



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Dodržování resortních bezpečnostních cílů na  
odděleních chirurgického typu**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Eliška Rajtmajerová

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

České Budějovice 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Dodržování resortních bezpečnostních cílů na odděleních chirurgického typu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2021

.....

Bc. Eliška Rajtmajerová

### **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce, doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D., za její ochotu, odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mě doprovázely v celém průběhu zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám, které se podílely na zpracování mého výzkumného šetření, za jejich vstřícnost a ochotu věnovat mi svůj čas k provedení rozhovoru.

# **Dodržování resortních bezpečnostních cílů na odděleních chirurgického typu**

## **Abstrakt**

**Úvod:** Resortní bezpečnostní cíle definovalo v roce 2010 Ministerstvo zdravotnictví České republiky a jejich smyslem je minimalizovat rizika nejčastějších nežádoucích událostí, ke kterým může dojít při poskytování zdravotní péče.

**Cíl:** Stěžejním cílem předkládané práce je vyhodnotit dodržování resortních bezpečnostních cílů sestrami na odděleních chirurgického typu ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje.

**Metodika:** Pro dosažení cílů byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda, která probíhala formou hloubkových rozhovorů. Komunikační partneři byli vybráni metodou záměrného výběru. Anonymních rozhovorů se účastnilo 14 probandů. Výzkumný soubor byl složen z vrchních, staničních, všeobecných a praktických sester pracujících na odděleních chirurgického typu vybrané nemocnice Jihočeského kraje.

**Výsledky:** Výsledky výzkumného šetření prokázaly, že dotazované sestry pracující na odděleních chirurgického typu nepostupují jednotně v poskytování péče v oblastech, které definují resortní bezpečnostní cíle. Šlo především o identifikaci pacientů, bezpečnostní předoperační proceduru, a o zavádění preventivních opatření minimalizující riziko vzniku pádů a dekubitů. Výsledky výzkumného šetření dále potvrdily, že sestry mohou poskytovat péči kvalitněji s ohledem na bezpečnost pacienta zejména ve způsobu identifikace pacienta, podávání léků s vyšší mírou rizika, prevenci nozokomiálních nákaz a při telefonické ordinaci léčiv. Dále výsledky výzkumného šetření ukazují, že sestry znají a vhodně používají preventivní opatření v oblasti prevence pádů a dekubitů.

**Závěr a doporučení pro praxi:** Zdravotní péče je inherentně spjata s rizikem pochybení. Proto je důležité, aby sestry poskytovaly bezpečnou péči. Výstupem diplomové práce je návrh systémových změn v oblasti dodržování resortních bezpečnostních cílů, který je určen pro ošetrovatelský management.

**Klíčová slova:** bezpečnost zdravotní péče; nežádoucí událost; ošetrovatelská péče; resortní bezpečnostní cíle; riziko.

# **Compliance with departmental safety objectives in surgical wards**

## **Abstract**

**Introduction:** The Ministry of Health of the Czech Republic defined the departmental safety objectives in 2010 and their purpose is to minimize the risks of the most common adverse events that may occur during the provision of health care.

**Aims:** The main aim of the presented work is to evaluate the observance of departmental safety goals by nurses in surgical wards in selected hospitals in the South Bohemian region.

**Methodology:** To achieve the goals, a qualitative research method was chosen, which took place in the form of in-depth interviews. Communication partners were selected by deliberate selection. 14 individuals took part in the anonymous interviews. The research group consisted of senior, station, general and practical nurses working in surgical wards in selected hospitals in the South Bohemian Region.

**Results:** The results of the research survey showed that the interviewed nurses working in surgical wards do not proceed uniformly in the provision of care in areas that define departmental safety goals. This concerned mainly the identification of patients, safety preoperative procedure, and the introduction of preventive measures to minimize the risk of falls and pressure ulcers. The results of the research also confirmed that nurses can provide better quality care with regard to patient safety, especially in the way of patient identification, administration of higher-risk drugs, prevention of nosocomial infections and ordering of medication by telephone. Furthermore, the results of the research survey show that nurses know and appropriately use preventive measures in the field of prevention of falls and pressure ulcers.

**Conclusion and recommendations for practice:** Health care is inherently linked to the risk of error, so it is important that nurses provide safe care. The output of the diploma thesis is a proposal for systemic changes in the field of compliance with departmental safety objectives intended for nursing management.

**Key words:** health care safety; adverse event; nursing care; departmental security objectives; risk

## Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Bezpečná identifikace pacientů.....	10
1.2 Bezpečné zacházení s rizikovými léčivými.....	12
1.3 Prevence záměny pacienta, strany a výkonu při chirurgických výkonech.....	15
1.4 Prevence pádů .....	16
1.5 Optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče .....	20
1.6 Bezpečná komunikace.....	26
1.7 Bezpečné předávání pacientů .....	28
1.8 Prevence dekubitů u hospitalizovaných pacientů .....	31
2 Cíl práce a výzkumné otázky .....	35
2.1 Cíl práce .....	35
2.2 Dílčí cíle práce .....	35
2.3 Výzkumné otázky.....	35
2.4 Operacionalizace pojmů.....	36
3 Metodika .....	38
3.1 Použitá metoda .....	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	39
4 Výsledky .....	40
4.1 Identifikační údaje sester.....	40
4.2 Seznam kategorizačních skupin .....	41
4.3 Kategorie 1 Bezpečná identifikace pacientů .....	43
4.4 Kategorie 2 Bezpečnost při používání rizikových léčiv .....	45
4.5 Kategorie 3 Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech .....	48
4.6 Kategorie 4 Prevence pádů pacientů .....	51
4.7 Kategorie 5 Optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče ..	56
4.8 Kategorie 6 Bezpečná komunikace.....	64
4.9 Kategorie 7 Bezpečné předávání pacientů .....	66
4.10 Kategorie 8 Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů.....	70
5 Diskuze .....	74
6 Závěr .....	88
6.1 Doporučení pro ošetrovatelskou praxi .....	89
7 Seznam literárních zdrojů .....	90

8 Seznam příloh .....	99
9 Seznam zkratk .....	100

## Úvod

Pro diplomovou práci jsem si vybrala téma „Dodržování resortních bezpečnostních cílů na odděleních chirurgického typu“.

Otázka bezpečnosti zdravotní péče je stále více diskutovaná nejenom v odborné, ale i v laické veřejnosti. Ministerstvo zdravotnictví České republiky v roce 2010 vyhlásilo tzv. Resortní bezpečnostní cíle, které vycházejí z mezinárodních bezpečnostních cílů definovaných Světovou zdravotnickou organizací. Jejich cílem je minimalizovat nejčastější rizika, která hrozí pacientům v průběhu jejich hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Ze své praxe si uvědomuji, že zdravotní péče je inherentně spjata s riziky. Sestra je důležitým členem zdravotnického týmu, je v neustálém kontaktu s pacienty a dodržováním doporučených ošetrovatelských postupů garantuje kvalitu a bezpečnost ošetrovatelské péče. Vedoucí pracovníci ošetrovatelské péče (staniční, vrchní, hlavní sestry) ze své manažerské funkce mají povinnost ošetrovatelskou péči sledovat, průběžně vyhodnocovat a kontinuálně zvyšovat. Nezbytnou podmínkou řízení kvality ve zdravotnickém zařízení je stanovení interních předpisů nemocnice, které písemně definují standardy poskytované péče. Proto mě zajímalo, jaké jsou teoretické znalosti sester o Resortních bezpečnostních cílech a jak jsou tyto cíle v klinické praxi naplňovány.

Cílem diplomové práce bylo zhodnotit, zda jsou dodržovány Resortní bezpečnostní cíle na odděleních chirurgického typu. Práce má popsat, zda sestry poskytují bezpečnou zdravotní péči, zda se řídí nařízeními Resortních bezpečnostních cílů a zda dodržují doporučené postupy. Touto prací bych také chtěla poukázat na nedostatky spojené například s identifikací pacientů a mnohé další, které zvyšují riziko výskytu pochybení zdravotnických pracovníků.

Výstupem diplomové práce je návrh pro provedení systémových změn, které se týkají dodržování Resortních bezpečnostních cílů ve zdravotnických zařízeních určených pro ošetrovatelský management.



## 1 Současný stav

V roce 2010 vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále MZČR) systém doporučení v rámci Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012. Součástí tohoto doporučení jsou Resortní bezpečnostní cíle (dále RBC), které zahrnují oblasti nejčastějšího výskytu nežádoucích událostí (Šupšáková, 2017). Tento bezpečnostní plán vznikl jako reakce na mezinárodní studie, které probíhají od začátku 80. let a potvrdily, že zhruba u 8–12 % hospitalizovaných pacientů je způsobena újma při poskytování zdravotní péče (Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví, 2009). Studie Institute of Medicine v USA odhaduje, že ročně v USA umírá 44 000–98 000 hospitalizovaných pacientů v důsledku pochybení zdravotnického personálu (Kohn et al., 2000). Podobné výsledky přinesly i studie v rámci Evropské unie, kde britské ministerstvo zdravotnictví odhaduje, že ročně dojde v zemi k 850 tisícům nežádoucích událostí, které vedou k poškození pacienta. Podobné výsledky vyplynuly i ze studií provedených ve Španělsku, ve Francii a v Dánsku. Podle studie Eurobarometer, která pochází z ledna 2006 a zabývala se hodnocením občanů EU v oblasti bezpečnosti poskytované zdravotní péče, považuje 78 % občanů EU chyby při poskytování zdravotní péče ve vlastní zemi za závažný problém (Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví, 2009).

Nejčastěji je tato újma způsobena chybou při podávání léků, při chirurgickém pochybení, při diagnostické chybě a díky infekci spojené se zdravotní péčí (Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví, 2009). Resortní bezpečnostní cíle a Akční plán kvality zpracovalo MZČR na základě Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů, včetně prevence infekcí spojených se zdravotní péčí (Úřední věstník Evropské unie, 2009). RBC obsahují konkrétní nástroje ke zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotní péče v rámci České republiky. Tyto cíle jsou doporučené postupy, které vedou ke snížení rizik poškození pacienta či jiných osob během poskytování zdravotní péče, jsou závazné pro organizace, které jsou přímo řízené ministerstvem zdravotnictví a také slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení (Resortní bezpečnostní cíle, 2013). Šupšáková (2017) uvádí, že MZČR od roku 2009 do roku 2015 vyhlásilo postupně celkem osm RBC, které se zabývají oblastmi nejčastěji se vyskytujícími nežádoucích událostí. Resortní bezpečnostní cíle jsou následující:

- 1) Bezpečná identifikace pacientů.
- 2) Bezpečnost při používání rizikových léčiv.

- 3) Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech.
- 4) Prevence pádů pacientů.
- 5) Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče.
- 6) Bezpečná komunikace.
- 7) Bezpečné předávání pacientů.
- 8) Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

### ***1.1 Bezpečná identifikace pacientů***

Systémy hlášení nežádoucích událostí uvádějí, že 6 % nahlášených nežádoucích událostí souvisí s problémem identifikace pacientů. Proto se už na počátku tohoto tisíciletí tato oblast stala součástí mezinárodních bezpečnostních cílů Joint Commission International i bezpečnostních řešení World Health Organization (dále WHO), (Patient Identification, 2007). První resortní bezpečnostní cíl definuje bezpečnou identifikaci pacientů. Jeho smyslem je minimalizovat riziko záměny pacienta na co nejnižší míru. Tento cíl byl sestaven na základě zahraničních zkušeností a obsahuje jednoduché a efektivní opatření k zajištění bezpečné identifikace pacienta při poskytování zdravotní péče (Marx, 2015). Pravidla správné identifikace hospitalizovaných pacientů zdravotnickým personálem jsou stanovena managementem nemocnice v rámci interního předpisu (Věstník MZČR, 2015). Tato doporučení musí vždy obsahovat povinné identifikátory pacienta. Tím jsou jméno, příjmení, datum narození pacienta. Tyto identifikátory jsou používány v celém zdravotnickém zařízení. Při prvním kontaktu s pacientem u příjmu zdravotnický pracovník zakládá jeho identifikační údaje do nemocničního informačního systému (NIS) a je povinen je kontrolovat. Kontroluje celé jméno a příjmení, rodné číslo, adresu, a to jak z dostupných dokladů totožnosti, tak dotazem na pacienta (Pokorná et al, 2019b). V praxi musí zdravotnický pracovník identifikovat pacienta pomocí minimálně dvou jedinečných identifikátorů, obvykle jsou těmito identifikátory jméno a datum narození. Nikdy by nemělo docházet k identifikaci pacienta pomocí čísla pokoje či lůžka. Před veškerými výkony, jako je podání léků, aplikace krve, odběr biologického materiálu a před diagnostickými a léčebnými výkony by mělo docházet k aktivní identifikaci. Aktivní identifikace probíhá dotazem na pacienta na zmíněné dva identifikátory. V případě, že nelze zajistit spolupráci pacienta (například z důvodu zmatenosti), ověří si sestra identifikační údaje prostřednictvím identifikačního náramku (tzv. pasivní identifikace), (Marx, 2015).

Šedivý (2016) uvádí, že ve většině zdravotnických zařízení se používají identifikační náramky k identifikaci pacienta a taková identifikace je tak opřená o procesy, které jsou ovlivnitelné lidským faktorem. Riziko záměny pacienta se zvyšuje okolnostmi, jako je přítomnost pacientů s podobným či stejným jménem na jednom oddělení. V těchto případech by mělo mít zdravotnické zařízení zavedený postup jasného označení pacientů se stejným nebo podobným jménem. Riziko záměny se zvyšuje také u pacientů, kteří mají problémy s komunikací (malé děti, zmatení pacienti, cizinci). U těchto pacientů je primárním zdrojem identifikace identifikační náramek. Rizikové jsou otázky typu: Jste pan Novák? Pacienti, kteří nerozumí, nepochopí, nebo neslyší otázku, často na položenou otázku odpoví kladně. Proto je nutné vždy se ptát pacientů otevřenou otázkou, např. Jak se jmenujete? (Marx, 2015). Je důležité, aby si zdravotnický personál uvědomoval riziko záměny pacienta, a proto je nezbytné se touto problematikou zabývat už v rámci vysokoškolské přípravy nelékařských zdravotnických pracovníků a lékařů (Alves et al., 2018).

Využití identifikačních náramků má napomoci snížit riziko záměny pacientů. Nicméně nedodržením pravidel správného použití identifikačních náramků může paradoxně zvýšit riziko záměny pacientů. Některé záznamy na identifikačních náramcích jsou psané nečitelným písmem, což vystavuje zdravotníky riziku špatné interpretace údajů napsaných na identifikačním náramku. Nečitelnost záznamů na identifikačním náramku vede k demotivaci zdravotníků číst tyto záznamy při výkonech s pacientem a to může vést k pochybení v oblasti identifikace pacienta a ohrozit zdraví pacienta. Tento problém by mohl být vyřešen standardizací písma na identifikačních náramcích ve zdravotnických zařízeních. Důležitým faktorem ke snížení rizika pochybení je také pravidelná kontrola čitelnosti identifikačních náramků (Lemos et al., 2017). Moderní technologie nám mohou umožnit jednoznačnou a přesnou identifikaci pacientů a dokáže tak minimalizovat vliv selhání lidského faktoru. Bezpečná identifikace pacientů má vliv na pět klíčových předpokladů, které jsou nedílnou součástí kvalitní péče, jsou to tzv. 5S – jistota správné identifikace pacienta, jistota podání správného léku ve správném množství, správným způsobem a ve správný čas. S využitím moderních technologií si sestra může před podáním léku elektronicky ověřit identifikaci pacienta naskenováním čárového kódu na identifikačním náramku do tabletu, kde může také ověřit přesnou dávku podávaného léku i čas podání. Navíc tyto přesné informace umožňují zlepšit logistiku podávání léků a snížit jejich skladové zásoby (Šedivý, 2016).

Ve zdravotnických zařízeních se kromě identifikačních náramků využívají také tabulky umístěné na lůžku pacienta, někde tzv. teplotní tabulky, kde jsou uvedena data jako jméno, datum narození pacienta, den hospitalizace a pooperační den. Kromě těchto dat tam mohou být zapsány údaje o fyziologických funkcích. Tyto tabulky nejsou příliš vhodné pro použití k identifikaci pacienta, protože jsou umístěny na lůžku, a z tohoto důvodu zde není jistota, že leží správný pacient ve správném lůžku. Tyto tabulky jsou také nevhodné z důvodu nedodržení ochrany osobních údajů pacientů (Lemos et al., 2017). Další problematickou oblastí jsou nedostatečné identifikační záznamy pacienta ve zdravotnické dokumentaci. V sesterských či lékařských záznamech mohou zcela chybět nebo jsou neúplné údaje, jako je datum narození či jméno pacienta, což může opět vést k pochybení. To stejné se vyskytuje i například u fyzioterapeutických či nutričních záznamů (Alves et al., 2018).

### ***1.2 Bezpečné zacházení s rizikovými léčivy***

Nejčastějším pochybením ve zdravotnictví je pochybení spojené s medikačním procesem a to ve všech oblastech tedy v objednávání, skladování, předepisování a výdeji léčiv (Marx, 2016). Právě z těchto důvodů se další RBC zabývá rizikovými léčivy. Vysoce riziková léčiva jsou léčiva, jejichž nesprávné podání může vést k závažnému poškození pacienta či dokonce k smrti pacienta. Mezi léky s vyšší mírou rizika patří injekční roztoky chloridu draselného (dále KCL) o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulíny, neředěné hepariny a opiáty (Věstník MZČR, 2015). Mezi léky s vyšší mírou rizika se řadí také léky, které mají vyšší riziko záměny, protože jejich název či obal jsou snadno zaměnitelné s jinými léky. Tyto léky nazýváme LASA (look-alike-sound-alike) léky (Marx, 2016). Rizikové skupiny léčiv jsou skladovány odděleně od ostatních léčiv, v uzamčeném prostoru s označením „Riziková léčiva“. LASA léky (např. apaurin – agapurin) by měly být označeny výrazným štítkem s uvedeným označením a nápisem riziko záměny (Vytejková et al., 2015).

Při ordinaci koncentrovaných elektrolytů (KCL) by se dle klinického stavu pacienta mělo vždy upřednostňovat perorální podání nebo injekční podání nízkokoncentrovaných roztoků. Pokud je nutné podávání koncentrovaného kalia (KCL) je vhodné do preskripce uvádět množství koncentrovaného kalia v mililitrech, aby preskripce byla pro sestru zcela srozumitelná (Rychlíčková et al., 2015). Nejednoznačné označení koncentrovaného roztoku KCL může vést k jeho záměně s jiným koncentrovaným roztokem elektrolytů

např. s chloridem sodným (NaCl). Proto je vhodné, aby nemocnice objednávaly KCL od jiných výrobců, než jiné injekční formy soli. Díky tomu nebudou štítky na těchto solích podobné. Je také možné objednávat předem smíchané bolusy KCL, čímž předcházíme chybě způsobené lidským faktorem při přípravě roztoku na oddělení (Knox et al., 2014). Jak píše Rychlíčková et al. (2015), koncentrovaným roztokem kalia je možno označit také roztok fosfátů. Proto je nezbytné definovat typ podávané soli. U ordinace musí být uveden typ a objem nosného roztoku a rychlost podání v ml/h. Bezpečná rychlost podání je do 10 mmol/h, rychleji lze podávat pouze za monitorace EKG křivky, ale rychlost nesmí překročit 20mmol/h. Na standardním oddělení musí být určena maximální možná koncentrace roztoku. Periferním žilním vstupem může být bezpečně podáván roztok o koncentraci nejvýše 40mmol/l. Musíme také počítat s tím, že pacient má přísun kalia i v jiných formách než v léčivém přípravku. Jiné formy přísunu kalia mohou být např.: parenterální výživa, Ringerův roztok, Hartmannův roztok apod. (Rychlíčková et al., 2015). Při přípravě roztoku elektrolytu je nutné obal nosného roztoku alespoň 10x obrátit, aby se roztok dostatečně promíchal a nevytvořila se vrstva s vyšší koncentrací elektrolytu. V případě, kdy elektrolyt přidáváme do plastového vaku, tak jeho opakované stlačování není dostatečné pro promíchání. Při podávání KCL nitrožilně se podává formou infuze, jeho podání formou bolusu se využívá ve výjimečných případech, jako je resuscitace. Je zakázáno přidávat elektrolyty do připravených roztoků, které jsou již umístěny na stojanu u lůžka pacienta. Pro podání jakéhokoliv roztoku obsahující KCL je nezbytné použít infuzní pumpu a před začátkem podání vždy provést aktivní identifikaci pacienta a provést kontrolu ordinace v dokumentaci (Nakládání s koncentrovanými roztoky elektrolytů, 2012).

Inzulíny patří do skupiny rizikových léčiv, se kterými se v praxi setkáváme velmi často. Prvním zásadním aspektem bezpečnosti je správné předepisování inzulínu lékařem. V praxi se často vyskytují chyby v předepisování inzulínu. Může být předepsán špatný typ inzulínu, nepřesný čas podání, není jasně definována dávka či je zápis zapsaný ve zkratkách, tyto chyby následně mohou vést k poškození pacienta. Další často se vyskytující chybou je špatné načasování podání inzulínu. V rámci bezpečnosti je důležité správné načasování podání spolu s jídlem. V nemocnicích často dochází k prodlevě mezi podáním jídla a inzulínu či naopak což může vést k hypoglykémii (Sharpe, 2012). Inzulíny jsou dodávány buď v lahvičkách a aplikovány speciální stříkačkou tzv. inzulínkou, nebo v podobě náplní do inzulínových per (dávkovačích inzulínu). Množství

inzulínu se udává v mezinárodních jednotkách. V ČR se používá pouze inzulin, který obsahuje 100 jednotek v 1 mililitru (100 IU/1ml). Inzulíny se skladují v lednici při teplotě 2–8 °C. Inzulíny lze také skladovat mimo lednici, ale pouze po dobu 10–30 dnů. Teplota v místnosti nesmí překročit 40 °C a nesmějí být uloženy na přímém slunci (Kudlová, 2015). Inzulin, který je v peru, se v lednici neskládá, protože pouzdro inzulin udržuje ve vhodné teplotě pro aplikaci. Náplň může být v peru či zásobníku pumpy 6 až 8 týdnů (Veverková et al., 2019). Pokud pacient užívá kombinaci inzulínů, není vhodné tyto inzulíny míchat do jedné stříkačky či dávkovače, ale vždy použít stříkačky dvě. Při podávání inzulinu je důležité vždy podat předepsané množství. Sestry musí dávat pozor na záměnu inzulinu, jejichž názvy jsou podobné a vždy provést dvojí kontrolu typu a množství inzulinu (Dingová Šliková et al., 2018). Je také nezbytné dodržovat dobu podání v závislosti na jídle, střídát místa vpichu, po podání sledovat pacienta a kontrolovat eventuální krystalizaci inzulinu. Inzulíny jsou podávány především subkutánně, ale v některých případech lze podat inzulin pomocí infuze nitrožilně. Nitrožilně lze podat pouze krátkodobě působící inzulíny. Dlouhodobé (depotní) inzulíny jsou zkalené suspenze, proto je nelze podávat nitrožilně (Kudlová, 2015).

Heparin je antikoagulační látkou, které zabraňuje aktivaci řady koagulačních mezistupňů. Heparin se aplikuje nitrožilně nebo subkutánně. Nedoporučuje se jeho podání intramuskulárně, protože by mohl způsobit nekontrolovatelné lokální krvácení. Při nitrožilní aplikaci nastupuje účinek okamžitě a působí krátkodobě. Při předávkování heparinem dochází k nekontrolovatelnému krvácení do močového měchýře, trávicího ústrojí, nadledvin a vznikají hematomy, proto absolutní kontraindikací podávání heparinu jsou stavy s vysokým rizikem krvácení (Veverková et al., 2019). V minulosti často docházelo k chybám v podávání infuzí s heparinem a také k poškození pacientům, proto bylo nezbytné zavést kontrolní mechanismy při jeho podávání (Johnson, 2018). Předávkování heparinem je snadné, a proto je důležité při podávání heparinu monitorovat jeho účinek. Monitorování se provádí pomocí koagulačního testu APTT (aktivovaný parciální tromboplastinový čas). Velkou výhodou při terapii heparinem je, že existuje jeho antidotum protamin sulfát. Heparin je dodáván v lahvičkách, a to buď 5ml/25000IU nebo 10ml/50000IU. Tyto lahvičky jsou podobné lahvičkám, ve kterých se skladuje inzulin, proto je zde nezbytné, aby sestry preventivními mechanismy předcházely záměně (Veverková et al., 2019). Sterilní roztoky s heparinem jsou také používány na operačním sále k oplachu rány a odstranění trombů. Je zde riziko záměny tohoto roztoku

k intravenosnímu podání, protože obal i konečný port je kompatibilní s intravenosním vstupem. Tento roztok lze používat pouze jako vnější proplach. Je důležité používat štítky k označení proplachového vaku s heparinem. Příprava sterilního roztoku s heparinem a jeho uložení musí probíhat mimo místo pro přípravu intravenosních infuzí. Malý pracovní prostor a nutnost rychlého podání jsou rizikové faktory, které zvyšují riziko medikačního pochybení. Tyto rizikové faktory se běžně na operačním sále vyskytují, proto je vždy nutné zvážit, zda výhody proplachového setu převažují nad rizikem chybného podání (Grissinger, 2019).

### ***1.3 Prevence záměny pacienta, strany a výkonu při chirurgických výkonech***

Tento RBC stanovuje, že nemocnice musí mít zavedený jednotný postup, který zajistí provedení správného výkonu na správném pacientovi a na správné straně. Správně zavedená předoperační bezpečnostní příprava má zabránit záměně pacienta, operované strany nebo výkonu při chirurgických výkonech. V roce 2009 vydalo MZČR kontrolní seznam bezpečí chirurgického výkonu, který napomáhá k zajištění bezpečí pacienta během chirurgického výkonu (viz příloha 1), (Věstník MZČR, 2015). Při příjmu pacienta na oddělení je zakládán tzv. verifikační (stranový) protokol, který slouží k dokumentování a potvrzení správnosti strany výkonu. Pacient se musí aktivně účastnit označení místa výkonu. Na oddělení ošetřující lékař označí končetinu či stranu fixem s nesmazatelnou barvou den před operací či ráno v den operace. Nejedná se o zakreslení chirurgického řezu, ale pouze o označení operované části těla tak, aby mohlo dojít k opětovné kontrole strany těsně před operací (Hradecká, 2011).

Na operačním sále se před operací ověřuje totožnost pacienta, druh výkonu a strany výkonu, správnost a dostupnost potřebných materiálů a přístrojů. Bezpečnostní procedura se musí provádět za účasti všech osob podílejících se na průběhu operace. Zdravotnické zařízení musí mít jednotnou dokumentaci bezpečnostní procedury. Předoperační bezpečnostní protokol probíhá ve 3 krocích. První krok začíná před podáním anestezie a jmenuje se PŘIHLASTE SE (SIGN IN) a spadá sem veškerá identifikace, kontrola informovaného souhlasu s anestezií a výkonem, kontrola alergií, funkčnost anesteziologického přístroje, připravenost anestetik, možné překážky v dýchacích cestách, kontrola přiložení pulsního oxymetru (Wichsová, 2013). Druhý krok se nazývá, ZASTAVTE SE (TIME OUT) a je to chvíle zklidnění, která nastává těsně před incizí kůže. V tomto kroku všichni členové operačního týmu uvedou své jméno a úlohu při

operaci, znova se kontroluje identifikace pacienta a výkonu, kontroluje se profylaktické podání antibiotik v posledních 60 minutách. Operátér také udává možná rizika při operaci a možné ztráty krve, anesteziolog se vyjádří k rizikům anestezie, perioperační sestra potvrzuje připravenost nástrojů a pomůcek (Vacová a Brabcová, 2016). Třetí krok této procedury nastává bezprostředně před ukončením operačního výkonu a nazývá se ODHLASTE SE (SIGN OUT). Zde perioperační sestra hlásí početní kontrolu a souhlas všech pomůcek, nástrojů, roušek a odebraného biologického materiálu. Operátér a anesteziolog ordinují pooperační medikace a indikují, kde bude probíhat pooperační péče (Wichsová, 2013). Provedení bezpečnostní procedury je garance toho, že nedojde k vyloučení některého člena operačního týmu z procedury verifikace. Spoléhání se pouze na operátéra při určování správné strany operace je totiž rizikové. Mezi takové rizikové faktory se řadí také provádění více výkonů na více místech během jedné operace, neadekvátní zdravotní záznam (používání chirurgických zkratk, nečitelné, rukou psané záznamy), vyloučení pacienta z ověření správné strany výkonu a také specifické charakteristiky pacienta jako mentální změny, morbidní obezita a jiné (Hradecká, 2011).

Během bezpečnostního procesu v rámci chirurgického výkonu často dochází k chybám převážně ve verbální komunikaci. Dochází k neúplnému představení celého operačního týmu pacientovi, ve většině případů se představí anesteziologický tým a operátér, ale už se nepředstaví perioperační sestra a asistující lékař. Chybou je také, že v bezpečnostním protokolu jsou sice obsaženy veškeré informace, ale nejsou ověřeny dotazem na pacienta, což zvyšuje riziko pochybení a bezpečnostní protokol tak nemůže být věrohodný (Maziero et al. 2015). Dalším pochybením v rámci bezpečnosti chirurgického výkonu je odstranění identifikačního náramku během operace. Identifikační náramek se odstraňuje, pokud je to nutné z hlediska přístupu k místu operace. V mnoha případech už se následně nevytvoří nový náramek, což může vést k chybné identifikaci pacienta po operaci. Pacient se po operaci často překládá na pooperační pokoj a sestra na pooperačním pokoji vidí pacienta poprvé, navíc pacient může být stále pod vlivem anestetik. To může vést k obtížné identifikaci a absence identifikačního náramku tak zvyšuje riziko záměny pacienta (Pysyk, 2018).

#### ***1.4 Prevence pádů***

Pády ve zdravotnických zařízeních jsou jednou z nejčastěji se vyskytující nežádoucích událostí, které mohou výrazně poškodit pacienta (Věstník MZČR č. 16/2015). Pád



pacienta je situace, kdy se pacient neplánovaně ocitne na podlaze nebo jiném níže uloženém vodorovném povrchu (Pokorná et al., 2019b). Podle MZČR je poskytovatel zdravotních služeb povinen v rámci zajištění kvality a bezpečnosti poskytovaných služeb vést evidenci všech pádů, analyzovat je, vytvořit nápravná opatření a monitorovat jejich dodržování a účinnost (Věstník MZ č. 16/2015). Jak píše Libová et al. (2019), sestra by v rámci prevence vzniku pádu hospitalizovaných pacientů, měla postupovat prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Sestra nejprve odebere od pacienta anamnézu a zhodnotí riziko pádu, poté stanoví potenciální diagnózu „Riziko pádů“ (číslo 00155 v rámci NANDA taxonomie). Po stanovení diagnózy sestra naplánuje a následně zrealizuje potřebné preventivní ošetřovatelské intervence, které zabraňují vzniku pádu. V pravidelných intervalech sestra vyhodnotí účinnost ošetřovatelských intervencí a v případě neúčinnosti intervencí je pozmění, nebo zavede intervence nové (Libová et al., 2019).

Prvním krokem k prevenci pádů pacientů je identifikace pacientů, u kterých je zvýšené riziko pádů. Riziko pádu u pacienta se vyhodnocuje pomocí skóre rizika vzniku pádu dle standardizovaného protokolu, nejčastěji jde o hodnotící škálu dle Morse (Pokorná et al., 2019b). Vstupní hodnocení rizika pádu provádí sestra při příjmu pacienta v rámci ošetřovatelské anamnézy a to nejdéle do 24 hodin od příjmu. K přehodnocení rizika pádu dochází vždy při změně zdravotního stavu, po pádu, při překlada, nebo při změně medikace a dále v intervalu dle interního předpisu nemocnice. Pacient, který je vyhodnocen jako rizikový, by měl být označen např. pomocí barevné identifikace na náramku, monitorovací podložky v lůžku nebo pomocí elektronického monitorovacího náramku. Pacient musí být vždy informován o důvodu takového označení (Pokorná et al., 2019b). Jak už bylo uvedeno, k hodnocení rizika pádu může být použita stupnice pádu dle Morse (viz příloha 2). V této stupnici se hodnotí rizikové faktory, jako je pád v anamnéze, přidružená diagnóza, pomůcky k chůzi, intravenózní terapie, dovednost chůze, psychický stav. Dalšími rizikovými faktory jsou např. věk, farmakoterapie. Pád v osobní anamnéze, který se vyskytl za poslední 3 měsíce, je klíčovým ukazatelem pro riziko pádů. Pacienti, kteří mají v osobní anamnéze pád, mají 2–3krát větší pravděpodobnost vzniku pádu během hospitalizace (Bóriková et al., 2017). Na chirurgických odděleních je významným rizikovým faktorem pro vznik pádu pooperační stav pacienta. Pooperační stav je rizikový, protože pacient má omezené pohybové schopnosti a využívá kompenzační pomůcky k chůzi. Po operaci pacienti často

užívají analgetika či sedativa, mohou mít zavedené katétrů či drény a může se u nich vyskytovat pooperační ortostatická hypotenze. Všechny tyto okolnosti zvyšují riziko pádu (Goes et al., 2017).

Po detekci rizikových faktorů, které zvyšují pravděpodobnost pádu, následují preventivní intervence, které by měly pádům zabránit. První ošetrovatelskou intervencí je edukace pacientů. Edukace probíhá různými způsoby a jsou do ní zapojeni i rodinní příslušníci. Zdrojem edukace může být např. školený personál, informační brožura, použití videa nebo pracovního sešitu, který je přítomen u lůžka. V některých zařízeních probíhá edukace kompletním programem, který se skládá z psaných informací, videa a následného sezení s fyzioterapeutem, v jiných zařízeních zase probíhají 15–30minutové sezení s vyškolenou sestrou. Edukace pacientů o této problematice snižuje riziko vzniku pádu během hospitalizace (Hajduchová et al., 2017). Ambutas (2017) uvádí, že nejlepší výsledky edukace pacientů v problematice prevence pádů mají zařízení, ve kterých se na edukaci pacientů a jejich rodinných příslušníků podílí multidisciplinární tým zdravotnických pracovníků. Do edukace se zapojuje fyzioterapeut, lékař, sestry a jiní zdravotničtí pracovníci a edukace probíhá nejčastěji formou rozhovoru. Dále uvádí, že je velmi důležité edukaci vždy přizpůsobit individuálním potřebám daného pacienta.

