

Pacient v perioperační péči – prevence rizik

Petra Poulíková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Poulíková**
Osobní číslo: **H11645**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Pacient v perioperační péči – prevence rizik**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu.

Vymezit pojmy a teoretická východiska v oblasti perioperační péče, kvality, standardů, rizik v ošetrovatelské perioperační péči a doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO).

Připravit metodiku průzkumné části.

Realizovat průzkum v oblasti ošetrovatelské perioperační péče.

Zpracovat, vyhodnotit a interpretovat získaná data.

Prezentovat výsledky šetření, navrhnout doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. Ošetrovatelská perioperační péče. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-543-3.

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

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

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. Perioperační ošetrovatelská péče. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHISOVÁ, Jana. Sestra a perioperační péče. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.

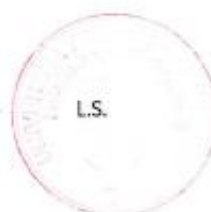
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Eva Hrenáková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálková, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14. 2. 2014

.....


¹⁾ Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně poznámkopisné a výsledky obhajoby prostřednictvím databáze kvalitativních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, sděje-li někdo za účelem příněho nebo nepříněho hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školské dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školské dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na zmnožení licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Osoba-N autor takového díla ušléti svolení bez vnitřního důvodu, nahov se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ústavorení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li jednáno jinak, může autor školního díla své dílo ušléti či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jin autor školního díla z vjádřila jin dazněného v rovnakosti s nžitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přiměřeně k vjádř vjádřila dazněného školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z ušléti školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bezpečnost pacienta je jednou z hlavních priorit ošetrovatelské péče. Bakalářská práce je zaměřená na perioperační ošetrovatelskou péči, na možná rizika, kterým je pacient v perioperačním období vystaven a na mechanismy, které by mohly těmto rizikům nežádoucích událostí zabránit.

Teoretická část vymezuje pojem perioperační péče, perioperační sestra a zaměřuje se na celostní péči o pacienta v perioperačním období. Vysvětluje pojem a význam akreditace zdravotnických zařízení a standardů ošetrovatelské péče. Identifikuje rizika nežádoucích událostí v rámci perioperační ošetrovatelské péče. Dále zmiňuje systémová opatření MZČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky), která vedou k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů i kvalitě poskytované zdravotní péče. Neopomenutelnou oblast teoretické části představuje pak projekt WHO (Světová zdravotnická organizace), který se zabývá bezpečím pacientů a jehož výsledkem je Surgical Safety Checklist (Chirurgický bezpečnostní list), jako doporučený postup bezpečnostního procesu na operačních sálech.

Praktická část je zpracována metodou kvantitativního průzkumného šetření, které je realizováno formou dotazníků. Cílem tohoto šetření je zjištění, zda a jak perioperační sestry provádějí bezpečnostní proces na operačních sálech a zajišťují bezpečnost pacienta.

Klíčová slova: perioperační péče, edukace, akreditace, standard, riziko, Chirurgický bezpečnostní list

ABSTRACT

Patient safety is a top priority of nursing care. In my thesis I focus on perioperative nursing care and also possible risks which is the patient exposed to in the perioperative period and on the mechanisms which could prevent these risks of undesirable consequences.

The theoretical part specifies such terms as perioperative care and perioperative nurse. It also focuses on total patient's care during perioperative time. It explains the concept and importance of accreditation of medical institutions and standards of nursing care. It identifies the risk of adverse consequences within the perioperative nursing care. The theoretical part also mentions system measures of the Ministry of Health in the Czech Republic which is designed to ensure higher level of patient's safety and quality of provided health care. An important area in the theoretical part is introduced by the project of the WHO (World Health Organization) which occupies with safety of patients and results in the Surgical

Safety Checklist (surgical safety data sheet) the recommended procedure of the safety process at the operating theatre.

The practical part is processed by using a method of quantitative research which is made as standardized questionnaires. The aim of this survey is to find out whether and how perioperative nurses perform safety process at operating theatre and provide patient's safety.

Keywords: perioperative care, education, accreditation, standard, risk, Surgical Safety Checklist

Děkuji PhDr. Evě Hrenákové za odborné vedení mé bakalářské práce a za poskytnutí cenných rad. Poděkovat bych chtěla také svému manželovi a dcerám za trpělivost, toleranci a pomoc během mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 POJEM PERIOPERAČNÍ PÉČE	14
1.1 ROLE SESTRY V PERIOPERAČNÍ PÉČI	14
1.1.1 Perioperační sestra a tým	15
1.1.2 Kompetence perioperační sestry	16
1.1.3 Zátěž – pracovní podmínky.....	18
1.2 ETAPY PERIOPERAČNÍ PÉČE	19
1.2.1 Perioperační období z pohledu pacienta	19
1.2.1.1 Předoperační etapa.....	20
1.2.1.2 Intraoperační etapa.....	21
1.2.1.3 Pooperační etapa	21
1.2.2 Perioperační období z pohledu perioperační sestry	21
1.2.2.1 Předoperační etapa.....	22
1.2.2.2 Intraoperační etapa.....	22
1.2.2.3 Pooperační etapa	23
2 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ	25
2.1 SYSTÉMOVÉ MODELY ZVYŠOVÁNÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE	25
2.2 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	25
2.3 OŠETŘOVATELSKÉ STANDARDY	26
2.4 OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT.....	28
2.5 AKREDITACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	29
2.5.1 Výhody akreditace	29
3 RIZIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE	31
3.1 ZÁMĚNA PACIENTA	31
3.2 ZÁMĚNA OPEROVANÉ STRANY	32
3.3 ZAPOMENUTÝ NÁSTROJ, ROUŠKA V TĚLE PACIENTA	32
3.4 INFEKCE V MÍSTĚ CHIRURGICKÉHO VÝKONU	33
3.5 ALERGIE.....	33
3.6 ZÁMĚNA ČI ZTRÁTA BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU	34
3.7 PÁD Z OPERAČNÍHO STOLU, PARÉZA Z NESPRÁVNÉ POLOHY NA OPERAČNÍM STOLE	34
3.8 PODCHLAZENÍ PACIENTA	35
3.9 DEKUBITY	35
3.10 POPÁLENÍ PACIENTA, VZPLANUTÍ OHNĚ V OPERAČNÍM POLI	36
4 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST	37
4.1 HLÁŠENÍ NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI.....	37
4.2 PREVENCE NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ.....	39
4.3 SYSTÉMOVÁ OPATŘENÍ MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY	40
5 SURGICAL SAFETY CHECK LIST	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	44

6	KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ	45
6.1	CÍLE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	45
6.2	METODA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A KONSTRUKCE DOTAZNÍKU	45
6.3	ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	46
6.4	METODIKA ZPRACOVÁNÍ DAT.....	46
7	VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA	47
8	DISKUSE	91
	ZÁVĚR	100
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	102
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	107
	SEZNAM GRAFŮ	108
	SEZNAM TABULEK.....	109
	SEZNAM PŘÍLOH.....	110

ÚVOD

Každé zdravotnické prostředí, zejména prostředí nemocniční, je plné rizik nežádoucích událostí, které musíme minimalizovat, nebo lépe – musíme jim předcházet, a tím pacientovi poskytnout co nejlepší a nejbezpečnější péči. Jakékoliv pochybení zdravotníků, které je nejrůznějšími médii přenášeno mezi laickou veřejností, budí vždy velký zájem a má vždy negativní vliv na zdravotnické zařízení, ve kterém k nežádoucí události došlo.

Na perioperační sestry jsou v dnešní době kladeny stále zvyšující se požadavky. Přispívají k tomu nové operační postupy, při kterých se využívá nejmodernější technika, kladou se požadavky na kvalitu ošetrovatelské péče a zapojení sester do celého procesu při ošetrování nemocných, ne pouze účast při operacích. Perioperační sestry se musí neustále vzdělávat, sledovat dění a novinky v oblasti perioperační péče a svou erudicí, kritickým myšlením a využitím vlastního „intelektuálního kapitálu“ dobře reprezentovat svoji profesi a být rovnocenným partnerem v týmu. Měly by mít možnost rozvíjet svůj potenciál a pracovat na takovém pracovišti, kde převládá duch sounáležitosti, protože nevhodný systém řízení je odpovědný za problémy v oblasti nízké kvality a špatných mezilidských vztahů.

Každé zdravotnické zařízení má snahu poskytovat kvalitní a efektivní zdravotní péči. Pokud takové zařízení získá akreditaci či certifikaci, je jisté, že má v jednotlivých oblastech zdravotní péče vypracovány standardy. Tyto standardy slouží ke kontinuálnímu zvyšování kvality zdravotní péče a k realizaci auditní činnosti.

Pro perioperační sestry by měl být na prvním místě pacient a péče, která je mu v prostorech operačních sálů poskytována. Tato péče však s sebou přináší rizika, která by mohla mít za následek poškození zdraví pacienta, v nejhorším případě i jeho smrt. Existují však mechanismy, které dokážou těmto rizikům předcházet a maximálně je eliminovat. Nejprve však musíme tato rizika dobře znát, identifikovat je a mít v rukou nástroj, který nám pomůže těmto rizikům předcházet. K tomu nám slouží i hlášení nežádoucích událostí a přiznání si vlastních chyb. Pokud tyto chyby nepojmenujeme a nebudeme hledat způsoby, jak jim předejít, zvyšujeme tím rizika nežádoucích událostí v prostorech operačních sálů.

Téma bezpečí pacientů v perioperační péči jsem si pro svoji bakalářskou práci vybrala z důvodu mé dlouholeté praxe na operačních sálech, kde jsem se s rizikem v souvislosti s poskytováním perioperační péče setkala. Je proto nutné se tímto tématem neustále zabývat, hledat příčiny pochybení, ale hlavně preventivními opatřeními pacientům zajistit bez-

pečnou péči. Výsledky této práce by mohly poukázat na možné rezervy v rámci poskytování perioperační péče a nastítnit cestu v prevenci rizik nežádoucích událostí.

Velmi pozitivně vnímám dokument Surgical Safety Checklist (Chirurgický bezpečnostní list), který je výsledkem projektu WHO a který má omezit množství pochybení na operačních sálech.

Cílem této práce je zjistit, zda a jak perioperační sestry provádějí bezpečnostní proces na operačních sálech. Dále pak zjistit, jaké povědomí mají perioperační sestry o možných rizicích nežádoucích událostí. Průzkum je také zaměřen na zavedení Checklistu v praxi a na postoj perioperačních sester k jeho realizaci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POJEM PERIOPERAČNÍ PÉČE

Výraz perioperační se v naší legislativě nově objevuje až v zákoně č. 96/2004 sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. V roce 1996 v rámci České společnosti sester vznikla profesní organizace sester – Společnost instrumentárek (dále jen SI), která sdružovala nejen sestry instrumentářky se specializací instrumentování, ale i ostatní pracovníky, mající vztah k práci na operačních sálech a také všechny sestry, poskytující perioperační péči, a to nejen při vlastním operačním výkonu, ale i bezprostředně před a po něm. To byl jeden z důvodů, proč zástupci SI začali prosazovat v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, výraz perioperační. Dalším důvodem byla snaha SI ucházet se o členství v EORNA (European Operating Room Nurses Association), která byla založena v roce 1980 skupinou evropských perioperačních sester a formálně zahájila činnost v Kodani v Dánsku v roce 1992. V současnosti EORNA sdružuje 24 členských společností perioperačních sester. Z překladu je zřejmé, že se jedná o asociaci sdružující operační (operující) sálové sestry. V České republice však legislativně termín sálová sestra neexistoval, používal se pouze hovorově pro sestry pracující na operačním sále. Pokud měly tyto sestry ukončené pomaturitní specializační studium v oboru: Instrumentování na operačním sále, byly tehdy podle platného zákona sestry specialistky a hovorově se nazývaly instrumentářky. (Bittnerová, 2007, s. 48; Eorna, [b.r.]

Perioperační péče tedy v nejobecnějším slova smyslu zahrnuje postupy zaměřené na péči před operačním výkonem, v jeho průběhu a bezprostředně po něm. (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 13)

1.1 Role sestry v perioperační péči

„Ošetřování nemocných je náročná a odpovědná činnost. Klade vysoké nároky na sociální a morální zralost sestry, na odbornou teoretickou přípravu a praktický nácvik ošetřovatelských dovedností. Je fyzicky i duševně náročné.“ (Vytejková et al., 2011, s. 14)

Personál pracující na operačních sálech se dá zařadit v měřítku erudovanosti nelékařského zdravotnického personálu mezi kategorie s nejvyššími požadavky. Každé pracovní místo klade na pracovníka vysoké požadavky na vzdělání. Pro nelékařské obory nám toto stanovuje zákon č. 96/2004 sb., novelizovaný zákonem č. 105/2011 Sb. a vyhláška č. 423/2004 Sb. v platném znění, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu. Na operačních sálech pracují perioperační sestry. Ty se v rámci plnění zadaných úkolů dělí na instrumentář-

ky, což jsou sestry, které bezprostředně zabezpečují operační výkon a na sestry pomocné, obíhající (cirkulující) sestry, které během operačního výkonu zabezpečují kontakt s okolím. Kvalifikační požadavek na perioperační sestry je tedy ukončené kvalifikační zdravotnické vzdělání všeobecného směru a jako nástavba je potom požadováno specializační kvalifikační vzdělání instrumentování na operačním sále s názvem Specializační vzdělávání v oboru perioperační péče – sestra pro perioperační péči. (Jedličková a kol., 2012, s. 16–17)

Specializační vzdělávání je jednou z forem celoživotního vzdělávání podle ustanovení §§ 53–60 zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti po získání specializované způsobilosti stanoví nařízení vlády č. 31/2010 Sb. Kompetence sestry specialistky – perioperační sestry na operačních sálech jsou dány vyhláškou 55/2011 Sb. v platném znění v paragrafech 3, 4, 54, 56, 5, 68, 69 a kompetence sestry specialistky pro intenzivní péči pak v paragrafu 55. (Jedličková a kol., 2012, s. 19–20; Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013)

1.1.1 Perioperační sestra a tým

„Operace je kolektivní prací, jejíž výsledek je společným dílem operátora a všech členů operačního týmu. Každý z nich musí dobře znát svůj úkol a spolehlivě ho plnit.“ (Duda, 2000, s. 69)

Operační tým tvoří lékař – operátor, lékař – asistent, perioperační sestra – instrumentující a obíhající (cirkulující). Operátor provádí operační výkon, za jehož průběh i výsledek je zodpovědný. Vede celý tým, který v průběhu výkonu koordinuje. Má rozhodující slovo. Před ukončením operace se dotazem u instrumentářky přesvědčuje, zda souhlasí všechny roušky, nástroje a ostatní materiál, který byl v průběhu výkonu použit. Tuto skutečnost následně zaznamená do operačního protokolu. Asistent pomáhá operátorovi při výkonu a pružně reaguje na změny. Svým aktivním přístupem vytváří takové podmínky, aby operátor mohl výkon co nejnázem a nejpohodlněji provést. (Duda, 2000, s. 69–70)

Kompetence a povinnosti perioperační sestry jsou popsány v kapitole 1. 1. 2.

Do operačního týmu zahrnujeme také osoby, které o pacienta na operačním sále pečují. K operační skupině pak přibývá anesteziologický tým, který je tvořený lékařem – anesteziologem a anesteziologickou sestrou. (Wichsová et al., 2013, s. 57)

„Anestezie je součástí perioperační péče.“ (Wichsová et al., 2013, s. 145) Anestetika mají za úkol zbavit pacienta vnímání bolesti, navodit spánek a případně i krátkou amnézii na období před nebo po operačním výkonu, potlačit vegetativní reflexy na bolest a také potlačit stres. Anesteziologický tým přebírá pacienta od personálu z oddělení a provádí anesteziologickou předoperační bezpečnostní proceduru. Anesteziologická sestra zajišťuje přípravu a kontrolu jak technického vybavení (anesteziologický přístroj, monitor vitálních funkcí, přístroje a pomůcky k zajištění dýchacích cest, defibrilátor, lineární dávkovače apod.), tak i spotřební materiál (prostředky na zajištění žilního vstupu, prostředky na zajištění dýchacích cest, prostředky pro podání regionální anestezie a analgezie, prostředky na měření invazivních tlaků a prostředky pro podání transfuzí). Před podáním anestezie zajišťuje u pacienta periferní žílu, monitoraci EKG, TK a saturaci krve kyslíkem pomocí pulsního oxymetru. Při úvodu do celkové anestezie podává léky a asistuje při intubaci. Během celého operačního výkonu pacienta sleduje a postupuje dle pokynů anesteziologa. Na konci operace asistuje při extubaci a pacienta odpojuje od monitorace. V poslední fázi pacienta předává na dospávací pokoj, na JIP nebo rovnou na standardní oddělení. Toto základní zajištění platí pro většinu výkonů. (Wichsová et al., 2013, s. 145, s. 150–153).

Mezi ostatní pracovníky řadíme sálové sanitáře, techniky, RTG laboranty a další specialisty, jejichž spolupráce a sehranost v týmu hraje důležitou roli. Zejména dobrá spolupráce obíhající sestry a sanitáře má velký vliv na kvalitní průběh celé operace a na bezpečí pacientů. Sálové sanitáře si musíme vychovávat, musíme je zapojovat do všech fází perioperační péče a musíme jim dát najevo, že si jejich práce vážíme. Jen tak můžeme docílit toho, že pro svou práci získáme partnera, který ačkoliv stále pracuje pod naším odborným dohledem či přímým vedením, bude samostatným a užitečným členem týmu.

1.1.2 Kompetence perioperační sestry

Povinnosti a práva jednotlivých členů operačního týmu jsou jasně dány a definovány a je velmi důležité, aby v tomto ohledu měli všichni jasno, protože v opačném případě je ohrožen nejen průběh operace, ale i její výsledek. (příloha P V)

Instrumentářka:

- Připravuje instrumentárium a materiál ve spolupráci s obíhající sestrou
- Myje se a obléká k operaci

- Připravuje sterilní a pomocné stolky
- Obléká operační skupinu
- Asistuje při dezinfekci operačního pole
- S operačním týmem provádí po antisepsi operačního pole zarouškování pacienta
- Před počátkem operačního výkonu kontroluje počty nástrojů, roušek a ostatních pomůcek
- Instrumentuje při výkonu a má neustálý přehled o nástrojích a materiálu
- V nutných případech se podílí na asistenci
- Kontroluje dodržování sterility během výkonu
- Iniciuje početní kontrolu nástrojů, roušek a ostatního materiálu
- Provádí konečné ošetření operační rány a jejího okolí, dezinfekci, zakrytí a zabezpečí drény (Wichsová et al., 2013, s. 57–58; Jedličková a kol., 2012, s. 187–189).

Obíhající (cirkulující) sestra:

- Seznamuje se s pacientem, kontroluje jeho totožnost, kontroluje stranový protokol, alergie, seznamuje se s jeho dokumentací
- Přístroje zapojuje a kontroluje před začátkem operace
- Je zodpovědná za bezpečné uložení pacienta na operační stůl, které provádí se sanitářem
- Přikládá neutrální elektrodu
- Instrumentářce dodává potřebný materiál, který lze otevřít tzv. peel efektem, tj. rozloupnutím
- Kontroluje sterilitu
- Podílí se na početní kontrole roušek a nástrojů
- Označuje biologický materiál a je zodpovědná za jeho správné uložení
- Zařizuje perioperační vyšetření a konzilia
- Obsluhuje zdravotnické přístroje

- Vede ošetrovatelskou dokumentaci (Wichsová et al., 2013, s. 58; Jedličková a kol., 2012, s. 190, 226).

Kvalitní perioperační sestra dokáže zajistit bezproblémový chod na operačním sále, který chirurgovi umožní plně se soustředit na výkon. Dokáže být krok napřed a předvídá, co bude chirurg provádět a jaký nástroj bude potřebovat. Musí být nejen zručná a vzdělaná, ale svou osobností by měla přispět k dobré atmosféře na operačních sálech.

Centralizace operačních sálů přináší zdravotnickým zařízením snížení nákladů na provoz, avšak pro perioperační sestru je velmi náročné mít přehled ve všech operačních oborech, v operačních postupech a ve specifikách jednotlivých oborů. Rovněž rozvoj a rozmach zdravotnické techniky řadí perioperační sestry často na pozice technických odborníků. Každý chirurg chce mít po svém boku tu nejlepší instrumentárku, a to nejen po odborné, ale i v osobní rovině. Jen část chirurgů si však uvědomuje, co vše musí instrumentárka zvládnout a jaké úsilí musí vynaložit, aby se stala v průběhu jakéhokoliv operačního výkonu kvalitním a nezastupitelným členem v týmu. Náplň její práce by se měla odvíjet pouze od jejích kompetencí. Činnosti, které tuto profesi zcela degradují, a to zejména úklid operačních sálů a přilehlých prostor, by měly být v dnešní době pouze záležitostí pomocného personálu.

1.1.3 Zátěž – pracovní podmínky

Perioperační sestra je během svého výkonu povolání vystavena zátěži trupu a páteře s převahou statické práce, pracovní dobou na směny, chemickými látkami a biologickými činiteli způsobujícími onemocnění. Významným faktorem je celková fyzická zátěž. (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2008)

Důsledky dlouhodobé fyzické i psychické zátěže, které provázejí práci na operačním sále, zůstávají stále nedocenené. Toto zaměstnání trvale přetěžuje vyšší nervovou činnost, vyžaduje maximální soustředění během operace, ale i mimo operační sál. (Duda, 2000, s. 84)

Od perioperační sestry se očekává velká dávka sebeovládání, klidné a vlídné vystupování, rychlé a přesné plnění úkolů. Musí mít stále na paměti, že její selhání může způsobit neohodu se závažnými důsledky pro ni, či pro druhé, nebo značnou materiální škodu. Profese je náročná na vnímání a paměť, vyžaduje kritické myšlení a vysoké odborné vědomosti, stejně tak i praktické zkušenosti. (Balková, 2005)

1.2 Etapy perioperační péče

Perioperační ošetrovatelská péče je ošetrovatelská péče o pacienta před operačním výkonem, v jeho průběhu a bezprostředně po něm. Tuto péči lze rozdělit do tří etap podle vztahu k průběhu vlastního operačního výkonu na:

- Předoperační péči
- Intraoperační péči
- Pooperační péči

Tato péče se převážně odehrává na operačním oddělení a poskytují ji zde perioperační a anesteziologické sestry. (Wichsová et al., 2012, s. 133)

1.2.1 Perioperační období z pohledu pacienta

Podle holistické teorie jsou živé organismy jako celky složeny z mnoha částí, které jsou ve vzájemné interakci. Porucha jedné části pak vyvolá poruchu celého systému. Z hlediska ošetrovatelství zahrnuje holistická péče o člověka bio-psycho-sociální stránku a tedy přístup k jedinci jako k celku, celistvé jedinečné bytosti a ne pouze k jeho porušené části či funkci. (Plevová a kol., 2011, s. 62)

Péče o pacienty v prostorách operačního sálu je náročná a zároveň je pacienty velmi málo oceňována s ohledem na jejich aktuální fyzický a psychický stav. Právě z těchto důvodů je nutné věnovat zvýšenou pozornost potřebám nemocného a potenciálním rizikům a pochybením. (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 65)

Očekávaný operační výkon je téměř u všech pacientů spojen s pocity úzkosti a strachu. Nemocný se na operačním sále dostává do neznámého prostředí a do situace, kterou svým jednáním nemůže zásadně ovlivnit. Je plně odkázán na péči zdravotnického personálu, kterému důvěřuje. Rozhovor s lékařem hraje velmi důležitou roli při tlumení obav, úzkosti a strachu pacienta. Pacient se na něho obrací s prosbou a očekává, že jej vyslechne. (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 65–66; Křivohlavý, 2002, s. 63)

Sestry mají výjimečné postavení mezi ostatními zdravotnickými pracovníky, protože mají prioritu v poskytování holistické péče. (Mastiliaková, 1999, s. 20) „Aby sestry mohly kvalitně pečovat o celou lidskou bytost, je třeba pochopit, co znamená holistický (celostní) přístup ke zdraví a k péči o člověka.“ (Mastiliaková, 1999, s. 10)

Kvalita tedy neznamena jen schopnost profesionálů poskytovat nejlepší péči, ale především schopnost uspokojovat všechny potřeby a očekávání pacienta. Pacienta v nemocnici nemůžeme chápat pouze jako pasivního příjemce poskytované zdravotní péče, ale hlavně jako aktivního účastníka procesu uzdravování. (Ondřiová, Hudáková a Pavelková, 2013, s. 33)

1.2.1.1 Předoperační etapa

K prvnímu kontaktu perioperační sestry a pacienta zpravidla dochází v prostředí operačních sálů, v den operačního výkonu. Není tomu tak vždy, v některých zdravotnických zařízeních se perioperační sestry s pacientem setkávají díky edukaci dříve, obvykle se tak děje v předvečer operačního výkonu, kdy sestry docházejí k lůžku pacienta. (Wichsová et al, 2012, s. 133)

Výraz edukace je odvozen od latinského slova eddo, educare, což v překladu znamená vést vpřed, vychovávat. „Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.“ (Juřeníková, 2010, s. 9)

Pro pacienta je pobyt ve zdravotnickém zařízení často stresující. Stres je v mnoha případech prohlouben nedostatkem kvalitních informací o vyšetřovacích metodách, způsobu léčby. Na realizaci edukace by se měl podílet celý multidisciplinární tým (lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut, fyzioterapeut aj.), ovšem spolupráce v této oblasti v současné době stále ještě vážne. Negativní jevy lze u nemocných potlačit správnou ošetrovatelskou péčí. Ošetrovatelské intervence jsou tedy zaměřovány i na předoperační edukaci. (Juřeníková, 2010, s. 8, s. 53; Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 67)

Perioperační sestra se tak dle možností svých a možností pracoviště zapojuje do procesu edukace. S pacientem před operací pohovoří, přiblíží prostředí operačních sálů a v rámci svých kompetencí zodpoví pacientovy případné otázky. Využívá i různé edukační materiály jako jsou fotografie, písemné materiály nebo video. U dětského pacienta je u edukace předpokládána přítomnost rodiče, a tak je možné částečně zmírnit úzkost a obavy dítěte z operace a příznivě působit i na rodiče. (Chourová, 2011, s. 37–38)

Všeobecná bezprostřední předoperační příprava, platná pro velkou část operací, probíhá na standardním oddělení, kde se pacient připravuje na operační výkon. Tato příprava zahrnuje celotělovou koupel s důkladným vyčištěním pupeční jizvy, oholení operačního pole, odložení oděvu, šperků a protetických pomůcek, odlakování nehtů, bandáž dolních končetin,

vyjmutí snímatelné protézy z dutiny ústní, vymočení a transport na operační sál. (Jedličková a kol., 2012, s. 155; Wichsová et al., 2012, s. 134)

