v 4,53 %, na odděleních JIP v 10,89 % a na odděleních následné péče ve 12,87 %. Tabulka a graf (Příloha č. 5) popisují podíl pacientů s dekubitem u jednotlivých skupin agregovaných pracovišť za všechny nemocnice dohromady. Z tabulky a grafu vyplývá, že navržená klasifikace s dostatečným rozlišením identifikuje pracoviště s největším výskytem pacientů s dekubitem. Proto i zde mnohem více než na typu nemocnice (okresní, krajská, fakultní) záleží na složení různých typů oddělení v nemocnici, přičemž největší vliv na koncentraci pacientů s dekubity má péče intenzivní a následná.

Celkově lze shrnout, že incidence a prevalence dekubitů je natolik vysoká, aby si zasluhovala odpovídající pozornost nejen managementů zdravotnických zařízení, ale hlavně státních institucí, které rozhodují o distribuci finančních prostředků a zdravotnických strategiích. Znalosti o incidenci a prevalenci dekubitů v závislosti na jednotlivých stádiích dekubitů, o typu zdravotnického zařízení, diagnóze, mobilitě

pacientů a dalších rizikových faktorech umožní zvýšit kvalitu plánování a alokace služeb pro populaci náchylnou k dekubitům a jsou jasným argumentem pro zavádění preventivních opatření, která jednoznačně snižují náklady.

Je s podivem, že se naše zdravotní pojišťovny ještě nezačaly více zaměřovat na vyhodnocování výskytu dekubitů a nemají vypracované podpůrné projekty pro prevenci dekubitů. Je také potěšující, že se Ministerstvo zdravotnictví začalo více o danou problematiku zajímat a vyčlenilo nejen finanční prostředky na projekt pro přípravu národní metodiky, ale navrhlo sledování výskytu dekubitů do sady národních ukazatelů.

#### **1.10.4 Sledování dekubitů a benchmarking**

V České republice byla sledování dekubitů věnována zvýšená pozornost od devadesátých let minulého století, kdy se v některých zdravotnických zařízeních akutní péče zaváděla prevalenční šetření výskytu dekubitů (30). Systematickému rozvoji prevalenčního šetření a popisu zavádění systému sběru dat ve zdravotnickém zařízení se věnovaly sestry ve Fakultní nemocnici v Plzni. Většina zdravotnických zařízení se v současné době věnuje sledování dekubitů v incidenčním šetření – ať už prostřednictvím elektronického nebo manuálního sledování. Incidenční šetření a z něj stanovené výsledky dávají zdravotnickému zařízení objektivní obraz o situaci a kvalitě poskytované péče uvnitř zařízení. „Výskyt dekubitů je 2 – 4 % u hospitalizovaných, 10 – 20 % u nemocných v dlouhodobé péči. Incidence dekubitů je indikátorem kvality ošetrovatelské péče. Mortalita postižených pacientů je značná (30 – 50 %), příčinou úmrtí je obvykle závažné základní onemocnění, méně často komplikace dekubity (sepsis)“ (44). Neexistuje však přesný přehled a pravidelně vydávané výstupy na centrální úrovni, jak je tomu v případě jiných zdravotnických údajů ve statistice ÚZIS.

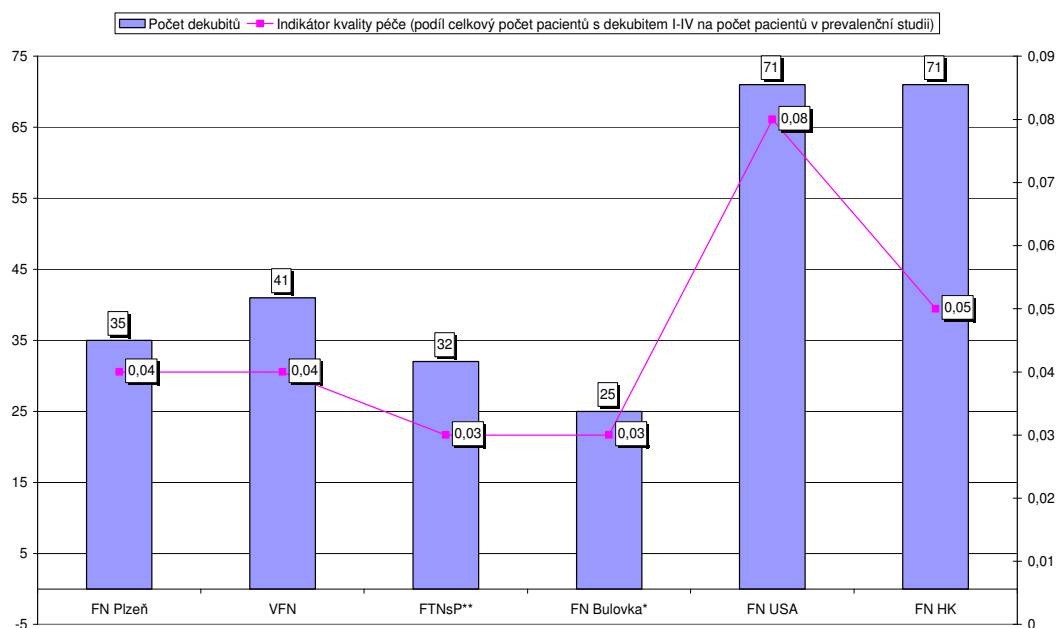
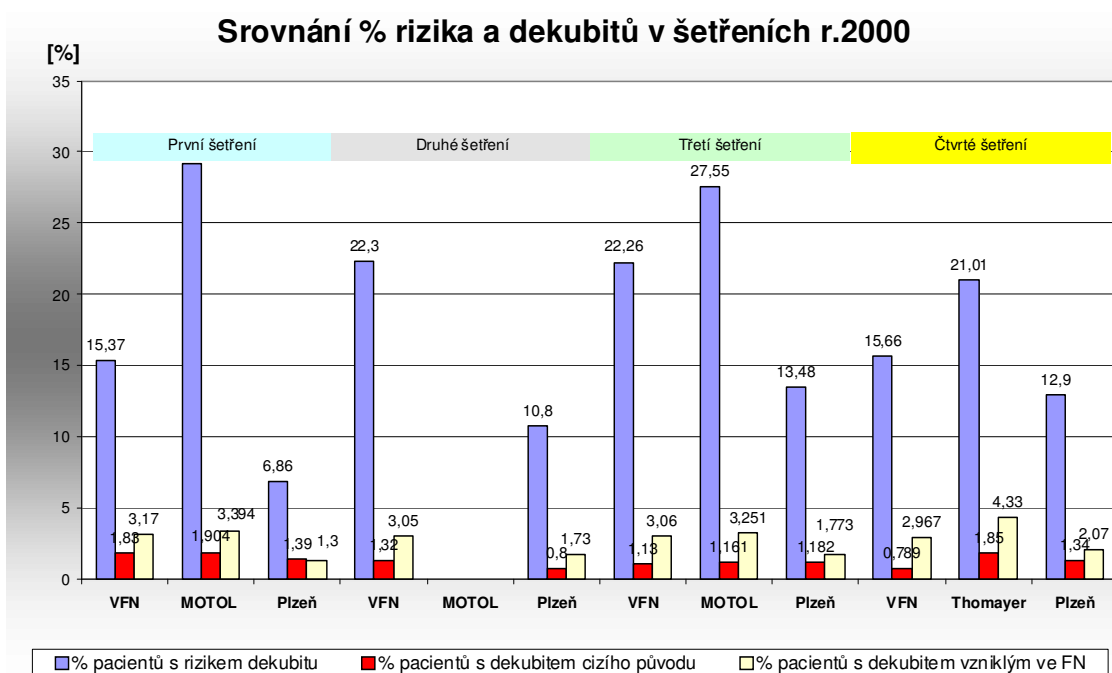
Pozornost ošetrovatelských odborníků je zaměřena na klinický benchmarking, který má veliký dopad na prevenci a management dekubitů. „Klinický benchmarking je definován jako proces, který určuje nejlepší postup a průběžné zlepšování kvality vzniká porovnáváním výsledků a sdílení informací mezi odborníky.“ (54) Princip spočívá v pozorování práce druhých v oblastech, ve kterých jsou prokazatelně nejlepší. Úroveň kvality, která je všeobecně považována jako vzor je označována za „benchmark“ avšak nejedná se o standard kvality. Výraz pochází z angličtiny (bench – lavice, rovina)

a do češtiny se zatím nepřekládá. Provozovat systematicky benchmarking se daří v případě, kdy mu managementy věnují dostatečnou pozornost (7).

Zkušenosti s benchmarkingem a jeho efektivním dopadem na kvalitu ošetrovatelské péče můžeme potvrdit na projektu sledování pádů ve zdravotnických zařízeních v ČR. Na základě doporučení Rady grantu sdružení fakultních nemocnic v roce 2002 bylo doporučeno všem fakultním nemocnicím, aby se do sledování pádů podle jednotné metodiky zapojily. Koordinátorem celého šetření je Česká asociace sester a v současné době je již zapojeno 34 zdravotnických zařízení včetně všech fakultních. Metodika i výsledky, a to již od roku 2004, jsou uvedené na webových stránkách této profesní organizace (52).

Prvním porovnáním výskytu dekubitů v českých nemocnicích se zabývaly hlavní sestry čtyř Fakultních nemocnic (FN Plzeň, FN Motol, FN Thomayerova a Všeobecná FN) v roce 2000. Cílem bylo společné vytváření nástrojů pro zlepšování kvality v oblasti prevence i léčby dekubitů. Výsledky porovnání byly prezentovány na celostátní ošetrovatelské konferenci ve Fakultní nemocnici v Motole v září 2001 a jsou uvedeny na grafu. Výsledky prokázaly důležitý vztah mezi skladbou lůžek zdravotnického zařízení na počet rizikových pacientů – výskyt rizikových pacientů se pohyboval od 6,86 % do 27,55 %. Zdravotnická zařízení s vyšším počtem lůžek dlouhodobé péče vykazovala vyšší počet pacientů v riziku. Při porovnávání výskytu dekubitů je třeba sledovat počet pacientů přijatých do zdravotnického zařízení s dekubitem – výskyt se pohyboval od 0,80 % do 1,9 % tento počet odlišit od počtu dekubitů vzniklých ve zdravotnickém zařízení, který se pohyboval od 1,3 % do 4,33 %. Tyto zkušenosti jsou argumentem pro porovnávání výsledků zdravotnických zařízení podle oborů – obory interní, chirurgické, intenzivní a dlouhodobé péče.





Druhé porovnání výskytu dekubitů v českých nemocnicích proběhlo až v roce 2004 a 2005, výsledky jsou rovněž uvedené v kapitole 1.10.3. Skupina hlavních sester Sdružení fakultních nemocnic iniciovala tvorbu metodiky prevalenčního šetření, při jejím vývoji vycházela z výše uvedených zkušeností porovnávání výsledků čtyř fakultních nemocnic a doporučení Americké asociace sester. Návrh metodiky byl součástí závěrečné zprávy

grantu. Jednalo se o unikátní projekt v klinickém ošetrovatelském benchmarkingu, zaměřený na výskyt dekubitů. Data z jednotlivých nemocnic byla zasílána v předdefinovaných tabulkách MS Excell. Výsledky byly zpracovány formou tabulek (příloha č. 3) a grafů viz uvedený příklad výskytu dekubitů v jednotlivých fakultních nemocnicích. Distribuovány byly opět elektronicky pouze zapojeným nemocnicím. Projekt prevalencečního sledování dekubitů trval po dobu průběhu grantu a z provozně-technických důvodů byl v roce 2005 ukončen. Koordinátorem projektu byla Fakultní nemocnice Plzeň, kde jsem působila jako hlavní sestra.

### **1.10.5 Praktické zkušenosti nepublikované**

Sledování dekubitů a programu kvality ošetrovatelské péče jsem se věnovala od počátku 90 let ve Fakultní nemocnici Plzeň. Veřejné přiznání, že v nemocnici máme výskyt dekubitů bylo v tehdejší době skutečně považováno za selhání a nekvalitu péče a mnohé vedení nebylo nakloněno takové informace zveřejňovat. Postupně se mi podařilo získat další hlavní sestry, ochotné zahájit sledování výskytu rizikových pacientů a dekubitů. Situace se postupně měnila, hlavní sestry se začaly zajímat nejen o stav ve vlastním zdravotnickém zařízení, ale byly ochotné informace o výskytu dekubitů sdílet. K zavedení systému sledování dekubitů přispěla také akreditace zdravotnických zařízení. Moje dosavadní zkušenosti potvrzují, že zavedení jakéhokoliv systému sledování výskytu dekubitů závisí na iniciativě managementu zdravotnického zařízení, ochotě provádět opatření ke zvyšování kvality, v neposlední řadě i na technických a finančních možnostech zdravotnických zařízení.

Nemocnice mají zavedené sledování incidence a prevalence výskytu dekubitů a využívají Klinický informační systém i různé způsoby hlášení formou sběru dat nebo zasíláním vyplněných protokolů. Pokud je využíván Klinický informační systém, vkládají se data přímo do systému. První softwarový program autora Bílka, vytvořený v programu MS Access, byl používán ve Fakultní nemocnici Plzeň. Umožňoval sledovat spektrum používaného materiálu a ošetřování ran nebo antidekubitní systémy podle typu rizika pacientů. Tyto informace jsou důležité pro management zdravotnického zařízení jednak pro plánování finančních i lidských zdrojů na druhé straně i vzdělávacích aktivit. Existují i jiné programy pro sledování postupu ve vývoji dekubitů zpracované například v prostředí

MS Excell. Tímto způsobem lze sledovat, zda zvolené ošetrovatelské postupy jsou efektivní. Hlavní zásadou je s výsledky aktivně pracovat a diskutovat je na úrovni manažerů ošetrovatelství i odborníků pracujících u lůžka. Dobré výsledky je nutné prezentovat a tam kde jsou zjištěné nedostatky je nutné stanovovat konkrétní cíle ke zlepšení. Systémy, které umožňují sledování vývoje v časové řadě jsou velmi efektivní.

Z diskusí mezi odborníky vyplynulo, že pro porovnávání mezi nemocnicemi nebo mezi odděleními uvnitř zdravotnického zařízení je nezbytné zvolit správné nastavení porovnávaných skupin. Porovnávání i mezi stejnými typy zařízení (fakultními nemocnicemi) poukázalo na rozdílné výsledky dle skladby lůžek a počtu rizikových pacientů. Znalost těchto hledisek je nezbytná pro hodnocení výsledků, aby nebylo poškozeno pracoviště, které vykazuje vyšší výskyt dekubitů. Obava, že se zdravotnické zařízení při porovnávání s jinými dostane mezi „horší“ část hodnocených může vyvolat nechuť zapojit se do šetření nebo dokonce zadávání nepřesných informací.

#### **1.10.6 Varování před samostatným použitím administrativních dat**

Některé recentní informace z internetových zdrojů mající přímý vztah k řešené problematice varují před samostatným použitím administrativních dat pro sledování dekubitů bez nezbytného výkladu. Agentura pro zdravotnický výzkum a kvalitu - Agency for Health-care Research and Quality (AHRQ) poukazuje na skutečnost, že pro kvalitní reportování a bezpečné výsledky je třeba dát pozor při používání administrativních dat. Pro ověření názoru vybrali výzkumníci 123 pacientů mající podle metody AHRQ dekubity. Abstrahování těchto případů vykazalo rozdíl ve výskytu 23,3 dekubitu na 1000 pacientů (odvozeno z administrativních dat) na rozdíl od skutečně se vyskytujících 7,9 dekubitů na 1000 pacientů, což představuje 66 % snížení skutečného výskytu. Výzkumníci našli 2 další neshody, které nadále snížily výskyt dekubitů na 6,14 na 1000 pacientů, což představovalo rozdíl 74 %. Výsledek této studie doporučuje, že samostatné používání dat není dostatečné a potřeba měření (sledování) skutečného výskytu dekubitů v nemocnici (39).

Tento závěr mohu potvrdit z vlastní zkušenosti, kdy jsem jako hlavní sestra analyzovala výsledky opakovaného výskytu vysoce rizikových pacientů na neurochirurgické jednotce intenzivní péče při opakovaném nulovém výskytu pacientů

s dekubitem. Při auditu se ukázalo, že sestry chybují při určování rizika i při hodnocení míry stupně poškození integrity kůže.

### **1.10.7 Projekt kvality a bezpečí MZ ČR**

Ze závěrečné zprávy projektu „Sledování dekubitů jako indikátoru ošetrovatelské péče na národní úrovni“ vyplývají jasné postupy, které je nutné respektovat v případě, že se nemocnice bude chtít zapojit do sledování prevalence dekubitů. Projekt byl podle interních dokumentů Ministerstva zdravotnictví zahájen v září 2008 a dokončen v lednu 2009, hodnocení projektů probíhalo řádnou oponenturou a výsledkem bylo vydání metodického pokynu prevalence šetření dekubitů jako národní metodika ve Věstníku MZ, částka č. 6/2009. Cílem projektu kvality a bezpečí pacientů MZ ČR bylo zdůraznit nutnost provádění klinického benchmarkingu, který má obrovský dopad na prevenci i celý management dekubitů ve zdravotnickém zařízení, následně na národní úrovni. Pro srovnání mezi nemocnicemi se ukázalo důležité hledisko, a to zohlednit počet přijímaných rizikových pacientů do nemocnice. Tyto zkušenosti se promítly do tvorby národní metodiky sběru dat v tomto projektu. Nová metodika umožní hodnocení rizika vzniku dekubitů ve škále od mírného po velmi vysoké.

Spojená akreditační komise JCAHO v USA stanovila kritéria kvality zdravotní péče, podle kterých jsou nemocnice hodnoceny a navrhla prevalenci a incidenci dekubitů jako jeden z indikátorů kvality ošetrovatelské péče (výskyt dekubitů u pacientů upoutaných na lůžko déle než 5 dnů). V České republice dosud podobný ukazatel kvality stanoven nebyl, příležitost se nabízí po publikování nově vytvořené národní metodiky a po jejím implementování do praxe.

Z potřeby zajištění kvality péče vznikají jak národní, tak i mezinárodní organizace odborníků, kteří navrhují a doporučují odborné směrnice pro řešení preventivních opatření. Důvody jsou odborné (kvalita života pacientů i hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče) a ekonomické (odhadované náklady na dekubity dosahují miliardy anglických liber ročně). Databáze se vzdáleným přístupem na národní úrovni se jeví jako optimální řešení pro porovnávání výsledků mezi zdravotnickými zařízeními. Takové řešení bylo využito i autory projektu.

Pro vytvoření softwarového programu bylo nutné zvolit jednoznačnou a stručnou definici pro dekubity. Autoři se rozhodli pro výběr čtyřbodové škály dle Hibbsové (17) pro popis stupně dekubitu, která je v nabídce programu v části pro hodnocení stupně postižení metodou škálování.

Při volbě vhodné škály pro hodnocení rizika pacienta ke vzniku dekubitu se autoři rozhodli pro modifikovanou škálu dle Nortonové (1), ačkoli v zahraničí (například v USA), je více využívána škála dle Bradenové. V České republice se škála Nortonové rozšířila v 90. letech a v řadě zdravotnických zařízení je zabudovaná do ošetrovatelské dokumentace. Navržený program počítá i s možností škály dle Bradenové.

Pro porovnávání mezi pracovišti stejného typu je v metodice přesně definována klasifikace pracovišť a jejich agregace, která jsou předmětem šetření. Národní metodika umožňuje zohledňování spektra rizika dekubitů od nízkého po velmi vysoké při porovnávání výsledků ke standardizaci měřených ukazatelů vzniku dekubitů. Hlavní rozdíly oproti metodice vyvíjené v rámci grantu SFN je ve standardizaci sběru dat, přesné definici ukazatelů různého typu a predikci rizika vzniku podle typu oddělení a skupin oborů.

Indikátor kvality pro potřeby benchmarkingu mezi zdravotnickými zařízeními je sledován v prevalenčním šetření. **Sleduje se podíl výskytu dekubitů, které vznikly v daném zdravotnickém zařízení, na celkový počet pacientů v riziku.** Při porovnávání zdravotnických zařízení bude možné srovnávat jednotlivé obory.

