



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Prevence pochybení na operačním sále z pohledu anesteziologické sestry

Vypracovala: Lenka Frantová
Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Tato bakalářská práce byla vypracována na dnes velmi diskutované téma a tím je bezpečí pacienta. Práce má téma Prevence pochybení na operačním sále z pohledu anesteziologické sestry. Z dosavadních poznatků vyplývá, že pochybení na operačním sále je rozsáhlý problém, ve kterém jde o ohrožení zdraví pacienta, ale také i zdravotnického personálu. Teoretická část je věnována problematice pochybení, která nejčastější pochybení mohou nastat, která se nejčastěji vyskytují ze strany zdravotnického personálu na operačních sálech. Tato část je také věnována monitorování mimořádných událostí, zda je mimořádná událost výukovým prvkem pro prevenci pochybení. Zabývá se také tím, jaké jsou zdroje chyb.

Praktická část je zpracována metodou kvalitativního výzkumu, prováděného na oddělení ARO. Rozhovory jsou zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír. V rozhovorech respondentky odpovídaly na otázky týkající se přímo jejich práce na operačním sále. Rozhovory jsou zaměřeny na možná rizika, kterým je pacient vystaven již od předávání na operační sál až po samotný konec operačního výkonu. V rozhovorech respondentky uvádějí i možnosti prevence pochybení na operačním sále. Cílem bylo zjistit, jaká jsou nejčastější pochybení za strany anesteziologické sestry, jak sestry předcházejí pochybením a jak samotné pochybení vnímají. Výsledky by měli poukázat na jisté mezery v preventivních opatřeních na operačních sálech.

Klíčová slova: Anesteziologická sestra, operační sál, pacient, pochybení, prevence

Abstrakt

This thesis deals with often discussed issue and that is patient's safety. The topic of the thesis is Error prevention in an operating theater from the nurse anesthetist's perspective. The current findings show that errors in the operating theater are a big problem in which the patient's but also the medical staff's health is threatened. The theoretical part is devoted to the issue of misconducts, the most common mistakes that can occur, which mostly occur by the medical staff in the operating theater. This part is also devoted to the monitoring of emergencies, whether an extraordinary event is an educational element to prevent misconducts. It also looks at the sources of errors.

The practical part is processed by a qualitative research made in the ARO department. The interviews are processed by open coding technique, using pencil and paper. In the interviews, the respondents answered questions directly about their work in the operating theater. The interviews are focused on possible risks which a patient may be exposed to from the transfer to the operating theater until the end of the surgery. The respondents also mention error prevention possibilities in the operating theater. The aim of the thesis was to find out which are the most common mistakes made by nurse anesthetists; how the nurses prevent errors and how they perceive misconduct by themselves. The results should show some gaps in preventive measures in the operating theaters.

Key words: Anaesthesia nurse, operating room, patient, mistake, prevention

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 5. 5. 2015

.....

Lenka Frantová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce Mgr. Františkovi Dolákovi, Ph.D. za vstřícnou pomoc a odborné připomínky při psaní bakalářské práce. Poděkování patří také kolegyním z anesteziologicko-resuscitačního oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. za poskytnutí rozhovorů. Děkuji také rodině za trpělivost a podporu.

Obsah

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 POCHYBENÍ	8
1.1.1 Mimořádná událost	9
1.1.2 Legislativa	11
1.1.3 Prevence pochybení	14
1.2 MOŽNOSTI POCHYBENÍ	17
1.2.1 Operační sál a preventivní hygienická opatření	18
1.2.2 Příjezd pacienta na operační sál	19
1.2.3 Kontrola funkčnosti a přítomnosti techniky	20
1.2.4 Zajištění a kontrola invazivních vstupů	22
1.2.5 Medikační pochybení	24
1.2.6 Ochrana očí při celkové anestezii	26
1.3 KOMPETENCE SESTER PRO INTENZIVNÍ PÉČI	26
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
2.1 CÍLE PRÁCE	28
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
3. METODIKA PRÁCE	29
3.1 POUŽITÉ METODY	29
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	29
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	31
4.1 KATEGORIZACE A ANALÝZA VÝSLEDKŮ Z ROZHovorŮ	31
4.1.1 Kategorie – Přebírání pacienta	31
4.1.2 Kategorie – Důvod nepřítomnosti sestry při přebírání pacienta	32
4.1.3 Kategorie – Péče o pacienta na předsáli	33
4.1.4 Kategorie – Nejčastější pochybení na operačním sále	34
4.1.5 Kategorie – Subjektivní vnímání pochybení	35
4.1.6 Kategorie – Prevence pochybení	36
4.1.7 Kategorie – Faktory poškozující pacienta	37
4.1.8 Kategorie - Práce nad rámec kompetencí sester	38
4.1.9 Kategorie – Obavy na operačním sále	39
4.1.10 Kategorie – Osobní zkušenosti s pochybením	39
5. DISKUZE	41
6. ZÁVĚR	49
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	50
8. SEZNAM PŘÍLOH	55

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

JIP – Jednotka intenzivní péče

SAK – Spojená akreditační komise ČR

JCI – Spojená mezinárodní komise

PET- Polyethylentereftalát

ARO – Anesteziologicko resuscitační oddělení

WHO – Světová zdravotnická organizace

ARIP – Anesteziologie resuscitace a intenzivní péče

JCAHO - Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení

OCHRIP – Oddělení chronické resuscitační péče

ČSARIM - Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou prevence pochybení na operačních sálech, která se stává stále aktuálnější. Ve zdravotnictví je stále více konfliktů z různých příčin. Patří sem nedostatky dodržování zásad bezpečného předávání pacientů, nepřesné záznamy nebo jejich nečitelnost, provádění výkonů nad rámec kvalifikace, technické chyby i nedostatky ošetřování pacientů během operačních výkonů. Při řešení problému již mnohdy asistují právníci.

Bakalářská práce se zabývá prevencí pochybení z pohledu anesteziologické sestry. Náplň práce anesteziologické sestry je zcela odlišná od práce sester na lůžkovém oddělení. Anesteziologická sestra zajišťuje spolu s anesteziologem péči o pacienta během operačního výkonu. Anesteziologická sestra podává informace z pohledu anestezie a patří do vzdělávání sester v intenzivní péči.

Specifická je pro anesteziologické sestry komunikace, vyzývá pacienty k úkonům, které jsou v mnoha ohledech nepříjemné, např. odhalit část těla před celým operačním týmem, provádět i bolestivé úkony. Anesteziologické sestry musí během velmi krátké doby navázat s pacientem vztah a to takový, který vzbuzuje v pacientovi pocit bezpečí v mnohdy náročné životní situaci. I komunikace s pacientem bezprostředně před operačním výkonem umožňuje získat různá preventivní opatření. Velmi důležitou úlohu hraje v prevenci pochybení i mezioborová spolupráce perioperační a anesteziologické sestry během celého operačního dne, jelikož sestry nepatří pod jedno oddělení. Tím více se mohou objevovat chyby, spory. Bohužel spolupráce není vždy běžnou praxí.

Výsledky bakalářské práce by měli poukázat na chyby, mezery v prevenci pochybení a mohly by ovlivnit kvalitu pobytu pacienta na operačním sále.

Bakalářská práce se soustředí na prevenci pochybení, která úzce souvisí s jednáním pacienta a s dodržováním léčebného režimu.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Pochybení

Definice pochybení neexistuje, ale obecně se uvádí, že jde situaci, při které došlo k poškození zdraví pacienta v souvislosti s poskytnutím zdravotní péče, k selhání techniky pro diagnostickou a léčebnou péči, k ohrožení provozu zdravotnického zařízení, k poškození nebo ztrátě majetku pacienta, ale i k poškození zdraví zaměstnance (Larsen, 2004).

Jedná se o neúmyslné poškození pacienta. Existuje mnoho pohledů na klasifikaci pochybení a lze je rozdělit do tří základních skupin.

První skupinou, je téměř pochybení – jedná se o pochybení, kterému bylo zabráněno v posledním okamžiku. Zabráněno mohlo být vědomě či nevědomě na poslední chvíli. Druhou skupinu je nežádoucí událost bez následků – jsou to události, ke kterým skutečně došlo, ale nedošlo při nich k žádnému poškození zdraví pacienta nebo majetku zdravotnického zařízení. Může se jednat o nějakou proceduru, ordinaci, která nebyla provedena podle plánu, pravidel nebo standardních postupů. Do třetí skupiny patří nežádoucí událost s následky, při které došlo k poškození zdraví pacienta nebo majetku zdravotnického zařízení (Škrla, 2005).

Zavádění bezpečnostní kultury ve zdravotnických zařízeních není snadné. Je to běh na dlouhou trať. Dnes nikdo nedovede odpovědět na otázku, jak dlouho běh potrvá, odpověď je jasná: “Čím dříve se na trať vydáme, tím lépe pro naše pacienty“. Jedním z nejzávažnějších a nejčastějších rizik v klinické oblasti je riziko pochybení a omylů. Toto je vážný problém, protože v něm ztrácíme důvěru pacientů a veřejnosti ke zdravotnickému zařízení. Ve zdravotnických zařízeních je většina procesů realizována lidmi a s velkým počtem zaměstnanců je i větší potenciál k pochybení (Škrla, Škrlová, 2008).

Světová zdravotnická organizace (WHO) se snaží ve svém programu Surgical Safety Checklist (Chirurgický bezpečnostní list) omezit pochybení na operačních sálech a to tak, že na ně v pravou chvíli upozorní operační tým. Byl vytvořen jednoduchý

postup, který upozorní celý operační tým, na co je třeba zaměřit pozornost. Skládá se ze tří kroků, které jsou aplikovány při třech kritických momentech v průběhu operačního výkonu: před podáním anestezie, před kožním řezem, před ukončením operačního výkonu. Celá procedura netrvá déle, než dvě minuty a prověří nejdůležitější rizika, která s sebou přináší operační výkon. Před podáním anestezie se kontroluje identita pacienta, operační výkon a typ operačního výkonu, souhlas pacienta s výkonem, funkčnost anesteziologického přístroje, alergie, překážky v dýchacích cestách a objednávka krve k operačnímu výkonu. Před kožním řezem si celý operační tým ústně potvrdí identitu pacienta, místo a typ operačního výkonu. Operatér sděluje operačnímu týmu předpokládanou délku výkonu a předpokládanou ztrátu krve. Je potvrzeno podání ATB. Před ukončením operačního výkonu si znovu operační skupina potvrdí název výkonu, souhlas materiálu a jiných potřeb, označení odebraných vzorků a potíže s vybavením sálu a pooperační ordinace. Výhodou navrhované procedury je i to, že nevyžaduje zdlouhavé záznamy v dokumentaci, ale doporučuje se pouze zaškrtnout její provedení v předem připraveném dokumentu. Tímto dokumentem se má zabránit nejruznějším pochybením vyplývajícím ze špatné komunikace mezi celým operačním týmem (Špičáková, 2008).

1.1.1 Mimořádná událost

Je událost, během které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo procedury. Nebo ošetrovatelská péče nebyla provedena podle ošetrovatelských standardů. Následkem odchylky může být, poškození zdraví pacienta. Mimořádné události se rozdělují do dvou základních kategorií. Za první je to mimořádná událost, která neohrožuje život pacienta a neslučuje se s praxí a předpisy zdravotnického zařízení. Incident může být v tomto případě zapříčiněn nehodou nebo samotným pacientem. Patří sem nedodržování směrnic a předpisů zdravotnického zařízení. Za druhé je to mimořádná událost, která ohrožuje život pacienta a má za následek vážnou újmu na zdraví nebo dokonce smrt. Tento druh mimořádných událostí často končí soudním řízením nebo i kriminálním vyšetřováním. Mimořádné události nejčastěji zahrnují

medikační chyby, pády, poranění způsobená požárem, selhání přístrojové techniky, nebezpečné chování zaměstnanců i pacientů, ztrátu nemocničního majetku a ostatní. Ve zdravotnictví představuje hlášení mimořádných událostí důležitý výukový prvek, který slouží k nápravným opatřením (Škrla, 2005).

Monitorování mimořádných událostí pomáhá identifikovat opakující se problémy a včasné předání události pomáhá rychle vyhodnotit situaci. Většina zdravotnických zařízení sledují některé typy mimořádných událostí, ale praxe ukazuje negativní postoj zdravotníků ke hlášení pochybení a téměř pochybení. Největším problémem je strach, obava z postihu. Ve zdravotnických zařízeních v zahraničí se považuje za efektivní verbální hlášení incidentů během sesterských porad. V ekonomicky vyspělých zemích se hlášení mimořádných událostí podporuje i odměňuje. Cílem není hledání viníka, ale náprava procesu a systémů. Způsob klasifikace mimořádných událostí není v ČR standardizován. Každé zdravotnické zařízení má tak možnost vytvořit si vlastní systém, který nabízí SAK, JCAHO nebo JCI a musí jej zakotvit do závazné vnitřní směrnice. Sestry manažerky mají velmi důležitou roli na oddělení, sestry nesou odpovědnost za bezpečnou a ošetrovatelskou péči (Škrla, Škrlová, 2008).

Většina zdravotnických zařízení má zájem o správné definování nežádoucích událostí, vytvoření protokolů k jejich prevenci. Zdravotnické zařízení musí zavést systém hlášení, který bude dostupný všem zdravotníkům, aby kdokoli mohl podat informaci o výskytu rizika poškození pacienta. Zdravotnické zařízení musí zajistit, aby tento systém zaručoval ochranu osoby, která nežádoucí událost hlásí před postihem. Nemocnice by měla být schopna ukázat, jakým způsobem pozitivně motivuje pracovníky, aby zajistila co největší míru hlášených nežádoucích událostí, a umět na příkladech vysvětlit jakým způsobem využívá zpětné vazby k zajištění bezpečí poskytovaných služeb (Plevová et al., 2012).

Mimořádná událost má být hlášena pracovníkem, který událost zjistí, hlášení se neomezuje jen na sestry, ale měli by ho provádět také pracovníci dodavatelských institucí, kteří zajišťují pro poskytovatele zdravotních služeb některé ze služeb. Na nahlášení události navazuje proces zpracování. V případě závažných mimořádných událostí je analýza události zahájena do 3 pracovních dnů od nahlášení. V případě

ostatních analyzovaných událostí je analýza zahájena do deseti pracovních dnů od nahlášení. Návrh preventivních opatření je předložen ke schválení odpovídajícímu orgánu poskytovatele zdravotních služeb. Orgán se skládá z předsedy, primářů jednotlivých oddělení, ekonoma, manažera rizika, hlavní sestry a z člena s právním povědomím. Návrh preventivních opatření je předložen managementu zdravotnického zařízení, který odsouhlasí či zamítne jeho realizaci. Zdravotnické zařízení musí zajistit informování všech svých pracovníků o mimořádné události, její příčině a přijatých preventivních opatřeních. Zdravotnické zařízení určí postup pro informování pacienta a jeho blízkých o mimořádné události a o postupu zpracování události. Postup se řídí principem otevřenosti, který podporuje sdílení informací s pacientem. Nezbytné je se omluvit za vzniklou situaci a to i v případě, že ještě jisté, zda chyba vznikla v důsledku pochybení (Česko, 2012).

1.1.2 Legislativa

Škodu, která se způsobí pacientovi na jeho zdraví, je zodpovědný poskytovatel služeb. Pokud poskytovateli zdravotních služeb vznikla škoda, že byl nucen pacientovi zaplatit za poškozené zdraví, zaměstnavatel si tento nárok může přenést na své zaměstnance, tedy i na sestru. Aby poskytovatel zdravotních služeb mohl požadovat náhradu škody na sestře, musí prokázat její zavinění. Míra zavinění se určuje podle toho, zda bylo nedbalostní nebo úmyslné. Zavinění musí být prokázáno, jinak poskytovatel zdravotnických služeb nemůže vůči sestře uplatňovat nárok z odpovědnosti za škodu. Výše náhrady škody, kterou způsobil zaměstnanec z nedbalosti, nesmí přesahovat částku čtyřapůlnásobku jeho průměrného měsíčního výdělku. Toto ale neplatí v případě, že byla škoda způsobena úmyslně, v opilosti nebo při zneužití jiných návykových látek. Pokud ale odpovídá za způsobenou škodu více zaměstnanců, hradí každý z nich poměrnou část škody. Pokud je shledáno zavinění jak na straně pacienta z důvodu nedodržování léčebného režimu tak na straně sestry, bylo by možné, že za poškození zdraví pacienta bude pacient se sestrou spoluzodpovídat. Pokud je skutečně prokázána škoda způsobená na zdraví pacienta v souvislosti

s poskytováním zdravotních služeb tak by měla být pacientovi hrazena především z pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb. Každý poskytovatel zdravotních služeb je ze zákona povinen tuto pojistnou smlouvu uzavřít (Sovová, 2011).