1.2.1.2 Intraoperační etapa

V den operace je pacient přivezen sanitářem v doprovodu sestry z oddělení na operační sál a ve vstupním filtru je předán anesteziologické nebo perioperační sestře a sálovému sanitáři. Svlečený a pouze prostěradlem přikrytý pacient se přeloží na sálový vozík nebo rovnou na desku operačního stolu. Při překlada by měl personál respektovat stud pacienta. Sestra provádí kontrolu identifikačních údajů pacienta a přebírá od sestry z oddělení dokumentaci. Pacient je uložen do polohy na záda s lehce připoutanými dolními končetinami. Následně se pacientovi nasadí pokrývka hlavy a pacient je odvezen dle operačního programu na příslušný operační sál. Zde je pacient uveden do polohy, kterou daný operační výkon vyžaduje. U delších operací je uložen na vyhřívací podložku, která zabraňuje jeho podchlazení. Tato etapa končí po operačním výkonu předáním pacienta na dospávací pokoj, ARO, JIP nebo na standardní oddělení. (Jedličková a kol., 2012, s. 155–156; Wichsová et al., 2012, s. 134)

1.2.1.3 Pooperační etapa

Z operačního sálu je pacient podle typu operačního výkonu odvezen na dospávací pokoj nebo rovnou na příslušné oddělení. Zde se pacient zotavuje z anestézie. Je uložen do takové polohy, která se řídí provedeným operačním výkonem a zabraňuje aspiraci slin, zvratků nebo zapadnutí jazyka. Nejčastěji jde o polohu vodorovnou, na zádech. U pacienta se sledují fyziologické funkce, stav vědomí, vnímání bolesti, stav operační rány a odpady z drénů. Tato všeobecná péče platí pro většinu operací. Speciální pooperační péče je poskytována u specifických operací, které tuto další péči vyžadují. (Jedličková a kol., 2012, s. 156)

1.2.2 Perioperační období z pohledu perioperační sestry

Perioperační sestry zabezpečují úkoly související s provozem operačního sálu. Jde o náročnou a rozmanitou činnost, zahrnující přípravu materiálu, nástrojů, sterilizaci, údržbu operačních pomůcek a přístrojů. Pečují o veškerý inventář operačních sálů, organizují, řídí a kontrolují provádění úklidu v prostorách operačního traktu a udržují aseptické podmínky provozu. Podílejí se na vedení dokumentace a na kontrole plnění povinností sanitářů a po-

mocnic. Veškerá činnost perioperační sestry pak vrcholí účastí na operaci – instrumentováním. (Zeman a kol., 2000, s. 209)

1.2.2.1 Předoperační etapa

V této etapě se perioperační sestry připravují na operační výkon. Zajišťují přípravu operačního sálu, na kterém je řádně provedena plošná dezinfekce. Kontrolují sterilitu nástrojů, funkčnost přístrojů a kompletnost pomůcek k danému výkonu. Tato etapa zahrnuje přípravu instrumentária, rouškovacích systémů, sterilního obvazového materiálu, léčiv a ostatních zdravotnických prostředků. (Jedličková a kol., 2012, s. 156)

V této době hraje významnou roli i mezioborová spolupráce sester, která začíná ještě před příjezdem pacienta na operační sál. Perioperační sestra spolu s anesteziologickou sestrou společně prostudují operační program, ve kterém mohou nastat aktuální změny. Zkušená perioperační sestra dokáže odhadnout délku operace, a tak informovat anesteziologickou sestru o nutnosti uložení pacienta na vyhřívací či antidekubitní podložku. Tato spolupráce pak probíhá i během uložení pacienta na operační stůl a při zajištění jeho bezpečné polohy, zvláště pak při manipulaci s hlavou a šíjí, kdy předcházíme riziku CMP. Při manipulaci s horní končetinou počítáme s prevencí poškození nervus ulnaris a nervus brachialis. Při ukládání pacienta na břicho či na bok předcházíme ventilačním komplikacím. Při každé poloze spolupracujeme se sanitářem. Důležitá je sehranost týmu, kdy každý kontroluje to své a současně kontroluje i všechny kolem. (Páleníková a Prosecká, 2010)

K náročným a nestandardním operačním výkonům se musí instrumentářka dobře teoreticky připravit, a to nejlépe den předem. Je dobré, když si s chirurgem, který bude výkon provádět, společně ujednotí postup operace a připravenost pomůcek. Hlavním úkolem je tedy příprava instrumentaria, které musí být sterilní, přezkoušené a nepoškozené. Instrumentářka si bezprostředně před každým výkonem ověří počet všech nástrojů a roušek.

1.2.2.2 Intraoperační etapa

Intraoperační etapa začíná uložení pacienta na operační stůl a končí překladem na pooperační oddělení. Obíhající sestra se s pacientem pozdraví, představí se mu a provede bezpečnostní proceduru. Svoji péči zaměřuje na vysoké riziko možného poškození pacienta. (Jedličková a kol., 2012, s. 156) Se sálovým sanitářem pacienta uloží na operační stůl a zajistí správnou polohu. Na kůži pacienta přilepí neutrální elektrodu. Během výkonu obsluhuje zdravotnickou techniku, spolupracuje s instrumentářkou, doplňuje potřebný mate-

riál a tvoří „spojku“ mezi operačním sálem a okolím. Zajišťuje správné uložení odebraného biologického materiálu a jeho případný transport během výkonu tzv. „odběr na zmrzlo“ na peroperační histopatologické vyšetření. Výsledek tohoto vyšetření ovlivňuje pak další postup probíhající operace, proto je nutné, aby byl vzorek do laboratoře zaslán co nejrychleji. Podílí se na početní kontrole nástrojů a roušek. Instrumentářka pak během operačního výkonu instrumentuje. Správně a včas podává připravené nástroje a jiné potřeby a přebírá je zpět. V první řadě plní přání operátora a pak až pokyny dalších členů operační skupiny. Nástroje podává buď bez výzvy, nebo na vyzvání. Pokud instrumentuje bez vyzvání, je nutné, aby znala perfektně průběh operace, dobře viděla do operační rány a stále sledovala její průběh. Dobrá instrumentářka se nejčastěji projevuje v krizových situacích, při kterých by neměla znervóznět, ale snažit se situaci co nejlépe vyřešit. V obou případech je velmi důležitá souhra celého týmu.

Spolupráce perioperační sestry a anesteziologické sestry je důležitá i během operačního výkonu. Tyto sestry jsou schopny částečně se zastoupit. Anesteziologická sestra dokáže dodat instrumentářce šicí materiál, rukavice, zapnout odsávačku, ovládat koagulační přístroj a posvítit operátorovi do rány. Perioperační sestra pak dle pokynů anesteziologa zvládne vyměnit infuzní roztok, naředit antibiotika a postarat se o pacienta, protože v průběhu operace mohou nastat okamžiky, kdy se bez vzájemné pomoci a spolupráce neobejdeme. (Páleníková a Prosecká, 2010)

1.2.2.3 Pooperační etapa

Tato etapa začíná ošetřením a krytím operační rány, na kterou instrumentářka přikládá sterilní materiál. Spolu s obíhající sestrou zajistí drény, které buď uzavře, nebo napojí dle ordinace lékaře na aktivní či pasivní drenáž. Pokud byl pacient při operaci v jiné než horizontální poloze, zajišťuje ve spolupráci s anesteziologickým týmem a se sanitářem bezpečnou změnu polohy zpět do polohy základní. Dle typu operace přikládá imobilizační obvaz nebo znehybnující dlahu. Probuzením pacienta z celkové anestézie (pokud v ní byl výkon proveden) a transportem na pooperační oddělení končí toto období. (Jedličková a kol., 2012, s. 156)

Spolupráce mezi perioperační a anesteziologickou sestrou však během transportu a předání pacienta na oddělení nekončí. Pacienta na oddělení předáváme jak písemně, tak i ústně. Anesteziologická sestra, v některých případech i anesteziologický lékař, informují sestru z oddělení, tzv. přebírající sestru, o anestezii a jejím průběhu a perioperační sestra informu-

je o typu provedeného výkonu, stavu drénů a krytí, o integritě kůže a o pooperačních intervencích dle ordinací operátora. V případech, kdy je pacient předáván na JIP nebo ARO, je u překlada přítomný i lékař z daného oddělení. (Páleníková a Prosecká, 2010)

Ačkoliv se může zdát, že je tato spolupráce automatická, není tomu tak. „Pro pracoviště operačních sálů je právě spolupráce na všech úrovních perioperačního týmu s vysokou mírou kvalitní komunikace mimořádně důležitá.“ (Wichsová et al., 2013, s. 59) Pracujeme s lidským organismem, s živou bytostí a jakékoliv zaváhání a nepředání si informací může přinejmenším zkomplikovat průběh operace, v horším případě ohrozit pacientův život. Musíme si navzájem vážit takové spolupráce, nebrat ji jako kontrolování se navzájem a pěstovat ji. Každá drobná chyba v naší práci a upozornění na ni může předejít vážnému pochybení.

Tyto problémy v oblasti perioperační péče řeší implementace chirurgického bezpečnostního listu – checklistu. „Odpor, který používání této procedury vyvolává, je zarážející a pravděpodobně je vyvolán převážně **malou informovaností o přínosu**, který checklist představuje pro bezpečný průběh operačních výkonů.“ (Wichsová et al., 2013, s. 59)

2 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Kvalitu zdravotní péče můžeme definovat jako „stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků.“ (Gladkij a kol., 2003, s. 292) Jednodušší definici kvality předkládají autoři Škrla a Škrlová: (2003, s. 36) „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.“

Ve vyspělých zemích se od zdravotnických zařízení očekávají kvalitní, efektivní a standardizované služby, o kterých budou schopna tato zařízení kdykoliv předložit důkazy o poskytované kvalitě. Z těchto důvodů je nutné používání systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality a efektivity poskytované zdravotní péče. (Škrla a Škrlová, 2003, s. 46)

2.1 Systémové modely zvyšování kvality zdravotní péče

Systémové modely kvality můžeme rozdělit do čtyř základních kategorií:

1. Modely systémů řízení kvality – mezinárodní, např. ISO (The International Organization for Standardization).
2. Modely akreditačních standardů, které mohou být národní i nadnárodní, např. JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations), JCIA (Joint Commission International), SAK-ČR (Spojená akreditační komise České republiky).
3. Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů, např. ISQua (The International Society for Quality in Health Care).
4. Modely Excellence – udělování světových cen za kvalitu, např. EFQM (The European Foundation for Quality Management). (Škrla a Škrlová, 2003, s. 46-49)

2.2 Kvalita ošetrovatelské péče

Nedílnou součástí každodenní práce jednotlivých zdravotnických pracovníků a ostatního personálu je kvalita a bezpečí. Tito pracovníci vyhodnocují pacientovy potřeby a poskytují mu péči. Velký význam pak představuje pro hospitalizované pacienty kvalita ošetrovatelské péče. (Joint Commission International, 2008, s. 183; Gladkij a kol., 2003, s. 319)

Na procesu zajišťování kvality se aktivně podílejí i sestry, které musí stát v čele při definování kvality ošetrovatelské péče. Tu lze charakterizovat několika znaky. Jsou to: jasná

koncepce ošetrovatelství, péče poskytovaná prostřednictvím ošetrovatelského procesu, péče zaměřená na potřeby pacienta, týmová spolupráce, odborná připravenost a dobrá motivace ošetrovatelského personálu, stanovení si reálných cílů, dodržování etického kodexu, vědecky podložená praxe, aktivní zapojení pacienta do procesu ošetrovatelské péče a účinná mezioborová spolupráce. Pro dosažení a sledování kvality musí být vytvořen systém, který má za cíl neustálé zlepšování poskytované péče. Tento systém musí obsahovat: stanovení jasných cílů, definici požadované kvality, vypracování a dodržování ošetrovatelských standardů, kontrolu dodržování těchto standardů, zajištění organizačních a personálních faktorů a stanovení způsobů hodnocení dosaženého efektu. (Staňková, 2006, s. 7–8)

Proces zajišťování kvality ošetrovatelské péče zahrnuje pak sled tří důležitých kroků. Prvním krokem je monitorování skutečné praxe, dalším je stanovení konkrétních kroků v systému zajištění kvality péče a posledním krokem je vytváření specifických ošetrovatelských standardů. (Staňková, 2006, s. 6–8)

V programu kontinuálního zvyšování kvality existují čtyři zdroje dat, kterými můžeme kvalitu ošetrovatelské péče měřit a vyhodnocovat. Takovými zdroji jsou informace, které získáme: od pacientů, externích odborníků, z auditů a z indikátorů kvality. „Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitými standardy ukazují, jak bylo těchto standardů dosaženo.“ (Balková a Zibrinová, 2012)

Indikátory, které lze na operačních sálech používat, jsou např. vedení dokumentace perioperační a anesteziologické sestry, počet edukovaných pacientů, počet neplánovaných návratů pacienta na operační sál, počet neuskutečněných sterilizačních cyklů, příprava sterilního instrumentária a materiálu, výskyt dekubitů v perioperačním období, pracovní zátěž perioperačních sester, dodržování hygienického režimu – standardu pro operační sály.

2.3 Ošetrovatelské standardy

Neoddělitelnou součástí systému řízení kvality představují standardy. Slouží ke kontinuálnímu zvyšování kvality ošetrovatelské péče a k realizaci auditů.

Historie ošetrovatelských standardů sahá do historie, do období krymské války (1853–1856), kdy Florence Nightingalová sestavila první standardy zaměřené na ošetrovatelský proces a také stanovila první indikátory kvality péče. Standardizací se v 50. letech minulého století zabývala i skupina amerických lékařů iniciovaná chirurgy, kteří si uvědomovali nutnost zachování určitých pravidel při radikálním zásahu do integrity pacienta.

Začaly vznikat první standardy péče a byl tím položen základ k procesu, který nazýváme akreditací. Model pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče na celém světě stanovil uznávaný americký univerzitní profesor A. Donabedián (1919–2000). Jeho schéma obsahuje tři části – strukturu, proces a výsledek. (Mášová a Havrdlíková, 2009, s. 19–20)

Standardy je možné rozdělit do tří oblastí:

- **Standardy zaměřené na strukturu** – určují optimální personální, technické, hygienické a organizační prostředky, pomocí nichž je možné dosáhnout požadované kvality.
- **Standardy zaměřené na proces** – tyto standardy se týkají specifických ošetrovatelských činností a určují kvalitu ošetrovatelské péče. Skládají se ze standardů ošetrovatelských postupů používaných při výkonech nebo v průběhu ošetrovatelského procesu.
- **Standardy zaměřené na výsledek** – hodnotí kvalitu poskytované péče ve zdravotnickém zařízení. Pro spokojenost pacientů se využívá mnoho standardizovaných metodik, které lze obecně označovat jako ošetrovatelský audit. (Staňková, 2006, s. 11–12)

Standardy umožňují objektivní hodnocení poskytované péče a podle odborníků jde o popsané závazné normy, které zajišťují pacientům bezpečí a sestry chrání před neoprávněným postihem. Měly by vždy obsahovat parametry, které jsou měřitelné a hodnotitelné. Stylistická stránka standardu by měla být formou volného textu a metodicky musí každý standard obsahovat: název a pořadové číslo, typ standardu, oblast působení – pro koho je určen, místo použití, kdo jej sestavil, platnost, ošetrovatelský cíl, kritéria k provedení auditu, přílohy. (Marx, 2009)

Standardizaci ošetrovatelské perioperační péče můžeme vnímat pozitivně. Sjednocuje nám postupy při adaptačním procesu nových sester a při jejich zaškolování. Pomocí standardů můžeme pracovat jednotně, samostatně a bez závažných chyb. V rámci perioperační péče nám nejčastěji slouží standardy v oblasti hygienicko-epidemiologické a standardy operačních a ošetrovatelských postupů. V této oblasti vidíme veliký potenciál. Sestry by se měly zapojit do procesu standardizace ošetrovatelské péče, a to nejen v rámci akreditací zdravotnických zařízení. Hlavním důvodem by měla být snaha o co největší zkvalitnění poskytované perioperační péče.

2.4 Ošetřovatelský audit

Slovo audit v českém překladu znamená vyhodnocení nebo průzkum.

„Audit je jednou ze součástí procesu managementu a jeho konečným cílem je zvyšování kvality poskytované péče. Cíle je dosaženo, pokud je v průběhu zdravotní péče dosaženo zlepšení, rizika pro pacienta/klienta jsou minimalizována a náklady pro zaměstnavatele sníženy, je cíle dosaženo.“ (Česká asociace sester, 2002)

Ošetřovatelský audit, jehož cílem je zlepšení kvality ošetřovatelské péče, představuje systematické vyhodnocení ošetřovatelské praxe a nalezení „slabých míst“ v systému. „Cílem auditu nikdy není vyhodnocení výkonu sester za účelem hledání chyb a následných disciplinárních opatření.“ (Škrla a Škrlová, 2003, s. 108)

Principy, kterými se řídí ošetřovatelský audit, jsou: partnerský postup, předmět auditu je vždy předem oznámen, musí být týmový v čele s manažerem programu kontinuálního zvyšování kvality a nelze jej delegovat a realizovat bez potřebného „know-how.“ Audit porovnává ošetřovatelskou praxi se zavedenými standardy, vyhodnocuje, zda ošetřovatelská praxe efektivně využívá dostupné zdroje a nachází „slabá místa“ a odchylky od směrnic a standardů za účelem zlepšení ošetřovatelské péče. Na odděleních, kde byl audit proveden, pracuje pak tým sester na opatřeních, která vedou k nápravě. Výsledky auditu nejsou zveřejňovány, informováno je pouze oddělení, kde audit proběhl a veškerá dokumentace je předána manažerovi programu kontinuálního vzdělávání a hlavní sestře. (Škrla a Škrlová, 2003, s. 108–109)

Audit lze rozdělit na interní a externí. Interní audit je prováděn vnitřními auditory v rámci zdravotnického zařízení, které si z vlastních pracovníků vytvoří tým osob provádějících interní audit. Tyto audity slouží k udržení kvality zdravotnického zařízení a k následnému udělení akreditace. Externí audit bývá pak vykonáván odbornou certifikační komisí. Kvalifikovaní auditoři k této činnosti získají oprávnění podle zákona č. 372/2011 Sb. Tato komise provádí audit na základě akreditovaných (schválených) standardů. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013; Marx, 2012)

„Podmínky pro udělení oprávnění jsou stanoveny tak, aby byly vytvořeny předpoklady pro potřebnou odbornou úroveň hodnocení kvality a bezpečí a pro nepodjatost držitelů oprávnění; důraz je kladen rovněž na to, aby z provádění hodnocení byly vyloučeny osoby,

u nichž je důvodná pochybnost o nestrannosti ve vztahu k poskytovateli, u něhož má být hodnocení provedeno.“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013)

2.5 Akreditace zdravotnických zařízení

Akreditace je proces, při kterém externí organizace hodnotí a posuzuje, do jaké míry dané zdravotnické zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Jde obvykle o dobrovolný proces, který začíná rozhodnutím zdravotnického zařízení sladit své aktivity s požadavky akreditačních standardů a v případě úspěchu tento proces končí získáním akreditačního certifikátu. (Joint Commission International, 2008, s. 9; Škrla a Škrlová, 2003, s. 72)

2.5.1 Výhody akreditace

„Akreditační proces definuje rozsah a obsah programu kontinuálního zvyšování kvality, bez kterého je řízení a provozování zdravotnických zařízení takřka nemyslitelné.“ (Škrla a Škrlová, 2003, s. 74)

Akreditace zasahuje všechny oblasti provozu zdravotnického zařízení, které je hodnoceno jako celek. Na požadované úrovni tedy musejí být i nezdravotnické úseky – hospodářsko-technický, stravovací a další. Jde o soustavný a dá se říci nikdy nekončící proces, kterým se snažíme zvyšovat dosaženou úroveň poskytované péče, její kvalitu a především bezpečí pacientů.

Jaké výhody může tedy akreditace zdravotnického zařízení zúčastněným stranám přinést?

- **Pro zdravotnická zařízení** akreditace přináší standardy, jejichž přijetí a realizace snižuje variabilitu mezi jednotlivými odděleními a zdravotnickými zařízeními, a tím zlepšení kvality a kontinuity péče.
- **Pro pacienty**, kteří mají díky akreditaci daného zdravotnického zařízení určitou záruku, že toto zařízení splňuje nebo překračuje základní požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytované péče.
- **Pro plátce (zdravotní pojišťovny)** akreditace zajišťuje, že finanční prostředky, které vyplácí za služby/péči pro své klienty, jsou investovány v instituci, která má měřitelný a prokazatelný standard poskytovaných služeb.
- **Pro komunitu/obec**, která od akreditace očekává, že zdravotnické zařízení sloužící jejím občanům poskytuje vysoce kvalitní zdravotní péči a že tomu tak skutečně je. (Škrla a Škrlová, 2003, s. 74–75)

Sestry mohou od akreditačního procesu očekávat vyřešení řady chronických problémů českého ošetrovatelství. Konkrétně zlepšení kvality ošetrovatelské péče a ošetrovatelské dokumentace na všech odděleních, vytvoření bezpečného prostředí, jak pro sestry, tak i pacienty, efektivnější využívání zdrojů, překonávání „provozní slepoty“, budování organizační kultury, zlepšení vztahů mezi členy multidisciplinárního týmu, snížení variability v pracovních a ošetrovatelských procesech a zdravotnické dokumentaci a lepší image jak zdravotnického zařízení, tak samotných zdravotníků. (Škrla a Škrlová, 2003, s. 75)

3 RIZIKA PERIOPERAČNÍ PÉČE

Bezpečí pacientů v prostorách operačních sálů je hlavním kritériem práce a všech opatření, která v perioperační péči přijímáme. Přesto však dochází v průběhu péče k příhodám, které vyústí v perioperační nebo pooperační komplikace. Z dat získaných při výzkumu WHO (World Health Organization), který provedla World Alliance for Patient Safety (Světová aliance pro bezpečí pacientů), vyplývá, že procento komplikací po chirurgických operacích se pohybuje mezi 3–6 % a úmrtí zapříčiněné těmito komplikacemi se pohybuje v rozmezí 0,4–0,8 %. Z výzkumu WHO vyplynulo, že až polovině těchto událostí lze předejít. (Wichsová et al., 2013, s. 160)

Na chirurgických odděleních dochází nejčastěji k následujícím pochybením: ponechání předmětů v těle operovaných pacientů, cerebrální nebo spinální poškození, ke kterému došlo během operačního výkonu, selhání medicínské techniky, smrt s použitím nové techniky, zohavení, pády, popáleniny, záměny pacientů před operací, provedení chirurgického zákroku na zdravém orgánu nebo na špatné straně. (Škrála a Škrlová, 2008, s. 123)

3.1 Záměna pacienta

Jedno z nejčastějších rizik při poskytování zdravotní péče je riziko záměny pacienta. „České ministerstvo zdravotnictví vydalo v návaznosti na doporučení Evropské komise takzvané resortní bezpečnostní cíle, které ukládají přímo řízeným zdravotnickým zařízením povinně identifikovat každého pacienta, ostatním zařízením je to alespoň doporučeno.“ (Marx, 2011)

Každé zdravotnické zařízení by tedy mělo mít stanovený jednotný postup identifikace pacienta vnitřním předpisem. Před každým odběrem biologického materiálu, před podáním léčiv a před každým výkonem, a to nejlépe podle dvou identifikátorů, jako je třeba jméno a datum narození, identifikujeme pacienta. Zdravotníci by se neměli ptát: „Vy jste paní Nová?“, ale: „Jak se prosím jmenujete?“ Pacient by nám měl odpovědět sám, jak se jmenuje. Někdy však může být pacient v situaci, kdy není schopen komunikovat, proto je nutné porovnat identifikační náramek s dokumentací. Osvědčeným způsobem je kontrola identifikačního náramku, ústní dotaz na pacienta, kontrola dokumentace a operačního programu. (Jedličková a kol., 2012, s. 55; Marx, 2011)

3.2 Záměna operované strany

Pro dokumentaci a potvrzení správnosti operované strany výkonu slouží stranový protokol, který je zakládán při příjmu pacienta k hospitalizaci. Další záznam pak provádí ošetřující lékař v předoperačním období, jehož součástí je i označení strany operace. Toto označení provádí lékař fixem na tu část těla, kde bude pacient operován. Další kontrola se pak provádí těsně před výkonem na operačním sále, kde se ověřují údaje nezbytné pro jeho provedení včetně dostupné dokumentace. V této fázi je nezbytné, aby operatér ověřil a potvrdil shodu. (Filipová a Pokojová, 2011, s. 34–36)

Abychom předešli riziku záměny operované strany, je důležité, aby nedošlo k vyloučení pacienta z procedury identifikace správné strany, abychom nespolehali pouze na jednoho člena týmu při určování správné strany operace, abychom nepoužívali nečitelné zkratky, či rukou psané záznamy, abychom zvažili provádění více výkonů na více místech během jedné operace a také abychom brali v potaz zvláštní charakteristiky pacienta – mentální nebo fyzické postižení. (Jedličková a kol., 2012, s. 55–56)

3.3 Zapomenutý nástroj, rouška v těle pacienta

Jednou z nejdůležitějších povinností instrumentářky je počítání roušek, kontrola počtu operačních nástrojů a ostatního materiálu před započítím operace a před uzavřením tělních dutin. Během celého výkonu musí instrumentářka sledovat počet veškerého vydaného materiálu, zvláště pak toho, který se dočasně v průběhu operace vkládá do hluboké rány či tělní dutiny. Před ukončením operačního výkonu hlásí instrumentářka operatérovi souhlas (případně nesouhlas) všech nástrojů a materiálu. Pokud však není chybějící materiál nalezen ani při opětovné kontrole, je nutné přistoupit k perioperačnímu RTG. „Rouška, nástroj nebo jiný zdravotnický prostředek musí být nalezen.“ (Jedličková a kol., 2012, s. 58) Pokud není, jedná se o mimořádnou událost na pracovišti, která musí být zaznamenána do zdravotnické dokumentace pacienta, musí být proveden záznam do databáze hlášení mimořádných událostí nebo deníků neshod, a to dle zvyklosti zdravotnických zařízení. (Duda, 2000, s. 75; Jedličková a kol., 2012, s. 58; Wichsová et al., s. 138)

Následky neúmyslně ponechaných cizích předmětů představují pro pacienta komplikace v podobě infekcí, ileózních stavů, vzniku píštělí. Důsledky těchto komplikací by ho mohly vážně ohrozit na životě. (Jedličková a kol., 2012, s. 57)

Preventivním opatřením je tedy důsledná kontrola počtu všech nástrojů a pomůcek nutných k chirurgickému výkonu před operací, totéž před uzavřením vnitřních vrstev dutin, před uzavřením operační rány, a na konci výkonu. Početní kontrola je rovněž důležitá při střídání perioperačních sester v průběhu operačního výkonu. (Jedličková a kol., 2012, s. 57–58)