Včasná identifikace rizik umožňuje cíleně aplikovat intenzivní opatření u užší rizikové skupiny pacientů, proto je důležité sledovat nejen výskyt pacientů s dekubity, ale též výskyt pacientů s rizikem jejich vzniku. Zvládnutí tohoto procesu přímo odráží kvalitu ošetrovatelské péče a návrh metodiky na národní úrovni vychází z následujících tvrzení:

1. vznik nového dekubitu na sledovaném pracovišti (nemocnici) je považován za poruchu kvality ošetrovatelské péče sledovaného pracoviště (nemocnice),
2. další rozvoj dekubitu je považována za další (vyšší) poruchu kvality ošetrovatelské péče (rovněž vztaženo ke sledovanému pracovišti či nemocnici),
3. pro vyšší objektivitu hodnocení výskytu nových dekubitů je třeba jejich získané počty standardizovat vůči zjištěnému riziku vzniku dekubitů,

4. pro správnou lokalizaci vzniku poruchy kvality péče je nutné identifikovat místo vzniku dekubitu z pohledu sledovaného pracoviště (nemocnice).

V nové národní metodice jsou rozlišovány počty pacientů s rizikem a bez dekubitů a počty pacientů s rizikem a dekubitem. Národní metodika doporučuje sbírat jak údaje vyjadřující vznik a stupeň dekubitu, tak i údaje odrážející přítomnost a závažnost rizikových faktorů. Sběr údajů je přísně individualizován na jednoho pacienta a na jeden dekubitus (v období šetření).

Sběr agregovaných údajů není v metodice povolen, neboť nelze odhalit a přepracovat případné chyby, agregované údaje jsou tvořeny z detailních informací. Program umožňuje vytvořit přehlednou statistiku a identifikaci oddělení, která jsou podezřelá z nekvalitního hodnocení rizika. Tuto skutečnost je nutné napravit školením zdravotnických pracovníků. Národní metodiku je možné využít jednorázově i kontinuálně. Před použitím metodiky je nutné provést zaškolení uživatelů.

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

V době zadání diplomové práce jsem si připravovala podklady pro vytvoření metodiky pro sledování výskytu dekubitů na národní úrovni. Můj původní cíl práce bylo vytvoření metodiky pro sledování dekubitů jako standardního ukazatele kvality na národní úrovni a pilotním šetřením ji ověřit v nemocnicích fakultního a okresního typu v České republice. Ve druhém pololetí 2008 však vznikl požadavek Ministerstva zdravotnictví ČR urychleně zpracovat národní metodiku a pilotně ji ověřit v rámci projektu kvality ministerstva. Na projektu jsem se aktivně podílela jako odborný konzultant a poskytla jsem osobní materiály a odborné zkušenosti. Čestně prohlašuji, že jsem se na tvorbě metodiky podílela, avšak pro použití v diplomové práci nemohu tyto závěry použít. Proto jsem si stanovila nový cíl a tím je usnadnění aplikace národní metodiky do praxe. K tomuto cíli je potřeba získat podrobnější informace od přímých účastníků projektu. Ověření metodiky v rámci projektu kvality proběhlo ve dvou nemocnicích fakultního typu a šesti nemocnicích nefakultního typu. Inspirovala jsem se rovněž myšlenkou prof. Marty Smith, sestry s mnohaletými zkušenostmi v ošetrovatelském výzkumu z USA, která vedla na 1. LF UK v Praze a také v Plzni semináře, kde si sestry měly možnost ověřit, jak spojit vybranou otázku teorie ošetrovatelství s praktickým řešením (4). V empirické části diplomové práce se zaměřím na úskalí, kterým museli čelit přímí účastníci projektu, a kterým bude třeba předejít při širším využívání metodiky v různých typech zdravotnických zařízení.

### **2.1 Cíle práce**

Cílem práce je ověřit použitelnost nové metodiky a vyvinutého software v praxi a způsob, jak usnadnit její implementaci do praxe.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Otázka č. 1 „Jsou sledovány ve zdravotnických zařízení dekubity, pokud ano, jakým způsobem?“

Otázka č. 2. „Jaké informační technologie (software) jsou pro sledování dekubitů používány?“

Otázka č. 3. „Jaká opatření je nutná realizovat pro implementaci nové metodiky do praxe?“

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika sběru dat

Ke zjištění sledovaných informací jsem postupovala metodou kvalitativního šetření, která umožňuje zmapovat zkoumanou oblast v celé šíři a dotknout se jádra toho co se děje. Jako techniku jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor a to z důvodu, že je možné klást cílené dotazy a analýzou odpovědí či reakcí dotazovaných dospět k závěrům, které by mohly přispět k lepší aplikaci nové metodiky do praxe (14). Domnívám se proto, že vzhledem k povaze tématu mé práce je použití této metodiky vhodné.

#### 3.1.1 Scénář polostrukturovaného rozhovoru

Scénář rozhovoru obsahuje 12 základních otázek, které pokrývají 4 tématické oblasti. V úvodu šetření byli respondenti osloveni dopisem s objasněním výzkumného šetření (Příloha č. 5). Byli vyzváni k návrhu svých časových možností pro uskutečnění rozhovoru. V úvodu rozhovoru byly vyplněny základní identifikační údaje o respondentech a byli požádáni o souhlas s použitím odpovědí a jejich interpretaci v diplomové práci. Pro označení software je použita zkratka SW a pro nemocniční informační systém zkratka NIS.

#### **I. Oblast - Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření**

Otázka je informativní, pro upřesnění s jakým šetřením výskytu dekubitů má dané zdravotnické zařízení zkušenost, popřípadě jakou zkušenost mají i jednotliví respondenti.

Otázka č. 1. „Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“

#### **II. Oblast - Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.**

Otázky jsou zaměřené na zhodnocení dosavadního systému sběru dat, zájem nemocnice o validní data a možnost porovnávání se s jinými zdravotnickými zařízeními a v neposlední řadě zájem o možnost propojení SW a automatický sběr dat.

Otázka č. 2 „Jaký používáte software pro sledování dekubitů?“

Otázka č. 3 „Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW, vašeho a pilotně ověřovaného?“

Otázka č. 4 „Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“



### **III. Oblast - Využívání dat/výsledků šetření.**

Otázky jsou zaměřené na efektivní využívání dat jako zpětné vazby, definované oblastí, které mají prospěch pro pacienta, ošetřující personál i nemocnici.

Otázka č. 5. „Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními?“

Otázka č. 6 „Využíváte data získaná ze softwaru ke zvyšování kvality?“

a) z vámi používaného (SW, NIS apod.)

b) z pilotně použitého software

Otázka č. 7 „Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“

Otázka č. 8 „Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality?“

Otázka č. 9 „Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů také k zavedení preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“

Otázka č. 10 „Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“ „Pokud ano, jak používáte tento argument?“

### **IV. Oblast - Zájem zdravotnických pracovníků podílet se na sběru dat a pracovat s výsledky.**

Otázky jsou zaměřené na zájem a maximální zapojení zdravotnických pracovníků do procesu jak z hlediska sběru validních dat, ale také ochoty zabývat se jimi a tím zlepšovat kvalitu zdravotní péče.

Otázka č. 11. „Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkreslení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“

Otázka č. 12. „Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“

#### **3.1.2 Průběh rozhovorů**

Na začátku jsem všechny respondenty oslovila a vysvětlila jim účel šetření. Seznámila jsem je s tématem rozhovoru, k jakému účelu bude rozhovor použit a jaká bude délka rozhovoru. Informovala jsem je o tom, že průběh rozhovorů bude nahrán na diktafon, z důvodu přesnějšího záznamu. Rozhovory probíhaly v průměru 43 minut a byly

nahrávány. Všechny rozhovory byly poté doslovně přepsány a s jejich prepisy jsem dále pracovala. Délka prepisu textu trvala 2 – 3 hodiny. Každý rozhovor začínal zaznamenáním demografických údajů, které měly za úkol zmapovat oblasti jako je pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání apod.

### 3.2 Výzkumný soubor

Rozhovor byl proveden s 8 respondenty – ženami ve věku od 29 do 50 let, průměrný věk 42,4 let. Všechny měly dostatečně dlouhé zkušenosti s prováděním šetření v oblasti výskytu dekubitů, délka zkušenosti se pohybovala od 1 roku do 15 let, v průměru 7 let. Úroveň dosaženého vzdělání byla převážně vysokoškolská – 6 respondentů, ve dvou případech středoškolská, v jednom případě doplněná o specializační studium.

Respondent	Věk	Vzdělání	Zkušenost	Délka	Typ zařízení
1	30	VŠ/Mgr	Ano	5	FN
2	45	VŠ/Mgr., Ph.D.	Ano	6	FN
3	47	VŠ/ Bc.	Ano	10	nefakultní
4	49	VŠ/Bc.	Ano	10	FN
5	50	SZŠ/PSS	Ano	15	nefakultní
6	43	VŠ/Bc.	Ano	5	nefakultní
7	46	SZŠ	Ano	1	nefakultní
8	29	VŠ/Bc.	Ano	4	nefakultní

#### 3.2.1 Strategie výběru zkoumaných osob

Cílovou skupinou pro toto šetření byli vybráni účastníci pilotního projektu. Jednalo se o velmi zkušené všeobecné sestry, které se podílely na přípravě metodiky. Jedna z dotazovaných se projektu neúčastnila, ale byla s ním velmi dobře obeznámena jako oponentka projektu. Všechny měly dostatečně dlouhé zkušenosti s prováděním šetření v oblasti výskytu dekubitů jiným způsobem, než byl navrhován v projektu. Dosažená úroveň vzdělání nebyla při výběru rozhodující, hlavním kritériem byla zkušenost s novou metodikou a aplikačním softwarem. Šlo o záměrný výběr.

Pro rozhovory byl stanoven časový plán podle možností respondentů a tazatelky. Rozhovory s respondentkami žijícími v Praze a v Plzni probíhaly osobně a byly nahrávány na diktafon. Rozhovory s respondenty žijícími v Hradci Králové a v Děčíně probíhaly telefonicky s nahrávkou na diktafon.

Časový harmonogram	
Červen 2009	Červenec 2009
1. týden zpracování otázek 2. týden oslovení respondentů a dohodnutí termínu schůzek a rozhovorů 3. – 4. týden schůzky s respondenty, realizace rozhovorů	1. týden přepis rozhovorů 2. týden případné korektury odpovědí

#### 4 Prezentace výsledků

##### 4.1 I. Oblast - Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření

###### Otázka č. 1. „Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“

Respondent 1

Ano, my sledujeme dekubity v incidenčním šetření, to znamená každý den výskyt každého dekubitu v naší nemocnici, v prevalenčním šetření jsme sledovali dekubity do roku 2004, v roce 2008 jsme sledovali v pilotním projektu Ministerstva zdravotnictví prevalenční výskyt 2x.

Respondent 2

V naší nemocnici sledujeme výskyt dekubitů od roku 2003 incidenčním šetřením. Od roku 2005 jsme převzali metodiku Sdružení fakultních nemocnic – šetření prevalenční, ale incidenční šetření provádíme stále. Máme tedy výsledky z prevalenčního šetření 4x do roka, incidenční výstupy máme za 1. a 2. pololetí roku a za celý kalendářní rok.

Respondent 3

V naší nemocnici je výskyt dekubitů hodnocen jako indikátor kvality ošetrovatelské péče. Sběr dat probíhá kontinuálně formou hlášení prostřednictvím aplikace umístěné na nemocničním Intranetu (incidenční šetření). Data jsou periodicky zveřejňována ve formě statistických přehledů a grafického znázornění pro potřeby vedoucích pracovníků odborných oddělení. 1x měsíčně probíhá rozbor kasuistik pacientů, jimž vzniknul v průběhu hospitalizace dekubitus. Současně je sledován postup léčby a hojení dekubitů u pacientů, jenž byli do nemocnice s dekubitem přijati.

Respondent 4

Incidenci sledujeme od roku 2005, prevalenční šetření provádíme od roku 1997 4x ročně.

Respondent 5

To je problém, já totiž nepracuji na oddělení, ale na ambulanci, tak nevím jak to probíhalo dříve, ale vím, že sestry zapisovaly dekubity do chorobopisů. Prevalenční šetření jsme zahájili poprvé v pilotním projektu vloni a teď proběhlo podruhé další šetření. Já mám na starosti zadávání dat do programu.

Respondent 6

Před sledováním dle metodiky dr. Suchého jsme prováděli 2x ročně pravidelné sledování u všech hospitalizovaných, přijatých pacientů ve stanovený den po dobu celých 24 hodin. Od prosince 2008 jsme zapojeni do projektu dr. Suchého a provádíme vyhodnocení čtvrtletně dle jeho dotazníků.

Respondent 7

Sledujeme je průběžně a v rámci projektu ministerstva v roce 2008 a 2009 jsme je sledovali i jednorázově.

Respondent 8

Využíváme oba způsoby sledování výskytu dekubitů. V naší nemocnici funguje skupina sledování výskytu dekubitů, která je tvořena sestrami konzultantkami. Každá konzultantka má na starosti vybraná pracoviště, kde sleduje průběžně výskyt dekubitů. Vždy poslední středu v měsíci sbíráme data rizikových pacientů a dekubitů a následně je vyhodnocujeme.

## **4.2 II. Oblast - Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.**

### **Otázka č. 2 „Jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“**

Respondent 1

V incidenci prostřednictvím on-line sledování v aplikaci NIS. V prevalenčním šetření jsme používali v roce 2008 SW vyvíjený v pilotním projektu Ministerstva zdravotnictví.

Respondent 2

V roce 2003 – 2004 z jednotlivých pracovišť bylo zasíláno měsíční hlášení v písemné podobě.

Od roku 2005 je k hlášení dekubitů používán SW MS Excell.

Respondent 3

Za účelem sledování výskytu byla vytvořena jednoduchá aplikace – pouze formou hlášení, z níž jsou k dispozici přehledy počtů pacientů (Excell soubory). Vyhledávání konkrétních informací o konkrétním pacientovi je možno při zadání rodného čísla v původním formuláři hlášení.

Respondent 4

Incidenci zaznamenávají sestry do nemocničního informačního systému (výskyt každého dekubitu). Pro sledování prevalence jsme používali od roku 2000 do poloviny roku 2008 program MS ACCESS (autor PhDr. Bílek). Po nabídce zúčastnit se pilotního projektu Ministerstva zdravotnictví jsme přešli na SW vyvinutý pro celonárodní šetření výskytu dekubitů.

Respondent 5

To nevím, jak se ten program jmenuje, já tam jen vyplňuji předané údaje z oddělení. Pracuji s tím, co mi zaslali v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví.

Respondent 6

Dříve jsme používali pouze vlastní dotazník, nyní využíváme SW z pilotního projektu doktora Suchého.

Respondent 7

SW pro monitoring mimořádných událostí a dekubitů.

Respondent 8

Používáme nemocniční informační systém AMIS, ale jaký je to software to přesně nevím.

**Otázka č. 3 „Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW, vašeho a pilotně ověřovaného?“**

Respondent 1

Za prvé bych uvedla, že na používání SW nové metodiky byla poměrně krátká doba na zacvičení sester před ostrou aplikací. Musela jsem se sama naučit a následně sestry edukovat jak bylo potřeba. Proto jsme museli přistoupit k tomu, že se v daný den formuláře vyplnily písemně a následně je jeden člověk aplikoval do elektronické podoby. Z tohoto pohledu to bylo náročnější pro koordinátorku, ale pokud budou v budoucím šetření všichni dobře zaškolení a budou mít prostor se s metodou seznámit doporučovala bych v používání pilotně ověřovaného SW pokračovat. Rozdíl vidím v tom, že ten náš už dobře známe, ale nemůžeme výsledky porovnávat s nikým, ten nový potřebuje zaškolení než si zvykneme.

Respondent 2

Z praktického hlediska mohu posoudit pouze SW MS Excell, který používáme a se kterým máme určité potíže při zpracování a vyhodnocování výstupů. Náš NIS neumožňuje propojení dat.

Pilotní projekt Ministerstva zdravotnictví jsem měla možnost posoudit pouze jako oponent závěrečné zprávy. Zpracování výsledků jednotnou metodikou v rámci ČR vidím jako velice přínosnou.

Respondent 3

Aplikace není možno porovnávat, neboť do stávajícího systému vkládá sestra informace průběžně při zjištění rizika či dekubitu a tato jsou pak periodicky vyhodnocována. Do testovaného SW je možno zatím vkládat data jednorázově. V průběhu pilotních šetření jsme získávali data z Excelových souborů, která jsme však v den šetření na odděleních ověřovali.

Respondent 4

Pro mě jako editora uživatelsky srovnatelné, nelékaři (sestry) si museli zvyknout na jiné formuláře (zaškolit se), ale zadávaná data byla prakticky totožná, takže problémy se nevyskytly. Hlavní rozdíl je v možnosti porovnání s ostatními zúčastněnými nemocnicemi.

Respondent 5

Mohu hodnotit jen ten nový program, je to velice dobré, sestry si zaznamenávají výskyt do tabulky, pak mi to přes e-mail pošlou a já to pak vložím do programu. Líbí se mi, že jsou do toho zapojená oddělení v celé nemocnici.

Respondent 6

Výhodou je, že všechna data za nás zpracovává externí firma, v námi používaném systému personál oddělení zadal požadovaná data do dotazníku a zpracování bylo zdlouhavé bez použití výpočetní techniky.

Respondent 7

Oba SW jsou srovnatelné. Dávají prakticky stejné výstupy. Rozdíl: Pilotně použitý SW umožní benchmarking mezi jednotlivými nemocnicemi Krajské zdravotní, a.s. Námi používaný SW umožňuje pouze benchmarking mezi jednotlivými odděleními naší nemocnice.

Respondent 8

Ano, naši informatici už na tom pracují.

#### **Otázka č. 4 „Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“**

Respondent 1

Plánujeme, pokud bude projekt pokračovat, zapojí se více nemocnic a bude centrálně koordinován.

Respondent 2

Dle posouzení závěrečné zprávy z pilotního projektu Ministerstva zdravotnictví by zájem o propojení nového SW s nemocničním informačním systémem byl. Dle závěrečné zprávy, co bylo i uváděno do posudku, není ale naprosto jasný proces sběru dat. Data o pacientovi, zejména jeho rodné číslo, nesmí opustit naše zdravotnické zařízení. Nemocnice by měla získat jasné doporučení, popřípadě SW, jak data sbírat. Data anonymizovaná pak zadat do jednotného systému ke zpracování. V současné době FN plánuje nákup nového NIS. Jedním z požadavků bude i možnost sledování a vyhodnocování dekubitů.

Respondent 3

Plánujeme nákup nového nemocničního informačního systému a budeme požadovat v zadávací dokumentaci zajištění sběru dat o výskytu rizikových pacientů a dekubitů.

Zkoušená SW aplikace je pro praxi vyhovující. Nezbytné je zaškolení všech, kdo se SW pracují.

Respondent 4

Zatím ne.

Respondent 5

Na tuto otázku také nemohu přesně odpovědět, obraťte se na hlavní sestru nebo na pracovníky informatiky. Nemocniční systém máme, ale jak se to dá propojit nevím.

Respondent 6

Prozatím ne, spíše využíváme sledování dekubitů jako zařazení evidence hlášení mimořádných událostí.

Respondent 7

Ano, plánujeme

Respondent 8

Rozdíl v tom nevidím, jsou velmi podobné. Dosud jsme hlásili dekubity přes Intranet a osobní údaje jednotlivých pacientů se tam načítaly přes AMIS, pilotně ověřovaný systém má podobný způsob zadávání informací a jeho používání je po zaškolení snadné.

#### **4.3 III. Oblast - Využívání dat/výsledků šetření.**

**Otázka č. 5. „Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními? “**

Respondent 1

Ano, prezentovala jsem data na schůzce konzultantek, které byly zapojeny a výsledky se oznamovaly vrchním sestram, které s nimi byly podrobně seznámeny.

Respondent 2

Nemohu se vyjádřit, nebyli jsme do pilotního šetření zapojeni.