Právo definuje odpovědnost za protiprávní jednání. Do práv sestry, zasahuje pacient, zaměstnavatel nebo spolupracovníci. Pokud někdo do práv sester zasahuje, pak si sestry musí svá práva hájit samy. Sestry dělají chyby, které velmi ztěžují práci advokáta a mohou negativně ovlivňovat výsledky obhajoby. Nejčastější chybou, které se sestry dopouštějí, je že si neuvědomují dosah činu a věc bagatelizují. Mezi další chyby patří svalování viny na jiné. Je to snaha přenést vinu z nadřízených na podřízené a naopak. Další chybou je zdůrazňování zásluh a kvalifikace, emoční a neracionální jednání, špatně vedená dokumentace a v ní chybějící časové údaje. Závažnou chybou je informovat o události jako první policii a poté právníka a podávat informace v rozporu se skutečností, která je popsána ve zdravotnické dokumentaci. Za škodlivý následek, který způsobila sestra, můžeme považovat reakci po chybně podaném léku, poranění kůže při paravenózním podání léku, poškození osobních věcí pacienta a ztráta osobních věcí, které sestra převzala. Protiprávního jednání se sestry dopouštějí i tím, když ústně nebo písemně sdělí chráněné skutečnosti a zpřístupní zdravotnickou dokumentaci pacienta nepřislušným osobám. Neznalost není polehčující okolnost a je klasifikována jako nedbalost (Vondráček, Vondráček, 2006).

Výtkou od soudních znalců, která se týká sesterské dokumentace, je nečitelnost záznamů. Záznamy svědčí o kvalitách toho, kdo je provedl. V dokumentaci je většinou pozornost věnována subjektivním potížím, než objektivním. Sestry musí údaje do dokumentace zaznamenávat tak, aby byly srozumitelné a neměly několikerý výklad. Musí být zaznamenávány tak, jak se postupovalo v ošetrovatelské péči. To platí hlavně při poskytování urgentní péče nebo při náhlém zhoršení zdravotního stavu. V dokumentaci nesmí být neschválené zkratky, nesprávná terminologie, slangové výrazy, vulgarizmy, subjektivní pocity sester a v ČR nesmí být jiný záznam, než v češtině. V dnešním moderním zdravotnictví si jednotlivá pracoviště nechávají vyrábět razítka podle svého návrhu a potřeby. Razítka může navrhnout i sestra. Musí je však schválit primář oddělení, vrchní nebo hlavní sestra (Vondráček, Wirthová 2008).

Několik rad pro případ výpovědi před soudem: neposkytovat informace, o které nejsme požádáni, pokud nerozumím otázce, musím požádat o její vysvětlení, nevádět dohady, domněnky v případě, že neznám odpověď. Zůstat klidná, pokud potřebuji čas na zklidnění, požádat o krátkou přestávku, nespěchat s odpovědí a odpovídat jasně, zřetelně (Škrla, Škrlová, 2008).

Jakákoli škoda, která vznikne při poskytování ošetrovatelské péče, je laickou, ale i odbornou zdravotnickou veřejností vnímána velmi negativně a s požadavkem na potrestání toho kdo škodu způsobil. Právní předpis stanovuje, že každý odpovídá za škodu, kterou způsobil svým protiprávním jednáním. Za protiprávní postup při poskytování ošetrovatelské péče je považován postup non lege artis, postup v rozporu se standardy, postup v rozporu se správně indikovanou a řádně ordinovanou ordinací. Proto dotazy poškozeného vždy vedou k otázkám, jak bude škoda sanována a jak bude pachatel potrestán (Vondráček, Vondráček, 2006).

Právní předpis stanovuje zdravotnickým zařízením poskytujícím zdravotní péči povinnost uzavřít komerční pojištění na škodu, která je způsobena výkonem činnosti, ze kterého je hrazeno odškodnění, pokud ke škodě skutečně došlo. Proto je vhodné, aby se i sestry pojistily na škodu způsobenou výkonem činnosti, protože zaměstnavatelem požadovaná částka je pak z tohoto pojištění hrazena. Určitou část pacientů tvoří pacienti, kteří požili menší či větší množství alkoholu a podle toho se chovají a jednají. U těchto pacientů dochází k problémům, diagnostickým i léčebným a to pak vede k podání stížnosti na zdravotníky pro léčebné pochybení. Pacienti pod vlivem alkoholu uvádějí zkreslené informace o množství požitého alkoholu o mechanismu úrazu a omezují možnosti ošetření. Jestliže pacient, který požil alkoholické nápoje, odmítá ošetření, je třeba o tom učinit záznam, který musí být podepsaný i sestrou. Musíme však pamatovat na to, že pacient, který jeví známky vyššího stupně opilosti má snížené rozlišovací a rozhodovací schopnosti, je tedy dočasně neschopný k právním úkonům. A pokud by podepsal negativní revers, je tudíž neplatný. Praxe ukazuje, že nákup přístrojů na stanovení alkoholu v dechu jsou účelně vynaložené prostředky, které chrání zdravotníky i zdravotnická zařízení od eventuálních plateb odškodného (Vondráček, Vondráček, 2008).

1.1.3 Prevence pochybení

Prevence pochybení vyžaduje více praxe, než teorie. Mezi úspěšné zvládnutí prevence pochybení patří důkladná analýza pochybení, kde se hledají skutečné příčiny problému. První verze incidentu nás svádí k závěrům jako: „nechápu, na co myslel,“ „to by se nikomu z nás nemohlo stát“, „to by neudělal ani medik“. Tyto pohledy mají většinou špatné následky, navrhuji se řešení, která jsou horší než lepší a vytvářejí se opatření, která péči spíše komplikují. Tímto úsilím zlepšit ošetrovatelskou péči, většinou končí novými požadavky, novou měřnicí a složitými protokoly. Našimi partnery v prevenci pochybení se mohou stát i pacienti. Do zdravotnických zařízení se poslední dobou vneslo hodně preventivních opatření, která se dotýkají pacientů. Mezi nejdůležitější patří zlepšení identifikace pacientů, zlepšení písemné komunikace, odstranění rizikových léčiv ze zásobních lékáren na oddělení, zabránilo se volnému průtoku léků používáním infuzních pump, zapojil se pacient do označení místa chirurgického zákroku a snažíme se omezit rizika nozokomiálních infekcí. Sestry hrají jednu z nejdůležitějších rolí v prevenci pochybení v poskytování péče. Potřebují se stále seznamovat s okolnostmi, za kterých k pochybení nejčastěji dochází. Prevence pochybení je možná pouze tehdy, když bude ochotě sdílena a řešení bude nabídnuto všem ostatním sestřím v zájmu prevence. Zajišťování bezpečí je osobní odpovědností každé sestry. České sestry mají v prevenci pochybení, ještě mnoho práce. Odborná literatura popisuje řadu podpůrných faktorů pochybení. Mezi nejdůležitější podpůrné faktory pochybení patří únava a vědci považují narušení nočního odpočinku za jednu z hlavních příčin vyčerpání a únavy. Sestry potřebují ke své práci vysoký stupeň soustředění. Řadu vědců zajímá vliv zdřímnutí sestry během noční směny. Pracovní výkon zaměstnanců, kteří využili této příležitosti, se zvýšil. Je třeba brát v úvahu, že po probuzení se někteří cítí zmatení a tento stav může trvat až 30 minut. Únavě sester se vlivem nočních služeb nepodaří zabránit a tím i chybám, kterých se dopouštějí (Škrála, 2005).

Chceme-li, aby někdo něco dělal dobře, je dobré, když se zajímáme i o to jak mu je. Má-li zdravotní sestra dobře pracovat a má-li pečovat o pacienta a být jim i oporou,

je zapotřebí, aby byla i ona sama v dobrém stavu. Na práci zdravotní sestry má mimořádný vliv péče o sebe. Je-li zdravotní sestra v dobré psychické pohodě, může ve svém povolání podávat dobrý výkon. Měla by mít dostatek síly a energie k výkonům, které ji čekají v pracovním procesu. (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Pro ošetrovatelskou péči je nezbytná týmová práce. Pro efektivní práci v týmu je nezbytná důvěra. Od jednotlivců se vyžaduje pochopení možností kolegů, přiznání vlastních chyb, otevřený způsob komunikace. Pro efektivnost spolupráce se musí zamezit negativním vlivům, stanovit jasná pravidla, která budou respektována. Mezi základní aspekty vyhodnocování zdravotní péče patří kvalita péče. Mezi základní prvky kvality patří stanovení kvalitativních požadavků, vytvoření programu sledování kvality, vytváření zodpovědného postoje, a vybudování informačního systému pro předávání informací o kvalitě pracovníkům, kteří v případě nedodržení standardů mohou řešit nápravná opatření. Zdravotnická zařízení mohou zvyšovat kvalitu péče získáním akreditace, akreditace je dobrovolná a zdravotnické zařízení se svým vstupem zavazuje ke zvyšování kvality, měřením kvality péče prostřednictvím spokojenosti pacientů, sledováním nežádoucích událostí a opatření k prevenci nežádoucích událostí, zavedením standardů poskytované péče. V zařízení, které usiluje o kvalitnější služby, probíhá sběr dat a analýza objektivních dat. Je na rozhodnutí pracovníků, které oblasti se rozhodnou sledovat pomocí objektivních dat. Aby se sledování objektivních dat stalo účinným nástrojem zvyšování kvality, musí být získané informace využity pro další zlepšování (Plevová et al., 2012).

Existují skupiny pacientů, kteří jsou více ohroženi pochybením. Pro tyto skupiny pacientů mají pochybení zdravotníků devastující dopad. Sestry musí pochopit potřeby a rizika u těchto pacientů a jednat při poskytování ošetrovatelské péče se zvýšenou opatrností.

Mezi rizikové skupiny pacientů patří:

Starší pacienti, je třeba si uvědomit, že mohou mít poruchy zraku, sluchu, mohou být zmatení, jsou úzkostliví. Toto vše zvyšuje potenciál pro pochybení. Novorozenci a děti, čím mladší pacient, tím větší jsou následky pochybení. Pacienti s nedokonalou jazykovou znalostí, přibývá jich a je vhodné použití jednoduchých slov, obrázků,

diagramů. Pacienti s delší dobou hospitalizace, mají větší riziko, zvyšující se každý den o 6%. Skupina ohrožených pacientů, kteří jsou limitováni vzděláním, opožděným vývojem. Zde je nutné používat ověřené výukové pomůcky. Z prevence možných pochybení je důležitý „informovaný souhlas“ pacienta. Často objasní okolnosti, které by mohly ohrozit zdraví pacienta. „Informovaný souhlas“ by měl mít jednoduchou stavbu věty a slovník na úrovni žáka osmé třídy. Sestry musí dbát na to, aby v žádné dokumentaci požadovaný formulář nechyběl. V žádném případě tento souhlas při chybném provedení zákroku, nezbavuje poskytovatele služeb odpovědnosti (Škrla, 2005).

Je velmi nutné, aby vedoucí pracovník ve zdravotnictví se velmi dobře orientoval v oblasti efektivní komunikace, jelikož jedině tak může být nápomocný svým podřízeným. Míra tolerance manažera, musí mít jasně definované hranice (Hekelová, 2012).

Standardy, doporučení a návody jsou jen orientační pomocné nástroje, a můžeme se od nich, ve zdůvodněných situacích odchýlit. Nejsou to trvalé směrnice. Vlivem nových poznatků a technického vývoje podléhají obměnám. Musí být pravidelně kontrolovány a aktualizovány (Kareš et al., 2006).

Objektivně vyhodnotit skutečný stav věci může audit. Audit znamená důkladné vyhodnocení nebo průzkum, které je nedílnou součástí i zdravotnických zařízení. Analyzuje úspěch oddělení, sester, programu tím, že se porovnávají data, odkrývají se problémové oblasti, poukazuje se na úspěchy, které mohou pomoci ostatním. Audity se netýkají pouze sester, ale všech pracovníků zdravotnického zařízení. Také se týkají kvality práce na operačním sále. Audity dělíme na interní, které jsou prováděny kolegy v rámci oddělení a externí, které provádí různé kontrolní orgány. Dnešní doba má vysoké požadavky na kvalitu tak lze očekávat externí audity častěji. Zřejmě první sestrou, která vyjádřila smysl ošetrovatelského auditu, byla Florence Nightingaleová (Škrla, Škrlová, 2008).

1.2 Možnosti pochybení

Zdravotnická zařízení nejčastěji sledují pády a zranění pacientů při hospitalizaci, šetření dekubitů na národní úrovni, flebitidy spojené se zavedením permanentního žilního katétru, infekce spojené s invazivními vstupy, výskyt nozokomiálních infekcí, medikační pochybení, záměny pacientů, stranová záměna, spokojenost pacientů, nežádoucí události. Sestry jsou největší skupinou ve zdravotnictví. Ošetrovatelskou péči poskytují v psychicky i fyzicky náročných situacích a tak se může stát, že dojde k pochybení. K nejzávažnějším omylům během poskytování ošetrovatelské péče patří medikační omyly. Které tvoří až 19% všech pochybení sester, následuje neposkytnutí včasné péče a provádění procedur bez dostatečných znalostí. K vyššímu počtu pochybení dochází při malém počtu personálu, při vyčerpanosti personálu (Plevová et al., 2012).

Nejčastější pochybení u anestezie je pochybení, které má za následek bronchospasmus, srdeční arytmie, ústní nebo oční poranění, selhání regionálního bloku, poranění nebo poškození nervů a zranění při opakovaných pokusech o intubaci. Další z možností, které vedou k pochybení sester, může být nedostatek vnímavosti a pozornosti při měnícím se klinickém stavu pacienta. Nedostatek morální odpovědnosti a následný nezájem o vážnost problému pochybení a lhostejnost k chybám vlastním i k chybám ostatních členů týmu. Medikační chyby, neznalost terapeutických dávek a jejich vedlejších účinků, podání chybného léku ve špatné koncentraci, podání léku ve špatnou dobu a nepodání léku. Sestry mají nedostatky i v preventivních opatřeních jako jsou nedodržování hygieny rukou, vznik dekubitů, pády, ale i neochota spolupráce a neschopnost požádat o radu (Česko, 2012).

Britský psycholog James Reason, který se zabývá pochybením zdravotníků, rozděluje pochybení na pochybení aktivní, skryté. U aktivního pochybení se jedná o zavinění lidským faktorem (sestra podává lék pacientovi, odebírá mu krev). Skryté pochybení se týká špatného vedení organizace, špatného rozhodnutí nebo také špatné organizační kultury, komplikované techniky, selhání techniky i špatně navrženého formuláře. Tato pochybení mohou existovat dlouho, bez povšimnutí a nemusí mít žádné

následky. V případě kombinace pochybení skrytého a aktivního můžeme očekávat událost s vážnými následky. Další z výzkumných pracovníků Rasmussen se v oblasti pochybení zdravotníků, zabývá aktivním pochybením a dělí aktivní chyby do tří skupin. A to na chyby, které se týkají dovedností, na chyby, které se týkají dodržování standardů a znalostní chyby. Dovednostní pochybení se týká pochybení při plnění rutinního úkolu, který vyžaduje minimální soustředění. U pochybení v dodržování standardů se jedná nedostatečnou kvalifikaci pro daný výkon, špatné plánování nebo provedení výkonu i nedostatečná komunikace s ostatními členy týmu. K pochybení, které se týká znalostí, nejčastěji dochází v nových nebo nečekaných situacích, kdy nezkušená sestra něco přehlédne a naopak zkušená sestra si neporadí s novým technickým vybavením (Škrla, 2005).

Odborné výkony, kterými jsou sestry ze stran lékařů pověřovány, jsou různé, lékaři si tím ulehčují práci i s tím rizikem, že může dojít k poškození pacienta (Bártlová, 2007).

1.2.1 Operační sál a preventivní hygienická opatření

V preventivním opatření hraje důležitou úlohu i uspořádání operačních sálů. Současná doba nabízí modernizace operačních sálů, kterým je budování centrálních operačních sálů. Tyto pak navazují na pooperační pokoje. Na operační sál se vstupuje přes vstupní filtr, který slouží k odložení oblečení a převléknutí se do operačního prádla a obuvi. Každý chirurgický obor má své operační sály, které se dále z preventivních důvodů rozdělují na aseptické operační sály a septické operační sály. Práce na operačním sále se řídí zásadami práce v aseptickém prostředí. Je nutné dodržovat mytí rukou, správné nasazení operační čepice, správné nasazení obličejové masky, která musí zakrývat ústa i nos. Na operační sál se nesmí nosit hrnečky či PET lahve s nápojem, denní tisk nebo časopisy. Vše záleží na osobním přístupu a chování všech, kteří se pohybují v operačních prostorech. Je důležité používat jednorázové ochranné rukavice, nejen při manipulaci s biologickým materiálem. Součástí preventivního opatření na operačních sálech je i zavírání dveří a to nejen na operační sál, ale i zavírání dveří

přílehlých místností. Nedílnou součástí je úklid s řádnou dezinfekcí dle dezinfekčního řádu. Pacient, by měl do prostor operačních sálů přijet osprchovaný a v čistém ústavním prádle, které nemocnice poskytuje (Wichsová et al., 2013).