3.4 Infekce v místě chirurgického výkonu

Na chirurgických pracovištích jsou IMCHV nejčastější nozokomiální nákazou, které se vyskytují až u 38 % pacientů. Jedná se o infekce, které vznikají v souvislosti s operačním výkonem, při kterém dochází k porušení celistvosti kůže a sliznic. (Wichsová et al, 2013, s. 163)

Podle rozsahu poškození dělíme IMCHV na povrchové, hluboké incizní a IMCHV orgánu nebo prostoru v okolí rány. Vždy je přítomný hnisavý výtok z rány, přítomnost mikroorganismů a u hlubších infekcí přítomnost abscesu. (Mařar, Podstatová a Řehořová, 2006, s. 40–42)

Riziko IMCHV lze minimalizovat. V rámci intraoperační prevence je nutné maximálně dodržovat zásady asepse a bariérové ošetřovací techniky, dodržovat správný postup při chirurgické dezinfekci rukou, používat sterilní jednorázové operační pláště a rouškování, které brání pronikání tekutin a mikroorganismů. Řadíme je mezi zdravotnické prostředky podléhající platné legislativě. Při dezinfekci operačního pole je důležité dodržet dobu expozice dezinfekčního přípravku a zahájit operaci až po jeho zaschnutí. Dále pak minimalizovat počet personálu na operačním sále, eliminovat pohyb v těchto prostorách a dodržovat hygienickou kázeň. O vzniku IMCHV rozhoduje v neposlední řadě také precizní chirurgická technika s důslednou kontrolou krvácení. (Mařar, Podstatová a Řehořová, 2006, s. 48–49)

3.5 Alergie

Alergickou reakci u pacienta může vyvolat prakticky každá látka používaná v perioperačním období. Jsou to zejména celková anestetika, krevní deriváty, preparáty na dezinfekci kůže, opioidy, kontrastní látky, lokální anestetika, antibiotika a podobně. Důležitá je proto prevence vzniku alergických reakcí, která spočívá především v získání podrobné osobní i rodinné anamnézy u operovaného pacienta. Pokud pacient o své alergii na některou látku či lék ví, je třeba provést v jeho osobní dokumentaci čitelný a viditelný záznam a cíleně tyto pacienty před alergeny chránit. Při příjezdu pacienta na operační sál zjišťujeme ústním

dotazem jeho alergie a provádíme kontrolu dokumentace. Podle toho volíme prostředek k dezinfekci operačního pole a podáváme léčivé přípravky. (Málek a Kučera, 2010; Jedličková a kol., 2012, s. 56; Zeman a kol., 2000, s. 318)

3.6 Záměna či ztráta biologického materiálu

Operační sály jsou místem, kde se velmi často odebírají vzorky biologického materiálu pro různá zjištění změn tkání, k identifikaci onemocnění a stanovení diagnózy. Odebrané vzorky k vyšetření připravuje obíhající sestra, která dodržuje určité zásady. Dbá na šetrné zacházení s odebraným materiálem nejen pro jeho infekční formu, ale i pro možnost poškození vzorku. Pro daný materiál používá vhodné nádoby, s dostatečným množstvím fixační tekutiny, které řádně označí štítkem se jménem pacienta, rodným číslem, oddělením, dnem odběru a v některých případech i časem odběru. Štítky nikdy nenalepuje na víčko nádoby z důvodu možnosti snadné záměny, ale přímo na nádobu, do které materiál ukládá. Do ošetrovatelské dokumentace, kterou vyplňuje během operace, zapisuje každé vyšetření a svým podpisem potvrzuje správnost údajů a zodpovědnost při manipulaci s odebraným biologickým materiálem. Odebraný vzorek také zaznamenává do odběrového deníku, kde je uvedeno, kdy byl materiál předán do dané laboratoře včetně podpisů odpovědných pracovníků obou oddělení. K odebranému vzorku přikládá lékařem vyplněnou žádanku a odebraný materiál k vyšetření zabezpečí tak, aby během transportu nebyl poškozen. (Jedličková a kol., 2012, s. 92, 97)

3.7 Pád z operačního stolu, paréza z nesprávné polohy na operačním stole

V prostorách operačních sálů musí být pacient neustále pod dozorem sálového personálu. Na daný operační sál je pacient převezen sanitářem, většinou již na desce operačního stolu, na kterém je zajištěn popruhy proti pádu. Rovněž je důležité zajistit fyziologickou polohu všech končetin a jejich fixaci popruhy. (Jedličková a kol, 2012, s. 56)

Po uvedení pacienta do celkové anestezie se provádí vlastní polohování, které slouží k tomu, aby mohl být proveden operační výkon v co nejlepších podmínkách. Pacient je zajištěn popruhy proti pádu a všechna místa, na kterých by mohl vzniknout útlak kůže a měkkých tkání musí být vypodložena. Zvýšená pozornost musí být věnována těm oblastem, kde může dojít k poškození periferních nervů. Podceňovat bychom neměli ani riziko vy-

kloubení, zvláště v oblasti ramenního pletence. (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 77–78)

Jakákoliv manipulace s pacientem během operačního výkonu může být provedena až po souhlasu anesteziologa v rámci stabilizace vitálních funkcí. „Právní odpovědnost za operační polohu má vždy operátor.“ (Jedličková a kol., 2012, s. 226) Pro polohování pacienta a pro zajištění jeho bezpečnosti je důležitá souhra celého operačního týmu včetně pomocného personálu. (Jedličková a kol., 2012, s. 226)

3.8 Podchlazení pacienta

Pro zajištění aseptických podmínek je na operačním sále nad operačním polem umístěná klimatizační jednotka, která zajišťuje laminární proudění. Jedná se o jednocestný průtokový systém s vertikálním a horizontálním prouděním. Teplota na sále se pohybuje v rozmezí 20–21 °C. (Jedličková a kol., 2012, s. 27)

Při velkých operacích ztrácejí pacienti teplo a jejich tělesná teplota klesá, pokud nejsou aktivně zahříváni. Hypotermie vede k vazokonstrikci a svalovému třesu, k vyšší spotřebě kyslíku a ke zvýšenému srdečnímu zatížení. Proto u předpokládaných delších operačních výkonů ukládáme pacienta na operační stůl, na kterém je umístěna vyhřívací podložka. V průběhu operace pak pravidelně kontrolujeme funkci přístroje, aby nedošlo k přehřátí pacienta. Prevenci podchlazení můžeme také předcházet podáváním ohřátých intravenózních roztoků a minimalizací tepelných ztrát. Pokud se operační výkon z jakýchkoliv příčin protáhne a vyhřívací podložku již nelze použít, zakrýváme pacienta termoizolační příkryvkou. (Nicholls a Wilson, 2006, s. 50; Jedličková, 2012, s. 58)

3.9 Dekubity

Dekubitem (proleženinou) označujeme místní ischemické postižení kůže, podkoží, svalstva nebo sliznic, které vzniká vlivem tlaku, tření, vlhkosti nebo nůžkovému efektu, zejména na predilekčních místech mezi podložkou a pacientem. Vznik dekubitu pro pacienta znamená další bolest, komplikaci v podobě zhoršení zdravotního i psychického stavu a prodloužení doby hospitalizace. (Maďar, Podstatová a Řehořová, 2006, s. 117–118)

Při zajišťování polohy pacienta na operačním stole se musíme vyvarovat rizika proleženin. Nejvíce ohrožená místa jsou: paty, kotníky, kolena, kyčle, sakrální krajina, ramena, lokty, temeno hlavy a případně další oblasti při speciálních polohách. Na tato místa používáme

ochranné pomůcky z různých materiálů, které by měly tlak po dobu operace co nejvíce eliminovat. (Wichsová et al., 2013, s. 135)

Výskyt dekubitů patří mezi sledované indikátory ošetrovatelské péče. Statistické údaje ohledně šetření dekubitů na národní úrovni nalezneme na webových stránkách Národního referenčního centra. Tyto výsledky mohou pacienta ovlivnit při výběru zdravotnického zařízení. (Národní referenční centrum, 2009–2013)

3.10 Popálení pacienta, vzplanutí ohně v operačním poli

Elektrochirurgické přístroje se využívají k řezání a preparaci tkání (elektrotomie) a ke stavění drobného krváčení. Vlastní řez nebo koagulace se provádí aktivní elektrodou. Oproti aktivní elektrodě je na kůži pacienta připevněná velkoplošná neutrální elektroda. Vysokofrekvenční proud je veden z generátoru kabelem na aktivní elektrodu. Jelikož je energie vedena celým tělem pacienta k velkoplošné neutrální elektrodě, koncentrace elektrického proudu při kontaktu těla a elektrody o velké ploše je malá. V blízkosti neutrální elektrody tak nedochází k riziku termálního traumatu. (Wichsová et al., 2013, s. 66–67; Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 34, 37),

V rámci zajištění bezpečnosti pacienta je nutné dodržovat při přikládání neutrální elektrody několik zásad. Místo, kde má být elektroda připevněna, musí být suché a odchlupené. V dnešní době se doporučuje používat pouze samolepící elektrody, které zaručují spolehlivý kontakt s kůží pacienta po celou dobu operace a při změnách operační polohy tento kontakt kontrolovat. Je nutné minimalizovat riziko vniknutí tekutiny mezi elektrodu a kůži, aby nedošlo ke kumulaci intenzity proudu. Kromě nesprávně přiložené neutrální elektrody na těle pacienta může být příčinou popálení také používání alkoholových prostředků na dezinfekci operačního pole, kdy může dojít ke vznícení alkoholových par elektrickou jiskrou. Proto je důležité, aby dezinfekce dokonale zaschla a nezatekla pod pacienta. Neméně důležité je také uzemnění přístrojů. Místo přiložení neutrální elektrody zaznamenává perioperační sestra do ošetrovatelské dokumentace. (Jedličková a kol., 2012, s. 56)

Při nedodržení těchto zásad můžeme pacientovi způsobit popáleniny různého stupně, které zkomplikují jeho zdravotní stav, prodlouží hospitalizaci a přinesou mu nemalé utrpení v podobě bolesti a případných trvalých estetických či funkčních následků.

4 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST

Dle definice používané Národním systémem hlášení nežádoucích událostí (NSHNU) jsou nežádoucí události (dále jen NU) takové události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Za NU jsou dále považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je zdravotnické zařízení nebo jeho pracovník. NU je synonymem k dříve používanému termínu „mimořádná událost.“ (Hřib, 2010–2014)

Mimořádné události můžeme dle závažnosti rozdělit do dvou základních skupin:

- Incident – jedná se o událost, která neohrožuje život pacienta, návštěv nebo zaměstnanců a která se neztotožňuje s rutinní praxí nebo s předpisy zdravotnického zařízení.
- Závažný incident – jde o událost, která ohrožuje pacienta, návštěvníka nebo zaměstnance na životě a která se neslučuje s rutinní praxí a předpisy zdravotnického zařízení. (Škrla a Škrlová, 2003, s. 134–135)

Pokud ve zdravotnickém zařízení k mimořádné události dojde, je nutné na prvním místě poskytnout postiženému optimální lékařskou a ošetrovatelskou péči. Dále pak zabezpečit jakoukoliv zdravotnickou techniku, pomůcky nebo materiály, které mohly být příčinou vzniku mimořádné události, a to za účelem dalšího šetření. V neposlední řadě je nutné o mimořádné události provést zápis. Každý zaměstnanec, který byl svědkem nebo se přímo podílel na mimořádné události, je povinen tuto událost neprodleně nahlásit svému přímému nadřízenému. (Škrla, 2005, s. 61)

4.1 Hlášení nežádoucích událostí

Důležitou součástí programu kontinuálního zvyšování kvality je management mimořádných událostí. V oblasti řízené péče neboli „managed care“ je prevence a hlášení mimořádných událostí součástí programu řízení rizik. (Škrla, 2005, s. 58)

„Výzkumy prokázaly, že ve vyspělých zemích je ve zdravotnických institucích identifikováno pouze 5–30 % všech mimořádných událostí.“ (Škrla, 2005, s. 58–59)

V moderním zdravotnictví hlášení NU představuje důležitý výukový prvek, důležitou zpětnou vazbu pro nápravná opatření v systému zdravotnického zařízení, kde k události

došlo. V ekonomicky vyspělých zemích se hlášení NU podporuje, někde dokonce odměňuje. (Škrla, 2005, s. 59)

V oblasti řízení kvality a bezpečí mají zdravotnická zařízení obvykle vypracován standard pro hlášení nežádoucích událostí. Tento standard nám stanovuje zásady hlášení NU a obvykle i postup pro zaměstnance při výskytu a následném řešení NU. Důležité je, aby zaměstnanec znal seznam NU, které jsou v daném zdravotnickém zařízení sledovány a komu a jakým způsobem má výskyt NU nahlásit.

V praxi to znamená, že NU okamžitě nahlásíme přímému nadřízenému, ve službě vedoucímu lékaři služby. Tito zaměstnanci výskyt NU dále, dle závažnosti, hlásí managementu zdravotnických zařízení telefonicky, písemně či prostřednictvím elektronicky předdefinovaného formuláře. Vedoucí pracovník oddělení, na kterém se NU vyskytla, provede analýzu případu, popíše způsob řešení a navrhne opatření včetně opatření preventivních.

V České republice existuje elektronický systém – Národní systém hlášení nežádoucích událostí (NSHNU) – pro vedení záznamů o událostech ovlivňujících kvalitu zdravotnických služeb a bezpečnost pacientů. (příloha P III) Správcem tohoto systému je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Do tohoto systému je v současnosti zapojeno 73 poskytovatelů zdravotních služeb. (Hřib, 2010–2014)

S hypotézou, že čeští lékaři nedokážou zapomenutý předmět v těle pacienta během operačního výkonu jako NU otevřeně přiznat, pracoval MUDr. Šťastný (2010), který provedl průzkum na chirurgických pracovištích po celé ČR. Hypotéza se mu částečně potvrdila. Z rozeslaných 157 dotazníků se jich vrátilo 73, přičemž 63 dotazníků obsahovalo odpověď, že situaci kolem zapomenutého předmětu při operaci zažili. Většina oslovených však na výzvu nereagovala, lze tedy jen spekulovat, zda tak učinila z nezájmu nebo ze snahy o utajení svých pochybení před managementem či veřejností.

Šťastný ve své práci připomíná zásady, které je v dnešní době, kdy se hodně mluví a píše o tzv. firemní kultuře, třeba na operačních sálech a centrálních sterilizacích dodržovat:

- NU jakéhokoli charakteru hlásit svému nadřízenému, vedení nemocnice, v některých zařízeních prostřednictvím informačního systému.
- Z NU se poučit a chybu pečlivě analyzovat.
- Ostatní zaměstnance o chybě informovat a rozebrat okolnosti jejího vzniku.
- Problémy probrat např. na provozní schůzi.

- Zainteresované zaměstnance netrestat, ale motivovat je např. přípravou semináře. (Šťastný, 2010)

4.2 Prevence nežádoucích událostí

Chirurgická péče je nezbytnou součástí zdravotní péče po celém světě. Podle statistiky Světové zdravotnické organizace (WHO) je na celém světě provedeno 234 milionů operací ročně. Z toho sedm milionů pacientů má pooperační komplikace a jeden milion na tyto komplikace umírá. (Wichsová, 2010, s. 43)

WHO se bezpečím pacientů zabývá už dlouho. Jedním z projektů, který má omezit množství pochybení na operačních sálech, je i program Save Surgery Saves Lives (Bezpečná chirurgie zachraňuje životy), kterým se zabývá World Alliance for Patient Safety (Světová aliance pro bezpečí pacientů) a která po konzultaci s chirurgy, anesteziology, sestrami, experty na bezpečnost pacientů a s pacienty samotnými navrhla jako výsledek svého projektu dokument **Surgical Safety Checklist** (Chirurgický bezpečnostní list). (Wichsová, 2010, s. 43)

Pilotní studie proběhla v osmi nemocnicích, v osmi městech po celém světě (Toronto – Kanada, New Delhi – Indie, Ammán – Jordánsko, Auckland – Nový Zéland, Manila – Filipíny, Ifakara – Tanzanie, Londýn – Anglie a Seattle – USA, stát Washington) od října 2007 do září 2008 na tamních operačních sálech. Tato zařízení byla vybrána na základě geografického rozložení s cílem reprezentovat rozmanité socioekonomické prostředí, ve kterém jsou operační výkony prováděny. (příloha P I) Do studie bylo zařazeno 3733 pacientů před zavedením Checklistu a 3955 po jeho zavedení. Výskyt komplikací klesl z 11,0 % na počátku studie na 7,0 % po zavedení bezpečnostního listu a úmrtnost klesla z 1,5 % před zavedením Checklistu na 0,8 % po jeho zavedení. Pooperační komplikace klesly v průměru o 36 % a počet úmrtí se snížil o více než 40 %. Výsledky studie byly zveřejněny ve vědecko-výzkumném lékařském časopise New England Journal of Medicine a jasně z nich vyplývá, že implementace Checklistu na operačních sálech ve všech osmi nemocnicích byla spojena s výrazným snížením závažných komplikací. (Haynes et al., 2009)

4.3 Systémová opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky

„V rámci Evropské unie je zhruba osmi až dvanácti procentům pacientů přijatých do nemocnic způsobena újma během poskytování zdravotní péče. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012)

Nejčastějšími nežádoucími událostmi jsou chyby při podávání léků, chirurgická pochybení, diagnostické chyby a infekce spojené se zdravotní péčí. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZČR) tak začalo postupně zavádět systémová opatření, která zajišťují vyšší bezpečnost pacientů i kvalitu poskytované péče. Poskytovatel zdravotní péče je ve smyslu ustanovení 47 odst. 3 písm. (b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Pro zavedení tohoto systému vypracovalo MZČR „Minimální požadavky“, které jsou uveřejněny ve Věstníku MZ č. 5/2012. (příloha P VI) Jedním z těchto požadavků je i zavedení Resortních bezpečnostních cílů (dále jen RBC), které vyhlásilo MZČR v rámci „Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče.“ RBC vychází z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a jednotlivých doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012)

Jedním z cílů je prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech. U tohoto RBC byla doplněna doporučující metodika o kontrolní seznam WHO – Surgical Safety Checklist. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012)

RBC v oblasti prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech ukládá přímo řízenému zdravotnickému zařízení povinnost stanovit vnitřním předpisem jednotný postup, který zajistí provádění správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci včetně výkonů prováděných mimo operační sály. Vnitřní předpis obsahuje rovněž standardizovaný způsob označování místa výkonu a zajišťuje účast pacienta na označování místa operačního výkonu. Zdravotnické zařízení také používá a dokumentuje předoperační bezpečnostní proceduru bezprostředně před zahájením operačního výkonu. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2012; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010)

5 SURGICAL SAFETY CHECK LIST

„Surgical Safety Checklist je WHO doporučený postup bezpečnostního procesu na operačních sálech, jenž minimalizuje rizika chirurgických výkonů vedoucí ke komplikacím a vznikající na základě pochybení členů operačního týmu.“ (Wichsová, 2010)

Jedná se o jednoduchou proceduru, která je prováděna u každého operačního výkonu s cílem ověřit kritické okamžiky operace. Bezpečnostní list má operačnímu týmu poskytnout jednoduchý a efektivní nástroj pro zlepšení komunikace a týmové spolupráce a hlavně pomoci aktivně vyhledat potenciální rizika, která by mohla ohrozit bezpečnost pacientů při každé operaci. Checklist byl navržen tak, aby byl jednoduchý, stručný a každý krok by neměl trvat déle než jednu minutu. (World Health Organization, 2009)

Checklist se skládá ze tří kroků:

1. Před podáním anestezie: SIGN IN
2. Před kožním řezem: TIME OUT
3. Před tím, než pacient opustí operační sál: SIGN OUT (příloha P II)

Vedení procedury je obvykle svěřeno obíhající sestře, která se stává koordinátorem celého procesu, ovšem může to být i jakýkoliv lékař, který se operačního výkonu účastní. Každé zařízení si tak může zvážit, kdo je pro tuto roli nejvhodnější. Určená osoba ústně potvrdí dokončení každého kroku Checklistu před tím, než je přistoupeno ke kroku dalšímu. (World Health Organization, 2009)

Před podáním anestezie kontrolujeme identitu pacienta, kdy se ho ptáme, jak se jmenuje a kdy se narodil. Tuto identitu porovnáme s identifikačním náramkem umístěným na jeho zápěstí a s dokumentací, se kterou pacient na sál přijíždí. Zkontrolujeme typ operačního výkonu, místo operace a jeho označení. Pacienta nikdy nevykloučíme z této procedury. Ptáme se na jeho známé alergie. Svým vystupováním se snažíme zmírnit pacientovy obavy z výkonu. Snažíme se i o eliminaci hluku, který je častým jevem v prostředí operačních sálů a na pacienty působí velmi negativně. V dokumentaci kontrolujeme souhlas pacienta s operací, výsledky veškerých předoperačních vyšetření, odběrů, objednávky krevních derivátů, podání premedikace a profylaktických antibiotik. Dále kontrolujeme funkčnost anesteziologického přístroje, pulzního oxymetru a připravenost všech pomůcek nutných k intubaci. U pacienta rovněž zjišťujeme možné překážky v dýchacích cestách. Zvýšenou

pozornost musíme v tomto období věnovat riziku aspirace a riziku ztráty krve. (Wichsová, 2010, s. 43, 44)

Před kožním řezem všichni členové operačního týmu uvedou své jméno a úlohu. Opětovně potvrzujeme identitu pacienta, typ a místo operačního výkonu. Operatér sdělí týmu předpokládanou délku výkonu, předpokládanou ztrátu krve a možná rizika v průběhu operace. Anesteziolog vyjádří předpokládaná rizika anestezie. Perioperační sestra (instrumentářka) potvrdí připravenost a sterilitu instrumentária a všech pomůcek. Obíhající sestra potvrdí připravenost zdravotnické techniky, dostupnost obrazové dokumentace, připravenost implantátů, drénů apod. Dále je nutné, aby zaznělo, zda byla pacientovi podána profylaktická antibiotika a zda jsou připraveny krevní deriváty v případě jejich okamžité potřeby. (Wichsová et al., 2013, s. 160, 162; Wichsová, 2010, s. 43,–44)

Tato fáze Checklistu je velmi důležitá. Opravdu se musíme na chvíli zastavit, zkontrolovat vše potřebné a teprve pak přistoupit k vlastnímu výkonu. Ačkoliv se může zdát, že nás tato fáze zdržuje, není tomu tak. Rutinní práce nás často odvádí od pozornosti a soustředěnosti, domníváme se, že máme vše pod kontrolou a že se nemůže nic stát. Opak je pravdou. Proto musíme využívat tyto mechanismy a dodržovat je, protože již v mnoha případech dokázaly, že jsou účinné.

Před ukončením operačního výkonu ústně potvrzujeme název výkonu a uložení drénů. V této fázi perioperační sestry provádějí přísnou početní kontrolu nástrojů, roušek a ostatního materiálu. Všímají si i kompletnosti pomůcek. Souhlas či nesouhlas hlásí operatérovi. Postup při nesouhlasu je popsán v kapitole 3.3. Dále je nutné zkontrolovat odebrané vzorky tkání a jejich označení. Chirurg s anesteziologem sdělují pooperační ordinace. Výhodou této procedury je to, že není zbyrokratizovaná a její postup není nutno zdlouhavě zaznamenávat do dokumentace. Doporučuje se pouze zaškrtnout její realizaci v perioperační ošetrovatelské dokumentaci. Vzor Checklistu je k dispozici přímo na operačním sále jako pomůcka a připomínka pořadí dotazů, které je třeba zodpovědět, nikoli jako další součást objemné dokumentace. Checklist chrání pacienty před možným pochybením jako je záměna pacienta, záměna operované strany nebo místa operace, omyl v plánovaném operačním výkonu, problém s anestézií a infekcí v operační ráně. Rovněž pacienta chrání před nejrůznějšími chybami, které mohou vyplynout ze špatné komunikace mezi jednotlivými členy operačního týmu. (Wichsová et al., 2013, s. 160, 162; Wichsová, 2010, s. 43–44)

Implementace Checklistu jde ve zdravotnických zařízeních v ČR velmi pomalu, často bez vstřícnosti dotčených aktérů. Přispívá k tomu nejen odmítavý postoj personálu operačních sálů, ale i liknavost řídicích pracovníků. Je třeba zaměstnance dostatečně informovat o příznivých dopadech používání Checklistu na bezpečnost pacienta a nejenom se spokojit s tím, že je bezpečnostní list vtělen do dokumentace. Je třeba se zajímat o jeho skutečné používání v praxi. (Wichsová et al., 2013, s. 162–163)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6.1 Cíle průzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, zda a jak perioperační sestry provádějí bezpečnostní proces na operačních sálech.

Dílčí cíle:

1. Zjistit povědomí perioperačních sester o možných rizicích nežádoucích událostí.
2. Zjistit, zda mají sestry na svých pracovištích zavedený Checklist.
3. Zjistit, jaký postoj mají perioperační sestry k realizaci Checklistu.

6.2 Metoda průzkumného šetření a konstrukce dotazníku

K získání dat byla vybrána metoda dotazníkového šetření, formou nestandardizovaného elektronického dotazníku. Výhodou tohoto šetření je to, že respondenti při vyplňování dotazníku nebyli ovlivňováni přítomností jiné osoby a dotazník mohli ihned po vyplnění odeslat.

Anonymní dotazníkové šetření bylo určeno pro perioperační sestry na operačních sálech, jejichž kompetence jsou dány vyhláškou 55/2011 sb. v platném znění.

Tvorbu dotazníku, který obsahuje 29 otázek, jsme zpracovali a konzultovali s vedoucí bakalářské práce PhDr. Evou Hrenákovou. Na základě jejich rad a doporučení byly otázky stylisticky upraveny a po schválení vloženy do elektronické podoby. Dotazník (příloha P IV) obsahoval položky uzavřené (otázka č. 1–4, 9, 11, 12, 15, 16, 20–24, 26), položky polootevřené (otázka č. 7, 8, 10, 13, 14, 18, 25, 27) a položky otevřené (otázka č. 6, 15a, 17, 19, 21a, 24a, 25a, 28, 29). U uzavřených a polootevřených otázek měli respondenti zvolit jednu odpověď, s kterou se nejvíce ztotožňovali. U otázek otevřených odpovídali dle svého zvážení.

Otázka č. 1–4 je zaměřena na věk, délku praxe a vzdělání respondentů. V otázce č. 5 zjišťujeme typ zdravotnického zařízení. Další otázky jsou zaměřeny na hlavní a dílčí cíle bakalářské práce. Hlavní cíl je zkoumán otázkami č. 6, 7, 11–18. Dílčí cíl 1 je zkoumán otázkami č. 8–10, 19. Dílčí cíl 2 je zkoumán otázkami č. 20, 21, 23–25 a cíl 3 otázkami č. 22, 26–29.