Respondent 3

Výstupy z pilotních šetření byly prezentovány na poradě vedoucích pracovníků. Porovnávání dat z různých zdravotnických zařízení je též požadavek mezinárodních akreditačních standardů a v nemocnici budou využity v průběhu akreditačního šetření.



Respondent 4

Ano, vzhledem k možnosti porovnání srovnatelně zaměřených oborů. Data z obou pilotních šetření jsem prezentovala na poradách vrchních sester.

Respondent 5

K tomu nemám přesné informace jak se data využila, v době vyhodnocení jsem byla nemocná, ale vím, že se uskutečnila schůzka v době, a to se musíte obrátit na hlavní sestru. Pokud vím tak nyní má dovolenou, musíte to zkusit později. Víím, že se plánuje další šetření a že jej budu zase provádět já.

Respondent 6

Ano, ale důležité pro nás bylo porovnání hlavně našich pěti nemocnic. Porovnání je ale nesrovnatelné (pro naší nemocnici je vhodnější porovnání s fakultními nemocnicemi), vzhledem k různé velikosti nemocnic, členění, některé mají LDN jako samostatné oddělení, jiné mají rizikové pacienty přímo na interním oddělení.

Respondent 7

Ano, bylo to zajímavé a velmi užitečné srovnání.

Respondent 8

Ano, prezentovali jsme je vedoucím zaměstnancům nelékařských zdravotnických profesí.

#### **Otázka č. 6 „Využíváte data získaná ze SW ke zvyšování kvality?“**

##### **a) z vámi používaného (SW, NIS apod.)**

Respondent 1

Ano, z toho, který se používá od roku 2004 využíváme je ve spolupráci s vedoucími jednotlivých oddělení a stanic, analyzujeme a hledáme možnosti zlepšení, musí se analyzovat příčiny například zvýšeného výskytu podle jednotlivých stupňů dekubitů a nebo kvalita a vhodnost používaného materiálu apod.

Respondent 2

Ano, vrchní sestry dostávají pravidelné vyhodnocení výskytu dekubitů a rizikových pacientů na jejich pracovištích, kde se mohou porovnávat s dalšími příbuznými obory. Výsledky jsou k dispozici i na Intranetu FN. V našem systému hodnocení kvality poskytované péče sledování a vyhodnocování výskytu dekubitů na klinických pracovištích patří mezi hodnotící kritéria pracovišť. Vrcholový management má data ze šetření také k dispozici, dostává ještě měsíční přehled o výskytu dekubitů 3. a 4. st. vzniklých

na mateřské stanici. Tato data jsou ještě předávána skupině sester specialistek pečující o rány. Tyto sestry jsou konzultantkami pro daná klinická pracoviště a mohou do systému péče o dekubity zasahovat.

Respondent 3

Data slouží vrchním sestřám k průběžnému hodnocení kvality ošetrovatelské péče a jsou pokynem k důsledné kontrolní činnosti v případě zhoršení výsledků. Pro management jsou data podkladem pro další plánování nákupu antidekubitních prostředků. Retrospektivně jsou data důkazem, že dostatečné zabezpečení preventivními prostředky přináší kvalitnější výstup ošetrovatelské péče – nižší výskyt dekubitů. Vždy je možno dohledat v případě event. stížnosti či sporů o úrovni péče konkrétní informace o průběhu případu.

Respondent 4

Ano, jednoznačně jsou již vytipována pracoviště s nejvyšším výskytem, kde jsou zdravotničtí pracovníci přednostně proškolení v problematice a zajištěny antidekubitní matrace, polohovací pomůcky a terapeutické materiály. Na těchto pracovištích provádíme každoročně audit zaměřený na standardně prováděnou prevenci a ošetřování dekubitů.

Respondent 5

To by Vám řekla také spíše hlavní sestra, já jsem byla jen zpracovatel dat toho nového programu. Myslím, že jsme žádný program nepoužívali.

Respondent 6

Ano

Respondent 7

Ano

Respondent 8

Využíváme data (jak z pilotních šetření, to znamená pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními, tak data), která získáváme našim NIS pro srovnání jednotlivých pracovišť.

## **b) z pilotně použitého SW**

Respondent 1

Nevyužili jsme zatím data ze SW, který se používal pilotně, ale pokud bude používán pravidelně budou informace nejen validnější a přesnější, ale budou mít i významnější porovnávací hodnotu.

Respondent 2

Nebyli jsme do pilotního šetření zapojeni.

Respondent 3

V současné době pracujeme s daty z pilotního SW, staniční sestry se postupně učí vkládat data a dle dosavadních zkušeností nepřináší systém žádné větší problémy. Z pilotního SW je přístupné velké množství dat, která vypovídají o reálném stavu v den šetření (rozložení rizika v souboru pacientů, stadia dekubitů atd.) Statistická vyhodnocení však musíme získat od zpracovatele SW, soubory nemáme v současné době k dispozici.

Respondent 4

Ano, v podstatě stejně, neboť přechod na nový systém byl plynulý s téměř stejnými daty. Do budoucna, až bude více výstupů z porovnání zúčastněných nemocnic, bude jistě možné analyzovat a použít i tyto výsledky.

Respondent 5

Pokud vím, tak hlavní sestra měla schůzku s vrchními a staničními sestrami, kde to s nimi probírala, ale této schůzky jsem se neúčastnila. Musíte se na ni obrátit až se vrátí z dovolené. Z toho nového programu se dají výsledky používat, ale já nevím přesně jak. Jak už jsem řekla, já jsem se jen podílela na zadání dat do programu.

Respondent 6

Ano, pro porovnání nemocnic.

Respondent 7

Ano

Respondent 8

Využíváme data jak z pilotních šetření, to znamená pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními, (tak data, která získáváme našim NIS pro srovnání jednotlivých pracovišť).

**Otázka č. 7 „Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“**

Respondent 1

Pokud se jedná o preventivní opatření mohou k tomu výsledky z prevalenčního šetření pomoci, nicméně je třeba provést individuální rozbor každého oddělení, stanice, pacienta či případu a podle toho se zaměřit např. na vybavení, doškolení personálu, vytvoření standardního ošetrovatelského postupu apod.

Respondent 2

Ano. Jednak náměstkyně pro ošetrovatelskou péči má na základě tohoto šetření možnost sledovat náročnost ošetrovatelské péče (dle počtu pacientů v riziku) a následně intervenovat a dostávat finanční prostředky na nákup preventivních pomůcek, např. antidekubitní matrace, polohovací pomůcky. Dle výsledků a z následných šetření lze vytipovat kritické body v procesu poskytování ošetrovatelské péče a působit preventivně, např. používání preventivních ochranných lepících filmů do sakrální oblasti před náročným operačním výkonem.

Respondent 3

Výsledky šetření slouží nepochybně jako podklad pro diskusi k problematice správné prevence a zásahům v praxi.

Respondent 4

Ano, právě poskytnutím zpětné vazby vedoucím pracovníkům (nelékařům) jednotlivých pracovišť, kteří mohou na základě výsledků činit opatření.

Respondent 5

Určitě přispívají.

Respondent 6

Ano, hodnocení se provádí častěji, sledování výskytu dekubitů je diskutováno na poradách vrchních sester a následně i provozních poradách oddělení. Hledají se společně možnosti prevence, ošetrovatelský personál má kompetenci k prevenci dekubitů.

Respondent 7

Ano. Máme tým konzultantek pro hojení ran, které si pravidelně předávají informace u „Kulatého stolu“. Dekubity kontinuálně sledujeme, měsíčně vyhodnocujeme a nastavujeme preventivní opatření.

Respondent 8

Ano, ale musí se zjistit nejdříve příčiny, preventivní opatření podle toho přizpůsobit.

**Otázka č. 8 „Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality?“**

Respondent 1

Přispívají z hlediska vnitřního sledování. V naší nemocnici se mohou inspirovat stanice mezi sebou, ale myslím si, že kdyby byly porovnány výsledky v rámci více nemocnic, ale

podle typu pracovišť, bylo by to efektivnější. Podobnou zkušenost již máme se sledováním pádů při hospitalizaci pacientů, kdy jednoznačně pomáhá rozdělení nemocnice podle oborů. Snaha být mezi nemocnicemi, které mají lepší výsledky přináší objevování nových možností ke zvyšování kvality.

Respondent 2

Ano, naše pracoviště mohou vidět, jak kvalitní či nekvalitní péči poskytují – mají možnost porovnání dle příbuzných oborů – interní, chirurgická, jednotky intenzivní péče.

Díky možným preventivním opatřením lze zvyšovat kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

Respondent 3

Z již řečeného vyplývá, že sběr dat a výsledky šetření přispívají ke sledování úrovně kvality poskytované péče a k jejímu dalšímu zlepšování.

Respondent 4

Ano, v návaznosti na předchozí, na základě cílených opatření se zlepšuje i kvalita. Prezentování závažnosti problematiky ve všech aspektech včetně přehledů výsledků šetření rovněž přispívá k hledání cest ke zvyšování kvality péče.

Respondent 5

Ano, přispívají. Když hlavní sestra řeší s týmem sester výsledky, projednávání i opatření ke zvýšení kvality. Určitě také není příjemné těm, kdo nemají výsledky dobré, taková publicita. Začnou se pak snažit o zlepšení.

Respondent 6

Ano, snaha o zlepšení výsledků a hodnocení, sledování výskytu dekubitů bylo zapojeno do celkového hodnocení poskytování péče v rámci pololetního vyhodnocování

Respondent 7

Ano. Od roku 2005 máme zpracované standardní postupy ošetrovatelské péče: Péče o pacienta s dekubitem, prevence vzniku dekubitů, polohování pacienta, porušení tkáňové integrity, metoda vlhkého hojení ran.

Respondent 8

Ano, například jsou všichni noví zaměstnanci proškolení aby používali stejné postupy. Hledají se nové vhodné materiály neošetřování dekubitů, například pokles výskytu dekubitů je konkrétním výsledkem kvality.

**Otázka č. 9 „Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů také k zavedení preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“**

Respondent 1

Totéž, co už jsem řekla ke kvalitě, se týká i snížení zátěže sester, ale opět je nutné provést podrobnou individuální analýzu, což umožňuje nový SW díky rozdělení pacientů do rizikových skupin.

Respondent 2

Ano, zejména když mohu poskytnou lepší technické a materiální vybavení k prevenci vzniku dekubitů.

Respondent 3

V minulých letech byla vždy data z kontinuálního šetření podkladem a argumentem pro zlepšení podmínek preventivních opatření (nákup pasivních matrací, aktivních antidekubitních systémů – vytvoření celonemocničního depa matrací), což nepochybně snížilo zátěž sester.

Respondent 4

Mohly a měly by přispět, neboť při dlouhodobějším sledování „vyplují na povrch“ pracoviště, kde je zátěž personálu touto problematikou nejvyšší, a je tedy opět možné cíleně podniknout opatření ke snížení této zátěže (navýšení pomocného personálu apod.).

Respondent 5

Na ošetrovatelských lůžkách, kde je velký počet dekubitů by se mělo zlepšit vybavení lůžky a matracemi a tím se sníží zátěž sester alepší zároveň ošetrovatelská péče o pacienty. Sestry budou méně zatížené a pacienti budou mít zároveň lepší péči.

Respondent 6

NE

Doplňující otázka „Skutečně?“

To moje NE uvádím proto, že mám pocit a nechci říct úplného nezájmu, ale spíše malého zájmu vedení nemocnice o podklady k zavádění opatření, která vyžadují nějaké finanční náklady. Výsledky šetření – čísla o počtu rizikových pacientů nebo počtu dekubitů, to jsou čísla, která nezdravotnickému vedení moc neříkají. Na druhou stranu musím přiznat, že jsem tato čísla použila jako argument pro navýšení ošetrovatelského personálu – sanitářů, ošetrovatelek – hlavně na interních odděleních a to se mi podařilo.

Respondent 7

Ano

Respondent 8

Ano, například nákup antidekubitních systémů.

**Otázka č. 10 „Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“**

Respondent 1

Jednoznačně ano, jsou ekonomickým problémem, pracujeme s tím takovým způsobem, že máme konzultantku pro chronické rány na plný úvazek, dále máme oddělení geriatrické péče, které je zaměřené jen na dekubity, kde se shromažďují pacienti s dekubity a jsou tak efektivnějším způsobem využívané prostředky a pomůcky.

Respondent 2

Ano, jsou. Vždy se musí zvažovat, co je nejen pro zdravotnické zařízení přínosné, ale zejména pro pacienta. Na zdravotnickém trhu jsou pomůcky, které zvýší komfort pacienta, sníží riziko vzniku dekubitů (např. systémy na odvod stolice, jehož pořizovací cena není nezanedbatelná). Pak nezbývá nic jiného, než provést srovnávací studie a porovnat způsoby péče. Ve všech případech se ukázalo, že tam, kde se vloží finanční prostředky do prevence vzniku dekubitů, je vždy finanční návratnost lepší, než při jejich léčbě. Bohužel, ošetřovatelský personál musí tento postoj neustále obhajovat.

Respondent 3

Výskyt dekubitů je vždy hodnocen jako faktor zatěžující ekonomiku pracoviště. V naší nemocnici nejsou porovnávána data jednotlivých komplikací léčby z hlediska nákladovosti. Nelze tak jednoznačně sdělit, zda dekubity jsou významným faktorem z komplexního pohledu na poskytovanou péči.

Respondent 4

Ano, i zde platí, že prevence je levnější než léčba.

Respondent 5

Negativní faktor to určitě je, z hlediska ekonomiky je to o tom, že se zvyšují náklady na ošetřování dekubitů a prodlužuje se délka pobytu pacienta v nemocnici. Náklady jsou nutné také na vybavení.

Respondent 6

Ano

Respondent 7

Počty dekubitů ošetřovaných v naší nemocnici nelze hodnotit jako významný negativní faktor, který by významně ovlivňoval ekonomiku naší nemocnice. Určitě ji ovlivňuje, ale ne významně.

Respondent 8

Ne, protože klademe značné nároky na prevenci.

**„Pokud ano, jak používáte tento argument?“**

Respondent 1.

Konzultantka pomáhá v rozhodování v celé nemocnici, jaký materiál používat, dále jsou půjčovány matrace apod.

Respondent 2

Jak už jsem řekla – srovnávací studie, kalkulace. Obhajoba investičních finančních prostředků na nákup antidekubitních pomůcek. Sestru specialistku pro léčbu ran sice nemáme na plný úvazek, máme skupinu sester specialistek, které při své práci konzultují možné případy. Je jim umožněno vzdělání a školení v této problematice.

Respondent 3

Pokud je zjištěn významný lokální nárůst výskytu dekubitů, je následně posouzena úroveň vybavení pracoviště preventivními prostředky. Výsledky slouží jako argument pro další jednání.

Respondent 4

Proto klademe maximální důraz na celou škálu opatření, směřujících k tomu, aby dekubitus vůbec nevznikl, a samozřejmě také na adekvátní ošetřování a léčbu. V naší nemocnici pracuje Pracovní skupina pro sledování dekubitů, která vytvořila standard Prevence a ošetřování dekubitů, sleduje jeho dodržování (audity), zajišťuje pravidelné proškolení zdravotnických pracovníků (periodická symposia Prevence a léčba dekubitů 2 – 3x ročně).

Respondent 5

Zatím jsme takový argument nepoužívali. Také máme jen výsledky z prvního šetření a na druhé se chystáme. Teprve z výsledků druhého šetření budeme moci udělat nějaké závěry.



Respondent 6

V naší nemocnici používáme sice moderní metody hojení ran i k prevenci dekubitů, ale současně jsou stanoveny přesné limity pro nákupy spotřebního zdravotnického materiálu. Tyto materiály jsou podstatně finančně nákladnější a pro některá oddělení je jejich nákup zásahem do rozpočtu. Prodlužuje se doba hospitalizace, celkové náklady na léčbu neodpovídají nákladům přijímací diagnózy.

Respondent 7

Ano

Respondent 8

Odpověď neuvedena – v první části byla negativní.

#### **4.4 IV. Oblast - Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.**

**Otázka č. 11. „Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkreslení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“**

Respondent 1

Určitě ano.

Respondent 2

Ochota zdravotníků sbírat data závisí především na jejich postupném vzdělávání a na jednoduchosti SW, kam mají data vkládat. Za poslední roky se nám výskyt dekubitů a rizikových pacientů dle statistických dat zvyšuje, ale dle našeho následného šetření se ukazuje, že stoupá pouze ochota a lepší spolupráce zdravotníků při sběru dat. Stejný postoj zdravotníků je i v oblasti hlášení nozokomiálních nákaz.

Respondent 3

Vedoucí pracovníci pracují s daty, která jsou jim předkládána. Nedomnívám se, že zavedení nového systému zvýší ochotu data sbírat. Sběr dat je nedílnou součástí činnosti pracovníků a patří k jejím povinnostem. Je však třeba přiznat, že výstupy z dosud používané aplikace byly rozdílné a zapojení do pilotního šetření přineslo diskusi o příčině těchto odchylek.

Respondent 4

Ano, protože zde zřetelně vystupuje větší smysluplnost porovnávání pracovišť se srovnatelným zaměřením.

Respondent 5

No, řekla bych, že ano, ale na druhou stranu oni musí spolupracovat, protože je to v jejich zájmu. K tomu zkreslení, tak já je kontroluji, aby nepsali nějaké „nesmysly“ a když něco neseď, tak je mohu zavolat.

Doplňující otázka: „Já jsem myslela, jestli se může zvýšit ochota tím, že bude více zohledněno, že se může výskyt dekubitů více odrážet na pracovišti, kde jsou těžší pacienti“  
Tak to určitě ano, myslím, že ochota se zvýší.

Respondent 6

Ne, domnívám se, že personál sledování těchto údajů považuje za běžnou aktivitu nutnou pro zajištění statistik a hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Samozřejmě se vždycky stane, že na některém oddělení vznikne neshoda, která je nejčastěji zapříčiněna špatnou komunikací ze strany nadřízeného nebo nedostatečným zapracováním nových zaměstnanců.

Respondent 7

Ano, já to vnímám jako velmi důležitou věc.

Respondent 8

Každopádně ano, a to zvláště co se týče rizika pacientů.

**Otázka č. 12 „Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“**

Respondent 1

Z hlediska benchmarkingu se budeme zabývat výsledky především z důvodu porovnávání mezi nemocnicemi, neboť v rámci naší nemocnice to již provádíme, z výsledků, které probíhají v rámci incidenčního šetření. Benchmarking bude probíhat nejen mezi nemocnicemi, ale především mezi obory, které budou srovnávat individuálně podobné skupiny pacientů a hodnocení v oblasti kvality pak bude spravedlivější. Zájem o porovnání vrchní sestry projevily.

Respondent 2

Ano, můžeme toto pozorovat při sledování pádů v rámci ČR. V současné době je systém sledování dekubitů v ČR tak rozdílný, že není možné porovnávání výstupů.

Respondent 3

Porovnávání dat v rámci zdravotnického zařízení přináší nepochybně diskusi a zamyšlení nad úrovní péče jednotlivých pracovišť a může být jedním z faktorů jejich pravidelného hodnocení. Benchmarking zdravotnických zařízení může přispět managementům nemocnic k dalším zásahům do procesů péče a přináší též zřizovatelům a plátcům relevantní informace o úrovni kvality ošetrovatelské péče. Je tedy možné, že přístup ke srovnatelným datům dle jednotné metodiky zvýší zájem zdravotníků zabývat se výskytem dekubitů.

Respondent 4

Ano, protože uvidí širší využití výsledků. Získají tak čitelnější informaci o situaci na vlastním pracovišti, eventuálně jaký prostor mají pro zlepšení.

Respondent 5

Já myslím, že se zvýší, protože je to přínos pro sestry, budou se více snažit o osobní péči pacientů, bude to pro ně větší motivace.

Respondent 6

Ano, zdravotní sestry chtějí být informovány, hlavně pro porovnání zlepšení či zhoršení výsledků šetření a nejen v rámci jednotlivých oddělení naší nemocnice, ale i mezi nemocnicemi v ČR. Hodnotí posuny v žebříčku.