1.2.2 Příjezd pacienta na operační sál

Pacient, který je připraven k operačnímu výkonu, je z oddělení přivezen sestrou na určený operační sál podle operačního programu. Převzetí pacienta k operačnímu výkonu probíhá ve vstupním filtru, kde si ho přebírá sestra pro intenzivní péči od sestry příslušného oddělení. Nezbytnou součástí péče je zde i komunikace. Do komunikace zahrnujeme ověření totožnosti pacienta. Od sestry příslušného oddělení, přebírá sestra pro intenzivní péči dokumentaci a převezve pacienta na předsálí operačního sálu. Kontrola probíhá i zde, opakovaně ještě několikrát z důvodu záměny pacienta, jeho operované strany nebo jiným nepředvídatelným událostem. Kontroluje se i podání informací podaných ústně pacientem s operačním programem a chorobopisem. Maximálně dbáme na pohodlí. Pacient je přikrytý dekou pokud si to přeje, aby nedošlo k podchlazení. Má podloženou hlavu i jiné části těla. Sestra pro intenzivní péči zajišťuje žilní vstup, kontroluje krevní tlak. Při operačních polohách, které odpovídají operačním výkonům, dbáme na to, aby nedošlo k poškození, kůže, nervů, cév, kompresím hrudníku a břicha. K polohování se používají klínky, válečky, podložky, vata, roušky, zarážky, speciálně upravené stoly. Pacienta chráníme před pádem. V úvahu se musí brát i hmotnost pacienta (Špičáková, 2008).

Příjezd pacienta je většinou doprovázen obavami, které se nedají ani premedikací úplně odstranit. Všechny přípravy by se měli vykonávat v klidné atmosféře. U pacienta provedeme kontrolu jména, alergické anamnézy, plánovaného výkonu s jeho souhlasem. Kontrolujeme čas poslední přijaté stravy, zda má vyjmuté zubní náhrady, zda jsou odstraněny prsteny, piercing. A zajišťujeme žilní přístup, nejčastěji zavádíme plastové kanyly s bočními křídélky. Dospělé osoby se bez zajištěného žilního přístupu uvádí do celkové anestezie zcela výjimečně (Kareš et al., 2006).

Velmi problematické je zajištění žilního přístupu u morbidně obézních pacientů. U těchto pacientů je vždy třeba počítat s obtížnou intubací, která se může vyvinout v akutní ohrožení života (Zemanová, 2005).

Před zahájením celkové anestezie by mělo mít každé pracoviště poskytující anesteziologickou péči vypracovaný postup kontroly anesteziologické péče, ve kterém by měla být zahrnuta kontrola identity pacienta, provedení předanestetického vyšetření, získání informovaného souhlasu. Kontrola přítomnosti alergií, zejména na antibiotika, dezinfekční prostředky a náplasti. Sestra pro intenzivní péči musí provádět kontroly pomůcek a hlavně kontroly spolehlivosti a přítomnosti pomůcek. Sestra musí provádět kontroly farmak pro vedení anestezie, ale i farmak a pomůcek pro krizové situace, musí mít dostupné pomůcky pro zajištění dýchacích cest, monitorovací techniku a nastavení alarmů, funkční anesteziologický přístroj a jeho odsávací systém. Sestra musí mít přehled o nitrožilních vstupech a jejich průsvitech při předpokladu větší krevní ztráty. Žilní vstupy musí sestry zajistit ještě před zahájením monitorované anesteziologické péče (ČSARIM, 2012).

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) je přihlášena k Helsinské deklaraci, ve které se usiluje o zvýšenou bezpečnost pacientů, kterým je podávána anestezie. Jedním z úkolů je včasná identifikace a okamžitá léčba komplikací související s anestezií s cílem předcházet závažným důsledkům. Budoucnost je viděna v jednotkách poanestetické péče, které by měli být zřízeny co nejbližší operačních sálů, z důvodu předcházení časovým prodlev při transportu nestabilních pacientů. Cílem je dosáhnout, aby pacienti po jakékoli anestezii, kteří nejsou indikováni k umístění na jednotku intenzivní péče, standardně procházeli několikahodinovým obdobím poanestetické péče, která má snížit riziko komplikací a jejich důsledků. Pacienti by měli být překládáni na pokoje operačního oboru v takovém stavu, že se prakticky vyloučí možnost pooperačních komplikací (Cvachovec, 2011).

1.2.3 Kontrola funkčnosti a přítomnosti techniky

Sestry pro intenzivní péči v současné době používají ve zdravotnických zařízeních celé spektrum techniky a tím také narůstá počet pochybení, ať jde o pochybení sester nebo selhání techniky. I tato pochybení mají za následek poškození zdraví pacientů. Proto je třeba technické vybavení pravidelně kontrolovat (Škrla, 2005).

Monitorování je dnes neoddělitelnou součástí intenzivní medicíny. Význam monitorování stoupá, získaná data slouží k posouzení aktuálního stavu nemocného a k pozdějšímu zpětnému hodnocení nemocného. V intenzivní péči se objevuje velké množství dat, která s sebou přináší i rizika zhoršené orientace při hodnocení stavu nemocného (Kapounová, 2007).

Abychom se vyhnuli chybám, musíme před každým úvodem do celkové anestezie zkontrolovat vybavení, funkčnost a těsnost anesteziologického vybavení. Spojené operační sály musí mít k dispozici alespoň jeden funkční defibrilátor. Způsob monitorace záleží na rizikových faktorech pacienta. Proto má smysl přístup, který sahá od standardního sledování stavu přes speciální sledování až po komplexní sledování všech podstatných orgánových systémů u pacientů podstupující velké operace (Málek 2011).

Standardní sledování se provádí během každé anestezie a je indikováno pro jednoduché, plánované výkony bez otevřených tělesných dutin. Ke standardnímu sledování je nutné mít fonendoskop, tonometr, ekg monitor, pulsní oxymetr, kapnometr, analyzátor koncentrací anesteziologických plynů, teploměr. Speciální sledování se provádí u větších výkonů s většími krevními ztrátami. Jedná se o doplnění standardního sledování o invazivní metody. Zahrnují zavedení centrálního žilního katétru a měření centrálního žilního tlaku, kanylace arterie, vyšetřování krevních plynů, katetrizace močového měchýře a sledování diurézy. Komplexní sledování je doplnění o další invazivní metody. Předpokládají se velké krevní ztráty. Komplexní sledování je nutné pro kraniotomie pro velké operace traumat, kardiochirurgické výkony. Podle indikace se používá plicnicový katétr a měření tlaků v plicnici, měření intrakraniálního tlaku. Mezi rizikové faktory, které ovlivňují monitoraci v průběhu anestezie, patří onemocnění oběhového systému, onemocnění dýchacího systému, onemocnění ledvin, diabetes mellitus, extrémní věkové skupiny (Kareš et al., 2006).

1.2.4 Zajištění a kontrola invazivních vstupů

Sondy, katétry a injekční stříkačky mají zásadní význam v přísunu léků a tekutin v rámci zajišťování každodenní péče. Chybné napojení katétrů může mít za následek nesprávný způsob aplikace léčiva a tím způsobit zdravotní újmu nebo i smrt pacienta. Těmto omylům lze předcházet. Zprávy o úmrtí pacientů v důsledku nesprávného způsobu podání léčiva jsou relativně časté. Nejběžnějším typem sond a katétrů jsou centrální žilní katétry, periferní žilní katétry, nazogastrické sondy, katétry pro peritoneální dialýzu, hadičky insuflátoru manžety k automatickému měření krevního tlaku. Jako příklad lze uvést chybné spoje napojení sondy pro enterální výživu do nitrožilního katétru, hadička insuflátoru pro měření krevního tlaku napojena na nitrožilní katetr a podání nitrožilní tekutiny do tracheostomické kanyly se vzduchovou manžetou. Doporučují se různé postupy, které mají předejít chybným spojmům katétrů, ale zásadním krokem stále zůstává zvýšená pozornost sester při aplikaci léčiv a výživy. Sestry pro intenzivní péči si musí dávat pozor, aby nezdravotnický personál nenapojoval a neodpojoval přístroje, vysoce rizikové katétry jako jsou například arteriální a epidurální musí být označené. Sestry by měli do svého procesu zahrnout školení o rizicích nesprávných spojení a napojení katétrů (Cvachovec, 2011).

Všechny přístupy k infuzní lince i k invazivním vstupům pacienta a manipulace s nimi s sebou nesou rizika vzniku nozokomiálních nákaz. Infekce spojené s invazivními vstupy představuje pro pacienta nebezpečnou komplikaci. Ve velkém procentu případů jde o zevní infekci tak velkou prioritou je prevence a tou je možnost přístupu bez rozpojování infuzního systému, která je vyřešena použitím spojek, které se mohou ponechat několik dní. Důležitou roli v prevenci katéetrových infekcí hrají sestry. Při přípravě nové infuzní linky a jejího napojení k pacientovi je nutné provést hygienickou dezinfekci rukou, rampu se spojkami připravovat sterilně. Sterilně propláchnout celý systém, do kterého patří rampa, spojovací hadičky a spojky. Připravit nové infuzní roztoky s čistými infuzními sety a před napojením nového infuzního roztoku do rampy

provést řádnou dezinfekci spojky. Podle dostupných informací a zkušeností má tento systém mnoho pozitiv, chrání pacienta i sestry (Zadák et al., 2007).

Vzhledem k tomu, že většina patogenních organizmů získaných během hospitalizace je přenášena rukama sester i ostatního personálu je hygiena rukou nejjednodušší a nejefektivnější metoda prevence nozokomiálních infekcí. Však dodržování tohoto jednoduchého preventivního opatření mezi zdravotníky je nepříjemně nízké. Velice závažným problémem s dodržováním hygieny rukou je čas, který dodržování vyžaduje. Hygiena rukou vyžaduje přibližně 30 vteřin. Uvážíme-li, kolikrát za den by si sestra měla umýt ruce, pak zjistíme, že dodržování mytí rukou by vážným způsobem ohrozilo plnění základních povinností jako je péče o pacienta. Preferovanými prostředky v oblasti hygieny rukou jsou alkoholové prostředky, které mají nejrychlejší účinek ze všech dostupných antiseptik. Proto jsou alkoholové prostředky upřednostňovaným prostředkem k dezinfekci rukou bez vody (Škrla, 2005).

Úlohou sestry při zavádění periferního žilního katétru je poznat kontraindikace a tak předejít komplikacím. Sestry při zavádění periferní žilní kanyly musí edukovat pacienta, poznat vhodné místo pro zavedení periferní žilní kanyly, ovládat techniku vpichu, kontrolovat místo vpichu, ošetřovat a měnit sterilní krytí. Při vzniknutých komplikacích musí sestra upozornit lékaře. Při odstraňování periferní žilní kanyly musí též sestra ovládat techniku odstraňování (Mikšová et al., 2006).

Kontrola invazivních vstupů sestrou spočívá v kontrole ischemizace kanylovaného místa a končetiny (zarudnutí místa, cyanotické skvrny v místě punkce, edém končetiny). Sestra musí pravidelně nulovat snímače, kontrolovat těsnost měřicího systému a vizuálně kontrolovat tvary křivek na monitoru. Při prvních známkách ischemizace v místě kanylace se musí kanylace okamžitě zrušit. Zejména pacienti v sepsi jsou ohroženi ischemizací, protože mají nedostatečnou periferní tkáňovou oxygenaci. Je nutno dodat, že s používáním současných komerčních speciálních kanyl se výskyt této komplikace výrazně snížil. Je třeba dodržovat pokyny výrobce pro použití soupravy pro invazivní měření (Kretz, Teufel 2006).

Péče o invazivní vstupy je v kompetenci sester. Převazy místa vpichu se provádí za přísně aseptických podmínek. Při převazu se místo v okolí vpichu a místo fixačních

stehů dezinfikuje. Po zaschnutí se místo vpichu kryje sterilně. Pokud je místo vpichu kryto sterilně tak je nutné toto místo převazovat každý den. Katétr je možné krýt fólií, fólie nejsou vhodné u pacientů se zvýšenou potivostí, protože nepropouštějí tekutinu. Místo vpichu je třeba kontrolovat pohledem. Naprostou samozřejmostí je v intenzivní péči používání jednorázových rukavic. Jednorázové rukavice je nutné mít vždy při kontaktu s biologickým materiálem, zejména krve, při očekávaném znečištění výměšky, sekrety a exkrementy a všude tam kde bychom mohli přijít do kontaktu s infekčním materiálem. Je třeba si ale uvědomit, že rukavice je třeba měnit po každém výkonu a každém pacientovi. Nenahrazují mytí rukou. Je třeba upozornit na problém, že sestry stále nepoužívají rukavice v takové míře, v jaké by měly (Kapounová, 2007).

1.2.5 Medikační pochybení

Nežádoucí léková událost je jakékoli poškození pacienta související s podáním léku. Studie, které se zabývají výskytem lékových chyb, ukázaly, že tyto chyby jsou jednou z hlavních příčin nežádoucích událostí, které mohou vést k poškození zdraví nebo úmrtí pacienta během hospitalizace. Z hlediska pravděpodobnosti vzniku medikačního pochybení jsou za nejrizikovější považovány přípravky pro intravenózní aplikaci. Významnou roli v prevenci lékových chyb mají sestry pro intenzivní péči. Nejčastěji se sestry medikačního pochybení dopouštějí ve fázi přípravy. V této fázi, dochází nejčastěji k chybám při ředění léků pro intravenózní podání. Ve fázi aplikace léčiv dochází k medikačnímu pochybení v opožděně podané dávce nebo podáním dávky navíc. Velice závažným pochybením je záměna léčiva. Na specializovaných odděleních jako jsou jednotky intenzivní péče a anesteziologicko resuscitační oddělení dochází k vyššímu počtu těchto pochybení z důvodu stresových situací, během kterých musí sestry jednat velice rychle. V prevenci je pro sestru velmi důležitá orientace v problematice léků, cest pro aplikace léčiva, správná příprava léků. Medikační pochybení se dělí na chyby z opomenutí podání léčiva, podání větší dávky, podání léku v jiný čas, špatná cesta podání, podání nepředepsaného léčiva, chybný způsob přípravy, poškození struktury léku vlivem fyzikálních nebo chemických faktorů (Štrbová, 2013).

Je známo, že velký počet pacientů je postižen medikačním pochybením. Riziko tohoto pochybení se zvyšuje při předávání „něčeho z jedné rukou do druhé“. Statistiky, které dokumentují medikační pochybení jsou šokující. Podle zjištěných skutečností se v nemocnici s 300 lůžky setká každý pátý pacient s medikačním pochybením a 7% z těchto pacientů bude mít prokazatelné následky. Omyly se týkají hlavně záměny podobných jmen léků, léky nové, opomenutí alergií, používání zkratk, rušivé prostředí. Jeden z důležitých faktorů v medikačním pochybení je lidský faktor. Mezi nejčastější příčiny lidského pochybení lze uvést: nečitelné písmo, přetížení, spěch, strach, nezkušenost, únava, onemocnění, špatná komunikace, náročnost technického vybavení, málo znalostí a zkušeností, vyrušování, alkohol, mnoho členů léčebného týmu, nerozhodnost, chyby při matematických výpočtech (Škrla, 2005).

Uvedeným problémem se zabývá obor anesteziologie, ve kterém je příprava léků na pracovišti velmi častá. Na těchto pracovištích dochází k pochybení při záměně injekční stříkačky s již nasátým obsahem, k použití nesprávné injekční ampule anebo v důsledku špatného označení stříkačky při postupném ředění. Příčinou je nepozornost, neznalost, chvat a často velký tlak na personál. Příkladem jsou heparinové přípravky. Ještě donedávna bylo nutné podávat nefrakcionovaný heparin při antikoagulační léčbě s velkým rizikem chyb, při neustálém počítání odsávané látky z ampule. Dnes podávané nízkomolekulární hepariny přinesly pokrok nejen ve snadném dávkování podle tělesné hmotnosti pacienta, ale především ve formě jednorázových stříkaček se zřetelným firemním označením dávky. Takže v současné době, může chyba při podání nastat jen nedbalostí. Je třeba upozornit na to že, medikační pochybení je trvalým problémem, proto vyžaduje reakci všech – zdravotnického personálu, výrobce léku a poskytovatele zdravotní péče (Weitz, 2012).

Antikoagulační léčba je základem prevence a léčby trombotických příhod. Neodůvodněné vynechání antikoagulační profylaxe je dnes vnímáno jako medicínské pochybení (Chlumský, 2005).