6.3 Organizace průzkumného šetření

Po schválení dotazníkového šetření ve vybraných zdravotnických zařízeních byly skrze náměstkyně pro ošetrovatelskou péči nebo hlavní sestry, případně jejich asistentky, dotazníky distribuovány elektronickou formou vrchním sestřám operačních sálů. Ty byly požádány, aby dotazníky dále distribuovaly řadovým perioperačním sestřám. Ve třech zařízeních jsme s vrchními sestrami jednali osobně. Pracoviště byla vybrána z důvodu zastoupení, jak akreditovaných zařízení, tak i těch, která akreditaci v době šetření neměla. Dotazníkové šetření se uskutečnilo v těchto zdravotnických zařízeních: Ústřední vojenská nemocnice – VFN Praha, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Masarykův onkologický ústav Brno, Vítkovická nemocnice a. s., Nemocnice Česká Lípa, Nemocnice s poliklinikou Karviná – Ráj, Nemocnice Kyjov, Kroměřížská nemocnice a.s., Nemocnice Třebíč a Nemocnice Ivančice. Oslovena byla ještě čtyři další zdravotnická zařízení, z nichž v jednom bylo šetření zamítnuto, a zbylá tři zařízení na žádost vůbec nereagovala.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 69 respondentů z řad perioperačních sester. Toto šetření proběhlo v měsíci leden a únor 2014.

6.4 Metodika zpracování dat

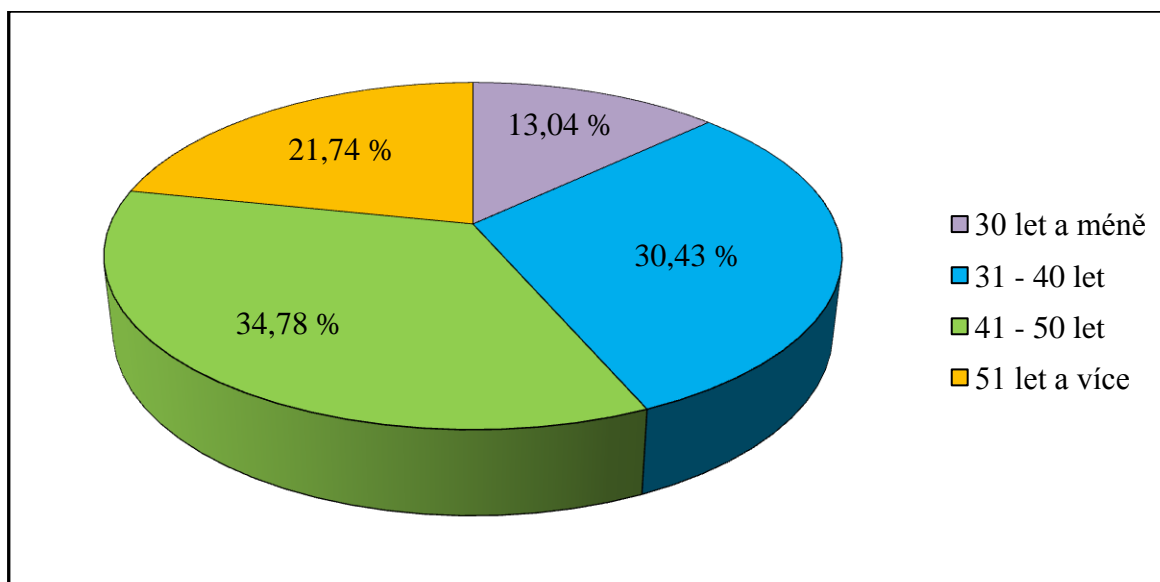
Získané údaje jsme vyhodnotili pomocí tabulek a grafů. Grafy byly zpracovány v Microsoft Office Excel 2010. V tabulkách jsme použili absolutní a relativní četnosti, které jsme zaokrouhlili na dvě desetinná místa. Položku č. 9 jsme vyhodnotili výpočtem aritmetického průměru. Otevřené otázky jsme zpracovali do grafů a hodnoty jsme zaokrouhlili na celá čísla. Tyto grafy zobrazují relativní četnost odpovědí respondentů na dané otázky. Každou otázku jsme slovně okomentovali. Červeně jsme označili položky, které jsou v současné době v rámci zajištění bezpečí pacienta v perioperační péči významné.

7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Analýza položky č. 1 – **Váš věk?**

Tabulka 1 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
30 let a méně	9	13,04 %
31 – 40 let	21	30,43 %
41 – 50 let	24	34,78 %
51 let a více	15	21,74 %
Celkem	69	100,00 %



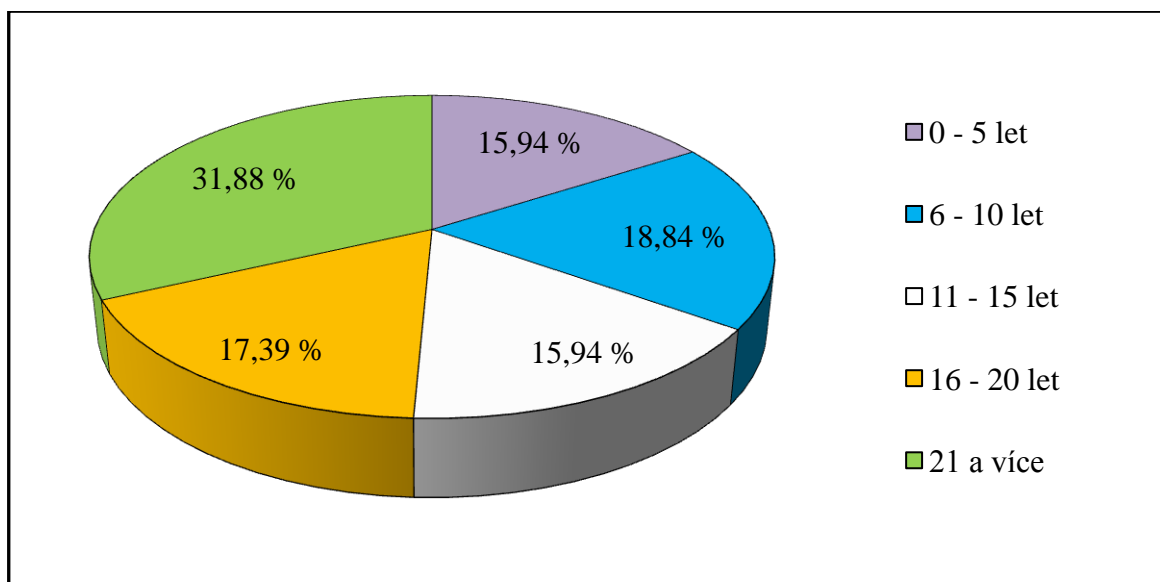
Graf 1 Věk respondentů [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 1 a grafu 1 znázorníme věk respondentů, kteří se zúčastnili průzkumu. Respondenti byli podle věku rozděleni do čtyř věkových kategorií. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů bylo v kategorii 30 let a méně 9 (13,04 %) respondentů, v kategorii 31–40 let 21 (30,43 %) respondentů, v kategorii 41–50 let 24 (34,78 %) respondentů, a v kategorii 51 a více let 15 (21,74 %) respondentů.

Analýza položky č. 2 – Kolik let vykonáváte profesi perioperační sestry?

Tabulka 2 Doba výkonu profese

Doba výkonu profese	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 – 5 let	11	15,94 %
6 – 10 let	13	18,84 %
11 – 15 let	11	15,94 %
16 – 20 let	12	17,39 %
21 a více	22	31,88 %
Celkem	69	100,00 %



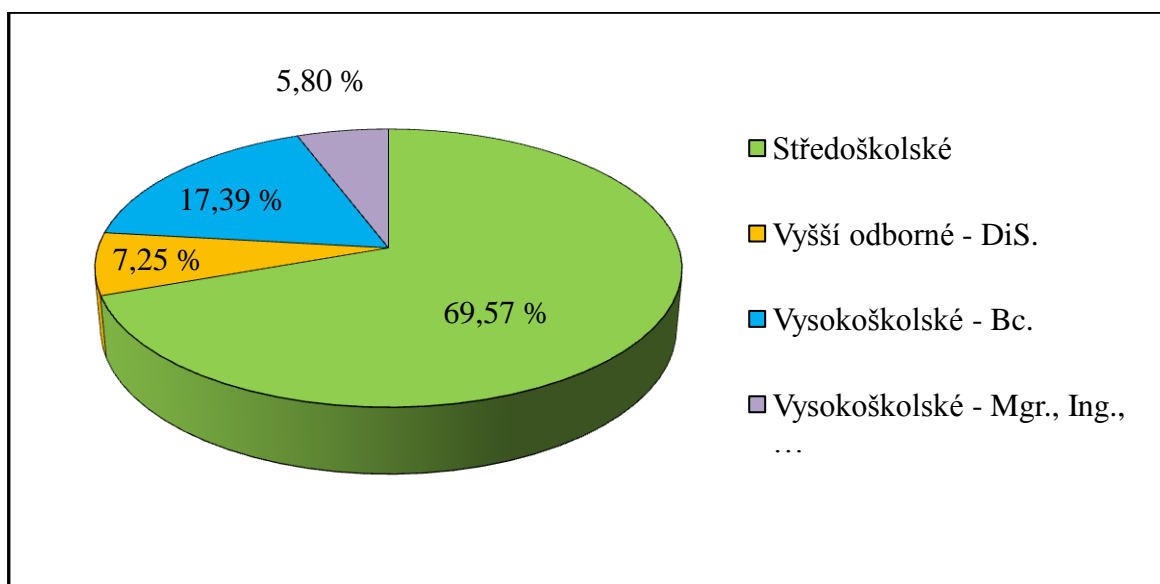
Graf 2 Doba výkonu profese [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 2 a grafu 2 zobrazujeme délku praxe respondentů na operačních sálech. Respondenti byli rozděleni do pěti skupin podle délky praxe. Ve skupině 0–5 let bylo 11 (15,94 %) respondentů, ve skupině 6–10 let bylo 13 (18,84 %) respondentů, ve skupině 11–15 let bylo 11 (15,94 %) respondentů, ve skupině 16–20 let bylo 12 (17,39 %) respondentů a ve skupině 21 a více let bylo 22 (31,88 %) respondentů.

Analýza položky č. 3 – Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3 Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Středoškolské	48	69,57 %
Vyšší odborné – DiS.	5	7,25 %
Vysokoškolské – Bc.	12	17,39 %
Vysokoškolské – Mgr., Ing., ...	4	5,80 %



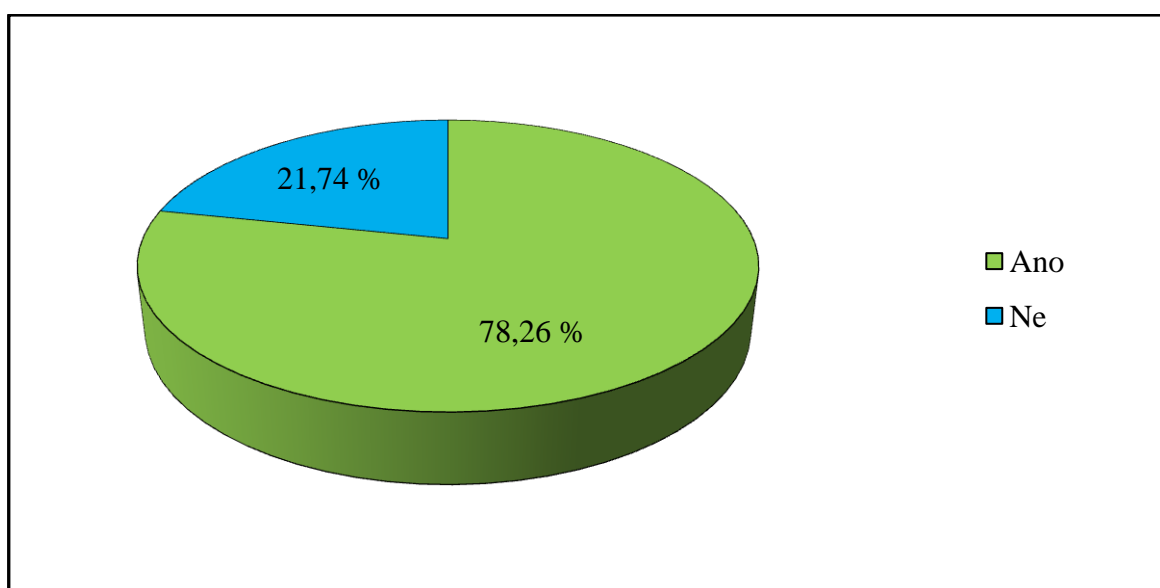
Graf 3 Dosažené vzdělání [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 3 a grafu 3 zobrazujeme nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů má 48 (69,57 %) respondentů středoškolské vzdělání, 5 (7,25 %) respondentů vyšší odborné vzdělání, 12 (17,39 %) respondentů bakalářské vzdělání a 4 (5,80 %) respondentů vzdělání magisterské.

Analýza položky č. 4 – **Jste absolventkou/absolventem specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče?**

Tabulka 4 Specializační vzdělávání

Specializační vzdělávání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	54	78,26 %
Ne	15	21,74 %
Celkem	69	100,00 %



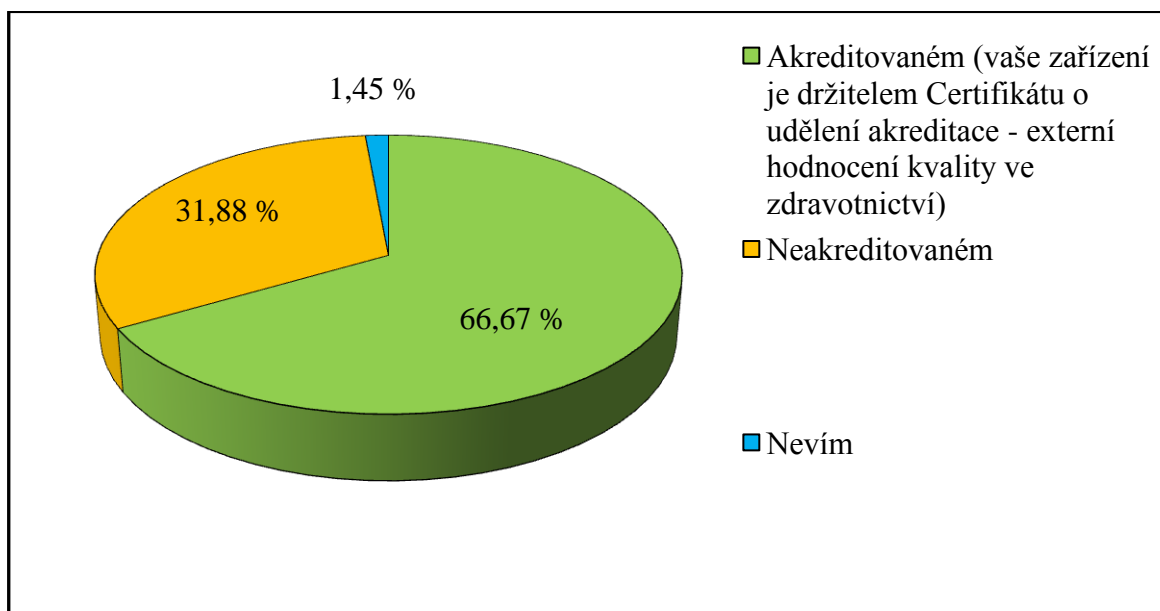
Graf 4 Specializační vzdělávání [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 4 a grafu 4 zobrazujeme počet respondentů, kteří mají či nemají ukončené specializační vzdělání v oboru perioperační péče. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů má 54 (78,26 %) respondentů specializaci v oboru perioperační péče a 15 (21,74 %) respondentů ji nemá.

Analýza položky č. 5 – V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

Tabulka 5 Druh zdravotnického zařízení

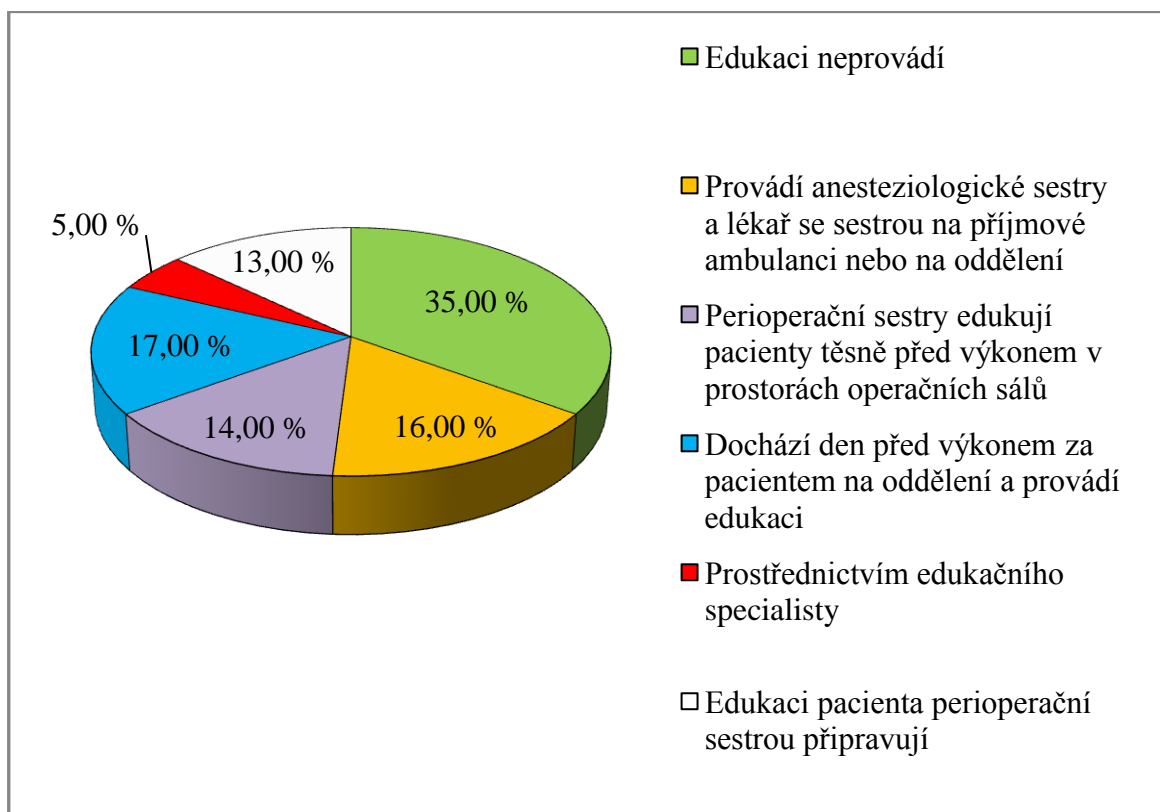
Druh zdravotnického zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Akreditovaném (vaše zařízení je držitelem Certifikátu o udělení akreditace – externí hodnocení kvality ve zdravotnictví)	46	66,67 %
Neakreditovaném	22	31,88 %
Nevím	1	1,45 %
Celkem	69	100,00 %



Graf 5 Druh zdravotnického zařízení [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 5 a grafu 5 zobrazujeme počet respondentů pracujících v akreditovaných a neakreditovaných zdravotnických zařízeních. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů pracuje 46 (66,67 %) respondentů v akreditovaném zdravotnickém zařízení, 22 (31,88 %) respondentů v neakreditovaném zdravotnickém zařízení a 1 (1,45 %) respondent nevěděl, v jakém zařízení pracuje.

Analýza položky č. 6 – **Popište, jakým způsobem probíhá na Vašem pracovišti edukace pacientů perioperační sestrou před operačním výkonem?**



Graf 6 Edukace na pracovišti [Zdroj: vlastní šetření]

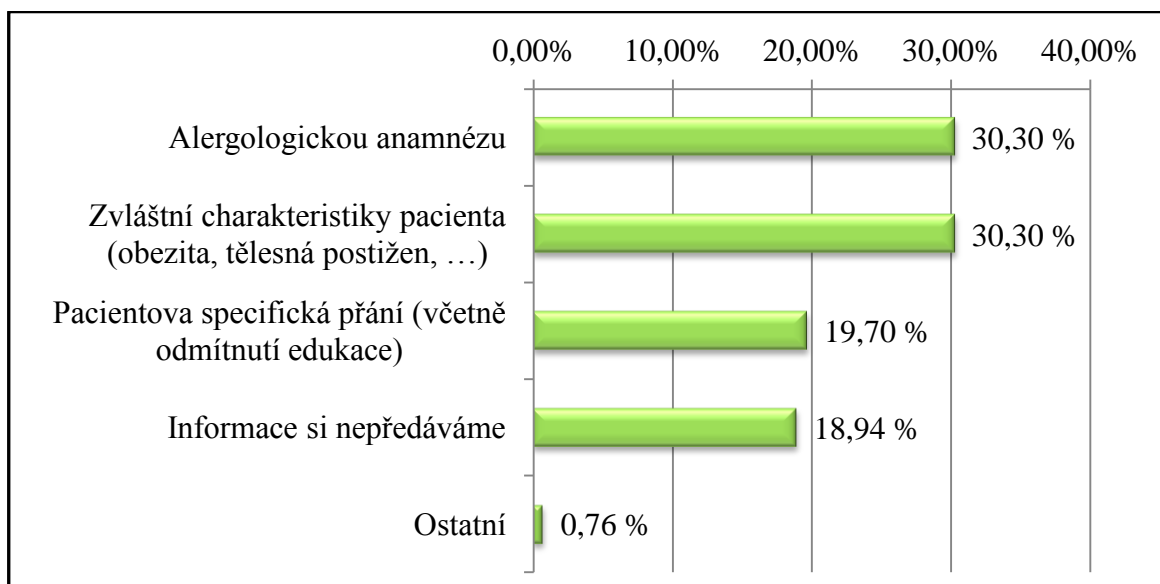
V grafu 6 znázorňujeme relativní četnost odpovědí respondentů na otázku, která byla otevřená: „Popište, jakým způsobem probíhá na Vašem pracovišti edukace pacientů perioperační sestrou před operačním výkonem?“ Nejčastěji respondenti 35 % uváděli, že edukaci neprovádějí. Důvodem je to, že na svých pracovištích nemají edukaci pacientů perioperační sestrou zavedenou, nebo edukaci neprovádějí z důvodů časové vyčerpání. Dále pak 16 % respondentů uvedlo, že edukaci ve většině případů provádí anesteziologické sestry, které za pacientem dochází na oddělení nebo lékař se sestrou na příjmové ambulanci či na oddělení. Těsně před výkonem v prostorách operačních sálů edukuje pacienty 14% respondentů. Existují i pracoviště, kde 17 % respondentů uvedlo, že dochází den před výkonem za pacientem na oddělení a provádí edukaci. Využívají k tomu různé brožurky, fotodokumentaci apod. Dále pak 5 % respondentů uvedlo, že pacienta edukují prostřednictvím edukačního specialisty perioperační péče, kterému je zaslána speciální žádanka z příjmové ambulance, pokud pacient při přijetí o edukaci projeví zájem.

Na některých pracovištích se na edukaci pacienta perioperační sestrou připravují a 13 % respondentů uvedlo, že tento proces chtějí v nejbližší době zahájit.

Analýza položky č. 7 – **Jaké informace si se svými kolegyněmi (s kolegy) – perioperačními sestrami, předáváte o edukantech, jež by mohly ovlivnit kvalitu následné ošetrovatelské perioperační péče?**

Tabulka 6 Předávání informací o edukantech

Předávání informací o edukantech	Absolutní četnost	Relativní četnost
Alergologickou anamnézu	40	30,30 %
Zvláštní charakteristiky pacienta (obezita, tělesná postižení, ...)	40	30,30 %
Pacientova specifická přání (včetně odmítnutí edukace)	26	19,70 %
Informace si nepředáváme	25	18,94 %
Ostatní	1	0,76 %
Celkem	132	100,00 %



Graf 7 Předávání informací o edukantech [Zdroj: vlastní šetření]

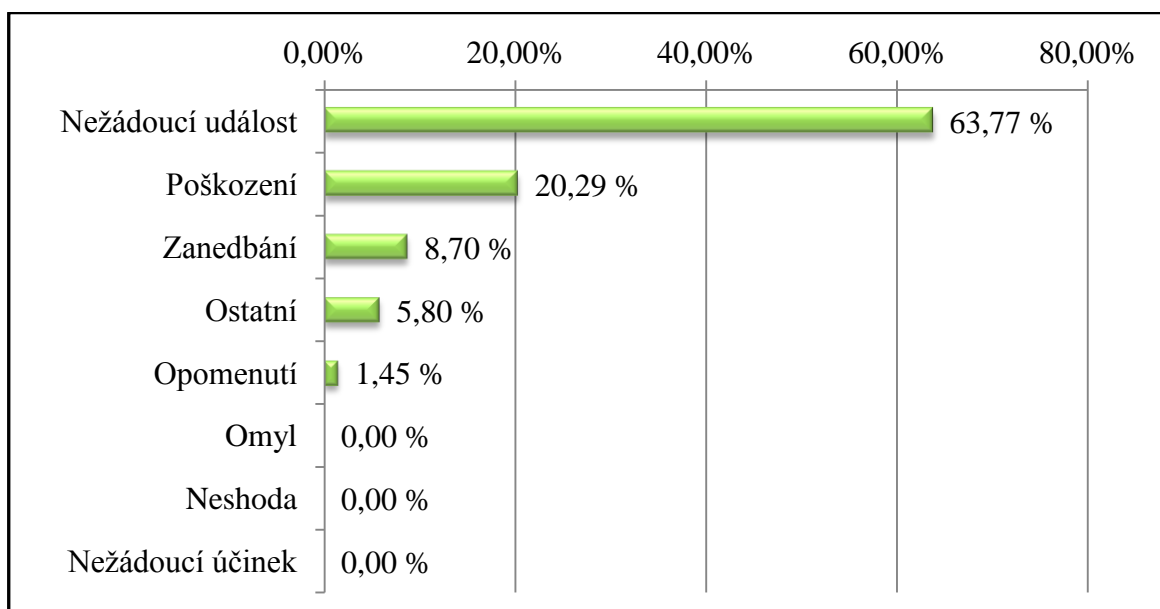
V tabulce 6 a grafu 7 zobrazujeme odpovědi respondentů na otázku: „Jaké informace si se svými kolegyněmi (s kolegy) – perioperačními sestrami, předáváte o edukantech, jež by mohly ovlivnit kvalitu následné ošetrovatelské perioperační péče?“ V této otázce měli

možnost respondenti označit více odpovědí a absolutní četnost v tomto případě je počet všech odpovědí. Červeně je označena položka, která je v současné době v rámci zajištění bezpečí pacienta v perioperační péči významná a varující. Z celkového počtu 132 (100 %) odpovědí 40 (30,30 %) respondentů uvedlo, že se navzájem informují o alergologické anamnéze pacientů, 40 (30,30 %) respondentů uvádí zvláštní charakteristiky pacienta (obezita, tělesná postižení, ...), 26 (19,70 %) respondentů udává pacientova specifická přání (včetně odmítnutí edukace), 25 (18,94 %) respondentů si informace nepředává a 1 (0,76 %) respondent uvedl spirituální potřeby pacientů.