Základní překážkou k zavedení úspěšného programu, který vede k zamezení vzniku pádu, může být neinformovanost a negativní postoj sester. Sestrám musí být poskytnuto řádné školení, aby byly schopny rozeznat pacienty náchylné k pádům a aby byly schopny samy vytvářet a rozhodovat o preventivních opatřeních (Hajduchová et al., 2017). Ošetrovatelské intervence ke snížení rizika pádů jsou: stanovení ošetrovatelské diagnózy Riziko vzniku pádu, zaznamenávání realizace preventivních opatření do dokumentace, zabezpečení dostatečné hydratace pacienta, polohování pacienta, úprava lůžka vhodně k potřebám pacienta, zablokování koleček u lůžka, umístění signalizace v blízkosti pacienta a ověření, že pacient umí signalizaci použít, odstranění překážek v pokoji, uložení pacientových osobních věcí v jeho blízkosti a podobně (Veverková et al., 2019). Pacienta s vysokým rizikem pádu sestra kontroluje přes den min. 1x za 3 hodiny a minimálně dvakrát v noci. Sestra pomáhá pacientovi na toaletu, zvaží režim vstávání pacienta z lůžka, v případě potřeby a na základě ordinace lékaře používá omezovací prostředky zabráňující pádům. Sestra také doporučí pacientovi vhodnou obuv a oblečení, dostatečnou a pravidelnou fyzickou aktivitu, dostatečný odpočinek, poučí pacienta

o možných účincích předepsaných léků a pacientovi s ortostatickou hypotenzí doporučí pomalou změnu polohy při vstávání z lůžka (Pokorná et al., 2019b).

Další důležitá součást preventivních opatření je prostředí, ve kterém se pacient nachází. Je zde na mysli zejména dostupné vybavení, které napomáhá snížit riziko pádu, jako je alarm u lůžka, systém kontroly lůžka, polohovatelnost lůžka, videomonitoring, ale také manipulace sester s lůžkem a jinými pomůckami. Sestry zde snižují riziko pádů např. tím, že u lůžka s nastavitelnou výškou, vždy dávají lůžko do nejnižší polohy (Hajduchová et al., 2017). Poučení pacientů sestrou o tom, že nemají vstávat po operaci sami z lůžka např. k použití WC, ale mají použít alarm u postele k přivolání sestry, která je na WC doprovodí a její zdvořilé chování po použití alarmu pacientem, snižuje výskyt pádů u pacientů po operaci. Riziko vzniku pádu se vyskytuje taky na operačním sále a proto je nezbytné i zde myslet na prevenci. Prvním rizikovým faktorem vzniku pádu v perioperační péči je převoz a přesun pacienta na pojízdném vozíku. Během přesunu z vozíku na operační stůl je důležité dát vozík a operační stůl do stejné výšky, ujistit se, že jsou jak stůl, tak vozík zabrzděné a k přesunu pacienta musí být přítomen dostatek personálu (Grillo et al. 2019). K významnému snížení rizika pádu při přesunu z vozíku na operační stůl přispívá nové vybavení v nemocnicích, jako je mechanický výtah či přístroj na boční přenos ve vzduchu nebo vlečné popruhy. Anestezie je dalším rizikovým faktorem pro vznik pádu. Polohování pacientů ve spinální či regionální anestezii nebo pod sedativy vyžaduje připravenost pracovníků, kteří polohování provádějí a jejich dostatek na operačním sále (Ihnát, 2017). Vždy při změny polohy pacienta na operačním sále je nezbytné dodržovat bezpečnost pacienta, přidržovat končetiny, dodržovat tělesnou vyrovnanost a kontrolovat zajištění dýchacích cest. Důležitá je zde také komunikace s pacientem o účelu polohování a o tom jakou polohu musí zaujmout, jak bude výkon probíhat a co může očekávat. Tato komunikace by měla proběhnout už před začátkem výkonu. Správná komunikace zdravotnického pracovníka s pacientem může zabránit pádu např. z důvodu leknutí pacienta při aplikaci jehly do spinálního prostoru (McNamara, 2011).

Pokud všechny preventivní opatření selžou a dojde k pádu pacienta, je první absolutní prioritou pro zdravotnického pracovníka zajištění a ošetření pacienta. Po každém pádu pacienta musí být přivolán lékař a musí pacienta vyšetřit. Pokud je zdravotnický pracovník přítomen pádu, nepokouší se pacienta zvedat, ale přidržuje mu hlavu a trup, chrání ho před traumatem a přivolá pomoc. Následně posoudí stav vědomí pacienta, jeho schopnost reagovat na oslovení, změří mu základní vitální funkce a ošetří viditelné

zranění. V situaci, kdy pacient udává bolest krční páteře či hlavy, nebo se u něj vyskytne nový neurologický nález, nesmí se s pacientem hýbat (Pokorná et al., 2019a). Je nutné provést sekundární prevenci, aby nedošlo k dalšímu poranění například při vstávání. Lékař indikuje, zda je potřeba dalšího vyšetření nebo konzilium specialistou jiného oboru. Po zajištění a vyšetření pacienta je nezbytné vše zaznamenat do jeho zdravotnické dokumentace a vyplnit formulář Hlášení nežádoucí události podle směrnic daného zařízení (Pokorná et al., 2019b). Zápis nežádoucí události by měl obsahovat osobní údaje pacienta, popis a čas události, popis ošetření a provedených vyšetření pacienta včetně jeho vitálních funkcí po pádu, uvedení svědka pádu. Vyplnění tohoto formuláře je důležité provést ihned po zajištění pacienta, maximálně však do konce pracovní doby zdravotnického pracovníka. Důležité je po pádu zjistit příčinu pádu a pokusit se o její nápravu, také je nutné přehodnotit riziko pádu v anamnéze pacienta (Šenkárová, 2012).

### ***1.5 Optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče***

Jedním z indikátorů kvality zdravotní péče je monitoring a minimalizace počtu nozokomiálních infekcí. Nozokomiální infekce je více než z 60 % přenášena rukama zdravotníků (Vytejková et al., 2011). To je jeden z důvodů, proč se tento RBC zabývá oblastí hygieny rukou a prevencí přenosu infekcí. Zákonnou problematikou hygieny rukou ve zdravotnických zařízeních se zabývá vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, kterou novelizuje vyhláška č. 244/2017 Sb., metodické opatření MZČR a dokumenty WHO (Resortní bezpečnostní cíle, 2013). Vyhláška č. 306/2012 Sb. stanovuje hygienické požadavky na příjem a ošetřování pacientů do zdravotnického zařízení a ústavu sociální péče. Tyto hygienické podmínky se zabývají oblastmi, jako je používání osobních ochranných pracovních prostředků, hygienická dezinfekce rukou, používání sterilních ochranných prostředků na operačních sálech, bariérová ošetřovací technika, používání dekontaminovaných, jednorázových a sterilních pomůcek, zásady asepse, vyčlenění pracovních ploch, pobyt a pohyb osob ve zdravotnickém zařízení v rámci protiepidemického hlediska. V rámci hygieny rukou tyto podmínky stanovují, že zdravotničtí pracovníci musí provést hygienickou dezinfekci rukou vždy po kontaktu s infekčním materiálem, a to po každém jednotlivém zdravotnickém výkonu a u jednotlivých fyzických osob, před ošetřením pacienta, po manipulaci s biologickým materiálem a předměty, které byly v kontaktu

s biologickým materiálem včetně použitého prádla a nebezpečného odpadu, před každým parenterálním výkonem, při uplatňování bariérového ošetrovacího režimu k předcházení a zabránění vzniku infekcí spojených se zdravotní péčí. K utírání rukou se dle těchto podmínek smí používat pouze jednorázový materiál, který je uložen v zásobníku (Vyhláška č. 306/2012 Sb., v platném znění).

Pokožka na rukou je pokryta stálou a přechodnou mikroflórou. Trvalá mikroflóra většinou nejde mechanicky odstranit a ve většině případů nezpůsobuje infekci. Výjimkou je kontakt s imunodeficitními pacienty, nebo proniknutí rukou do sterilních tkání. Přechodná mikroflóra se vyskytuje na povrchu kůže a je získána kontaktem zdravotníka s pacientem, kontaktem s kontaminovanými předměty nebo vzájemným kontaktem mezi zdravotníky a je častou příčinou nozokomiální infekce. Přechodnou mikroflóru lze odstranit pomocí dezinfekce rukou (Vytejková et al., 2011). Mechanické mytí rukou je součástí osobní hygieny člověka a jeho pomocí dochází k mechanickému odstranění nečistoty a částečně také k odstranění přechodné mikroflóry. Mytí rukou se má provádět pod tekoucí pitnou teplou vodou s pomocí tekutého mýdla nebo mycí emulze. Mýdlo by mělo být v zásobníku s dávkovačem a mytí by mělo probíhat minimálně po dobu 30 sekund (Krška et al., 2011). Po použití mýdla se ruce opláchnou pitnou vodou a osuší se pomocí jednorázového ručníku, který se odebere z krytého zásobníku. Standardní součástí hygieny rukou je používání ochranných a regeneračních krémů či emulzí, které pomáhají v regeneraci pokožky při používání alkoholových dezinfekcí a podporují přirozenou ochrannou bariéru proti poškození pokožky. Předoperační mytí rukou se provádí po dobu 60 sekund a zahrnuje mechanické mytí předloktí a v případě, že je na rukách viditelné znečištění, se použije kartáček na okolí nehtů a špičky prstů (Kohoutová, 2012).

Hygienická dezinfekce rukou se provádí pomocí alkoholového či jiného dezinfekčního přípravku, který je určený k dezinfekci rukou. Dezinfekční přípravek musí být v dávkovači, který je popsán typem přípravku, datem plnění a expirací. V případě např. alergie je možné použít přípravky s jinou účinnou látkou, ale postup při aplikaci vodných roztoků je odlišný od postupu s alkoholovou dezinfekcí. Při dezinfekci pomocí vodného roztoku je nutné ruce ponořit na dobu stanovenou výrobcem, obvykle po dobu jedné minuty. Při dezinfekci rukou pomocí alkoholového přípravku je nutné přípravek vtírat na suchou pokožku v množství cca 3 ml po dobu minimálně 20 sekund. Ruce musí být po celou dobu trvání dezinfekce dostatečně vlhké. Přípravek se musí nechat zcela

uschnout a po použití přípravku se ruce nesmí oplachovat ani otírat (Šedivá, 2012). Technika dezinfekce rukou se může rozdělit do 6 kroků (viz příloha 3). Nejprve se třou dlaně o sebe, poté se dezinfikuje hřbet rukou a prostor mezi prsty vzájemným zaklenutím prstů a jejich třením, následně se dezinfikují dlaně třením jejich plochy. Dalším krokem je dezinfekce vnější část prstů, které vložíme uzamčené do dlaně druhé ruky a palec, který uchopíme v dlani druhé ruky, posledním krokem je kroužení a tření bříšek prstů jedné ruky v dlani druhé ruky, aby se dezinfekce dostala i na špičky prstů a na oblast nehtů (Směrnice WHO, Hygiena rukou ve zdravotnictví, 2011). Chirurgická dezinfekce rukou redukuje množství jak přechodné, tak trvalé mikroflóry na rukou a předloktí. Má se provádět před zahájením operace, mezi jednotlivými operacemi nebo při porušení celistvosti nebo výměně rukavic. K chirurgické dezinfekci rukou se využívá alkoholový dezinfekční přípravek pro chirurgickou hygienu rukou. Tento přípravek se nachází v dávkovači, který je ovládán bezdotykově. Chirurgická dezinfekce rukou se provádí vtíráním alkoholového dezinfekčního přípravku v množství cca 10 ml na oblast rukou a předloktí směrem od špiček prstů k loktům, od špiček prstů k polovině předloktí a od špiček prstů po zápěstí do úplného zaschnutí přípravku. Po celou dobu působení musí být ruce vlhké a následně se ruce neumývají ani neotírají (Vintr, 2011).

WHO klade velký důraz na správnou hygienu rukou, a proto vyhlásila už v roce 2005 globální výzvu v oblasti zvyšování bezpečí pacientů s názvem „Clean Care is Safer Care“ neboli čistá péče je bezpečnější péče. V rámci této kampaně se v roce 2009 WHO zaměřila přímo na zdravotnické zařízení se sloganem „Save Life: Clean Your Hands“ v překladu chraňme život čistýma rukama a tento slogan je celosvětovou výzvou pro všechny v oblasti hygieny rukou (Save lives: clean your hands, 2009). MZČR následně na programy WHO navázalo ve svém Akčním plánu bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012. Vzdělávací programy jsou určeny jak pro odbornou, tak pro laickou veřejnost. Probíhají ve formách přednášek, informačních letáků, průběžného vzdělávání, ale i praktickou formou nácviku mytí rukou, dezinfekce rukou a ověření postupů použitím UV lamp. Celosvětový den hygieny rukou, při kterém se zdravotnické zařízení připojují k prezentaci hygieny rukou, připadá na 5. května (Kohoutová, 2012). Jedním z cílů WHO je zavést ve zdravotnických zařízeních pravidelné měření dodržování hygieny rukou zdravotníky jako jeden z manažerských nástrojů. Cílem je dosažení alespoň 80% míry dodržování hygieny rukou zdravotníky. Při nedosažení alespoň 80% míry dodržování hygieny rukou zdravotníky, by mělo zdravotnické zařízení zavést další

edukační programy a opatření pro zdravotníky. Součástí tohoto cíle je také aktivovat manažery ošetrovatelství, kteří by měli jít svým kolegům pozitivním příkladem a mělo by jim být umožněno reagovat na výsledky měření shody hygieny rukou a pomáhat ke zlepšení či k udržování vysoké úrovně hygieny rukou (Hoffmann et al., 2019). Přesné měření dodržování hygieny rukou je součástí všech národních programů bezpečnosti pacientů a programů kontroly infekcí. Pokyny WHO doporučují provést audit všech 5 základních situací hygieny rukou (viz příloha 4). Těchto 5 situací pro provedení hygieny rukou jsou: 1) před dotykem pacienta, 2) před aseptickým postupem, 3) po expozici tělesným tekutinám pacienta, 4) po styku s pacientem, 5) po kontaktu s okolím pacienta (Směrnice WHO, Hygiena rukou ve zdravotnictví, 2011). Například v Austrálii musí být auditoři vyškoleni v provádění auditu v oblasti hygieny rukou. Ke kontrole dodržování hygieny rukou používají standardizovaný nástroj, který slouží k dokumentaci zjevných příležitostí k hygieně rukou. Hodnocení probíhá po dobu 3 měsíců a dokumentuje se minimálně 350 zjevných příležitostí k provedení hygieny rukou. Pomocí tohoto hodnotícího nástroje mohou auditoři zhodnotit míru shody hygieny rukou za čtvrtletí. Důležitou součástí těchto auditů by měla být zpětná vazba jednotlivých zdravotnických pracovníků a jejich počínání v oblasti hygieny rukou (Kwok et al., 2016). Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, kterou novelizuje vyhláška č. 244/2017 Sb., se kromě výše uvedených zabývá i jinými oblastmi v předcházení vzniku infekčních nemocí. Těmito oblastmi jsou například způsob a rozsah hlášení infekčních nemocí, způsob hlášení nozokomiálních infekcí, seznam infekčních nemocí, u kterých se nastavuje izolace, zásady pro odběr a vyšetření biologického materiálu, příjem a ošetřování osob ve zdravotnických zařízeních, sterilizace a dezinfekce, manipulace s prádlem, hygienické požadavky na úklid.

Používání rukavic při poskytování zdravotní péče je jedním z dalších možných opatření proti přenosu infekce, který se ve zdravotnictví využívá. Rukavice zabraňují kontaminaci rukou zdravotníků biologickým materiálem a redukuje riziko šíření mikrobů. Ve zdravotnictví se používají rukavice jednorázové, a to buď nesterilní tzv. vyšetřovací, nebo sterilní chirurgické rukavice (Jindrák et al., 2014). Rukavice se používají při kontaktu s krví, tělními tekutinami, sekrety a exkrekty, sliznicemi a porušenou kůží, před aseptickými výkony a při kontaktu s pacientem a jeho prostředím ve speciálním režimu s možností kontaktního přenosu infekce. Je nutné rukavice měnit vždy při kontaktu

s potencialně infekčním materiálem. Rukavice se sundávají po použití, před kontaktem s čistými předměty či povrchy a před kontaktem s dalším pacientem. Po sejmutí rukavic je nutné bezprostředně provést dezinfekci rukou (Kapounová, 2020). Dalším opatřením pro snížení rizika přenosu infekce je ochrana obličeje. V situacích, kdy je pravděpodobné postříkání, potřísnění nebo vznik infekčního aerosolu, se k ochraně obličeje využívají ústenky společně s ochrannými brýlemi nebo obličejový štít. Dále se ve zdravotnických zařízeních běžně využívají ústenky či respirátory při kontaktu s infekčním materiálem pacienta, při opatřeních proti kapénkovému přenosu a při výkonech vyžadující sterilní techniku. K ochraně proti kontaminaci pracovního oděvu a exponovaných míst na těle zdravotnického personálu se využívají ochranné pláště. Ochranné pláště se používají k zabránění kontaminace krví, tělními tekutinami, infekčními materiály, při výkonech ve sterilním prostředí a při kontaktu s pacientem, který je v kontaktní izolaci (Jindrák et al., 2014). U pacientů, u kterých nelze cestu přenosu původce infekce (kontaktem, kapenkami, vzduchem) přerušit pomocí standardních opatření, se zavádí izolační režim. Izolační režimy se liší podle způsobu přenosu infekce na kontaktní, kapénkový, izolační režim u původců přenášených vzduchem a izolační režim na základě příznaků, syndromů (Kapounová, 2020).

Jednou z hlavních skupin infekcí, které jsou spojené se zdravotní péčí, jsou katéetrové infekce krevního řečiště. Infekce centrální žilního katétru (dále CŽK) jsou z těchto infekcí nevýznamnější. Katéetrové infekce se projevují jako lokální záněty v místě vpichu katétru, nebo jako celkové infekce při proniknutí do krve (Jindrák et al., 2014). Rizikovými faktory pro vznik katéetrové infekce jsou délka zavedení katétru, počet lumen katétru, místo zavedení, složení aplikovaných roztoků, rizikové faktory ze strany pacienta, zánět v blízkých anatomických lokalitách, nesprávná technika zavádění katétru a nesprávné ošetřování a manipulace s katétre (Kapounová, 2020). Preventivní postupy, které zabraňují vzniku katéetrové infekce v CŽK, jsou správná volba katétru a místa vpichu, správná technika zavádění CŽK, dostatečná péče o místo vpichu CŽK, pravidelná výměna CŽK a infuzních setů, správná péče o bezjehlový vstup a také dostatečné vzdělávání personálu, který je zodpovědný za zavádění a ošetřování CŽK (Jindrák et al., 2014). Zavádění CŽK se provádí aseptickou technikou při maximálních bariérových opatření jako při chirurgickém výkonu. Místo vpichu CŽK je nutné kryt dobře těsnícím, transparentním, semipermeabilním, sterilním krytím, které chrání toto místo před zatékáním tekutin a umožňuje jeho pravidelnou kontrolu. Krytí se mění pravidelně jednou



za 7 dní, nebo jednorázově při znečištění, odlepení či jeho porušení. Při výměně krytí se místo vpichu dezinfikuje 2% chlorhexidin glukonátem v 70% izopropylalkoholu. Katétr ani místo vpichu se nesmí namáčet vodou. Centrální žilní katétr, který není pro další léčbu pro pacienta nezbytný, se musí neprodleně odstranit. Filtry umístěné na aplikačním setu se musí měnit nejdéle jednou za 3 dny a kontinuálně používané aplikační sety se mění nejdéle mezi 4. až 7. dnem. Vstupy bezjehlových linek se musí správně dezinfikovat při každém použití (Kapounová, 2020).

Infekce periferního žilního katétru (dále PŽK) mívá obvykle lokální příznaky, ale v některých případech se projevuje i celkovou zánětlivou odezvou organismu. Proto je důležité PŽK vždy ošetřovat asepticky. K fixaci PŽK je podporováno použití sterilního krytí. Vhodné je např. textilní lepicí krytí s transparentním okénkem, nebo transparentní semipermeabilní fólie, díky kterým lze kontrolovat známky infekce v okolí místa vpichu (Vytejková et al., 2015). K předcházení infekce PŽK je důležité provádět pravidelné aseptické převazy katétru, které jsou indikovány podle potřeby a podle typu krytí. Kontrolu známek infekce PŽK by měla sestra provádět pravidelně a případné projevy infekce zaznamenat v dokumentaci a nahlásit ošetřujícímu lékaři (Dingová Šliková et al., 2018). Rozvoj infekce PŽK se obvykle projevuje místními příznaky jako je zarudnutí v místě zavedení, sekrece, hmatné ztvrdnutí v průběhu žíly. Pacient může pociťovat bolest při aplikaci léčiv a katétr bývá neprůchodný (Vytejková et al., 2015). Infekce močových cest po zavedení permanentního močového katétru (dále PMK) je jedna z dalších často se vyskytujících katéetrových infekcí. Při zavádění PMK je nezbytné zachovat všechny zásady asepse včetně používání sterilních rukavic při zavádění. V rámci ošetrovatelské péče o pacienty s PMK je především důležité bezpečně zajistit odtok moči a prevenci infekce močových cest (Streitová et al., 2015). Sestra musí sledovat a zapisovat bilanci tekutin, zajišťovat důkladnou hygienu v urogenitální oblasti, sledovat funkčnost PMK a známky infekce močových cest. Sestra dále musí sledovat a zaznamenávat příznaky celkové infekce, jako např. subfebrilie, tachykardie, tachypnoe, třesavka, porucha vědomí a příznaky lokální infekce, jako např. bolestivost, pálení, svědění a zvýšenou dráždivost. Sestra také musí zaznamenávat barvu, zápach, příměsi a množství moči. V rámci zabránění infekce močových cest musí sestra udržovat PMK sterilní, uzavřený, dobře těsnící a průchodný a katétr rozpojovat co nejméně. Při odběru moči z PMK se využívá sterilní jehla a stříkačka a před vpichem se místo aplikace dezinfikuje (Veverková et al., 2019).

Další skupinou infekcí, které se vyskytují v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, jsou infekce v místě operačního výkonu. Rizikové faktory pro vznik infekce v místě operačního výkonu jsou vyšší věk pacienta, komorbidity, nazální nosičství stafylokoka aureus, infekce v jiném místě, diabetes mellitus, obezita, kouření, prodloužená předoperační hospitalizace, nedostatky v předoperační přípravě pacienta, předoperační holení, míra kontaminace operačního pole, nedostatky v antibiotické profylaxi, nedostatky bariérových technik na operačním sále, faktory prostředí operačního sálu, perioperační hyperglykémie, délka výkonu, operační technika nebo implantace cizorodého materiálu (Jindrák et al., 2014). V rámci předoperační přípravy je pro účinnou prevenci vzniku infekce v místě chirurgického výkonu klíčové kompenzace komorbidit, předoperační hygiena pacienta, odstranění ochlupení a antibiotická profylaxe. V perioperační péči jsou pro tuto prevenci nezbytné optimální podmínky prostředí operačního sálu, přísné dodržování zásad asepse, správná příprava operačního pole, kontrola hyperglykémie, hypotermie a oxygenace. V pooperační péči je důležité pro prevenci vzniku infekce v místě chirurgického výkonu zejména správná péče o ránu, dodržování zásad asepse při převazech a dodržování správných postupů v hygieně rukou a používání rukavic při péči o ránu (Wichsová, 2013).

### ***1.6 Bezpečná komunikace***

Jedním z RBC je i bezpečná komunikace. Jedná se o komunikaci mezi lékařem a sestrou zejména při telefonické ordinaci léčiv a komunikace v rámci telefonického sdělování laboratorních výsledků (Věstník MZČR, 2015). K dosažení efektivní komunikace má klíčový význam také volba médií a volba komunikačních kanálů. Ke správné volbě optimálního média musíme zohlednit potřebnou rychlost sdělení, bohatství informací, které médium poskytuje a nadále také finanční náročnost komunikace. Médium pro komunikaci může být ústní, psané či tištěné, vizuální například pomocí gest, grafů, tabulek a také elektronické, kam spadají emaily a elektronické sítě. Komunikačním kanálem můžeme rozumět způsob, jakým je komunikace přenášena. Pro výběr komunikačního kanálu je zásadní jakou interakci mezi osobami umožňuje, a toto rozhodování již spíše věc manažerská a sociální (Plevová a kol., 2012). Medikační pochybení jedno z nejčastějších pochybení ve zdravotnické praxi a často může skončit újmou na zdraví. Toto pochybení nemusí být pouze v podávání léků, ale i při preskripci léku (Pokorná et al., 2019b). Ordinace léků lékařem má svůj doporučený postup, který by

měl být vždy dodržován. Tento postup je dán zákonem č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů. Lékař zodpovídá za správnost ordinace, ordinaci musí zaznamenat do dokumentace pacienta a k ordinaci musí napsat svoji identifikaci.

Z důvodu rizika přehlédnutí ordinace sestrou je vhodné ordinaci léčiv zapisovat na místo k tomu určené a neměla by být součástí denní vizity. Zápis v dokumentaci musí být čitelný, srozumitelný a jasný, aby mohl být správně interpretován. Zápis musí obsahovat celý název léčivého přípravku, aplikační formu, sílu léku včetně ordinovaného množství, časový rozvrh podání, ve kterém by měla být zohledněna také informace o vztahu k příjmu potravy. Při infuzní terapii musí preskripce navíc obsahovat čas počátku infuze, rychlost podání nebo časový úsek podání a čas, kdy bylo podání ukončeno (Pokorná et al., 2019b). Dalším důležitým faktorem při preskripci léků je čitelnost a srozumitelnost zápisu medikace, toto jasně definuje vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. V této vyhlášce jasně zní, že každý zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě, čitelně a být zaznamenán nesmazatelným psacím prostředkem. Zkratky v preskripci jsou přípustné pouze takové, které jsou zajištěny vnitřním předpisem zdravotnického zařízení (Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci).

Vondráček (2011) udává, že telefonická ordinace léků je vnitřními směnicemi nemocnic zakázaná, výjimkou je podávání léků u akutně vzniklých změn stavu pacienta vyžadující život zachraňující medikaci. Dále udává, že žádný platný předpis, standard či odborné doporučení neukládá žádnému lékaři povinnost provádět ordinace medikace po telefonu. Pokorná et al. (2019b) píše, že ordinace po telefonu je možná pouze v případě, kdy je pro pacienta nebezpečné prodlení. Ordinaci mohou přijímat pouze kompetentní zaměstnanci dané nemocnice a ti mají povinnost tuto ordinaci zapsat do dokumentace a zapsanou ordinaci do telefonu zopakovat ordinujícímu lékaři, který stvrdí, zda je ordinace správná. Kompetentní zdravotník provádějící ordinaci musí pořádit záznam do dokumentace pacienta, kdy tento záznam musí ordinující lékař stvrdit neprodleně svým podpisem (Pokorná et al., 2019b).

Ordinace dle potřeby je ordinace léků, kde musí lékař specifikovat tuto potřebu. Může tuto potřebu specifikovat způsobem např. při bolesti, nespavosti apod., ale musí zde také uvést maximální jednotlivou látku, maximální denní dávku a minimální časový interval

mezi jednotlivými podáními. Pokud to jsou preskripce typu dle krevního tlaku (TK) či dle tělesné teploty (TT), musí lékař specifikovat, za jakých podmínek a jaké množství má být podáno. Ordinance typu Noradrenalin dle tlaku, kde není uvedeno maximální a minimální dávky ani cílový tlak, mohou vést k chybné interpretaci sestrou a následně k nežádoucí události (Brabcová et al, 2014b). Další možností ordinace léčiv je ordinace léčivých prostředků v urgentních situacích. Tato ordinace je podána ústně ordinujícím lékařem, který je následně povinen tuto ordinaci zapsat a stvrdit svojí identifikací do zdravotnické dokumentace. Preskripce lékařem by měla proběhnout v co nejkratším intervalu po ukončení urgentního stavu pacienta. U této ordinace je opět nezbytné, aby přijímající osoba (sestra) ordinaci lékaři zopakovala (Pokorná et al., 2019b).

V rámci akreditačních standardů je zdravotnické zařízení povinno stanovit postup telefonického hlášení kritických hodnot laboratoří (Šupšáková, 2017). Osoba, která přijímá telefonické hlášení výsledků vyšetření pacienta (sestra), písemně zaznamená výsledků vyšetření a následně zpětně hlásící osobě (laborantovi) přečte. Laborant musí potvrdit správnost přečtených hodnot sestrou (Plevová et al., 2019).

### ***1.7 Bezpečné předávání pacientů***

Jednou z dalších oblastí, kterou se resortní bezpečnostní cíle zabývají, je překlad a předávání pacientů mezi směnami, mezi pracovišti jednoho zdravotnického zařízení nebo do jiného zdravotnického zařízení (Věstník MZČR, 2015). Předávání informací o pacientech mezi směnami sestrami je důležitá součást ošetrovatelského procesu. Jeho hlavním cílem je sdělení klinických informací o pacientech k zajištění kontinuální, kvalitní a bezpečné péče. Špatná komunikace během předání směny může ohrozit bezpečnost pacientů (Pokorná et al., 2019b). Práce sestry probíhá ve směnách, které se překrývají, aby bylo zajištěno dostatečné množství času k předání informací o pacientovi, o změnách jeho zdravotního stavu a o provedených a nadcházejících intervencích (Brabcová et al., 2014a). Kvalitu předání informací ovlivňují faktory prostředí, jako je hluk, vyrušení, a poté také lidská chyba, nesprávná komunikace mezi sestrami nebo nepozornost jedné ze sester. Předání může probíhat v ústní, písemné, elektronické formě, jako nahrávka na diktafon, nebo se může jednat o kombinaci těchto forem (Koller, 2014).

Předání pacienta mezi směnami je důležitá součást ošetrovatelské péče. Je prováděno mezi kvalifikovanými sestrami současně se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci.

V rámci předání pacientů je třeba informovat sestru nastupující do směny o současném zdravotním stavu pacientů v přítomnosti všech členů ošetrovatelského týmu, kteří se podílejí na poskytování péče o dané pacienty. Sestra musí dbát na to, aby informace podávané ústně, písemně a informace obsažené v dokumentaci byly aktuální a shodné. Sestra se při předání vyjadřuje ke každé potřebě pacientů a k úrovni poskytované ošetrovatelské péče, předává informace o nesplněných ordinacích a jejich odůvodnění a navrhuje další postup ošetrovatelské péče. Sestra má během předání napsat do hlášení pacientův aktuální stav. Veškeré záznamy v sesterské dokumentaci musí sestra stvrdit svým podpisem (Pokorná et al., 2019). Maxson et al. (2012) doporučuje předávání pacientů u lůžka tzv. sesterská vizita, v rámci které přicházející sestra má možnost vidět pacienty a klást jim otázky, podporuje pacienty, aby se aktivně zapojili do péče o své zdraví a odstranit u pacientů mylné představy ohledně jim poskytované péče. Pokorná et al. (2019b) uvádí, že pro předání informací o pacientech je vhodné použít standardizovanou techniku. Jednou z takových technik je tzv. technika SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation). Tato komunikační technika je navržena pro sdělení významných informací výstižným způsobem. SBAR technika je založena na čtyřech krocích a to situace (identifikace problému se stručným popisem), pozadí (důvod přijetí, zdravotní stav pacienta), posouzení (informace o vitálních funkcích, laboratorních výsledcích...), doporučení (přesné a popisné vysvětlení, co je potřeba udělat). Další vhodná technika je technika read-back, kdy sestra přijímající informace, tyto informace zapíše a znovu je přečte sestře předávající směnu. Standardizace hlášení při předávání směny, podporuje bezpečí pacientů a zvyšuje efektivitu poskytované péče (Pokorná et al., 2019b).

Předání pacienta z operačního sálu je doprovázeno riziky. Je nezbytné, aby spolu s pacientem byla předána i kompletní dokumentace včetně anesteziologického a operačního protokolu včetně pooperačních ordinací. Měla by být předána včetně ošetrovatelské perioperační dokumentace, jejímž úkolem je zajistit maximálně bezpečný pooperační průběh (Věstník MZČR, 2015). V této dokumentaci by měla být obsažena identifikace pacienta, použité přístroje, použitý materiál, doklad o sterilitě použitých nástrojů, použitá dezinfekce, uložení neutrální elektrody, početní kontrola materiálu a nástrojů, výskyt případných nežádoucích událostí, provedení bezpečnostní kontroly a také identifikace a podpis pracovníka zodpovědného za zápis do dokumentace. Přebírající sestra zkontroluje, zda jsou všechny údaje správně zapsané (Wichsová, 2013).

Jak uvádí Prasad et al. (2020), předávání pacienta z operačního sálu je velmi náchylné k výskytu chyb. Proto je zde nezbytná efektivní komunikace a také standardizace a školení pracovníků v oblasti překlady pacientů z operačního sálu. Prasad et al. (2020) navrhli předávací protokol, který je založen na systémech těla. Lékař tak shromažďuje relevantní informace ke každé orgánové soustavě a umožňuje tak předávání informací o zdravotním stavu pacienta po operaci celému zdravotnickému týmu. Tento protokol se zaměřuje na kategorizaci informací v péči o pacienta podle různých orgánových oblastí včetně kardiovaskulárního, nervového a plicního systému. Protokol založený na orgánových soustavách může vést ke zlepšení interakce a komunikace mezi zdravotnickým personálem a tím také přispět k omezení chyb během překlady pacienta z operačního sálu.