1.2.6 Ochrana očí při celkové anestezii

Pokud je výkon prováděn v celkové anestezii, ochrana očí je nedílnou součástí plánu anesteziologické péče. Pracoviště, která poskytují anesteziologickou péči, mají mít vypracovaný standardizovaný postup prevence poškození očí během celkové anestezie. Cílená opatření je prevence vzniku eroze/ulcerace rohovky při nedostatečném zvlhčování slzami, zamezení kontaktu s desinfekčním prostředkem, zamezení poškození při operačních polohách. Zejména při pronační poloze kde hrozí pacientovi tlakové poškození, při poloze vsedě hrozí vizuální ztráta kontroly zavření očí, ochrana před účinky záření. Ohroženi jsou především pacienti s obstrukcí slzných kanálků, pacienti s poruchou poruchy slzení a pacienti s nedostatečným dovíráním očních víček. Základní postup ochrany očí představuje dosažení zavření víček. U výkonů do 3 hodin aplikuje sestra pro intenzivní péči umělé slzy. U výkonů nad 3 hodiny aplikuje sestra navíc oční mast nebo oční gel. Pokud hrozí riziko mechanického poškození oka je doporučeno použít ochranné brýle. U výkonů s rizikem chemického poškození oka sestra kryje oči sterilním krycím materiálem. Pokud se při operačním výkonu používá laser, používají se speciální ochranné brýle (ČSARIM, 2012).

1.3 Kompetence sester pro intenzivní péči

Profese sestry pro intenzivní péči je z hlediska odborné i profesionální přípravy velmi náročná. V práci sestry má velký význam dodržování žádoucích forem ve vztahu k člověku i ke spolupracovníkům (Bártlová et al., 2010).

Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko – resuscitační, intenzivní péče vykonává, činnosti při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Může bez odborného dohledu a bez indikace lékaře sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu, hodnotit závažnost

stavu. Sestra pro intenzivní péči může zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s dostupným technickým vybavením, včetně fibrilace srdce elektrickým výbojem. Musí pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, odsávat z dolních cest dýchacích. Mezi její povinnosti patří stálé zajišťování a kontrola funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení. Povinností je i řešení technických problémů. Sestra pro intenzivní péči vykonává činnosti, které jsou spojené s přípravou, průběhem a ukončením všech způsobů celkové i místní anestezie (Česko, 2011).

Zdrojem problémů v práci sester je narušování jejich kompetencí úkoly, které spadají do kompetence někoho jiného. Sestry nahrazují i chybějící pomocný personál. Tím je narušena práce sestry neplánovanými úkoly. Dalším problémem je podceňování práce sestry ze strany lékaře. Úkoly, které nespádají do kompetencí sester, jsou častým zdrojem problémů ve vztahu lékař/sestra. Některými odbornými výkony jsou sestry ze stran lékařů úkolovány i s tím rizikem, že by mohlo dojít k poškození zdraví pacienta, protože sestry nejsou oprávněny některé výkony provádět. Vždy záleží na konkrétní situaci. Například cévkovat může jedině sestra specialista se specializací Sestra pro intenzivní péči. Náročnost intenzivní medicíny vyústily k tomu, že se musí znovu vymezit kompetence mezi lékaři ARO, JIP, OCHRIP (Bártlová, 2007).

Nově akreditovaným vzdělávacím programem je specializační vzdělávání v oboru intenzivní péče, cílem je získání způsobilosti s označením Sestra pro intenzivní péči. Absolventi tohoto programu nejsou oprávněni v rámci přednemocniční péče přijímat, vyhodnocovat a evidovat tísňové výzvy. Sestry vyjadřují nejistotu nad velkou novelou, která upravuje podmínky pro výkon jejich povolání, ale v průběhu příprav velké novely, se ukázalo, že je nutných tolik změn, že na ně jen novela nestačí, ale musí se vypracovat nový zákon, který by řešil komplexně veškeré podmínky praxe a vzdělávání (Škubová, 2012).

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 CÍLE PRÁCE

1. Zmapovat, nejčastější pochybení ze strany anesteziologické sestry
2. Zjistit, jak sestry předcházejí pochybení na operačním sále
3. Zjistit, jak sestry vnímají pochybení

2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká jsou nejčastější pochybení v práci anesteziologických sester na operačním sále?
2. Jak sestry předcházejí pochybení?
3. Jak sestry vnímají pochybení?

3. METODIKA PRÁCE

3.1 POUŽITÉ METODY

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, prováděná na oddělení ARO, technikou hloubkového rozhovoru. Rozhovory probíhaly z předem připravených otázek a pro sestry byly dobrovolné a anonymní. Rozhovory byly zaznamenávány písemnou formou a následně formou nepřímého přepisu zpracovány v počítačovém programu MICROSOFT WORD 2007. Přepsané rozhovory jsou součástí bakalářské práce jako příloha 3. Rozhovory probíhaly v měsíci únoru 2015.

Byly zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Jedná se o efektivní metodu rozboru dat. Jde o úplné rozebrání získaných údajů, následné zpracování a znovu vložení novým způsobem. Text s odpověďmi je očíslován a každé řádce je přiděleno číslo. Očíslování jsou i respondenti. Pokud je zpracováván respondent 1, který odpověděl na otázku v řádku 12, kódem pro zapsání je 1/12.

Kvalitativní metoda byla zvolena z důvodu věrohodnosti, týká se přímo chování, zkušeností a dovedností respondentů.

Z vytvořených kódů vznikaly kategorie. Celkem bylo vytvořeno 10 kategorií – přebírání pacienta, důvod nepřítomnosti sestry při přebírání pacienta, péče o pacienta na předsáli, nejčastější pochybení na operačním sále, subjektivní vnímání pochybení, prevence pochybení, faktory poškozující pacienta, práce nad rámec kompetencí sester, obavy na operačním sále, osobní zkušenost s pochybením.

3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor byl prováděn v Nemocnici České Budějovice a.s., soubor byl tvořen deseti sestrami pro intenzivní péči, všechny se specializací ARIP – ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. Věkové rozmezí

dotazovaných respondentů bylo 35 – 52 let. Pouze 1 respondentka byla s praxí na operačním sále 2 roky. Ostatních 9 respondentů bylo s praxí více jak 10 let. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské s titulem Bc., toto vzdělání měli 4 respondenti. 6 respondentů mělo vystudovanou střední zdravotnickou školu.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 KATEGORIZACE A ANALÝZA VÝSLEDKŮ Z ROZHovorŮ

Výsledky rozhovorů byly seřazeny do kategorií.

Seznam kategorií: Přebírání pacienta, Důvod nepřítomnosti sestry při přebírání pacienta, Péče o pacienta na předsáli, Nejčastější pochybení na operačním sále, Subjektivní vnímání pochybení, Prevence pochybení, faktory poškozující pacienta, Práce nad rámec kompetencí sester, Obavy na operačním sále, Osobní zkušenosti s pochybením.

4.1.1 Kategorie – Přebírání pacienta

Kategorie Přebírání pacienta se zabývá tím, zda jsou anesteziologické sestry přítomny při předávání pacienta, který přijel z příslušného oddělení do vstupního filtru operačního sálu. Zaměřuje se i na to, jaká preventivní opatření ve vstupním filtru při předávání pacienta probíhají. Většina sester uvedla, že pacienta si ve většině případů, nepřebírají. Pacienty přebírá sanitář operačního sálu. Pacienty si nepřebírají z časových důvodů. Pouze jedna ze sester uvedla, že si pacienta přebírá osobně a přebírá si i informace od sestry. Čtyři sestry uvedly, že si vždy přebírají pacienty ve vážných stavech a pacienty dětské. Mezi nejčastější preventivní opatření na operačním sále, některé sestry řadí identifikaci pacienta, pomocí identifikačního náramku a dokumentace, dále uvádějí kontrolu přítomnosti alergií, lačnost i komunikaci.

Většina respondentek uvedla, že nejsou přítomny u předávání pacienta (R1/2, R3/1, R4/1, R5/1, R7/1). „*Pacienta identifikuji těsně před operačním výkonem*“ (R4/1-2). „*Je velmi málo oddělení, kde jsme jako anesteziologické sestry přítomny při předávání pacienta*“ (R6/1). Anesteziologické sestry uvádějí, že si pacienta přebírá ve vstupním filtru převážně sanitář operačního sálu (R2/4, R6/2, R9/1). „*Není sanitářovo povinností se o pacienta starat*“ (R2/4). Pokud jsou sestry přítomny u předávání

pacienta k operačnímu výkonu, kontrolují dokumentaci (R1/3, R4/2), identifikační náramek (R1/3, R4/2, R10/1), přítomnost alergií (R1/4) a lačnost (R1/5). Některé sestry uvedly, že si vždy přebírají pacienty v těžkých stavech a dětské pacienty (R3/1, R5/1, R8/2, R9/4). Jedna ze sester uvádí, že kdyby mohla být u předávání pacientů tak by tím předešla mnoha komplikacím (R4/8). „*Ale často se stávají případy, že pacient je z operačního sálu odvezen zpět na oddělení bez provedeného operačního výkonu. Bohužel se stává, že na sále se zjistí, že pacient před plánovaným výkonem jedl nebo se napil*“ (R4/4-7). Též komunikace je nezbytná pro preventivní opatření (R1/3, R2/2, R4/2, R7/2). „*S pacientem komunikuji, až když je navezen na operační sál*“ (R7/2). „*Určitě by měl být pacient náležitě informován ve filtru, co s ním bude dál, ale je sanitářem uložen na operační stůl a odložen většinou na chodbě nebo na předsáli*“ (R9/1-2). Jedna ze sester uvedla, že nemocnice má personální podstav a tudíž sestry nemají čas chodit si pro pacienty (R8/1). „*Jsem ráda, že si ho nepřebírám, pro současné zdravotnictví jsem asi příliš zkušená a asi už stará. Pokud přijede s pacientem sestra po škole, stejně nic neví, nic mi nepředá a pokud se na něco zeptám, jsem špatná já. Z tohoto mého mínění vynechávám sestry ARO a JIP ty ví vždy dost a ráda od nich pacienta přebírám, opravdu se něco dozvíte, aniž kladete otázky*“ (R7/1-3-5-6-7).

4.1.2 Kategorie – Důvod nepřítomnosti sestry při přebírání pacienta

V předchozí kategorii Přebírání pacienta většina sester odpověděla, že nejsou přítomny přebírání pacienta ve vstupním filtru. Proto v kategorii Důvod nepřítomnosti sestry při přebírání pacienta byly sestry dotazovány na to, z jakých důvodů nejsou přítomny při předávání pacienta na operační sál. Kombinace nejčastějších důvodů nepřítomnosti sestry při předávání pacienta na operační sál se objevuje téměř u všech respondentek stejná. V odpovědích se neustále prolínají časové důvody, komplikace u předchozího pacienta, probouzení předchozího pacienta, špatná organizace práce a nedostatek personálu. Jedna z respondentek uvádí, že nejsou stanovena jednoznačná pravidla.

Důvod nepřítomnosti sestry je časový faktor (R1/7, R3/2). „*Anesteziologická sestra nemusí mít v dané chvíli možnost opustit operační sál. Záleží na momentální situaci v rámci právě probíhajícího výkonu*“ (R2/5-6). Dalším důvodem nepřítomnosti sestry při předávání pacienta mohou být komplikace, které mohou nastat při probouzení předchozího pacienta (R1/8-9, R2/7, R10/3). *Anesteziologické sestry by se dle správných postupů neměly starat o dalšího pacienta, pokud ten před, není předán na příslušný operační pokoj*“ (R1/10-11-12). Velkým problémem pro sestry se zdá být i nedostatek personálu (R5/6, R9/4), špatná organizace (R9/4, R4/9). A samotné probouzení předchozího pacienta též sestřím znemožňuje si převzít pacienta následujícího, jelikož probouzení a návoz pacientů se dějí přibližně ve stejnou chvíli (R1/9, R2/6). „*Pořád se někam chvátá*“ (R4/9). „*Když jsou pacienti z jedné stanice, tak se snažíme je měnit „kus za kus“ . I sestry z oddělení na nás řvou, že nehodlají lítat tam a zpět*“ (R 6/4-5). U některých respondentek se zdá být problémem i operatér (R6/6, R8/4). „*Chce mít navezeného pacienta dopředu. Nechápu proč. A pak si ho stejně ani nevšimne*“ (R6/6-7). „*Operatér, který ovšem ještě operuje nebo dokončuje operaci, musí mít navezeného pacienta dopředu. Proč tam pacienta potřebuje to nevím. A sestra nemůže být na sále a ještě v operačním filtru najednou*“ (R8/4-5-6). Jedna z respondentek vidí problém v tom, že nejsou stanovena jednoznačná pravidla (R7/9). „*Každý si něco co bylo řečeno nebo napsáno, vykládá po svém*“ (R7/9-10).

4.1.3 Kategorie – Péče o pacienta na předsáli

Kategorie Péče o pacienta na předsáli se zabývá tím, kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon na předsáli a z nějakého důvodu nemůže být navezen ihned ze vstupního filtru rovnou na operační sál. Bohužel v této kategorii jsme dospěli k velmi negativnímu zjištění. U všech respondentek se objevují téměř shodné odpovědi. O pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli, se téměř nikdo nestará, kontrola pacienta je náhodná. Ve většině odpovědí sestry uvádějí, že by se těmto situacím dalo předcházet zvýšením počtu personálu.

O pacienta se na předsáli stará anesteziologický tým (R1/18, R2/8, R3/3, R6/8), který se ale zároveň musí postarat i o pacienta u kterého právě probíhá operační výkon (R2/8-9, R3/3-4). Respondentky též uvádějí, že kontroly pacientů na předsáli nejsou soustavné, ale spíše náhodné (R1/19, R2/9, R3/4, R6/8). „*Když to čas dovolí tak na něj občas koukneme*“ (R5/8). Velká část respondentek se shoduje na tom, že o pacienta se na předsáli nestará nikdo (R4/10, R5/8, R8/9, R9/5-6, R10/4). „*O pacienty se přeci v našem moderním zdravotnictví nikdo nestará. Ale hlavně, ať máme všude razítko, že tomu tak je. A na předsáli tomu není jinak* „ (R7/11-12). Jedna z respondentek se ohradila nad slovem předsáli (R1/16). *To je fakt silné slovo pro některé operační obory. Předsáli určené pro pacienty je v některých operačních oborech jako skladiště pomůcek. Pacienta, kterého není možné vzít ihned na operační sál tak leží na chodbě*“ (R1/16-17-18). Respondentky se také shodují v tom, že by se těmto situacím dalo předcházet větším počtem personálu (R2/10-11, R5/9, R6/10, R7/13, R8/10). „*Ať je pověřená kvalifikovaná osoba, která se o tyto náležitosti bude starat. A nemusí to být anesteziologická sestra* (R9/7-8). Jiné si zase myslí, že se všemu dá předcházet velmi jednoduchou domluvou pacienta za pacienta (R2/10, R3/5, R4/13). „*Je až s podivem, když se v současné době má hlásit každé, byť malé pochybení, toto nikoho nezajímá. Je to chyba systému, ne jednotlivce*“ (R1/25-26).

4.1.4 Kategorie – Nejčastější pochybení na operačním sále

V kategorii Nejčastější pochybení byly sestry dotazovány, jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují. Sestry kontrolují i veškerou techniku potřebnou k vedení anestezie, ale z odpovědí vyplývá, že technická stránka mezi častá pochybení nepatří. Nejčastější pochybení na operačním sále jsou různorodá a respondentky v této kategorii mají velmi zajímavé odpovědi. Mezi nejčastější pochybení na operačním sále řadí čtyři respondentky záměnu léku. Další tři respondentky uvádějí jako nejčastější pochybení množství podaného léku a opět se v této kategorii setkáváme s nedostatkem personálu.

Sestry ze svého pohledu uvádějí jako nejčastější pochybení záměnu léku (R1/28, R2/12, R5/11, R10/7). „*Velmi důležité je, aby sestra při záměně léků toto pochybení*

oznánila lékaři“ (R1/31-32). Jeho množství (R2/13, R5/11, R9/11), špatné ředění léků (R5/11). Svě umí i únava (R1/31). „Z vlastní zkušenosti je to strávení pracovní doby na operačním sále i 20 hodin. A to po Vás někdo chce nějaký výkon?“ (R7/14-15). Opět se v této kategorii objevuje jako nejčastější pochybení na operačním sále nedostatek personálu (R1/39, R8/13). „Z pohledu anesteziologické sestry je největším pochybením lékař, který je na pracovišti 1 měsíc a chodí uspávat bez dozoru atestovaného lékaře“ (R9/9-10). Mezi každodenní pochybení na operačním sále by jedna z respondentek také zařadila úklid operačního sálu po operaci (R8/14). „Velkým úskalím zejména jednoho operačního oboru jsou postele, které se přiváží z oddělení přímo na operační sál a pacientky jsou po probuzení dány rovnou do postele, která ovšem stojí hned vedle operačního stolu“ (R8/15-17). Mezi další pochybení na operačním sále podle respondentek patří záměna pacientů (R2/12, R5/10), nedodržování hygienických předpisů (R2/14, R5/10-11), nevhodné chování sestry (R5/12). Pochybením před operačním výkonem je i ponechání zubní protézy v ústech (R6/13). „Stále častěji se objevuje bílý náramek při alergii!!!“ (R6/12-13). A v první řadě musí být pacient lačný, lačnost pacienta je pro plánovaný výkon velmi důležitá a též se řadí mezi pochybení (R6/11). „Na operačním sále se vyskytují taková pochybení, jaká nám tento systém připravil. Je to např. minimální komunikace s pacientem. Hlavně ať je rychle usnáno, ať se může zase řezat“ (R4/14-16). Jedna z respondentek se bojí i o bezpečnost pacientů po operačním zákroku a to hlavně v době kdy se probouzejí, protože leží na úzkém operačním stole a má pocit, že připoutání pacientů na tomto stole je nedostatečné. Ne každý se vzbudí do klidu (R1/33-35).