Analýza položky č. 8 – Jak se správně označují případy, kdy je pacientovi způsobena újma na zdraví během poskytování zdravotní péče?

Tabulka 7 Označení případů újmy na zdraví

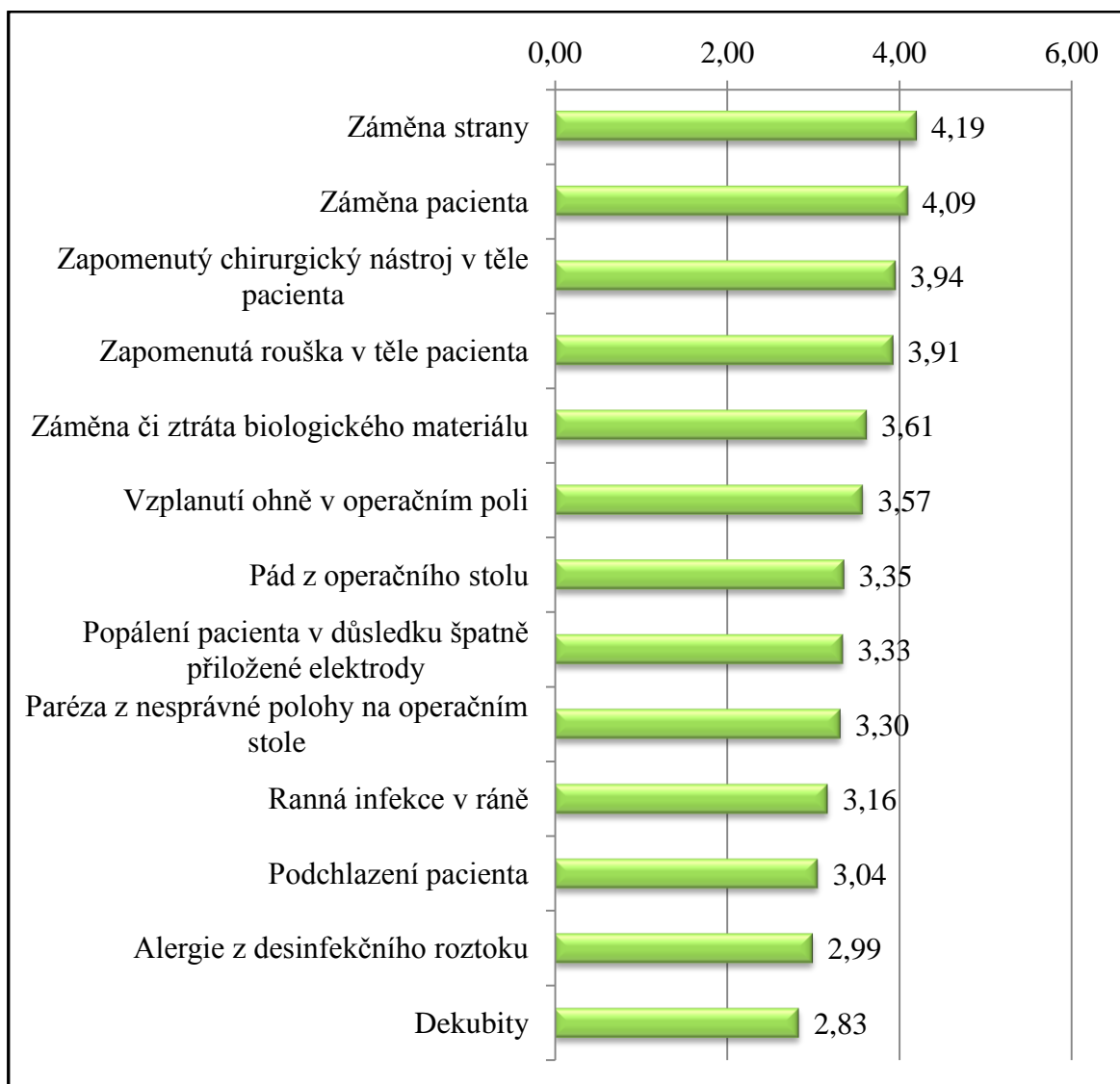
Označení případů újmy na zdraví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nežádoucí událost	44	63,77 %
Poškození	14	20,29 %
Zanedbání	6	8,70 %
Ostatní	4	5,80 %
Opomenutí	1	1,45 %
Omyl	0	0,00 %
Neshoda	0	0,00 %
Nežádoucí účinek	0	0,00 %
Celkem	69	100,00 %



Graf 8 Označení případů újmy na zdraví [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 7 a grafu 8 znázorňujeme odpovědi respondentů na otázku: „Jak se správně označují případy, kdy je pacientovi způsobena újma na zdraví během poskytování zdravotní péče?“ Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů, nejvíce 44 (63,77 %) respondentů

vedlo nežádoucí událost, 14 (20,29 %) respondentů označilo poškození, 6 (8,70 %) respondentů uvedlo zanedbání, 4 (5,80 %) respondenti, kteří zvolili možnost ostatní, uvedli: trestný čin a těžké ublížení na zdraví, 1 (1,45 %) respondent označil opomenutí a žádný respondent neoznačil možnost omyl, neshoda a nežádoucí účinek.



Graf 9 Nejrizikovější okamžik perioperační péče [Zdroj: vlastní šetření]

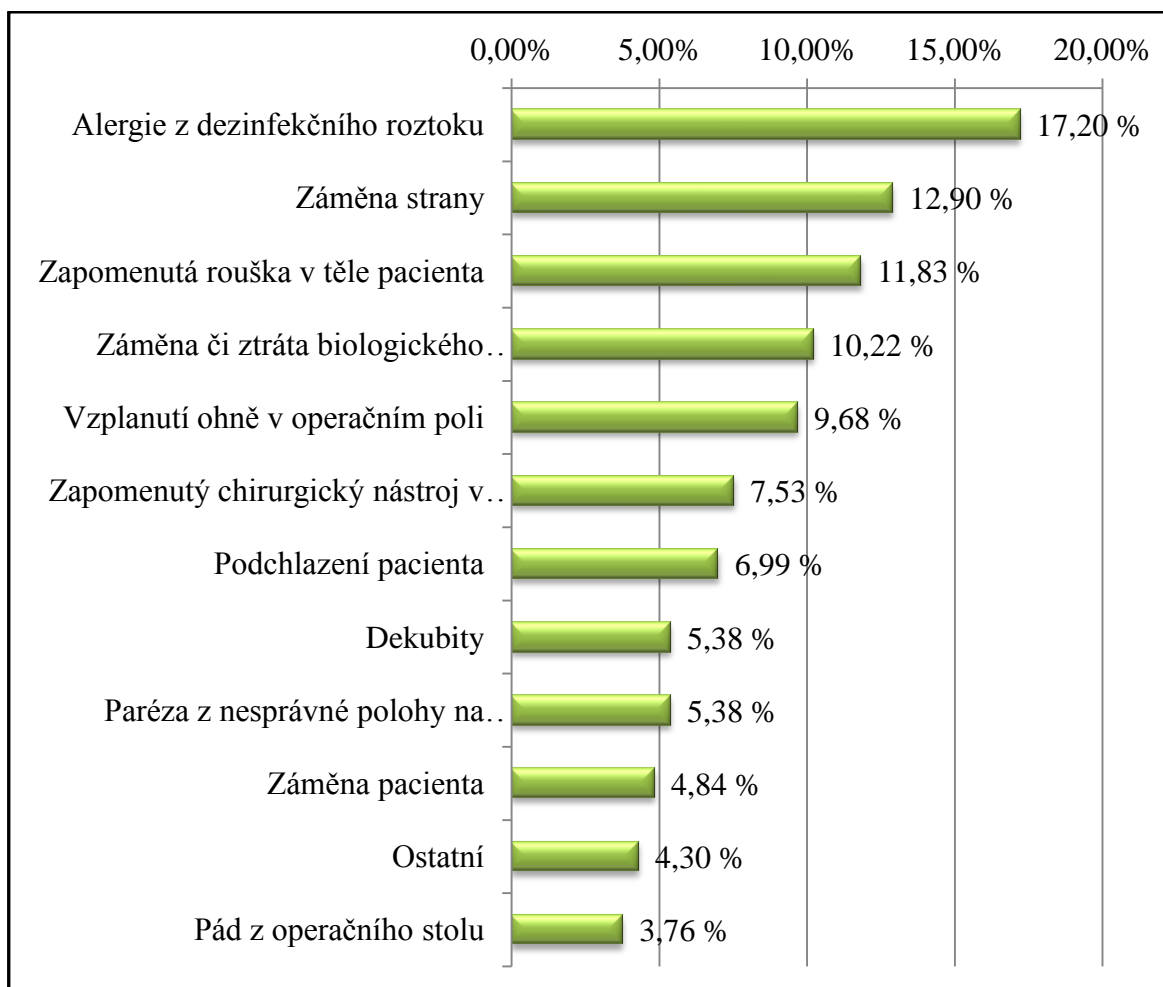
V tabulce 8 a grafu 9 znázorňujeme odpovědi respondentů na míru rizika NU. Respondenti měli označit na škále 1–5, přičemž 1 je nejnižší a 5 je nejvyšší, míru rizika, které pro pacienta představují NU, zobrazené v tabulce. Odpovědi byly vyhodnoceny výpočtem aritmetického průměru, kdy položky s nejvyšším aritmetickým průměrem jsou pro respondenty nejvíce rizikové. Nejrizikovější okamžik perioperační péče v pořadí dle mínění respondentů je záměna strany (aritmetický průměr 4,19), záměna pacienta (aritmetický průměr 4,09), zapomenutý chirurgický nástroj v těle pacienta (aritmetický průměr 3,94), zapomenutá rouška v těle pacienta (aritmetický průměr 3,91), záměna či ztráta biologického materiálu (aritmetický průměr 3,61), vzplanutí ohně v operačním poli (aritmetický průměr 3,57), pád z operačního stolu (aritmetický průměr 3,35), popálení pacienta v důsledku špatně přiložené elektrody (aritmetický průměr 3,33), paréza z nesprávné polohy na ope-

račním stole (aritmetický průměr 3,30), raná infekce v ráně (aritmetický průměr 3,16), podchlazení pacienta (aritmetický průměr 3,04), alergie z dezinfekčního roztoku (aritmetický průměr 2,99) a na posledním místě byly uvedeny dekubity (aritmetický průměr 2,83).

Analýza položky č. 10 – S jakou nežádoucí událostí jste se během své praxe setkala/setkal?

Tabulka 9 Druhy nežádoucích událostí

Druhy nežádoucích událostí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Alergie z dezinfekčního roztoku	32	17,20 %
Záměna strany	24	12,90 %
Zapomenutá rouška v těle pacienta	22	11,83 %
Záměna či ztráta biologického materiálu	19	10,22 %
Vzplanutí ohně v operačním poli	18	9,68 %
Zapomenutý chirurgický nástroj v těle pacienta	14	7,53 %
Podchlazení pacienta	13	6,99 %
Dekubity	10	5,38 %
Paréza z nesprávné polohy na operačním stole	10	5,38 %
Záměna pacienta	9	4,84 %
Ostatní	8	4,30 %
Pád z operačního stolu	7	3,76 %
Celkem	186	100,00 %



Graf 10 Druhy nežádoucích událostí [Zdroj: vlastní šetření]

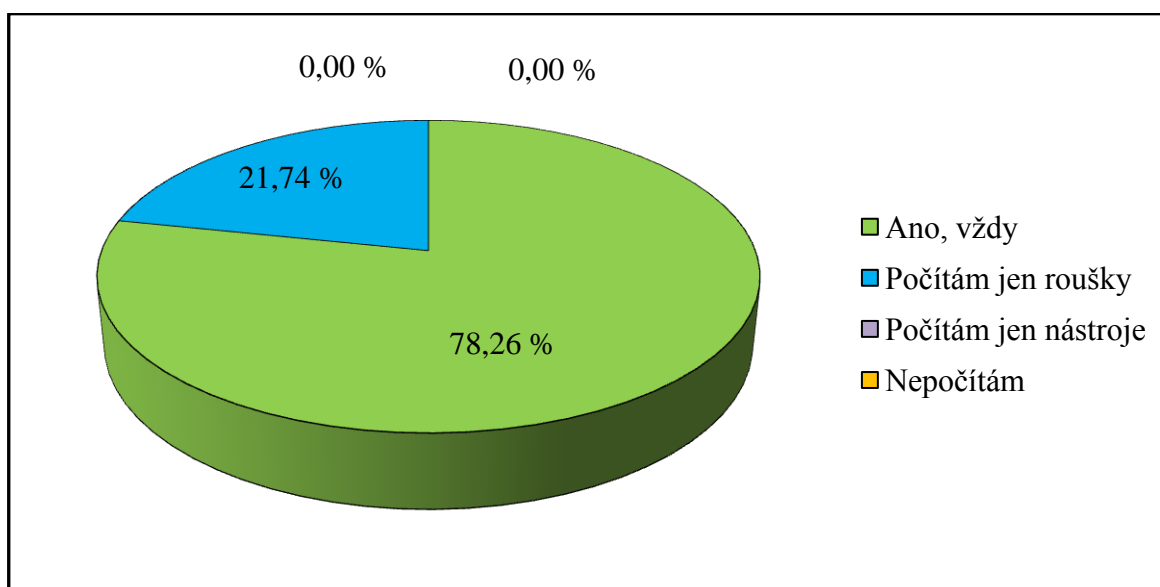
V tabulce 9 a grafu 10 znázorňujeme odpovědi respondentů na otázku: „S jakou nežádoucí událostí jste se během své praxe setkala/setkal?“ V této otázce měli možnost respondenti označit více odpovědí a absolutní četnost v tomto případě je počet všech odpovědí. Červeně jsou označeny položky, která jsou v současné době v rámci zajištění bezpečí pacienta v perioperační péči významné a varující. Z celkového počtu 186 (100 %) odpovědí uvedli respondenti 32 (17,20 %) odpovědí alergie z dezinfekčního roztoku, 24 (12,90 %) odpovědí záměna strany, 22 (11,83 %) odpovědí zapomenutá rouška v těle pacienta, 19 (10,22 %) odpovědí záměna či ztráta biologického materiálu, 18 (9,68 %) odpovědí vzplanutí ohně v operačním poli, 14 (7,53 %) odpovědí zapomenutý chirurgický nástroj v těle pacienta, 13 (6,99 %) odpovědí podchlazení pacienta, 10 (5,38 %) odpovědí dekubity, 10 (5,38 %) odpovědí paréza z nesprávné polohy na operačním stole, 9 (4,84 %) odpovědí záměna pacienta, 8 (4,30 %) odpovědí ostatní, kdy respondenti uvedli nejčastěji technické poruchy, změny operačního výkonu z důvodu chybního správného implantátu, porušení asepse, krvá-

cení v operačním poli ihned po skončení operačního výkonu a agresivita pacienta. 7 (3,76 %) odpovědí bylo pád z operačního stolu.

Analýza položky č. 11 – **Počítáte si všechny nástroje a roušky před započítáním operace?**

Tabulka 10 Počítání nástrojů a roušek před operací

Počítání nástrojů a roušek před operací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	54	78,26 %
Počítám jen roušky	15	21,74 %
Počítám jen nástroje	0	0,00 %
Nepočítám	0	0,00 %
Celkem	69	100,00 %



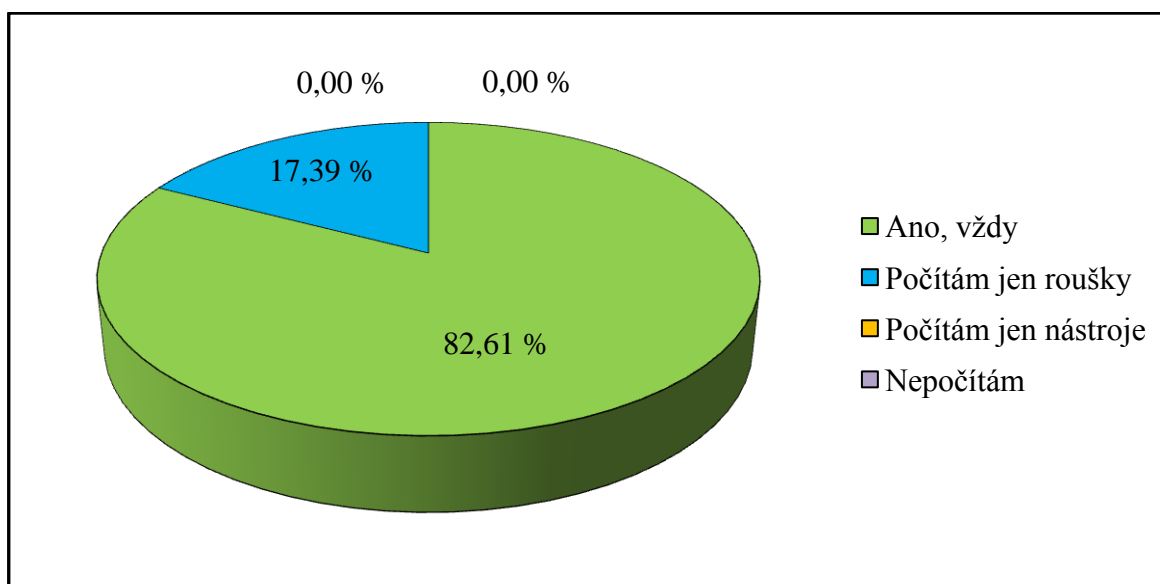
Graf 11 Počítání nástrojů a roušek před operací [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 10 a grafu 11 zobrazujeme odpovědi respondentů na otázku: „Počítáte si všechny nástroje a roušky před započítáním operace?“ Červeně je označena položka, která je v současné době v rámci zajištění bezpečí pacienta v perioperační péči významná a varující. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů odpovědělo 54 (78,26 %) respondentů, že si nástroje a roušky počítají vždy a 15 (21,74 %) respondentů udává, že si před operací počítá jen roušky. Nikdo z respondentů neoznačil, že si počítá jen nástroje, anebo že nepočítá nástroje a roušky vůbec.

Analýza položky č. 12 – Počítáte si všechny nástroje a roušky na závěr operace?

Tabulka 11 Počítání nástrojů a roušek na závěr operace

Počítání nástrojů a roušek na závěr oper.	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	57	82,61 %
Počítám jen roušky	12	17,39 %
Počítám jen nástroje	0	0,00 %
Nepočítám	0	0,00 %
Celkem	69	100,00 %



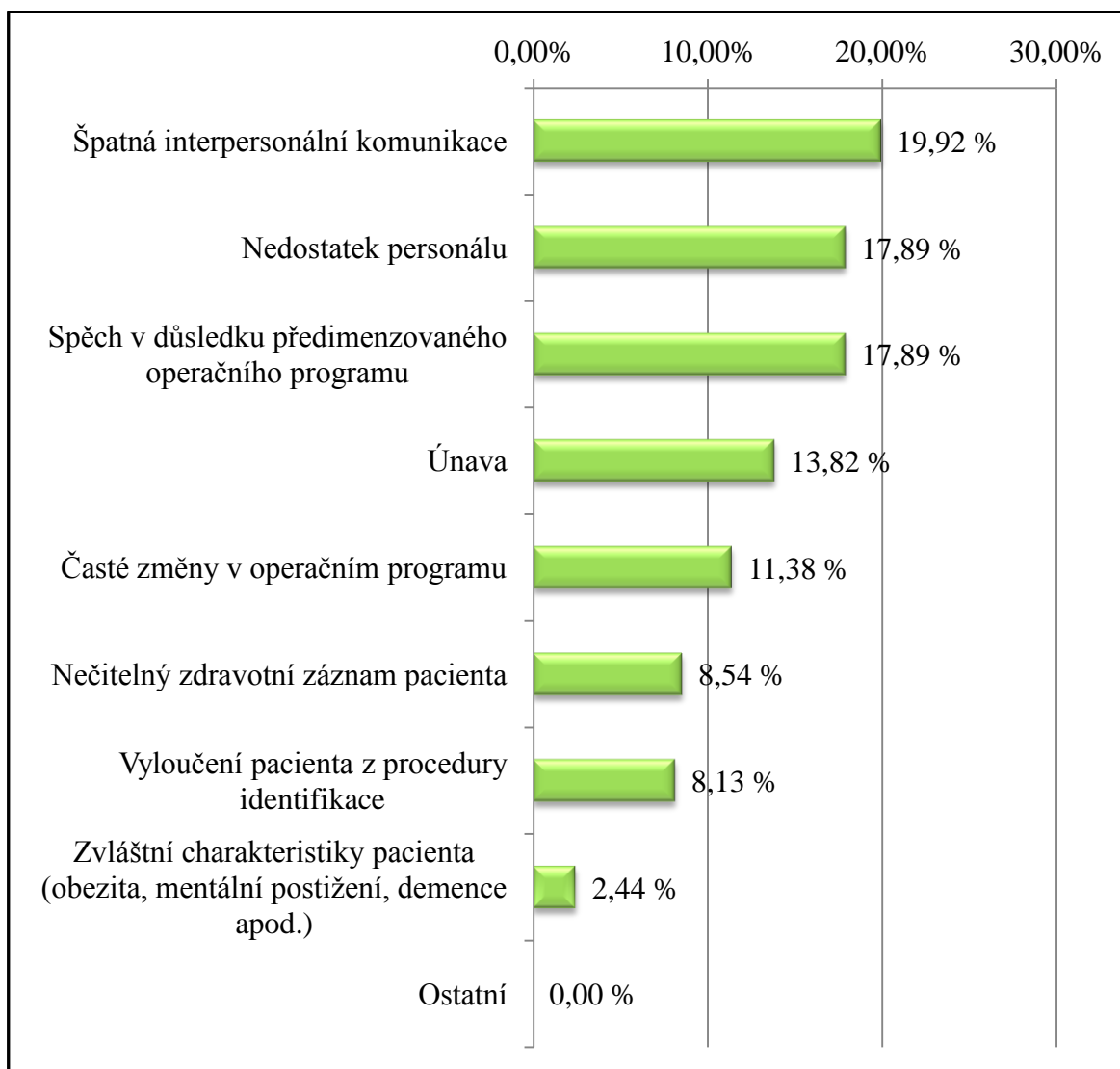
Graf 12 Počítání nástrojů a roušek na závěr operace [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 11 a grafu 12 zobrazujeme odpovědi respondentů na otázku: „Počítáte si všechny nástroje a roušky na závěr operace?“ Červeně je označena položka, která je v současné době v rámci zajištění bezpečí pacienta v perioperační péči významná a varující. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů odpovědělo 57 (82,61 %) respondentů, že si nástroje a roušky počítají vždy a 12 (17,39 %) respondentů udává, že si po operaci počítá jen roušky. Nikdo z respondentů neoznačil, že si počítá jen nástroje, anebo že nepočítá nástroje a roušky vůbec.

Analýza položky č. 13 – Které faktory mohou ovlivnit Vaše pochybení.

Tabulka 12 Faktory pochybení

Faktory pochybení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Špatná interpersonální komunikace	49	19,92 %
Nedostatek personálu	44	17,89 %
Spěch v důsledku předimenzovaného operačního programu	44	17,89 %
Únava	34	13,82 %
Časté změny v operačním programu	28	11,38 %
Nečitelný zdravotní záznam pacienta	21	8,54 %
Vyloučení pacienta z procedury identifikace	20	8,13 %
Zvláštní charakteristiky pacienta (obezita, mentální postižení, demence apod.)	6	2,44 %
Ostatní	0	0,00 %
Celkem	246	100,00 %



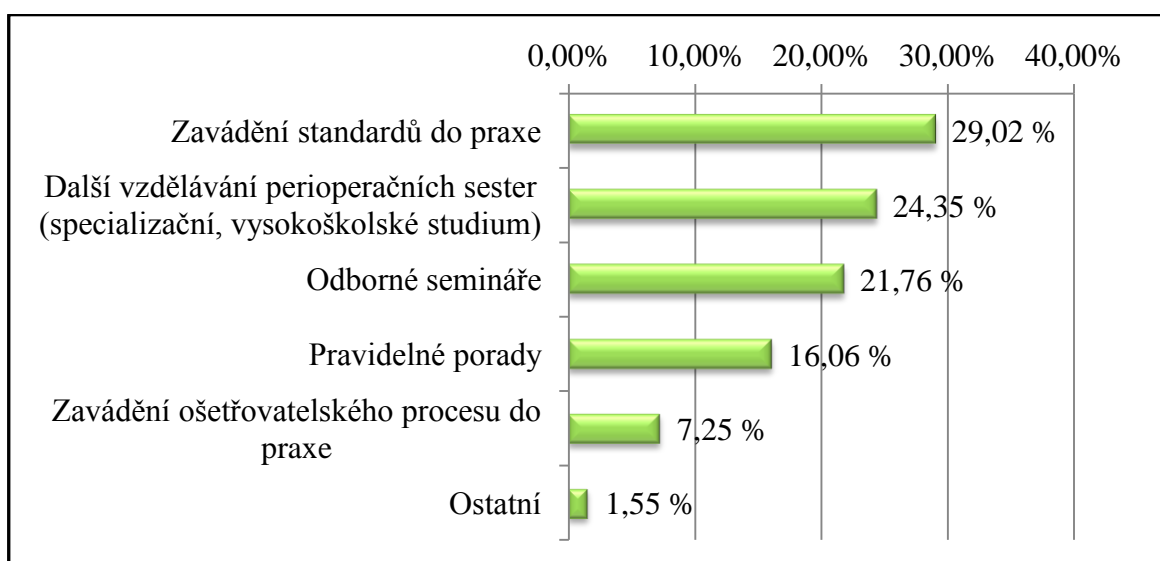
Graf 13 Faktory pochybení [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 12 a grafu 13 znázorňujeme odpovědi respondentů, kdy mohli označit více faktorů, které by mohly ovlivnit jejich pochybení. Absolutní četnost v tomto případě je počet všech odpovědí. Červeně je označena položka, která je v současné době v rámci zajištění bezpečí pacienta v perioperační péči významná. Z celkového počtu 246 (100 %) odpovědí uvedlo 46 (19,92 %) respondentů špatnou interpersonální komunikaci, 44 (17,89 %) respondentů označilo nedostatek personálu. Stejně tak 44 (17,89 %) respondentů označilo spěch v důsledku předimenzovaného operačního programu, 34 (13,82 %) respondentů uvedlo únavu, 28 (11,38 %) respondentů označilo časté změny v operačním programu, 21 (8,54 %) respondentů označilo nečitelný zdravotní záznam pacienta, 20 (8,13 %) respondentů uvedlo vyloučení pacienta z procedury identifikace a 6 (2,44 %) respondentů označilo zvláštní charakteristiky pacienta.

Analýza položky č. 14 – Jakým způsobem se snažíte na Vašem pracovišti zkvalitnit ošetrovatelskou perioperační péči?