Překlad pacienta na jiné oddělení v rámci jednoho zdravotnického zařízení se uskutečňuje v případech, kdy to pacientův stav vyžaduje. Cílem standardu, který se zabývá překlady pacienta, je zajistit jednotný postup předávání pacientů a informací o jejich stavu (Věstník MZČR, 2015). Lékař nejprve telefonicky domluví překlad s lékařem přijímací stanice, dále musí informovat pacienta i rodinu o nutnosti a o důvodech překlady a musí sepsat překládovou zprávu. Překlad zajišťuje všeobecná sestra překládajícího oddělení a předává pacienta všeobecné sestře přebírajícího oddělení. Pokud se jedná o překlad z vitální indikace, poté překlad provádí lékař. S pacientem se na oddělení předává také chorobopis pacienta, ošetřovatelská překládová zpráva, rozhodnutí o pracovní neschopnosti, osobní věci a cennosti pacienta. Předání pacienta do jiného zdravotnického zařízení probíhá podobně, lékař navíc napíše propouštěcí zprávu a zajistí příslušný převoz pacienta, sestra opět napíše ošetřovatelskou překládovou zprávu. Kopie propouštěcí i ošetřovatelské zprávy musí být založeny v dokumentaci pacienta (Pokorná et al., 2019b). Ošetřovatelská překládová zpráva by měla být vždy srozumitelná a čitelná a měla by obsahovat veškeré důležité informace pro ošetřovatelský personál. Ošetřovatelská zpráva obsahuje místo, odkud je pacient překládán, identifikační údaje pacienta včetně kontaktů na příbuzné a praktického lékaře, lékařskou diagnózu, dobu hospitalizace, výčet užívaných léků včetně posledně užitých léků, údaje o stravování, vyprazdňování, hygienické péči, bolesti, spánku, pohybu, paměti a duševním stavu, dále údaje o stavu kůže, o fyzikálním vyšetření sestrou a také o rodinném zázemí pacienta. Součástí této zprávy je soupis osobních věcí a cenností pacienta (Mlýnková, 2017).

### ***1. 8 Prevence dekubitů u hospitalizovaných pacientů***

U hospitalizovaných pacientů je výskyt dekubitů jedna z nejčastějších nežádoucích událostí. Nejúčinnějším způsobem řešení problematiky dekubitů je jejich včasná identifikace a prevence a proto se jeden z RBC zabývá touto problematikou (Věstník MZČR 16/2015). Prevence dekubitů je nezbytná pro bezpečnost hospitalizovaných pacientů, u kterých je riziko vzniku dekubitu a tím je ohroženo jejich zdraví. Sestra by měla k prevenci vzniku dekubitů přistupovat komplexně formou ošetrovatelského procesu. Zhodnotit riziko vzniku dekubitů, stanovit potenciální diagnózu, naplánovat a realizovat příslušné ošetrovatelské intervence a následně zhodnotit jejich efektivitu, případně tyto intervence změnit (Pokorná a Mrázová, 2012).

Dekubit je jakékoliv poškození kůže nebo tkání, který vzniká přímým tlakem nebo třecími silami a následně se projevuje na kůži nejprve jako erytém až po hluboké tkáňové léze. Může dojít k poškození svalů, šlach a kostí. Dekubit je rizikovým faktorem pro vznik infekce a velmi ovlivňuje prognózu a terapii pacienta (Pokorná a Mrázová, 2012). Dekubity se nejčastěji vyskytují na místech, které mají málo podkoží a jsou zde vystouplé okraje kostí. Tyto místa se nazývají predilekční. Dle polohy, kterou pacient zaujímá, jsou těmito místy sakrální oblast, hýžděová oblast, paty, kotníky, lopatky, lokty, trochanterická oblast, lýtka a temeno hlavy. Při klinickém hodnocení dekubitů je důležité myslet na to, že tlakové léze postupují z hloubky směrem na povrch a proto i minimální známky na povrchu kůže mohou znamenat rozšířené poškození hlubších tkání (Hlinková et al., 2019). Důležitou úlohou sester a ostatních ošetrovatelských pracovníků je naplánovat a realizovat spektrum preventivních opatření k zabránění vzniku dekubitů. Mezi preventivní opatření minimalizující pravděpodobnost vzniku dekubitů patří: edukace pacientů a jejich rodinných příslušníků, posouzení rizikových faktorů, zhodnocení rizika vzniku dekubitů, časté polohování pacientů, použití antidekubitních pomůcek, nutričně vyvážená strava a včasná mobilizace pacienta (Pokorná et al., 2019b).

První částí preventivních opatření je vzdělávání zdravotnických pracovníků. Vzdělávání zdravotnických pracovníků o prevenci dekubitů by měla být realizována pravidelně jako součást celoživotního systému vzdělávání zdravotnického personálu. Vhodnou formou vzdělávání v oblasti dekubitů jsou interaktivní semináře s modelovými situacemi, uvádění kazuistik, využívání obrazové dokumentace a vyhodnocení zpětné vazby. Efektivní je také zapojení do preventivních akcí, jako je Mezinárodní den STOP dekubitům, což je vzdělávací program pro zdravotníky, pacienty a rodinné příslušníky.

Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů jsou v ČR používány nástroje k posouzení rizikových faktorů pro vznik dekubitu (Pokorná et al., 2019b). Jsou to: Rozšířená stupnice podle Nortonové, Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám, Waterlowova škála a stupnice podle Bradenové (Pokorná a Mrázová, 2012). Pokorná a Mrázová (2012) dále uvádějí, že v českých nemocnicích je nejčastěji využívána stupnice podle Nortonové a Bradenové. Hodnotící škála dle Bradenové zahrnuje oblasti jako sensorická percepce, vlhkost a pomočování, fyzickou aktivitu, mobilitu, výživu, tření kůže. Každá tato oblast se hodnotí na stupnici 1 až 4 a maximální možné skóre je 23 bodů, 16 bodů a méně znamená vysoké riziko vzniku dekubitů. Primární zhodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů by mělo proběhnout do 24 hodin od příjmu, pokud to stav pacienta nedovoluje, tak maximálně do 48 hodin. Přehodnocení je nutné provést vždy při změně stavu pacienta. Při dlouhodobé hospitalizaci je vhodné provádět přehodnocení dvakrát týdně (Pokorná a Mrázová, 2012). Dalším preventivním opatřením je jednotná identifikace rizikových pacientů. Tato identifikace je dána standardizovaným protokolem v rámci daného zdravotnického zařízení. Jedná se např. o odlišné barvy na identifikačních náramcích, grafické označení dveří pokoje či lůžka, nebo grafické či barevné označení pacientů na informační tabuli. Nepostradatelnou součástí prevence je edukace a reedukace pacienta a rodinných příslušníků. Náplní této edukace je kontrola stavu kůže, nutnost polohovacího režimu, využívání vhodných antidekubitních pomůcek, dostatečná hydratace a příjem vyvážené stravy, včasná mobilizace, nutnost spolupráce, nutnost pochopení významu preventivních opatření (Pokorná et al., 2019b).

K prevenci vzniku dekubitů je důležité provádět profesionální hygienickou péči o kůži. K ochraně kůže je nutné využívat profesionální kosmetiku. Vhodné pro ochranu nepoškozené kůže je využívat krémy, které mají ochranný efekt. Není vhodné k čištění kůže používat mýdlo či šampón, protože mohou poškozovat vrchní vrstvu kůže a její přirozený ochranný film. Neméně důležitou částí hygienické péče je pravidelná výměna a úprava ložního a osobního prádla (Vytečková et al., 2015). V případě, kdy sestra zhodnotí pacienta jako rizikového stran vzniku dekubitů, je možné využitím vícevrstvého silikonového krytí pomoci k rozložení sil, tahu a tlaku, a to umožňuje přenos třecích sil působících na kůži mimo predilekční místa. Optimální tloušťka silikonového krytí je 3,5 až 4,5 mm nebo silnější (viz příloha 5). Vhodné je taky pro ochranu predilekčních míst využívat spreje či krémy. Při počínajícím defektu je vhodné na dané místo aplikovat transparentní fóliové obvazy, které mohou snížit riziko tření a díky jejich průhlednosti je



možné každý den defekt kontrolovat (Hlinková et al., 2019). Další důležitou částí prevence vzniku dekubitů je pravidelné polohování pacientů. Sestra provádí polohování k odlehčení tlaku na predilekčních místech u nepohyblivých pacientů. Důležité je polohovat všechny rizikové pacienty, u kterých to není kontraindikováno. V takovém případě je vhodné využít alespoň mikropolohování či antidekubitní matrace. Důležité je využívat vhodné polohovací pomůcky, vypodložit predilekční místa, vyvarovat se polohování na zarudlá místa (Pokorná et al., 2019b). Sestra musí s pacientem manipulovat šetrně, nepolohovat pacienta přímo na zdravotnické pomůcky, jako je močový katetr či kabely od přístrojů, vyvarovat se nepřirozeným polohám, omezit množství lůžkovin v lůžku a mít prádlo vždy napnuté. Při použití podložní mísy k toaletě je důležité nechávat podložní mísu pod pacientem jen nezbytně dlouhou dobu. Při přesunu pacienta např. do křesla je nutné omezit dobu, kdy pacient sedí bez možnosti zmírnění tlaku na predilekční místa (Vytejková et al., 2015).

Frekvenci polohování je vhodné volit dle možností pacienta a celkového zdravotního stavu, pokud pacient polohování netoleruje, je vhodné změnit frekvenci či způsob polohování. Při operačních výkonech je vhodné využívat mikropolohování, dle typu výkonu a stavu pacienta. U imobilních pacientů je nutné měnit polohu alespoň každé 2 hodiny a to i v noci. U pohyblivých pacientů je žádoucí zajistit včasnou mobilizaci a vertikalizaci (Hlinková et al., 2019). Je nutné zaznamenávat do zdravotnické dokumentace frekvenci, polohu pacienta a hodnocení výsledku polohování. Pokud se vyskytnou zdravotní komplikace při polohování nebo pacient polohování netoleruje, je nutné tyto skutečnosti také zaznamenat do zdravotnické dokumentace. U imobilních pacientů je vhodné vždy založit polohovací protokol, který je umístěný u lůžka pacienta (Pokorná et al., 2019b). Pro vznik dekubitu má důležitý význam i stav výživy. Nedostatečná výživa způsobuje ztrátu tělesné hmotnosti, podkožní tkáně a svalovou atrofii, což zvyšuje riziko vzniku dekubitů. Je nezbytné při příjmu rizikových pacientů ke vzniku dekubitů vyhodnotit i stav nutriční pomocí nutričního screeningu. U imobilních pacientů je nezbytné zajistit dostatečnou hydrataci, podávat stravu bohatou na vitamíny, bílkoviny a minerály, v případě potřeby podávat nutriční doplňky či zajistit výživu jinou cestou než perorální (Hlinková et al., 2019). Každý vzniklý dekubit u hospitalizovaných pacientů se hlásí jako nežádoucí událost. Každá nežádoucí událost se musí neodkladně hlásit, zaznamenat a posléze řešit. Součástí každého hlášení vzniku dekubitů je analýza

prvotních příčin vzniku této události, provedení nápravného opatření a preventivních opatření do budoucnosti (Bartůněk et al., 2016).

Pacienti jsou vystaveni vysokému riziku vzniku dekubitů během operačních výkonů, zejména z důvodu imobility během anestezie. Prvním rizikovým faktorem vzniku dekubitů během operace je délka operace, kdy vysoké riziko vzniká u operací delších než 2 hodiny (zdroj). Dalšími rizikovými faktory jsou přidružená onemocnění jako diabetes mellitus, nízký či vysoký Body Mass Index a dlouhá hospitalizace. Účinnými preventivními opatřeními proti vzniku dekubitů během operace je kontrola stavu kůže před operací, použití polštářů či gelových podložek k vypodložení predilekčních míst a používání kruhových polštářů pod hlavu (Martinez-Garduno et al., 2019). Ramezapour et al. (2018) uvádějí jako další rizikový faktor pro vznik dekubitů přítomnost srdečních chorob v osobní anamnéze pacienta. Riziko vzniku dekubitů je ovlivněno typem operace. U akutních operací je riziko vzniku dekubitů 10x vyšší než u plánovaných operací (Ramezapour et al., 2018). Black et al. (2014) uvádějí 10 rad, jak předejít vzniku dekubitů u pacientů na operačním sále. První z nich je znalost sester o rizicích, výskytu a příčinách vzniku dekubitů u pacientů během operačního zákroku. Druhým krokem je správná identifikace rizikových faktorů vzniku dekubitů u pacientů a zavedení případných preventivních opatření u těchto pacientů, zhodnocení stavu pokožky pacienta těsně před operací a zvážení použití dalších ochranných pomůcek na rizikové místa, jako jsou změkčující pěny nebo gelové podložky. Dalším preventivním opatření během operace je provádění bezpečné manipulace při přesunu pacienta na operační stůl a jeho bezpečné umístění na operačním stole. Během operace by měl operační tým sledovat, zda není někde vyvíjen nadměrný tlak či tření na pokožku. Posledním krokem je identifikace a analýza příčin vzniku dekubitů během operačního zákroku (Black et al., 2014).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Stěžejním cílem výzkumné studie je vyhodnotit dodržování resortních bezpečnostních cílů na odděleních chirurgického typu ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje.

### **2.2 Dílčí cíle práce**

1. Popsat postup bezpečné identifikace pacientů sestrami na odděleních chirurgického typu.
2. Popsat postup používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti na odděleních chirurgického typu.
3. Vyhodnotit postupy pro prevenci záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech.
4. Popsat specifika programu pro prevenci pádů pacientů na odděleních chirurgického typu.
5. Vyhodnotit postupy hygieny rukou u zdravotnického personálu na odděleních chirurgického typu.
6. Popsat způsob ústní a telefonické komunikace (ordinace léků a hlášení výsledků vyšetření pacientů) na odděleních chirurgického typu.
7. Popsat specifika předávání pacientů na odděleních chirurgického typu.
8. Vyhodnotit postupy prevence a redukce dekubitů u pacientů hospitalizovaných na odděleních chirurgického typu.

### **2.3 Výzkumné otázky**

1. Jakým způsobem sestry na chirurgických odděleních identifikují pacienta?
2. Jaké jsou postupy pro objednávání, ukládání a podávání léků s vyšší mírou rizika na oddělení chirurgického typu?
3. Jaké preventivní mechanismy záměny výkonu, lokalizace či pacienta během operačního výkonu jsou zavedeny na vybraných chirurgických odděleních?
4. Jakým způsobem sestry na vybraných chirurgických odděleních předcházejí pádům hospitalizovaných pacientů?
5. Jaké postupy hygieny a dezinfekce rukou při poskytování zdravotní péče jsou na vybraných chirurgických odděleních používány?

6. Jaká jsou pravidla ústní a telefonické komunikace zdravotnických pracovníků na vybraných chirurgických odděleních?
7. Jakým způsobem se v rámci jednoho pracoviště, jednoho poskytovatele a mezi různými poskytovateli předávají pacienti?
8. Jakým způsobem sestry pracující na vybraných chirurgických odděleních předcházejí vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů?

#### **2.4 Operacionalizace pojmů**

*Všeobecná sestra* je nelékařský zdravotnický pracovník s odbornou způsobilostí, který vykonává činnosti spojené se zdravotní péčí v souladu se standardy a právními předpisy, přípravou standardů, v souladu se svojí odbornou specializací poskytuje pacientovi informace, vykonává pokyny lékaře, případně zubního lékaře, farmaceuta. Dále je oprávněna získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu, plánovat a realizovat ošetrovatelské činnosti a další (vyhláška 55/2011 Sb., v platném znění).

*Nežádoucí událost* je chápána jako incident, událost či okolnost, ke které došlo (nebo mohlo dojít) a která vedla ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. Zhoršení zdravotního stavu pacienta nebylo způsobeno jeho primárním onemocněním, ale chybou zdravotnického pracovníka. Mezi nežádoucí události jsou řazeny dekubity, pády, medikační pochybení, záměna pacientů, klinických výkonů a další (Pokorná et al., 2019b).

*Resortní bezpečnostní cíle* jsou cíle, které jsou zaměřeny na oblasti zdravotní péče s největším výskytem nežádoucích událostí. Jedná se o povinné základní zákonné požadavky pro uvedení systému hodnocení kvality a bezpečí (Šupšáková, 2017).

*Pád pacienta* je situace, kdy se pacient neplánovaně ocitne na podlaze nebo jiném níže uloženém vodorovném povrchu. Pád může být doprovázen zraněním, nebo se může obejít bez poranění (Pokorná et al., 2019b).

*Dekubit*, dále také například proleženina, tlaková léze či vřed, nebo také prosezenina, je možné chápat jako poškození tkání vzniklé v souvislosti s lokálním působením tlaku. Velikost a hloubka poškození je závislá na stavu pacienta, době působení a intenzitě tlaku. Mezi preventivní opatření patří například polohování, výživa, využití antidekubitních pomůcek, včasná mobilizace a další (Pokorná et al., 2019b).

Pojem *komunikace* je chápán jako výměna informací či prostředek pro vzájemné ovlivňování osob. Mezi formy komunikace patří verbální, neverbální a komunikace činem. Empirická část výzkumné studie je zaměřena na bezpečný postup při komunikaci mezi sestrou a lékařem při ústní a telefonické ordinaci léčiv (Kelnarová a Matějková, 2014).

*Identifikace pacientů* je důležitý postup pro bezpečné poskytování péče preventivní, léčebné, diagnostické a ošetrovatelské. Ve zdravotnických zařízeních jsou pro identifikaci pacientů využívány například identifikační náramky, elektronická či papírová identifikace, dále například v ambulantních zařízeních občanský průkaz, cestovní pas, průkaz pojištěnce (Pokorná et al., 2019b).

*Léky s vyšší mírou rizika* neboli riziková léčiva je nutno ukládat a uskladňovat v odděleném prostoru od ostatních léčiv. Do této kategorie rizikových léčiv patří například antikoagulantia, inzuliny, koncentrované ionty, ale v neposlední řadě například také opiáty a opioidy, které jsou skladovány v pevně zabudovaném trezoru. Umístění bývá označeno tak, aby bylo zřejmé, že se jedná o umístění rizikových léčiv (Vytejková et al., 2015).

*Hygienu rukou* je klíčová pro prevenci a kontrolu infekcí. Mezi potenciální původce vzniku infekcí patří mikroflóra, která kolonizuje kůži a sliznice, dále se vyskytuje v tělních tekutinách a na povrchích předmětů. Přenos mikrobů je zprostředkován například nedostatečnou hygienou rukou či povrchů. Hygienu rukou je rozdělována na mytí rukou, hygienické mytí rukou a hygienickou dezinfekci rukou (Žemličková et al., 2019).

## 3 Metodika

### 3.1 Použitá metoda

K dosažení cílů práce byl realizován výzkum s využitím kvalitativního šetření. Empirická část výzkumné studie byla zpracována kvalitativní technikou hloubkových rozhovorů. Výzkumné šetření probíhalo během jara 2021. Byly osloveny sestry vybrané nemocnice Jihočeského kraje. Vedení nemocnice udělilo souhlas s provedením výzkumného šetření, ale vzhledem k zachování anonymity písemný souhlas s výzkumem není součástí diplomové práce. Je k nahlédnutí u autorky práce. S výzkumným šetřením byly rovněž seznámeny všechny vrchní sestry vybraných oddělení. Výzkumné šetření probíhalo se sestrami v nemocničním či v domácím prostředí z důvodu probíhající pandemie covid-19.

Podklad pro hloubkový rozhovor se skládal ze 48 předem připravených otázek, které byly zaměřeny na problematiku resortních bezpečnostních cílů a rozděleny do osmi oblastí (viz příloha 6). Každá oblast rozhovoru se zabývala problematikou jednoho resortního bezpečnostního cíle. Během rozhovorů byly upravovány nejasnosti a byly doplňovány otázky k prohloubení rozhovoru. V podkladu formulovaných otázek byly zastoupeny otázky demografické, znalostní a názorové.

Každá sestra se účastnila rozhovoru samostatně, u rozhovoru byl tedy přítomen pouze jeden tazatel a proband. Z důvodu probíhající pandemie covid-19 výzkumné šetření probíhalo se sestrami v domácím prostředí, výjimečně na oddělení. V průběhu rozhovorů byly odpovědi zapisovány na papír, protože sestry si nepřály být nahrávány na diktafon. Všechny rozhovory byly následně doslovně přepsány. Přepsané rozhovory jsou k dispozici k nahlédnutí u autorky práce. Jednotlivé rozhovory byly označeny písmenem S, které označuje provedení rozhovoru se sestrou. K jednotlivým písmenům, které označují sestru, bylo přiřazeno také číslo, které určuje pořadí daného rozhovoru.

Získaná data byla kódována otevřenou metodou tužka a papír. V rámci kódování zjištěných údajů byla data rozčleněna na jednotky, a každé takto nalezené jednotce bylo přiděleno označení. Následně byly nově označené části textu rozřazeny a uspořádány do jednotlivých kategorizačních skupin (Švaříček a Šedřová, 2014). Celkem bylo vytvořeno osm kategorizačních skupin, přičemž každá kategorizační skupina se zabývá jedním resortním bezpečnostním cílem a je rozdělena na několik podkategorií dle podobnosti a souvislosti.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor byl vybrán záměrně. Byly osloveny všeobecné sestry, staniční sestry a vrchní sestry pracující na odděleních chirurgického typu v jedné nemocnici Jihočeského kraje. Celkem se uskutečnilo čtrnáct rozhovorů. Byl brán ohled na ochotu probandů zúčastnit se výzkumného šetření. Sestry byly upozorněny na skutečnost, že veškeré získané informace jsou anonymní a slouží pouze za účelem výzkumného šetření, byly seznámeny s tématem a cílem diplomové práce a všechny souhlasily s poskytnutím rozhovoru. Podrobná charakteristika výzkumného souboru je uvedena v tabulce 1 ve výsledkové části práce. Rozhovory byly ukončeny v okamžiku, kdy bylo dosaženo teoretické saturace dat.

## 4 Výsledky

### 4.1 Identifikační údaje sester

V této kapitole jsou popsány identifikační údaje oslovených sester. Pro lepší přehlednost byla zpracována následující tabulka s identifikačními údaji.

**Tabulka 1** Identifikační údaje oslovených sester

Sestra	Věk	Pracovní pozice	Dosažené vzdělání	Specializační vzdělání	Délka praxe	Délka praxe na daném oddělení
S1	27	Všeobecná sestra	VŠ – Mgr.	Specializace v chirurgii	4 roky	4 roky
S2	24	Všeobecná sestra	VŠ – Mgr.	Specializace v chirurgii	3 roky	6 měsíců
S3	50	Staniční sestra	VŠ – Mgr.	ARIP	32 let	24 let
S4	23	Praktická sestra	SŠ	Ne	3 roky	1 rok
S5	56	Staniční sestra	VŠ – Bc.	ARIP	36 let	16 let
S6	39	Vrchní sestra	VŠ – Bc.	Ne	20 let	16 let
S7	24	Všeobecná sestra	VŠ – Bc.	Ne	2 roky	2 roky
S8	24	Všeobecná sestra	VŠ – Bc.	Ne	4 roky	2 roky
S9	23	Všeobecná sestra	VŠ – Bc.	Ne	3 roky	3 roky
S10	42	Všeobecná sestra	VŠ – Bc.	Ne	17 let	10 let
S11	25	Všeobecná sestra	VŠ – Bc.	Ne	5 let	5 let
S12	44	Všeobecná sestra	VŠ – Bc.	ARIP	26 let	21 let
S13	43	Všeobecná sestra	SŠ	Ne	25 let	5 let
S14	41	Všeobecná sestra	SŠ	Ne	21 let	10 let

Zdroj: vlastní

V rámci sběru dat pro kvalitativní výzkum jsme oslovili 10 všeobecných sester, dvě staniční sestry, jednu vrchní sestru a jednu praktickou sestru. Výzkum proběhl se sestrami ve věku od 23–56 let. Sestry S1, S2 a S3 mají ukončené postgraduální navazující magisterský studijní program, sestry S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11 a S12 pregraduální



studijní program bakalářského typu a sestry S4, S13 a S14 mají středoškolské vzdělání. Sestry S1 a S2 mají specializační vzdělání v oblasti chirurgie a sestry S3 a S5 mají specializační vzdělání v oboru intenzivní péče. Délka praxe oslovených sester se pohybuje v rozmezí od 2 do 36 let. Nejdéle je v praxi sestra S5, která pracuje ve zdravotnictví 36 let, a nejkratší praxi má sestra S7 (2 roky). Délka praxe sester na stávajícím oddělení se pohybuje v rozmezí od 6 měsíců do 24 let.

#### **4.2 Seznam kategorizačních skupin**

Výsledky šetření byly rozděleny do následujících kategorizačních skupin a podskupin.

##### **Kategorie 1 Bezpečná identifikace pacientů**

*Podkategorie 1 Interní předpisy nemocnice pro bezpečnou identifikaci pacientů*

*Podkategorie 2 Způsob identifikace pacientů*

*Podkategorie 3 Situace, při kterých se provádí identifikace pacientů*

##### **Kategorie 2 Bezpečnost při používání rizikových léčiv**

*Podkategorie 1 Interní předpisy nemocnice pro používání rizikových léčiv*

*Podkategorie 2 Léky s vyšší mírou rizika*

*Podkategorie 3 Postup při objednávání, skladování a podávání rizikových léků*

*Podkategorie 4 SOS a LASA léky*

*Podkategorie 5 Postupy zabraňující nesprávné podání rizikových léčiv*

##### **Kategorie 3 Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech**

*Podkategorie 1 Interní předpisy nemocnice zajišťující provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci*

*Podkategorie 2 Postupy zajišťující provedení správného výkonu u správného pacienta na správném místě*

*Podkategorie 3 Způsob provedení bezpečnostní předoperační procedury*

*Podkategorie 4 Postup při označování místa operačního výkonu*

## **Kategorie 4 Prevence pádů pacientů**

*Podkategorie 1 Interní předpisy nemocnice pro prevenci, sledování a vyhodnocování pádů pacientů*

*Podkategorie 2 Zhodnocení rizika pádu u pacientů*

*Podkategorie 3 Preventivní opatření minimalizující riziko pádu*

*Podkategorie 4 Postup při pádu pacienta*

*Podkategorie 5 Způsob sledování a vyhodnocování příčin pádů pacientů*

*Podkategorie 6 Nejčastější příčiny pádů pacientů*

*Podkategorie 7 Nová opatření minimalizující riziko vzniku pádů pacientů*

## **Kategorie 5 Optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče**

*Podkategorie 1 Interní předpisy nemocnice upravující postupy pro prevenci a kontrolu infekcí v nemocnici*

*Podkategorie 2 Situace pro provádění hygieny rukou*

*Podkategorie 3 Postup hygieny rukou*

*Podkategorie 4 Situace pro používání rukavic*

*Podkategorie 5 Školení o postupech hygieny rukou*

*Podkategorie 6 Situace pro používání osobních ochranných pracovních prostředků*

*Podkategorie 7 Izolační opatření v prevenci přenosu infekčních agens*

*Podkategorie 8 Prevence infekcí v místě chirurgického výkonu*

*Podkategorie 9 Prevence katéetrových infekcí*

## **Kategorie 6 Bezpečná komunikace**

*Podkategorie 1 Interní předpisy nemocnice určující postup při telefonické ordinaci léčiv lékařem*

*Podkategorie 2 Postup telefonické ordinace léčiv lékařem*

*Podkategorie 3 Telefonické hlášení kritických výsledků z laboratoře*

## **Kategorie 7 Bezpečné předávání pacientů**

*Podkategorie 1 Interní předpisy nemocnice pro postup při předávání pacienta mezi pracovišti*

*Podkategorie 2 Postup při předávání pacientů mezi dvěma směnami sester*

*Podkategorie 3 Postup při překladu pacienta na jiné pracoviště*

*Podkategorie 4 Dokumentace při předávání pacienta*

*Podkategorie 5 Náležitosti ošetrovatelské překládové zprávy*

## **Kategorie 8 Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů**

*Podkategorie 1 Interní předpisy nemocnice upravující postupy prevence, sledování a vyhodnocování dekubitů u pacientů*

*Podkategorie 2 Zhodnocení rizika vzniku dekubitů*

*Podkategorie 3 Preventivní opatření minimalizující riziko vzniku dekubitů*

*Podkategorie 4 Postup při vzniku dekubitu u pacienta*

*Podkategorie 5 Nová opatření minimalizující riziko vzniku dekubitů u pacientů*

### **4.3 Kategorie 1 Bezpečná identifikace pacientů**

První část rozhovoru byla zaměřena na postupy, které sestry na oddělení využívají pro bezpečnou identifikaci pacientů. Náš zájem byl zacílen zjištění, zda sestry znají interní předpisy nemocnice ohledně identifikace pacientů, jakým způsobem sestry identifikují pacienty a v jakých situacích sestry provádějí identifikaci pacienta. Tato kategorie je rozdělena na tři podkategorie: „Interní předpisy nemocnice pro bezpečnou identifikaci pacientů“, „Způsob identifikace pacientů“ a „Situace, při kterých se provádí identifikace pacientů“.

V první podkategorii odpovědí s názvem „**Interní předpisy nemocnice pro bezpečnou identifikaci pacientů**“ byly sestry dotazovány, jakým interním předpisem nemocnice upravuje správný postup bezpečné identifikace pacientů. Sestra S12 uvedla: „*Řídíme se metodickým pokynem předsedy představenstva, která se nazývá Identifikace pacientů.*“ Podobně odpověděly i sestry S1, S2, S4, S7, S9, S10, S11, S13, které uvedly, že se řídí

směrnicemi, které se nazývají identifikace pacienta. Sestra S3 doslovně uvedla: „*Existuje interní předpis, který se zabývá bezpečností dat, postupujeme podle něho.*“ Sestra S5 uvedla, že postupuje podle standardu, který se nazývá Zvýšení bezpečí a kvality péče, a následně také dle nařízení GDPR (obecné nařízení o ochraně osobních údajů). Sestra S6 odpověděla: „*Neznám přesný název, ale všechny předpisy jsou na oddělení k dispozici v tištěné i elektronické podobě na intranetu a v případě potřeby jsou volně k nahlédnutí.*“ Sestry S8 a S14 odpověděly, že neví, jaký interní předpis stanovuje způsob bezpečné identifikace pacientů.

V další podkategorii odpovědí „**Způsob identifikace pacientů**“ sestry odpovídaly na otázku, jakým způsobem provádí identifikaci pacientů, pomocí jakých identifikátorů. Sestra S6 odpověděla: „*Používáme identifikační náramek obsahující jméno pacienta, datum narození a příslušnou zkratku oddělení, na kterém je pacient hospitalizován. Liší se i barvou, dle toho, zda je přítomna alergie.*“ Sestry S3, S4, S5, S13 také odpověděly, že k identifikaci používají identifikační náramek a sestra S12 k tomu navíc uvedla, že identifikační náramek kontrolují jednou týdně a při nečitelnosti dávají nový. Sestra S7 odpověděla, že kromě identifikačního náramku používá také štítek s příjmením pacienta a kódem diagnózy, který je umístěný na posteli. Sestra S10 doslovně uvedla: „*Pacienty identifikujeme dotazem na jméno a rok narození a také pomocí identifikačních náramků, na kterých je uvedeno jméno a příjmení, rok narození a oddělení, na kterém je pacient hospitalizován.*“ Shodně se sestrou S10 odpověděly také sestry S1, S2 a S14. Sestry S11 a S8 uvedly kromě slovního ověření jména a identifikačního náramku také slovní ověření rodného čísla pacienta. Sestra S9 ke mně byla nejotevřenější a doslovně odpověděla: „*Při přijetí se ptám pacienta na jméno a na název zdravotního pojišťovny. Dále používáme identifikační náramek se jménem, datem narození a oddělením, kde je pacient hospitalizován. U pacientů je také umístěna teplotní tabulka se jménem a datem narození a také se samozřejmě ptáme pacienta na jméno před každým výkonem.*“

Poslední podkategorie odpovědí v rámci bezpečné identifikace pacientů se zaměřovala na to, v **jakých situacích sestry provádí identifikaci pacienta**. Většina sester se shodla na tom, že identifikaci provádí při každém kontaktu s pacientem. Takto odpověděly sestry S1, S3, S5, S6, S10, S13, a sestra S7, která řekla: „*Identifikaci pacienta provádím v podstatě při každém výkonu u pacienta, zejména při podávání jakýchkoli léků, předoperační přípravě, převazech, vizitě, transportu na vyšetření, sběru anamnézy, měření fyziologických funkcí, monitoraci bolesti, zkrátka při každé ošetrovatelské*

*intervenci.*“ Sestry S2, S11 a S9 neodpověděly, že provádí identifikaci při každém kontaktu s pacientem, ale vyjmenovaly většinu ošetrovatelských intervencí, např. sestra S9 odpověděla: „*Identifikaci pacienta provádíme před podáním krevních derivátů, před odběrem krve, vlastně při jakémkoli odběru biologického materiálu. Dále před podáním léků, před vyšetřením a při převzetí pacienta z operačního sálu.*“ Sestry S4, S12 a S14 uvedly, že provádí identifikaci pouze před podáváním léků, při odběru biologického materiálu a u invazivních výkonů. Ještě stručněji odpověděla sestra S8, která odpověděla, že identifikaci provádí před podáním léčiv a při překladau pacienta.

#### **4.4 Kategorie 2 Bezpečnost při používání rizikových léčiv**

Další část rozhovoru byla zaměřena na znalosti sester v oblasti objednávání, skladování a podávání rizikových léčiv. Poté nás zajímalo, zda sestry znají termíny SOS a LASA léky. Tato kategorie je rozdělena do pěti podkategorií: „Interní předpisy nemocnice pro používání rizikových léčiv“, „Léky s vyšší mírou rizika“, „Postup při objednávání, skladování a podávání rizikových léků“, „SOS a LASA léky“, „Postupy zabráňující nesprávné podání rizikových léčiv“.