4.1.5 Kategorie – Subjektivní vnímání pochybení

V kategorii Subjektivní vnímání pochybení se respondentky svěřovaly se svými pocity. Sestry nejčastěji uvádějí, že vždy záleží na tom, o jaké pochybení jde, a co z něj vzejde a že jsou to nepříjemné situace. Jedna ze sester dokonce uvádí, že pochybení už nevnímá jako pochybení, ale jako standard. Odpovědi jsou opět velmi různorodé.

Je to nepříjemná situace uvádějí respondentky (R1/40, R3/7). „*Která se většinou děje ve spěchu věcí dělaných automaticky*“ (R3/7-8). Záleží na tom, o jaké pochybení jde a co z něj vzejde (R2/15). Jedná se o poučení (R8/20). Sestry se musejí umět přiznat a komunikovat (R3/7). Pochybení by se stávat neměla, je to selhání nejenom sestry (R5/13), chybují úplně všichni (R8/18-19). Jsme lidské bytosti, které budou chybovat (R9/12). „*Myslím si, že každá sestra, která nějak chybuje, si uvědomí, proč k tomu došlo. Arogantní lékaři mají značný podíl na pochybení sester*“ (R9/14-15). Jedna z respondentek při dotazu, jak vnímá pochybení na operačním sále, odpověděla „*Hlavně, ať se mi nic nestane*“ (R4/17). Pochybení, která se na operačním sále dějí, vnímá jedna z respondentek jako standard (R6/14). „*Asi myslíme hlavně na to, abychom měli všude razítka, aby našli viníky. Na důležité věci, které by měli ochránit pacienta, se trochu zapomíná. Je to samý papír a pacienti někde pod nimi*“ (R6/16-18). „*Musím říct, že za svou více jak dvanáctiletou praxi na operačním sále jsem se nasetkala se situací, kdyby za sesterským pochybením stála smrt pacienta*“ (R1/40-42). Respondentka (R7/17) se podivuje nad tím, že odpracované hodiny se sestřám odečítají z jejich práce a toto vnímá jako pochybení. „*U léku se to musí oznámit ihned lékaři, je třeba ihned zareagovat* (R10/8-9).

4.1.6 Kategorie – Prevence pochybení

V této kategorii sestry uváděly, které prostředky používají k preventivním opatřením na operačních sálech. Nejčastější odpovědí v této kategorii byla jednoznačně kontrola pomůcek, dále pak kontrola léků. Preventivních opatření se používá mnoho, odpovědi se proto také odlišují.

Nejčastější odpovědí, která se objevila v této kategorii je kontrola pomůcek (R1/44, R5/14, R7/19, R8/21, R10/10). Mezi důležitá preventivní opatření patří i několikaletá praxe na lůžkovém oddělení ARO (R7/20), popisky léků (R2/16, R7/19) a jejich znalost (R8/23). „*Pokud se jedná o plánovanou operaci tak je velkým přínosem anesteziologická ambulance, pacient by měl z této ambulance přijít vyladěný. Takže, určitá prevence je ještě před vstupem na operační sál*“ (R9/16-18). Na operačním sále

se také musí zabránit popálení pacienta a to, přiložením neutrální elektrody (R8/22), zajistit pacienta proti pádu (R8/18). Přibývá techniky, vyhřívací podložky pro několikahodinové operace, ohřívače infuzních lahví (R4/19-20). Stále více se používají jednorázové pomůcky (R3/9, R8/21). „*Chodím včas na operační sál, chci mít dostatek času na přípravu*“ (R1/43). „*Preventivních opatření je mnoho, ale nedají se všechna dodržovat. Ten provoz je tak velký, že fakt všechno nemůžete plnit*“ (R7/18-19). „*Pacienti jsou někdy naštvaní, že se jich pořád dokola ptáme, jak se jmenuje, jestli má alergie, většinou odvětlí je to vše v papírech. Je jim to protivné*“ (R10/11-12).

4.1.7 Kategorie – Faktory poškozující pacienta

V této kategorii narazily některé respondentky na problém, který se již vyskytoval v předchozích kategoriích. Respondentky uvádějí, jaké nejčastější faktory nejvíce ohrožují pacienta na operačním sále. V této kategorii se opět objevuje nedostatek personálu. Jeho nedostatek se zdá být pro tři sestry jako jeden z faktorů, které pacienta poškozují. Mezi rizikové faktory patří mnoho věcí, na které si sestry musejí dávat pozor, proto i v této kategorii se setkáváme s rozdílnými odpověďmi.

Jedna z respondentek si myslí, že pacienta na operačním sále nejvíce ohrožuje nevědomost (R1/45). „*Pacient není informován o tom, co se s ním bude dít*“ (R1/46). Další respondentka si myslí, že pacienti ohrožují sami sebe (R2/19). „*Dali mi něco podepsat, tak jsem to podepsal, co mi zbývá*“ (R2/20-21). Opět jsme v této kategorii faktorů ohrožujících pacienta narazili na nedostatek personálu. Tři z respondentek odpověděly, že pacienta nejvíce ohrožuje právě jeho nedostatek (R4/22, R6/21, R7/21). „*Ohroženi jsou svým způsobem všichni, co podstupují nějaký operační zákrok. Ale na druhou stranu mají na operačním sále maximální zajištění a péči co může pacient mít*“ (R7/23-24). Respondentka (R3/11-14) si tuto kategorii rozdělila na děti a dospělé. Odpovídá, že dětem je věnována na operačním sále velká pozornost, ale u dospělých tomu tak není. „*Pacienta nejvíce ohrožuje režim nemocnice, odoperovat a rychle jít domů*“. *Tvrdí respondentka (R/5/15)*. Další z respondentek se domnívá, že pacienty

nejvíce ohrožuje pobyt na předsáli po operačním výkonu (R8/24). „*Pacient, který leží na předsáli, je sice monitorovaný, ale leží na úzkém operačním stole, hrozí, že spadne*“ (R8/27-28). Těž podchlazení hrozí našim pacientům. To si myslí respondentka (R9/20). „*V operačních prostorech i na předsáli je zima*“ (R9/20-21). A poslední respondentka odpovídá: „*Pacienta ohrožuje množství výkonů, které se musí za směnu udělat, kdyby jich bylo méně, mohli bychom se i těm pacientům věnovat*“ (R10/13-14).

4.1.8 Kategorie - Práce nad rámec kompetencí sester

V této kategorii se s respondentkami zabýváme tím, zda lékaři chtějí po sestřích vykonávat úkony, které jsou nad rámec jejich kompetencí. Ve většině odpovědí, i když jsou různorodé, panuje jakási shoda. Téměř všechny se shodují v tom, že si rády vyzkoušejí nové věci, protože mají pocit, že když pracují v intenzivní péči, měly by různé věci umět a být připraveny na různé situace.

Respondentky se nebrání úkolům, které jsou nad rámec jejich povinností a myslí si, že hodně záleží na situaci, ve které se právě nacházejí (R1/49-50, R7/26, R9/22).

„*Jsmo v akutní péči, musíme být připraveni na vše*“ říká respondentka (R7/26).

„*V akutní péči překročením kompetencí můžete i pomoci*“ myslí si respondentka (R9/22-23). Další respondentky si myslí, že překračování kompetencí sester není až tak velkou záležitostí operačních sálů (R2/23, R3/16, R5/16, R6/22, R10/15-16). „*Ale zároveň si myslím, že o nějaké navyšování kompetencí nestojíme*“ odpovídá respondentka (R6/22-23). „*Někdy je to ku prospěchu věci, měli bychom se učit a zkoušet si jako sestry v akutní péči třeba zajišťování dýchacích cest, intubaci. To by měla umět každá z nás*“ (R4/25-26). „*Když doktor chce něco nad můj rámec, někdy to udělám. Odpovědnost má on*“ (R 8/29/30). To, že tato otázka se lépe hodí na sestry ze standardních oddělení se myslí respondentka (R3/17).

4.1.9 Kategorie – Obavy na operačním sále

V této kategorii jsme se s respondentkami zabývaly tím, co jim při jejich práci nejvíce vadí, z čeho mají největší strach nebo co jim práci neusnadňuje. V této kategorii dominoval arogantní lékař, který je pro sestry stresujícím faktorem. Za arogantním lékařem se objevuje 24hodinová služba a různé obavy z této služby.

Respondentka (R1/51) má obavy z nefunkčnosti celého týmu, které se mohou týkat jak osobních tak pracovních problémů. Dvě z respondentek uvádějí, že pokud mají 24hodinovou službu (R2/27, R5/17) tak jedna se nejvíce obává únavy (R5/17) a druhá respondentka se obává toto, že tuto službu stráví celou na operačním sále (R2/27).

Pro další respondentky je stresujícím faktorem arogantní doktor (R3/18, R4/27, R8/31). *„Velkým stresorem je nedostatek času, arogance a neochota. A tím myslím celý operační tým. Tohle když se sejde v jednom týmu, chce se Vám utéct“ (R8/31-32).* Dvě respondentky mají strach z dětských pacientů (R6/24) má strach z dětské resuscitace a respondentka (R10/17) z dětských pacientů obecně. *„Největší strach mám z toho, že nenajdu klíče od lékárny, která musí být podle nějakých předpisů uzamčená i na těch nejakutnějších sálech! Kdo tohle vymyslel, by měl jít za mříže! Kdo toto vymyslel, ten nejvíce ty pacienty ohrožuje“ (R9/24-26)!* A poslední respondentka má největší obavy z anesteziologa, který neví, co chce (R7/28).

4.1.10 Kategorie – Osobní zkušenosti s pochybením

V této kategorii jsme s respondentkami řešily, zda samy pochybily a jakým způsobem se pochybení řešilo. Nejčastější odpovědí této kategorie je přiznání všech, že pochybili, ale také to, že není pochybení jako pochybení. A častou odpovědí též je, že pochybení na operačním sále řeší sestry mezi sebou a lékařem. Jako třetí co sestrám na operačním sále nejvíce vadí a přirovnávají k pochybení je nedoplňování pomůcek.

Všechny respondentky přiznávají, že pochybily, ale některé uvádějí, že vždy záleží na tom, o jaké pochybení jde (R3/19, R6/25, R7/29). „*Například, že dám pozdě antibiotika? Že nemám blbých 20 minut na to, aby vykapaly na operačním sále před výkonem? To fakt nemám. A proč je nemám? Protože chvátáme!!! Tak je klidně dám až po uspání pacienta a operatér jde operovat a taky nepočká 20 minut, aby pacienta pokryla. A pochybení je na světě. Toto zrovna nikdo neřeší*“ (R1/52-56). Respondentky řeší svá pochybení na úrovni sestra x sestra, nebo lékař x sestra (R3/20, R4/31, R5/19, R9/28).

„*Moje osobní zkušenost je ta, že se to nějak urovná a jede se dál*“ (R10/18). Respondentky vidí pochybení i v nedoplňování pomůcek po operačním programu (R4/29, R8/34, R9/27). „*Když Vám chybí odsávačka při úvodu do anestezie, můžete si to jít hodit*“ (R4/29-30).

5. DISKUZE

Anesteziologické sestry neboli sestry pro intenzivní péči, jsou v dnešní době velmi diskutované téma a to hlavně v oblasti jejich kompetencí. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že sestry pro intenzivní péči se celkem nebrání vyzkoušet si nové úkony, které nepatří do jejich kompetencí a z téže kategorie vyplývá, že od lékařů na ně nejsou kladeny větší požadavky v oblasti kompetencí (viz kategorie Práce nad rámec kompetencí sester). Dalo by se říct, že si můžou a asi i chtějí zvyšovat svou profesní úroveň a prestiž svého povolání. Diskuze se v současné době ubírají směrem, zda je nutné, aby u každého pacienta při operačním výkonu byl anesteziolog i anesteziologická sestra. Nedovedu si představit, že by tomu mělo být v současných podmínkách jinak. Anesteziologické sestry by byly určitě schopny pacienta uspat, ale nejsou schopné řešit některé komplikace v průběhu anestézie a už vůbec nejsme schopny pracovat s anesteziologickým přístrojem. Je sice povinností anesteziologické sestry přístroj ovládat, ale na jiné úrovni, než ho ovládá lékař. A zda je model anesteziolog a anesteziologická sestra na jednom operačním sále příliš velký luxus si nemyslím. U pacientů zdravých i nemocných se během anestézie mohou objevit různé komplikace, které je lékař schopen okamžitě řešit, pouze pokud má u sebe sestru. Když čte z monitorů pacientův problém, může rovnou indikovat léky a sestra je ihned připravovat. Pokud by si musel jeden z nich i léky připravovat sám, už by docházelo k prodlení a tím i k ohrožení pacienta a určitě by unikal další problém. Pokud opravdu dochází ke komplikacím, musí mít lékař stále na očích několik monitorů. A další diskutované téma jako je anestézie vedená sestrou mi připadá spíše jako úspora hodinových nákladů na provoz operačního sálu, než prospěch pro pacienty. Proto současný model anesteziolog a anesteziologická sestra na jednom operačním sále je z mého pohledu nejbezpečnější pro pacienty i pro prevenci pochybení na operačním sále. Anesteziologická sestra v naší nemocnici projde velký kus cesty, než může pracovat na anestezii. Sestry musí projít několikaletou praxí na lůžkovém oddělení ARO a teprve po několika letech může sestra žádat o místo na anestezii. I tento postup se dá brát jako prevence pochybení.

Tato bakalářská práce, se zabývá problematikou prevence pochybení na operačním sále. Pochybení je vnímáno jako událost, která by mohla vyústit v poškození pacienta, kterému by se dalo vyhnout. Je třeba si uvědomit, že sestry jsou v dnešní době zahlceny, velkým množstvím informací, ani času nemají nazbyt. Podle odpovědí, nejsou sestry schopny na předsálích operačních sálů naslouchat obavám pacientů, nemohou se jim z časových důvodů věnovat a z toho může plynout i neadekvátní chování sestry, které zbytečně ještě pacienta před operačním výkonem traumatizuje. „*Velkou nemocí 21. Století, která se projevuje v našich obtížích i těžkostech a která se každého z nás osobně dotýká, je „ztráta duše“.* Když je péče o naši duši zanedbávána, duše umírá. Toto zanedbávání se projeví v celé řadě příznaků: ve zlosti a vzteku, v násilí, agresivitě“ uvádí Křivohlavý (str. 15, 2004).

Dotazované sestry mají velké zkušenosti, dovednosti i znalosti, ale z rozhovorů spíš vyplývá, že nejsou rovnocennými členy operačního týmu. Připadají mi jako roboti, kteří nemají šanci nic otevřeně sdělovat. K čemu jsou všechna preventivní opatření, když se nedají ani stihnout. Jak je možné, že se v dnešním zdravotnictví téměř nikdo nestará o pacienta s premedikací, který sám leží na předsáli? V bakalářské práci je velmi smutný výsledek výzkumného šetření v kategorii Přebírání pacienta ve vstupním filtru operačního sálu od sestry příslušného oddělení (viz kategorie Přebírání pacienta). Nyní při psaní této diskuse mne napadla otázka, zda jsou pacientovi podány na příslušném oddělení nějaké informace ohledně příjezdu na operační sál a jak bude probíhat pacientův příjezd. V tuto chvíli mne napadá, že pokud je pacientovi sděleno, že se o něj na sále postarají a on leží na předsáli sám, nikdo si ho nevšimá, pak tato chvíle musí u pacienta vyvolat strach z neznámého prostředí a nedůvěru personálu. Pokud by se mohly sestry pro intenzivní péči věnovat pacientům na předsáli operačního sálu a mohly by jim poskytnout informace o průběhu pobytu na operačním sále, třeba by tímto i přispěly ke klidnějšímu úvodu do celkové anestezie. Z výzkumného šetření též vyplývá, že sestry nemohou přebírat pacienty ve vstupním filtru operačního sálu z časových důvodů (viz kategorie Důvod nepřítomnosti sestry na operačním sále). Měli bychom jako sestry zajišťovat u pacienta komplexní péči a zabývat se jeho potřebami. Bohužel jak vyplývá z výsledků (viz kategorie Péče o pacienta na předsáli) je pacient na

psychickou zátěž na operačním sále sám. Nemyslím si, že bychom se v dohledné době dočkaly nějakých změn, týkající se zlepšení péče o pacienta na operačním sále nebo předšálí. Třeba přijdou až s novými centrálními sály. Většina pacientů, by byla vděčná za příjemnou a usměvavou sestru, která ale také musí snášet i nepříjemné emoce od pacientů, kteří nejsou před operačním výkonem dobře naladěni. Většinou jako první přijde do styku s pacientem na sále nebo předšálí právě anesteziologická sestra, pacienta by se měla ujmout i perioperační sestra, ale perioperační sestry se pacientům také nevěnují. S pacientem v době kdy ještě nespí, se snažíme komunikovat. Perioperační sestry pokud tu stihnou, se zeptají pouze na alergie a operovanou stranu. To je z jejich péče vše. Komunikace s pacientem těsně před výkonem bývá někdy velmi obtížná. Záleží na typu operačního výkonu, informovanosti, psychice pacienta, personálu i na předoperační přípravě. Z praxe uvádím, že pacienta nejvíce ovlivňuje strach, který bohužel anesteziologická sestra nestihne eliminovat, protože si s ním nestihne popovídat. A když si někdy stihneme pacienta připravit po psychické stránce tak oni jsou velmi vděčný za tu komunikaci. Komunikace a informace k dané věci ho též dokážou i pozitivně ovlivnit. Pacienti jsou těsně před operačním výkonem celkem mluvní a k porozumění mezi pacientem a sestrou stačí pacientovi naslouchat.