Tabulka 13 Zkvalitnění ošetrovatelské perioperační péče

Zkvalitnění oš. perioperační péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zavádění standardů do praxe	56	29,02 %
Další vzdělávání perioperačních sester (specializační, vysokoškolské studium)	47	24,35 %
Odborné semináře	42	21,76 %
Pravidelné porady	31	16,06 %
Zavádění ošetrovatelského procesu do praxe	14	7,25 %
Ostatní	3	1,55 %
Celkem	193	100,00%



Graf 14 Zkvalitnění ošetrovatelské perioperační péče [Zdroj: vlastní šetření]

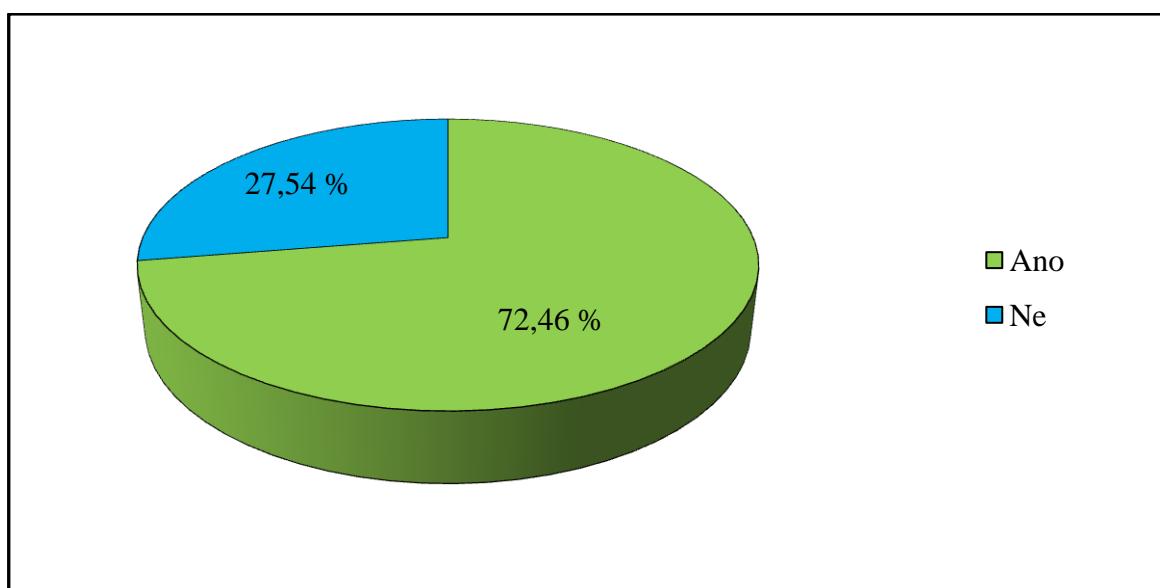
V tabulce 13 a grafu 14 zobrazujeme odpovědi respondentů na otázku: „Jakým způsobem se snažíte na Vašem pracovišti zkvalitnit ošetrovatelskou perioperační péči?“ Červeně je označena položka, která je v současné době v rámci zajištění bezpečí pacienta v perioperační péči významná. V této otázce měli možnost respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 193 (100 %) odpovědí uvedlo 56 (29,02 %) respondentů uvedlo odpověď zavádění standardů do praxe, 47 (24,35 %) respondentů označilo odpověď další

vzdělávání perioperačních sester, 42 (21,76%) respondentů uvedlo odpověď odborné semináře, 31 (16,06 %) respondentů uvedlo odpověď pravidelné porady, 14 (7,25 %) respondentů uvedlo odpověď zavádění ošetrovatelského procesu do praxe a 3 (1,55 %) respondenti se vyjádřili v položce ostatní takto: důsledné zaškolování a vychovávání si nových pracovníků, užší spolupráce s lékaři a edukační činnost.

Analýza položky č. 15 – Máte na Vašem pracovišti vypracovány standardy v rámci perioperační péče, zaměřené na bezpečí pacientů?

Tabulka 14 Standardy v perioperační péči

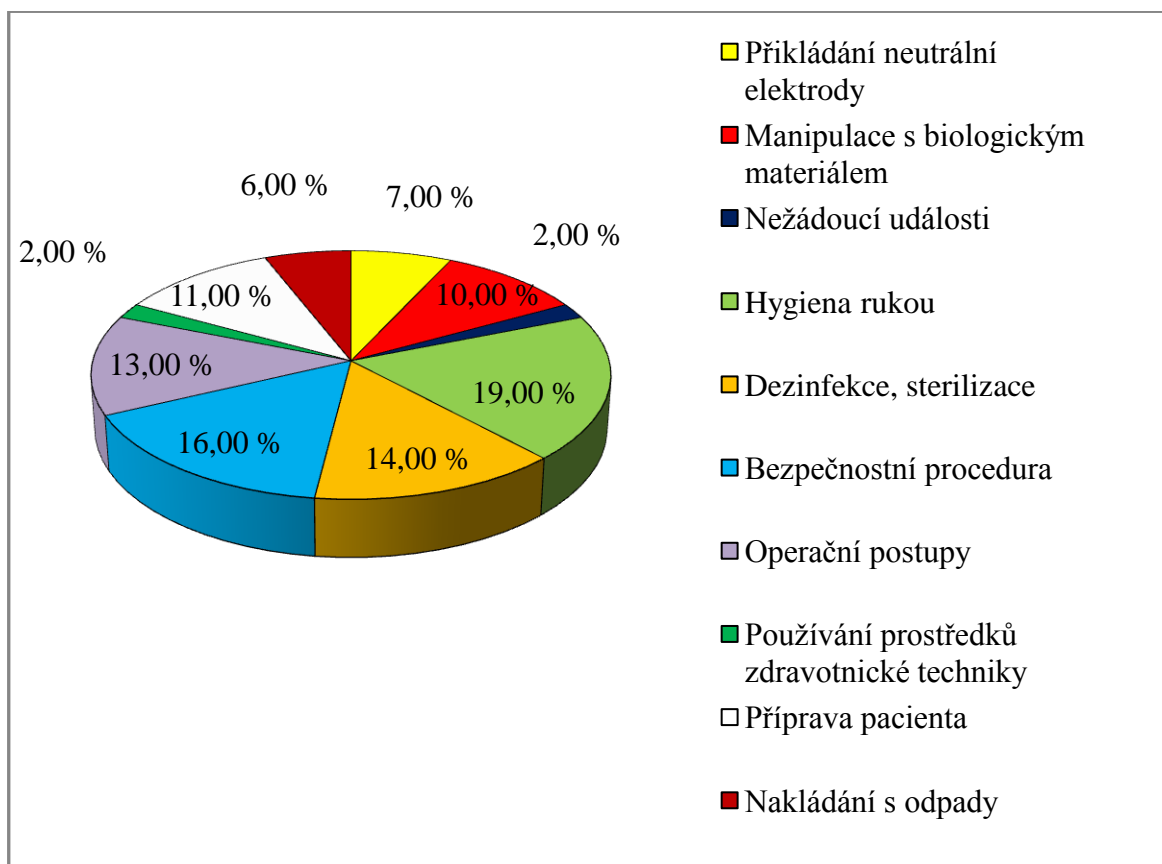
Standardy v perioperační péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	50	72,46%
Ne	19	27,54%
Celkem	69	100,00%



Graf 15 Standardy v perioperační péči [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 14 a grafu 15 zobrazujeme existenci standardů v rámci perioperační péče. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů, 50 (72,46 %) respondentů uvedlo, že mají na pracovišti vytvořeny standardy v rámci perioperační péče a 19 (27,54 %) respondentů uvedlo, že standardy vytvořeny nemají.

Analýza položky č. 15a – Máte na Vašem pracovišti vypracovány standardy v rámci perioperační péče, zaměřené na bezpečí pacientů?



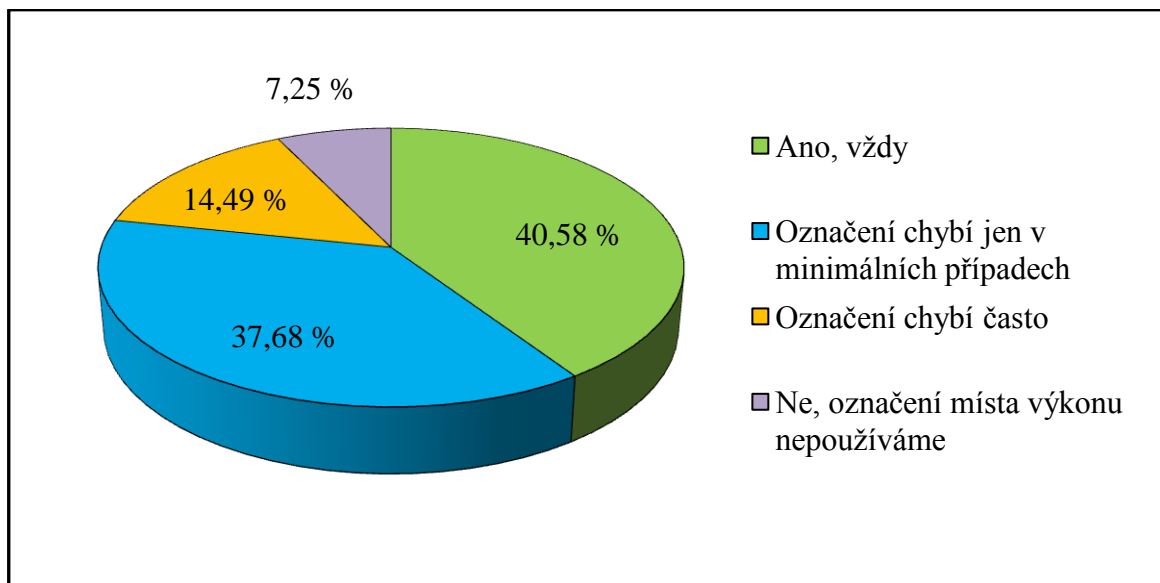
Graf 16 Standardy perioperační péče [Zdroj: vlastní šetření]

V grafu 16 znázorníme standardy, používané v rámci perioperační péče a jejich relativní četnost dle odpovědí respondentů. Tato otázka byla otevřená a odpovídali na ni respondenti, kteří měli v rámci perioperační péče na svých pracovištích vypracovány standardy zaměřené na bezpečí pacientů. Z celkového počtu odpovědí respondentů tvořil standard pro přikládání neutrální elektrody 7 %, pro manipulaci s biologickým materiálem 10 %, pro nežádoucí události 2 %, pro hygienu rukou 19 %, pro dezinfekci a sterilizaci 14 %, pro bezpečnostní proceduru 16 %, pro operační postupy 13 %, pro používání prostředků zdravotnické techniky 2 %, pro přípravu pacienta 11 % a pro nakládání s odpady 6 %.

Analýza položky č. 16 – **Má pacient před operací lékařem označené místo výkonu? (za předpokladu, že se postup nepoužije u akutních operací, které neumožňují prodlévání a u pacientů, kteří s označením nesouhlasí).**

Tabulka 15 Označení místa výkonu před operací

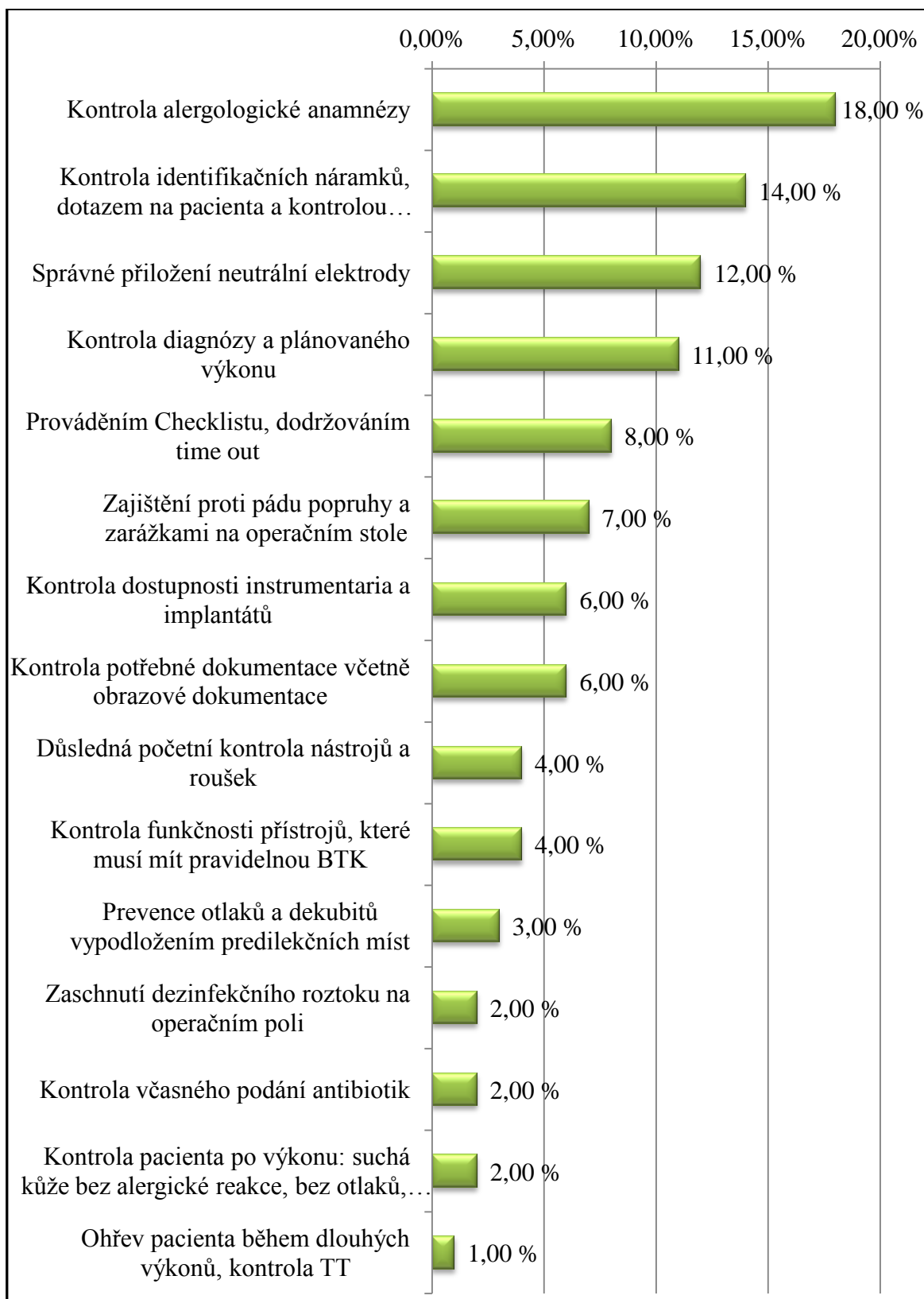
Označení místa výkonu před operací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy	28	40,58%
Označení chybí jen v minimálních případech	26	37,68%
Označení chybí často	10	14,49%
Ne, označení místa výkonu nepoužíváme	5	7,25%
Celkem	69	100,00%



Graf 17 Označení místa výkonu před operací [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 15 a grafu 17 znázorňujeme označení místa výkonu na těle pacienta před operací. Červeně jsou označeny položky, které jsou v současné době v rámci zajištění bezpečí pacienta v perioperační péči významné a varující. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů, 28 (40,58 %) respondentů uvádí, že označení má pacient vždy, 26 (37,68 %) respondentů uvádí, že označení chybí jen v minimálních případech, 10 (14,49 %) respondentů uvádí, že označení chybí často a 5 (7,25 %) respondentů označení místa výkonu na těle pacienta na svých pracovištích neprovádí.

Analýza položky č. 17 – **Popište opatření, která před operací na operačním sále provádíte, v rámci zajištění bezpečnosti pacienta.**



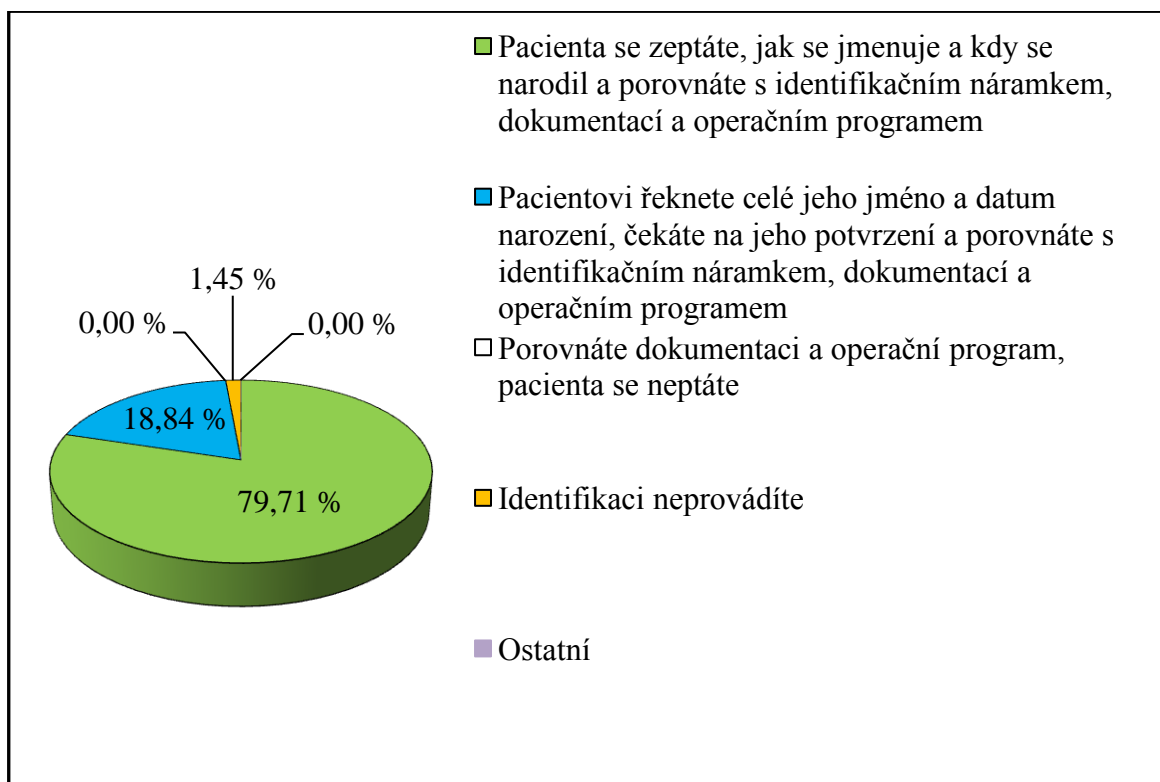
Graf 18 Označení místa výkonu před operací [Zdroj: vlastní šetření]

V grafu 18 znázorňujeme opatření, která před operací na operačním sále respondenti provádějí v rámci zajištění bezpečnosti pacienta. Tato otázka byla otevřená a z celkového počtu odpovědí respondentů nejčastěji uvedli: kontrola alergologické anamnézy 18 %, dále kontrola identifikačních náramků, dotazem na pacienta a kontrolou dokumentace, správné přiložení neutrální elektrody 12 %, kontrola diagnózy a plánovaného výkonu 11 %, realizace Checklistu, dodržováním time out (8 %), zajištění proti pádu popruhy a zarážkami na operačním stole 7 %, kontrola dostupnosti instrumentaria a implantátů 6 %, kontrola potřebné dokumentace včetně obrazové dokumentace, důsledná početní kontrola nástrojů a roušek 4 %, kontrola funkčnosti přístrojů, které musí mít pravidelnou BTK 4 %, prevence otlaků a dekubitů vypodložením predilekčních míst 3 %, zaschnutí dezinfekčního roztoku na operačním poli 2 %, kontrola včasného podání antibiotik 2 %, kontrola pacienta po výkonu: suchá kůže bez alergické reakce, bez otlaků, bez známek popálení 2 % a ohřev pacienta během dlouhých výkonů, kontrola TT 1 %.

Analýza položky č. 18 – Jak postupujete, když kontrolujete identitu pacienta?

Tabulka 16 Postup při kontrole identity pacienta

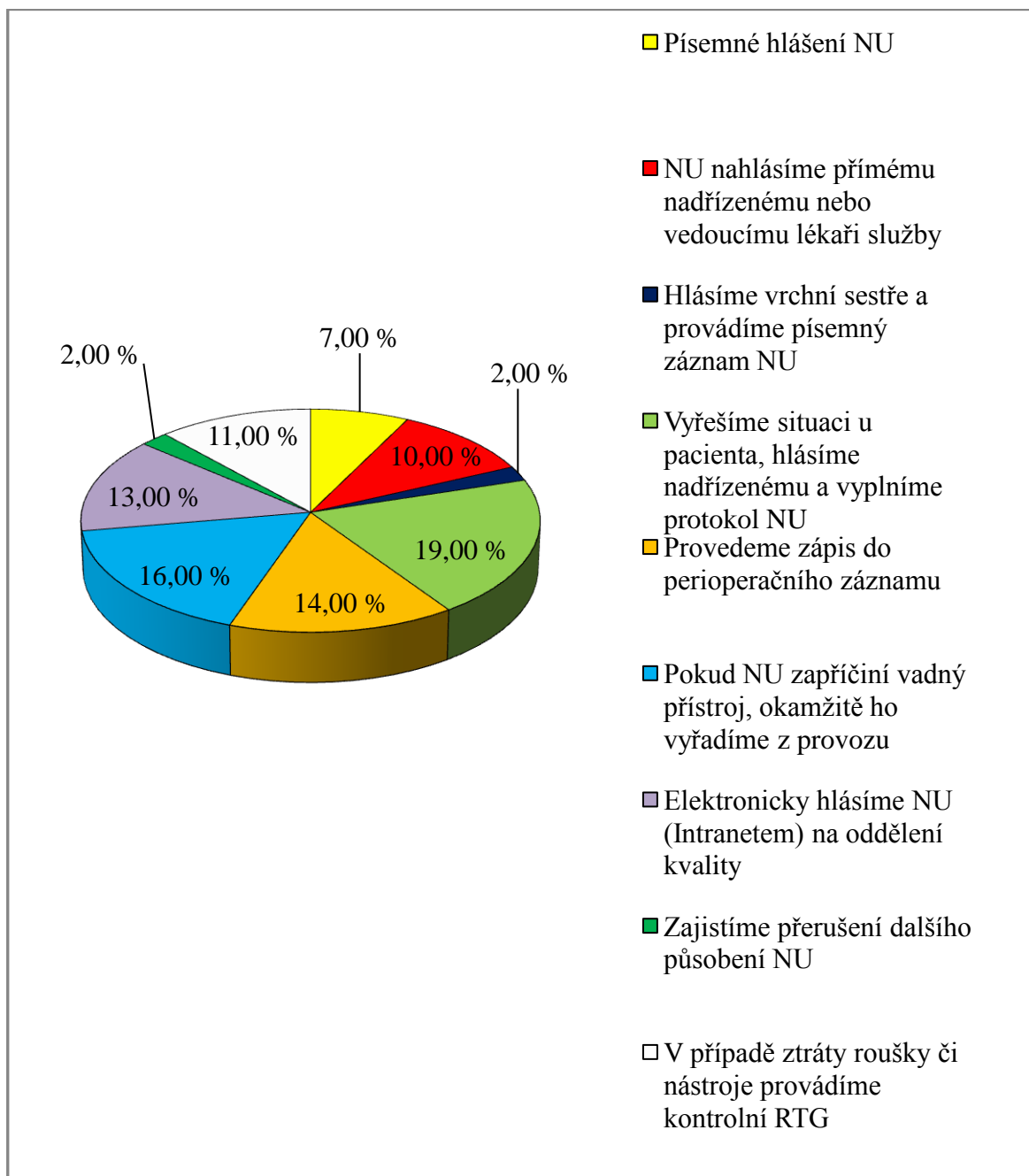
Postup při kontrole identity pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pacienta se zeptáte, jak se jmenuje a kdy se narodil a porovnáte s identifikačním náramkem, dokumentací a operačním programem	55	79,71 %
Pacientovi řeknete celé jeho jméno a datum narození, čekáte na jeho potvrzení a porovnáte s identifikačním náramkem, dokumentací a operačním programem	13	18,84 %
Porovnáte dokumentaci a operační program, pacienta se neptáte	0	0,00 %
Identifikaci neprovádíte	1	1,45 %
Ostatní	0	0,00 %
Celkem	69	100,00 %



Graf 19 Postup při kontrole identity pacienta [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 16 a grafu 19 znázorňujeme postup při kontrole identity pacienta. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů, 55 (79,71 %) respondentů postupuje tak, že se pacienta zeptá, „jak se jmenuje a kdy se narodil a porovná s identifikačním náramkem, dokumentací a operačním programem.“ Celé jeho jméno a datum narození řekne pacientovi 13 (18,84 %) respondentů a čeká na jeho potvrzení a porovná s identifikačním náramkem, dokumentací a operačním programem.“ Žádný respondent neoznačil možnost: „porovnáte dokumentaci a operační program, pacienta se neptáte“ a pouze 1 (1,45 %) respondent uvedl, že kontrolu neprovádí.

Analýza položky č. 19 – Popište, jak postupujete v případě výskytu nežádoucí události.



Graf 20 Postup při kontrole identity pacienta [Zdroj: vlastní šetření]

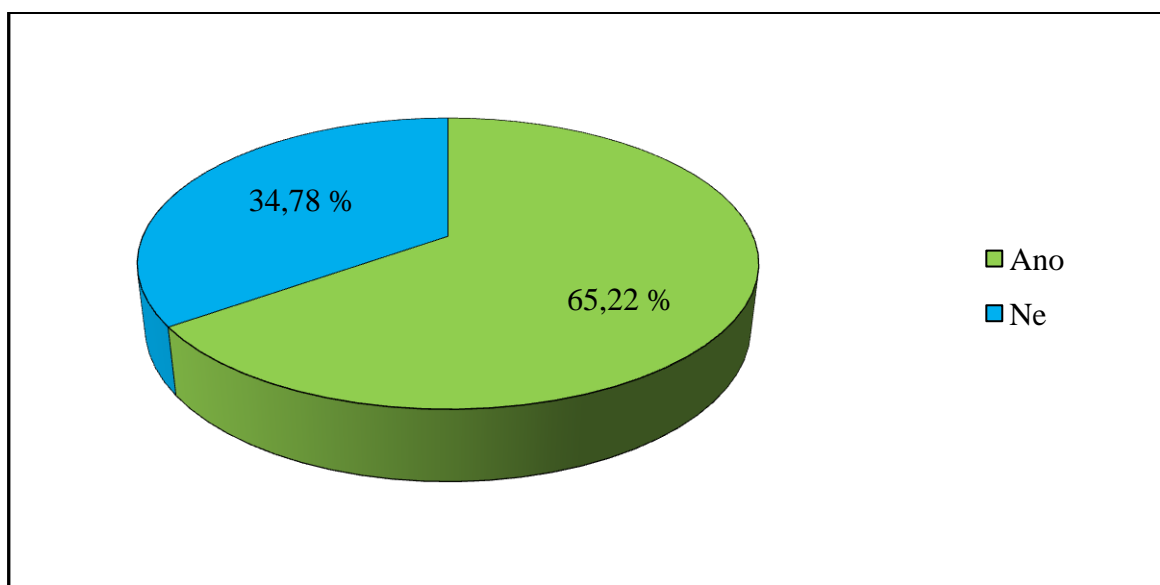
V grafu 20 znázorňujeme postupy respondentů v případě výskytu nežádoucí události a jejich relativní četnost dle odpovědí respondentů. Tato otázka byla otevřená a 7 % respondentů hlásí NU písemně, 10 % respondentů NU hlásí přímému nadřízenému nebo vedoucímu lékaři služby, 6 % respondentů NU hlásí vrchní sestře a provádí písemný záznam, 23 % respondentů vyřeší danou situaci u pacienta a NU hlásí nadřízenému a vyplní proto-

kol NU, 14 % respondentů provádí zápis do perioperačního záznamu, 16 % respondentů uvedlo, že pokud NU zapříčiní vadný přístroj, okamžitě ho vyřadí z provozu, 13 % respondentů uvedlo, že NU hlásí elektronicky (Intranetem) na oddělení kvality a 11 % respondentů v případě ztráty roušky či nástroje provádí kontrolní RTG.