Respondent 7

Ano, myslím si to.

Respondent 8

Myslím si, že ano. Když jsme začínali v pilotu, mysleli si někteří vedoucí, že jsou na tom s výskytem dekubitů dobře a pak se ukázalo, že jsou v jiných nemocnicích lepší výsledky, tak projeví o benchmarking zájem.

## 5 Diskuse

### 5.1 Oblast zaměřená na způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření

Všichni respondenti potvrdili, že sledováním dekubitů se v nemocnicích zabývají, a to jak incidenčním, tak i prevalenčním šetřením. Zkušenosti se sledováním dekubitů jsou různě dlouhé, nejdelší zkušenost, potvrzená též z literárních zdrojů, byla uvedena od roku 1997 „prevalenční šetření provádíme od roku 1997 4x ročně“. Jednalo se o nemocnici fakulního typu, ale také odpověď hlavní sestry jedné z nemocnic nefakulního typu na dotaz „Jak dlouhé má zkušenosti se sledováním výskytu dekubitů“ potvrdila již 15 letou zkušenost. Nejkratší zkušenost je s prevalenčním šetřením od roku 2008 „prevalenční šetření jsme zahájili poprvé v pilotním projektu vlani“. Jsou používány obě metody, incidenční i prevalenční. Incidenční šetření převažuje, jednoznačně tento typ šetření potvrdilo šest respondentů. Prevalenční šetření provádějí ve všech sledovaných nemocnicích, a to 2x nebo 4x ročně. Nemocnice fakulního typu mají zkušenosti s metodikou SFN a v některých nemocnicích jsou využívány metody obě, jak vyplynulo z odpovědí „od roku 2005 jsme převzali metodiku Sdružení fakulních nemocnic – šetření prevalenční, ale incidenční šetření provádíme stále“ nebo „incidenci sledujeme od roku 2005, prevalenční šetření provádíme od roku 1997 4x ročně“. Nemocnice nefakulního typu prevalenční šetření neprováděla, tento typ šetření prováděli poprvé pilotně v projektu MZ ČR v roce 2008.

Z odpovědí je patrné, že sledování výskytu dekubitů považují ošetrovatelské managementy za důležité a pro absenci doporučení na národní úrovni, jak dekubity sledovat, se pustili do vytvoření vlastních pravidel. S ohledem na již zavedené systémy hlášení výskytu dekubitů v rámci zdravotnických zařízení nebude problém přizpůsobit se národní metodice. Domnívám se, že již nebude nutné překonávat bariéru, se kterou jsem se setkávala v 90 letech, kdy jakékoliv hlášení nežádoucího jevu bylo považováno za „buzeraci“ vedoucího pracovníka. Dlouhodobé zkušenosti dotazovaných respondentů mohou být využity pro vytvoření školicích pracovišť.

## **5.2 Oblast zaměřená na využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.**

Z odpovědí na dotaz „jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“ je patrný výrazný posun v provádění hlášení dekubitů i variabilita různých SW aplikací. Původní písemná hlášení, která byla zasílána ještě v roce 2004, byla nahrazena hlášením dekubitů elektronicky. Jsou využívány jednoduché aplikace v MS Excell, které umožňují vyhledávání „konkrétních informací o konkrétním pacientovi je možno při zadání rodného čísla v původním formuláři hlášen“. Program „šitý na míru“ pro sledování prevalence dekubitů byl zpracován v aplikaci MS Access již v roce 2000. V jednom případě uvedl respondent speciální nemocniční systém pro hlášení mimořádných událostí. Pouze ve dvou nemocnicích je používán nemocniční informační systém pro on-line zadávání incidenci dekubitů.

Nový software vyvíjený v pilotním projektu MZ ČR podle jednotné metodiky prevalencečního sledování používali v roce 2008 ve všech osmi nemocnicích. Ačkoli je situace v nemocnicích různorodá, lze předpokládat, že vyplňování dat v nové SW aplikaci on-line pro prevalenceční sledování dekubitů na národní úrovni nebude činit problém žádnému z vybraných typů nemocnic.

K otázce „Jak by respondenti hodnotili rozdíly v používání těchto SW?“ (jejich a pilotně ověřovaného) se vyjadřovali respondenti kladně ve prospěch pilotně ověřovaného. Pokud již mají zavedený SW, považují nový za srovnatelný. Oceňují hlavní výhody nové aplikace v možnosti benchmarkingu. Potvrzují názor, že „sdílení informací mezi odborníky a porovnávání si výsledků“ (54) může mít i významný motivační efekt a souhlasí s výhodou motivačního efektu jako nástroje pro zlepšování kvality. Vyskytl se i názor opačný „aplikace není možno porovnávat, neboť do stávajícího systému vkládá sestra informace průběžně při zjištění rizika či dekubitu do testovaného SW je možno zatím vkládat data jednorázově“. Dva respondenti uvádějí, že je nutné zaškolení ošetrovatelský personál na oddělení pro usnadnění práce koordinátora.

Z odpovědí je patrné, že je velmi důležitá role koordinátora a zájem vedení o benchmarking. Jako výhodu vidí zpracování výsledkům externí firmou a jednotnou metodikou, zapojení zdravotnických pracovníků z oddělení.

Na otázku “Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?” zazněla jednoznačně odpověď pouze jednoho respondenta, další odpověď byla podmíněna pokračováním projektu, ve dvou případech se respondenti vyjádřili ve smyslu plánovaného nákupu nemocničního informačního systému, který by bylo možné propojit s nově vyvíjenou aplikací. V jednom případě nebyl respondent k vyjádření kompetentní a odkazuje na vedení nemocnice, dvě odpovědi respondentů byly negativní. Z odpovědi respondenta, který projekt posuzoval je zřejmé, že chyběla praktická zkušenost s metodikou, a proto požadoval anonymizaci dat a jasné doporučení, jak data sbírat. Taková doporučení jsou jasně popsána v metodice a koordinátor i editoři dat jsou při zapojení se do sběru dat proškoleni.

Z odpovědí vyplynulo jedno jasné kladné doporučení „zkoušená SW aplikace je pro praxi vyhovující“ a objevil se podobně jako u dotazu č. 3 názor „nezbytné je zaškolení všech, kdo se SW pracují“.

### **5.3 Oblast zaměřená na využívání dat/výsledků šetření**

K otázce využívání dat z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními se všechny respondenty s výjimkou jedné, která nebyla účastnicí projektu, ale oponentkou vyjadřovaly všechny kladně. Výsledky byly prezentovány jednak na poradě vedoucích pracovníků nebo konzultantů zapojených do projektu v dané nemocnici. Za důležité považují možnost porovnání se s jinými nemocnicemi. Jelikož byla do projektu připojena Krajská zdravotní, a.s., která spojuje pět nemocnic podobného typu, ocenili respondenti možnost porovnání výsledků právě mezi těmito nemocnicemi v rámci jedné společnosti.

Na otázku využívání získaných dat ze software ke zvyšování kvality se většina respondentů vyjádřila kladně. Pouze v jednom případě se respondent nemohl jednoznačně vyjádřit, jeho úkolem bylo zadávat data do softwarové aplikace a nepodílí se na strategickém plánování nemocnice. Odpovědi byly jak stručné i velmi obsáhlé a popisovaly způsoby zavedeného sledování kvality ošetrovatelské péče v konkrétní nemocnici. Velmi pozitivní je zjištění, že výsledky jsou podrobně analyzovány a pozornost ošetrovatelských manažerů je věnována zvláště výskytu dekubitů vyššího stupně „musí se analyzovat příčiny například zvýšeného výskytu podle jednotlivých stupňů dekubitů“

nebo „vrcholový management má data ze šetření také k dispozici, dostává ještě měsíční přehled o výskytu dekubitů 3. a 4. st. vzniklých na mateřské stanici“. Podle výsledků jsou vytipována pracoviště s vyšším výskytem dekubitů a ošetrovatelský personál je přednostně školen v problematice a zajištěny antidekubitní matrace, polohovací pomůcky a terapeutické materiály. Porovnávání dat mezi více zdravotnickými zařízeními je považováno za důležité a jeden respondent upozornil na požadavek benchmarkingu mezi zdravotnickými zařízeními ze strany mezinárodní akreditační komise vyjádřením „výstupy z pilotních šetření budou využity v průběhu akreditačního šetření“. Toto je silný argument, který může podpořit aplikaci metodiky do praxe. Dalším argumentem může být poměrně snadné vyhledání pracovišť, kde vznikají problémy a cíleně k nim směřovat vhodná opatření. Je potěšující, že výsledky jsou zdrojem diskuse, analýza výsledků podmiňuje ověřování správnosti zadávaných údajů o pacientech. Za velmi efektivní považují školení ošetrovatelského personálu přednostně tam, kde se vyskytuje „problém“.

K otázce „přispívání výsledků z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření“ se respondenti vyjádřili jednoznačně kladně a potvrdili, že výsledky šetření používají ke společné diskusi o preventivních opatřeních na úrovni managementu, při rozhodování o nákupu zdravotnických prostředků, dále mezi odborníky specialisty, při rozhodování o volbě vhodných krycích materiálů nebo zavádění nových preventivních metod. Výsledky slouží jako zpětná vazba pro vedoucí pracovníky jednotlivých pracovišť o tom, jak je ošetrovatelská péče na jejich oddělení prováděna, nemocnice mají vybudované týmy konzultantek pro hojení ran a ošetrovatelský personál má v oblasti prevence dekubitů specifické kompetence. Výsledky šetření jsou jednoznačně nutným podkladem pro zavádění nebo zlepšování preventivních opatření v oblasti výskytu dekubitů.

K otázce „přispívání výsledků z šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality péče“ se všichni respondenti vyjádřili jednoznačně kladně. Názory jsou obdobné jako u odpovědí k provádění preventivních opatření. Podstatu zlepšování kvality vidí v provádění analýzy dat, projednávání výsledků šetření s týmy kvality nebo specialistkami pro ošetřování ran při hledání nových cest k jejímu zvýšení. Mezi opatření používaná ke zlepšování kvality a provádění preventivních opatření pro ošetřování dekubitů patří především využívání standardních ošetrovatelských postupů. Zavedení standardních

postupů je doporučováno jednak odborníky Úřadu pro politiku zdravotní péče v USA i odborníky v oblasti péče o dekubity NPUAP (48, 56), jednak je výskyt dekubitů také jedním z hodnotících kritérií při vyhodnocování oddělení. V tomto případě je velmi důležité pracovat se správnými údaji, pečlivě analyzovat příčiny vzniku dekubitů, aby nedošlo k nespravedlivému hodnocení pracoviště. Ošetřovatelský personál může být nespravedlivým hodnocením snadno demotivován. Domnívám se, že rozhodnutí rozlišovat počet pacientů, kteří byli na oddělení s dekubity přijati, což nemůže být ze strany ošetřovatelského personálu ovlivněno, je správně do metodiky zapracováno. Další důležité hledisko pro porovnávání výsledků je možnost porovnávání pracovišť podobného typu. Taková zkušenost je již potvrzena se sledováním pádů. Manažeři mohou používat silnější argumenty předkládáním příkladů „dobré praxe“. S respondenty se shodují v názoru, že využívání výsledků metodou benchmarkingu motivuje k hledání nových možností zlepšování kvality.

Na otázku „Přispívají výsledky šetření dekubitů k zavedení také preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“ se většina respondentů se vyjádřila kladně, pouze v jednom případě bylo vyjádření záporné. Respondent se domnívá, že nejvyšší management má spíše obavu z požadavků na finanční nároky pro zavádění preventivních opatření „výsledky šetření, čísla o počtu rizikových pacientů nebo počtu dekubitů, to jsou čísla, která pro nezdravotnické vedení moc neříkají“ a dodává, že na základě tohoto argumentu se podařilo navýšit počet ošetřovatelského personálu. To je samozřejmě obava všech ekonomů a budou požadovat nákladovou efektivitu. Z toho vyplývá, že se musí ošetřovatelský management naučit správně používat výsledky šetření jako podpůrné argumenty jak pro nákupy pomůcek, materiálu nebo lidských zdrojů, ale také pro ošetřovatelský personál, aby za tyto náklady poskytoval efektivní ošetřovatelskou péči.

Na základě analýzy výsledků a vytipování pracovišť s největším rizikem pro pacienty jsou prováděna různá opatření, která mají prioritně efekt pro pacienta, avšak druhotně i pro ošetřovatelský personál. Nákup technických pomůcek, především vhodná lůžka, antidekubitní matrace, materiál k prevenci nebo ošetřování dekubitů může ovlivnit snížení zátěže sester. Vhodným opatřením je i vybudování depa pro půjčování antidekubitních matrací, což je efektivní zvláště pro pracoviště, kde výskyt rizikových pacientů není tak častý a drahé antidekubitní pomůcky by byly po většinu času nevyužité.



V neposlední řadě mohou výsledky šetření pomoci ošetřovatelským manažerům jako argument pro navýšení pomocného ošetřovatelského personálu. Výsledky šetření mohou přinést dvojí efekt, jak uvedl jeden respondent: „Kde je velký počet dekubitů, mělo by se zlepšit vybavení lůžky.....sestry budou méně zatížené a pacienti budou mít zároveň lepší péči“.

Na otázku „Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“ se jednoznačně kladně vyjádřili čtyři respondenti, ale neuvedli již konkrétní údaje, ekonomický problém vidí převážně v nákladech na materiál, který je používán při ošetřování ran, prodlužování délky pobytu pacienta v nemocnici. Přiklánějí se k názoru, že prevence je levnější než léčba, ale zároveň upozorňují na obtíže, které má ošetřovatelský personál při obhajování názoru, že je nutné vložit finanční prostředky nemocnice do prevence, kterou se zvýší i komfort pacienta (lepší matrace, polohovací lůžka apod.). Uvádí, že musí provádět porovnávací studie, aby prosadili nové pomůcky a metody. To je však argument, který je logický a nikde na světě nelze jen předkládat požadavky na nákup nové techniky a pomůcek, ale je zcela legitimní předložit nákladovou analýzu. Domnívám se, že porovnávání výsledků dobré praxe a sdílení efektivních opatření může velmi napomoci všem ošetřovatelským manažerům. Pouze dva respondenti se k ekonomické otázce vyjádřili záporně. Domnívají se, že dekubity nejsou v jejich nemocnici významným problémem, ale uznávají, že výskyt dekubitů za negativní faktor považovat lze.

Pokud uvedli respondenti kladnou odpověď na ekonomickou otázku, doplnili svoji odpověď, jak tento ekonomický argument používají. Využívají konzultantek pro ošetřování ran, aby navrhovaly vhodné krycí materiály, jsou půjčovány antidekubitní matrace na prevenci dekubitů v rámci nemocnice, provádějí se srovnávací studie a kalkulace na nákup materiálu, posuzují vybavení pracovišť preventivními pomůckami, tvoří standardy pro prevenci dekubitů, provádějí ošetřovatelské audity, pravidelně školí ošetřovatelský personál, stanovují limity pro nákup zdravotnického spotřebního materiálu. Respondent, který se vyjádřil v první části otázky, že „nelze hodnotit výskyt dekubitů v naší nemocnici jako významný negativní faktor“ zároveň připouští, že jej používá jako argument.

Z odpovědí lze usuzovat, že ani jeden z respondentů nemá k dispozici konkrétní čísla, jak velkou finanční položku tvoří z celkového rozpočtu nemocnice náklady na léčbu dekubitů nebo provádění preventivních opatření. Tyto údaje jsou známé například ve Velké Británii, kde činí náklady na léčbu dekubitů až 4 % z celkových nákladů na zdravotnictví. Cena léčby dekubitu 4. stupně je odhadována na 11 tisíc liber (32). Nabízí se oblast, kterou je potřeba ještě prozkoumat a výsledky benchmarkingu mohou přispět k otevření odborné diskuse na téma ověření hypotézy, jak významný podíl v nákladech zdravotnických zařízení v České republice činí výskyt dekubitů.

#### **5.4 Oblast zaměřená na zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat**

Na otázku „Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkreslení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“ se jednoznačně kladně vyjádřila polovina respondentů (čtyři), jeden respondent uvedl, že „ochota sbírat data je závislá na vzdělávání zdravotnických pracovníků ve sběru dat a jednoduchosti software“ a dále upozornil na paradox, kdy se stoupající ochotou a spoluprací zdravotnických pracovníků při sběru dat stoupá procento výskytu dekubitů i rizikových pacientů. Dva respondenti se nedomnívají, že se ochota zvýší, uvádějí „Sběr dat je nedílnou součástí činnosti pracovníků a patří k jejím povinnostem“ a „za běžnou aktivitu nutnou pro zajištění statistik a hodnocení kvality ošetrovatelské péči“, ale oba připouštějí, že výsledky pilotního šetření odhalily rozdíly mezi odděleními, což vyvolalo diskusi o příčině. Neochota sbírat data může být způsobena „nedostatečným zapracováním nových zaměstnanců“. Hlavní efekt je spatřován ve smysluplnosti porovnávat vlastní pracoviště/zdravotnické zařízení se srovnatelným.

Na otázku „Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“ se všichni respondenti vyjádřili jednoznačně kladně k používání nového software. Opět spatřují jeho výhodu v možnosti benchmarkingu mezi podobně zaměřenými obory (interní, chirurgické, intenzivní nebo následné péče) a nemocnicemi jako celku. Byla uvedena obdobná zkušenost se sledováním pádů ve zdravotnických zařízeních. Porovnávání v rámci nemocnice je považováno za prospěšné z hlediska pravidelného hodnocení jednotlivých oddělení v rámci jednoho zařízení, porovnávání mezi nemocnicemi je považováno

za přínos pro managementy nemocnic i zřizovatele. Benchmarking je považován také za motivační nástroj, protože „hodnotí posuny v žebříčku“ mezi nemocnicemi v ČR. Odpovědi respondentů korespondují s názory amerických kolegů v James Cancer Hospital, kde na základě benchmarkingu jejich nemocnice s jinými zdravotnickými zařízeními se významně snížil výskyt dekubitů až o 50 % díky zavedeným cíleným opatřením a protokolu ke sledování dekubitů (21).

Ze strany ošetřovatelského personálu je nezbytnou podmínkou znát dokonale rizikové faktory ke vzniku dekubitů, ovládat nástroje pro hodnocení rizika i stupně dekubitů, aby nebyly zkreslovány výsledky. Pro plánování efektivních opatření je dobré rozvíjet protokoly na prevenci dekubitů, neboť jen cíleným nastavením preventivních opatření pro snížení rizikových faktorů se sníží i výskyt dekubitů (18). Pravidelné školení ošetřovatelského personálu je dalším předpokladem efektivních výsledků.

## 6 Závěr

Výskyt dekubitů způsobuje utrpení pacientů, vyvolává pocit selhání sester, prodlužuje pobyt v nemocnici a výrazně zvyšuje dodatečné náklady na péči. Odborníci NPUAP se rozhodli udělat multicentrickou studii publikací mezi roky 1990 – 2001 aby určil výskyt dekubitů podle místa výskytu, populace a závažnosti dekubitů. Mimo jiné zjistili, že v těchto letech z 27 milionů zemřelých v USA byl příčinou smrti dekubitus ve 114 380 případech, což představuje 0,4 % těchto úmrtí a ve 21 365 případech, což představuje 18,7 % byl dekubitus primární příčinou smrti. Bohužel v ČR nemáme zatím podobné statistické údaje k dispozici (21).

Přikláním se k názoru, že se jedná o problém především ošetrovatelské péče. První zkušenosti s monitorováním dekubitů v ČR uvádíme v článku „Prevence, ošetřování a monitorování výskytu dekubitů ve Fakultní nemocnici Plzeň v časopisu Sestra, kde popisujeme systém čtvrtletního prevalenčního šetření zavedený ve Fakultní nemocnici Plzeň (10).