„Poskytujte zpětnou vazbu, aby bylo zřejmé, že rozumíte“ říká Plevová (str. 135, 2012). Pacienty ovlivňuje v den operačního výkonu i dlouhé čekání na výkon a s tím spojená i žízeň. S tím vším také souvisí i mezioborová spolupráce kdy samozřejmě nastávají i situace mezioborové rivality. Spolupráce tedy neprobíhá zcela automaticky. Mezioborovou spoluprací, hlavně komunikaci bychom měli též brát jako předcházení komplikacím. Ale bohužel to není běžná praxe. Myslím si, že jsme postupem času dospěli na všech odděleních k tomu, že jsme si navzájem všichni lhostejní. Pracovat v akutní péči je pro silné povahy, ale i silné povahy vyhoří. Sester je málo, jsou přetížené a musejí být hodně odolné. *“Je-li síla k dispozici, práce se daří, když chybí, nastupuje místo energie únava, místo síly vyčerpanost a místo radosti lhostejnost“* uvádí Křivohlavý (str. 28, 2004). Mám takový pocit, že v této fázi lhostejnosti se nachází většina sester nejen na operačních sálech. Řekla bych, že zde panuje taková pracovní nespokojenost, chybí nám motivace, panují zde špatné mezilidské vztahy,

špatné pracovní podmínky. „*Obě krajnosti (nadměrná spokojenost a nadměrná nespokojenost) jsou považovány za škodlivé*“ uvádí Plevová (str. 162, 2012). Vyčerpaná a unavená sestra, sama zvyšuje riziko pochybení a to se samozřejmě projeví i na kvalitě péče o pacienta.

Výsledky bakalářské práce, též vypovídají o tom, že hlavním problémem mnoha kategorií se zdá být nedostatek nelékařského personálu. Nejsem schopna posoudit, zdali se nižší počet sester pouze musí tolerovat, jelikož sestry v dnešní době nemají o tento obor zájem nebo se čeká jak je v našich podmínkách známo, až se něco mimořádného stane. Ono se děje něco stále, chybuje se často, ale asi to není tak zásadní, aby to někdo řešil a něco se tím změnilo. Nedostatečné zajištění péče na operačním sále sestry sice trápí, ale nijak se neřeší. Vše se mlčky akceptuje, řekla bych, že to mnozí vědí, ale nikdo s tím nic nedělá. A kde je teda ten pacient na prvním místě? Je to problém, nemáme šanci se o všechny dobře postarat. A je to škoda, protože podle mého názoru máme velmi dobré vybavení operačních sálů i jednorázových pomůcek. Ale také máme neustále se zhoršující pracovní podmínky a zlepšení je v nedohlednu. Největší obavy mají sestry pro intenzivní péči na operačním sále z arogantního lékaře (viz kategorie Obavy na operačním sále). Kdybych mohla na tuto otázku odpovědět sama, možná bych odpověděla, že na operačním sále mám největší obavy o své zdraví. I sestry pro intenzivní péči odpovídají za chod operačního týmu a také práce v tomto specifickém prostředí vyvolává stres, práci pod tlakem, nepravidelný rytmus života a špatnou životosprávu. Ale toto se týká, všech zdravotníků. Na druhou stranu musím být spravedlivá a musím dodat, že jsme na tom ještě dobře. Stres a práci pod tlakem má mnohem větší operatér s perioperační sestrou při několikahodinovém operačním výkonu.

Proč se šetří právě na sestrách? Proč může být v zahraničí dvakrát více sester a minimálně dvakrát vyšší plat? Proč to někde jde a někde ne? Tyto finanční i personální nedostatky ovšem vedou k velkým nedostatkům ve zdravotní péči. Dnes je bohužel na prvním místě administrativa, která by měla být přínosná pro ošetrovatelskou péči. Tímto nechci říct, že není důležitá. Myslím si, že je také velká škoda, že naše nemocnice neumožňuje pracovat sestráh na zkrácené pracovní úvazky. „*Nedostatek sester se*

promítá do koncepce kurikula i výuky“ uvádí Mastiliaková (str. 20, 2014). Nevím, kdo určuje stavy sester na jednotlivých odděleních, ale počet personálu by měl být navýšen tak, aby nedocházelo k ohrožování pacientů. A pokud je nedostatek personálu, tak proč se nedají zredukovat operační programy a velké množství zákroků, které se provádí? Problém bude asi v tom, že ono se to vždycky nějak zvládne, ale za jakou cenu! Podstatné je, aby byla péče bezpečná. Pokud se někde přemýšlí o nějaké efektivní změně a vyřešení problému s nedostatkem personálu, proč se nemůžeme inspirovat u našich sousedních zemí? Personálu ubývá, často se mění, může to být způsobeno náročnou prací za malé finanční ohodnocení.

Operační sál je pro pacienty zvláštním, řekla bych tajemným místem. Většinu pacientů zde doprovází strach. Je zajímavé, že se pacienti dosti často svěřují s tím, že se bojí anestezie a ne operačního zákroku. Bojí se, že se neprobudí. Proto by právě sestry měli být společníkem pacienta. Máme opravdu s pacientem minimální kontakt, o který často z časových důvodů přicházíme. Pro pacienta z toho vzniká pocit, že si ho nikdo nevšímá. Přicházíme o ty chvíle, kdy bychom se měli snažit vzbudit v pacientovi pocit důvěry, vznést nějaké pozitivum a dát naději. Ne každý pacient s Vámi chce komunikovat, ale to poznáme. Pokud máme ten čas a s pacientem můžeme mluvit tak pacienti mívají různorodé otázky. Ptají se i na to kdo je bude operovat. Zde se nabízí otázka, zda s nimi operatér vůbec mluvil? Právě od pacientů víme, že se stává i to, že s nimi operatér nemluvil o zákroku. A zas na jiném oddělení jsou pacienti dobře připraveni od operatéra, ale opět potřebují navázat se sestrou z operačního sálu kontakt, aby se ujistili, že právě ten jejich operatér je tu. Na tomto příkladu se ukazuje, že pacient potřebuje být před výkonem neustále o něčem ujišťován a ujištění v něm může vzbuzovat pocit důvěry ke všem členům operačního týmu. S nedostatkem personálu souvisí i časová tíseň, která sestry provází a též ji v rozhovorech zmiňovaly. Přesněji si stěžovali na to, že se pořád někam chvátá. Zde jako příklad uvedu návoz pacienta na operační sál. Všichni najednou – anesteziolog se sestrou, sanitář i obíhající sestra se v jednu chvíli doslova vrhneme na úzkostného pacienta a každý máme nějaké své požadavky, povinnosti, které musí být splněny. Smutné na tom je, že máme všichni stejnou chvíli, nelze věci dělat postupně. A pacient? Kolikrát odpoví, já vůbec nevím,

kdo po mě co chcete, mluvíte všichni nejednou. Takže na předsáli s pacientem téměř nikdo nemluví, ale ne schválně na to prostě není čas. A na operačním sále mluvíme, ale zase všichni najednou. Pro pacienta, fakt nic moc. A všichni to víme a jsme tak dobří, že na tuto situaci pacienta ještě předem upozorníme slovy, teď se na Vás všichni vrhneme. „*Při denním kontaktu s nemocným člověkem poskytujeme oporu a pomoc v těžkých chvílích. Podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somatických či psychosomaticky nemocných*“ uvádí Venglářová (str. 13, 2006).

Na operačních sálech v rámci preventivních opatření sálové sestry též vyplňují perioperační záznam, který je stručný a je zaměřený jen na práci na operačním sále. Z tohoto záznamu považují za velmi důležitou informaci o kontrole přiložené nulové elektrody na pacienta, při používání elektrokoagulace. Některé sálové sestry při používání tohoto záznamu též pacienta identifikují, jiné nalepí pouze lepičko z dokumentace z oddělení. Ptají se na alergie, na operovanou stranu. Samozřejmě nezbytné je razítko a čas. Na některých odděleních je zvykem, že ověření totožnosti pacienta sálovou sestrou se ještě potvrzuje razítkem a podpisem do chorobopisu. Nemohu hodnotit, zda sálové sestry považují tento záznam za přínosný, ale mohu potvrdit, že ho vždy odevzdávají s dokumentací po operačním výkonu, stal se součástí jejich práce. Jistě svůj význam má.

Z výsledků bakalářské práce, která se zabývala též prevencí pochybení na operačním sále, uvádí Vrátná (str. 64, 2012), že by pacienti měli být chráněni před úrazem, protože je v průběhu operačního výkonu kontrolováno jejich zabezpečení. Lze s tímto souhlasit, ale pouze částečně. Pacienti jsou samozřejmě před úrazem, pády na operačním stole chráněni. Část pacientů, pokud nemají nějaká pohybová omezení, se uvádí do operační polohy ještě před samotným úvodem do celkové anestezie. Poloha musí vyhovovat pacientovy i operátorovi. Zde je prostor na domluvu s pacientem, zda je poloha pro něj příznivá a nikde ho nic netlačí. Další část pacientů musí být uvedena do operační polohy až po úvodu do celkové anestezie, vždy záleží na typu operačního výkonu. Zde už není prostor na to se s pacientem domluvit. Máme k dispozici gelová kolečka, podložky, polštáře a jiné pomůcky. Vždy se snažíme pacientům problémová

místa vypodložit. Nemůžu říct, že je to vždy perfektní a sem tam se nějaký otlak povede pacientovi vyrobit. Pacienti jsou dále chráněni různými záložkami a samozřejmě nulovou elektrodou. Ale nemohu souhlasit s tím, že je v průběhu výkonu kontrolováno jejich zabezpečení. Je opravdu velmi málo výkonů kde můžete kontrolovat zabezpečení pacienta během operačního výkonu. Vhodná poloha, přiložení nulové elektrody a zabezpečení pacienta se vždy kontroluje ještě před zahájením operačního výkonu. Zde musím říct, že tato situace je jednou z mála, na které se podílí celý operační tým včetně sálového sanitáře. U většiny operačních výkonů nelze kontrolovat pacientovo zabezpečení v průběhu operačního výkonu. Jeden z důvodů je i sterilita. Operační pole je poměrně široká oblast a tak by musel být pacient vždy po kontrole jeho zabezpečení v průběhu výkonu přerouškován, jelikož by neustále docházelo ke znesterilnění.

Z výzkumného šetření též vyplývá, že se všechny sestry s pochybením na operačním sále setkávají, ale také záleží na tom, o jaké jde pochybení. Mezi častá pochybení patří záměna léku (viz kategorie Nejčastější pochybení na operačním sále). Odpovědi, jsou zaměřeny na praxi a je velmi důležité, za jakých podmínek se událost stala a co k pochybení přispívá. Zde možná mohla být otázka rozdělena na pochybení systému a pochybení jedince. Odpovědi mohly být zajímavější. I pochybení, při kterých nedochází k poškození pacienta, jsou velmi cenná.

V publikaci Perioperační péče Wendsche říká (str. 42, 2012) „ o anesteziologické přístroje pečuje anesteziologická sestra, funkčnost všech přístrojů denně před zahájením operačního dne kontroluje sálový technik“. Kde tomu tak je tak tam se fakt sestry mají. U nás o ně výhradně pečují anesteziologické sestry a denně si je před zahájením programu kontrolují samy. Samozřejmě dochází ke každoročním servisním kontrolám. Ale pokud se s anesteziologickým přístrojem nic neděje, jeho kontrola je denně výhradně v rukách sester. Před lety pracovali na ARO technici, kteří se o anesteziologické a jiné přístroje opravdu starali, ne denně před operačním programem. Anesteziologické sestry, ale měly tu možnost, že pokud se něco stalo s přístroji nebo se jim na přístrojích něco nezdálo, zavolaly technikům a byla okamžitá možnost opravy přístroje. To byl pro sestry takový luxus, že technik měl tu možnost přijít ihned za námi na operační sál a překontrolovat danou věc. Opravdu super servis.

Nemůžu říct, že by se na operační sál takový sálový technik nehodil. I on by svým způsobem přispíval k prevenci pochybení. Dnes je praxe bohužel jiná. V případě nutnosti opravy anesteziologických přístrojů se musí servisní technik nejprve objednat a trvá několik dnů, týdnů, než se technik dostaví. Období, kdy byl technik součástí našeho oddělení, jsem zažila a musím říct, že je fakt škoda, že už tomu tak není. Další pro mne zajímavou a novou informací této publikace je informace o výměnách ústní roušky během operačního dne. Wendsche uvádí (str. 17, 2012) „*ústní roušky měnit nejpozději po dvou hodinách, vždy při zvlhčení či potřísnění biologickým materiálem*“. Pro mě naprosto nová informace. Nikdy jsem o tomto opatření neslyšela. Je samozřejmá výměna roušky při potřísnění, ale pokud nedojde k potřísnění nebo ke zvlhčení určitě nedodržujeme žádný časový interval pro výměnu ústní roušky.

Preventivní opatření nespočívají jen v pozorování pacientů, ale i v používání jednorázových pomůcek. Svým způsobem se jednorázové pomůcky podílejí také na úspěšnosti léčby. Dnes máme opravdu velkou dostupnost těchto pomůcek. Nejen hygienických, ale jsou k dispozici ve velkém množství jednorázové rukavice, ústenky, čepice, jednorázové rouškování i s nástroji, obličejové masky a mnoho dalších. Tyto pomůcky, kromě toho, že se též podílejí na preventivních opatřeních a slouží k prevenci proti přenosu infekcí, sestřám usnadňují práci, ale také patří k základům ošetrovatelské péče.

Na závěr diskuze jsem přemýšlela o preventivním opatření, které je společné pro všechny sestry pracující v jakémkoli oboru intenzivní péče. Napadl mne infuzní systém, hlavně přístup do infuzního systému. Dnešní moderní bezjehlové přístupy také hrají svou úlohu v preventivních opatřeních. I infuzní terapie může pro pacienta představovat života nebezpečnou komplikaci. Uzavřené bezjehlové systémy jsou účinným preventivním opatřením v prevenci proti nozokomiálním nákazám i katetrových infekcí. Sestřám umožňují rychlou a bezpečnou aplikaci léků bez rizika poranění se jehlou. Můžeme tedy hovořit i o bezpečnosti personálu. Velmi významnou komplikací, které právě těmito uzavřenými systémy také předcházíme nebo alespoň minimalizujeme je riziko, vzniku vzduchové embolie.

6. ZÁVĚR

Tématem této bakalářské práce byla prevence pochybení na operačním sále z pohledu anesteziologické sestry. Pochybení se stává stále aktuálnějším problémem ošetrovatelské péče. Byly stanoveny 3 cíle, které byly plněny v rámci kvalitativního výzkumného šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru a zpracovány technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír. Prvním cílem bylo zmapovat nejčastější pochybení ze strany anesteziologické sestry. Druhým cílem bylo zjistit, jak sestry předcházejí pochybení na operačním sále. Třetím cílem bylo zjistit, jak sestry pochybení vnímají.

Závěry bakalářské práce ukazují, že se bohužel téměř nikdo nestará o zpremedikovaného pacienta, kterého si anesteziologické sestry ani nepřebírají ve vstupním filtru operačního sálu. Další negativní zjištění bylo, že pacienta hodně ohrožuje nedostatek personálu. Sestry mají pocit, že se pořád někam chvátá a na pacienty nemají čas. Často zmiňovanou odpovědí byl právě nedostatek personálu. Sestry ví, co je na práci trápí, ale jejich trable nikoho nezajímají. Odpovědi anesteziologických sester se spíše ubírají negativním směrem. Pozitivní reakce se týkaly práce sester nad jejich kompetence, kde panovala i přes různé odpovědi jakási shoda. Sestry jelikož pracují v intenzivní a resuscitační péči, mají pocit, že musí být připraveni na jakékoli situace a proto se nebrání vyzkoušet si úkony nad rámec jejich kompetencí.