Analýza položky č. 20 – **Znáte dokument Surgical Safety Checklist (Chirurgický bezpečnostní list), který je výsledkem projektu Světové zdravotnické organizace (WHO), jehož účelem je eliminace pochybení na operačních sálech?**

Tabulka 17 Dokument Surgical Safety Checklist

Dokument Surgical Safety Checklist	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	45	65,22 %
Ne	24	34,78 %
Celkem	69	100,00 %



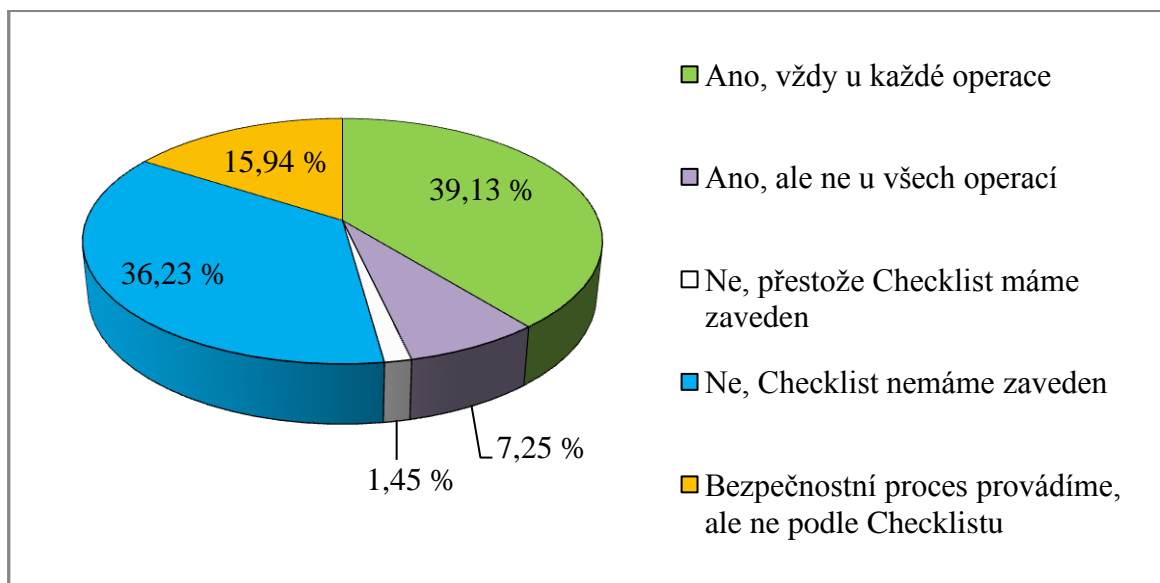
Graf 21 Dokument Surgical Safety Checklist [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 17 a grafu 21 zobrazujeme počet respondentů, kteří znají a neznají dokument Surgical Safety Checklist. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů, 45 (65,22 %) respondentů Chirurgický bezpečnostní list zná a 24 (34,78 %) respondentů Chirurgický bezpečnostní list nezná.

Analýza položky č. 21 – Řídíte se jednotlivými kroky Bezpečnostního kontrolního listu – Checklistu při provádění bezpečnostního procesu?

Tabulka 18 Bezpečnostní proces podle Checklistu

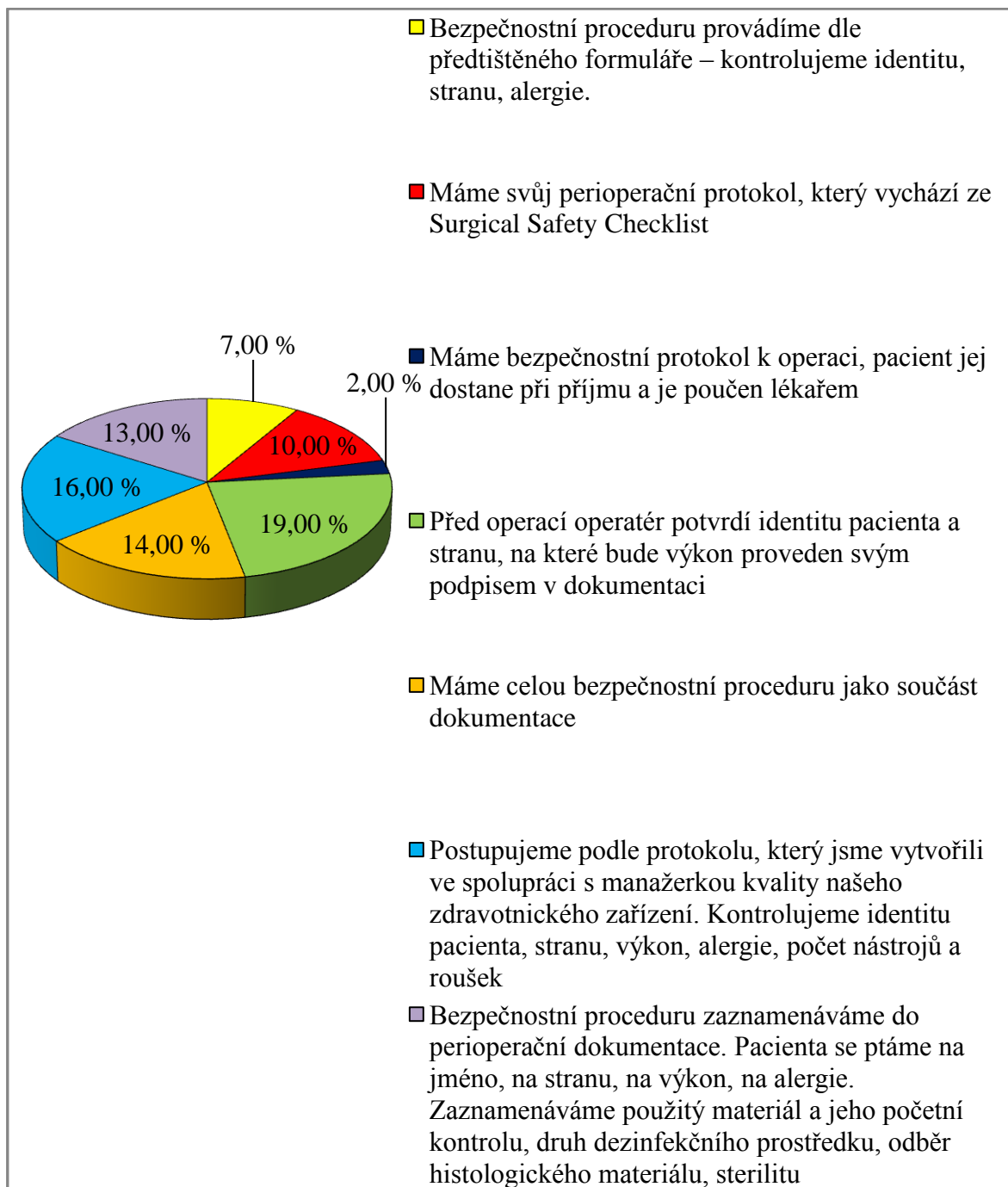
Bezpečnostní proces podle Checklistu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, vždy u každé operace	27	39,13 %
Ano, ale ne u všech operací	5	7,25 %
Ne, přestože Checklist máme zaveden	1	1,45 %
Ne, Checklist nemáme zaveden	25	36,23 %
Bezpečnostní proces provádíme, ale ne podle Checklistu	11	15,94 %
Celkem	69	100,00 %



Graf 22 Bezpečnostní proces podle Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 18 a grafu 22 znázorňujeme odpovědi respondentů na otázku, zda se řídí jednotlivými kroky Bezpečnostního kontrolního listu – Checklistu při provádění bezpečnostního procesu? Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů odpovědělo 27 (39,13 %) respondentů, že se Checklistem řídí u každé operace, 5 (7,25 %) respondentů udává, že se Checklistem řídí, ale ne u všech operací, 1 (1,45 %) respondent uvádí, že se Checklistem neřídí, přestože je na jeho pracovišti zaveden, 25 (36,23 %) respondentů nemá Checklist zaveden a 11 (15,94 %) respondentů uvedlo, že bezpečnostní proces provádí, ale ne podle Checklistu.

Analýza položky č. 21a – Jak provádíte bezpečnostní proces?



Graf 23 Bezpečnostní proces [Zdroj: vlastní šetření]

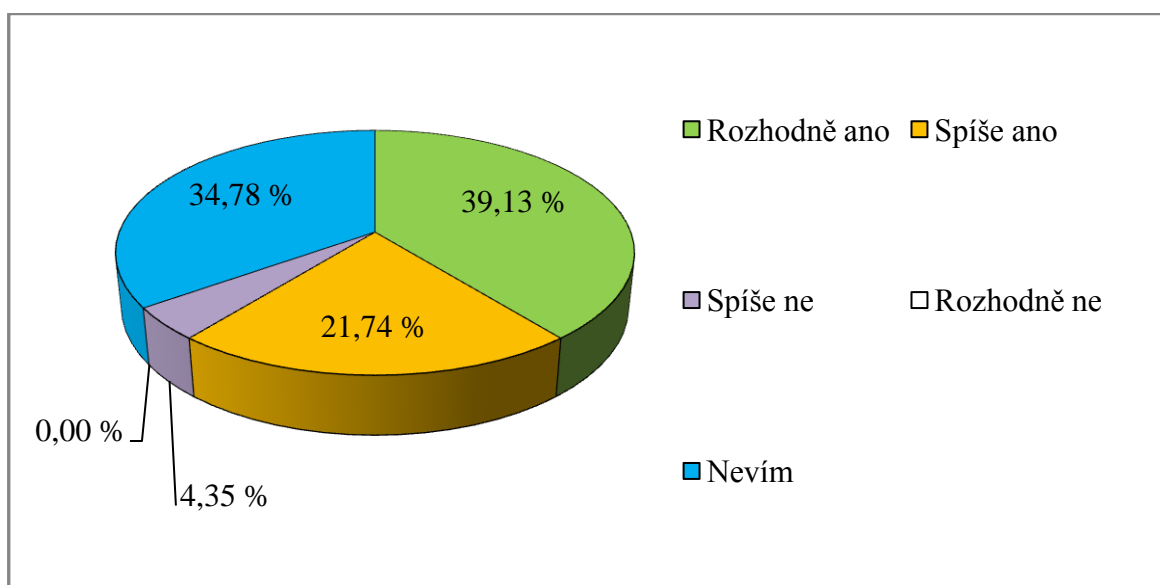
V grafu 23 zobrazujeme relativní četnost odpovědí respondentů na otázku: „Jak provádíte bezpečnostní proces?“ Tato otázka byla otevřená a odpovídali na ni respondenti, pokud v předcházející otázce označili, že bezpečnostní proces provádějí, ale ne podle Checklistu. Respondenti uvedli celkem pět oblastí, jak provádějí bezpečnostní proces. Bezpečnostní

proceduru provádí 21 % respondentů dle předtištěného formuláře – kontrolují identitu, stranu, alergie. Perioperační protokol, který vychází ze Surgical Safety Checklist má 15 % respondentů, bezpečnostní proceduru jako součást dokumentace uvádí 22 % respondentů, podle protokolu, který respondenti vytvořili ve spolupráci s manažerkou kvality zdravotnického zařízení a kontrolují identitu pacienta, stranu, výkon, alergie, počet nástrojů a roušek uvádí 16 % respondentů a 26 % respondentů bezpečnostní proceduru zaznamenává do perioperační dokumentace. Pacienta se ptají na jméno, na stranu, na výkon a na alergie. Zaznamenávají použitý materiál a jeho početní kontrolu, druh dezinfekčního prostředku, odběr histologického materiálu a sterilitu nástrojů.

Analýza položky č. 22 – Jaký je Váš postoj k zavedení a používání Checklistu?

Tabulka 19 Postoj k zavedení a používání Checklistu

Postoj k zavedení a používání Checklistu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rozhodně ano	27	39,13 %
Spíše ano	15	21,74 %
Spíše ne	3	4,35 %
Rozhodně ne	0	0,00 %
Nevím	24	34,78 %
Celkem	69	100,00 %



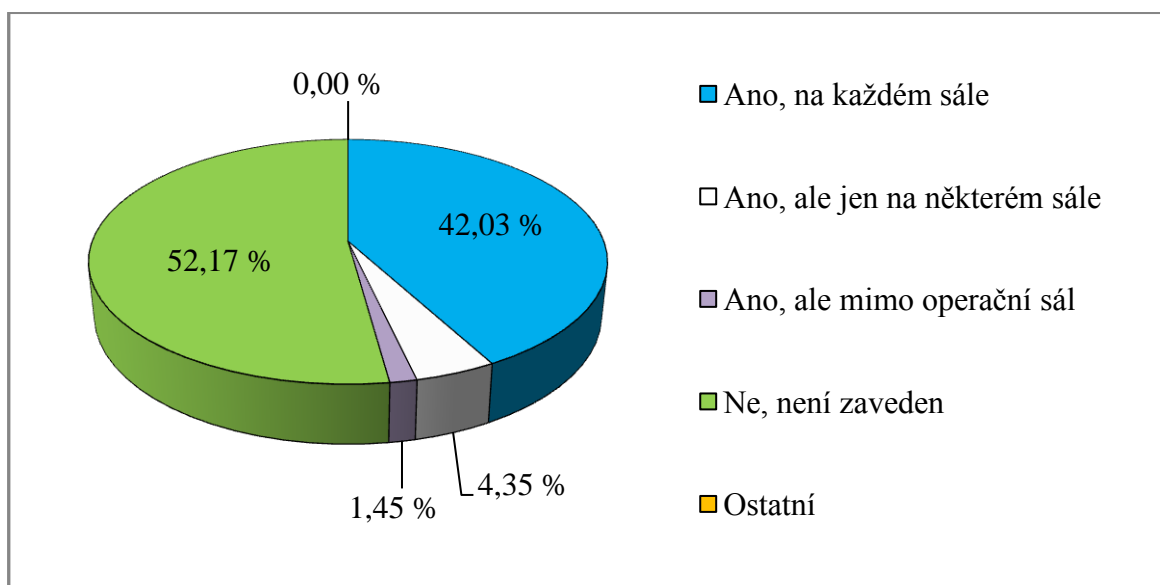
Graf 24 Postoj k zavedení a používání Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 19 a grafu 24 zobrazujeme názor respondentů na zavedení a používání Checklistu. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů, 27 (39,13 %) respondentů zhodnotilo přínos Checklistu odpovědí rozhodně ano, 15 (21,74 %) respondentů označilo odpověď spíše ano, 3 (4,35 %) respondenti se vyjádřili spíše ne, žádný respondent neměl negativní postoj a neoznačil odpověď rozhodně ne a 24 (34,78 %) respondentů nevědělo, jaký postoj k Checklistu zaujmout.

Analýza položky č. 23 – Máte vzor Checklistu umístěný na viditelném místě na každém operačním sále?

Tabulka 20 Umístění vzoru Checklistu

Umístění vzoru Checklistu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, na každém sále	29	42,03 %
Ano, ale jen na některém sále	3	4,35 %
Ano, ale mimo operační sál	1	1,45 %
Ne, není zaveden	36	52,17 %
Ostatní	0	0,00 %
Celkem	69	100,00 %



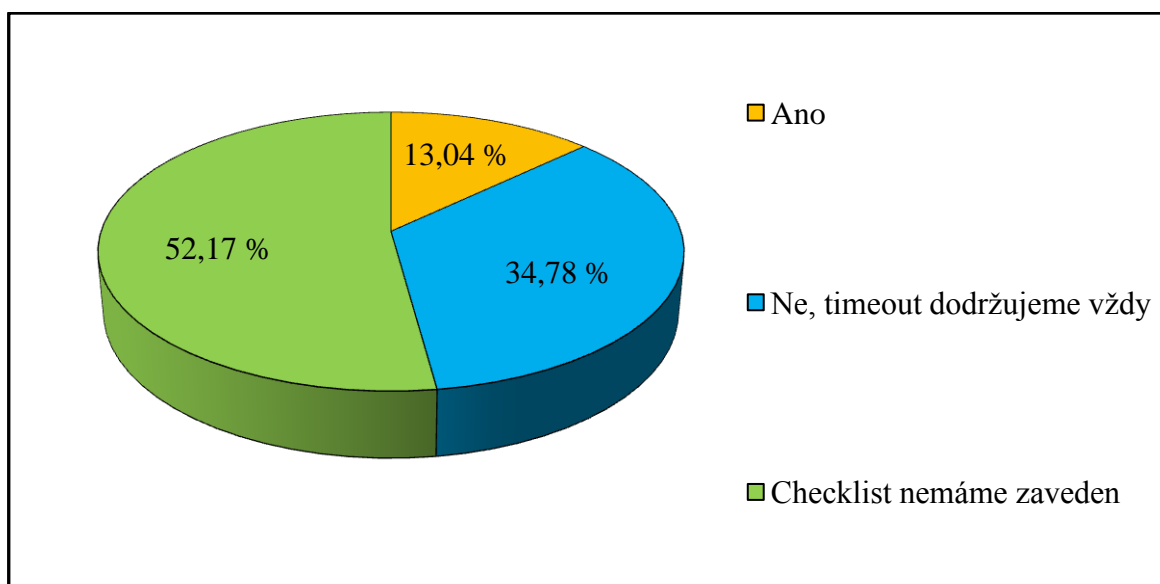
Graf 25 Umístění vzoru Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 20 a grafu 25 znázorňujeme odpovědi respondentů na otázku, zda mají vzor Checklistu umístěný na viditelném místě na každém operačním sále. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů odpovědělo 29 (42,03 %) respondentů, že se Checklist má na každém operačním sále, 3 (4,35 %) respondentů udává, že se Checklist je umístěn jen na některém sále, 1 (1,45 %) respondent uvádí, že se Checklist je umístěn mimo operační sál a 36 (52,17 %) respondentů nemá Checklist zaveden vůbec.

Analýza položky č. 24 – Pokud Checklist používáte, zahajujete operační výkon dříve, než je 2. část Checklistu – TIME OUT dokončena? (tzn. před kožním řezem operační skupina potvrzuje ústně identitu pacienta, místo a typ výkonu a jeho předpokládanou délku, kompletnost instrumentaria, podání ATB profylaxe, připravenost implantátů, snímků ap.).

Tabulka 21 Checklist – TIME OUT

Checklist – TIMEOUT	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	13,04 %
Ne, time out dodržujeme vždy	24	34,78 %
Checklist nemáme zaveden	36	52,17 %
Celkem	69	100,00 %



Graf 26 Checklist – TIME OUT [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 21 a grafu 26 znázorňujeme odpovědi respondentů na dodržování time out. Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů, 9 (13,04 %) respondentů zahajuje operační výkon dříve, než je time out dokončen a 24 (34,78 %) respondentů dodržuje time out vždy a 36 (52,17 %) respondentů nemá Checklist zaveden.

Analýza položky č. 24a – **Uved'te důvody, proč zahajujete operační výkon dříve, než je 2. část Checklistu – TIME OUT dokončena.**

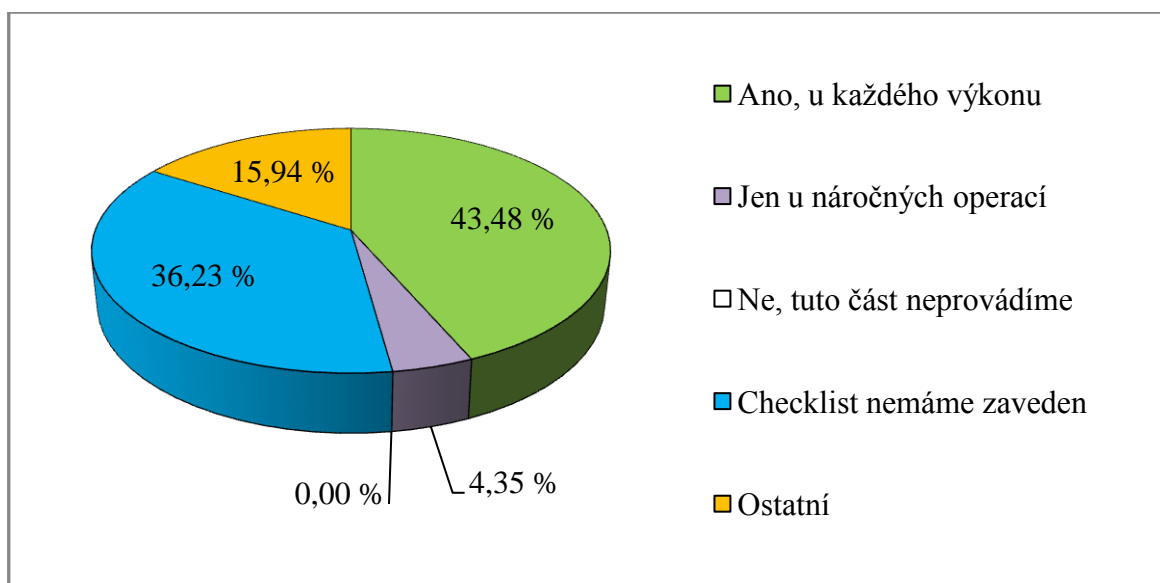
Tato otázka byla otevřená a respondenti, pokud v předcházející otázce označili, že operační výkon zahajují dříve, než je time out dokončen, se k tomuto kroku vyjádřili následovně:

- Spěch.
- Netrpělivost operatérů.
- Bezprostřední ohrožení pacienta na životě.
- Neznámá identita pacienta.
- Řídící pracovníci se nezajímají a nekontrolují pracovníky při dodržování standardů.
- Nedůslednost.

Analýza položky č. 25 – **Potvrzuje ústně operační skupina název výkonu, početní souhlas nástrojů, roušek a ostatních potřeb, odebraný biologický materiál a jeho označení a následné pooperační ordinace, před ukončením operačního výkonu? (3. část Checklistu).**

Tabulka 22 Ústní potvrzení – 3. část Checklistu

Ústní potvrzení – 3. část Checklistu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, u každého výkonu	30	43,48 %
Jen u náročných operací	3	4,35 %
Ne, tuto část neprovádíme	0	0,00 %
Checklist nemáme zaveden	25	36,23 %
Ostatní	11	15,94 %



Graf 27 Ústní potvrzení – 3. část Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 22 a grafu 27 znázorňujeme odpovědi respondentů na otázku, zda operační skupina potvrzuje ústně název výkonu, početní souhlas nástrojů, roušek a ostatních potřeb, odebraný biologický materiál a jeho označení a následné pooperační ordinace, před ukončením operačního výkonu. (3. část Checklistu).

Z celkového počtu 69 (100 %) respondentů odpovědělo 30 (43,48 %) respondentů, že vše dodržují u každého výkonu, 3 (4,35 %) respondentů udává, že zmíněné dodržují jen u náročných operací, žádný z respondentů neoznačil, že tuto část neprovádí, 25 (36,23 %) re-

spondentů označilo, že nemá Checklist zaveden a 11 (15,94 %) respondentů uvedlo, že dodržují pouze určité body.