Odborníci se domnívají, že výskytu dekubitů je možné zabránit, pokud mají nemocnice vypracované směrnice pro prevenci a léčbu dekubitů. Tyto směrnice jsou účinné tehdy, když se jimi personál řídí. Tyto směrnice by měly zahrnovat nejen ošetrovatelský postup a léčbu, ale také monitorování výskytu dekubitů a jak uvádí Stevens, musí být orientované na pacienta v rámci celého ošetrovatelského týmu, což zahrnuje spolupráci ošetrovatelů s pacientem a jeho rodinou (49). Návrhem nové metodiky prevalence dekubitů na národní úrovni se Česká republika posouvá výrazně mezi státy, které mají rozvinuté systémy sledování ukazatelů kvality zdravotní péče. Touto prací se mi podařilo zmapovat nejen situaci v oblasti sledování dekubitů ve světě a České republice, ale také názory přímých účastníků pilotního projektu při ověřování této metodiky.

Z rozhovorů v kvalitativním šetření vyplynulo, že sledování dekubitů je věnována ve zdravotnických zařízeních značná pozornost, šetření probíhají metodou incidenční i prevalenční. Výskyt dekubitů je sledován ve všech nemocnicích, ze kterých pocházeli respondenti, a to incidenční i prevalenční metodou.

Sledování výskytu dekubitů není však dosud běžně zahrnuto do klinických informačních systémů a probíhá několika různými způsoby. Řešením je nabídka nového software vyvinutého v pilotním projektu MZ ČR do kterého lze zajistit sběr dat s přispění

editorů ze strany ošetrovatelského personálu on-line. Technické řešení přenosu dat z klinického informačního systému je možné pouze tam, kde jsou vkládané údaje formou incidenčního šetření do klinických informačních systémů.

Zájem o porovnávání se mezi nemocnicemi, benchmarking, je značný. Ošetrovatelský personál se neobává o výskytu dekubitů, jako nežádoucího jevu debatovat. Výsledky šetření jsou používány především ke zlepšování preventivních opatření vzniku dekubitů, zlepšování kvality ošetrovatelské péče i ke snižování zátěže sester.

Pro usnadnění aplikace národní metodiky sledování prevalence dekubitů do praxe a používání aplikačního software je nezbytné zajistit dostatečnou publicitu mezi manažery zdravotnických zařízení. Pro argumentaci lze použít validitu dat získaných při dodržení postupu nové metodiky a skutečnost, že prevalenční šetření nezatíží zdravotnický personál a pro porovnávání mezi nemocnicemi je postačující. Z doporučení respondentů vyplynulo, že je nezbytné kvalitní školení účastníků sběru dat a hodnocení výskytu dekubitů. Sběr dat v rámci této metodiky vyžaduje přesnost a dobrou znalost používaných klasifikačních nástrojů. Pro získání přesných údajů je rovněž třeba, aby ti co data vkládají, rozuměli metodice, způsobu a významu počítaných ukazatelů.

Na základě kvalitativního šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru jsem vytvořila následující hypotézy, které by bylo třeba ověřit v kvantitativním výzkumu.

**Hypotéza č. 1** - Vytvořený software zpřesní sběr dat prevalence dekubitů.

**Hypotéza č. 2** - Software umožní sběr dat s využitím klinického informačního systému.

**Hypotéza č. 3** - Software zvýší ochotu nemocnic data sbírat.

**Hypotéza č. 4** - Využití výsledků sběru dat je základem pro zlepšování kvality ošetrovatelské péče.

Dále jsem vytvořila návrh kurzu pro sestry, které s danou metodikou budou v jednotlivých nemocnicích pracovat.

Délka kurzu může být 1 – 2 denní. Možná je i forma e-learningu.

**Obsahem kurzu pro koordinátory a editory** (ti co budou vkládat data do programu) **by mělo být minimálně:**

- seznámení s metodikou prevalenčního sledování dekubitů,
- ověření znalostí hodnocení rizika pacientů dle modifikované metody Nortonové a navazujících prostředků prevence,

- ověření znalostí klasifikace stupně postižení tkání u dekubitu dle Hibbové,
- seznámení se základními pravidly výpočtu používaných ukazatelů a způsobu jejich využití,
- prezentování výsledků a jejich interpretaci.

**Vzdělávací program lze libovolně rozšířit o následující oblasti:**

- charakteristiky normální, zdravé kůže,
- charakteristiky deformace kůže (projevy tkáně při mechanickém zatěžování),
- role výživy v prevenci dekubitů,
- vnější a vnitřní rizikové faktory dekubitů,
- správné techniky polohování,
- indikace a omezení antidekubitních prostředků,
- indikace a omezení prostředků ke snížení tření,
- vedení ošetrovatelské dokumentace hodnocení kůže a výsledků preventivních opatření.

Sledování národního ukazatele kvality v oblasti dekubitů je dalším posunem v realizaci cílů ministerstva zdravotnictví v kvalitě péče a bezpečí pacientů.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. BIENSTEIN, C., SCHRODER, G., et al. Decubitus. Prophylaxe und Therapie. 3. vyd. Eschborn: Verlag, 1993. ISBN 3 – 927944 – 00 9.
2. BUREŠ, I. Dekubity, ošetrovatelský problém. Sestra. 1996, roč. 6, č. 4, Tematický sešit 5, s. 1–4. ISSN 1210-0404.
3. BUREŠ, I. Prevence a léčba dekubitů. ZdN, příloha Lékařské Listy. 2003, č. 23, s. 18 – 21. ISSN 0044-1996.
4. CARA DI, V. Kvalitativní výzkum v Ošetrovatelství. Sestra, 2005, roč. 15, č. 3, s. 13 - 14. ISSN 1210-0404
5. ČIPEROVÁ, L., SVOBODOVÁ, D. Současná prevence a léčba dekubitů ve zdravotnických zařízeních. Online. Dostupné na [www: http://is.muni.cz/th/204417/lf\\_m/](http://is.muni.cz/th/204417/lf_m/) [29. května 2009]
6. DONGERS, M. E., MOORHOUSE, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. 569 s. ISBN 80-7169-294-8.
7. EXNER, L., RAITER T., STEJSKALOVÁ, D. Strategický marketing zdravotnických zařízení. 1 vyd. Praha: Professional publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8
8. Fázové ošetrování chronických ran: ulcus cruris venosu. 3. vyd. Veverská Bítýška: Hartmann-Rico, 2002. 63 s. ISBN 3-929870-25-8.
9. FIEDLEROVÁ, L. Šetření incidence dekubitů. Sestra, 2001, roč. 11, č. 3, str. 26–29. ISSN 1210-0404.
10. FIEDLEROVÁ, L. Porovnání výskytu dekubitů na vybraných pracovištích. Sestra, 2003, roč. 13, č. 2, s. 48-50. ISSN 1210-0404.
11. FIEDLEROVÁ, L. Sledování prevalence dekubitů jako indikátoru kvality péče ve Fakultní nemocnici Plzeň. Nozokomiální nákazy, 2008, č. 2, s. 19 - 29. ISSN 1336-3859.
12. FIEDLEROVÁ L. Prevalence a incidence dekubitů 2000 – 2001. Online. Dostupné na [www:<http://www.fnplzen.cz/data/prac/usek/pece/indikatory/dekubity/porovnani.htm>](http://www.fnplzen.cz/data/prac/usek/pece/indikatory/dekubity/porovnani.htm) [22. května 2009]
13. GERYLOVÁ, A., HOLČÍK, J. Úvod do statistiky. 2. vyd. Brno: LF MU, 2004. 31 s. ISBN 80-210-2301-5.
14. GREENHALGH, T. Jak pracovat s vědeckou publikací. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 205 s. ISBN 80-247-0310-6
15. GUI, H. Pressure ulcers risk assesment and grading. Nursing Times, 2007, Vol. 103, No. 15, p. 38 – 40. ISSN 0954-7762.
16. HENDL, J. Kvalitativní výzkum. 1. Vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
17. HIBBS, P. J. Pressure sores: a system for prevention. Nursing Mirror, 1982, Vol. 155, No. 5, p. 1311-13. ISSN 0029-6511.
18. HORN, S., D. at al.: The National Pressure Ulcer Long-Term Care Study: Pressure Ulcers Developement in Long-term Care Residents. Jurnal of thte American Geriatrics Society Online. Dostupné na [www: <http://www.medscape.com/viewarticle/470370?src>](http://www.medscape.com/viewarticle/470370?src) [27. března 2004]

19. Jak zdravotnická technika zlepšuje péči o pacienta. *Komfort*. 2004, č. 4, s. 10–13. Online. Dostupné na [www: <http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-2004>](http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-2004) [29. května 2009]
20. JUCHLI, L. *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits und Krankenpflege*. 7. vyd. Stuttgart: Verlag, 1994. 1216 p. ISBN 3135000079.
21. KIMBERLY. C, POLLY. J., MORAN. M. The Pressure Ulcers Prevention Protocol Interventions. *AJN*, 2007, vol 107, No. 4, p. 44–52. ISSN 0002-936X.
22. *Kniha bezpečí*. Online. Dostupné na [www: http://knihabezpeci.mzcr.cz](http://knihabezpeci.mzcr.cz)
23. *Kompendum ran a jejich ošetřování* 1. vyd. Veverská Bítýška: Hartmann-Rico, 1999. 123 s. ISBN 3-929870-185.
24. KORN, A, HELM-KERKHOFF, C. *Qualitäts-Sicherung in der allgemeinen Krankenpflege*. Wien: Fakultas-Universitätsverlag, 1994. 74 S. ISBN 3850763501.
25. KOUTNÁ, M. *Péče o rány – manuál*. Mimořádná příloha časopisu *Sestra*, č. 6, 2004. 30 s. ISSN 1210-0404.
26. KOUTNÁ, M.: *Institucionalizace sestry specialistky pro hojení ran*. Diplomová práce. Praha: UK, 2009.
27. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. 2. díl. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
28. LEMON 1. *Ošetrovatelský proces-klinická ošetrovatelská praxe*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1996. ISBN 80-7013-234-5.
29. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
30. *Metodické opatření č. 9/1998, o akreditaci zdravotnických zařízení*. *Věstník MZ ČR*, 1998, částka č. 7.
31. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Komentovaný oficiální překlad. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 287 s. ISBN 80-247-0629-6.
32. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 104 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
33. MÜLLEROVÁ, N. *Prevence dekubitů: vzdělaná sestra a kvalitní prostředky*. <http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-4-2004/26851/verze-v-pdf> [22. května 2009]
34. NAZARKO, L. *NVQs in Nursing and Residential Care Homes*. 3. ed. Oxford: Blackwell, 2006. 332 p. ISBN 1405157437.
35. PACOVSKÝ, V. *Ošetrovatelská diagnostika. Teorie a praxe*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1994. 65 s. ISBN 80-7066-871-7.
36. *Pády*. Online. Dostupné na [www: <http://www.cna.cz/pady>](http://www.cna.cz/pady) [25. července 2009]
37. PEJZNOCHOVÁ, I. *Výměny obvazů*. *Forum Medical*. č. 1, 2003. s. 14 - 15. ISSN 1212-2696
38. POLÁK, L., BECKOVÁ, I. *Kontinuální sledování výskytu dekubitů*. *Sestra*. 2005, roč. 15, č. 11, s. 3, Mimořádná příloha *Hojení ran*. ISSN 1210-0404.
39. POLANCICH. S., RESTRSEPO. E., PROSSER. J: Online. Dostupné na [www: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16849783?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_DefaultReportPanel.Pubmed\\_RVDocSum>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16849783?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum) [19. července 2009]
40. *Pressure Ulcers in Adults, Prediction and Prevention*. AHCPR.: Supported Clinical Practice Guidelines. No 3, No. 92-0042 May 1992. Online. Dostupné na [www:](http://www.ahrq.gov/clinical-practice-guidelines/)



- <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat2.chapter.9026> > [29. května 2009]
41. PRITCHARD, A. P., DAVID, J. A. The Royal Marsden Hospital manual of clinical nursing procedures. 2. ed. London: Harper & Row, 1990. 439 p. ISBN 0-06-318404-4.
  42. REMUS, D., FRASER, I. Guidance for Using the AHRQ Quality Indicators for Hospital-level Public Reporting or Payment. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. AHRQ Pub. No. 04-0086-EF
  43. RESL, V. Hojení chronických ran. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 432 s. ISBN 80-7169-239-5.
  44. RIEBELOVÁ, V., VÁLKA, J., FRANČŮ, M. Dekubity - prevence, konzervativní a chirurgická léčba. 1. vyd. Brno: LF MU, 1992. 98 s. ISBN 80-210-0620-X.
  45. RIEBELOVÁ, V., VÁLKA, J., FRANČŮ, M. Dekubity: prevence, konzervativní a chirurgická terapie. Trendy soudobé chirurgie. sv. 3. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 159 s. ISBN 80-7262-033-9.
  46. STAŇKOVÁ, M. Jak na dekubity? Sestra. 2003, roč. 13, č. 2, s. 58 – 59. ISSN 1210-0404.
  47. STAŇKOVÁ, M. Základy teorie ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
  48. Statement on Pressure Ulcer Prevention. Conferences, 1992. Online. Dostupné na www: <<http://www.npuap.org/positn1.htm>> [29. května 2009]
  49. STEVENS. J. New guideline on preventing and managing pressure ulcers. Nursing Times, 2005, Vol 101. No 46, p. 40–42. ISSN 0954-7762.
  50. STRAUSS, A. L., CORBIN, J. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky, metody zakotvené teorie. Přel. Stanislav Ježek. 1 vyd. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. ISBN 808583460X
  51. SUCHÝ, M. Národní ukazatele výkonnosti a kvality zdravotních služeb. Online. Dostupné na www: <<http://portalkvality.mzcr.cz/> [25. července 2009]
  52. Pády. <<http://www.cnaa.cz/pady>> [25. července 2009]
  53. TOPINKOVÁ, E. - NEUWIRTH, J. Geriatrie pro praktického lékaře. 1. vyd. Praha: Grada, 1995. 299 s. ISBN 80-7169-099-6.
  54. TOPINKOVÁ, E.: Geriatrie pro praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
  55. TRACHTOVÁ, E. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
  56. Treatment of Pressure Ulcers Supported. Clinical Practice Guidelines.. No 15, No. 95-0652. Online. Dostupné na www: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?highlight=Treatment,PressureUlcers,AH CPR&rid=hstat2.chapter.5124> > [29. května 2009]
  57. TROJAN, S. Lékařská fyziologie. 4. vyd. Praha: Grada, 2003. 771 s. ISBN 80-247-0512-5.
  58. VOKURKA, M., HUGO, J. Praktický slovník medicíny. 5. rozšíř. vyd. Maxdorf 1998. 490 s. ISBN 80-85800-81-0.
  59. VONDRÁČEK, J., SCHMITTOVÁ, J. Význam fotodokumentace v ošetrovatelské péči. Sestra. 2005, roč. 15, č. 4, s. 29. ISSN 1210-0404.

**Adresy spolků, sdružení a organizací** zabývající se problematikou hojení ran a dekubitů

- <<http://www.cslr.cz/historie.php>> [25. července 2009]
- <<http://www.jointcommission.org/PerformanceMeasurement/PerformanceMeasurement/NQF+Endorsed+Nursing+Sensitive+Care+Measures.htm>> [19. července 2009]

## **8 Klíčová slova**

Dekubitus, ukazatel kvality, péče, metodika, prevalence, software, benchmarking.

## **9 Přílohy**

**Příloha 1** – Škála Nortonové

**Příloha 2** – Škála Bradenové

**Příloha 3** – Přehled výsledků prevalenčního šetření výskytu dekubitů - SFN

**Příloha 4** – Prevalenční šetření výskytu dekubitů podle metodiky MZ ČR

**Příloha 5** – Dopis pro respondenty

**Příloha 6** – Scénář polostrukturovaného rozhovoru

**Příloha 7** – Výstupy z rozhovorů

Modifikovaná Nortnové stupnice k lepšímu poznání nebezpečí proleženin

Příloha č. 1

Datum šetření	Ochota ke spolupráci/ motivaci	Věk	Stav pokožky	Dodatečná onemocnění	Tělesný stav	Duševní stav	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Počet bodů
	plná 4	< 10 4	normální 4	žádné málo obraných látek 4	dobrý 4	v pořádku 4	chodí bez pomoci 4	plná 4	žádná 4	
	malá 3	< 30 3	šupinatá suchá 3	horečka cukrovka anémie MS.Ca. zvýšený hematokrit adipositas arteriitida neprůchodnost (podle stupně projevu) 3	obstojný 3	apatický bez účasti 3	chodí s pomocí 3	trochu omezená 3	někdy 3	
	částečná 2	< 60 2	vlhká 2	neprůchodnost (podle stupně projevu) 2	špatný 2	pomatený 2	potře-buje inval. vozík 2	velmi omezená 2	většinou moč 2	
	žádná 1	> 60 1	rány/alergi e popraskaná (podle stupně projevu) 1	1	velmi špatný 1	tupý (nečitelné) 1	ležící na lůžku 1	plně omezená 1	moč a stolice 1	

1 Vyberte vhodný popis pacienta (4, 3, 2 nebo 1 bod) v každém z devíti nadpisů a výsledek zaznamenejte do volného pole pod stupnicí.

2 Výsledek sečtěte.

3 Výsledek přeneste z karty do zprávy o péči nebo do křivky. Tuto tabulku používejte jednou týdně nebo vždy, když se změní stav pacienta nebo podmínky ošetřování.

4 **Nebezpečí proleženin je při 25 bodech a méně**, musí se naplánovat profylaktická opatření.

### **Směrnice pro použití tabulky**

#### **Ochota ke spolupráci / motivace**

4 = vysoká ochota je charakteristická kontinuální spoluprací

3 = pacient je na výzvu ochoten ke spolupráci

2 = pacient je na výzvu občas ochoten ke spolupráci

1 = pacient není ochoten spolupracovat

#### **Věk**

4 = méně než 10 let 2 = mezi 30 a 60 lety

3 = mezi 10 a 30 lety 1 = starší 60 let

#### **Stav kůže**

4 = intaktní a zdravá kůže

3 = lehké změny

2 = střední změny

1 = velké změny

(podle stupně projevu: např. šupinatá, suchá, popraskaná, vlhká, macerovaná, dehydratovaná atd.)

#### **Dodatečná onemocnění**

4 = žádné

3 = lehká forma

2 = středně těžká forma

1 = těžká forma

(Podle stupně projevu: např. cukrovka bez následných poškození až po těžká následná poškození, místní léčitelný karcinom jako generalizovaný karcinom)

#### **Tělesný stav**

4 = dobrý

3 = obstojný (oslabený)

2 = špatný (např. kachexie, adipositas)

1 = velmi špatný (pacient je ohrožen svým celkovým tělesným stavem)

#### **Duševní stav**

#### **Aktivita**

4 = chodí bez pomoci = úplná nezávislost

3 = chodí s pomocí = potřebuje lehkou oporu

2 = zcela odkázaný na invalidní vozík - potřebuje rozsáhlou podporu

1 = upoutaný na lůžko = sám nemůže provádět žádné aktivity

#### **Pohyblivost**

4 = plná = plně udržená

3 = téměř bez omezení = lehké změny (např. ramenním, kyčelním nebo kolenním kloubu)

2 = velmi omezená = silně redukováná pohyblivost (např. operace kyčle, napínací sval, rozsáhlá sádra atd.)

1 = plně omezená = nemůže vykonávat žádné pohyby, sám pasivně, jen s velkými těžkostmi)

#### **Inkontinence**

4 = žádná

2 = většinou moč

3 = někdy

1 = moč a stolice stále

#### **Důležité:**

Pomocí rozšířené Nortonové stupnice se cíleněji zachytí důvody pro nebezpečí vzniku proleženin. Tak je možné reagovat na příčinu nebezpečí: např. při chybějící ochotě k motivaci a spolupráci se najde příčina a poskytne se podpora při motivaci k životu nebo se stanoví forma inkontinence a zjistí, zda je možný trénink kontinence atd.

Redukují se tzv. symptomatické úkony při péči, protože k řešení problému se přistupuje od příčiny.