Anesteziologické sestry neboli sestry pro intenzivní péči mají zkušenosti, znalosti i dovednosti. Podle výsledků bakalářské práce je, ale nemají možnost uplatnit.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice, *Sestra*. 2007, **17** (3), 14-17. ISSN 1210-0404.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva, HAVELKOVÁ, Hana, JIČÍNSKÁ, Kateřina a kol., *Role sestry specialistky*, Brno, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 2 vyd. ISBN 978-80-7013-488-7.
3. CVACHOVEC, Karel, 2011. Nepodceňujme poanestetickou péči. *Zdravotnické noviny: Odborné fórum zdravotnictví a sociální péče*. Roč. 60, č. 31-32, s. 2-3.
4. ČSARIM, 2012. Doporučený postup před zahájením anesteziologické péče. In: Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. *Doporučené postupy*[online][cit. 2012-10-29]. Dostupné z: <http://www.csarim.cz/Public/csim/23-dp-kpzap-2012-06-12.pdf> *orné fórum zdravotnictví a sociální péče*. Roč. 60, č. 31-32, s. 2-3.
5. ČESKO, 2011. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Vyhláška 55/2011 § 54,55 sb*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, č. 20. Dostupné z: www.mzcr.cz
6. ČESKO, 2012. Metodika sledování a klasifikace nežádoucích událostí. In: *Věstník MZČR*, částka 8. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Dostupné z: www.mzcr.cz

7. HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4032-4.
8. CHLUMSKÝ, Jaromír, *Antikoagulační léčba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-90610
9. KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1830-9.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
11. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, Marie, BRABCOVÁ, Ivana. *Moderní metody v řízení*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
12. KRETZ, Franz- Josef a Frank TEUFEL, 2006. *Anesthesie und Intensivmedizin*. Heidelberg: springer. ISBN 3-540-62739-1.
13. LARSEN, Reinhard, 2004. *Anestezie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0476-6.
14. MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
15. MÁLEK, Jiří a kolektiv, 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3642-6

16. MIKŠOVÁ, Zdeňka a kolektiv. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
17. PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0
18. SOVOVÁ, Olga. *Zdravotnická praxe a právo: praktická příručka*. 1. vyd. Praha: Leges, 2011. 304 s. ISBN 9788087212721.
19. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
20. ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200s. ISBN 978-80-2472616-8.
21. ŠPICÁKOVÁ, Eva, 2008. Pacient na operačním sále. *Sestra*. Praha: Roč. 18, č. 1, s. 8, ISSN 1210-0401
22. ŠKUBOVÁ, Jarmila. *Zdravotníci nelékaři se obávají nového zákona*. [online]. Publikováno 22. 11. 2012. [cit. 11. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/28510>
23. ŠTRBOVÁ, Pavlína. 2013. *Lékové chyby v ošetrovatelství*. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2012, 27(1), 37-40. ISSN 1212-7973.
24. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

25. VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK, Jan. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006, 1. vyd. ISBN 80-247-1919-3.
26. VONDRÁČEK, Lubomír. - WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-3132-2.
27. VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK, Jan. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 30 s. ISBN 80-7262-392-3.
28. VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK, Jan. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
29. Weitz JI. Low molecular-weight heparins. *N Engl J Med* 2012; 337: 688–698.
30. VRÁTNÁ, Martina, 2012. *Prevence pochybení na operačním sále*. České Budějovice. Bakalářská práce. (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.
31. WENDSCHE, Peter, POKORNÁ, Andrea, ŠTEFKOVÁ, Ivana. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
32. WICHSOVÁ, Jana. Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 43-44.
ISSN 1210-0404.
33. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL, et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2099-9.

34. ZEMANOVÁ, Jitka, 2005. *Základy anesteziologie 2. část*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-430-5.

8. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Chirurgický kontrolní list

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru

Příloha 3 - Rozhovory

Příloha 1

Chirurgický kontrolní list

World Health Organization			SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)		
Before induction of anaesthesia		Before skin incision		Before patient leaves operating room	
SIGN IN		TIME OUT		SIGN OUT	
<input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED <ul style="list-style-type: none">• IDENTITY• SITE• PROCEDURE• CONSENT		<input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE		NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM:	
<input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE		<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM <ul style="list-style-type: none">• PATIENT• SITE• PROCEDURE		<input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED	
<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED		ANTICIPATED CRITICAL EVENTS		<input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)	
<input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING		<input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?		<input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)	
DOES PATIENT HAVE A:		<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?		<input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED	
KNOWN ALLERGY?		<input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?		<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT	
<input type="checkbox"/> NO		HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES?			
<input type="checkbox"/> YES		<input type="checkbox"/> YES			
DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?		<input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE			
<input type="checkbox"/> NO		IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?			
<input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE		<input type="checkbox"/> YES			
RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)?		<input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE			
<input type="checkbox"/> NO					
<input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED					

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

Zdroj:

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. Patient safety: WHO surgical safety checklist and implementation manual. World Health Organization [online].

2008 [cit. 2015-04-28]. Dostupné z:

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/ss_checklist/en/

PŘÍLOHA 2

Otázky k rozhovoru

- 1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

- 2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

- 3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli?

- 4) Dá se tomuto nějak předcházet?

- 5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

- 6) Jak tato pochybení vnímáte?

- 7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

- 8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

- 9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

- 10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

- 11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

PŘÍLOHA 3

SESTRA 1

1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

1 Pacienta si přebíráme od sestry příslušného oddělení, musím podotknout, že vždy není
2 anesteziologická sestra předávání přítomna. Pokud jsem přítomna, dá se říct, že ihned
3 navazuji komunikaci s pacientem. Dle dokumentace a identifikačního náramku ověřuji
4 jméno, příjmení, datum narození, přítomnost alergií, a pokud jde o plánovaný výkon
5 tak mne zajímá, zda je pacient lačný. Pokud jsou tyto informace pro mě jako sestru
6 příznivé, přistupuji k převozu na operační sál nebo předsálí.

2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

7 Bohužel zde hraje velkou roli časový faktor. Operační programy jsou narvaný
8 k prasknutí. S čím operatér vůbec, ale vůbec nepočítá, jsou komplikace, které může
9 anesteziologický tým mít při probouzení pacienta. I on potřebuje čas na svou práci. A
10 operátéra, když svůj výkon končí, zajímá pouze, zda máme připraveného dalšího
11 pacienta. Anesteziologické sestry by se dle správných postupů neměly starat o
12 dalšího pacienta, pokud ten před, není předán na příslušný pooperační pokoj.
13 Často dochází k tomu, že si sestry na příkaz lékaře právě dalšího pacienta zavolají,
14 ten přijede a na operačním sále se začíná budít a to musí být sestra přítomna,
15 pacienta, většinou s premedikací si přebírá sanitář a zaparkuje ho na chodbě.

3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsálí?

16 Na předsálí? To je fakt silné slovo pro některé operační obory. Předsálí určené pro
17 pacienty je v některých operačních oborech jako skladiště pomůcek. Pacienta,
18 kterého není možné vzít ihned na operační sál tak leží na chodbě a anesteziologická

19sestra si pokud to její čas dovolí, odskakuje se na něj na chodbu dívat. Je to tady
20tak nastavený. Je opravdu málo oddělení, kde si předáváme pacienta za pacienta.

4) Dá se tomuto nějak předcházet?

21V současných podmínkách a v tomto provozu ne, vznikaly by mezi operacemi velké
22prostoje, které nejsou akceptovány. Možná kdyby někdo z vyšších pozic, tím nemám
23na mysli primáře ani vrchní sestru oddělení, chtěl strávit na určitých operačních
24sálech jeden pouhý den a viděl to tam, třeba by ke změně časem došlo. Ale volání
25sester nikoho nezajímá. Je až s podivem když se v současné době má hlásit každé,
26byť malé pochybení toto nikoho nezajímá. Je to celé chyba systému, ne jednotlivce.
27Zda se dočkáme změny s centralizací operačních sálů, nevíme, ale doufáme v to.

5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

28Jako nejčastější pochybení bych ze svého pohledu uvedla záměnu léku, tedy
29medikační pochybení. Já osobně si musím dávat velký pozor na dva léky. Jeden je
30Syntostigmin a druhý je Syntophyllin. Oba tyto léky se mohou podávat na konci
31operace, a co si budeme nalhávat i únava dělá své. Velmi důležité je, aby sestra
32při záměně léků toto pochybení oznámila lékaři. Na vše se dá zareagovat, ale lékař
33musí vědět, proč se daná situace, která se stala kvůli záměně léků děje. Osobně se
34bojím ještě jedné věci a tou je bezpečnost pacientů po operačním zákroku, v době
35kdy se probouzejí. Jsou na úzkém operačním stole, jsou sice připoutaní, ale mám
36pocit, že je to nedostatečné. Chybí mi tam jedna stálá síla a tou je sanitář, který by
37s anesteziologickým týmem měl být od začátku buzení až po předání pacienta. Ne
38každý se vzbudí do klidu. Sanitáři pacienty poutají, ale musejí odejít i na jiný sál a
40přijdou až k odvozu pacienta. Dostatkem personálu se dá předcházet pochybením.

6) Jak tato pochybení vnímáte?

40Je to vždy nepříjemná situace, která Vás někam posune. Dáváte si víc pozor. Musím
41říct, že za svou více jak dvanáctiletou praxi na operačním sále jsem se nesetkala se
42situací, kdyby za sesterským pochybením stála smrt pacienta.

7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

43 Za sebe musím říct, že chodím včas na operační sál, chci mít dostatek času na **44** přípravu a kontrolu pomůcek.

8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

45 Myslím, že pacienta nejvíce ohrožuje nevědomost. Po tolika opatření, které se mají **46** dělat, se dodnes stává, že pacient není informován o tom, co se s ním bude dít. A to **47** mě nepřísluší vůbec rozebírat, že pacient není informován o operačním zákroku. Ví, **48** že bude operován, ale operatér s ním nemluvil.

9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

49 Sestry dělají spousty věcí, které dělat nemají, záleží na tom, co vyžaduje momentální **50** situace.

10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

51 Z nefunkčnosti celého týmu, at' jsou to už osobní či pracovní problémy.

11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

52 Záleží na tom, o jaké pochybení jde. Například, že dám pozdě antibiotika? Že **53** nemám blbých 20 minut na to, aby vykapaly na operačním sále před výkonem? To **54** fakt nemám. A proč je nemám? Protože chvátáme!!! Tak je klidně dám, až po uspání **55** pacienta a operatér jde operovat a taky nepočká 20 minut, aby pacienta pokryla. A **56** pochybení je na světě. Toto zrovna nikdo neřeší.

SESTRA 2

1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

- 1 V případě, že se mohu vzdálit z operačního sálu, přebírám si pacienta **osobně**,
2 kontroluju totožnost pacienta a přebírám **informace od sestry** z příslušného oddělení.
3 Jestliže se ze sálu vzdálit nemohu, předává sestra pacienta **sanitářovi**, který ho
4 přiveze k sálu a nechá ho tam samotného. Není povinností sanitáře se o něj starat.

2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

- 5 Anesteziologická sestra nemusí mít v dané chvíli možnost opustit operační sál. Záleží
6 na momentální **situaci** v rámci právě probíhajícího výkonu. Nastává např. **buzení**.
7 Řešení **komplikací**. Nemůžu být na dvou místech.

3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli?

- 8 Pacienta kontroluje **anesteziologický tým**, který ovšem může zároveň jiného pacienta
9 probouzet. Čili kontrola není soustavná, spíše **náhodná**.

4) Dá se tomuto nějak předcházet?

- 10 **Nenavázet** pacienty dříve než se předá předchozí pacient po operaci. Nebo větším
11 počtem **personálu**.

5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

- 12 Patří sem **záměna pacientů** se **stejným příjmením**, záměna **podávaných léků**, podání
13 nesprávného **množství léku**, myslím tím záměnu mililitru za miligram, nedodržování
14 **hygienických** předpisů, tím mám na mysli hygienu rukou a používání **rukavic**.

6) Jak tato pochybení vnímáte?

- 15 Záleží, o jaké pochybení jde a co z něj vzejde.

7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

16Popisky léků ihned po natažení léku, komunikace s pacientem na operačním sále,
17ikdyž se po několikáté ptáme na alergie, zubní protézy a jiné. Pacientům je to
18protivné, ale je to rutina.

8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

19Pacienti ohrožují sami sebe, aniž by o tom věděli. A to si to ještě podepíšou.
20Podepíšou a na operačním sále Vám řeknou, když se ptáme na souhlasy. „Dali mi
21něco podepsat tak jsem to podepsal, co mi zbývá“. Dál řeknou, že s nimi nikdo
22nemluvil. Často se stává, že operatér s nimi mluví až na operačním sále.

9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

23Já bych toto neviděla až tak *tragicky*, co se týká operačních sálů. Pracujeme
24v intenzivní a resuscitační péči tak si i chceme nějaké věci vyzkoušet. Určitě, si
25každá z nás vyzkoušela intubaci. Nenutí nás. Když si chceme něco vyzkoušet a
26pacient není příznivý, nepustí nás k tomu.

10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

27Z toho, že pokud mám 24hodinovou službu, tak že ji strávím celou na operačním sále.
28A že se to už povedlo.

11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

29Malá pochybení se neřeší, řeší se až nějaké nevratné poškození pacienta. To jsem
30nikdy nezpůsobila. A žádné velké pochybení poškozující pacienta sestrou na
31operačním sále jsem nezažila.

SESTRA 3

1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

1 Většinou pacienta ve vstupním filtru nepřebíráme. Přebíráme pouze velmi těžké případy.

2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

2 Protože většinou nemá čas.

3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli?

3 Stará se anesteziologická sestra, která, ale zároveň má práci na sále s předchozím

4 pacientem, takže pacient s premedikací není pod stálým dohledem.

4) Dá se tomuto nějak předcházet?

5 Navázat pacienta na sál až po předání předchozího zpět na oddělení.

5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

6 Úplně nejčastěji je to právě to, že si pacienta osobně nepřebíráme od sestry z oddělení.

6) Jak tato pochybení vnímáte?

7 Vše je o komunikaci. Umět pochybení přiznat. Je to nepříjemná záležitost, která se

8 většinou děje ve spěchu věci dělaných automaticky.

7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

9 Čím dál, tím více používáme jednorázové pomůcky, denní kontrola pracoviště,

10 anesteziologického přístroje.

8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

11Rozdělila bych tuto otázku na děti a dospělé. Dětem je věnována maximální
12pozornost. S dětmi si na předsáli i pohrajeme, máme k dispozici knížky, velké
13plyšáky a jiné hračky větších rozměrů. Snažíme se je zabavit. Dítě má téměř vždy
14doprovod na sál i ze sálu lékaře, sestry a sanitáře. U dospělých pacientů se toto
15neděje. Dalo by se říci, že pacienta už poškozují samotný příjezd z oddělení.

9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

16Myslím si, že na operačním sále se úplně nedá hovořit o překračování kompetencí
17sester. Tato otázka, by se lépe hodila na sestry ze standardních oddělení.

10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

18Stresujícím faktorem je arogantní doktor.

11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

19Záleží na konkrétní situaci. Že dám málo nebo víc léku je taky pochybení. Oznámím
20to lékaři nebo si toho sám všimne a nijak to neřešíme. Pouze mezi s sebou.

SESTRA 4

1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

1Pacienta si ve většině případů nepřebírám. Pacienta identifikuji těsně před operačním
2výkonem a to komunikací s ním. Porovnávám údaje v dokumentaci s identifikačním
3náramkem a barvu náramku. Záměny pacientů se snad v naší nemocnici na
4operačních sálech nestávají, opravdu o nich za několik let zpět nevím. Ale často se
5stávají případy, že pacient je z operačního sálu odvezen zpět na oddělení bez
6provedeného operačního výkonu. Bohužel se stává, že na sále se zjistí, že pacient se
7před plánovaným výkonem jedl nebo se napil. Kdybych byla schopna si tyto
8informace zjistit ihned při předání pacienta, předešla bych tím mnoha komplikacím.

2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

9 Protože je všechno špatně naplánované, pořád se někam chvátá.

3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli?

10 Nikdo, někdy se modlím, aby po mě nic nechtěl a nic mu v tu chvíli nebylo. Pacienti

11 k výkonu, jsou přivázeni v dost nevhodnou dobu. A to v čase kdy budíme předešlého

12 pacienta a u buzení musí být sestra přítomna, nemůže se starat o jiného pacienta.

4) Dá se tomuto nějak předcházet?

13 Asi dá, ale není možná velmi jednoduchá domluva: pacienta za pacienta.

5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

14 Na operačním sále se vyskytují taková pochybení, jaká nám tento systém připravil. Je

15 to např. minimální komunikace s pacientem. Hlavně at' je rychle uspáno, at' se

16 může zase „řezat“. Pořád se někam chvátá.