V podkategorii „**Interní předpisy nemocnice pro používání rizikových léčiv**“ jsme se sester ptali, zda vědí, které interní předpisy nemocnice upravují postupy pro zacházení s rizikovými léčivy. Sestry S8, S11, S13 a S14 neznaly žádné směrnice, které by upravovaly nakládání s rizikovými léčivy. Sestra S4 uvedla, že nezná přesný název směrnice, ale ví, že předpis stanovuje způsob zacházení s rizikovými léčivy a lze ho dohledat na intranetu nemocnice. S touto odpovědí souhlasily i sestry S1 a S2. Sestra S12 odpověděla: „*Při zacházení s rizikovými léky se řídíme dle směrnic nemocnice. Směrnice se nazývá: Objednávání, skladování, předepisování a podávání léčiv, názvem si tedy nejsem jistá, ale vím, kde směrnici dohledám.*“ S tím souhlasily i sestry S6, S9 a sestra S5, která navíc uvedla, že se kromě této směrnice řídí zákonem o návykových látkách, č. 167/1998 Sb. Sestry S3, S7 a S10 odpověděly, že postupy pro zacházení s rizikovými léčivy upravují standardy nemocnice.

Druhá podkategorie, která se nazývá „**Léky s vyšší mírou rizika**“, byla zacílena na znalost léků s vyšší mírou rizika. Většina sester odpověděla, že mezi léky s vyšší mírou rizika patří inzulíny, heparin, opiáty a vysoce koncentrovaný chlorid draselný. Takto odpověděly sestry S1, S3, S5, S6, S11, S12, S13 a S14. Sestra S9 doslovně uvedla:

„Na našem oddělení používáme zejména riziková léčiva jako inzulíny, heparin, roztok 7,45% KCL a opiáty.“ Shodně se sestrou S9 odpověděly také sestry S8 a S10. Ostatní sestry odpovídaly rozdílně. Sestra S7 uvedla, že mezi riziková léčiva patří pouze opiáty a inzulíny. Sestra S4 uvedla: „Myslím si, že mezi rizikové léky patří opiáty, minerály, u nás tedy zejména roztok 7,45% KCL, ostatní léky na bolest a některé antibiotika.“ Sestra S2 řekla, že mezi léky s vyšší mírou rizika patří minerály, opiáty a chemoterapeutika.

Třetí podkategorie odpovědí s názvem „**Postup při objednávání, skladování a podávání rizikových léků**“ byla zaměřena na postupy objednávání, skladování a podávání léků s vyšší mírou rizika. V této kategorii byly odpovědi sester velmi rozdílné. Sestra S9 na tuto otázku odpověděla následovně: „Léky u nás objednává staniční sestra, rizikové léky objednává s běžnou lékárnou. Při skladování jsou tyto léky odděleny od ostatních léků a jsou označeny jako rizikové. Po načnutí je vždy popíšeme datem a časem, kdy byl lék otevřený, a potvrdíme podpisem, kým byl lék načatý. Opiáty jsou oddělené a uzamčené pod dvojím zámekem v trezoru. Při podávání opiátů je vždy odepisujeme z knihy opiátů a počítáme množství ampulí. Při podávání rizikových léků postupujeme s vyšší opatrností a vždy si ověřujeme totožnost pacienta.“ S tímto názorem ohledně objednávání a skladování rizikových léčiv souhlasí i sestry S4, S2, S5, S12. Sestra S6 navíc uvedla, že rizikové léky jsou uloženy v uzamykatelných prostorách a po načnutí se skladují taktéž na určeném místě dle doporučení výrobce např. v lednici. Sestra S7 uvedla: „Léky neobjednávám, takže nevím, jak se objednávají. Skladujeme je zvláště pod zámekem, klíče jsou uloženy v uzamykatelné zásuvce. Při podání opiátu se opiát odepisuje do opiátové knihy a do aktuálního dekurzu. Do opiátové knihy zapisujeme datum, číslo dekurzu, jméno pacienta, kterému se opiát podává, jméno lékaře, který opiát předepisoval a jméno sestry, která opiát podala. Do dekurzu dáme razítko na opiáty a červeně vyplníme název a dávku opiátu. U podávání opiátů se vždy nejprve dojdou na pacienta podívat a teprve potom opiát odepisují. Inzulíny skladujeme také pod zámekem a odděleně, ale jinde než opiáty.“ Sestra S1 řekla, že rizikové léky se objednávají s běžnou lékárnou přes systém v počítači. Dále uvedla, že se skladují v lékárně, kde jsou i ostatní léky, ale jsou označeny jako riziková léčiva. Při podání rizikového léčiva se vždy striktně drží ordinace lékaře, při přípravě opiátu jí správnost léku a jeho síly zkontroluje další sestra a při podání si dvakrát ověří jméno, příjmení a rok narození pacienta.

Sestra S11 odpověděla, že riziková léčiva skladují odděleně od ostatních léků a jsou označena červeně. Dle jejího názoru je při podávání důležité lék správně a přesně naředit a ověřit si identifikační údaje pacienta. Sestra S10 uvedla: „*Léky objednáváme běžně s ostatními léčivy. Riziková léčiva skladujeme v uzamčené lékárně, mimo od ostatních léků, na místě, které je označené jako riziková léčiva. Při podávání těchto léčiv postupujeme se zvýšenou opatrností, vždy by měla proběhnout dvojitá kontrola názvu léku a jeho množství, správnost přípravy léku by měly kontrolovat dvě sestry a samozřejmě nesmí chybět správná identifikace pacienta.*“ S tímto názorem souhlasí sestra S3. Sestry S8, S13 a S14 uvedly pouze, že při objednávání, skladování a podávání rizikových léčiv postupují dle předpisů oddělení.

Následující podkategorie odpovědí se nazývá „**SOS a LASA léky**“. V této části rozhovorů byly sestry dotazovány, zda znají termín SOS a LASA léky a zda vědí, co tyto pojmy znamenají. Sestry S3, S5, S6 a S10 věděly, co oba tyto pojmy znamenají. Sestra S6 uvedla: „*SOS léky jsou takové, které potřebuje pacient při náhle vzniklé potřebě v souvislosti s akutním zhoršením chronického onemocnění a měl by je mít stále u sebe, v praxi to jsou nejčastěji inhalačně podávané léky. LASA léky je anglická zkratka pro léky, jejichž název nebo vzhled si jsou velmi podobné a hrozí tak záměna.*“ Sestry S8 a S4 odpověděly, že pojem SOS léky znamená léky první pomoci při resuscitaci a pojem LASA léky neznaly. Sestry S11 a S13 také odpověděly, že léky SOS jsou léky první pomoci, ale věděly, co znamená pojem LASA léky. Sestra S1 uvedla: „*SOS léky jsou léky, které pacient užívá na chronické onemocnění a necháváme je u pacienta, nejčastěji to jsou inhalátory u astmatiků, ale pojem LASA léky neznám.*“ Shodně odpověděla i sestra S9. Sestry S7 a S12 nevěděly, co znamená pojem SOS léky, ale znaly pojem LASA léky, který vysvětlily. Sestra S7 doslova uvedla: „*LASA léky jsou léky s vyšším rizikem záměny, mají např. podobné názvy, začínají na stejné písmeno, jsou to stejně dlouhé názvy, nebo je podobná krabička.*“ Sestry S2 a S14 neznaly ani jeden z těchto dvou pojmů.

Poslední podkategorie v rámci bezpečnosti při používání rizikových léčiv je podkategorie, která se nazývá „**Postupy zabráňující nesprávnému podání rizikových léčiv**“. Zde byly sestry dotazovány na preventivní postupy minimalizující pravděpodobnost záměny léčiv s vyšší mírou rizika. Odpovědi sester se velmi lišily. Sestra S14 uvedla, že pravidelné proškolení personálu a správné označení rizikových léčiv jsou postupy, které u nich na pracovišti zabráňují nesprávnému podání rizikových léčiv. S tímto názorem souhlasí také sestra S13. Sestra S1 odpověděla, že u nich

na oddělení se k zabránění podání nesprávných rizikových léčiv využívá: opakované přečtení ordinace lékaře před podáním, správné označení připraveného léku (názvem léku a jménem pacienta), opakované přečtení názvu a množství léku a před aplikací kontrola identifikace pacienta. Obdobně odpověděla také sestra S7. Sestra S9 doslovně odpověděla následující: *„Vždy postupujeme dle ordinace lékaře, pokud máme nějaké nejasnosti, domluvíme se s lékařem, který provede podrobnější zápis do dokumentace. Léky s vyšší rizikovostí máme odděleně uloženy a popsány. Před podáním kontroluji název léku a množství s dokumentací a provedu identifikaci pacienta.“* Sestra S11 řekla, že k zabránění podání nesprávného léku předchází správné označení léku, pravidelné proškolení personálu, sebereflexe pracovníků a kritické myšlení. Sestry S2, S4, S8 a S12 uvedly, že na pracovišti nemají zavedený žádný zvláštní postup k zabránění podání nesprávného léku s vyšší mírou rizika. Sestra S10 naopak uvedla následující postupy: *„Tak nejprve uložení léků na místě pro rizikové léčiva, následně vždy před podáním provádíme dvojitou kontrolu názvu léku a jeho množství a samozřejmě bezpečná identifikace pacienta.“* S touto odpovědí souhlasí i sestra S5. Sestra S6 řekla, že zvýšená kontrola a pozornost při přípravě roztoků a výstražné označení nebo zvláštní upozornění na obalu léku přispívá ke snížení rizika záměny léku. Sestra S3 uvedla, že je důležitá vícenásobná kontrola názvu a množství léku při vyndání léku z lékárny, při natahování léku a při vyhazování ampule do odpadu. Dále uvedla, že sestra, která lék připravila, také lék sama podává. Nelze akceptovat postup, kdy jedna sestra předpřipraví léky druhé sestře.

#### **4.5 Kategorie 3 Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech**

Tato část rozhovoru byla zaměřena na to, jaké postupy na odděleních minimalizují riziko záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech. Ptali jsme se sester, jakým způsobem na oddělení zajišťují bezpečnost provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci, jakým způsobem je na oddělení nastavena předoperační bezpečnostní procedura a jak postupují při označování místa výkonu. Kategorie je rozdělena do čtyř následujících podkategorií: „Interní předpisy nemocnice zajišťující provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci“, „Postupy zajišťující provedení správného výkonu u správného pacienta na správném místě“, „Způsob provedení bezpečnostní předoperační procedury“, „Postup při označování místa operačního výkonu“.



V první podkategorii odpovědí byly sestry dotazovány, jaké znají **interní předpisy nemocnice zajišťující provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci**. Sestra S9 doslovně odpověděla: „*Řídíme se dle směrnice, která se nazývá Standardizovaný postup provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci, dále se také řídíme verifikačním protokolem.*“ Sestry S11 a S13 odpověděly, že postupují dle verifikačního protokolu. S tím souhlasí i sestra S12, která navíc dodala, že postupuje dle směrnice, která stanovuje postupy tzv. bezpečnostní předoperační přípravy pacienta. Sestra S3 uvedla: „*V rámci předoperační bezpečnostní přípravy postupujeme dle interního předpisu, který definuje kontrolu strany výkonu u pacientů, kteří podstupují operaci jednoho z párových orgánů.*“ Obdobně odpověděla i sestra S5. Sestra S6 také řekla, že nezná přesný název předpisu, ale uvedla, že všechny interní předpisy jsou na oddělení k dispozici v tištěné i elektronické podobě a v případě potřeby jsou volně k nahlédnutí. Sestry S7 a S10 odpověděly, že postupují dle standardů oddělení, které mají vždy na oddělení k dispozici. Sestra S4 doslovně odpověděla: „*V rámci prevence záměny pacienta, výkonu či místa operace se řídím interním předpisem, který se jmenuje Interní předpis o prevenci záměny pacienta.*“ S touto odpovědí souhlasí i sestry S1 a S2. Sestry S8 a S14 uvedly, že neznají název interního předpisu, který se zabývá problematikou prevence záměny pacienta, výkonu či lokalizace u intervenčních výkonů.

Druhá podkategorie odpovědí se nazývá „**Postupy zajišťující provedení správného výkonu u správného pacienta na správném místě**“. Zde byly sestry dotazovány, jakým způsobem nebo pomocí jakých opatření zajišťují bezpečnost provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci. Sestra S10 uvedla: „*Toto zajišťujeme už v rámci příjmu pacienta na ambulanci, kde lékař společně s pacientem vyplní informovaný souhlas a verifikační protokol.*“ Obdobně odpověděly sestry S13, S14 a S12. Sestra S12 navíc doplnila, že kromě verifikačního protokolu pro bezpečnost provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci využívají a pečlivě kontrolují perioperační bezpečnostní protokol. Sestra S7 naopak odpověděla: „*Pokud jde pacient na sál, tak před operačním výkonem lékař označí operovanou končetinu a těsně před odjezdem na sál připravíme do dokumentace stranový protokol, aby nedošlo k záměně operované strany na sále.*“ S tím souhlasí také sestry S9 a S4. Sestra S11 odpověděla, že v rámci prevence záměny pacienta, strany či výkonu provádí opakovanou kontrolu jména pacienta a jeho rodného čísla, kontrolu dokumentace a kontrolu

identifikačního náramku. S tím souhlasí sestry S6 a S8. Sestra S5 uvedla, že k prevenci záměny pacienta, strany či výkonu u nich na pracovišti slouží informovaný souhlas s operací a s anestezií. Sestra S1 doslovně uvedla: *„V rámci prevence záměny pacienta si před odjezdem na sál ověřím identifikační údaje pacienta, a to prostřednictvím aktivní identifikace, zeptám se ho na celé jméno. K prevenci záměny strany operace máme zavedený verifikační protokol, který vyplňuje lékař společně s pacientem při příjmu, dále lékař před operací označí operovanou končetinu. Vždy musí proběhnout alespoň trojí kontrola operované strany a to při příjmu, na oddělení a na sále.“* S tím souhlasí také sestra S2 a sestra S3, která navíc uvedla, že se také vždy ptají pacienta, s jakým problémem jde na operaci, případně která končetina ho bolí.

Třetí podkategorie odpovědí se zabývala tématem **„Způsob provedení bezpečnostní předoperační procedury“**. Sestry odpovídaly na otázku, jakým způsobem provádí veškeré bezpečnostní předoperační přípravy. Sestra S11 odpověděla, že provádí kontrolu jména a rodného čísla u pacienta, kontrolu dokumentace a kontrolu identifikačního náramku, na který se zapisuje strana výkonu. Obdobně také odpověděly sestry S1, S5 a S8. Sestra S12 uvedla následující: *„Provádíme celkový předoperační bezpečnostní proces, který zahrnuje ověření správnosti identifikace pacienta, výkonu, kontrolu přípravy operačního pole a přípravy eventuálních implantátů. Také lékař před operací označí místo výkonu.“* Sestra S2 odpověděla pouze, že na ambulanci se vypisuje verifikační protokol. Stejně odpověděly také sestry S13 a S3. Sestra S14 vypověděla, že kontroluje zápis lékaře v dokumentaci a provádí kontrolu identifikace pacienta. Oproti tomu sestra S9 uvedla, že v den operace při ranní vizitě, vždy minimálně lékař a jedna sestra označuje místo výkonu. Sestra S6 se vyjádřila následovně: *„Kontrola probíhá již při příjmu pacienta přijímacím lékařem, který stvrdí svým podpisem verifikační protokol. Dále by tuto bezpečnostní proceduru měl zopakovat ošetřující lékař na oddělení rovněž se zápisem do protokolu. Označí se postižená končetina. Těsně před výkonem nastupuje kontrola samotným operátorem, který dále pracuje s verifikačním protokolem.“* S tímto názorem souhlasí také sestry S4 a S10. Sestra S7 uvedla: *„Pracuji s aktuálním dekurzem, ověřuji identifikaci pacienta a používám selský rozum. Například, když má pacient jednu nohu v pořádku a na druhé má rámu, tak je jasné, se kterou končetinou půjde na operaci, a když nemá pacient zhoršené kognitivní funkce, tak se ho můžu i zeptat.“*

Poslední podkategorie odpovědí v rámci prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech se nazývá „**Postup při označování místa operačního výkonu**“. sestry uvedly, jakým způsobem na odděleních postupují při označování místa výkonu před operací. Dále uvedly, kdo toto označení provádí a kdy. Sestra S14 odpověděla pouze, že u nich na oddělení provádí označení lékař. Stejně odpověděly také sestry S2, S7, S11, S12 a sestra S1, která navíc uvedla, že lékař označí místo operačního výkonu pomocí lihového fixu nebo novikovu. Sestra S5 uvedla, že lékař při příjmu pacienta na operaci označí místo výkonu. Sestra S3 doslovně odpověděla: „*Označení místa operačního výkonu se u nás provádí již na příjmové ambulanci, kde příjmový lékař společně s pacientem označí končetinu či stranu výkonu pomocí nesmyvatelného fixu.*“ Sestra S10 se vyjádřila následovně: „*Místo chirurgického výkonu se u nás na oddělení označuje ráno v den operace. Označení provádí ošetřující lékař společně s pacientem, kterého se zeptá na operovanou končetinu či stranu a vše také ověřuje v dokumentaci a ve verifikačním protokolu.*“ S tím souhlasí také sestry S8, S9, S13 a S4, která navíc uvedla, že označení místa operačního výkonu provádí ošetřující lékař společně se sestrou. Sestra S6 uvedla, že místo operačního výkonu označuje ráno v den operace sestra pod dohledem lékaře. Uvedla, že označení provádí v oblasti mimo operačního pole nesmyvatelným fixem a pacienta poučí o tom, že do značek nesmí zasahovat.

#### **4.6 Kategorie 4 Prevence pádů pacientů**

Tato část rozhovoru byla zaměřena na problematiku prevence, monitoringu a vyhodnocení pádů hospitalizovaných pacientů. Sestry odpovídaly na otázky, jaké interní předpisy nemocnice upravují postupy v rámci prevence pádů pacientů, jakým způsobem provádí zhodnocení rizika vzniku pádu u pacientů, jaká preventivní opatření sestry využívají u pacientů, kteří jsou v riziku pádu, jak postupují při pádu pacienta, jakým způsobem sledují a vyhodnocují příčiny pádů pacientů, jaké jsou nejčastější příčiny pádů pacientů hospitalizovaných na jejich oddělení a jaká opatření, které minimalizují riziko vzniku pádu, v poslední době na oddělení zavedly. Vzhledem k rozsahu otázek byla kategorie rozdělena do 7 následujících podkategorií: „Interní předpisy nemocnice pro prevenci, sledování a vyhodnocování pádů pacientů“, „Zhodnocení rizika pádu u pacientů“, „Preventivní opatření minimalizující riziko pádu“, „Postup při pádu pacienta“, „Způsob sledování a vyhodnocování příčin pádů pacientů“, „Nejčastější příčiny pádů pacientů“, „Nová opatření minimalizující riziko vzniku pádů pacientů“.

První podkategorie odpovědí se nazývá „**Interní předpisy nemocnice pro prevenci, sledování a vyhodnocování pádů pacientů**“. Byla zaměřena na znalost sester ohledně interních předpisů nemocnice, které upravují postupy pro prevenci, sledování a vyhodnocování pádů pacientů. Sestry S4, S13, S5, S1 odpověděly, že postupy pro prevenci, sledování a vyhodnocování pádů pacientů upravuje interní předpis nemocnice, který se nazývá Interní předpis o riziku pádu. Sestry S8, S11 a S14 uvedly, že neví, jaký interní předpis upravuje postupy pro prevenci, sledování a vyhodnocování pádů pacientů, ale odpověděly, že ví, kde ho mohou na oddělení dohledat. Sestra S9 doslovně odpověděla: „*Tyto postupy u nás upravují interní předpisy nemocnice. Jsou to Zhodnocení rizika pádu u každého pacienta a Standardizovaný postup při pádu pacienta.*“ S touto odpovědí souhlasí i sestra S12. Sestra S10 stručně odpověděla, že u nich na oddělení se v těchto případech postupuje dle standardů oddělení, které se zabývají prevencí pádů pacientů. S tím také souhlasí sestra S7. Sestra S6 opět odpověděla, že nezná přesný název směrnice, ale že všechny směrnice jsou k dispozici na oddělení v tištěné a elektronické podobě a v případě potřeby jsou volně k nahlédnutí. Sestra S3 uvedla: „*Postupy pro prevenci pádů pacientů u nás upravuje vnitřní předpis, který stanovuje postupy pro zajištění bezpečí pacientů.*“ Sestra S2 oproti tomu odpověděla, že postupy pro prevenci, sledování a vyhodnocování pádů pacientů u nich na oddělení upravuje směrnice, která se nazývá Prevence, sledování a vyhodnocování pádů pacientů.

Druhá podkategorie odpovědí s názvem „**Zhodnocení rizika pádu u pacientů**“ byla zaměřena na to, jakým způsobem a kdy sestry provádí hodnocení rizika pádu u pacientů. Většina sester se shodla na tom, že zhodnocení provádějí při příjmu pomocí standardizované hodnotící škály dle Morse a během hospitalizace toto riziko u pacienta přehodnocují, např. sestra S10 se vyjádřila takto: „*U příjmu pacienta se hodnotí riziko pádu pomocí hodnotící škály, která určuje míru rizika pádu u pacienta, toto riziko se přehodnocuje vždy při změně zdravotního stavu pacienta například, pokud je po operaci, užívá nové léky, nebo se jeho stav zhoršil.*“ S tím souhlasí sestry S1, S4, S5, S6, S11, S12, S13 a sestra S3, která navíc dodává, že při hodnocení rizika pádu se zaměřují na rizikové faktory, jako je věk, závratě, epilepsie, užívání léků, pád v anamnéze a další. Sestra S2 oproti tomu uvedla, že u pacientů hodnotí riziko pádu při příjmu, ale pouze u starších pacientů a během hospitalizace toto riziko nepřehodnocuje. Sestra S9 odpověděla: „*Zhodnocujeme riziko pádu ihned po operaci po příjezdu ze sálu, poté hned první pooperační den, kdy pacient poprvé vstává po operaci, pak při každém vstávání pacienta,*

*chůzi, riziko písemně zaznamenáváme při překladi pacienta na standardní oddělení. Na standardním oddělení sestry hodnotí riziko pádu hned po překladi pacienta.*“ Sestra S7 řekla, že hodnotí riziko pádu u každého pacienta při příjmu v rámci vstupní anamnézy, po operačním výkonu provádí přehodnocení a u všech pacientů přehodnocuje riziko pádu každou sobotu dopoledne. Sestra S14 odpověděla následovně: *„Riziko pádu hodnotíme vyplněním testu dle Conleyové vždy u každého pacienta a vždy po týdnu hospitalizace nebo při změně jeho zdravotního stavu.*“ Sestra S8 stručně odpověděla, že riziko pádu hodnotí při příjmu pacienta pomocí standardizované hodnotící škály.

Třetí podkategorie odpovědí se zabývala tématem **„Preventivní opatření minimalizující riziko pádu“**. Sestry odpovídaly na otázku na téma: preventivní opatření minimalizující pravděpodobnost pádu u pacientů v riziku pádu. Odpovědi sester na tuto otázku byly velmi rozmanité. Sestra S9 uvedla: *„Edukujeme pacienta o dodržování bezpečnostních intervencí, při riziku spadnutí pacienta z postele používáme postranice. Při vstávání pacienta je důležitá pomoc sestry nebo fyzioterapeuta a používání kompenzačních pomůcek. Monitorujeme tlak a celkový stav pacienta, sledujeme stavy jako závratě, bolesti hlavy a podobně. Pacienta před prvním pooperačním vstáváním vždy řádně poučíme, zhodnotíme jeho celkový stav a spolupracujeme s fyzioterapeuty. Pokud dle stavu pacienta vidíme, že je vstávání rizikové, tak vstávání odložíme až na dobu, kdy se pacientův stav zlepší.*“ Sestry S8 a S13 pouze stručně odpověděly, že u pacientů, kteří jsou v riziku pádu, zvedají postranice u postele. Sestra S1 také uvedla, že v rámci prevence vzniku pádu zvedá pacientům postranice u postele, ale navíc doplnila, že v noci nechává rozsvícené menší noční světlo, aby pacienti viděli na cestu po pokoji a do koupelny, a do ošetrovatelské dokumentace zaznamená potřebu doprovodu. Sestra S14 odpověděla, že u pacientů, u kterých je riziko pádu, je důležité zajistit bezpečnost lůžka, a v indikovaných případech je nutné použít omezovací prostředky. Sestra S7 se vyjádřila: *„U pacientů, u kterých je riziko pádu, zvedám postranice u postele a umísťuji jim signalizační zařízení k ruce. Dle jejich stavu jim zajistím kompenzační pomůcky, jako je chodítka, francouzské hole nebo funkční vozík. Edukuji pacienty o tom, že když budou něco potřebovat, ať zazvoní. O noční službě chci, aby pacienti zvonili vždy, když potřebují na záchod, protože i když to ve dne zvládají sami, tak v noci jsou rozespalí a nemusí si třeba pamatovat, kde je vypínač světla, a to může vést k pádu. Dále kontroluji, zda pacienti mají správnou obuv a podobně.*“ Sestra S2 odpověděla: *„Vždy zabrzdím postel a stolek, aby pacientovi při vstávání neujely. Dám signalizační zařízení k ruce pacienta*

*a upozorním ho, že by neměl vstávat sám. Pokud má pacient kompenzační pomůcku, tak mu ji dám blízko lůžka. Hodnotím celkový stav pacienta, zda je pacient v takovém stavu, aby mohl vstávat.*“ Obdobně odpověděly také sestry S4, S6, S10 a S11. Sestra S3 uvedla, že provádí různá preventivní opatření, dle toho, v jak velkém riziku se pacient nachází. U pacientů v nízkém riziku zajišťuje zejména bezpečné prostředí např. odstraněním překážek na pokoji či zajištěním suché podlahy. U pacientů s vyšším rizikem vzniku pádu provádí opatření, které zabraňují pacientovi ve vstávání, např. zvednutí postranic na lůžku, a během vertikalizace těchto pacientů používá kompenzační pomůcky, které musejí být protiskluzové. Sestra S5 řekla, že u rizikového pacienta zaznamenají na tabuli se seznamem pacientů k jeho jménu červený vykřičník. Sestra S12 pouze stručně odpověděla, že v rámci prevence pádu pacienta zajišťuje bezpečné prostředí v okolí pacienta.

Čtvrtá podkategorie odpovědí se nazývá: **„Postup při pádu pacienta“**. V této podkategorii sestry mluvily o tom, jak postupují při pádu pacienta. Sestra S10 odpověděla následovně: *„Zajistíme pacientovu bezpečnost, pokud je to možné, tak pacienta uložíme zpět do postele, přivoláme lékaře, provedeme potřebná vyšetření ohledně poranění, které si pacient mohl nebo způsobit, a sepišeme nežádoucí událost.*“ Obdobně odpověděly sestry S3, S4, S6, S12 a sestra S11, která navíc dodala, že provede nápravná opatření, která zamezí opětovnému pádu. Sestra S5 a S14 pouze stručně odvětily, že sepišou nežádoucí událost. Sestra S8 uvedla, že zkontroluje stav pacienta, uloží ho do postele a zavolá lékaře. S tím souhlasí i sestra S2, která navíc uvedla, že když je to potřeba, tak zavede opatření, která zamezí dalšímu pádu. Sestra S7 se vyjádřila: *„Pacienta oslovím, zeptám se ho, co ho bolí, kam se uhodil, kdy a jak se to stalo. Oznámím pád lékaři. On dle stavu rozhodne, jestli pacienta pošle na RTG nebo CT. Vyplním formulář o nežádoucí události – pád pacienta. Nahlásím pád staniční sestře.*“ Sestra S1 uvedla: *„Musí se sepsat nežádoucí událost, zavolám lékaře, změřím pacientovi fyziologické funkce a uložím ho zpátky do lůžka.*“ S tím souhlasí sestra S13. Sestra S9 se zatím nesešla se situací, kdy pacient upadl, ale kdyby se jí to stalo, tak by volala lékaře, pacienta by případně poslala na vyšetření, pád by zaznamenala a evidovala.

Pátá podkategorie odpovědí se nazývá **„Způsob sledování a vyhodnocování příčin pádů pacientů“**. Sestry byly dotazovány, zda na odděleních sledují a vyhodnocují příčiny pádů pacientů, případně jakým způsobem. Sestry S1, S2, S8, S12 a S14 odpověděly, že příčiny pádů nesledují a nevyhodnocují. Sestra S5 uvedla, že příčiny pádů

zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. S touto odpovědí souhlasí i sestra S9. Sestra S10 odpověděla následovně: „*Tak u každého pádu sepisujeme nežádoucí událost, kde se zapisuje i příčina pádu, takže potom za určité období můžeme zhodnotit nejčastější příčiny vzniku pádů u pacientů.*“ Obdobně odpověděla i sestra S3. Sestra S7 řekla, že po pádu vždy hledá příčinu pádu, například mokrá podlaha, překážka při chůzi, závrať apod. Sestra S4 uvedla: „*Ano, vyhodnocujeme příčiny pádů, vyhodnocujeme např. věk, užívané léky, fyziologické funkce, stav vědomí pacienta, který během hospitalizace upadl a podobně.*“ S tímto názorem souhlasí i sestra S6. Sestry S11 a S13 řekly, že častou příčinou pádů pacientů je snížená schopnost sebezpečí a že k vyhodnocení mobility pacienta používají test Barthelové.

Šestá podkategorie odpovědí se zabývala tématem „**Nejčastější příčiny pádů pacientů**“. Sestry odpovídaly na otázku, jaké příčiny u nich na oddělení nejčastěji vedou k pádu. Sestra S7 uvedla, že nejčastější příčinou pádů u pacientů je dezorientace pacienta. S tím souhlasí sestra S14. Sestra S13 také uvedla jako nejčastější příčinu pádu dezorientaci či zmatenost, ale k tomu dodala, že jednou z nejčastějších příčin pádů je ortostatická hypotenze. Sestra S11 také uvádí zmatenost a hypotenzi jako časté příčiny pádů pacientů, ale k tomu dodává, že další významnou příčinou pádu je ostých pacientů přivolat sestru signalizačním zařízením a požádat o pomoc při vstávání z lůžka nebo doprovod na toaletu. Obdobně odpověděla i sestra S4. Sestra S6 doslovně uvedla: „*Na našem oddělení je to obvykle ortostatická hypotenze při první vertikalizaci pacienta po operaci. Následují pády dezorientovaných pacientů, kteří nejsou orientovaní v čase a prostoru a snaží se překonat zvednuté postranice na lůžku.*“ Sestry S3, S9 a S10 s tímto názorem také souhlasí. Sestra S5 uvedla jako nejčastější příčinu pádů pacientů uklouznutí. Sestra S8 řekla, že časté příčiny pádů pacientů jsou ztráta rovnováhy, přecenění fyzických sil a zmatenost. Sestra S1 odpověděla: „*Tak u nás na oddělení jsou příčiny pádů vysoký věk pacienta, zmatenost a pooperační stavy.*“ Podobně odpověděly i sestra S2 a sestra S12, která navíc uvádí, že nejčastější příčinou pádů pacientů je cizí prostředí a tma na pokoji.

Poslední podkategorie odpovědí se nazývá „**Nová opatření minimalizující riziko vzniku pádů pacientů**“. Sestry byly dotazovány na nová opatření, která na odděleních realizují k tomu, aby minimalizovala riziko vzniku pádu. Sestry S1, S2, S3, S4, S7, S8, S10, S12 uvedly, že v poslední době nepřijaly žádná nová opatření k zamezení vzniku pádů. Sestra S6 odpověděla, že v poslední době v prevenci vzniku pádu zavedly změny pouze v administrativní oblasti, kde provedly změny v dokumentování rizika vzniku

pádu. Sestra S11 doslovně uvedla: „*V poslední době jsme začali více dbát na edukaci pacientů. Provádíme edukaci o vertikalizaci a používání signalizačního zařízení opakovaně, obzvláště u starších pacientů.*“ Podobně odpověděla i sestra S13. Sestra S5 odpověděla, že v poslední době proběhly změny zejména ve vybavení a pomůckách. Uvedla, že mají nová moderní lůžka, která je jednodušší zabrzdit, a madla, podložky a sedačky ve sprchách. Sestra S9 se vyjádřila: „*Nově při vstávání nebo při chůzi vždy edukujeme pacienta. Pod umyvadlo nebo před sprchu dáváme na zem pacientům např. prostěradlo, aby neuklouzli. Do sprchy raději dáváme pacientům židli. Radíme, aby se na WC či ve sprše drželi madel. Při první sprše po operaci je nenecháváme v koupelně samotné, pomáháme jim a jsme tam pro případ, že by se pacientovi udělalo špatně a hrozil by pád.*“ Sestra S14 řekla, že mají lépe vybavená lůžka a nově zavedený kamerový systém.

#### **4.7 Kategorie 5 Optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče**

Následující kategorizace kvalitativních dat se nazývá: „Optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče“. Kromě optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče se tato podkategorie dat zaměřila na téma prevence a kontroly nosokomiálních infekcí. Sestry odpovídaly na otázky, zda znají interní předpisy upravující postupy prevence a kontroly infekcí v nemocnici, ve kterých situacích provádí hygienu rukou, jak postupují při hygieně rukou, v jakých situacích používají rukavice, jakým způsobem probíhá školení o postupech hygieny rukou. Dále sestry uvedly, v jakých situacích používají osobní ochranné pracovní prostředky, jaká izolační opatření k prevenci přenosu infekčních agens na odděleních nastavují, kdo hodnotí pacienty z pohledu rizika infekce a kdo rozhoduje o nastavení izolačního režimu, jakým způsobem na pracovištích předcházejí vzniku infekce v místě chirurgického výkonu a jakým způsobem na pracovištích předcházejí katérovým infekcím. Vzhledem k rozsahu této kapitoly je kategorie rozdělena do 9 podkategorií. Podkategorie jsou následující: „Interní předpisy nemocnice upravující postupy prevence a kontrolu infekcí v nemocnici“, „Situace pro provádění hygieny rukou“, „Postup hygieny rukou“, „Situace pro používání rukavic“, „Školení o postupech hygieny rukou“, „Situace pro používání osobních ochranných pracovních prostředků“, „Izolační opatření v prevenci přenosu infekčních agens“, „Prevence infekcí v místě chirurgického výkonu“, „Prevence katérových infekcí“.