4 = v pořádku

3 = apatický/ bez účasti

2 = pomatený /dezorientovaný v místě, čase, osobě

1 = v bezvědomí

Zpracovala: Christel Bienstein, zdravotní sestra, a 17 účastníků 1. odborného semináře zaměřeného na péči o nemocné 1987 ve vzdělávacím středisku OBIK Essen

## Škála Bradenové

Příloha č. 2

Senzorické schopnosti	Vlhkost	Aktivita	Mobilita	Výživa	Tření a smykové síly	Body
- schopnost adekvátně reagovat na potíže podmíněné tlakem	- výskyt vlhkosti na kůži	- rozsah fyzických aktivit	- schopnost udržet/změnit polohu	- stravovací zvyklosti		
<b>Chybí:</b> žádná reakce na bolestivé podněty, podmíněné např. bezvědomím, uklidněním sedativy nebo snížením citlivosti na bolest na celém těle (např. terapie)	<b>Stále vlhká:</b> kůže je stále vlhká - pocení nebo moč atd., pokaždé když se pacient musí otočit, leží v mokru.	<b>Upoutání na lůžko:</b> nemůže opustit lůžko.	<b>Kompletně imobilní:</b> sám nemůže provádět nepatrné změny polohy.	<b>Velmi špatná:</b> nikdy nesní kompletní jídlo obvykle méně než 1/2. Sní jen 2 nebo méně dávek bílkovin (mléčné výrobky, maso nebo ryba). Pije velmi málo; nesmí se vyživovat orálně, smí pít jen čisté tekutiny; dostává déle než 5 dnů infúze.	<b>Problém:</b> potřebuje podporu při změně polohy. Nazdvihnutí není možné bez vlečení se po prostěradle, z lůžka/ vozíku neustále sjíždí, musí se stále vytahovat nahoru. Má kontraktury nebo je velmi neklidný, tře se o prostěradlo.	<b>1</b>
<b>silně omezená:</b> bolestivá reakce jen na silné bolestivé podněty a může se vyjádřit jen necíleně (např. sténáním nebo neklidem). Snížení citlivosti na bolest, přičemž je tím zasažena jen polovina těla.	<b>často vlhká:</b> kůže není vlhká stále, ale často. Prádlo a/nebo lůžkoviny se musí vyměnit minimálně jednou za směnu.	<b>posazení se:</b> s pomocí může chodit, vlastní hmotnost ale neunes, potřebuje pomoc, aby se mohl posadit (židle, invalidní vozík).	<b>silně omezená:</b> pohybuje se zřídka a nepatrně (tělo nebo končetiny), nemůže ale sám dostatečně změnit polohu.	<b>mírná výživa:</b> zřídka sní normální dávku, zpravidla minimálně polovinu. Jí asi 3 dávky bílkovin / nepravidelně nebo má zvláštní stravu nebo infúze dostává příliš málo živin.	<b>potenciální problém:</b> trochu se pohybuje sám nebo jen s malou pomocí. Při nazdvihnutí se kůže dotýká prostěradla jen málo, může zůstat delší dobu v jedné poloze (invalidní vozík, židle) a sklouzne dolů jen zřídka	<b>2</b>



<p><b>lehce omezená:</b> reakce na oslovení nebo příkazy, nemůže je ale vždy provést (např. pacient nemůže vždy reagovat na výzvu, aby změnil svou polohu na lůžku) nebo snížení citlivosti na bolest je omezené na jednu nebo dvě končetiny.</p>	<p><b>někdy vlhká:</b> kůže je někdy vlhká; jednou denně je třeba nové prádlo.</p>	<p><b>chodí málo:</b> zřídkka chodí přes den sám, jen krátké trasy; pro delší trasy potřebuje pomoc; většinu času tráví na lůžku nebo ne židli.</p>	<p><b>nepatrně omezená:</b> pravidelně mění polohu těla a končetin.</p>	<p><b>adekvátní výživa:</b> sní více než polovinu normální dávky jídla, přijme 4 dávky bílkovin, občas odmítne jídlo, přijímá ale doplňující stravu sondou/infúzí.</p>	<p><b>v současné době žádný problém:</b> pohybuje se na židli a lůžku sám, má dost síly, aby se mohl zvednout sám a delší dobu vydrží v jedné poloze, aniž by sklouzl dolů.</p>	<p><b>3</b></p>
<p><b>bezvýznamná:</b> reaguje na oslovení nebo příkazy, nemá omezenou schopnost pociťovat bolest nebo diskomfort.</p>	<p><b>zřídkka vlhká:</b> kůže je obvykle suchá, prostěradlo je měněno v obvyklých intervalech.</p>	<p><b>často se prochází:</b> chodí pravidelně nejméně 2x denně mimo pokoj, v pokoji vícekrát než za 2 hod.</p>	<p><b>bez omezení:</b> bez asistence je schopen většího pohybu.</p>	<p><b>vynikající:</b> sní většinu každého jídla, normálně jí 4 x denně, jí mléčné výrobky, občas jí mezi jídly, nevyžaduje podporu.</p>		<p><b>4</b></p>

**Celkové skóre:**

Přehled výsledků prevalencečního šetření výskytu dekubitů - SFN  
1.Q 2005

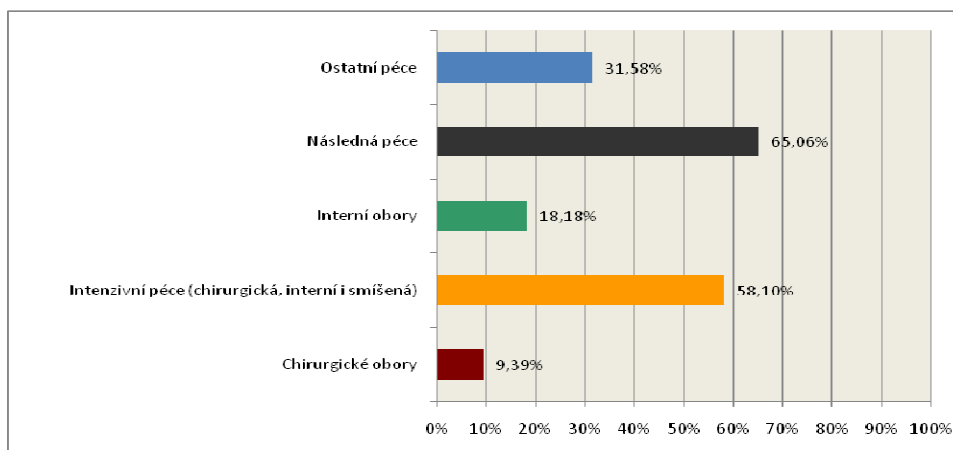
	FN FN Pízeň	VFN	FTNsP**	FN FN Bulovka	FN USA	FN HK	FN Pízeň	VFN	FTNsP**	FN Bulovka*	FN USA	FN HK	FN Pízeň	VFN	FTNsP**	FN Bulovka*	FN USA	FN HK	FN Pízeň	VFN	FTNsP**	FN Bulovka*	FN USA	FN HK
	int						chir						JIP						násl					
Celkový počet hospitalizací v roce 2004	14578	20302	21980	41917	20302	20712	13354	25836	18960	-	10395	27948	2400	11478	439,5	-	7588	11684	506	1059	791,5	-	994	0
Počet lůžek na ZOK	561	543	748	1111	543	734	496	410	422	-	300	588	51	183	12	-	111	192,5	50	109	274	-	112	0
Celkem pacientů v prevalencečním šetření	479	449	611	966	449	670	377	321	307	-	239	519	44	155	12	-	112	149	50	105	253	-	108	0
Obloženost	85,38	82,69	81,68	86,95	82,69	91,28	76,01	78,29	72,75	-	79,67	88,27	86,27	84,7	100	-	100,9	77,4	100	96,33	92,34	-	96,43	0
Celkem pacientů v prevalencečním šetření ve věku 65 let a více	0	141	266	165	141	213	0	50	92	-	145	144	0	56	7	-	52	56	0	104	228	-	95	0
Průměrný věk pacientů s dekubitem	-	-	74,1	-	-	72,7	-	-	45	-	77,3	63,48	-	-	74	-	76,5	58,79	-	-	82,1	-	76,5	0
Směrodatná odchylka věku *	-	-	-	-	-	14,96	-	-	-	-	67,9	23,18	-	-	-	-	59,8	19,3	-	-	-	-	77,3	0
Počet rizikových pacientů bez dekubitu v prevalencečním šetření	25	78	68	52	78	35	31	66	13	-	48	34	25	67	10	-	44	43	30	29	32	-	42	0
Počet pacientů s dekubitem	10	15	13	25	15	12	10	3	2	-	7	6	1	8	1	-	10	20	4	8	7	-	22	0
Počet dekubitů - I. stupeň	4	2	3	8	2	5	11	2	0	-	1	4	3	2	0	-	2	10	0	3	1	-	3	0
Počet dekubitů - II. stupeň	4	9	5	12	9	2	5	0	0	-	5	1	0	9	0	-	10	5	2	1	1	-	2	0
Počet dekubitů - III. stupeň	3	3	8	2	3	8	0	1	2	-	1	2	0	3	1	-	5	16	3	2	3	-	16	0
Počet dekubitů - IV. stupeň	0	2	3	3	2	10	0	0	1	-	0	0	0	0	0	-	3	8	0	2	4	-	7	0
Počet dekubitů	11	16	19	25	16	25	16	3	3	-	7	7	3	14	1	-	20	39	5	8	9	-	28	0
Počet dekubitů vzniklých na mateřském oddělení	2	6	4	12	6	7	11	1	1	-	1	5	0	10	0	-	3	9	2	1	4	-	8	0
na jiném odd. FN mimo FN	3	6	2	6	6	8	2	0	0	-	0	2	0	2	0	-	10	23	3	4	2	-	12	0
Počet pacientů v riziku (s i bez dekubitu)	35	93	81	77	93	47	41	69	15	-	55	40	26	75	11	-	54	63	34	37	39	-	64	0
Počet pacientů v riziku vývoje - nízkém	12	17	20	13	17	11	4	7	11	-	18	13	5	12	0	-	15	11	4	1	3	-	15	0
středním	5	17	29	18	17	19	8	35	3	-	16	13	4	28	0	-	18	14	6	10	11	-	19	0
vysokém	14	18	29	16	18	4	4	21	2	-	15	8	9	19	2	-	15	15	15	20	18	-	18	0
velmi vysokém	4	17	3	14	17	1	8	3	0	-	4	0	8	16	9	-	6	3	9	6	5	-	8	0
Počet pacientů s alespoň jedním dekubitem vzniklým na mateřské stanici	2	5	3	11	5	4	5	1	1	-	1	5	0	7	0	-	3	5	1	1	4	-	4	0
Počet pacientů s dekubitem ve věku 65 let a více	8	15	12	17	15	8	8	3	0	-	6	2	1	5	1	-	7	9	4	8	7	-	18	0
% PACIENTŮ V RIZIKU	7,31	20,71	13,26	7,97	20,71	7,01	10,88	21,5	4,89	-	23,01	7,71	59,09	48,39	91,67	-	48,21	42,28	68	35,24	15,42	-	59,26	0
% PACIENTŮ S DEKUBITEM	2,09	3,34	2,13	2,59	3,34	1,79	2,65	0,93	0,65	-	2,93	1,16	2,27	5,16	8,33	-	8,93	13,42	8	7,62	2,77	-	20,37	0
Odhad počtu pacientů v riziku	0	4205	2915	3341	4205	1452	0	5555	927	-	2392	2155	0	5554	403	-	3658	4940	0	373	122	-	589	0
Odhad počtu pacientů s dekubitem	0	678	468	1086	678	371	0	240	123	-	305	324	0	592	37	-	678	1568	0	81	22	-	202	0
Podíl pacientů ve věku 65 let a více na celkový počet pacientů v %	0	31,4	43,54	17,08	31,4	31,79	0	15,58	29,97	-	60,67	27,75	0	36,13	58,33	-	46,43	37,58	0	99,05	90,12	-	87,96	0
Podíl dekubitů na počet pacientů ve věku 65 let a více v %	80	100	92,31	68	100	66,67	80	100	0	-	85,71	33,33	100	62,5	100	-	70	45	100	100	100	-	81,82	0
Kvalita ošetřování (100 - podíl počtu pacientů s dekubitem vzniklým na mateřském odd. a celkový počet pacientů v riziku na odd.*100) v %	94,29	94,62	96,3	85,71	94,62	91,49	87,8	98,55	93,33	-	98,18	87,5	100	90,67	100	-	94,44	92,06	97,06	97,3	89,74	-	93,75	0
Podíl počtu dekubitů vzniklých na mateřské oddělení a celkového počtu dekubitů v %	18,18	37,5	21,05	14,29	37,5	28	68,75	33,33	33,33	-	25	71,43	0	71,43	0	-	15	23,08	0	12,5	44,44	-	28,57	0
Indikátor kvality péče (podíl celkový počet pacientů s dekubitem I-IV na počet pacientů v prevalenceční studii)	0,02	0,03	0,02	0,03	0,03	0,02	0,03	0,01	0,01	-	0,03	0,01	0,02	0,05	0,08	-	0,09	0,13	0,08	0,08	0,03	-	0,2	0

\* hodnoty za celou nemocnici

\*\* údaje včetně JIP

## Rozložení zjištěného rizika pacientů

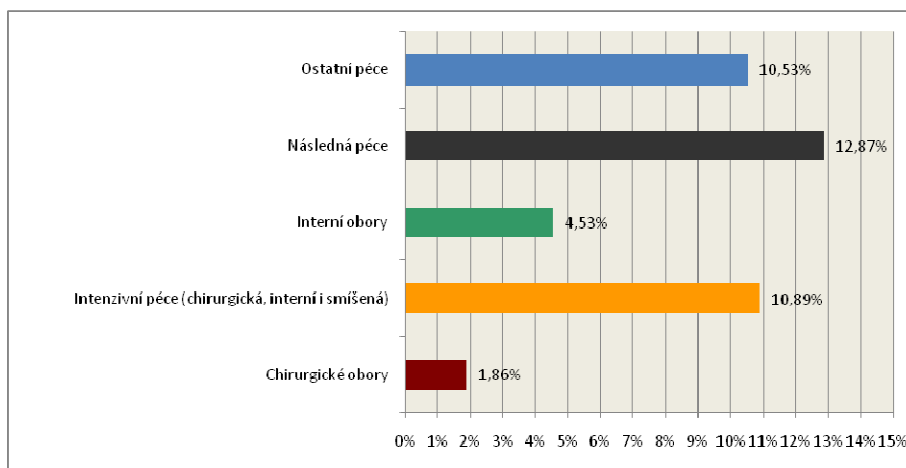
Podíl rizikových pacientů podle jednotlivých odborností ze všech pacientů ve všech sledovaných organizacích			
Odbornost	Počet pacientů v riziku	Celkový počet pacientů	%
Chirurgické obory	136	1448	9,39%
Intenzivní péče (chirurgická, interní i smíšená)	208	358	58,10%
Interní obory	365	2008	18,18%
Následná péče	283	435	65,06%
Ostatní péče (obdoba následné, sociální lůžka)	12	38	31,58%



## Rozložení výskytu pacientů s dekubity

Podíl pacientů s dekubitem na celkový počet pacientů na pracovištích podle jednotlivých odborností za všechny sledované organizace

Odbornost	Počet pacientů s dekubitem	Celkový počet pacientů	%
Chirurgické obory	27	1448	1,86%
Intenzivní péče (chirurgická, interní i smíšená)	39	358	10,89%
Interní obory	91	2008	4,53%
Následná péče	56	435	12,87%
Ostatní péče	4	38	10,53%



Dopis pro respondenty

Příloha č. 5

Nina Müllerová  
Ledecká 9  
323 16 Plzeň  
[nina.mullerova@seznam.cz](mailto:nina.mullerova@seznam.cz)  
tel.: 605 209 131

Vážená kolegyně,

jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, 2. ročníku navazujícího magisterského programu ošetrovatelství.

Pracuji na diplomové práci s názvem – **Sledování dekubitů jako indikátorů kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni**. V rámci projektu kvality Ministerstva zdravotnictví jsem spolupracovala s řešitelským týmem vedeným MUDr. Milošem Suchým na vytvoření nové metodiky pro porovnávání výskytu dekubitů v prevalenčním šetření. Mým cílem je zjistit, zda nová metodika a vyvinutý software jsou použitelné v praxi a jak usnadnit její implementaci do praxe.

Provádím kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru a ráda bych Vám položila otázky na výše uvedené téma. Časovou potřebu na rozhovor jsem odhadla na maximálně 45 minut, může se uskutečnit osobně nebo telefonicky. Scénář rozhovoru Vám zasílám e-mailem pro přípravu podkladů k tématu rozhovoru. Účast na šetření je dobrovolná.

V případě Vašeho souhlasu mi, prosím, napište den a hodinu, kdy Vás mohu kontaktovat.

**O zjištěných výsledcích Vás budu informovat.**

Přeji Vám pěkný den a těším se na spolupráci.

Nina Müllerová

**Scénář pro polostrukturovaný rozhovor na téma: „Využívání softwarového programu pro sledování výskytu dekubitů ve zdravotnickém zařízení“**

**Kategorie respondenta:**

- Zdravotnický pracovník – všeobecná sestra
- Nezdravotnický pracovník – manažer kvality/informatik

**Kategorie zdravotnického zařízení:**

- Fakultní nemocnice
- Nemocnice nefakultního typu

**Datum rozhovoru:**

**Trvání rozhovoru od: do:**

**Věk respondenta:**

**Pohlaví:**

**Nejvyšší ukončené vzdělání:**

**Osobní zkušenost se sledováním dekubitů:**

**Jak dlouhá:**

Scénář pro rozhovor

	OBLAST	KLÍČOVÁ OTÁZKA
I/1	Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření	„Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“
II/2	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“
II/3	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“
II/4	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW?“
III/5	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními?“
III/6	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využíváte data získaná ze SW ke zvyšování kvality?“ a) z vámi používaného (SW, NIS apod.)  b) z pilotně použitého SW
III/7	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“
III/8	Využívání dat/výsledků	„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů ke zvyšování

	šetření.	kvality?“
III/9	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů k zavedení také preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“
III/10	Využívání dat/výsledků šetření.	„Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“  „Pokud ano, jak používáte tento argument?“
IV/11	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	„Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkreslení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“
IV/12	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	„Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“
	PROSTRO PRO RESPONDENTOVY KOMENTÁŘE NEVZTAHUJÍCÍ SE PŘÍMO K VÝŠE UVEDENÝM KRITÉRIÍM	

**Poznámky k jednotlivým otázkám:**

Oblast I – Tato otázka je informativní, pro upřesnění s jakým šetření výskytu dekubitů má dané zdravotnické zařízení zkušenost, popřípadě jakou zkušenost mají i jednotliví respondenti.

Oblast II - Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů – otázky jsou zaměřené jednak na zhodnocení dosavadního systému sběru dat, zájem nemocnice o validní data a možnost porovnávání se s jinými zdravotnickými zařízeními a v neposlední řadě možnost propojení SW a automatický sběr dat.

Oblast III – Využívání dat respektive výsledků – otázky jsou zaměřené na efektivní využívání dat jako zpětné vazby, definované oblastí, které mají prospěch pro pacienta, ošetřující personál i nemocnici.

Oblast IV – Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat – otázky jsou zaměřené na zájem a maximální zapojení zdravotnických pracovníků do procesu jak z hlediska sběru validních dat, ale také ochoty zabývat se jimi a tím zlepšovat kvalitu zdravotní péče.

**Záznam polostrukturovaného rozhovoru na téma: „Využívání softwarového programu pro sledování výskytu dekubitů ve zdravotnickém zařízení“**

**Poznámky k jednotlivým oblastem:**

Oblast I – tato otázka je informativní, pro upřesnění s jakým šetření výskytu dekubitů má dané zdravotnické zařízení zkušenost, popřípadě jakou zkušenost mají i jednotliví respondenti.

Oblast II - využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů – otázky jsou zaměřené jednak na zhodnocení dosavadního systému sběru dat, zájem nemocnice o validní data a možnost porovnávání se s jinými zdravotnickými zařízeními a v neposlední řadě možnost propojení SW a automatický sběr dat.

Oblast III – Využívání dat respektive výsledků – otázky jsou zaměřené na efektivní využívání dat jako zpětné vazby, definované oblasti, které mají prospěch pro pacienta, ošetřující personál nemocnici.