6) Jak tato pochybení vnímáte?

17 Říkám si, hlavně at' se mi nic nestane. Mnohokrát přišel operatér k plánovanému

18 výkonu a pacienta viděl až na sále. Hrůza!

7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

19 Přibývá různých věcí, techniky. Super věci jsou pro pacienty vyhřívací podložky pro

20 několikahodinové operace. Nyní máme nový ohřívač infuzních láhví. Na sálech je

21 zima tak tyto věci jsou fakt super.

8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

- 22** Pacienty nejvíce ohrožuje nedostatek personálu. A po operačních výkonech je
- 23** pacient nejvíce ohrožen nepřítomností lékaře na pooperačním pokoji. S tím též
- 24** souvisí nedostatek personálu.

9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

- 25** Někdy je to ku prospěchu věci, měli bychom se učit a zkoušet si jako sestry v akutní
- 26** péči třeba zajišťování dýchacích cest, intubaci. To by měla umět každá z nás.

10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

- 27** Nejhorší co Vás na sále může potkat je arogantní doktor, ať už anesteziolog nebo
- 28** operatér. Stresuje všechny. Ať si své problémy nechá doma, chudáček.

11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

- 29** Pochybení se na operačním sále vyskytují denně. Třeba nedoplňování pomůcek.
- 30** Když Vám chybí odsávačka při úvodu do anestezie, můžete si to jít hodit. Je to
- 31** velký problém. Tyto věci si řešíme mezi sestrami. Každá uděláme chybu.

SESTRA 5

1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

- 1** Ve většině případů si pacienta vůbec osobně nepřebírám, jen děti si přebíráme
- 2** společně s lékařem. Když si pacienta přeberu, zeptám se na jméno, zda je
- 3** premedikován a má s sebou na sál antibiotika či jiné léky.

2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

- 4** Pokud se pacient navází dřív, než se ten pacient před ním vzbudí, tak po domluvě
- 5** s lékařem si jdu pacienta převzít. Když lékař není na sále přítomen, nemohu ze sálu

6 odejít a pacienta si přebere sanitář. Je zde málo personálu a ti co už roky čekají před **7** branami nemocnice, stále nebyli přijati. Anebo už tam nestojí?

3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli?

8 Většinou nikdo. Když to čas dovolí tak na něj občas koukneme.

4) Dá se tomuto nějak předcházet?

9 Momentálně nedá, ten personál by to chtělo!

5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

10 Záměna pacienta – nekontroluji si jmenovku a dokumentaci. Nedodržování zásad

11 sepsy a asepsy, špatné ředění léků, špatně podané množství léků, záměna léků za

12 jiné, neodebraná anamnéza, nevhodné chování sestry.

6) Jak tato pochybení vnímáte?

13 Nemělo by se to stávat, je to selhání nejenom sestry.

7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

14 Je to především kontrola pomůcek.

8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

15 Pacienta nejvíce ohrožuje režim nemocnice, odoperovat a rychle jít domů!

9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

16 Nemyslím si, že se překračování kompetencí dotýká sester z operačních sálů.

10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

17 Největší strach mám z únavy. Ale ne při běžné směně, při službě, která trvá 24 hodin!

11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

18 Dítěti jsem dala větší množství opiátů, než jsem měla. Oznámila jsem to lékaři, ten **19** odpověděl, že si s tím poradíme. Musí se to říct. Řešili jsme to pouze spolu.

SESTRA 6

1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

1 Je velmi málo oddělení, kde jsme jako anesteziologické sestry přítomni předávání **2** pacienta. Pacienti i s premedikací jsou předáváni sanitářům. Pacienta by si mohla **3** přebrat přeci i perioperační sestra, ale toto není zvykem.

2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

4 Moc výkonů, ale prý se málo operuje. Když jsou pacienti z jedné stanice tak se **5** snažíme je měnit „kus za kus“. I sestry z oddělení na nás řvou, že nehodlají lítat tam **6** a zpět. Ale to si opravdu musejí vyřídit se svými lékaři, vždyť právě jejich lékař - **7** operatér chce mít navezeného pacienta dopředu. Nechápu, stejně si ho nevšímá.

3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli?

8 Anesteziologická sestra nebo lékař odbíhají z operačního sálu a sledují pacienta, **9** pokud to jde.

4) Dá se tomuto nějak předcházet?

10 Sestry navíc. Domluva s některými operatéry téměř nemožná.

5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

11 Lačnost, dostatečně vysvětlit pacientům co to je být lačný. Stále je v povědomí lidí, že **12** lačný je být hladový, ale myslí si, že pít můžou. Stále častěji se objevuje bílý náramek **13** při alergií!! A dalším častým pochybením je ponechání zubní protéz v ústech.

6) Jak tato pochybení vnímáte?

14 Už to nevnímám jako pochybení, z věcí, které jsem vyjmenovala, se stává **standard**.

15 Musíte si dávat pozor na čím dál, tím víc věcí. Je to divný, když se neustále vymýšlí

16 tolik opatření proti různým pochybením. Asi myslíme hlavně na to, abychom měli

17 všude razítka, aby našli viníky. Na důležité věci, které by měli ochránit pacienta, se

18 trochu zapomíná. Je to samý papír a pacienti někde pod nimi.

7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

19 Mezi velmi důležité preventivní opatření, které se týká pacienta i sestry samotné je

20 několik letá **praxe na lůžkovém oddělení ARO**.

8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

21 Samozřejmě pacienta nejvíce ohrožuje **personál**, zejména jeho **nedostatek**.

9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

22 Alespoň u nás si myslím, že **nepřesahují**. Ale zároveň si myslím, že o nějaké

23 **navyšování kompetencí nestojíme**.

10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

24 Největší strach mám z **dětské resuscitace**.

11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

25 Také záleží na tom, co tím pochybením **způsobím**. Někdy **nic nezpůsobím**, jen si třeba

26 naliju jiný dezinfekční roztok, než mi povolila daný měsíc používat hygiena. Někdy

27 můžu pacienta i **zabít**.

1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

1Jsem ráda, že si ho nepřebírám, asi bych měla, ale ono to stejně v těchto podmínkách
2sálů nejde. S pacientem komunikuji, až když je navezen na operační sál. Pro
3současné zdravotnictví jsem asi příliš zkušená a asi už stará. Zeptám se já, kam se
4vytratila komunikace, která byla mezi sestrami dřív? Nemyslím tím minulé století, ale
5pouhých 10 let. Pokud přijede s pacientem mladá sestra po škole, stejně nic neví, nic
6nepředá a pokud se zeptám, jsem špatná já. Z tohoto mého mínění vynechávám sestry
7ARO a JIP ty ví dost a ráda od nich pacienta přebírám, dozvíte se, aniž kladete otázky.

2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

8Asi se k tomu nějak nechci vyjadřovat, jaký dohled má být nebo nemá být. O tom už se
9řeklo i napsalo mnoho, ale nikam to nevede. Nejsou stanovena jednoznačná pravidla,
10každý si něco co bylo řečeno nebo napsáno vykládá po svém.

3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli?

11O pacienty se přeci v našem moderním zdravotnictví nikdo nestará. Ale hlavně, ať
12máme všude razítko, že tomu tak je. A na předsáli tomu není jinak.

4) Dá se tomuto nějak předcházet?

13Ale jistě, že dalo, ale nechce se. Zvýšením počtu personálu.

5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

14Z vlastní zkušenosti je to strávení pracovní doby na operačním sále i 20 hodin. A to
15po Vás někdo chce nějaký výkon? I řidiči autobusu, kteří ovšem také mají
16odpovědnost za lidské životy, mají po 4 hodinách povinnou pauzu a to se ještě musejí
vystřídat.

6) Jak tato pochybení vnímáte?

17Unaveně, ještě nám seberou hodiny, které jsme, ale strávily v práci, neuvěřitelné!

7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

18Preventivních opatření je mnoho, ale nedají se všechna dodržovat. Ten provoz je tak

19velký, že fakt všechno nemůžete plnit. Hlavně, ať mám všechny pomůcky, popsané

20léky a znám jejich gramáž.

8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

21Spíš bych řekla, co ho nejvíce ohrožuje a může poškodit. Jeho život ohrožuje

22nedostatek personálu a poškodí ho ti, co nestíhají pro ten nedostatek svou práci a

23nemají na pacienty čas. Ohrožení jsou svým způsobem všichni, co podstupují nějaký

24operační zákrok. Ale na druhou stranu mají na operačním sále maximální zajištění

25a péči co pacient může mít.

9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

26Jako sestra nesu odpovědnost za ošetrovatelskou péči. A pokud po mě chce doktor

27něco, co k mé kompetenci nepatří? Záleží na momentu. Jsme v akutní péči, musíme

28být připraveni na vše.

10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

29Obavy mám z anesteziologa, který neví, co chce.

11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

30Osobní zkušenost mám, ale je to situace od situace a nemusí jít vždy o poškození pacienta.

1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

1V naší nemocnici je personální podstav, takže sestry nemají čas chodit pro pacienty.

2Přebíráme si pouze pacienty ve špatném stavu a děti.

2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

4Protože operatér, který ovšem ještě operuje nebo dokončuje operaci, musí mít

5navezeného pacienta dopředu. Proč tam pacienta potřebuje mít to nevím. A sestra

6nemůže být na sále a ještě v operačním filtru najednou.

3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli?

7On tam chudák leží plný strachu a úzkosti sám, to čekání musí být pro něj nekonečné a

8v tu chvíli by byl určitě rád, kdyby s ním někdo mluvil a řekl mu, co bude následovat,

9ale to vždy nevyjde. Většinou je na chodbě sám.

4) Dá se tomuto nějak předcházet?

10Ano, dá. Dostatkem kvalifikovaného personálu.

5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

11ARO má k dispozici vysoce kvalitní techniku, takže v tomto směru bych řekla, že

12k pochybení nedochází. Myslím si, že velkým pochybením, které se dotýká i

13operačních sálů je nedostatek středního a nižšího personálu. A mezi denní

14pochybení na operačním sále bych zařadila úklid operačního sálu po operaci před

15navezením dalšího pacienta. Velkým úskalím jednoho operačního oboru jsou postele,

16které se přiváží z oddělení přímo na operační sál a pacientky jsou po probuzení dány

17rovnou do postele, která ovšem stojí hned vedle operačního stolu.

6) Jak tato pochybení vnímáte?

18 Že se všude a hodně mluví jen o sestrách a jejich pochybení. Ale tady chybují úplně
19 všichni. I operatéri, někteří vidí pacienta poprvé až na sále. Mezi velké pochybení
20 bych zařadila velmi špatné vybavení našich odloučených pracovišť. Je to poučení.

7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

21 Velké množství různých druhů dezinfekcí, jednorázové pomůcky, zajištění proti pádu
22 pacienta z operačního stolu, zabránění popálení pacienta přiložením neutrální
23 elektrody, znalost léků a jiné.

8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

24 Řekla bych, že pacienta nejvíce ohrožuje pobyt na předsáli po operačním výkonu.
25 Někteří pacienti zde zůstávají, jelikož anesteziolog ještě není přesvědčen o to, že by
26 pacient mohl být předán zpět na oddělení. Ale zároveň, se musí už uspat jiný pacient.
27 Není zde prostor a síla pro hlídání takovýchto pacientů. Pacient, který leží na
28 předsáli, je sice monitorovaný, ale leží na úzkém operačním stole, hrozí, že spadne.

9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

29 Sester se nikdo neptá, co chtějí. A když doktor chce něco nad můj rámec, někdy to
30 udělám. Odpovědnost má on.

10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

31 Velkým stresorem je nedostatek času, arogance, neochota. A tím myslím celý
32 operační tým. Tohle když se sejde v jednom týmu, chce se Vám utéct. A když
33 neutečete tak se v tom fakt perfektně pracuje!!

11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

34 Osobní zkušenosti mám se špatným doplňováním pomůcek po ukončení operačního
35 programu. Je to nepříjemné ve chvíli, kdy jdete na sál s velmi akutní věcí.

SESTRA 9

1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

1 Určitě by měl být pacient náležitě informován ve filtru, co s ním bude dál. Ale je **2** sanitářem uložen na operační stůl a odložen většinou na chodbě nebo na předsáli. A **3** čeká. Nejsem vždy u předání pacienta. Vždy pouze u vážných případů.

2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

4 Špatná organizace, špatná domluva. Málo personálu.

3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli?

5 Chudáci pacienti, určitě by stoupla důvěra mezi pacientem a operačním týmem, kdyby **6** se o ně někdo z týmu staral.

4) Dá se tomuto nějak předcházet?

7 Ať je pověřená kvalifikovaná osoba, která se o tyto záležitosti bude na operačním sále **8** starat. A nemusí to být anesteziologická sestra.

5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

9 Z pohledu anesteziologické sestry je největším pochybení lékař, který je na pracovišti **10** měsíc a chodí uspávat bez dozoru atestovaného lékaře. Mezi nejčastější pochybení **11** anesteziologické sestry na operačním sále je podání špatného množství léku.

6) Jak tato pochybení vnímáte?

12 Jsme lidské bytosti, které chybovat budou. Jelikož pracujeme samostatně, každá si **13** odpovídáme za to své a nemůžeme se schovat za kolektiv. Řekla bych, že se každá

14 z nás připravuje pečlivě. Myslím si, že každá sestra, která nějak chybuje, si
15 uvědomí, proč k tomu došlo. Arogantní lékaři mají značný podíl na pochybení sester.

7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

16 Pokus se jedná o plánovanou operaci tak je velkým přínosem anesteziologická
17 ambulance, pacient by měl z této ambulance přijít na operační sál vyladěný. Takže
18 určitá prevence je ještě před vstupem na operační sál. Pro nás jsou důležité
19 alergie, lačnost, zubní protézky, jiná onemocnění.

8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

20 Pacienti jsou velmi a často ohroženi podchlazením. V operačních prostorech i na
21 předsálích je zima.

9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

22 Záleží na situaci, ve které se právě nacházíte. V akutní péči překročením kompetencí
23 můžete i pomoci.

10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

24 Největší strach mám z toho, že nenajdu klíče od lékárny, která musí být podle
25 nějakých předpisů uzamčená i na těch nejakutnějších sálech! Kdo tohle vymyslel,
26 by měl jít za mřížemi! Kdo toto vymyslel, ten nejvíce ty pacienty ohrožuje!

11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

27 Každá z nás se setkala s nedoplněnými pomůckami na operačním sále. Je to
28 nepříjemné hlavně v noci a na místech kde si není možné pro pomůcky dojít. Toto
29 si řešíme mezi sebou. Děje se to stále.

1) Jakým způsobem si přebíráte pacienta ve vstupním filtru k operačnímu výkonu?

1 *Kontrola dokumentace, identifikační náramek a znovu se zeptám pacienta. Pokud, **2** *ale nejsem u předávání, toto vše probíhá až na operačním sále.**

2) Zmínila jsi, že pokaždé anesteziologická sestra není přítomna při předávání pacienta z oddělení na operační sál. Proč tomu tak je?

3 *Někdy předešlého pacienta probouzíte, musíte být k ruce anesteziologovi.*

3) Kdo se stará o pacienta, který čeká na operační výkon a leží na předsáli?

4 *Musím se přiznat, že téměř nikdo, pokud probouzíte, není čas se starat o jiného pacienta.*

4) Dá se tomuto nějak předcházet?

5 *Nesměli bychom pacienty navážet dřív, tak jak je tomu zvykem. Ne na všech **6** *odděleních to takto funguje, ale na většině ano.**

5) Jaká nejčastější pochybení se na operačním sále vyskytují?

7 *Pokud se to týká sesterského pochybení tak asi záměna léku za jiný lék. Špatná kontrola pomůcek.*

6) Jak tato pochybení vnímáte?

8 *To Viš, že to naštve, hlavně co se týká těch pomůcek. U léku se to musí oznámit lékaři.*

9 *Je třeba ihned zareagovat.*

7) Jaká preventivní opatření na operačním sále používáte?

10 *Preventivních opatření se používá stále víc a víc. Dezinfekce, jednorázové pomůcky,*

11 *pacienti jsou někdy naštvaní, že se jich pořád dokola ptáme, jak se jmenuje, jestli má*

12 *alergie, většinou odvětlí je to vše v papírech. Je jim to protivné.*

8) Jaké faktory nejvíce poškozují pacienta na operačním sále?

13 Pacienta ohrožuje množství výkonů, které se musí za směnu udělat, kdyby jich bylo
14 méně, mohli bychom se i těm pacientům věnovat.

9) Přesahují některé činnosti sestry na operačním sále rámec kompetencí sester?

15 Kompetence sester se překračují a překračovat budou. Ale sester z operačních sálů
16 se toto asi moc netýká.

10) Z čeho máte na operačním sále největší strach?

17 Nemůžu říct strach, ale jistý respekt mám z dětských pacientů.

11) Jaká je Vaše osobní zkušenost s pochybením?

18 Moje osobní zkušenost je ta, že se to nějak urovná a jede se dál.