První podkategorie odpovědí se nazývá: „**Interní předpisy nemocnice upravující postupy pro prevenci a kontrolu infekcí v nemocnici**“. Tato kategorie byla zaměřena na znalost sester o interních předpisech nemocnice upravující prevenci a kontrolu infekcí v nemocnici. Sestry se v odpovědi na tuto otázku neshodly a odpovědi byly různorodé. Sestry S2, S8, S11 a S14 odpověděly, že nevědí, které interní předpisy upravují postupy pro prevenci a kontrolu infekcí v nemocnici. Oproti tomu sestra S13 doslovně uvedla: „*Tyto postupy upravuje vyhláška MZČR č. 306/2012 Sb., dále zákon č. 258/2000 Sb., a také metodický návod MZČR pro hygienu rukou při poskytování zdravotní péče.*“ Sestra S10 odpověděla, že tyto postupy upravuje směrnice, která se zabývá bariérovou ošetrovatelskou péčí. Sestry S7 a S5 tvrdí, že tuto problematiku upravují standardy oddělení. Sestra S4 uvedla, že nezná přesný název interního předpisu, který se touto problematikou zabývá, ale ví, že se týká kontroly infekcí v nemocnici. S tím také souhlasí sestra S1. Sestra S9 se vyjádřila následovně: „*Prevencí a kontrolou infekcí v nemocnici se zabývají předpisy jako standardizovaný postup pro mytí rukou, postupy pro prevenci nozokomiálních nákaz, evidence pacientů s PICC katétre a hodnocení rizika infekce periferního žilního katétru.*“ Sestra S6 opět odpověděla, že nezná přesný název, ale že veškeré interní předpisy jsou v případě potřeby k dispozici na oddělení v tištěné a elektronické podobě na intranetu. Sestra S12 řekla, že problematiku prevence a kontroly infekcí v nemocnici upravuje metodický pokyn předsedy představenstva o kontrole infekcí v nemocnici. Sestra S3 uvedla, že tuto problematiku řeší vnitřní předpis nemocnice, který sleduje různé rizikové oblasti pro přenos infekcí.

Druhá podkategorie odpovědí se zabývala tématem: „**Situace pro provádění hygieny rukou**“. Sestry byly dotazovány, ve kterých situacích a před jakými činnostmi provádí hygienu rukou. Sestra S6 doslovně uvedla: „*Před jakýmkoli kontaktem s pacientem, například před odběrem biologického materiálu, převazem, podávání léků, polohování, stlaní lůžka. Poté vždy po jakémkoli kontaktu s pacientem. Po manipulaci s pomůckami, jako jsou močové lahve, podložní mísa a podobně. Dále před podáváním stravy, nebo po manipulaci s odpady.*“ Podobně odpověděly i sestry S3, S10 a S13. Oproti tomu sestra S12 odpověděla, že hygienu rukou provádí při viditelném znečištění a po použití toalety. Sestra S8 uvedla, že hygienu rukou provádí po kontaktu s pacientem nebo po kontaktu s biologickým materiálem. Sestra S9 se vyjádřila: „*Vždy před a po výkonu u určitého pacienta. Vždy při přechodu mezi pacienty a pokoji, tím myslím, třeba při převazech, po převazu u jednoho pacienta odstraním rukavice a provedu hygienu rukou a pak až*

*provádím převaz u dalšího pacienta.*“ Sestra S4 řekla, že hygienu rukou provádí vždy po ošetřovatelském výkonu u pacienta, nebo po vstupu na pokoj. S tím souhlasí sestry S2 a S5. Sestra S14 pouze stručně odpověděla, že hygienu rukou provádí vždy před a po jakémkoliv výkonu. Sestra S7 řekla doslovně: *„Hygienu rukou provádím po příchodu do práce, před a po přípravě léků, po použití toalety, před a po jídle, po sundání rukavic, před vstupem na pokoj pacientů a po odchodu z pokoje. Při manipulaci s pacientem používám rukavice.*“ Sestra S1 uvedla, že hygienu rukou provádí před vstupem do pokoje, před výkonem u pacienta a po kontaktu s pacientem. S tím souhlasí i sestra S11, která navíc odpověděla, že hygienu rukou provádí před podáním léků a po manipulaci s biologickým materiálem.

Třetí podkategorie odpovědí v rámci kategorie optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče se nazývá **„Postup hygieny rukou“**. Sestry odpovídaly na otázku, jakým způsobem provádí hygienu rukou. Sestry S1 a S3 na otázku, jaký je postup hygieny rukou, pouze stručně odpověděly, že obrázkové schéma doporučeného postupu hygieny rukou mají nad umyvadlem na inspekční místnosti a postupují podle tohoto návodu. Sestra S9 doslovně uvedla: *„Zvlhčím ruce, použiji tekuté mýdlo, ruce myji zhruba 30 sekund a následně mýdlo smyji vodou, nakonec ruce osuším papírovým ručníkem na jedno použití. Dezinfekci vtírám do suchých rukou, dám dostatečné množství dezinfekce, ruce desinfikuji bez vynechání nějakých míst a snažím se postupovat dle správného postupu a jednotlivých doporučených kroků. Ne vždy je na řádnou hygienu a desinfekci rukou dostatek času.*“ Sestra S5 řekla, že ruce nejprve navlhčí, poté nanese desinfekční prostředek, který ponechá 15 sekund, pak prostředek pečlivě omyje a ruce osuší. Oproti tomu sestra S14 odpověděla, že ruce navlhčí vodou, nanese mýdlo, ruce pečlivě omyje, osuší a po oschnutí ruce vydezinfikuje. Podobně vypověděla také sestra S8. Sestra S10 řekla: *„Nejprve provedu mechanické mytí rukou pod tekoucí vodou s mýdlem, promnu dlaně, zápěstí, prostor mezi prsty a palcem. Následně se ruce osuší jednorázovým ručníkem. Poté se stejný proces jako s mýdlem opakuje i s dezinfekcí, ale ruce se následně už neotírají ani neomývají.*“ Takto se vyjádřily také sestry S2, S4 a S13. Sestra S12 pouze uvedla, že postupuje dle doporučených postupů. Sestra S11 se vyjádřila následovně: *„Nejprve ruce namočím, poté nanesu mýdlo a postupuji, dle doporučeného schématu mytí rukou, který je umístěn nad umyvadlem a který všechny dobře známe. Po osušení rukou na ruce nanesu desinfekci a opět postupuji dle návodu.*“ S tím souhlasí sestra S7, která navíc uvedla, že ruce umývá pouze teplou vodu a desinfekci nanáší

na naprosto suché ruce. Sestra S6 odpověděla následovně: *„Hygienu rukou provádím nanášením mýdla na vlhké ruce k mechanickému odstranění nečistot, následně nanesu dezinfekční přípravek na suché ruce.“*

Čtvrtá podkategorie odpovědí se zabývala tématem, při jakých činnostech sestry používají rukavice. Tato podkategorie se nazývá **„Situace pro používání rukavic“**. Sestra S12 uvedla: *„Rukavice používám vždy, kdy hrozí riziko kontaminace rukou a riziko přenosu mikroflóry.“* Sestra S7 odpověděla, že rukavice používá při manipulaci s pacientem, zvláště když přichází do kontaktu s biologickým materiálem. Stejný názor mají sestry S8, S13 a S2, která navíc dodala, že používá sterilní rukavice při aseptických výkonech. S používáním sterilních rukavic při aseptických výkonech souhlasí také sestra S3, která navíc odpověděla, že používá nesterilní rukavice při převazech. Sestra S10 odpověděla: *„Rukavice používám při odběru biologického materiálu, převazech. Dále rukavice používám při hygieně pacientů a při kontaktu s infekčním pacientem.“* Sestra S11 řekla, že rukavice používá při hygieně pacientů, odběrech biologického materiálu, stlání, převazech a používá rukavice při ředění antibiotik, kde je riziko vzniku antibiotické rezistence. S tímto názorem souhlasí sestra S4. Sestra S9 se vyjádřila následovně: *„Používám rukavice při stlání, při kontaktu s biologickým materiálem, při hygieně pacienta, při nanášení mastí apod. Při přechodu k jinému pacientovi si vždy vyměním rukavice.“* Sestra S5 stručně odpověděla, že rukavice používá téměř při všech ošetrovatelských činnostech. Sestra S6 uvedla: *„V dnešní době používáme rukavice vlastně při veškerém kontaktu. Obvykle rukavice používáme při činnostech související s manipulací s biologickým materiálem, dále při drobných invazivních výkonech, jako je zavádění permanentního močového katetru, kde používáme sterilní rukavice, poté při zavádění periferního žilního katetru či zavádění nasogastrické sondy.“* Sestra S1 řekla, že rukavice používá pouze při kontaktu s biologickým materiálem. Sestra S14 odpověděla, že rukavice používá při každém výkonu, kde hrozí kontakt s pacientem a jeho tělními tekutinami, nebo když přijde do kontaktu s léky.

Pátá podkategorie odpovědí se nazývá: **„Školení o postupech hygieny rukou“**. Sestry odpovídaly na otázku, jakým způsobem u nich na pracovišti probíhá školení v oblasti postupů hygieny rukou. Sestry S3, S6, S8, S10, S11, S12 a S13 odpověděly, že školení probíhá formou přednášky s praktickým nácvikem. Sestra S6 například doslovně uvedla: *„Školení u postupech hygieny rukou probíhá formou přednášky s prezentací, poté následuje praktický nácvik a kontrola čistoty rukou pod UV lampou.“* Sestra S14 řekla,

že školení o postupech hygieny rukou u nich na pracovišti probíhá v podobě názorného videa a letáku. Sestra 1 odpověděla, že neví, že za svoji praxi žádné školení o postupech hygieny rukou nezažila. Stejně odpověděla i sestra S7, která ale navíc dodala, že u umyvadel je k dispozici obrázkové schéma, na kterém je znázorněn postup hygieny rukou. S tím souhlasí i sestra S2, která se také nikdy nezúčastnila školení o hygieně rukou, ale dle jejího názoru školení probíhá formou tištěných informačních materiálů, které mají na oddělení. Sestra S5 doslovně uvedla: „*Vím o tom, že školení o postupech hygieny rukou probíhalo v rámci školení o prevenci infekcí, které probíhalo ústní formou na zasedací místnosti, já se ho ale bohužel nemohla zúčastnit. Postup jednotlivých kroků dezinfekce a mytí rukou máme také nad každým umyvadlem.*“ Sestra S5 řekla, že školení probíhá jednou ročně formou přednášky, kterou přednáší jejich staniční sestra. Sestra S4 tvrdí, že školení o postupech hygieny rukou probíhá formou online testů, které každý pracovník musí splnit.

Šestá podkategorie odpovědí se zabývala tématem „**Situace pro používání osobních ochranných pracovních prostředků**“. Sestry byly dotazovány, v jakých situacích používají osobní ochranné pracovní prostředky, jakou jsou ústenky, respirátory, ochranné pláště. Sestry S5, S6, S8 a S12 stručně odpověděly, že v aktuální situaci nosí respirátory neustále, vzhledem k pandemii covid-19. Sestra S9 odpověděla následující: „*Momentálně ústenky a respirátory používáme stále, kvůli koronavirové nákaze, jinak ústenky a ochranné pláště používáme při kontaktu s infekčním pacientem, nebo pokud má pacient infekci v ráně, nebo je u pacienta riziko infekce. Ochranné zástěry používáme vždy i při stlaní a hygieně pacientů.*“ Stejný názor na používání osobních ochranných pracovních pomůcek má i sestra S1. Sestra S10 uvedla, že ochranné pláště používají při hygieně pacientů. Při kontaktu s infekčním pacientem používají ochranné pláště i ústenky a ústenky používají i při aseptických výkonech. Sestra S11 se k používání ochranných osobních pracovních pomůcek vyjádřila následovně: „*Ochranné pomůcky používáme u infekčních pacientů, u kterých je diagnostikována například infekce MRSA, chřipka, průjemy bakteriálního původu především Clostridium difficile, rotavirové průjemy nebo infekce covid-19.*“ Podobně odpověděly i sestry S3, S4, S7, S13, S14 a sestra S2, která navíc uvedla, že v současné pandemické situaci respirátory nosí po celou dobu směny.

Sedmá podkategorie odpovědí „**Izolační opatření v prevenci přenosu infekčních agens**“ byla zaměřena na izolační režimy na oddělení. Sestry byly dotazovány na to, kdo

a jakým způsobem u nich na pracovišti hodnotí pacienty z pohledu rizika infekce a kdo rozhoduje o zahájení odpovídajícího izolačního režimu. Sestra S9 se vyjádřila následovně: „*Pacienta v riziku infekce izolujeme od ostatních pacientů. Ošetřující lékař rozhoduje o typu izolačního režimu např. izolační režim u pacientů s infekcí dýchacích cest, GIT, infekcí ran apod. Riziko infekce u pacienta hodnotí i sestra a to např. u rizika katérových infekcí (PMK, CŽK, PŽK) apod. Izolační opatření lékař nastavujeme dle typu dané infekce. Pacienta většinou izolujeme od ostatních pacientů na samostatném pokoji, má vlastní stolek a pomůcky. Na pokoji je přítomen vozík na infekční odpad a dezinfekce. K pacientovi přistupujeme pouze v rukavicích a dalších ochranných pomůckách, jako je respirátor, čepice, plášť a boty.*“ Stejně odpověděla i sestra S2. Sestra S11 uvedla, že riziko infekce u pacienta vyhodnocuje ošetřující lékař společně se sestrou, pacient se izoluje na samostatný pokoj a provede se odběr biologického materiálu či stěr k vyšetření na mikrobiologii. S tím souhlasí sestra S13. Sestry S12, S14 pouze stručně odpověděly, že o izolačním režimu pacienta rozhoduje lékař v příjmové ambulanci. Stejně odpověděla i sestra S8, která navíc uvedla, že pacient má následně vlastní pokoj, osobní pomůcky, koše na infekční materiál a zdravotničtí pracovníci na pokoj přistupují pouze v ochranných pomůckách. Sestra S6 řekla: „*Naše nemocnice má infekční oddělení, na kterém hospitalizujeme pacienty s infekcí. O zařazení pacienta do izolačního režimu rozhoduje vždy lékař.*“ Sestra S5 tvrdí, že o izolačním režimu rozhoduje ošetřující lékař společně se staniční sestrou a pacient je následně na samostatném pokoji. Sestra S4 uvedla následující: „*O izolačním režimu rozhoduje lékař při příjmu pomocí vstupní anamnézy a výsledků vyšetření, nebo o tom následně rozhoduje ošetřující lékař. U pacienta klademe velký důraz na bariérovou ošetrovatelskou péči. Pacienty umísťujeme na izolační pokoj, kde bývají sami, jsou tam připravené pomůcky vyhrazené pouze pro tohoto pacienta, včetně košů na infekční odpad a prádlo. K pacientovi přistupujeme v ochranných pomůckách v plášti či zástěře, rukavicích a máme nasazené respirátory.*“ Podobně odpověděla i sestra S1. Sestra S7 řekla: „*Já nenastavuji žádná opatření. Když má lékař podezření na infekci, tak indikuje stěr či odběr biologického materiálu. Když vyjde pozitivní, tak volají z mikrobiologie, ať pacienta izolujeme. Pokud na pokoji nebyl sám, provádějí se stěry či odběry na mikrobiologické vyšetření u všech pacientů, kteří byli s pozitivním pacientem na pokoji.*“ Sestra S3 uvedla, že o zahájení izolačního režimu rozhoduje ošetřující lékař. Dále uvedla, že existují různé izolační režimy, dle toho, jakým způsobem se infekce přenáší. Tyto režimy rozdělují barvami, které následně uvádějí na tabuli s přehledem pacientům. Jsou to např. červená u infekce, která je přenášena krví,

modrá u respiračních infekcí a hnědá u infekcí, které postihují zažívací trakt. U většiny těchto izolačních režimů vždy pacienta izolují od ostatních, používají ochranné osobní pracovní pomůcky, provedou vyšetření k zjištění infekce a pacientovi poskytnou pomůcky, které jsou určeny pouze pro něho.

Osmá podkategorie odpovědí se zaměřila na téma: „**Prevence infekcí v místě chirurgického výkonu**“. Sestry byly dotazovány, jakým způsobem postupují v prevenci vzniku infekce v místě chirurgického výkonu, a jakým způsobem tyto infekce monitorují. Sestra S6 se vyjádřila následovně: *„Provádíme pravidelné převazy za aseptických podmínek. Záznam o převazu obsahuje postup převazu, použitý materiál a zhodnocení rány. Na našem pracovišti probíhá monitorace infekcí u vybraných chirurgických výkonů a jsou jimi aplikace zevních fixátorů.“* S tím souhlasí sestry S1 a S10, které uvedly, že také monitorují vznik infekce u zevních fixátorů. Sestra S1 dále uvedla, že předchází vzniku infekce v místě chirurgického výkonu tím, že pravidelně mění typ používané dezinfekce. Obdobně odpověděly také sestry S2, S3 a S4. Sestra 4 doslovně odpověděla: *„Dodržujeme sterilitu při převazu a při manipulaci s ránou, provádíme řádnou dezinfekci rány, používáme sterilní nástroje. Pokud zjistíme známky infekce rány, tak odebíráme vzorek z rány na vyšetření na kultivaci a citlivost. U zevních fixátorů hodnotíme vznik infekce a zaznamenáváme ho v rámci interního indikátoru kvality.“* Sestra S3 navíc dodala, že ránu zbytečně neodkrývají, zejména bezprostředně po operaci. Sestra S5 pouze stručně odpověděla, že na oddělení dodržují čistotu a správnou hygienu. Dále uvedla, že výskyt nozokomiálních nákaz je jeden ze sledovaných indikátorů kvality. Sestra S7 řekla: *„Při převazu pracujeme v rukavicích, ránu dezinfikujeme, používáme sterilní chirurgické nástroje, dbáme na zásady aseptických převazů. Ránu pravidelně sledujeme, pokud se rána nehojí standardně nebo jeví známky infekce, tak následně lékař indikuje stěr.“* Sestra S8 uvedla, že v rámci prevence vzniku infekce v místě chirurgického výkonu provádějí aseptické převazy, řádnou dezinfekci, pozorují známky infekce rány a vše zaznamenávají do dokumentace. Stejně odpověděla také sestra S13. Sestra S9 uvedla následující: *„Předcházíme infekcím v operační ráně antibiotickou profylaxií, hodnocením rány, měřením tělesné teploty pacienta, celkovým zhodnocením a monitorováním pacienta a pravidelnými odběry krve. Při podezření na infekci provedeme odběr krve, moči, punktátu či stěr z rány, který následně posíláme na mikrobiologii.“* Sestra S11 řekla, že k ráně přistupují asepticky a sledují případnou sekreci či povlak rány. V případě přítomnosti sekrece či povlaku provedou stěr z rány. Sestra S13 odpověděla, že předchází

vzniku infekce v ráně dezinfekcí a sterilizací nástrojů a rány pravidelně kontrolují při převazech. S tím souhlasí sestra S14.

Poslední podkategorie odpovědí v rámci této kategorie se nazývá „**Prevence katérových infekcí**“. Sestry odpovídaly na otázku, jakými způsoby předchází katérovým infekcím krevního řečiště a jak tyto infekce monitorují. Sestra S6 odpověděla: „*Na našem pracovišti vyhodnocujeme hlavně infekce související se zavedením centrálních žilní katétrů. Pro fixaci a krytí zavedených katétrů používáme průhledné folie vhodné ke kontrole místa vpichu. Pečujeme o čistotu okolí a krytí katétru. Periferní žilní katétr je zaveden po nezbytnou dobu maximálně 72 hodin, v případě známek infekce nebo při diskomfortu pacienta je odstraněn.*“ Vedle toho sestry S1 a S2 uvedly, že infekci v místě katétru lze předcházet dodržením asepse při jeho zavedení, prováděním pravidelných převazů katétrů, prováděním proplachů katétru a odstraněním zbytných katétrů. Sestra S11 uvedla: „*Každé 3 dny se zavádíme novou periferní žilní kanylu, aby se zabránilo vzniku infekce. V případě, že u pacienta nejsou přítomny žádné místní ani lokální známky katérové infekce, ponechá se kanyla do 5. dne po zavedení. Příznaky infekce sestra vyhodnocuje vždy při podávání léků do kanyly.*“ Podobně odpověděly také sestry S8 a S13. Sestra S5 řekla, že zavádějí katétr vždy za přísně aseptických podmínek a každý den sledují a zapisují stav katétru do ošetrovatelské dokumentace. S tímto názorem souhlasí také sestra S4. Sestra S10 na otázku, jakým způsobem předchází vzniku katérových infekcí krevního řečiště, odpověděla: „*U centrálních žilních katétrů provádíme aseptické převazy, pravidelnou výměnu krytí katétru, pravidelnou výměnu filtru a pravidelné proplachy katétru minimálně jednou za 12 hodin (směnu). Vždy jednou za směnu zhodnotíme stav katétru a provedeme zápis do ošetrovatelské dokumentace v rámci hodnocení VIP scóre.*“ Sestra S14 uvedla, že provádějí pravidelnou kontrolu stavu periferního žilního katétru dvakrát za směnu společně s proplachem katétru. Denně monitorují bolest, změnu okolí místa vpichu. Dále uvedla, že infekcím předcházejí také pomocí dezinfekce a aseptického zacházení s katétrem. S tímto názorem souhlasí sestry S3 a S12. Sestra S7 se vyjádřila následovně: „*Před zavedením periferního žilního katétru dezinfikujeme kůži. Každá směna kontroluje žilní vstupy a dělá záznamy o funkčnosti či známkách infekce. Kontroluje se délka zavedení žilního vstupu. Datum se píše při zavedení na náplast, kterou se fixuje periferní žilní katétr a do evidence invazivních vstupů. Kanyla se přepichuje nejdéle 4. den. Když je třeba, přelepí se invazivní vstup a udělá se záznam o přelepení. U centrálních žilních katétrů se na krytí zapíše datum*

*zavedení a datum převazu. U centrálních žilních katétrů se vstup dezinfikuje vždy při převazu a při podávání léčiv do katétru a vždy dbáme na zásady asepsy.“ Vedle toho sestra S9 na tuto otázku odpověděla následovně: „Vždy hodnotíme riziko infekce, např. pacienti s PICC katétre mají založenou kartu, do které se zapisuje stupeň rizika infekce. Infekcím předcházíme také správným proplachováním kanyl, správným převazováním CŽK, PICC či MIDLIN katétru. Při zarudnutí, bolestivosti PŽK katétru odstraníme a zavedeme nový. Při podezření na infekci u CŽK či PICC katétru po domluvě s lékařem, katétru vytáhneme a jeho konec odešleme na bakteriologické vyšetření. Pacienta s katétre poučíme, at' v případě bolestivosti v místě zavedení, potíží při aplikaci léčiv či proplachu informuje sestru.“*

#### **4.8 Kategorie 6 Bezpečná komunikace**

Kategorie dat „Bezpečná komunikace“ je zaměřena na způsob ústní nebo telefonické ordinace léčiv a postup telefonického hlášení laboratorních výsledků. Kategorie je rozdělena na tři podkategorie. Podkategorie se nazývají: „Interní předpisy nemocnice určující postup při telefonické ordinaci léčiv lékařem“, „Postup telefonické ordinace léčiv lékařem“, „Telefonické hlášení kritických výsledků z laboratoře“.

První podkategorie odpovědí se zabývala tématem **„Interní předpisy nemocnice určující postup při telefonické ordinaci léčiv lékařem“**. Sestry byly dotazovány, zda znají, jaké interní předpisy nemocnice upravují postup při telefonické ordinaci léčiv lékařem. Sestry S2 a S11 odpověděly pouze, že nevědí, jaký interní předpis upravuje postup při telefonické ordinaci léčiv lékařem. Sestra S3 uvedla: *„Názvem si nejsem jistá, ale myslím si, že se tím zabývá směrnice, která se týká bezpečné péče o pacienta.“* Sestry S1, S4, S5, S6, S8 a S13 se shodly na tom, že neznají přesný název směrnice, která se tímto tématem zabývá, ale že všechny směrnice jsou k dispozici na oddělení k nahlédnutí v tištěné i elektronické podobě. Sestry dále uvedly, že vědí, kde tuto směrnici v případě potřeby mohou najít. Sestra S10 řekla, že se řídí standardem oddělení, který se zabývá telefonickou komunikací. S tímto názorem souhlasí také sestry S7, S12 a S14. Sestra S9 se vyjádřila následovně: *„Název nevím, asi standardizovaný postup při ústní ordinaci léčiva.“*

Druhá podkategorie odpovědí se nazývá **„Postup telefonické ordinace léčiv lékařem“**. Sestra S2 uvedla, že lékař nejprve musí nadiktovat název, sílu léku a dávkování. Sestra



ordinaci zapíše do dokumentace společně se jménem lékaře, který ordinaci provedl, a se jménem sestry, která ordinaci přijala. Následně sestra zopakuje ordinaci a lékař buďto potvrdí či vyvrátí správnost ordinace. Stejně odpověděla také sestra S13. Vedle toho sestra S6 odpověděla: „*Nejsem si jistá, zda je takové ordinování běžně přípustné, s výjimkou akutních stavů. Je zde totiž vysoké riziko přeslechnutí jména pacienta, ordinace, riziko alergie apod. Každopádně v případě telefonické ordinace je nutné tuto ordinaci potvrdit co nejdříve i písemnou formou lékařem do dokumentace pacienta.*“ S tím souhlasí sestra S3 a sestra S4, která navíc uvedla, že v případě telefonické ordinace léčiv je nutné zapsat do dokumentace jméno lékaře, který ordinaci provedl, a ten musí ordinaci následně přijít zapsat a podepsat. Sestra S7 se vyjádřila následovně: „*Nejprve se ujistím, že mluvíme o stejném pacientovi. Dám razítko do dekurzu správného pacienta, kde vyplním název a gramáž léku, způsob aplikace, datum, čas, kdo ordinaci provedl a tento zápis podepíšu.*“ Sestra S1 odpověděla: „*Lékař při telefonické ordinaci léčiv musí nejprve provést identifikaci pacienta, o kterém mluví. Musí uvést jeho jméno, datum narození a musí se zeptat, zda pacient nemá nějaké alergie. Následně lékař nadiktuje název léku, množství, dávkování, případně rychlost podání. Sestra ordinaci zaznamená do dokumentace. Do dokumentace napíše, po telefonické domluvě podat, následně uvede typ léku, k tomu zapíše čas podání. K ordinaci se podepíše sestra, která ordinaci vykonala.*“ Sestra S9 uvedla, že při telefonické ordinaci léčiv lékařem je podstatné, aby ordinace byla srozumitelná a jasná. Dále uvedla, že ordinace se musí zapsat do dokumentace, kam se musí zapsat také jméno lékaře, který ordinaci provedl, společně s podpisem sestry, která ordinaci přijala. Po příchodu lékaře na oddělení musí lékař provést zápis do dokumentace, který stvrdí svým podpisem. Sestra S10 vypověděla: „*Lékař nadiktuje typ léku, množství, způsob podávání a eventuálně časový rozsah podání, sestra ordinaci zapíše do dokumentace a zpětně přečte tento zápis lékaři, který potvrdí správnost ordinace. Lékař se co nejdříve to půjde, dostaví na oddělení a tvrdí tuto ordinaci svým podpisem.*“ Podobně odpověděly i sestry S5, S8, S12, a S14. Sestra S11 řekla, že při ordinaci léčiv lékařem by měl být u ordinace přítomen i svědek, kterým je nejčastěji další sestra: „*Nejprve se ujistím o správnosti ordinace a následně vše zapíšu do dokumentace. Zapíšu čas podání, typ léku a jméno lékaře, který lék ordinoval. Pokud je to možné, zapíšu i svědka, který byl u hovoru přítomen, nejčastěji další sestru.*“

Třetí podkategorie v rámci kategorie Bezpečná komunikace, se zabývala tématem **„Telefonické hlášení kritických výsledků z laboratoře“**. Sestry odpovídaly na otázku, jakým způsobem probíhá telefonické hlášení kritických výsledků vyšetření z laboratoře. Sestry S5 a S8 pouze stručně odpověděly, že při hlášení kritických výsledků pacienta musí zdravotnímu laborantovi, který výsledek hlásí, oznámit své jméno a oddělení, na kterém pracují. Sestra S10 se vyjádřila: *„Při telefonickém hlášení kritických výsledků, zavolá zdravotní laborant na oddělení, nadiktuje hodnoty sestře či lékaři, zjistí si jméno pracovníka, kterému tuto informaci předal. Sestra následně tuto informaci zanesse do dokumentace.“* S touto odpovědí se ztotožnily také sestry S1, S4, S6, S7, S9, S11, S12 a S13. Sestra S2 odpověděla podobně, ale navíc dodala, že se laborant nejprve zeptá, zda může tuto hodnotu nahlásit osobě, která telefon přijala. Sestra S14 uvedla: *„Telefonické hlášení kritických výsledků probíhá nejprve nahlášením jména zdravotního laboranta, který výsledek sděluje a jméno sestry, která hodnoty přijímá. Poté laborant nahlásí jméno pacienta a jeho rodné číslo a nahlásí kritické hodnoty. Sestra výsledky zapíše a zpětně zopakuje zapsané hodnoty laborantovi. Laborant potvrdí správnost hodnot.“* Sestra S3 řekla, že sestra musí neprodleně kontaktovat lékaře. Jak uvádí v následujícím tvrzení: *„Laborať nahlásí kritický výsledek s dotazem na jméno, komu výsledek hlásí. Sestra následně neprodleně kontaktuje ošetřujícího lékaře a zapíše výsledek do ošetřovatelské dokumentace. Do dekurzu výsledek zapisuje až lékař.“*

#### **4.9 Kategorie 7 Bezpečné předávání pacientů**

V této části rozhovoru sestry hovořily o tom, jakým způsobem probíhá překlady pacientů. Nejprve byly sestry dotazovány, zda znají, jakými interními předpisy nemocnice stanovuje postup při předávání pacienta mezi pracovišti. Dále sestry odpovídaly na otázky, jaký je postup při překlady pacienta, jakou dokumentaci předávají společně s pacientem a jaké informace jsou zaznamenány v ošetřovatelské překlady zprávě. Kategorie byla rozdělena do 5 následujících podkategorií: „Interní předpisy nemocnice pro postup při předávání pacienta mezi pracovišti“, „Postup při předávání pacientů mezi dvěma směny sester“, „Postup při překlady pacienta na jiné pracoviště“, „Dokumentace při předávání pacienta“, „Náležitosti ošetřovatelské překlady zprávy“.

V první podkategorii odpovědí, která se nazývá **„Interní předpisy nemocnice pro postup při předávání pacienta mezi pracovišti“**, byly sestry dotazovány, zda znají, které interní předpisy stanovují postup při předávání pacienta mezi pracovišti. Sestra S8

uvedla, že při překladu pacienta se řídí dle standardu oddělení, který se zabývá překladem pacientů. Stejně odpověděly také sestry S7 a S10. Vedle toho sestra S4 odpověděla, že postupuje dle vnitřního předpisu o předávání informací. Sestra S12 řekla, že nezná přesný název interní směrnice, která se tímto tématem zabývá. Dále uvedla, že všechny interní směrnice nemocnice jsou k dispozici na oddělení a v případě potřeby jsou volně k nahlédnutí na nemocničním intranetu. S touto odpovědí souhlasí také sestry S3, S5, S6, S13 a S14. Sestry S2 a S9 odpověděly, že se řídí interním předpisem, který se nazývá Standardizovaný postup předávání pacientů. Sestry S1 a S11 pouze stručně uvedly, že nevědí, jaký interní předpis se touto problematikou zabývá.

Druhá podkategorie odpovědí se nazývá „**Postup při předávání pacientů mezi dvěma směny sester**“. Sestry byly dotazovány, jakým způsobem u nich na pracovišti probíhá předání pacientů mezi dvěma směny. Sestra S7 odpověděla následující: *„Při předání směny pracuji s ošetrovatelskou dokumentací, ve které jsou obsaženy důležité informace o pacientovi, a sestra, která směnu přebírá, si tyto informace zapisuje do sešitu, který je k tomu určený.“* Obdobně odpověděly také sestry S1, S2, S4, S5, S8. Sestra S9 uvedla: *„Směnu předávám ústně sestře, která směnu přebírá. Informace čtu z ošetrovatelské dokumentace a sestra, která přichází na směnu, si je zapisuje. Předávám informace za sebou tak, jak jsou obsaženy v ošetrovatelské dokumentaci. Nejprve předávám informace o diagnóze pacienta, přidruženém onemocnění, a zda je pacient po operaci. Poté čtu informace o invazivních vstupech, jako přítomnost kanyly, močového katétru, drénů apod. Následně předávám informace o proběhlých vyšetřeních či výkonech, o ošetrovatelských problémech a o tom, jaký je plán ošetrovatelské péče u pacienta. Jako poslední předávám informace o fyziologických funkcích a o stavu pacienta.“* Podobně odpověděla také sestra S10. Sestry S3, S6, S11 a S13 pouze stručně uvedly, že předávání směny probíhá ústní formou společně s písemnou formou. Sestra S14 vypověděla: *„Směnu předávám ústně společně s napsaným hlášením. Pokud to pacientův stav vyžaduje, tak o něm předávám informace u lůžka, aby sestra nastupující do směny věděla, jak vypadal pacientův stav, rána či otok při začátku směny.“* S tím souhlasí sestra S12.