Oblast IV – Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat – otázky jsou zaměřené na zájem a maximální zapojení zdravotnických pracovníků do procesu jak z hlediska sběru validních dat, ale také ochoty zabývat se jimi a tím zlepšovat kvalitu zdravotní péče.



## Respondent 1

### Kategorie respondenta:

Zdravotnický pracovník – všeobecná sestra, manažerka kvality

### Kategorie zdravotnického zařízení:

Fakultní nemocnice

**Datum rozhovoru:** 19.6.2009      **Trvání rozhovoru od:** 17 hod      **do:** 18 hod

**Věk respondenta:** 30

**Pohlaví:** žena

**Nejvyšší ukončené vzdělání:** VŠ, magisterské

**Osobní zkušenost se sledováním dekubitů:** Ano

**Délka:** 5 let

### SCÉNÁŘ ROZHOVORU

	OBLAST	KLÍČOVÁ OTÁZKA
I/1	Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření	„Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“ Ano, my sledujeme dekubity v incidenčním šetření, to znamená každý den výskyt každého dekubitu v naší nemocnici, v prevalenčním šetření jsme sledovali dekubity do roku 2004, v roce 2008 jsme sledovali v pilotním projektu MZ prevalenční výskyt 2x.
II/2	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“ V incidenci prostřednictvím on-line sledování v aplikaci NIS. V prevalenční m šetření jsme používali v roce 2008 SW vyvíjený v pilotním projektu MZ.
II/3	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW?“ Za prvé bych uvedla, že na používání SW nové metodiky byla poměrně krátká doba na zacvičení sester před ostrou aplikací. Musela jsem se sama naučit a následně sestry edukovat jak bylo potřeba. Proto jsme museli přistoupit k tomu, že se v daný den formuláře vyplnily písemně a následně je jeden člověk aplikoval do elektronické podoby. Z tohoto pohledu to bylo náročnější pro koordinátorku, ale pokud budou v budoucím šetření všichni dobře zaškolení a budou mít prostor se s metodou seznámit doporučovala bych v používání pilotně ověřeného SW pokračovat. Rozdíl vidím v tom, že ten náš už dobře známe, ale nemůžeme výsledky porovnávat s nikým, ten nový potřebuje zaškolení než si zvykne.
II/4	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“ Plánujeme, pokud bude projekt i nadále pokračovat, zapojí se více nemocnic a bude centrálně koordinován.
III/5	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními?“ Ano, prezentovala jsem data na schůzce konzultantek které byly

		zapojeny a s výsledky se oznamovaly vrchním sestřám, které s nimi byly podrobně seznámeny.
III/6	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Využíváte data získaná ze SW ke zvyšování kvality?“</p> <p>a) z vámi používaného (SW, NIS apod.)</p> <p>Ano, z toho, který se používá od roku 2004 využíváme je ve spolupráci s vedoucími jednotlivých oddělení a stanic, analyzujeme a hledáme možnosti zlepšení, musí se analyzovat příčiny například zvýšeného výskytu podle jednotlivých stupňů dekubitů a nebo kvalita a vhodnost používaného materiálu apod.</p> <p>b) z pilotně použitého SW</p> <p>Nevyužili jsme zatím data ze SW, který se používal pilotně, ale pokud bude používán pravidelně budou informace nejen validnější a přesnější, ale budou mít i významnější porovnávací hodnotu.</p>
III/7	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“</p> <p>Pokud se jedná o preventivní opatření mohou k tomu výsledky z prevalenčního šetření pomoci, nicméně je třeba provést individuální rozbor každého oddělení, stanice, pacienta či případu a podle toho se zaměřit např. na vybavení, doškolení personálu, vytvoření standardního ošetrovatelského postupu apod.</p>
III/8	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality?“</p> <p>Přispívají z hlediska vnitřního sledování v naší nemocnici se mohou inspirovat stanice mezi sebou, ale myslím si, že kdyby byly porovnány výsledky v rámci více nemocnic, ale podle typu pracovišť, bylo by to efektivnější. Podobnou zkušenost již máme se sledováním pádů při hospitalizaci pacientů, kdy jednoznačně pomáhá rozdělení nemocnice podle oborů. Snaha být mezi nemocnicemi, které mají lepší výsledky vede k objevování nových možností ke zvyšování kvality.</p>
III/9	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů k zavedení také preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“</p> <p>Totéž, co už jsem řekla ke kvalitě, se týká i snížení zátěže sester, ale opět je nutné provést podrobnou individuální analýzu, což umožňuje nový SW díky rozdělení pacientů do rizikových skupin.</p>
III/10	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“</p> <p>Jednoznačně ano, jsou ekonomickým problémem, pracujeme s tím takovým způsobem, že máme konzultantku pro chronické rány na plný úvazek, dále máme oddělení geriatrické péče, které je zaměřené jen na dekubity, kde se shromažďují pacienti s dekubity a jsou tak efektivnějším způsobem využívané prostředky a pomůcky.</p> <p>„Pokud ano, používáte tento argument?“</p>

		Konzultantka pomáhá v rozhodování v celé nemocnici jaký materiál používat, dále jsou půjčovány matrace apod.
IV/11	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	„Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkreslení daný mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“ Určitě ano.
IV/12	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	„Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“ Z hlediska benchmarkingu se jimi zabývat budeme především z důvodu porovnávání mezi nemocnicemi, neboť v rámci naší nemocnice to již provádíme, z výsledků, které probíhají v rámci incidenčního šetření. Benchmarking bude probíhat nejen mezi nemocnicemi, ale především mezi obory, které budou srovnávat individuálně podobné skupiny pacientů a hodnocení v oblasti kvality pak bude spravedlivější.
	PROSTRO PRO RESPONDENTOVY KOMENTÁŘE NEVZTAHUJÍCÍ SE PŘÍMO K VÝŠE UVEDENÝM KRITÉRIÍM	Myslím si, že by bylo vhodné vytvořit školicí centrum, kde se budou další zájemci o využívání programu školit.

**Respondent 2****Kategorie respondenta:****X**  Zdravotnický pracovník – všeobecná sestra, asistentka hlavní sestry**Kategorie zdravotnického zařízení:****X**  Fakultní nemocnice**Datum rozhovoru:** 7.7.2009**Trvání rozhovoru od:** 9,15 do: 9,50 hod**Věk respondenta:** 45 let**Pohlaví:** žena**Nejvyšší ukončené vzdělání:** vysokoškolské, doktorandské**Osobní zkušenost se sledováním dekubitů:** Ano**Délka:** 6 let

## SCÉNÁŘ PRO ROZHOVOR

	OBLAST	KLÍČOVÁ OTÁZKA
I/1	Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření	„Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“ V naší nemocnici sledujeme výskyt dekubitů od roku 2003 incidenčním šetřením. Od roku 2005 jsme převzali metodiku SFN – šetření prevalenční, ale incidenční šetření provádíme stále. Máme tedy výsledky z prevalenčního šetření 4x do roka, incidenční výstupy máme za 1. a 2. pololetí roku a za celý kalendářní rok.
II/2	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“ V roce 2003 – 4 z jednotlivých pracovišť bylo zasíláno měsíční hlášení v písemné podobě. Od roku 2005 je k hlášení dekubitů používán SW MS Excell.
II/3	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW?“ Z praktického hlediska mohu posoudit pouze SW MS Excel, který používáme a se kterým máme určité potíže při zpracování a vyhodnocování výstupů. Náš NIS neumožňuje propojení dat. Pilotní projekt MZ jsem měla možnost posoudit pouze jako oponent závěrečné zprávy. Zpracování výsledků jednotnou metodikou v rámci ČR vidím jako velice přínosnou.
II/4	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“ Dle posouzení závěrečné zprávy z pilotního projektu MZ by zájem o propojení nového SW s NIS byl. Dle závěrečné zprávy, co bylo i uváděno do posudku, není ale naprosto jasný proces sběru dat. Data o pacientovi, zejména jeho rodné číslo, nesmí opustit naše zdravotnické zařízení. Nemocnice by měla získat jasné doporučení, popř. SW, jak data sbírat. Data anonymizovaná pak zadat do jednotného systému ke zpracování. V současné době naše nemocnice plánuje nákup nového NIS. Jedním z požadavků bude i možnost sledování a vyhodnocování dekubitů.
III/5	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními?“ Nemohu se vyjádřit, nebyli jsme do pilotního šetření zapojeni.

III/6	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Využíváte data získaná ze SW ke zvyšování kvality?“  a) z vámi používaného (SW, NIS apod.)  Ano, vrchní sestry dostávají pravidelné vyhodnocení výskytu dekubitů a rizikových pacientů na jejich pracovištích, kde se mohou porovnávat s dalšími příbuznými obory. Výsledky jsou k dispozici i na Intranetu naší nemocnice. V našem systému hodnocení kvality poskytované péče sledování a vyhodnocování výskytu dekubitů na klinických pracovištích patří mezi hodnotící kritéria pracovišť. Vrcholový management má data ze šetření také k dispozici, dostává ještě měsíční přehled o výskytu dekubitů 3. a 4. st. vzniklých na mateřské stanici. Tato data jsou ještě předávána Skupině sester specialistek pečující o rány. Tyto sestry jsou konzultantkami pro daná klinická pracoviště a mohou do systému péče o dekubity zasahovat.  b) z pilotně použitého SW  Nebyli jsme do pilotního šetření zapojeni.</p>
III/7	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“  Ano.  Jednak náměstkyně pro ošetrovatelskou péči má na základě tohoto šetření možnost sledovat náročnost ošetrovatelské péče (dle počtu pacientů v riziku) a následně intervenovat a dostávat finanční prostředky na nákup preventivních pomůcek, např. antidekubitní matrace, polohovací pomůcky.  Dle výsledků a z následných šetření lze vytipovat kritické body v procesu poskytování ošetrovatelské péče a působit preventivně, např. používání preventivních ochranných lepicích filmů do sakrální oblasti před náročným operačním výkonem.</p>
III/8	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality?“  Ano, naše pracoviště mohou vidět, jak kvalitní či nekvalitní péči poskytují – mají možnost porovnání dle příbuzných oborů – interní, chirurgická, jednotky intenzivní péče.  Díky možným preventivním opatřením lze zvyšovat kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.</p>
III/9	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů k zavedení také preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“  Ano, zejména když mohou poskytnou lepší technické a materiální vybavení k prevenci vzniku dekubitů.</p>
III/10	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“  Ano, jsou. Vždy se musí zvažovat, co je nejen pro zdravotnické zařízení přínosné, ale zejména pro pacienta. Na zdravotnickém trhu jsou pomůcky, které zvýší komfort pacienta, sníží riziko vzniku dekubitů (např. systémy na odvod stolice, jehož pořizovací cena není nezanedbatelná). Pak nezbyvá nic jiného, než provést srovnávací studie a porovnat způsoby péče. Ve všech případech se ukázalo, že tam, kde se vloží finanční prostředky do prevence vzniku dekubitů, je vždy finanční návratnost lepší, než při jejich léčbě. Bohužel, ošetrovatelský</p>

		<p>personál musí tento postoj neustále obhajovat.</p> <p>„Pokud ano, jak používáte tento argument?“</p> <p>Viz. výše – srovnávací studie, kalkulace.</p> <p>Obhajoba investičních finančních prostředků na nákup antidekubitních pomůcek.</p> <p>Sestru specialistku pro léčbu ran sice nemáme na plný úvazek, máme skupinu sester specialistek, které při své práci konzultují možné případy. Je jim umožněno vzdělání a školení v této problematice.</p>
IV/11	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	<p>„Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkreslení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“</p> <p>Ochota zdravotníků sbírat data závisí především na jejich postupném vzdělávání a <b>na jednoduchosti SW</b>, kam mají data vkládat. Za poslední roky se nám výskyt dekubitů a rizikových pacientů dle statistických dat zvyšuje, ale dle našeho následného šetření se ukazuje, že stoupá pouze ochota a lepší spolupráce zdravotníků při sběru dat. Stejný postoj zdravotníků je i v oblasti hlášení nozokomiálních nákaz.</p>
IV/12	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	<p>„Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“</p> <p>Ano, můžeme toto pozorovat při sledování pádů v rámci ČR. V současné době je systém sledování dekubitů v ČR tak rozdílný, že není možné porovnávání výstupů.</p>
	<p>PROSTRO PRO RESPONDENTOVY KOMENTÁŘE NEVZTAHUJÍCÍ SE PŘÍMO K VÝŠE UVEDENÝM KRITÉRIÍM</p>	

**Respondent 3****Kategorie respondenta:****X  Zdravotnický pracovník – všeobecná sestra, hlavní sestra****Kategorie zdravotnického zařízení:****X  Nemocnice nefakultního typu****Datum rozhovoru:** 6.7.2009**Trvání rozhovoru od:** 10,00 **do:** 10,40 hod**Věk respondenta:** 47**Pohlaví:** žena**Nejvyšší ukončené vzdělání:** VŠ, bakalářské**Osobní zkušenost se sledováním dekubitů:** Ano**Délka:** 10 let

## SCÉNÁŘ ROZHOVORU

	OBLAST	KLÍČOVÁ OTÁZKA
I/1	Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření	„Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“ V naší nemocnici je výskyt dekubitů hodnocen jako indikátor kvality ošetrovatelské péče. Sběr dat pobíhá kontinuálně formou hlášení prostřednictvím aplikace umístěné na nemocničním Intranetu (incidenční šetření). Data jsou periodicky zveřejňována ve formě statistických přehledů a grafického znázornění pro potřeby vedoucích pracovníků odborných oddělení. 1x měsíčně probíhá rozbor kasuistik pacientů, jimž vzniknul v průběhu hospitalizace dekubit. Současně je sledován postup léčby a hojení dekubitů u pacientů, jenž byli do nemocnice s dekubitem přijati.
II/2	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“ Za účelem sledování výskytu byla vytvořena jednoduchá aplikace – pouze formou hlášení, z níž jsou k dispozici přehledy počtů pacientů (Excel soubory). Vyhledávání konkrétních informací o konkrétním pacientovi je možno při zadání rodného čísla v původním formuláři hlášení.
II/3	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW?“ Aplikace není možno porovnávat, neboť do stávajícího systému vkládá sestra informace průběžně při zjištění rizika či dekubitu a tato jsou pak periodicky vyhodnocována. Do testovaného SW je možno zatím vkládat data jednorázově. V průběhu pilotních šetření jsme získávali data z Excell. souborů, která jsme však v den šetření na odděleních ověřovali
II/4	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“ Plánujeme nákup nového NIS a budeme požadovat v zadávací dokumentaci zajištění sběru dat o výskytu rizikových pacientů a dekubitů. Zkoušená SW aplikace je pro praxi vyhovující. Nezbytné je zaškolení všech, kdo se SW pracují.
III/5	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními?“ Výstupy z pilotních šetření byly prezentovány na poradě

		vedoucích pracovníků. Porovnávání dat z různých zdravotnických zařízení je též požadavek mezinárodních akreditačních standardů a v naší nemocnici budou využity v průběhu akreditačního šetření.
III/6	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Využíváte data získaná ze SW ke zvyšování kvality?“</p> <p>a) z vámi používaného (SW, NIS apod.) Data slouží vrchním sestřím k průběžnému hodnocení kvality ošetrovatelské péče a jsou pokynem k důsledné kontrolní činnosti v případě zhoršení výsledků. Pro management jsou data podkladem pro další plánování nákupu antidekubitních prostředků. Retrospektivně jsou data důkazem, že dostatečné zabezpečení preventivními prostředky přináší kvalitnější výstup ošetrovatelské péče – nižší výskyt dekubitů. Vždy je možno dohledat v případě event. stížnosti či sporů o úrovni péče konkrétní informace o průběhu případu.</p> <p>b) z pilotně použitého SW v současné době pracujeme s daty z pilotního SW, staniční sestry se postupně učí vkládat data a dle dosavadních zkušeností nepřináší systém žádné větší problémy. Z pilotního SW je přístupné velké množství dat, která vypovídají o reálném stavu v den šetření (rozložení rizika v souboru pacientů, stadia dekubitů atd.) Statistická vyhodnocení však musíme získat od zpracovatele SW, soubory nemáme v současné době k dispozici</p>
III/7	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“</p> <p>Výsledky šetření slouží nepochybně jako podklad pro diskusi k problematice správné prevence a zásahům v praxi.</p>
III/8	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality?“</p> <p>Z již řečeného vyplývá, že sběr dat a výsledky šetření přispívají ke sledování úrovně kvality poskytované péče a k jejímu dalšímu zlepšování.</p>
III/9	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů k zavedení také preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“</p> <p>V minulých letech byla vždy data z kontinuálního šetření podkladem a argumentem pro zlepšení podmínek preventivních opatření (nákup pasivních matrací, aktivních antidekubitních systémů – vytvoření celonemocničního depa matrací), což nepochybně vedlo ke snížení zátěže sester</p>
III/10	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“</p> <p>Výskyt dekubitů je vždy hodnocen jako faktor zatěžující ekonomiku pracoviště.</p> <p>V naší nemocnici nejsou porovnávána data jednotlivých komplikací léčby z hlediska nákladovosti. Nelze tak jednoznačně sdělit, zda dekubity jsou významným faktorem z komplexního pohledu na poskytovanou péči.</p> <p>„Pokud ano, jak používáte tento argument?“</p> <p>Pokud je zjištěn významný lokální nárůst výskytu dekubitů, je následně posouzena úroveň vybavení pracoviště preventivními</p>



		prostředky. Výsledky slouží jako argument pro další jednání.
IV/11	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	<p>„Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkreslení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“</p> <p>Vedoucí pracovníci pracují s daty, které jsou jim předkládány. Nedomnívám se, že zavedení nového systému zvýší ochotu data sbírat. Sběr dat je nedílnou součástí činnosti pracovníků a patří k jejím povinnostem. Je však třeba přiznat, že výstupy z dosud používané aplikace byly rozdílné a zapojení do pilotního šetření přineslo diskusi o příčině těchto odchylek.</p>
IV/12	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	<p>„Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“</p> <p>Porovnávání dat v rámci zdravotnického zařízení přináší nepochybně diskusi a zamyšlení nad úrovní péče jednotlivých pracovišť a může být jedním z faktorů jejich pravidelného hodnocení.</p> <p>Benchmarking zdravotnických zařízení může přispět managementům nemocnic k dalším zásahům do procesů péče a přináší též zřizovatelům a plátcům relevantní informace o úrovni kvality ošetrovatelské péče.</p> <p>Je tedy možné, že přístup k srovnatelným datům dle jednotné metodiky zvýší zájem zdravotníků zabývat se výskytem dekubitů.</p>
	PROSTRO PRO RESPONDENTOVY KOMENTÁŘE NEVZTAHUJÍCÍ SE PŘÍMO K VÝŠE UVEDENÝM KRITÉRIÍM	Určitě je potřeba uživatele dobře proškolit.