Třetí podkategorie odpovědí se zabývala tématem „**Postup při překladu pacienta na jiné pracoviště**“. Sestry odpovídaly na otázku, jakým způsobem na odděleních postupují při překladu pacienta na jiné pracoviště. Sestra S10 se vyjádřila následovně: *„Při překladu pacienta na jiné pracoviště nejprve lékař napíše překladovou lékařskou zprávu, následně sestra připraví překladovou ošetrovatelskou zprávu společně se*

*soupisem věcí pacienta.* “ S tímto názorem souhlasí také sestra S5 a sestra S14, která navíc dodala, že pacientovi oznámí skutečnost, že se bude překládat, a sepsané osobní věci kontroluje a potvrdí ještě těsně před překladem na dané pracoviště. Sestry S8, S11 a S12 uvedly, že při překladu pacienta nejprve sepišou ošetrovatelskou překládovou zprávu, sepišou osobní věci pacienta, které následně zabalí a zajistí převoz. Sestra S9 odpověděla následující: *„Při předávání pacienta na standardní oddělení nejprve zkontrolujeme dokumentaci pacienta, doplníme údaje jako např. zhodnocení rizika pádu, Barthelův test apod. Informujeme pacienta o překladu, sestře na standardním oddělení předáváme dokumentaci pacienta a řekneme jí veškeré informace o pacientovi. Při překladu na jiné oddělení navíc píšeme ošetrovatelskou překládovou zprávu a domlouváme se s daným oddělením na hodině překladu.*“ Vedle toho sestra S2 pouze stručně řekla, že při překladu pacienta napíše ošetrovatelskou překládovou zprávu a lékař napíše lékařskou překládovou zprávu, která se tiskne ve třech kopiích. Podobně odpověděly také sestry S1 a S13. Sestra S6 uvedla: *„Začínáme informováním pacienta o této skutečnosti. Ten následně předá tuto informaci rodině, nebo rodinu informuje lékař či sestra. Následuje sepsání lékařské a ošetrovatelské překládové zprávy, sepsání a sbalení veškerých osobních věcí pacienta. Pokračujeme sjednáním převozu pacienta v odpovídající poloze do místa následujícího pobytu.*“ Sestra S3 řekla, že překlad se v první řadě domlouvá telefonicky na úrovni lékařů, aby byla zajištěna kontinuita zdravotní péče. Následuje sepsání překládové lékařské a ošetrovatelské zprávy a doplnění informací v ošetrovatelské dokumentaci pacienta, poté se pacient přeloží. Sestra S7 odpověděla: *„Sbalím mu věci, nebo pověřím sanitáře, sepišu osobní věci pacienta, vyplním ošetrovatelskou překládovou zprávu, do které zaznamenám i délku zavedení invazivních vstupů. Při předání pacienta na jiné oddělení podám sestře na oddělení informace o pacientovi, předám ošetrovatelskou a lékařskou překládovou zprávu a soupis věcí pacienta. Pokud má pacient své léky u sebe, tak je také předám sestře.*“ Sestra S4 uvedla, že sestra nejprve pacienta zajistí na lůžku, zkontroluje hygienu pacienta, invazivní vstupy, čistotu prádla a sepiše jeho osobní věci. Napíše ošetrovatelskou překládovou zprávu, kde zapisuje všechny důležité ošetrovatelské informace. Následně lékař napíše lékařskou překládovou zprávu. Sestra poté zajistí transport pacienta a pacienta přeloží.

Čtvrtá podkategorie odpovědí se nazývá **„Dokumentace při předávání pacienta“**. Sestry byly dotazovány, jakou dokumentaci předávají společně s pacientem při překladu na jiné pracoviště. Většina sester odpovědělo, že společně s pacientem předávají

ošetřovatelskou překladovou zprávu a lékařskou překladovou zprávu. Takto odpověděly sestry S2, S3, S4, S5, S6, S10, S12, S13. Vedle toho sestra S9 uvedla, že při překladu na jiné oddělení předávají veškerou pacientovu dokumentaci. Sestra S8 pouze stručně odpověděla, že s pacientem předává překladovou zprávu. Sestra S1 se vyjádřila: *„Při překladu pacienta s pacientem překládáme ošetřovatelskou a lékařskou překladovou zprávu a také soupis osobních věcí a cenností.“* S tím souhlasí sestry S7 a S14. Sestra S11 odpověděla, že společně s pacientem předávají předběžnou propouštěcí zprávu a ošetřovatelskou překladovou zprávu.

Poslední podkategorie odpovědí v rámci této kategorie se zabývá tématem **„Náležitosti ošetřovatelské překladové zprávy“**. Sestry zde uvedly, jaké informace zaznamenávají v překladové ošetřovatelské zprávě. Sestra S14 odpověděla, že v ošetřovatelské překladové zprávě jsou obsaženy informace o veškeré anamnéze pacienta a dosavadním postupu léčby. Oproti tomu sestra S11 podrobně uvedla: *„Do ošetřovatelské překladové zprávy zaznamenáváme informace o tom, kam se pacient překládá, od kdy do kdy byl zde pacient hospitalizovaný, pacientovi alergie, stav vědomí, jeho mobilita, kolikátý den je po operaci, přítomnost invazivních vstupů a datum jejich zavedení. Dále se zapisuje, zda má pacient opatrovníka, hlášení soudu, jméno a kontakt na příbuzné, typ diety a jakým způsobem pacient přijímá potravu. Poté informace o vylučování, zda je pacient inkontinentní, zda má problémy s močením či vyprazdňováním stolice, datum poslední stolice. Přítomnost ran na těle pacienta, jejich zakreslení, zhodnocení a popsání posledního převazu. To samé se píše i u dekubitů. Dále píšeme celkový stav kůže, jaká byla poslední podaná medikace a jiné důležité informace o pacientovi. K ošetřovatelské zprávě přikládáme také podrobný soupis osobních věcí pacienta, nebo jeho prohlášení o tom, že si za osobní věci ručí sám.“* Podobně odpověděly také sestry S1, S2, S3, S8, S10, S13 a sestra S6, která navíc dodala, že do ošetřovatelské překladové zprávy zapisuje informace o bilanci tekutin a zda má pacient bolesti, případně jaké a kde. Sestra S7 řekla, že zapisují celkový stav pacienta, přítomnost ran a dekubitů a délku zavedení invazivních vstupů. Sestra S9 se vyjádřila následovně: *„Uvádíme identifikační údaje pacienta, datum a čas překladu, místo překladu, úroveň sebeobsluhy a pohyblivosti, popis rány a převazu, medikace pacienta, případně popis dekubitu. Pak změny na kůži, dýchání, vyprazdňování, přítomnost alergií, a zda má pacient katétry či drény.“* S tím souhlasí sestra S12. Sestra S4 odpověděla, že do ošetřovatelské překladové zprávy uvádí informace o veškerých ošetřovatelských výkonech, které byly provedeny během hospitalizace. Uvádí informace

o invazivních vstupech, stavu vědomí. Dále uvádí, jakým způsobem pacient spolupracuje a s jakými činnostmi potřebuje pacient pomoci, změny na kůži a jiné individuální informace o pacientovi. Sestra S5 řekla: „*Píšu informace o tom, kdy a s čím byl pacient operován, jaký má pacient tlak a puls a jiné fyziologické funkce, jaké léky pacient užívá, insulin, kdy byly léky naposledy podány a kdy proběhl poslední převaz.*“

#### **4.10 Kategorie 8 Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů**

Tato kategorie se zabývala tématem prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Sestry byly dotazovány, zda znají interní předpisy nemocnice, které upravují postupy prevence, sledování a vyhodnocování dekubitů u pacientů, jakým způsobem provádí zhodnocení rizika vzniku dekubitů, jaké preventivní opatření provádí u pacientů, u kterých je riziko vzniku dekubitů, jak postupují při vzniku dekubitů a jaká nová opatření minimalizující riziko vzniku dekubitů v poslední době na oddělení zavedly. Kategorie byla rozdělena do pěti podkategorií. Podkategorie jsou následující: „Interní předpisy nemocnice upravující postupy prevence, sledování a vyhodnocování dekubitů u pacientů“, „Zhodnocení rizika vzniku dekubitů“, „Preventivní opatření minimalizující riziko vzniku dekubitů“, „Postup při vzniku dekubitu u pacienta“, „Nová opatření minimalizující riziko vzniku dekubitů u pacientů“.

První podkategorie odpovědí s názvem „**Interní předpisy nemocnice upravující postupy prevence, sledování a vyhodnocování dekubitů u pacientů**“ se zaměřila na to, zda sestry vědí, které interní předpisy nemocnice upravují postupy prevence, sledování a vyhodnocování dekubitů u pacientů. Sestry S7 a S14 pouze uvedly, že se v této problematice řídí standardy oddělení. Sestra S8 odpověděla, že se řídí interním předpisem, který se zabývá prevencí vzniku dekubitů. Jeho přesný název nezná, ale je volně dostupný na oddělení. S tím souhlasí sestry S1, S2, S4, S5, S6, S10, S12 a S13. Sestra S9 řekla, že postupuje podle standardizovaného postupu vyhodnocování dekubitů. Sestra S3 uvedla, že tuto problematiku řeší interní předpis nemocnice, který popisuje zásady bezpečné péče. Sestra S11 odpověděla, že neví, který interní předpis upravuje postupy prevence, sledování a vyhodnocování dekubitů u pacientů.

Druhá podkategorie odpovědí se nazývá: „**Zhodnocení rizika vzniku dekubitů**“. Sestry odpovídaly na otázku, kdy a jakým způsobem provádí u pacientů hodnocení rizika vzniku dekubitů. Sestra S13 odpověděla, že riziko vzniku dekubitů hodnotí pomocí stupnice dle

Nortonové při příjmu imobilních pacientů. S tím souhlasí sestra S11 a sestra S14, která navíc dodala, že hodnocení provádí u každého pacienta a hodnocení vždy obnovují po týdnu nebo při změně zdravotního stavu pacienta. Oproti tomu sestra S2 se vyjádřila následovně: *„Riziko vzniku dekubitů hodnotíme pomocí škály Bradenové, kde hodnotíme věk, mentální stav pacienta, výživu, pohyblivost, stav kůže, vlhkost a přidružené onemocnění pacienta, toto hodnocení provádíme pouze při příjmu.“* Stejně odpověděly také sestry S1, S9, S12 a sestra S10, která ale navíc uvedla, že škálu přehodnocují po operaci pacienta, kdy jsou pacienti upoutáni na lůžku. Sestry S4, S6 a S8 stručně odpověděly, že hodnocení provádějí při příjmu u všech pacientů, u kterých se předpokládá dlouhodobá hospitalizace. Sestra S3 uvedla: *„Hodnotíme prostřednictvím standardizované škály, kde vyplněním daných kritérií, získáme stupeň rizika vzniku dekubitů. Otázky zahrnují mobilitu, stav pokožky, věk, choroby a stav nutriční.“* Vedle toho sestra S7 uvedla, že hodnocení provádějí v rámci vstupní anamnézy, následně riziko vzniku dekubitů přehodnocují po operačním výkonu a jednou týdně, každou sobotu. Sestra S5 odpověděla, že riziko vzniku dekubitů stanovuje každý den v rámci ošetrovatelských záznamů do ošetrovatelské dokumentace.

Třetí podkategorie odpovědí se zabývala tématem **„Preventivní opatření minimalizující riziko vzniku dekubitů“**. Sestry hovořily o tom, jaká preventivní opatření nastavují u pacientů, u kterých je riziko pádu. Sestra S10 se vyjádřila následovně: *„U každého pacienta, který je v riziku vzniku dekubitů, zavedeme polohovací záznam a pravidelně pacienty polohujeme. Pečlivě se staráme o pokožku pacienta, provádíme důkladnou hygienu a každý den měníme lůžkoviny pacienta. U velmi rizikových pacientů dáváme mepilex na oblast sacra či na paty.“* S tímto názorem souhlasí také sestry S5 a S12. Sestry S8 a S13 stručně uvedly, že provádějí antidekubitní péči. Oproti tomu sestra S6 podrobně odpověděla: *„Začínáme vybavením lůžka antidekubitní podložkou a pomůckami potřebných k následnému pravidelnému polohování. Věnujeme zvýšenou pozornost péči o tzv. predilekční místa, kdy kost je blízko pokožky a hrozí vyšší riziko vzniku dekubitů. Dbáme o čistotu, úpravu a vnutí lůžka. Zajišťujeme dostatečný příjem tekutin a potravy a zakládáme dokumentaci k monitoraci polohování.“* Obdobně odpověděla také sestra S1. Sestra S14 odpověděla, že provádí pravidelné polohování a využívá polohovací pomůcky. Sestra S7 se doslovně vyjádřila: *„Pacientům zajistíme antidekubitní matraci, polohovací pomůcky, a 2 hodiny pacienty polohujeme, snažíme se o dostatečnou hydrataci. Pečlivě pečujeme o pokožku, často převlékáme plenkové*

*kalhotky a ložní prádlo, provádíme důkladnou hygienu. Zavádíme včasnou rehabilitaci a pacienty edukujeme o cvičení v lůžku.*“ Podobně odpověděly také sestry S3, S4, S11 a sestra S2, která navíc uvedla, že u rizikových pacientů zavádí polohovací záznam. Sestra S9 řekla: *„Začínáme stláním a úpravou lůžka, preventivně promazáváme paty a hýždě. Vždy se pacienta ptáme, zda ho někde pokožka pálí, bolí, tlačí, popřípadě podložíme paty polštářem. U pacientů, kteří mají antirotační boty, dbáme na zvýšený dohled a na to, aby pata byla vypořádána molitanovým polštářkem v botě. Sledujeme zarudnutí a preventivně ráno a večer a při vstávání z lůžka mažeme predilekční místa cutazinkem. Pacienty poučujeme o nutnosti otáčení se na boky, případně pacienty polohujeme. Vypodkládáme otláčená místa, a pokud to jde, tak zajišťujeme ve spolupráci s fyzioterapeutem brzké vstávání a časnou chůzi.*“

Čtvrtá podkategorie odpovědí s názvem **„Postup při vzniku dekubitu u pacienta“** se zaměřovala na to, jakým způsobem sestry postupují při vzniku dekubitu u pacienta. Sestra S5 odpověděla, že se provede příslušný zápis o dekubitu a kontaktuje sestru konzultantku pro hojení ran, která určí způsob ošetření. S tím souhlasí sestra S12. Sestra S9 uvedla následující: *„Ihned provedeme záznam, pod pacienta dáme antidekubitní podložku, vypořádáme místo otlaku. Pokud se jedná pouze o zarudnutí, tak místo promazáváme sudokrémem a dále dekubity ošetřujeme dle jejich stupně.*“ Sestry S8, S13 a S14 stručně odpověděly, že provedou zápis o dekubitu, pravidelně dekubit ošetřují a pacienty pravidelně polohují. Sestra S7 řekla: *„Dekubit ošetřím. Nahlásím staniční sestře, uvedu do dokumentace, udělá se záznam o dekubitu do systému. Zavedou se příslušná opatření.*“ Vedle toho sestra S4 uvedla, že nejprve udělá záznam o velikosti a stupni dekubitu a informuje nadřízeného, následně dekubit ošetří. Sestra S2 vypověděla: *„Zavoláme staniční sestru, aby dekubit zhodnotila a napsala záznam o nežádoucí události, následně zavedeme adekvátní péči o dekubit.*“ Sestry S6 a S3 uvedly, že dekubit ošetří dle stupně, sepíší nežádoucí událost a příslušnou dokumentaci, zvýší frekvenci polohování a péči o pokožku. Sestra S10 se vyjádřila: *„Záleží na stupni dekubitu, pokud je to otevřená rána, tak samozřejmě provádíme pravidelné převazy, pokud ne dáváme mepilex, případně se místo snažíme promazávat. Místo s dekubitem se snažíme co nejvíce vypořádat, pokud je to místo třeba na sacru, tak polohujeme pacienta zejména na boky a zvýšíme frekvenci polohování.*“ Sestra S11 odpověděla, že skutečnost o dekubitu zapíše do dokumentace, zavede převazové listy a zhodnotí stupeň dekubitu. Následně dekubit ošetří a nahlásí tuto



skutečnost lékaři. Sestra S1 uvedla: „*Dekubit vyfotím a zaznamenám do dokumentace stupeň a velikost. Na místo dáváme mepilex a dbáme na to, aby místo bylo suché a čisté.*“

Poslední podkategorie odpovědí v rámci kategorie prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů se zabývala tématem „**Nová opatření minimalizující riziko vzniku dekubitů u pacientů**“. Sestry hovořily o tom, jaká opatření či změny minimalizující riziko vzniku dekubitů u pacientů, v poslední době na oddělení realizovaly. Sestra S14 uvedla: „*Zavedli jsme polohování po dvou hodinách, a u vysoce rizikových pacientů po jedné hodině.*“ Sestry S2 a S8 odpověděly, že v poslední době nezavedly žádné změny. S tím souhlasí sestra S7, která doslovně odpověděla: „*Změny asi žádné. Snažíme se, aby byl pacient v suchu, měl čisté prádlo, edukujeme o pohybu v lůžku, sledujeme a podporujeme hydrataci a poskytujeme polohovací pomůcky.*“. Sestra S3 řekla, že v poslední době využívají lepší antidekubitní pomůcky a pomůcky k polohování. S tím souhlasí sestry S4, S13 a sestra S11, která navíc dodala, že používají nové kosmetické prostředky v péči o kůži. Sestra S10 se vyjádřila následovně: „*U velmi rizikových pacientů nově používáme mepilex na paty a mepilex border na sacrum, zakládáme polohovací záznam u každého imobilního pacienta.*“ Obdobně odpověděly sestry S5 a S12. Sestra S1 také uvedla, že nově zakládají polohovací záznam u každého imobilního pacienta. Sestra S6 řekla, že v rámci prevence dekubitů zavedli změny pouze administrativní v rámci ošetrovatelské dokumentace. Sestra S9 odpověděla: „*Pacienty nově promazáváme každé ráno, jinak postupujeme stále stejně. Pacienty pravidelně polohujeme, vypodkládáme predilekční místa a zavádíme včasnou rehabilitaci.*“

## 5 Diskuze

Předmětem výzkumné studie bylo popsat ošetrovatelské postupy zvyšující bezpečnost poskytované péče vycházející z resortních bezpečnostních cílů na odděleních chirurgického typu ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje. Stěžejní cíl práce byl dále rozdělen na osm dílčích cílů.

**Prvním výzkumným cílem bylo popsat postup bezpečné identifikace pacientů sestrami na odděleních chirurgického typu.** Nejprve nás zajímalo, jakým způsobem sestry provádí identifikaci pacientů. Jak uvádí Marx (2015), bezpečná identifikace pacientů se provádí minimálně prostřednictvím dvou jedinečných (unikátních) identifikátorů, kterými jsou jméno, příjmení a datum narození. Shodně s tímto tvrzením odpověděly sestry S1, S2, S8, S10, S11 a S14, které uvedly, že při identifikaci pacienta používají tyto zmíněné identifikátory a k identifikaci používají také identifikační náramek. Sestry S8 a S11 se v rámci identifikace pacienta ptají kromě výše zmíněných identifikátorů také na rodné číslo pacienta. Znepokojivým zjištěním je, že sestry S3, S4, S5, S6, S12 S13 používají k identifikaci pacienta pouze identifikační náramek, což jak píše Šedivý (2016), může být velmi rizikové zejména v případě, kdy se na oddělení vyskytují pacienti se stejným či podobným jménem. S tím souhlasí Marx (2015), který uvádí, že identifikace pacienta by měla vždy probíhat aktivně dotazem pacienta na jméno, příjmení a datum narození. Identifikaci pacienta pouze pomocí identifikačního náramku by měly sestry využívat jen v případech, kdy pacient není schopen na otázku adekvátně odpovědět. Sestra S9 uvedla, že kromě identifikačního náramku a slovního ověření jména využívá teplotní tabulku umístěnou na lůžku pacienta. S využitím teplotní tabulky k identifikaci pacienta souhlasí také sestra S7. Lemos et al. (2017) uvádí, že využívání teplotních tabulek k identifikaci pacienta není vhodné. V těchto případech se zvyšuje riziko záměny pacienta. Riplinger et al. (2020) uvádí, že žádné současné metody identifikace pacientů nevedou ke 100% zamezení nesprávné identifikace. Ke zlepšení identifikace pacientů by mohlo napomocť např. zařazení fotografie pacienta do jeho dokumentace při příjmu. Dle Šedivého (2016) využití moderních technologií, jako jsou čárové kódy na ID náramcích pacientů, snižuje riziko záměny pacientů, léčiv a výkonů. Sestra si před podáním léků elektronicky ověří identifikaci pacienta naskenováním čárového kódu na identifikačním náramku do tabletu, kde může také ověřit název, přesnou dávku a čas podání předepsaného léčiva. Dle mého názoru by sestry měly

provádět identifikaci pacientů pomocí slovního ověření jména, příjmení a data narození spolu s kontrolou identifikačního náramku.

Sestry byly dotazovány, v jakých situacích a před jakými výkony provádí identifikaci pacienta. Většina sester správně odpověděla, že identifikaci pacienta provádí při každém kontaktu s pacientem a před každým výkonem. Stejný názor má Marx (2015), který uvádí, že aktivní identifikace pacienta by měla probíhat před veškerými výkony, jakými jsou např. podání léků, odběr biologického materiálu, aplikace transfuze a před všemi diagnostickými a léčebnými výkony. Tyto výkony uvádí také Plevová et al. (2019). Oproti tomu sestra S4 vypověděla, že identifikaci pacientů provádí pouze při podávání léků, při odběru biologického materiálu a při invazivních výkonech. Sestry S8, S12 a S14 identifikaci pacientů provádí pouze při podání léčiv a při překladau pacienta.

**Druhým výzkumným cílem bylo popsat postup objednávání, skladování, přípravy léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti.** Nejprve nás zajímalo, zda sestry znají tzv. léky s vyšší mírou rizika. Ve věstníku MZČR (2015) jsou jako léky s vyšší mírou rizika uvedeny injekční roztoky chloridu draselného (dále KCl) o koncentraci 7,45 % a vyšší, inzulíny, neředěné hepariny, opiáty a individuální léky typické pro dané oddělení. Většina sester znala a správně vyjmenovala léky, které jsou uvedené ve Věstníku MZČR jako léky s vyšší mírou rizika. Sestra S9 doslovně uvedla: „*Na našem oddělení používáme zejména riziková léčiva jako inzulíny, heparin, roztok 7,45% KCl a opiáty.*“ Oproti tomu sestra S7 vyjmenovala pouze opiáty a inzulíny jako léky s vyšší mírou rizika. Sestra S4 uvedla správně opiáty a minerály jako léky s vyšší mírou rizika, nesprávně ale uvedla, že mezi léky s vyšší mírou rizika patří také analgetika a antibiotika. Sestra S2 uvedla opiáty a minerály jako léky s vyšší mírou rizika, ale jako další rizikové léky uvedla chemoterapeutika.

Dále z rozhovorů se sestrami bylo zjišťováno, jakým způsobem postupují při objednávání, skladování a podávání léků s vyšší mírou rizika. Všechny sestry se shodly, že léky s vyšší mírou rizika objednává staniční sestra společně s ostatními léčivy.

Jak uvádí Marx (2016), léky s vyšší mírou rizika jsou skladovány odděleně od ostatních léčiv, v uzamčeném prostoru a s označením „Riziková léčiva“. Většina sester s tímto názorem souhlasí a uvedly, že léky skladují odděleně od ostatních léčiv v uzamčené lékárně s označením riziková léčiva. Pouze sestra S1 uvedla, že na oddělení léky s vyšší mírou rizika skladují společně s ostatními léky, pouze jsou označené jako riziková léčiva,

což může zvýšit riziko záměny. V rámci skladování koncentrovaného roztoku kalium Rychlíčková et al. (2015) uvádějí, že je vhodné odstranit koncentrované roztoky KCl ze standardních oddělení a nahradit je nízkokoncentrovanými roztoky, a pro situace, kdy je na standardním oddělení nutné použít koncentrovaný roztok, mít v rámci zdravotnického pracoviště zavedenou centrální přípravnu pro ředění léčiv s pohotovostním provozem a schopností dodat léčivo bezodkladně. Rychlíčková et al. (2015) dále uvádějí, že v podmínkách České republiky je tento systém málo využíván, proto základní podmínkou pro skladování koncentrovaných roztoků kalium na standardních odděleních je oddělené uchování v označených a uzamykatelných prostorách. Přístup ke koncentrovaným roztokům by měl být omezen stejně jako skladované množství a bylo by vhodné stanovit, jaké typy obalů, s jakými objemy může dané oddělení nemocnice objednávat. Já osobně souhlasím s názorem Rychlíčkové et al. (2015), že by bylo v rámci bezpečnosti pacientů vhodné v budoucnosti odstranit ze standardních odděleních koncentrované roztoky kalium a v případě potřeby mít zavedenou centrální přípravnu pro ředění léčiv.

Dále jsme se sester ptali na problematiku podávání léků s vyšší mírou rizika. Většina sester uvedla, že při přípravě a podání léků s vyšší mírou rizika postupují se zvýšenou opatrností a vždy si ověřují totožnost pacienta. S tím souhlasí Brabcová et al. (2014b), která uvádí, že sestra při podávání léků provádí trojí kontrolu názvu a množství léků, a to při vyjmutí léku z lékárny, při podání léků a při navracení léku zpět do lékárny. Dále uvádí, že sestra před podáním léku identifikuje pacienta pomocí identifikačního náramku a slovním dotazem. Sestry S1 a S10 odpověděly, že při přípravě těchto léků pracují se zvýšenou opatrností, dvakrát kontrolují název a množství léků. Dále odpověděly, že v rámci snížení rizika pochybení provádí kontrolu správnosti přípravy léku dvě sestry. To potvrzuje Van der Veen et al., (2017), kteří uvádějí, že dvojí kontrola správnosti přípravy léků (tzv. kontrola čtyř očí) minimalizuje riziko medikačního pochybení. Jako další preventivní opatření k zamezení vzniku medikačního pochybení uvedli použití inteligentních infuzních pump a podávání léků prostřednictvím snímačů (čteček) čárových kódů. S názorem o dvojí kontrole podávaného léčiva souhlasí také Rychlíčková et al. (2015), kteří uvádějí, že při přípravě koncentrovaného roztoku kalium by měla probíhat dvojitá kontrola, a o této kontrole by měl být proveden záznam. Sestra S1 uvedla, že při přípravě léku s vyšší mírou rizika se vždy striktně drží ordinace lékaře. Podobný názor uvádějí také Rychlíčková et al. (2015), dle kterých příprava koncentrovaného roztoku

kalia má být prováděna pouze na základě úplné ordinace, která musí zahrnovat přesný název léku, koncentraci, množství roztoku, typ a objem nosného roztoku, rychlost a cestu podání.

Sestry také odpovídaly na otázku, jaké postupy mají na pracovišti zavedeny k zabránění nesprávnému podání léku s vyšší mírou rizika. Vytejková et al. (2015) uvádějí, že riziková léčiva mají být skladována odděleně od ostatních léčiv, v uzamykatelném prostoru a být označena jako „Riziková léčiva“. Sestry S5, S9, S10, S11, S13, S14 uvedly, že právě správné označení a uložení léků s vyšší mírou rizika u nich na oddělení zabraňují nesprávnému podání těchto léků. Sestry S11, S13, S14 odpověděly, že ke snížení rizika záměny léčiv s vyšší mírou rizika přispívá pravidelné školení personálu. Dle Rychlíčkové et al. (2015) by sestry měly absolvovat pravidelná školení o přípravě koncentrovaných roztoků KCl. Gaffney et al. (2016), uvádějí, že důležitým faktorem k zabránění nesprávného podání léků jsou znalosti, dovednosti, zkušenosti, inteligence a motivace sester, stejně tak jako bezpečné přátelské, podpůrné pracovní prostředí sester a podpora ze strany ošetrovatelského managementu. Polovina dotazovaných sester se shodla na tom, že k zabránění záměny léčiv s vyšší mírou rizika přispívá opakovaná kontrola ordinace, názvu a množství léku. Oproti tomu sestry S2, S4, S8 a S12 odpověděly znepokojivě, že na oddělení nemají zavedený žádný postup, který by sloužil k zabránění nesprávného podání léků s vyšší mírou rizika.

LASA (look-alike-sound-alike) léky, jak uvádí Marx (2016), patří mezi léky s vyšší mírou rizika, protože jejich název či obal jsou snadno zaměnitelné s jinými léky. Vytejková et al. (2015) k tomu dodávají, že LASA léky by měly být označeny výrazným štítkem s uvedeným označením a nápisem riziko záměny. Pojem LASA léky znala více jak polovina dotazovaných sester. Ostatní sestry tento pojem neznaly, proto jim byl pojem LASA léky vysvětlen. Pojem S.O.S léky neznala ani polovina z dotazovaných sester. Ostatním sestrám byl tento pojem následně vysvětlen. Neznalost sester tohoto pojmu může být problematické, protože jak uvádějí Pokorná et al. (2019b), S.O.S léky jsou léky, které by měl mít pacient vždy u sebe u lůžka. Pacient je totiž může potřebovat při akutním zhoršení chronického onemocnění. V praxi to jsou nejčastěji inhalačně podávané léky nebo např. nitroglycerin.

**Třetí výzkumný cíl byl zacílen na vyhodnocení postupů, které minimalizují riziko záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech.** Nejprve nás zajímalo, jakým způsobem, nebo pomocí jakých opatření na odděleních zajišťují bezpečnost provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci. Většina sester se shodla na tom, že v rámci prevence záměny strany výkonu provádějí na oddělení označení operované strany či končetiny. Sestry S1, S2, S3, S10, S12, S13, S14 se shodly na tom, že v rámci prevence záměny pacienty, výkonu a lokalizace operačního výkonu zakládá lékař ve spolupráci s pacientem při příjmu verifikační protokol. Stejně tvrzení zmiňuje Hradecká (2011), která uvádí, že při příjmu pacienta na oddělení je zakládán verifikační neboli stranový protokol, který slouží k dokumentování a stvrzení správnosti strany výkonu. Kontrolu strany výkonu společně s verifikačním protokolem provádí nejprve lékař při příjmu pacienta, následně ošetřující lékař na oddělení, a třetí kontrolu provádí operatér před začátkem operace. Všechny kontroly se musí stvrdit zápisem do verifikačního protokolu. S trojí kontrolou plně souhlasí pouze sestry S1, S2, S3 a sestra S6, která uvedla: „*Kontrola probíhá již při příjmu pacienta přijímacím lékařem, který stvrdí svým podpisem verifikační protokol. Dále by tuto bezpečnostní proceduru měl zopakovat ošetřující lékař na oddělení rovněž se zápisem do protokolu. Označí se postižená končetina. Těsně před výkonem nastupuje kontrola samotným operátorem, který dále pracuje s verifikačním protokolem.*“ Oproti tomu sestry S4, S7, S9 uvedly, že verifikační protokol zakládají do dokumentace pacienta až při odjezdu na operační sál, což je dle Hradecké (2011) přípustné pouze u akutních operací. Sestra S11 odpověděla, že stranu výkonu zapisují na identifikační náramek pacienta. Sestra S12 uvedla, že na operačním sále postupují dle pravidel perioperační bezpečnostní procedury, které v roce 2009 doporučilo MZČR (Věstník MZČR, 2015). Většina sester také odpověděla, že ke snížení rizika záměny pacientů a výkonů na operačním sále přispívá kontrola identifikačních údajů pacienta, dokumentace pacienta, operačního pole a identifikačního náramku pacienta. S tím souhlasí Wichsová (2013), podle které před operací musí proběhnout identifikace pacienta, místa operačního výkonu a kontrola dokumentace pacienta. Rodziewicz et al. (2021) doporučují, aby před začátkem operace dva nezávislí zdravotničtí pracovníci potvrdili totožnost pacienta, místo operace, typ zákroku a zkontrolovali udělení informovaného souhlasu pacientem. Dále uvádějí, že aktivní zapojení pacienta a jeho rodinných příslušníků do bezpečnostní předoperační procedury, pravidelné školení veškerého zdravotnického personálu a zlepšení týmové komunikace vede ke snížení rizika záměny pacienta, výkonu nebo místa během operačního výkonu.

Dále byly sestry dotazovány, jaký je postup označení místa operačního výkonu. Většina sester uvedla, že označení místa operačního výkonu provádí lékař použitím nesmazatelného fixu. Pouze sestra S6 uvedla, že označení provádí sestra pod dohledem lékaře. Sestry S1, S3, S5 uvedly, že označení místa výkonu se provádí při příjmu pacienta v příjmové ambulanci. Zbytek sester naopak odpovědělo, že označení provádí ošetřující lékař ráno v den výkonu. Dle Hradecké (2011) označení končetiny či strany chirurgického výkonu provádí lékař na oddělení nesmyvatelným fixem den před nebo v den výkonu tak, aby následně mohl operatér provést kontrolu strany výkonu těsně před operací. Já osobně jsem se setkala s tím, že označení končetiny či strany výkonu provádí ošetřující lékař za spolupráce pacienta ráno v den výkonu.

**Čtvrtým výzkumným cílem bylo popsat preventivní intervence snižující riziko pádů pacientů.** V první řadě jsme se zaměřovali na to, jakým způsobem sestry provádí zhodnocení rizika pádu u pacientů. Většina sester odpověděla, že zhodnocení rizika pádu provádí při příjmu pacienta a během hospitalizace provádějí přehodnocení rizika pádu. Pokorná et al. (2019b) uvádějí, že hodnocení rizika pádu se provádí v rámci vstupní ošetřovatelské anamnézy nejpozději do 24 hodin a k přehodnocení by mělo docházet při změně zdravotního stavu pacienta, po pádu pacienta a při překlady v rámci jednoho zdravotnického zařízení. S tím souhlasí sestra S9, která uvádí, že přehodnocují riziko pádu při příjezdu pacienta z operačního sálu, první pooperační den, při každém vstávání pacienta a při překlady na jiné oddělení. Oproti tomu sestra S2 odpověděla znepokojivě, že hodnocení rizika pádu provádí při příjmu pouze u geriatrických pacientů a během hospitalizace riziko pádu nepřehodnocují. Většina sester uvedla, že k hodnocení rizika pádu používají stupnici pádu dle Morseové. S tím souhlasí Dušová et al. (2019), kteří uvádějí, že k hodnocení rizika pádu se využívá stupnice pádů dle Morseové, která zahrnuje pády v anamnéze, přidružené onemocnění, pomůcky k chůzi, zhoršení chůze a duševní stav pacienta. Oproti tomu sestra S14 uvedla, že ke zhodnocení rizika pádu používají hodnotící škálu dle Conleyové. Nicméně dle Palese et al. (2015) je stupnice dle Conleyové nepřesná, s nižší citlivostí detekce rizika pádů u starších pacientů. Phelan et al. (2015) uvádějí, že Americké centrum pro kontrolu a prevenci nemocí vyvinulo algoritmus (viz příloha 7), který podrobně popisuje a prověřuje každý krok hodnocení rizika pádu u pacientů. Algoritmus je součástí sady nástrojů s názvem STEADI (Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries). V rámci algoritmu sestra společně s pacientem nejprve provede zhodnocení rizikových faktorů pro pád pomocí Stay Independent

brožury. Následně sestra zjišťuje, zda pacient neupadl v posledním roce, zda nemá strach z pádu a zhodnotí míru nejistoty při vstávání. Pokud se pacient po předchozím zhodnocení nachází v riziku pádu, sestra provede s pacientem test TIME UP and GO. U pacienta, který má pozitivní anamnézu v oblasti pádů a problém s chůzí, silou či rovnováhou, sestra v rámci dalšího zhodnocení rizika pádu provádí následující intervence: fyzikální vyšetření postoje, rovnováhy, ortostatické hypotenze, screening kognitivních funkcí, odběr medikační anamnézy, kontrolu nohou a bot a kontrolu zrakové ostrosti (Phelan et al., 2015).

Dále nás zajímalo, jaká preventivní opatření minimalizující riziko vzniku dekubitů u pacientů sestry plánují a realizují. Sestry S2, S3, S4, S6, S7, S9, S10 a S11 se shodly na tom, že v rámci prevence pádu provádí edukaci pacienta o vstávání a o signalizačním zařízení. Sestry S9, S11 a S13 navíc uvedly, že v rámci nových opatření kladou důraz na edukaci pacientů o všech aspektech rizika pádu. S tím souhlasí Hajduchová et al. (2017), které uvádějí, že správná edukace pacienta napomáhá ke snížení rizika vzniku pádu a zároveň je důležité pravidelné školení zdravotnického personálu. Sestry S2, S3, S4, S6, S7, S9, S10 a S11 se dále shodly na tom, že v rámci prevence vzniku pádu je vhodné zajistit bezpečnost lůžka, umístit signalizační zařízení do blízkosti pacienta, nabídnout pacientovi pomoc při vstávání, zajistit pacientovi dostatek funkčních kompenzačních pomůcek k chůzi a v pravidelných intervalech sledovat zdravotní stav pacienta. To potvrzují Veverková et al. (2019), kteří uvádějí, že v rámci prevence vzniku pádu je důležité zajistit bezpečnost lůžka, umístit signalizační zařízení a osobní věci pacienta k lůžku pacienta, pravidelně zaznamenávat realizaci preventivních opatření do ošetrovatelské dokumentace, odstranit překážky na pokoji pacienta a zajistit dostatečnou hydrataci pacienta. Zároveň Pokorná et al. (2019b) uvádějí, že v rámci snížení rizika pádu pacienta je vhodné, aby sestry pomáhaly pacientovi při vstávání a chůzi a doporučily mu vhodnou obuv pro chůzi. S tím souhlasí sestra S7, která odpověděla, že u pacientů při vstávání vždy kontroluje vhodnost obuvi. Znepokojivě odpověděly sestry S8 a S13, které uvedly, že v rámci prevence pádů pacientů pouze nechávají u pacientů zvednuté postranice.

Algoritmus, který vytvořilo Americké centrum pro kontrolu a prevenci v rámci sady nástrojů STEADI (viz příloha 7), popisuje intervence, které mají sestry provádět, aby snížily riziko pádu u pacientů. Intervence sester jsou následující: provádět edukaci pacientů o riziku pádu, podávat pacientům vitamín D, provádět konzultace



s fyzioterapeutem ohledně cvičení pro posílení funkční mobility, síly a rovnováhy, provádět pravidelnou kontrolu hypotenze, řídit podávání medikace, řešit pacientovi problémy v oblasti nohou, zajistit bezpečné prostředí pacienta a pomáhat pacientovi při optimalizaci vidění (Phelan et al., 2015). Vedle toho Spano-Szekely et al. (2019) ve své studii uvádí individuální program pro prevenci pádů pacientů, který vyhodnotil interprofesionální tým pro prevenci pádů. Tento program byl vyhodnocen jako velice kvalitní v oblasti prevence pádů pacientů v akutní péči pro dospělé. Tým odborníků identifikoval sedm klíčových postupů pro prevenci vzniku pádu. Těmito klíčovými postupy jsou podpora programu prevence pádu zdravotnickým zařízením, účelné hodnocení rizika pádu pacienta při přijetí, správná identifikace rizikových faktorů, které vedou k pádu, efektivní komunikace s pacientem o těchto rizikových faktorech, provádění intervencí k minimalizaci rizikových faktorů, pozorování a sledování pacientů a kontinuální zlepšování a vzdělání zdravotnického personálu v oblasti prevence pádu. V rámci tohoto programu byl zaveden videomonitoring amentních pacientů, který se ukázal jako vysoce účinný (Spano-Szekely et al., 2019). S tím souhlasí sestra S14, která uvedla, že nově na oddělení v rámci prevence pádu zavedli kamerový systém, díky kterému monitorují vysoce rizikové pacienty.

V otázce, jak sestry postupují při pádu pacienta, se většina sester shodla na tom, že při pádu pacienta zajistí pacientovu bezpečnost, uloží pacienta do postele, přivolají lékaře, provedou potřebná vyšetření pacienta a sepišou nežádoucí událost. Ministerstvo zdravotnictví České republiky stanovuje, že při pádu pacienta sestra zhodnotí stav vědomí a fyziologické funkce, zajistí základní bezpečí pacienta a zamezí sekundárnímu poranění pacienta. Následně sestra ve spolupráci s lékařem zajistí prvotní ošetření pacienta a dle ordinace lékaře zajistí vyšetření pacienta. Po ošetření pacienta sestra provede záznam o pádu do zdravotnické dokumentace a sepiše formulář „Hlášení nežádoucí události“. Provede analýzu příčiny pádu, reviduje preventivní opatření a realizuje nápravná opatření (Věstník MZČR, 2020). O realizaci nápravných opatření po pádu pacienta se zmínily pouze sestry S2 a S11.

**Pátým výzkumným cílem bylo vyhodnotit postupy hygieny rukou u zdravotnického personálu.** Nejprve byly sestry dotazovány, v jakých situacích a před jakými výkony provádí hygienu rukou. Dle směrnice WHO (2011) má zdravotnický pracovník provádět hygienu rukou v následujících 5 situacích: 1) před dotykem pacienta, 2) před aseptickým postupem, 3) po expozici tělesným tekutinám pacienta, 4) po styku s pacientem,

5) po kontaktu s okolím pacienta. Sestry S3, S6, S10, S11 a S13 se shodly na tom, že hygienu rukou provádí před a po veškerém kontaktu s pacientem, s biologickým materiálem a s pomůckami pacienta, hygienu rukou provádějí také před podáváním stravy pacientovi. Oproti tomu sestry S1, S2, S4, S5, S9 a S14 odpověděly, že hygienu rukou provádějí pouze před a po ošetřovatelském výkonu u pacienta nebo po vstupu na pokoj. Znepokojivě odpověděla sestra S12, která uvedla, že hygienu rukou provádí pouze při viditelném znečištění a po použití toalety. Studie Demirela (2019) popsaly důvody, které mohou vést k tomu, že sestry neprovádějí hygienu rukou ve všech žádoucích situacích. Mezi tyto důvody patří vysoká míra fluktuace personálu, špatná informovanost sester o hygieně rukou, nedostatečná přítomnost informačních letáků s upozorněním na hygienu rukou a nespokojenost personálu s dezinfekčními prostředky k hygieně rukou, z důvodu poškozování pokožky rukou (Demirel, 2019).

Následně jsme v rámci tohoto cíle zjišťovali, jakým způsobem sestry provádí hygienu rukou. Většina sester se shodla na tom, že nejprve provedou mechanické mytí rukou pomocí mýdla a tekoucí vody, ruce následně osuší jednorázovým ručníkem a provedou dezinfekci rukou. S tím souhlasí Krška et al. (2011), kteří uvádějí, že mytí rukou se má provádět pod tekoucí pitnou teplou vodou s pomocí tekutého mýdla nebo mycí emulze a mytí by mělo probíhat minimálně po dobu 30 sekund. Dle Stadlera a Tschudin-Suttera (2020) je zlatým standardem hygieny rukou alkoholová dezinfekce. Koller (2014) uvádí, že důležitým předpokladem pro správné používání dezinfekčního prostředku je jeho přijatelnost pro zdravotnický personál. Nicméně požadavky jednotlivých sester a lékařů mohou být odlišné. Proto je nutné zajistit takový dezinfekční prostředek, který bude vyhovovat všem. Jinak hrozí riziko, že zdravotnický personál, kterému bude dezinfekční prostředek způsobovat kožní potíže, nebude prostředek používat. Ve směrnici WHO z roku 2011 (viz příloha 3) je popsán správný postup hygieny rukou, který je rozdělen do 6 kroků. Stadler a Tschudin-Sutter (2020) ve své studii ale uvedli, že zjednodušení techniky hygieny rukou má pozitivní vliv na motivaci zdravotnických pracovníků provádět správně a ve všech žádoucích situacích hygienu rukou a má povzbudivé výsledky z mikrobiologického hlediska. Sestra S9 v svém tvrzení potvrzuje, že v rámci směny na správnou hygienu rukou není vždy dostatek času.

V rámci hygieny rukou jsme se zaměřili také na používání rukavic. Sestry S2, S7, S8, S12, S13 a S14 uvedly, že rukavice používají při kontaktu s pacientem, kde přicházejí

do kontaktu s biologickým materiálem. Stejně odpověděly sestry S4, S9, S10 a S11, které navíc uvedly, že rukavice používají při hygieně pacientů, při převazech a při kontaktu s infekčním pacientem. To potvrzuje Kapounová (2020), která uvádí, že běžně jsou rukavice používány v případě, kdy dochází ke kontaktu s biologickým materiálem, ať přímo či nepřímo prostřednictvím prádla či jiných předmětů z prostředí pacienta, a v případě, kdy je u pacienta nařízena kontaktní izolace. Sestry S5, S6 a S12 odpověděly, že rukavice používají při veškerém kontaktu s pacientem, což jak píše Kapounová (2020), může být kontraproduktivní, protože tím dochází k plýtvání materiálu a paradoxně i k vyššímu riziku kontaminace pacienta a jeho okolí, protože bez správné indikace použití rukavic chybí i indikace k jejich sejmutí a personál se cítí být chráněný rukavicemi a neopatrně manipuluje s pacientem i předměty v jeho okolí. Toto tvrzení také potvrzuje MZČR. Používání rukavic nenahrazuje nutnost provádět hygienu rukou a po sejmutí rukavic je vždy nutné provést mytí rukou nebo hygienickou dezinfekci rukou (Věstník MZČR, 2012). Nicméně sestra S1 uvedla, že používá rukavice pouze při kontaktu s biologickým materiálem. Rodziewicz et al. (2021) uvádějí, že kromě správné hygieny rukou a používání rukavic k zabránění přenosu infekce přispívá, když sestry mají krátké nehty a zdrží se nošení umělých gelových nehtů.

Sestry dále odpovídaly na otázku, jak probíhá školení v oblasti hygieny rukou. Dle Horové et al. (2017) je edukace ohledně správného mytí rukou velmi důležitá pro dodržování hygienicko-epidemiologického režimu nemocnice. Zhruba polovina sester se shodla na tom, že školení v oblasti hygieny rukou probíhá formou přednášky společně s praktickým nácvikem. Horová et al. (2017) udávají, že použití názorných didaktických metod a vhodných pomůcek zvýší ukotvení znalostí a dovedností. Použitím UV lampy se detekují místa nedostatečné hygieny rukou. Sestry S1, S2 a S7 uvedly, že během praxe neabsolvovaly školení o postupech hygieny rukou. Toto tvrzení je zarážející, protože dle Věstníku MZČR (2015) je poskytovatel zdravotních služeb povinen zavést systém vstupního a periodického školení všech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků zdravotnické zařízení v oblasti hygieny rukou a bariérové péče. Sestry S2 a S7 uvedly, že informace o postupech hygieny rukou u nich na pracovišti získaly formou informačních letáků a interních směrnic nemocnice. Sestra S14 odpověděla, že školení probíhá formou názorného videa. Martos-Cabrera et al. (2019) uvádějí, že pomůcky jako zvukové připomenutí hygieny rukou, názorná videa, audiovizuální média a praktické simulace zlepšují správné provedení hygieny rukou u zdravotnických pracovníků. Dle

Goldberga (2017) je v rámci prevence nozokominálních nákaz důležité, aby zdravotnický personál edukoval také pacienty a jejich rodinné příslušníky o důležitosti provedení správné hygieny rukou.

**Šestým výzkumným cílem bylo popsat zásady ústní a telefonické komunikace zdravotnického týmu. Otázky byly zaměřeny na oblast ústní ordinace léčiv a telefonické hlášení kritických hodnot laborantů.** Nejprve bylo zjišťováno, jakým způsobem probíhá ústní ordinace léčiv lékařem. Vondráček a Vondráček (2011) uvádějí, že lékař ústní ordinace léků v zásadě neprovádí. Pouze ve výjimečných a odůvodnitelných případech, jako jsou akutně vzniklé stavy vyžadující život zachraňující medikaci, je ústní (telefonická) ordinace povolena. S tím souhlasí sestry S3, S4 a S6, které uvedly, že telefonická ordinace léčiv je přípustná pouze u akutních stavů. Toto zjištění potvrzují Vytejková et al. (2015). Spojená akreditační komise (2013) stanovuje povinnost zdravotnickým zařízením standardizovat postup při telefonické ordinaci léčiv. Nejprve by měl lékař sdělit úplnou identifikaci pacienta a úplnou ordinaci léků, poté osoba (sestra), která ordinaci přijímá, musí tuto ordinaci zaznamenat do dokumentace a následně lékaři záznam přečíst. Tento přesný postup nepopsala ani jedna z dotazovaných sester. Sestry S2, S5, S8, S10, S12, S13, S14 správně uvedly, že při telefonické ordinaci léků lékařem nejprve lékař nadiktuje ordinaci léku, sestra tuto ordinaci zaznamená a následně záznam přečte lékaři, který potvrdí správnost záznamu. Téměř žádná ze zmíněných sester se nezmínila o identifikaci pacienta. O identifikaci pacienta při telefonické ordinaci léků lékařem se zmínily pouze sestry S1 a S7. Většina sester se shodla na tom, že lékař se musí co nejdříve dostavit na oddělení a tuto ordinaci stvrdit svým podpisem, což potvrzují Vytejková et al. (2015).

Sestry byly dotazovány, jakým způsobem probíhá telefonické hlášení kritických výsledků z laboratoře. Většina sester se shodla na tom, že při přijímání kritických hodnot z laboratoře nejprve zdravotnímu laborantovi nahlásí své jméno, následně zdravotní laborant nahlásí kritickou hodnotu a sestra tuto hodnotu zanesou do dokumentace. Rodziewicz et al. (2021), ale uvádí, že sestra, která přijímá hlášení o kritické hodnotě, musí po zapsání do dokumentace toto hlášení zdravotnímu laborantovi zpětně přečíst, aby potvrdil správnost. To potvrzují také Plevová et al. (2019). Správný postup při hlášení kritických výsledků z laboratoře uvedla pouze sestra S14. Já osobně souhlasím s názory Plevové et al. (2019) a Rodziewicz et al. (2021), protože si myslím, že v rámci

bezpečnosti poskytované péče je nezbytné hlášení kritických výsledků zpětně přechít osobě, která hodnotu hlásí.

**Sedmým výzkumným cílem bylo popsat specifika předávání pacientů na odděleních chirurgického typu.** V první řadě nás zajímalo, jak sestry postupují při předávání pacientů při střídání směny. Jak uvádí Snopek et al. (2017), základním cílem předání směny je sdělení klinických informací o pacientech k zajištění kontinuální, vysoce kvalitní a bezpečné péče. Špatná komunikace během nestandardního a neúčinného předání směny tak může pacienta ohrozit. Pokorná et al. (2019b) uvádějí, že předání informací o pacientovi by mělo probíhat ústně společně s písemnou formou a předávané informace musí být aktuální a shodné. S tím souhlasí všechny dotazované sestry. Dle Maxsona et al. (2012) by předávání pacientů mělo probíhat u lůžka pacienta. S tím souhlasí pouze sestry S12 a S14, které uvedly, že informace o pacientovi předávají u lůžka pouze v případě, kdy to jeho stav vyžaduje. Sestry S9 a S10 odpověděly, že nejprve předávají informace o diagnóze pacienta, poté informace o operacích, invazivních vstupech, proběhlých výkonech a vyšetřeních, ošetrovatelských problémech, ošetrovatelském plánu, a nakonec informace o fyziologických funkcích a o stavu pacienta. Pokorná et al. (2019b) uvádějí, že by se sestry při předání směny měly vyjádřit i ke každé potřebě pacienta a k úrovni poskytované ošetrovatelské péče. Rodziewicz et al. (2021) uvádějí, že ke zlepšení komunikace během předávání pacientů může napomocť používání standardizované techniky, jako např. techniky SBAR. Techniku SBAR popisují také Streeter a Harrington (2017), kteří navíc uvedli, že k efektivnímu předávání informací mezi sestrami přispívá přátelská organizační kultura.

Dále jsme se zajímali o to, jakým způsobem probíhá překlád pacienta na jiné pracoviště. Většina sester se shodla na tom, že při překlád pacienta lékař nejprve sepiše lékařskou překládovou zprávu a sestra potom vyplní ošetrovatelskou překládovou zprávu. S tím souhlasí Pokorná et al. (2019b), kteří navíc uvádějí, že kopie překládových zpráv se ukládají do chorobopisu pacienta. Dle vyhlášky č.102/2012 Sb. ošetrovatelská překládová zpráva obsahuje souhrnné informace o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů a může obsahovat doporučení pro další ošetrovatelskou péči. Mezi náležitosti překládové zprávy, které uvedly námi oslovené sestry, patří informace o místě překládu, délce hospitalizace, alergiích, stavu vědomí, mobilitě, datu operace, o délce zavedení invazivních vstupů, dietě, přijímání potravy, vylučování, datu poslední stolice,

ránách, posledním převazu, stavů kůže, poslední medikaci, informace o opatrovníkovi, hlášení soudu a kontakt na příbuzné. Dále uvedly, že k ošetrovatelské zprávě přikládají soupis osobních věcí.

**Osmým výzkumným cílem bylo vyhodnotit postupy prevence a redukce dekubitů u hospitalizovaných pacientů.** Nejdříve jsme se v rámci tohoto cíle zaměřili na to, jakým způsobem sestry provádí zhodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů. Sestry S11, S13 a S14 odpověděly, že k hodnocení rizika vzniku dekubitů využívají stupnici podle Nortonové. Oproti tomu sestry S1, S2, S5, S9, S10 a S12 uvedly, že k hodnocení rizika vzniku dekubitů využívají hodnotící stupnici dle Bradenové. To souhlasí s tvrzením Pokorné a Mrazové (2012), které uvádějí, že v českých nemocnicích se nejvíce využívají právě tyto dvě stupnice. Vedle toho Csisko (2014) uvádí, že sestry v chirurgických oborech v rámci hodnocení rizika vzniku dekubitů nejčastěji pracují s Waterlowou škálou. Jansen et al. (2020) provedli studii, která zkoumala vhodnost použití Bradenové stupnice u hospitalizovaných pacientů v intenzivní péči. V této studii se prokázalo, že tato hodnotící škála je velmi vhodná, dostatečně citlivá a specifická pro pacienty s potřebou intenzivní péče. Dle Mrázové a Pokorné (2012) přehodnocení rizika vzniku dekubitů je nutné provést vždy, když dojde ke změně stavu pacienta. O přehodnocení rizika vzniku dekubitů se v našem šetření zmínily pouze sestry S5, S7, S10 a S14.

Dále jsme se sester ptali, jakým způsobem postupují v prevenci vzniku dekubitů. Většina sester se shodla na tom, že v rámci prevence vzniku dekubitů u pacientů s vysokým rizikem vzniku dekubitů zakládají polohovací záznam, pravidelně pacienty polohují, pečlivě pečují o pokožku, provádí důkladnou hygienu, udržují pacienta v suchu, provádějí pravidelné stlání a pravidelně mění ložní prádlo pacienta. S tím souhlasí Vytejková et al. (2015). Autorky uvádějí, že k prevenci vzniku dekubitů je důležitá správná péče o pokožku, hygienická péče a pravidelná výměna ložního prádla. Pokorná et al. (2019b) souhlasí s tím, že v rámci prevence vzniku dekubitů je důležité pravidelné polohování a vypodložení predilekčních míst. Dále uvádí, že v rámci polohování je důležité založit polohovací protokol a zaznamenat polohování do ošetrovatelské dokumentace. Sestry S1, S6 a S7 uvedly, že v rámci prevence vzniku dekubitů zajišťují dostatečný příjem tekutin a potravy. S tím souhlasí Hlinková et al. (2019). Sestry S2, S3, S4, S7 a S11 odpověděly, že v rámci prevence vzniku dekubitů pacienty edukují o změně polohy, vstávání a o polohovacích pomůckách. S tím souhlasí Pokorná et al. (2019b), které uvádějí, že

v rámci prevence vzniku dekubitů je edukace pacientů o této problematice významným pozitivním faktorem. Sestry S5, S10 a S12 uvedly, že v rámci prevence vzniku dekubitů u vysoce rizikových pacientů nově používají silikonové krytí, nejčastěji Mepilex, na predilekční místa, zejména na oblast sacra a na paty. Dle Hahnela et al. (2019) je použití těchto silikonových krytí na oblast sacra či paty společně se standardní antidekubitní péčí účinnou prevencí vzniku dekubitů. Sestry S3, S4, S11 a S13 odpověděly, že v rámci zlepšování prevence vzniku dekubitů používají nové antidekubitní pomůcky, matrace a nové pomůcky k polohování. Tím se zabývá Qaseem et al. (2015), kteří uvádějí, že ACP (American College of Physicians) doporučuje používat statické pěnové matrace u pacientů s vysokým rizikem vzniku dekubitů, na druhou stranu ACP u těchto pacientů nedoporučuje používat vzduchové matrace.

Bartůněk et al. (2016) uvádějí, že každý vzniklý dekubit u hospitalizovaných pacientů se musí ošetřit, zaznamenat do dokumentace a evidovat jako nežádoucí událost. To potvrzuje většina dotazovaných sester. Bartůněk et al. (2016) dále uvádějí, že u vzniku dekubitů by měla proběhnout analýza prvotní příčiny vzniku dekubitu a provedení nápravně preventivních opatření. Většina sester odpověděla, že u pacienta se vzniklým dekubitem zvýší frekvenci polohování a dekubit pravidelně ošetřují a převazují. Vytejková et al. (2015) uvádějí, že základní ošetrovatelskou intervencí v péči o dekubity je eliminace tlaku v oblasti místa dekubitu. Mezi další nedílné součásti péče o pacienta s dekubitem patří ošetření defektu, celková podpora pacienta, vhodná výživa, hydratace, mírnění bolesti a spolupráce s pacientem a jeho rodinou.

## 6 Závěr

Předmětem výzkumné studie bylo popsat ošetrovatelské postupy zvyšující bezpečnost poskytované péče vycházející z resortních bezpečnostních cílů. Z výše uvedených výsledků vyplynulo, že při identifikaci pacientů se vyskytuje několik rizik. Většina sester identifikuje pacienta pomocí otevřené otázky na dva jedinečné identifikátory pacienta, jakými jsou jméno, příjmení a datum narození. Znepokojivým zjištěním je, že některé sestry neprovádí identifikaci pacienta při každém kontaktu s pacientem, ale pouze u některých výkonů, jakými jsou např. odběr biologického materiálu, podání medikace, překládání pacienta a invazivní výkony.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky řadí injekční roztoky chloridu draselného o koncentraci 7,45% a vyšší, neředěné hepariny, inzulíny a opiáty mezi léky s vyšší mírou rizika. Kladným zjištěním bylo, že většina sester zná léčiva s vyšší mírou rizika a skladují je dle stanovených postupů. Nicméně sestry neprovádí při přípravě těchto léků tzv. kontrolu čtyř očí, která je při podávání léků s vyšší mírou rizika doporučována (Rychlíčková et al., 2015). Závažným zjištěním také bylo, že značná část sester nezná rizikové skupiny léčiv tzv. S.O.S a LASA léky. Pozitivním zjištěním bylo, že sestry v rámci prevence záměny pacienta, strany či výkonu provádějí identifikaci pacienta, kontrolují dokumentaci, identifikační náramek pacienta a operační pole. Na odděleních mají zavedený verifikační protokol k prevenci záměny operované strany či končetiny. Znepokojujícím zjištěním bylo, že v některých případech kontrola operované končetiny či strany probíhá až na operačním sále často bez aktivní spoluúčasti pacienta.

Velice nás potěšilo zjištění, že sestry znají a vhodně používají preventivní opatření v oblasti prevence vzniku pádů a dekubitů. V oblasti prevence nozokomiálních nákaz výsledky výzkumné studie ukázaly, že sestry znají a správně provádí postup hygieny rukou. Na druhou stranu bylo zjištěno, že část sester nevhodně používá osobní ochranné pracovní pomůcky. Z výpovědí sester také vyplynulo, že se většina sester účastní školení v oblasti hygieny rukou, avšak toto školení neprobíhá jednotně, v některých případech dokonce chybí praktická část školení.

V rámci telefonické ordinace léčiv a hlášení kritických hodnot laboratoří byly výsledky výzkumného šetření znepokojivé. Odpovědi sester ukázaly, že sestry při telefonické komunikaci nepoužívají správný postup. Dle doporučeného postupu je vždy nutné



hlášené údaje od lékaře či laboranta do zdravotnické dokumentace zapsat a následně lékaři nebo laborantovi přečíst, nikoliv naopak, tedy hlášené informace do telefonu zopakovat a pak teprve do dokumentace zapsat. Tento postup, který sestry uváděly, je rizikový. V neposlední řadě bylo pozitivním zjištěním, že sestry při překladu pacienta postupují dle doporučených standardů. Sestry předávají směnu ústně společně s písemnou formou. Nicméně většina sester nepoužívá žádnou standardizovanou formou k předávání informací o pacientovi.

### ***6.1 Doporučení pro ošetrovatelskou praxi***

Na základě výsledků výzkumné studie doporučujeme tyto systémové změny v oblasti dodržování resortních bezpečnostních cílů:

- zahrnutí fotografie pacienta do zdravotnické dokumentace,
- realizace neohlášené interní kontroly zaměřené na oblast identifikace pacienta,
- zavedení kontroly čtyř očí při přípravě léků s vyšší mírou rizika,
- realizace pravidelného školení sester v problematice LASA a S.O.S léků,
- stanovení výkonů k používání osobních ochranných pracovních pomůcek na odděleních,
- zavedení jednotného a pravidelného školení v oblasti hygieny rukou s praktickou ukázkou s pomocí UV lampy,
- realizace školení sester o problematice bezpečnosti telefonické komunikace,
- používání standardizované techniky SBAR při předávání informací mezi směnami sester.

## 7 Seznam literárních zdrojů

1. ALVES, A., KISNA, Y., OLIVEIRA, C., TUANI, P., CHIAVONE, T., BARRETO, F., BARBOSA, L., SARAIVA, M., PARAGUAI, O., MARTINS, F., CRISTIANE, C., SANTOS, P., EUZÉBIA, V., 2018. Patient identification in the records of health professionals. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 79-86, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800012>.
2. AMBUTAS, S., 2017. Continuous Quality Improvement. Fall Reduction and Injury Prevention Toolkit: Implementation on Two Medical – Surgical Units. *MEDSURG Nursing*, 26(3), 175 – 197, ISSN 1092 – 0811.
3. BARTŮNĚK, P., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 752s. ISBN 978 – 80 – 247 – 4343 – 1.
4. BLACK, J., FAWCETT, D., SCOTT, S., 2014. Ten top tips: preventing pressure ulcers in the surgical patient. *Wounds International*, 5(4), 14-18, ISSN 2044 – 0057.
5. BÓRIKOVÁ, I., TOMAGOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., 2017. Rizikové faktory pádu u hospitalizovaných pacientů. *Praktický lékař*, 97(1), 26–30, ISSN 0032-6739.
6. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., MACHOVÁ, A., VOLENÍKOVÁ, K., 2014a. Předávání a překlad pacientů jako důležitý aspekt kultury bezpečí. In: *Cesta k modernímu ošetřovatelství: Sborník příspěvků z odborné konference*. České Budějovice: ZSF JU, s. 94-103. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc14077838>.
7. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., TÓTHOVÁ, V., SVOBODOVÁ, D., 2014b. Medikační pochybení z perspektivy managementu zdravotnického zařízení. *Onkologie*, 8(4), 178-181. ISSN 1802-4475.
8. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví*, 2009. [online]. MZČR. [cit. 2021-04-20]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/doporuceni-rady-eu-2/>
9. CSISKO, M., 2014. Prevence dekubitů v ošetrovatelské praxi. *Sestra*. 24(4), 30-31. ISSN 1210-0404.
10. DEMIREL, A., 2019. Improvement of hand hygiene compliance in a private hospital using the Plan-Do-Check-Act (PDCA) method. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(3), 721 – 725, doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.35.3.6>.

11. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., et al., 2018. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, 312s. ISBN 978-80-271-0717-9.
12. Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí, 2009 In: Úřední věstník Evropské Unie, částka 151, s. 1. ISSN 1725 – 5163.
13. DUŠOVÁ, B., et al., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada, 144s. ISBN 978 – 80 – 271 – 0837 – 4.
14. GAFFNEY, TA., HATCHER, BJ., MILLIGAN, R., 2016. Nurses' role in medical error recovery: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 906 – 917, doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13126>
15. GOES, M., FREITAS, M., SEVERO, I., ABREU, M., GOES, O., LUCENA, A., 2017. Falls In Surgical Patients: Subsidies For Safe Nursing Care. *Journal of Nursing UFPE*, 11(10), 4027–4035, doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.10712-95194-3-SM.1110sup201704>
16. GOLDBERG, J., 2017. Guideline Implementation: Hand Hygiene. *AORN Journal*, 105(2), 203 – 212, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.12.010>.
17. GRILLO, M., FIRTH, K., HATCHEL, K., 2019. Implementation of Purposeful Hourly Rounds in Addition to a Fall Bundle to Prevent Inpatient Falls on a Medical – Surgical Acute Hospital Unit. *MEDSURG Nursing*, 28(4), 243–261, ISSN 1092 – 0811.
18. GRISSINGER, M., 2019. Accidental IV infusion of Heparinized Irrigation in the Operating Room. *A Peer – Reviewed Journal for Managed Care and Formulary Management*, 44(7), 389–390, ISSN 1052-1372.
19. HAHNEL, E., EL GENEDY, M., TOMOVA-SIMITCHIEVA, T., HAUB, A., STROUX, A., LECHNER, A., RICHTER, C., AKDENIZ, M., BLUMEPEYTAVI, U., LÖBER, N., KOTTNER, J., 2019. The effectiveness of two silicone dressings for sacral and heel pressure ulcer prevention compared with no dressings in high-risk intensive care unit patients: a randomized controlled parallel-group trial. *British Journal of Dermatology*, 83(2):256-264. doi: <https://doi.org/10.1111/bjd.18621>.
20. HAJDUCHOVÁ, H., BRABCOVÁ, I., TÓTHOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S., 2017. Prevence pádů hospitalizovaných pacientů – intervenční programy. *Geriatric a gerontologie*, 6(3), 117–122, ISSN 1805–4684.

21. HEDLOVÁ, D., 2011. Jak správně provádět hygienu rukou? *Urologie pro praxi*, 12(3), 185 – 186. ISSN 1213-1768.
22. HLINKOVÁ, E., et al., 2019. *Management chronických ran*. Praha, Grada, 232s. ISBN 978-80-271-0620-2.
23. HOFFMANN, M., SENDLHOFER, G., PREGARTNER, G., GOMBOTZ, V., TAX, CH., ZIERLER, R., BRUNNER, G., 2019. Interventions to increase hand hygiene compliance in a tertiary university hospital over a period of 5 years: An iterative process of information, training and feedback. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5/6), 912–919, doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14703>.
24. HOROVÁ, J., ŠAFRÁNKOVÁ, Z., ŠTICH, L., 2017. Hygiena rukou jako prevence nozokomiálních nákaz. *Florence*, 13(4), 28-29. ISSN 1801-464X.
25. HRADECKÁ, L., 2011. *Předoperační bezpečnostní proces – úskali implementace*. [online]. Praha: Mladá fronta. [cit. 2020-11-06]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/predoperacni-bezpecnostni-proces-uskali-implementace-458209>
26. IHNÁT, P., 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada, 152s. ISBN 978 – 80 – 271 – 0334 – 8.
27. JANSEN, RCS., SILVA, KBA., MOURA, MES., 2020. Scale in pressure ulcer risk assessment. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(6), doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>
28. JINDRÁK, V., et al., 2014. *Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici*. Praha: Mladá fronta, 709s. ISBN 978 – 80 – 204 – 2815 – 8.
29. JOHNSON, C., 2018. Increasing Nurse-Driven Heparin Infusion Administration Safety: A Quality Improvement Initiative. *MEDSURG Nursing*, 27(4), 243-246, ISSN 1092-0811.
30. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetřovatelství v intenzivní péči 2*. Praha: Grada, 388s. ISBN 978 – 80 – 271 – 1550 – 1.
31. KELNAROVÁ J., MATĚJKOVÁ E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník, 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 144+4 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 5203 - 7.
32. KNOX, C., WEI, L., BRUSHWOOD, D., 2014. Potassium chloride for injection concentrate: Time for a risk evaluation and mitigation strategy. *American Journal of Health – System Pharmacy*, 71(3), 238–242, doi: <http://dx.doi.org/10.2146/ajhp130314>.