**Respondent 4****Kategorie respondenta:** **Zdravotnický pracovník – všeobecná sestra, epidemiologická****Kategorie zdravotnického zařízení:** **Fakultní nemocnice****Datum:** 20.6.2009**Trvání rozhovoru od:** 9.00 **do:** 10.00 hod**Věk respondenta:** 49**Pohlaví:** žena **Nejvyšší ukončené vzdělání:** VŠ, bakalářské**Osobní zkušenost se sledováním dekubitů** Ano**Délka:** 10 let**SCÉNÁŘ PRO ROZHOVOR**

	OBLAST	KLÍČOVÁ OTÁZKA
I/1	Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření	„Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“ Incidenci sledujeme od r. 2005, prevalenční šetření provádíme od roku 1997 4x ročně
II/2	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“ Incidenci zaznamenávají zdravotničtí pracovníci (ZP) do NIS (výskyt každého dekubitu). Pro sledování prevalence jsme používali od r. 2000 do poloviny r. 2008 program ACCES (autor PhDr. Bílek). Po nabídce zúčastnit se pilotního projektu MZ jsme přešli na SW vyvinutý pro celonárodní šetření výskytu dekubitů.
II/3	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW?“ Pro mě jako editora uživatelsky srovnatelné, NLZP si museli zvyknout na jiné formulář, ale zadávaná data byla prakticky totožná, takže problémy se nevyskytly. Hlavní rozdíl je v možnosti porovnání s ostatními zúčastněnými nemocnicemi.
II/4	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“ Zatím ne.
III/5	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními?“ Ano, vzhledem k možnosti porovnání srovnatelně zaměřených oborů. Data z obou pilotních šetření jsem prezentovala na poradách vrchních sester.
III/6	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využíváte data získaná ze SW ke zvyšování kvality?“ a) z vámi používaného (SW, NIS apod.) Ano, jednoznačně jsou již vytipována pracoviště s nejvyšším výskytem, kde jsou ZP přednostně proškolení v problematice a zajištěny ATD matrace, polohovací pomůcky a terapeutické materiály. Na těchto pracovištích provádíme každoročně audit zaměřený na standardně prováděnou prevenci a ošetřování dekubitů. b) z pilotně použitého SW Ano, v podstatě stejně, neboť přechod na nový systém byl plynulý s téměř stejnými daty. Do budoucna, až bude více

		výstupů z porovnání zúčastněných nemocnic, bude jistě možné analyzovat a použít i tyto výsledky.
III/7	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“ Ano, právě poskytnutím zpětné vazby vedoucím nelékařským pracovníkům jednotlivých pracovišť, kteří mohou na základě výsledků činit opatření.
III/8	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality?“ Ano, v návaznosti na předchozí, na základě cílených opatření dojde i ke zlepšení kvality. Presentování závažnosti problematiky ve všech aspektech včetně přehledů výsledků šetření rovněž přispívá k hledání cest ke zvyšování kvality péče.
III/9	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů k zavedení také preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“ Mohly a měly by přispět, neboť při dlouhodobějším sledování „vyplují na povrch“ pracoviště, kde je zátěž personálu touto problematikou nejvyšší, a je tedy opět možné cíleně podniknout opatření ke snížení této zátěže (navýšení pomocného personálu apod.)
III/10	Využívání dat/výsledků šetření.	„Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“ Ano, i zde platí, že prevence je levnější než léčba „Pokud ano, jak používáte tento argument?“ Proto klademe maximální důraz na celou škálu opatření, směřujících k tomu, aby dekubit vůbec nevznikl, a samozřejmě také na adekvátní ošetřování a léčbu. V naší nemocnici pracuje Pracovní skupina pro sledování dekubitů, která vytvořila standard Prevence a ošetřování dekubitů, sleduje jeho dodržování (audity), zajišťuje pravidelné proškolení ZP (periodická symposia Prevence a léčba dekubitů 2 – 3x ročně)
IV/11	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	„Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkreslení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“ Ano, protože zde zřetelně vystupuje větší smysluplnost porovnávání pracovišť se srovnatelným zaměřením.
IV/12	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	„Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“ Ano, protože uvidí širší využití výsledků. Získají tak čitelnější informaci o situaci na vlastním pracovišti, event. jaký prostor mají pro zlepšení.
	PROSTRO PRO RESPONDENTOVY KOMENTÁŘE NEVZTAHUJÍCÍ SE PŘÍMO K VÝŠE UVEDENÝM KRITÉRIÍM	

**Respondent 5****Kategorie respondenta:** **Zdravotnický pracovník – všeobecná sestra****Kategorie zdravotnického zařízení:** **Nemocnice nefakultního typu****Datum rozhovoru:** 8.7.2009**Trvání rozhovoru od:** 8,10 **do:** 9,40 hod**Věk respondenta:** 46**Pohlaví:** žena **Nejvyšší ukončené vzdělání:** středoškolské odborné**Osobní zkušenost se sledováním dekubitů:** Ano**Délka:** 1 rok

## SCÉNÁŘ ROZHOVORU

	OBLAST	KLÍČOVÁ OTÁZKA
I/1	Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření	„Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“ To je problém, já totiž nedělám na oddělení, ale na ambulanci, tak nevím jak to probíhalo dříve, ale vím, že sestry zapisovaly dekubity do chorobopisů. Prevalenční šetření jsme zahájili poprvé v pilotním projektu vloni a teď proběhlo podruhé další šetření. Já mám na starosti zadávání dat do programu.
II/2	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“ To nevím jak se ten program jmenuje, já tam jen vyplňuji předané údaje z oddělení. Pracuji s tím, co mi zaslali v rámci projektu.
II/3	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW?“ Mohu hodnotit jen ten nový program, je to velice dobré, sestry si zaznamenávají výskyt do tabulky, pak mi to přes e-mail pošlou a já to pak vložím do programu. Líbí se mi, že jsou do toho zapojená oddělení v celé nemocnici.
II/4	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“ Na tuto otázku také nemohu přesně odpovědět, obraťte se na hlavní sestru nebo na pracovníky informatiky. Nemocniční systém máme, ale jak se to dá propojit nevím.
III/5	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními?“ K tomu nemám přesné informace jak se data využila, v době vyhodnocení jsem byla nemocná, ale vím, že se uskutečnila schůzka v době a to se musíte obrátit na hlavní sestru. Pokud vím tak nyní má dovolenou, musíte to zkusit později... Vím, že se plánuje další šetření a že ho budu zase provádět já.
III/6	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využíváte data získaná ze SW ke zvyšování kvality?“ a) z vámi používaného (SW, NIS apod.) To by Vám řekla také spíše hlavní sestra, já jsem byla jen zpracovatel dat toho nového programu. Myslím, že jsme Žádný program nepoužívali. b) z pilotně použitého SW pokud vím, tak hlavní sestra měla schůzku s vrchními a

		<p>staničními sestrami, kde to s nimi probírala, ale této schůzky jsem se neúčastnila. Musíte se na ni obrátit až se vrátí z dovolené. Z toho nového programu se dají výsledky používat, ale já nevím přesně jak. Jak už jsem řekla, já jsem se jen podílela na zadání dat do programu.</p>
III/7	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“  <b>Určitě přispívají.</b></p>
III/8	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality?“  <b>Ano, přispívají. Když hlavní sestra řeší s týmem sester výsledky, projednávání i opatření ke zvýšení kvality. Určitě také není příjemné těm, kdo nemají výsledky dobré, taková publicita. Začnou se pak snažit o zlepšení.</b></p>
III/9	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů k zavedení také preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“  <b>Na ošetrovatelských lůžkách, kde je velký počet dekubitů by se mělo zlepšit vybavení lůžky a matracemi a tím se sníží zátěž sester alepší zároveň ošetrovatelská péče o pacienty. Sestry budou méně zatížené a pacienti budou mít zároveň lepší péči.</b></p>
III/10	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“  <b>Negativní faktor to určitě je, z hlediska ekonomiky je to o tom, že se zvyšují náklady na ošetřování dekubitů a prodlužuje se délka pobytu pacienta v nemocnici. Náklady jsou nutné také na vybavení.</b>  <b>„Pokud ano, jak používáte tento argument?“</b>  <b>Zatím jsme takový argument nepoužívali. Také máme jen výsledky z prvního šetření a na druhé se chystáme. Teprve z výsledků druhého šetření budeme moci udělat nějaké závěry.</b></p>
IV/11	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	<p>„Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkrácení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“  <b>No, řekla bych, že ano, ale na druhou stranu oni musí spolupracovat, protože je to v jejich zájmu. K tomu zkrácení, tak já je kontroluji, aby nepsali nějaké „nesmysl“ a když něco neseď, tak je mohu zavolat.</b>  <b>„Já jsem myslela, jestli se může zvýšit ochota tím, že bude více zohledněno, že se může výskyt dekubitů více odrážet na pracovišti, kde jsou těžší pacienti“</b>  <b>Tak to určitě ano, myslím, že ochota se zvýší.</b></p>
IV/12	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	<p>„Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“  <b>Já myslím, že se zvýší, protože je to přínos pro sestry, budou se více snažit o osobní péči pacientů, bude to pro ně větší motivace.</b></p>
	PROSTRO PRO RESPONDENTOVY	

	KOMENTÁŘE NEVZTAHUJÍCÍ SE PŘÍMO K VÝŠE UVEDENÝM KRITÉRIÍM	
--	--	--

**Respondent 6****Kategorie respondenta:** **Zdravotnický pracovník, všeobecná sestra, pozice – hlavní sestra****Kategorie zdravotnického zařízení:** **Nemocnice nefakultního typu****Datum rozhovoru: 18.6.2009****Trvání rozhovoru od: 15,30 do: 16,30****Věk respondenta: 43****Pohlaví: žena****Nejvyšší ukončené vzdělání: VŠ – bakalářského stupně****Osobní zkušenost se sledováním dekubitů: Ano Délka: 5 let**

## Scénář pro rozhovor

	OBLAST	OTÁZKA
I/1	Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření	„Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“ Před sledováním dle metodiky dr. Suchého jsme prováděli 2x ročně pravidelné sledování u všech hospitalizovaných, přijatých pacientů ve stanovený den po dobu celých 24 hodin. Od prosince 2008 jsme zapojeni do projektu dr. Suchého a provádíme vyhodnocení čtvrtletně dle jeho dotazníků.
II/2	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“ Dříve jsme používali pouze vlastní dotazník, nyní využíváme SW dr. Suchého.
II/3	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW?“ Výhodou je, že všechna data za nás zpracovává externí firma, v námi používaném systému personál oddělení zadal požadovaná data do dotazníku a zpracování bylo zdouhavé bez použití výpočetní techniky.
II/4	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“ Prozatím ne, spíše využíváme sledování dekubitů jako zařízení evidence hlášení mimořádných událostí.
III/5	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními?“ Ano, ale důležité pro nás bylo porovnání hlavně našich 5-ti nemocnic. Porovnání je ale nesrovnatelné ( pro naši nemocnici je vhodnější porovnání s fakultními), vzhledem k velikosti nemocnic, členění, některé mají LDN jako samostatné oddělení, jiné mají rizikové pacienty přímo na interním oddělení.
III/6	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využíváte data získaná ze SW ke zvyšování kvality?“ a) z vámi používaného (SW, NIS apod.) Ano, máme poměrně dobře vybavená pracoviště antidekubitními systémy hlavně pracoviště JIP a ARO. Provádíme porovnání mezi odděleními a zaměřujeme se na zlepšení výsledků.  b) z pilotně použitého SW Ano, pro porovnání nemocnic

III/7	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“</p> <p>Ano, hodnocení se provádí častěji, sledování výskytu dekubitů je diskutováno na poradách vrchních sester a následně i provozních poradách oddělení. Hledají se společně možnosti prevence, ošetrovatelský personál má kompetenci k prevenci dekubitů.</p>
III/8	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality?“</p> <p>Ano, snaha o zlepšení výsledků a hodnocení, sledování výskytu dekubitů bylo zapojeno do celkového hodnocení poskytování péče v rámci pololetního vyhodnocování.</p>
III/9	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů k zavedení také preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“</p> <p>NE</p> <p>„Skutečně?“</p> <p>To moje NE uvádím proto že mám pocit a nechci říct úplného nezájmu, ale spíše malého zájmu vedení nemocnice o podklady k zavádění opatření, která vedou k nějakým finančním nákladům. Výsledky šetření – čísla o počtu rizikových pacientů nebo počtu dekubitů, to jsou čísla, která nezdravotnickému vedení moc neříkají. Na druhou stranu musím přiznat, že jsem tato čísla použila jako argument pro navýšení ošetrovatelského personálu – sanitářů, ošetrovatelek – hlavně na interních odděleních a to se mi podařilo.</p>
III/10	Využívání dat/výsledků šetření.	<p>„Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“</p> <p>Ano</p> <p>„Pokud ano, jak používáte tento argument?“</p> <p>V naší nemocnici používáme sice moderní metody hojení ran i k prevenci dekubitů, ale současně jsou stanoveny přesné limity pro nákupy SZM. Tyto materiály jsou podstatně finančně nákladnější a pro některá oddělení je jejich nákup zásahem do rozpočtu. Prodlužuje se doba hospitalizace, celkové náklady na léčbu neodpovídají nákladům přijímací diagnózy.</p>
IV/11	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	<p>„Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkreslení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“</p> <p>Ne, domnívám se, že personál sledování těchto údajů považuje za běžnou aktivitu nutnou pro zajištění statistik a hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Samozřejmě se vždycky stane, že na některém oddělení dojde k neshodě, která je nejčastěji zapříčiněna špatnou komunikací ze strany nadřízeného nebo nedostatečným zapracováním nových zaměstnanců.</p>
IV/12	Zájem zdravotnických	<p>„Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje</p>



	pracovníků o sběr dat.	benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“ Ano, zdravotní sestry chtějí být informovány, hlavně pro porovnání zlepšení či zhoršení výsledků šetření a nejen v rámci jednotlivých oddělení naší nemocnice, ale i mezi nemocnicemi v ČR. Hodnotí posuny v žebříčku.
	PROSTRO PRO RESPONDENTOVY KOMENTÁŘE NEVZTAHUJÍCÍ SE PŘÍMO K VÝŠE UVEDENÝM KRITÉRIÍM	

## Respondent 7

### Kategorie respondenta:

Zdravotnický pracovník – všeobecná sestra, hlavní sestra

### Kategorie zdravotnického zařízení:

Nemocnice nefakultního typu

Datum rozhovoru: 29.6.2009

Trvání rozhovoru od: 17,00 do: 17,40

Věk respondenta: 50

Pohlaví: žena Nejvyšší ukončené vzdělání: SZŠ, PSS

Osobní zkušenost se sledováním dekubitů: Ano Délka: 15 let

### SCÉNÁŘ ROZHOVORU

	OBLASTI	KLÍČOVÁ OTÁZKA
I/1	Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření	„Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“ Sledujeme je průběžně a v rámci projektu ministerstva v roce 2008 a 2009 jsme je sledovali i jednorázově.
II/2	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“ SW pro monitoring mimořádných událostí a dekubitů.
II/3	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW?“ Oba SW jsou srovnatelné. Dávají prakticky stejné výstupy. Rozdíl: Pilotně použitý SW umožní benchmarking mezi jednotlivými nemocnicemi naší akciové společnosti. Námí používaný SW umožňuje pouze benchmarking mezi jednotlivými odděleními naší nemocnice.
II/4	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“ Ano, plánujeme
III/5	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními?“ Ano, bylo to zajímavé a velmi užitečné srovnání.
III/6	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využíváte data získaná ze SW ke zvyšování kvality?“ a) z vámi používaného (SW, NIS apod.) Ano b) z pilotně použitého SW Ano
III/7	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“ Ano. Máme tým konzultantek pro hojení ran, které si pravidelně předávají informace u „Kulatého stolu“. Dekubity kontinuálně sledujeme, měsíčně vyhodnocujeme a nastavujeme preventivní opatření.
III/8	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality?“ Ano. Od roku 2005 máme zpracované standardní postupy ošetrovatelské péče: Péče o pacienta s dekubitem, prevence vzniku dekubitů, polohování pacienta, porušení tkáňové

		integrity, metoda vlhkého hojení ran.
III/9	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů k zavedení také preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“ <a href="#">Ano</a>
III/10	Využívání dat/výsledků šetření.	„Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“ „Pokud ano, jak používáte tento argument?“ <a href="#">Počty dekubitů ošetřovaných v naší nemocnici nelze hodnotit jako významný negativní faktor, který by významně ovlivňoval ekonomiku naší nemocnice. Určitě ji ovlivňuje, ale ne významně.</a>
IV/11	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	„Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkreslení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“ <a href="#">Ano, já to vnímám jako velmi důležitou věc.</a>
IV/12	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	„Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“ <a href="#">Ano, myslím si to.</a>
	PROSTRO PRO RESPONDENTOVY KOMENTÁŘE NEVZTAHUJÍCÍ SE PŘÍMO K VÝŠE UVEDENÝM KRITÉRIÍM	

## Respondent 8

Kategorie respondenta:

Zdravotnický pracovník – všeobecná sestra

Kategorie zdravotnického zařízení:

Nemocnice nefakultního typu

Datum rozhovoru: 13.7.2009 Trvání rozhovoru od: 16,30 do 17,15

Věk respondenta: 29

Pohlaví: žena

Nejvyšší ukončené vzdělání: VŠ, bakalářské

Osobní zkušenost se sledováním dekubitů: Ano Délka: 4 roky

### Scénář pro rozhovor

	OBLAST	KLÍČOVÁ OTÁZKA
I/1	Způsob sledování výskytu dekubitů - průběžné (incidenční), jednorázové (prevalenční) šetření	„Jak sledujete ve vaší nemocnici dekubity?“ Využíváme oba způsoby sledování výskytu dekubitů. V naší nemocnici funguje skupina sledování výskytu dekubitů, která je tvořena sestrami konzultantkami. Každá konzultantka má na starosti vybraná pracoviště, kde sleduje průběžně výskyt dekubitů. Vždy poslední středu v měsíci sbíráme data rizikových pacientů a dekubitů a následně je vyhodnocujeme.
II/2	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jaký používáte SW pro sledování dekubitů?“ Používáme nemocniční informační systém AMIS, ale jaký je to software to přesně nevím.
II/3	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Plánujete propojení nového SW s vaším NIS?“ Ano, naši informatici už na tom pracují.
II/4	Využívání informačních technologií ke sledování výskytu dekubitů.	„Jak byste hodnotila rozdíly v používání těchto SW?“ Rozdíl v tom nevidím, jsou velmi podobné. Dosud jsme hlásili dekubity přes Intranet a osobní údaje jednotlivých pacientů se tam načítaly přes AMIS, pilotně ověřovaný systém má podobný způsob zadávání informací a jeho používání je po zaškolení snadné.
III/5	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využili jste data z pilotního šetření pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními?“ Ano, prezentovali jsme je vedoucím zaměstnancům nelékařských zdravotnických profesí.
III/6	Využívání dat/výsledků šetření.	„Využíváte data získaná ze SW ke zvyšování kvality?“ Využíváme data jak z pilotních šetření, to znamená pro srovnání s jinými zdravotnickými zařízeními, tak data, která získáváme našim NIS pro srovnání jednotlivých pracovišť.  a) z vámi používaného (SW, NIS apod.) b) z pilotně použitého SW
III/7	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky z šetření výskytu dekubitů ke zlepšování preventivních opatření?“ Ano, ale musí se zjistit nejdříve příčiny, preventivní opatření podle toho přizpůsobit.

III/8	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů ke zvyšování kvality?“ Ano, například jsou všichni noví zaměstnanci proškolení aby používali stejné postupy. Hledají se nové vhodné materiály neošetřování dekubitů, například pokles výskytu dekubitů je konkrétní výsledky kvality.
III/9	Využívání dat/výsledků šetření.	„Přispívají výsledky šetření výskytu dekubitů k zavedení také preventivních opatření ke snížení zátěže sester?“ Ano, například nákup antidekubitních systémů.
III/10	Využívání dat/výsledků šetření.	„Jsou dekubity významným negativním faktorem z hlediska ekonomiky ve vašem zdravotnickém zařízení?“ Ne, protože klademe značné nároky na prevenci. „Pokud ano, jak používáte tento argument?“
IV/11	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	„Myslíte si, že získáním a zavedením nového SW, kterým se lépe vyloučí faktor zkrácení daný rozdílným mixem rizika pacientů, se zvýší ochota zdravotníků data sbírat?“ Každopádně ano, a to zvláště co se týče rizika pacientů.
IV/12	Zájem zdravotnických pracovníků o sběr dat.	„Myslíte si, že zavedením nového SW, který umožňuje benchmarking se zvýší zájem zdravotníků zabývat se výsledky šetření o výskytu dekubitů?“ Myslím si, že ano. Když jsme začínali v pilotu, mysleli si někteří vedoucí, že jsou na tom s výskytem dekubitů dobře a pak se ukázalo, že jsou v jiných nemocnicích lepší výsledky, tak projevíli o benchmarking zájem.
	PROSTRO PRO RESPONDENTOVY KOMENTÁŘE NEVZTAHUJÍCÍ SE PŘÍMO K VÝŠE UVEDENÝM KRITÉRIÍM	Jsem nyní na mateřské dovolené, ale zajímá mě, jak se to bude dále vyvíjet.