33. KOHOUTOVÁ, J., 2012. Trendy v hygieně rukou. *Medicina pro praxi*, 9(6-7), 308–310, ISSN 1214–8687.
34. KOHN, L. T. et al., 2000. *The err is human: Building a safer health system*. Washington D. C.: National Academy Press, ISBN-10: 0-309-06837-1.
35. KOLLER, M., 2014. *Bezpečné předání pacientů* [online]. Praha: MF Medical & Digital Media. [cit. 2020-10-20] Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/bezpecne-predani-pacienta-476501>
36. *Kontrolní seznam – bezpečí chirurgických výkonů*, 2009. [online]. MZČR. [cit. 2020-11-05]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/17487/Kontrolní\\_seznam\\_-\\_bezpečí\\_chirurgického\\_výkonu\[1\].pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/17487/Kontrolní_seznam_-_bezpečí_chirurgického_výkonu[1].pdf)
37. KRŠKA, Z., et al., 2011. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada, 264s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3815 – 4.
38. KUDLOVÁ, P., 2015. *Ošetrovatelské péče v diabetologii*. Praha: Grada, 208s. ISBN 978 – 80 – 247 – 5367 – 6.
39. KWOK, A., JUERGENS, P., MCLAWS, M., 2016. Automated hand hygiene auditing with and without an intervention. *American Journal of Infection Control*, 44(12), 1475–1480, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2016.08.014>.
40. LEMOS, C., CUNHA, S., CRISTINNE, K., 2017. The use of patient identification in a hospital unit. *Journal of Nursing UFPE*, 11(1), 130–139, doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-1101201716>.
41. LIBOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada, 168s. ISBN 978 – 80 – 271 – 2466 – 4.
42. MARTINEZ-GARDUNO, M., RODGERS, J., PHILLIPS, R., GUNARATNE, W., DRURY, P., MCINNES, E., 2019. The Surgical Patients Pressure Injury Incidence (SPPII) study: a cohort study of surgical patients and processes of care. *Wound Practise and Research*, 27(2), 120-128, doi: <http://dx.doi.org/10.33235/wpr.27.2.86-94>.
43. MARTOS-CABRERA, MB., MOTA-ROMERO, E., MARTOS-GARCÍA, R., GÓMEZ-URQUIZA, JL., SULEIMAN-MARTOS, N., ALBENDÍN-GARCÍA, L., CAÑADAS-DE LA FUENTE, GA., 2019. Hand Hygiene Teaching Strategies among Nursing Staff: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 3039, doi: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16173039>.

44. MARX, D., 2015. *Nesprávná identifikace pacientů* [online]. Praha: Media Network. [cit. 2020-10-20] Dostupné z: <https://www.zdravotnickýdeník.cz/2015/03/nespravna-identifikace-pacientu-2-dil-serialu-o-bezpeci-pacientu/>
45. MARX, D., 2016. *Bezpečná medikace I – rizikové léky* [online]. Praha: Media Network. [cit. 2020-11-02] Dostupné z: <https://www.zdravotnickýdeník.cz/2016/04/bezpecna-medikace-i-rizikove-leky-5-dil-serialu/>
46. MAXSON, P. M., DERBY K. M., WROBLESKI, D. M., FOSS, D. M., 2012. Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *MEDSURG Nursing*, 21(3), 140-145, ISSN 1092-0811.
47. MAZIERO, S., SILVA, A., MANTOVANI, M., CRUZ, E., 2015. Adherence to the use of the surgical checklist for patient safety. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 36(4), 14 – 20, doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>.
48. McNAMARA, S., 2011. Reducing fall risk for surgical patients. *AORN Journal*, 93(3), 390 –394, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2010.11.027>.
49. *Mepilex Border Sacrum*, 2021. [online]. ArgoMed. [cit. 2021-07-03]. Dostupné z: <https://www.argomed.cz/mepilex-border-sacrum-16-x-20-cm.html>
50. MIERTOVÁ M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi: u hospitalizovaných pacientů s neurologickým onemocněním*. Praha: Grada, 136 s. ISBN: 978-80-271-0850-3.
51. Mlýnková, J., 2017. *PEČOVATELSTVÍ 2. DÍL, učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 300s. ISBN 978-80-271-9914-3.
52. *Nakládání s koncentrovanými roztoky elektrolytů*, 2012. [online]. 3.LF UK Praha. [cit. 2020-11-03]. Dostupné z: <https://bezpecnostpersonalu.cz/wp-content/uploads/2015/08/Doporučení-201201.pdf>
53. *Patient Identification*, 2007. [online]. WHO. [cit. 2021-04-20] Dostupné z: <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf?ua=1>
54. PALESE, A., GONELLA, S., LANT, A., GUARNIER, A., BARELLI, P., ZAMBIASI, P., ALLEGRI, E., BAZOLI, L., CASSON, P., MARIN, M., PADOVAN, M., PICOOGNA, M., TADDIA, P., SALMASO, D., CHIARI, P., FRISON, T., MAROGNOLLI, O., CANZAN, F., AMBROSI, E., SAIANI,

- L., 2015. Post-hoc validation of the Conley Scale in predicting the risk of falling with older in-hospital medical patients: findings from a multicentre longitudinal study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28(1), 139 – 46, doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-015-0378-4>.
55. PHELAN, E., MAHONEY, J., VOIT, J., STEVENS, J., 2015. Assessment and Management of Fall Risk in Primary Care Settings. *Medical Clinics of North America*, 99(2), 281 – 293, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.004>.
56. PLEVOVÁ, I., et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 304s. ISBN 978 – 80 – 247 – 3871 - 0.
57. PLEVOVÁ, I., et al., 2019. *Ošetrovatelství II, 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 200s. ISBN 978 – 80 – 271 – 0889 – 3.
58. POKORNÁ, A et al., 2019a. *Centrální systém hlášení nežádoucích událostí – Metodika nežádoucí událost PÁD* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2020-12-20]. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke\\_dokumenty/Pad\\_metodika\\_plna\\_verze.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/Pad_metodika_plna_verze.pdf)
59. POKORNÁ, A. et al., 2019b. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada, 256s. ISBN 978-80-271-0720-9.
60. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha, Grada, 200s. ISBN 978-80-247-3371-5.
61. PRASAD, A., CIOS, T., STAUB – JUERGENS, W., 2020. Standardization Improves Postoperative Patient Handoff Experience for Junior Clinicians. *American Journal of Managed Care*, 26(6), 184-190, doi: <http://dx.doi.org/10.37765/ajmc.2020.43494>.
62. PYSYK, CH., 2018. A change to the surgical safety checklist to reduce patient identification errors. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 65(2), 219 – 229, doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-017-0997-7>.
63. QASEEM, A., MIR, TP., STARKEY, M., DENBERG, TD., 2015. Risk Assessment and Prevention of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 62(5), 359-69, doi: <http://dx.doi.org/10.7326/M14-1567>.
64. RAMEZANPOUR, E., ZEYDI, E., GORJI, H., CHARATI, Y., MOOSAZADEH, M., SHAFIPOUR, V., 2018. Incidence and risk factors of pressure ulcers among

- general surgery patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 5(5), 159–164, doi: [http://dx.doi.org/10.4103/JNMS.JNMS\\_23\\_17](http://dx.doi.org/10.4103/JNMS.JNMS_23_17).
65. RIPLINGER, L., PIERA – JIMÉNEZ, J., DOOLING, J., 2020. Patient Identification Techniques – Approaches, Implications, and Findings. *Yearb Med Inform*, 29(1), 81 – 86, doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1701984>.
66. *Resortní bezpečnostní cíle*, 2013. [online]. MZCR. [cit. 2020-10-05]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>
67. RODZIEWICZ, T., et al., 2021. *Medical Error Reduction and Prevention*. [online]. Treasure Island (FL), StatPearls [cit. 2021-07-08]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
68. RYCHLÍČKOVÁ, J., ŠLESINGEROVÁ, J., GREGOROVÁ, M., 2015. Bezpečnost koncentrovaných roztoků kalia. *Remedia*, 25(1), 43–45, ISSN: 0862-8947.
69. SAVE LIVES: Clean your hands, 2009. [online]. WHO. [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: <https://www.who.int/gpsc/5may/background/en/>
70. SHARPE, L., 2012, Improving safety of insulin administration: A pilot audit of hospital staff knowledge. *Journal of Diabetes nursing*, 16(1), 8–16, ISSN 1368-1109.
71. Směrnice WHO, Hygiena rukou ve zdravotnictví, 2011. [online]. MZČR. [cit. 2021-04-27]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/17480/Hygiena\\_rukou\\_ve\\_zdravotnictvi\\_První\\_gl\\_obální\\_výzva\[1\].pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/17480/Hygiena_rukou_ve_zdravotnictvi_První_gl_obální_výzva[1].pdf)
72. SNOPEK, P., 2017. Bezpečné předání - bezpečí pacienta. In: SNOPEK, P., POPOVIČOVÁ, M., CETLOVÁ, L., PLISKOVÁ, B., KŮŘIL, P. (eds). *Cesta k modernímu ošetrovatelství*, Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 120-125. ISBN 978-80-87347-37-9.
73. SPANO – SZEKELY. L., WINKLER, A., WATERS, C., DEALMEIDA, S., BRANDT, K., WILLIAMSON, M., BLUM, CH., GASPER, L., WRIGHT, F., 2019. Individualized Fall Prevention Program in an Acute Care Setting: An Evidence – Based Practice Improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(2), 127 – 132, doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000344>.
74. Spojená akreditační komise, Resortní bezpečnostní cíle jako součást Akreditačních standardů SAK pro nemocnice, 2013. [online]. SAKČR. [cit. 2021-08-05]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/page/wrote-about-us/1016>



75. STADLER, RN., TSCHUDIN – SUTTER, S., 2020. What is new with hand hygiene? *Current opinion in infectious diseases*, 33(4), 327 – 332, doi: <http://dx.doi.org/10.1097/QCO.0000000000000654>.
76. STREETER, A., HARRINGTON, N., 2017. Nurse Handoff Communication. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(5), 536 – 543, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2017.10.002>.
77. STREITOVÁ, D., et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči*. Praha: Grada, 164s. ISBN 978 – 80 – 247 – 5215 – 0.
78. ŠEDIVÁ, V., 2012. Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče. *Věstník MZ ČR*, 5, 15–21, ISSN 1211–0868.
79. ŠEDIVÝ, R., 2016. *Moderní technologie pro přesnou identifikaci ve zdravotnictví* [online]. Brno: IT systems. [cit. 2020-10-20] Dostupné z: <https://www.systemonline.cz/casopis-it-systems/hlavni-temata-a-zamereni-cisel.htm>.
80. ŠENKÁROVÁ, Z., 2012. Management pádů v ošetrovatelství. *Sestra*, 22(9), 36-37, ISSN 1210-0404.
81. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384s. ISBN 978-80-262-0644-6.
82. ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada, 288s. ISBN 978-80-271-0062-0.
83. VACOVÁ, J., BRABCOVÁ, I., 2016. Předoperační bezpečnostní procedura na operačním sále. *Urologie pro praxi*, 17(3), 139–142, ISSN 1801-464X.
84. VAN DER VEEN, W., TAXIS, K., VAN DEN BEMT, P., 2017. Safe medication administration in hospitals. *Ned Tijdschr Geneesk*, 161, 1778, PMID: 29171371.
85. Věstník MZČR č. 5/2012, metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče, 2012. [online]. MZČR. [cit. 2021-08-08]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/wepub/6452/36190/Vestnik%20MZ%2005-2012.pdf>.
86. Věstník MZČR č. 16/2015, minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, 2015. [online]. MZČR. [cit. 2021-04-20]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/24682/Vestnik%20MZ\\_16\\_2015.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/24682/Vestnik%20MZ_16_2015.pdf)
87. Věstník MZČR č. 2/2020, národní ošetrovatelský postup prevence pádů a postup při zranění způsobených pády, 2020. [online]. MZČR. [cit. 2021-06-20].

- Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18576/40360/NOP%20Prevence%20pádů%20a%20postup%20při%20zraněních%20způsobených%20pády.pdf>
88. VEVERKOVÁ, E., et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře I*. Praha: Grada, 216s. ISBN 978-80-271-2417-6.
  89. VINTR, J., 2011. Hygiena rukou – opatření v prevenci vzniku a šíření NN. *Sestra*, 21(4), 57–58, ISSN 1210 – 0404.
  90. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., 2011. Právní aspekty ordinace léků po telefonu. *Neurologie pro praxi*. 12(5), 363, ISSN 1803-5280.
  91. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2012 In: *Sbírka zákonů České republiky*, Částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244.
  92. Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, 2012 In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1737 – 1745. ISSN 1211-1244.
  93. Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, 2012 In: *Sbírka zákonů České republiky*, Částka 109, s. 3954 – 3984. ISSN 1211 – 1244.
  94. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011 In: *Sbírka zákonů České republiky*, Částka 20, s. 482-543. ISSN 1211 – 144.
  95. VYTEJČKOVÁ, R., et al. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha, Grada, 308s. ISBN 978-80-247-3421-7.
  96. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha, Grada, 232s. ISBN 978–80–247–3419–4.
  97. WICHISOVÁ, J., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 192s. ISBN 978-80-247-3754-6.
  98. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), 2007. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 115, s. 2562–77. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-378>

## **8 Seznam příloh**

Příloha 1	Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu
Příloha 2	Stupnice pádu dle Morse
Příloha 3	Postup pro dezinfekci rukou
Příloha 4	Pět základních situací pro hygienu rukou
Příloha 5	Silikonové krytí k prevenci dekubitů
Příloha 6	Otázky k rozhovoru se sestrami
Příloha 7	Algoritmus pro prevenci pádů

## 9 Seznam zkratek

ACP	American College of Physicians
ARIP	specializační vzdělání v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče
Bc.	bakalářský titul
CŽK	centrální žilní katétr
ČR	Česká republika
EKG	elektrokardiografie
EU	Evropská unie
KCL	chlorid draselný
LASA léky	Look – Alike, Sound – Alike medication / podobně vypadající, podobně znějící léky
Mgr.	magisterský titul
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NaCl	chlorid sodný
NIS	nemocniční informační systém
PICC katétr	periferně zavedený centrální katétr
PMK	permanentní močový katétr
PŽK	periferní žilní katétr
RBC	Resortní bezpečnostní cíl
SBAR	technika Situation – Background – Assessment – Recommendation
SŠ	střední škola s maturitou
STEADI	Stopping Elderly Accidents, Deaths, and Injuries
TK	krevní tlak
TT	tělesná teplota
USA	Spojené státy americké
VŠ	vysoká škola
WHO	World Health Organization

# Příloha 1 Kontrolní seznam – bezpečí chirurgického výkonu

Kontrolní seznam - bezpečí chirurgického výkonu		
World Health Organization		Patient Safety
<b>Před úvodem do anestézie</b>	<b>Před provedením incize</b>	<b>Před transportem z operačního sálu</b>
<small>(Účastní se: anesteziologická sestra a anesteziolog)</small>	<small>(Účastní se: peroperační sestra, anesteziolog a operáři)</small>	<small>(Účastní se: peroperační a anesteziologická sestra, anesteziolog a operáři)</small>
<p>Potvrdila pacient/ka svoji identitu, místo, výkon a souhlas s ním?</p> <input type="checkbox"/> Ano	<p>Všechni členové operačního týmu se představili [jménem a uvedli svoji úlohu].</p> <p>Byla ověřena identita pacienta(ky), operační výkon, a místo incize.</p> <p>Byla podána profylakticky antibiotika v průběhu posledních 60 minut?</p> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ	<p>Zdravotní sestra ústně potvrdí:</p> <input type="checkbox"/> Název výkonu <input type="checkbox"/> Spočítání nástrojů, tanponů, roušek a jehel
<p>Je místo výkonu označeno?</p> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ	<p>Očekávané kritické události</p> <p><b>Očekávy pro chirurgy:</b></p> <input type="checkbox"/> Jaké jsou kritická nebo nenutná kroky? <input type="checkbox"/> Jak dlouho výkon potrvá? <input type="checkbox"/> Jak velká ztráta krve se dá očekávat?	<p><input type="checkbox"/> Označení očekávaných vzorů (přičta hrubé šitky na rádkách se vzruhy včetně jména pacienta(ky))  <input type="checkbox"/> Zda během výkonu nastaly nějaké problémy s vybavením, které je nutné řešit</p>
<p>Byla ukončena kontrola medikace a anesteziologického přístroje?</p> <input type="checkbox"/> Ano	<p><b>Očekávy pro anesteziology:</b></p> <input type="checkbox"/> Existují nějaké obavy specifické pro tohoto pacienta(ka)?	<p><b>Chirurg, anesteziolog a sestry:</b></p> <input type="checkbox"/> Nejdůležitější problémy pacienta pro nejbližší pooperační období (recovery – dospívání) a zachování kontinuity péče
<p>Má pacient/ka aplikován pulsní oximetr, který funguje?</p> <input type="checkbox"/> Ano	<p><b>Očekávy pro peroperační sestry:</b></p> <input type="checkbox"/> Byla potvrzena sterilita (včetně výsledků indikátorů) <input type="checkbox"/> Jsou nějaké problémy s vybavením nebo existují nějaké obavy?	
<p>Má pacient/ka:</p> <p>Známost alergii?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	<p>Je nezbytná obrazová dokumentace zobrazena – dostupná?</p> <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Nehodí se pro tento případ	
<p>Ostříže a dýchacími cestami nebo rztíko aspirace?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, přičtené přístroje / sestavení jsou k dispozici		
<p>Riziko ztráty krve větší než 500ml (7ml/kg u dětí)?</p> <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano, a plánován každý dodatek krve (transfúze nebo omezené krevní		

Tento seznam není zamýšlen jako vyčerpávající. Velmi se doporučuje doplnit dodatky a modifikace, vhodné pro místní praxi.

Revize 1 / 2006 © WHO, 2009

Zdroj: Kontrolní seznam – bezpečí chirurgických výkonů, 2009.

## Příloha 2 – Stupnice pádu dle Morse

### Stupnice pádu Morse - česká verze (MFS-CZ)

	Položka			Skóre
1.	Pád v anamnéze	Ne Ano	0 25	
2.	Přidružená diagnóza	Ne Ano	0 15	
3.	Pomůcky k chůzi žádné/klid na lůžku/pomoc sestry berle/hůl/chodítka nábytek		0 15 30	
4.	Intravenózní terapie/zátka z fyziologického roztoku	Ne Ano	0 20	
5.	Chůze normální/klid na lůžku/vozik chabá narušená		0 10 20	
6.	Psychický stav orientovaný ve vlastních schopnostech přeceňuje se/zapomíná na svá omezení		0 15	


Celkové skóre
0 není riziko pádu
< 25 nízké riziko
25-45 střední riziko
> 45 vysoké riziko

Zdroj: MZČR – národní ošetřovatelský postup prevence pádů a postup při zranění způsobených pády, 2020.

## Příloha 3 Postup pro dezinfekci rukou

# Postup pro dezinfekci rukou

HYGIENY RUKOU DOSÁHNETE DEZINFEKČÍ! PŘI VIDITELNÉM ZNEČIŠTĚNÍ SI RUCI MYJTE.

 Doba trvání celé procedury: 20–30 vteřin



Do sevřené dlaně aplikujte dostatek přípravku na pokrytí celého povrchu rukou.



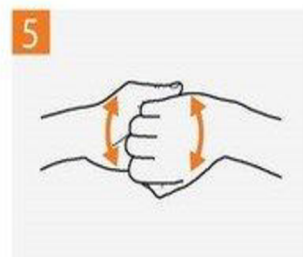
Třete ruce dlaní o dlaň.



Třete pravou dlaní o levý hřbet ruky se zaklesnutými prsty a naopak.



Třete dlaní o dlaň se zaklesnutými prsty.



Třete hřbety prstů o druhou dlaň se zaklesnutými prsty.



Krouživým pohybem třete levý palec v sevřené pravé dlaní a naopak.



Obousměrnými krouživými pohyby třete sevřenými prsty pravé ruky levou dlaň a naopak.



Po oschnutí jsou Vaše ruce dezinfikovány

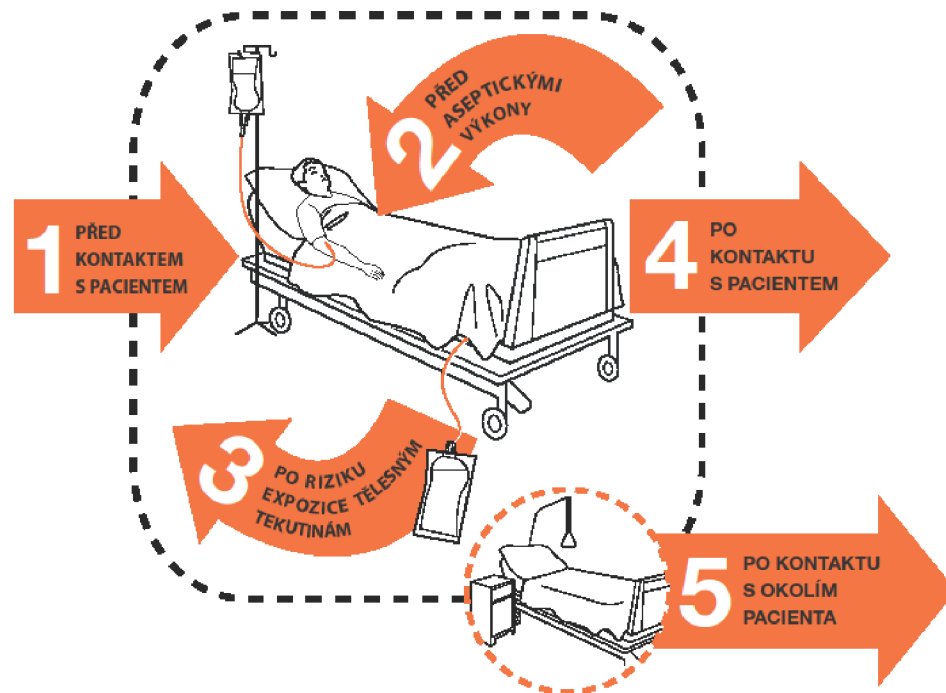


Vydáno 10. listopadu 2009 Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009  
© 2009 Ministerstvo zdravotnictví ČR  
Generální úřad pro veřejné zdraví, organizace veřejné zdravotní péče, Ministerstvo zdravotnictví ČR  
© Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2011

Květen 2009

Zdroj: Směrnice WHO, Hygiena rukou ve zdravotnictví, 2011.

# Pět základních situací pro hygienu rukou



<b>1</b> PŘED KONTAKTEM S PACIENTEM	<b>KDY?</b> Při kontaktu s pacientem si před přímým dotykem dezinfikujte ruce. <b>PROČ?</b> Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy přenášenými na Vašich rukou.
<b>2</b> PŘED ASEPTICKÝMI VÝKONY	<b>KDY?</b> Dezinfikujte si ruce bezprostředně před prováděním jakýchkoli aseptických výkonů. <b>PROČ?</b> Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy včetně jeho vlastních, které by mohly vniknout do jeho těla.
<b>3</b> PO RIZIKU EXPOZICE TĚLESNÝM TEKUTINÁM	<b>KDY?</b> Dezinfikujte si ruce bezprostředně po vystavení riziku styku s tělesnými tekutinami (a po sejmutí rukavic). <b>PROČ?</b> Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
<b>4</b> PO KONTAKTU S PACIENTEM	<b>KDY?</b> Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku pacienta nebo jeho bezprostředního okolí ve chvíli, kdy pacienta opouštíte. <b>PROČ?</b> Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
<b>5</b> PO KONTAKTU S OKOLÍM PACIENTA	<b>KDY?</b> Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku jakéhokoli předmětu nebo kusu nábytku v bezprostředním okolí pacienta ve chvíli, kdy ho opouštíte, a to i v případě, že nedošlo k dotyku pacienta. <b>PROČ?</b> Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Better Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Světová zdravotnická organizace podnikla veškerá přiměřená opatření k ověření informací obsažených v tomto dokumentu. Publikovaný materiál je presto distribuován bez jakékoli záruky přímo nebo nepřímo vyjádřené. Odpovědnost za interpretaci a využití materiálu je na jeho čtenáři. Světová zdravotnická organizace není za žádných okolností odpovědná za případné škody vyplývající z jeho použití. SZO děkuje Hôpital Universitaire de Genève (HUG), zejména členům programu na kontrolu infekcí, za jejich aktivní účast na vývoji tohoto materiálu.

Květen 2009

Zdroj: Směrnice WHO, Hygienu rukou ve zdravotnictví, 2011.



## **Příloha 5 – Silikonové krytí k prevenci dekubitů**



Zdroj: Mepilex Border Sacrum, ArgoMed, 2021. Dostupné z:  
<https://www.argomed.cz/mepilex-border-sacrum-16-x-20-cm.html>

## **Příloha 6 – Otázky k rozhovoru se sestrami**

1. Jaké je Vaše nevyšší dosavadní dosažené vzdělání?
2. Máte nějaké specializační vzdělání?
3. Kolik Vám je let?
4. Jaká je Vaše současná pracovní pozice?
5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
6. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

### **RBC 1: Bezpečná identifikace pacientů**

7. Jaké interní předpisy nemocnice upravují správný postup bezpečné identifikace pacientů?
8. Jakým způsobem provádíte identifikaci pacientů, pomocí jakých unikátních identifikátorů?
9. V jakých situacích, před jakými výkony provádíte identifikaci pacientů?

### **RBC 2: Bezpečnost při používání rizikových léčiv a léků**

10. Jaké interní předpisy upravují postupy při objednávání, skladování a podávání léků s vyšší mírou rizika?
11. Které léky patří mezi léky s vyšší mírou rizika?
12. Jakým způsobem postupujete při objednávání, skladování a podávání léků s vyšší mírou rizika?
13. Co znamená termín SOS léky?
14. Co znamená akronym LASA léky?
15. Jaké postupy máte na pracovišti zavedeny zabráňující nesprávnému podání léků s vyšší mírou rizika?

### **RBC 3: Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech**

16. Jaké interní předpisy upravují postupy zajišťující provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci?
17. Jakým způsobem na oddělení zajišťujete bezpečnost provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci?
18. Jakým způsobem provádíte předoperační bezpečnostní proceduru kontroly pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech?

19. Jak postupujete při označování místa operačního výkonu?

#### **RBC 4: Prevence pádů pacientů**

20. Jaké interní předpisy nemocnice upravují postupy prevence, sledování a vyhodnocování pádů pacientů?
21. Jakým způsobem provádíte zhodnocení rizika pádu u pacientů?
22. Jaké preventivní intervence minimalizující pravděpodobnost pádu stanovujete u pacientů v riziku pádu?
23. Jak postupujete při pádu pacienta?
24. Jakým způsobem sledujete a vyhodnocujete příčiny pádů pacientů?
25. Jaké jsou nejčastější příčiny pádů pacientů?
26. Jaká opatření (změny) minimalizující riziko pádu pacientů, jste v poslední době na Vašem oddělení realizovali?

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

27. Jaké interní předpisy upravují postupy prevence a kontroly infekcí v nemocnici?
28. Ve kterých situacích provádíte hygienu rukou?
29. Jak postupujete při hygieně (mytí a dezinfekce) rukou?
30. V jakých situacích používáte rukavice při poskytování zdravotní péče?
31. Jakým způsobem u Vás v nemocnici probíhá školení o postupech hygieny rukou?
32. V jakých situacích používáte osobní ochranné pracovní prostředky (ústenky, respirátory, ochranné pláště apod.)?
33. Jaká izolační opatření k prevenci přenosu infekčních agens u pacientů v riziku infekce nastavujete? Kdo a jakým způsobem hodnotí pacienty z pohledu rizika infekce a kdo rozhoduje o zahájení odpovídajícího izolačního režimu?
34. Jakým způsobem na Vašem pracovišti předcházíte infekcím v místě chirurgického výkonu? Jak tyto infekce monitorujete?
35. Jakým způsobem na Vašem pracovišti předcházíte katérovým infekcím krevního řečiště? Jak tyto infekce monitorujete?

#### **RBC 6: Bezpečná komunikace**

36. Jaké interní předpisy nemocnice určují postup při telefonické ordinaci léčiv lékařem?
37. Jaký je postup telefonické ordinace léku lékařem?

38. Jakým způsobem probíhá telefonické hlášení kritických výsledků z laboratoře?

### **RBC 7: Bezpečné předávání pacientů**

39. Jaké interní předpisy nemocnice stanovují postup při předávání pacienta mezi pracovišti?

40. Jakým způsobem postupujete při předávání směny?

41. Jak postupujete při překladau pacienta na jiné pracoviště?

42. Jakou dokumentaci předáváte společně s pacientem?

43. Jaké informace jsou v ošetrovatelské překládové zprávě zaznamenány?

### **RBC 8: Prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů**

44. Jaké interní předpisy nemocnice upravují postupy prevence, sledování a vyhodnocování dekubitů u pacientů?

45. Jakým způsobem provádíte hodnocení rizika vzniku dekubitů?

46. Jaká preventivní opatření provádíte u pacientů, u kterých je riziko vzniku dekubitů?

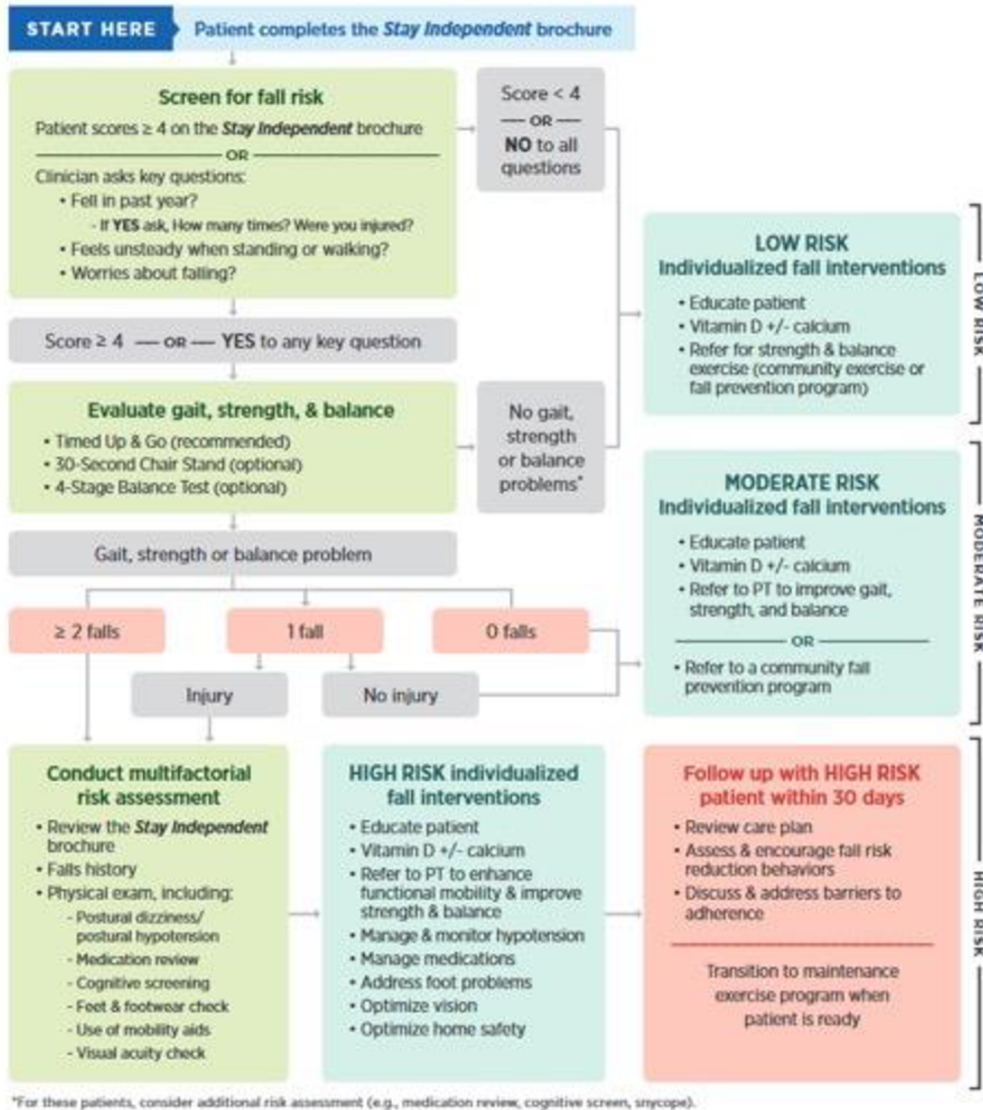
47. Jak postupujete při vzniku dekubitu u pacienta?

48. Jaká opatření (změny) minimalizující riziko vzniku dekubitů u pacientů, jste v poslední době na Vašem oddělení realizovali?

Zdroj: Vlastní

## Příloha 7 – Algoritmus pro prevenci pádů

### Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention



Centers for Disease Control and Prevention  
 National Center for Injury Prevention and Control

2017

**STEADI** Stopping Elderly Accidents, Deaths & Injuries

Zdroj: PHELAN, Y .E., et al., Medical Clinics of North America, 2015.