Analýza položky č. 25a – **Uveďte důvody, proč před ukončením operačního výkonu neprovádíte 3. část Checklistu.**

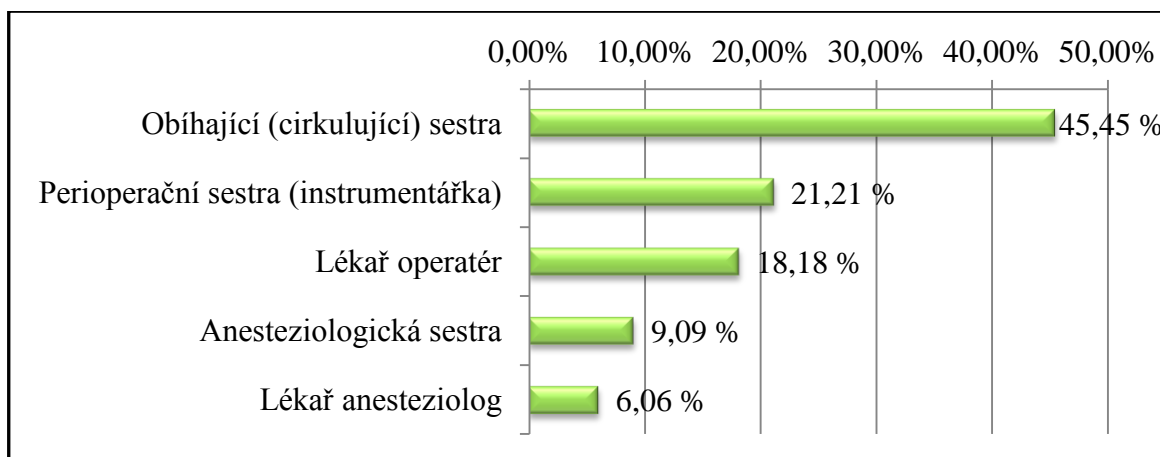
Tato otázka byla otevřená a zde se respondenti vyjádřili, proč **ústně** operační skupina nepotvrzuje název výkonu, početní souhlas nástrojů, roušek a ostatních potřeb, odebraný biologický materiál a jeho označení a následné pooperační ordinace, před ukončením operačního výkonu (3. část Checklistu). Odpovědi byly následující:

- „Hlásíme jen roušky u velkých operací, kde se otevírají tělní dutiny, u drobných výkonů hlášení počtu nástrojů a roušek není zvykem.“
- „U povrchových operací nevyžaduje operatér hlášení počtu nástrojů a roušek.“
- „Komunikuje spolu pouze anesteziolog a operatér o následném překladu pacienta a dalších ordinacích. Sestra pouze vyplní perioperační záznam.“
- „Lékař chce pouze nahlásit, zda souhlasí roušky.“
- „Sestry nahlásí početní souhlas roušek a nástrojů, ostatní řeší pouze lékaři.“
- „Z důvodu spěchu provádíme některé kroky nedůsledně.“

Analýza položky č. 26 – **Označte, kdo z týmu nejdůsledněji dodržuje pokyny uvedené v Checklistu.**

Tabulka 23 Kdo dodržuje pokyny v Checklistu

Kdo dodržuje pokyny v Checklistu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obíhající (cirkulující) sestra	15	45,45 %
Perioperační sestra (instrumentářka)	7	21,21 %
Lékař operatér	6	18,18 %
Anesteziologická sestra	3	9,09 %
Lékař anesteziolog	2	6,06 %
Celkem	33	100,00 %



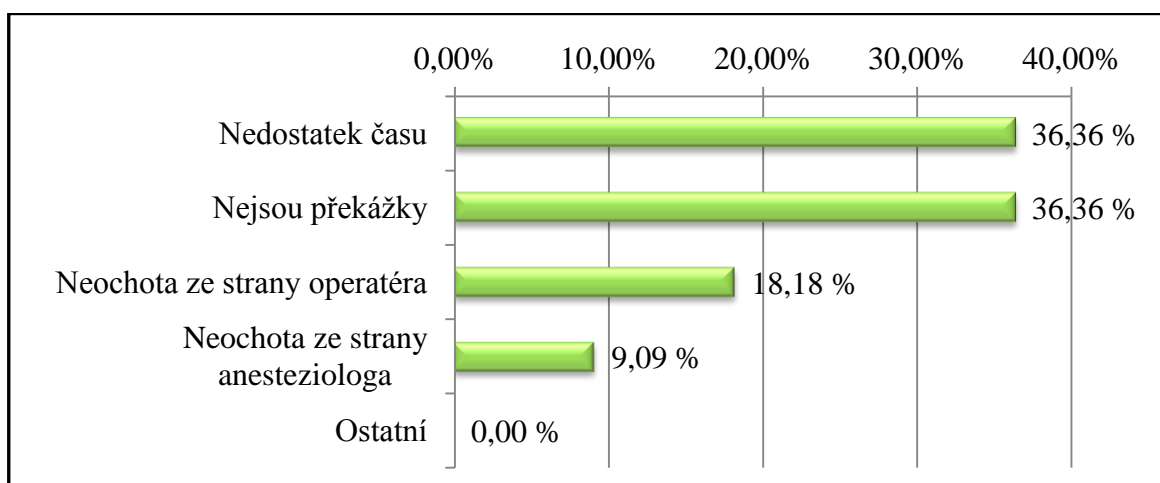
Graf 28 Kdo dodržuje pokyny v Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 23 a grafu 28 znázornujeme odpovědi respondentů na otázku, kdo z týmu nejdůsledněji dodržuje pokyny uvedené v Checklistu. Odpovídali pouze ti respondenti, kteří mají Checklist zaveden v praxi a absolutní četnost v tomto případě je počet těchto respondentů. Z celkového počtu 33 (100 %) respondentů, 15 (45,45 %) respondentů označilo obíhající sestru, 7 (21,21 %) respondentů uvedlo perioperační sestru (instrumentářku), 6 (18,18 %) respondentů označilo lékaře operátora, 3 (9,09 %) respondenti uvedli anesteziologickou sestru a 2 (6,06 %) respondenti uvedli lékaře anesteziologa.

Analýza položky č. 27 – Co Vám nejvíce překáží při realizaci Checklistu?

Tabulka 24 Překážky při realizaci Checklistu

Faktory ovlivňující realizaci Checklistu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek času	12	36,36 %
Nejsou překážky	12	36,36 %
Neochota ze strany operátéra	6	18,18 %
Neochota ze strany anesteziologa	3	9,09 %
Ostatní	0	0,00 %
Celkem	33	100,00 %



Graf 29 Překážky při realizaci Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]

V tabulce 24 a grafu 29 znázorňujeme odpovědi respondentů na otázku, co jim nejvíce překáží při realizaci Checklistu. Odpovídali pouze ti respondenti, kteří mají Checklist zaveden v praxi a absolutní četnost v tomto případě je počet těchto respondentů. Z celkového počtu 33 (100 %) respondentů, 12 (36,36 %) respondentů uvedlo nedostatek času, stejný počet 12 (36,36 %) respondentů uvedlo, že při realizaci Checklistu nemají žádné překážky, 6 (18,18 %) respondentů uvedlo, že jim v realizaci překáží neochota ze strany operátéra a 3 (9,09 %) respondenti uvedli neochotu ze strany anesteziologa.

Analýza položky č. 28 – **Napište, jaké si myslíte, že má výhody realizace Checklistu pro pacienta.**

Tato otázka byla otevřená a zde se respondenti, kteří mají Checklist zaveden v praxi, vyjádřili k výhodám, které pacientům realizace Checklistu přináší. Souhrn odpovědí byl následující:

- Vyšší bezpečí pacienta – prevence záměny pacienta, strany nebo orgánu.
- Prevence nežádoucích událostí.
- Zabránění místní nebo celkové alergické reakci na dezinfekční přípravek nebo na kontrastní látku.
- Jistota, že je v rukou profesionálů a že budou správně dodrženy postupy při jeho operaci.
- Eliminace pooperačních komplikací.

Analýza položky č. 29 – Napište, jaké si myslíte, že má výhody realizace Checklistu pro personál.

Tato otázka byla otevřená a zde se respondenti, kteří mají Checklist zaveden v praxi, vyjádřili k výhodám, které realizace Checklistu přináší personálu. Souhrn odpovědí byl následující:

- Minimalizace nežádoucích událostí.
- Jistota a doklad o tom, že zdravotnický personál udělal maximum pro bezpečí pacienta.
- Bezpečnost práce na pracovišti, ochrana personálu před výskytem nežádoucí události.
- Návod, jak postupovat správně a nedělat chyby.
- Souhra a zapojení všech členů týmu.
- Práce na vysoké úrovni.
- Plynulý průběh výkonu.
- Zásadní informace o pacientovi.
- Připravenost na možné kritické okamžiky při operaci.
- Právní ochrana personálu.

8 DISKUSE

V současné době je bezpečí pacientů a kvalita zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních aktuální téma. Každé takové zařízení chce poskytovat tu nejlepší péči, získat akreditaci, a tím zvýšit svoji konkurenceschopnost a prestiž v očích pacientů.

Tato bakalářská práce se zabývá bezpečím pacientů v perioperační péči. Hlavním cílem bylo zjistit, zda a jak perioperační sestry provádějí bezpečnostní proces na operačních sálech v rámci zajištění co největšího bezpečí pacientů v perioperačním období. Dále pak zjistit, jaké povědomí mají perioperační sestry o možných rizicích nežádoucích událostí (dále jen NU). Průzkum byl také zaměřen na implementaci Checklistu v praxi a na postoj perioperačních sester k jeho realizaci.

Pro průzkum jsme použili metodu dotazníkového šetření. Osloveny byly perioperační sestry v různých zdravotnických zařízeních po celé ČR. Vybrána byla jak akreditovaná zařízení, tak i ta, která akreditaci nemají. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 69 respondentů.

V přístupných zdrojích nebyla nalezena práce, která by se konkrétně zabývala implementací Checklistu a podrobněji řešila tuto problematiku. K porovnání některých výsledků v této práci byla použita bakalářská práce z roku 2010 Lenky Penkové: „Nejčastější komplikace u pacientů v perioperační péči.“ (Penková, 2010) Výzkumné šetření prováděla na Centrálních operačních sálech ve FN Brno v Bohunicích. Výzkumné šetření této bakalářské práce bylo prováděno v ÚVN – Vojenská FN Praha, FN Hradec Králové, Masarykův onkologický ústav Brno, Vítkovická nemocnice a. s., Nemocnice Česká Lípa, Nemocnice s poliklinikou Karviná – Ráj, Nemocnice Kyjov, Kroměřížská nemocnice a. s., Nemocnice Třebíč a Nemocnice Ivančice.

Vyhodnocením sociologických údajů bylo zjištěno, že nejvíce, tj. 34,78 %, byla zastoupena věková kategorie 41–50 let, nejméně 13,04 % pak ve věku 30 let a méně. Délka praxe respondentů dosáhla nejpočetnějšího zastoupení 31,88 % v kategorii 21 a více let, nejméně byly zastoupeny shodně dvě kategorie 15,94 %, a to 0–5 let a 11–15 let. Jako nejvýše dosažené vzdělání uvedlo 69,57 % respondentů středoškolské vzdělání, 17,39 % respondentů zvolilo vysokoškolské bakalářské vzdělání, 7,25 % respondentů mělo vyšší odborné vzdělání a 5,80 % respondentů mělo vysokoškolské magisterské či inženýrské vzdělání. Specializaci v oboru perioperační péče udává 78,26 % respondentů a 21,74 % specializaci nemá.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda a jak perioperační sestry provádějí bezpečnostní proces na operačních sálech. Potřebné informace nám poskytly odpovědi

na otázky v dotazníku č. 6, 7, 11–18. Otázka č. 6 byla otevřená a zde se měli respondenti vyjádřit, jakým způsobem probíhá na jejich pracovišti edukace pacientů perioperační sestrou před operací. Tady 35 % respondentů uvedlo, že edukaci neprovádí, což je neuspokojivý výsledek, dále pak 16 % respondentů uvedlo, že edukaci provádí spíše anesteziologické sestry, lékaři nebo sestry na oddělení. Edukaci perioperační sestrou má zavedenou 17 % respondentů a za pacientem dochází. Přímo na operačním sále, těsně před výkonem, pacienta edukuje 14 % respondentů. Prostřednictvím edukačního specialisty edukuje 5 % respondentů a 13 % respondentů se na edukaci připravuje a proces chce na svém pracovišti zavést. Z výzkumu je patrné, že edukace pacientů perioperační sestrou den před výkonem není stále standardní záležitostí a že je možné v této oblasti vidět veliký potenciál. Počet edukovaných pacientů perioperační sestrou může být jedním z ukazatelů kvality perioperační ošetrovatelské péče. Další otázka zjišťovala, jaké informace si perioperační sestry předávají o edukantech, jež by mohly ovlivnit kvalitu následné ošetrovatelské perioperační péče. Zde mohli respondenti označit více možností. Bylo zaznamenáno 132 odpovědí. Nejčastěji 30,30 % respondentů uvádělo alergologickou anamnézu a stejný počet respondentů uvedl zvláštní charakteristiky pacienta (obezita, tělesné postižení aj.) Pacientova specifická přání (včetně odmítnutí edukace) uvedlo 19,70 % respondentů a 18,94 % respondentů si informace o edukantech nepředává vůbec. Přitom jakákoli informace o pacientovi může velmi pozitivně ovlivnit potenciální riziko v poskytování perioperační ošetrovatelské péče. Hlavní cíl byl dále zkoumán otázkami č. 11 a 12, které zjišťovaly, zda si perioperační sestry počítají všechny nástroje a roušky před započítím operace a na závěr operace. Zde 78,26 % respondentů uvedlo, že před operací počítá nástroje a roušky vždy. Překvapující bylo to, že 21,74 % respondentů počítá před započítím operace jen roušky. Na závěr operace si 82,61 % respondentů počítá nástroje a roušky vždy a opět překvapivě 17,39 % respondentů si na závěr operace počítá jen roušky. Procento respondentů, kteří si před operací a na závěr operace počítá jen roušky je v dnešní době vysoké a alarmující. Z tohoto výsledku se dá usuzovat, že v některých zdravotnických zařízeních nemají nastaveny mechanismy, které by měly těmto rizikovým postupům zabránit, nebo nejsou správné postupy dodržovány. Otázka č. 13 mapovala faktory, které by mohly ovlivnit pochybení respondentů. Zde mohli respondenti označit více možností. Zaznamenáno bylo 246 odpovědí, z nichž 19,92 % odpovědí respondentů vidí potenciální riziko pochybení nejčastěji ve špatné interpersonální komunikaci. Jako další faktor uvádí 17,89 % respondentů nedostatek personálu a stejný počet, 17,89 % respondentů uvedlo spěch v důsledku předimenzovaného operač-

ního programu. Přitom dva z uvedených faktorů lze velmi dobře ovlivnit. Interpersonální komunikaci můžeme ovlivnit zavedením Checklistu a předimenzovaný operační program a následný spěch můžeme eliminovat dobrým a efektivním plánováním operačních výkonů. Nedostatek personálu bohužel ovlivňuje současná situace v českém zdravotnictví, která nutí managementy oddělení provádět kroky, které vedou opačným směrem a velmi často dochází spíše ke snižování počtu ošetrovatelského personálu. Další otázka č. 14 zjišťovala, jakým způsobem se respondenti snaží zkvalitnit ošetrovatelskou perioperační péči na svém pracovišti. Zde mohli respondenti označit více možností. Zaznamenáno bylo 193 odpovědí. Velmi pozitivní bylo, že 29,02 % odpovědí respondentů preferuje zavádění standardů do praxe. Ošetrovatelské standardy sjednocují postupy, jak při přípravě pomůcek, tak při zvládnutí nového operačního výkonu. Zkvalitnění ošetrovatelské péče dalším vzděláváním perioperačních sester vidí 24,35 % respondentů, 21,76 % respondentů uvedlo odborné semináře, 16,06 % respondentů uvedlo pravidelné porady a 7,25 % respondentů odpovědělo zaváděním ošetrovatelského procesu do praxe. V položce ostatní 1,55 % respondentů uvedlo: důsledné zaškolování a vychovávání si nových pracovníků, užší spolupráci s lékaři a edukační činnost. Otázkou č. 15 bylo zjišťováno, zda mají respondenti na svých pracovištích vypracovány standardy perioperační péče zaměřené na bezpečí pacientů. Většina respondentů, tj. 72,46 % odpověděla, že standardy vypracované mají a 27,54 % respondentů uvedlo, že standardy vypracované nemá. V doplňující otevřené otázce č. 15a, která navazuje na otázku předcházející, měli respondenti uvést, jaké standardy v rámci perioperační péče mají na svých pracovištích vypracovány. Nejčastěji respondenti uvedli standardy pro hygienu rukou 19 %, dále pak pro bezpečnostní proceduru 16 %, pro dezinfekci a sterilizaci 14 %, pro operační postupy 13 %, pro přípravu pacienta 11 %, pro manipulaci s biologickým materiálem 10 %, pro přikládání neutrální elektrody 7 %, standard pro nakládání s odpady uvedlo 6 % respondentů, pro používání prostředků zdravotnické techniky 2 % a stejně 2 % pro nežádoucí události. Otázka č. 16, která se rovněž vztahovala k hlavnímu cíli, zjišťovala, zda má pacient před operací lékařem označené místo výkonu. Tady 40,58 % respondentů uvedlo, že místo výkonu je označeno vždy, ovšem 37,68 % respondentů uvedlo, že označení chybí jen v minimálních případech a 10 % respondentů uvedlo, že označení místa výkonu chybí často. Dalších 5 % respondentů uvádí, že označení místa výkonu neprovádí. Z těchto odpovědí vyplývá, že více než 59 % respondentů má velkou rezervu v označení místa výkonu. Toto zjištění je rovněž alarmující. Bohužel perioperační sestry v těchto případech nemají možnost zjištěné skutečnosti ovlivnit. Problém je

na jednotlivých odděleních, odkud pacient na operační sály přichází. Na těchto pracovištích dochází k nedodržování platných standardů nebo standardy v oblasti prevence záměny pacienta, strany či orgánu vypracovány vůbec nemají. V otázce č. 17, která byla otevřená, měli respondenti popsat opatření, která před operací na operačním sále v rámci zajištění bezpečnosti pacienta provádějí. Respondenti nejčastěji uvedli: kontrola alergologické anamnézy 18 %, dále kontrola identifikačních náramků, dotazem na pacienta a kontrolou dokumentace, správné přiložení neutrální elektrody 12 %, kontrola diagnózy a plánovaného výkonu 11 %, realizace Checklistu, dodržováním time out (8 %), zajištění proti pádu popruhy a zarážkami na operačním stole 7 %, kontrola dostupnosti instrumentaria a implantátů 6 %, kontrola potřebné dokumentace včetně obrazové dokumentace, důsledná početní kontrola nástrojů a roušek 4 %, kontrola funkčnosti přístrojů, které musí mít pravidelnou BTK 4 %, prevence otlaků a dekubitů vypodložením predilekčních míst 3 %, zaschnutí dezinfekčního roztoku na operačním poli 2 %, kontrola včasného podání antibiotik 2 %, kontrola pacienta po výkonu: suchá kůže bez alergické reakce, bez otlaků, bez známek popálení 2 % a ohřev pacienta během dlouhých výkonů, kontrola TT 1 %. Z výzkumu vyplývá, že perioperační sestry mají v jednotlivých zdravotnických zařízeních vytvořeny standardy perioperační péče, avšak z tohoto výzkumu není patrný jednotný postup, který by zajišťoval maximální bezpečí pacienta. Další otázka č. 18 zjišťovala, jak respondenti postupují, když kontrolují identitu pacienta. Velmi pozitivní zjištění bylo, že 79,71 % respondentů kontroluje identitu pacienta tak, že se ptá na jeho celé jméno, na datum narození, které porovnává s identifikačním náramkem, s dokumentací a s operačním programem. Dále 18,84 % respondentů označilo možnost, že pacientovi řekne jeho celé jméno a datum narození a čeká na jeho potvrzení. Zjištěné údaje porovná s identifikačním náramkem, s dokumentací a s operačním programem. Tento postup je nesprávný, protože pacient, který je pod účinkem premedikace, může i neverbálním projevem potvrdit cokoli, což neodpovídá realitě a může odsouhlasit i nepravdivé údaje. V této oblasti by měl management operačních sálů provádět pravidelná školení svých zaměstnanců a využívat interní audity, které pomáhají odhalit „slabá místa“ při poskytování ošetrovatelské péče. V neposlední řadě byla i zaznamenána odpověď, a to 1,45 %, že identifikaci neprovádí. Toto procento je mizivé a doufáme, že je ojedinělé, ale přesto alarmující.

Dílčí cíl č. 1, který zjišťoval povědomí perioperačních sester o možných rizicích nežádoucích událostí, byl zkoumán otázkami č. 8–10, a otázkou č. 19, a měl zjistit povědomí perioperačních sester o možných rizicích nežádoucích událostí. V první z nich měli re-

spondenti označit, jak se správně označují případy, kdy je pacientovi způsobena újma na zdraví během poskytování zdravotní péče. Správně odpovědělo 63,77 % respondentů a označilo NU, 20,29 % respondentů označilo poškození, 8,70 % respondentů uvedlo zanedbání, 5,80 % respondentů pak v možnosti ostatní uvedlo trestný čin a těžké ublížení na zdraví. V další otázce měli respondenti označit na škále 1–5, přičemž 1 bylo nejnižší a 5 nejvyšší mírou rizika, kterou podle nich představují pro pacienta následující nežádoucí události. Odpovědi byly vyhodnoceny výpočtem aritmetického průměru, kdy položky s nejvyšším aritmetickým průměrem byly výsledkem, že jsou nejrizikovější. Výsledkem šetření je, že nejrizikovější pro respondenty představuje záměna strany, následuje záměna pacienta, dále pak zapomenutý chirurgický nástroj v těle pacienta, zapomenutá rouška v těle pacienta, záměna či ztráta biologického materiálu, vzplanutí ohně v operačním poli, pád z operačního stolu, popálení pacienta v důsledku špatně přiložené elektrody, paréza z nesprávné polohy na operačním stole, raná infekce v ráně, podchlazení pacienta, alergie z dezinfekčního roztoku a na posledním místě dekubity. Z výsledku je patrné, že si sestry plně uvědomují vysoké riziko záměny, protože takové pochybení může mít pro pacienta fatální následky. Respondenti výzkumu L. Penkové uvedli, „že nejrizikovější okamžik perioperační péče je na prvním místě záměna pacienta, dále popálení pacienta neutrální elektrodou a na třetí místo respondenti zařadili zapomenutý materiál v operační ráně.“ (Penková, 2010, s. 91) Je tedy zřejmé, že záměna pacienta či strany představuje pro perioperační sestry velké riziko, kterého jsou si vědomy. Ve třetí otázce, která se rovněž týkala NU, měli respondenti označit, s jakou NU se během své praxe setkali. Nejvíce 17,20 % respondentů se setkalo s alergickou reakcí z dezinfekčního prostředku. Na druhém místě 12,90 % respondentů uvádí záměnu strany. Toto zjištění je varující stejně jako další odpověď, protože na třetím místě 11,83 % respondenti uvádějí zapomenutou roušku v těle pacienta. V porovnání s délkou praxe respondentů, která dosáhla nejpočetnějšího zastoupení 31,88 % v kategorii 21 a více let, lze usuzovat, že v mnohých případech nebyly před lety nastaveny mechanismy, které by těmto NU dokázaly předejít. Respondenti výzkumu L. Penkové uvedli „jako první komplikaci alergie na dezinfekční prostředek“ (Penková, 2010, s. 90), stejně jako uvedli respondenti ve výzkumu této bakalářské práce. Dále pak uváděli popálení pacienta neutrální elektrodou, alergie na léky, ztrátu biologického materiálu, otoky ze špatné polohy, ranou infekci, pád pacienta. Až po těchto komplikacích uvedli dále zapomenutý materiál v operační ráně a záměnu operované strany. Na posledních místech respondenti uvedli znehodnocení biologického materiálu, parézu ze špatné polohy,

záměnu pacienta a vznik ohně v operačním poli. Z výsledků je patrné, že respondenti se ve své praxi se záměnou pacienta či strany a se zapomenutým předmětem v těle pacienta téměř nesetkali. Z obou výzkumů vyplývá, že nejčastější NU, se kterou se respondenti setkali, je alergická reakce na dezinfekční prostředek. Je možné, že tyto reakce vznikají na základě nezjištěných alergických reakcí na danou látku, o které pacient neví, ale i na základě nedůsledně odebrané anamnézy. Proto je velmi důležitá edukace pacientů a neméně důležitý je záznam v dokumentaci o zjištěných alergických reakcích. V porovnání s délkou praxe na operačních sálech, kterou L. Penková ve své práci uvádí, „nejdelší praxe respondentů na Centrálních operačních sálech ve FN v Bohunicích byla 0–5 let a na druhém místě byla doba praxe 6–10 let.“ (Penková, 2010, s. 84) Z těchto výsledků je zřejmé, že nejčastěji ve FN Brno–Bohunice pracují perioperační sestry s délkou praxe na operačních sálech méně než 10 let. Tento fakt mohl ovlivnit odpovědi respondentů na rizika perioperační péče, stejně tak jako dobře nastavené mechanismy daného zdravotnického zařízení, které vzniku fatálních NU dokáží zabránit. V poslední položce, otázce č. 19, vztahující se k dílčímu cíli č. 1, bylo zkoumáno, jak respondenti postupují v případě výskytu nežádoucí události. Tato otázka byla otevřená a 7 % respondentů hlásí NU písemně, 10 % respondentů NU hlásí přímému nadřízenému nebo vedoucímu lékaři služby, 6 % respondentů NU hlásí vrchní sestře a provádí písemný záznam, 23 % respondentů vyřeší danou situaci u pacienta a NU hlásí nadřízenému a vyplní protokol NU, 14 % respondentů provádí zápis do perioperačního záznamu, 16 % respondentů uvedlo, že pokud NU zapříčiní vadný přístroj, okamžitě ho vyřadí z provozu, 13 % respondentů uvedlo, že NU hlásí elektronicky (Intranetem) na oddělení kvality a 11 % respondentů v případě ztráty roušky či nástroje provádí kontrolní RTG. Z výzkumu vyplývá, že respondenti postupují v případě výskytu NU správně.

Dílčí cíl č. 2, zda mají perioperační sestry na svých pracovištích zavedený Checklist, byl zkoumán otázkami č. 20, 21, 23–25. Otázka č. 20 zjišťovala, zda znají respondenti dokument Surgical Safety Checklist (Chirurgický bezpečnostní list). Checklist zná 65,22 % respondentů a 34,78 % respondentů tento dokument nezná. V další otázce č. 21 měli respondenti označit, zda se řídí jednotlivými kroky Checklistu při provádění bezpečnostního procesu. U každé operace se tímto dokumentem řídí 39,13 % respondentů a 7,25 % respondentů uvedlo, že se Checklistem řídí, ale ne u všech operací. Checklistem, přestože je na jejich pracovišti zaveden, se neřídí 1,45 % respondentů. Dále pak 36,23 % respondentů označilo, že se Checklistem neřídí, protože ho nemají zaveden. Toto procento nám ukazu-

je, že je v této oblasti stále prostor k jeho implementaci. Položku, že bezpečnostní proces provádí, ale ne podle Checklistu, označilo 15,94 % respondentů. V další doplňující otázce č. 21a, která byla otevřená, se mohli respondenti, kteří v předchozí otázce označili, že bezpečnostní proces provádějí, ale ne podle Checklistu, vyjádřit, jak na svém pracovišti bezpečnostní proces provádějí. Respondenti uvedli celkem pět oblastí, jak provádějí bezpečnostní proces. Bezpečnostní proceduru provádí 21 % respondentů dle předtištěného formuláře – kontrolují identitu, stranu, alergie. Perioperační protokol, který vychází ze Surgical Safety Checklist má 15 % respondentů, bezpečnostní proceduru jako součást dokumentace uvádí 22 % respondentů, podle protokolu, který respondenti vytvořili ve spolupráci s manažerkou kvality zdravotnického zařízení a kontrolují identitu pacienta, stranu, výkon, alergie, počet nástrojů a roušek, uvádí 16 % respondentů a 26 % respondentů bezpečnostní proceduru zaznamenává do perioperační dokumentace. Pacienta se ptají na jméno, na stranu, na výkon a na alergie. Zaznamenávají použitý materiál a jeho početní kontrolu, druh dezinfekčního prostředku, odběr histologického materiálu a sterilitu nástrojů. Shrneme-li všechna tato získaná data, můžeme říci, že nejčastěji respondenti provádějí bezpečnostní proces na základě protokolu, který si dané zdravotnické zařízení vytvořilo nebo je bezpečnostní procedura součástí perioperační dokumentace. Následující otázka č. 23 zjišťovala, zda mají či nemají respondenti vzor Checklistu umístěný na viditelném místě na každém operačním sále. Kladně se vyjádřilo 42,03 % respondentů, kteří odpověděli, že mají Checklist na každém sále, 4,35 % respondentů má Checklist jen na některém sále, 1,45 % respondentů má Checklist mimo operační sál a 52,17 % respondentů Checklist na sále nemá, protože není na jejich pracovišti zaveden. Z průzkumu je patrné, že stále vysoké procento respondentů Checklist na operačním sále jako vzor nemá a tudíž podle něj nepostupuje. Přitom samotný Checklist nabízí jednoduchý a efektivní nástroj pro zlepšení komunikace a týmové spolupráce a hlavně pomáhá aktivně vyhledat potenciální rizika. Vyhodnocením otázky č. 24 bylo zjištěno, že 13,04 % respondentů, kteří Checklist používají, zahajují operační výkon dříve, než je jeho 2. část – time out – dokončena. Uspokojivé bylo zjištění, že 34,78 % respondentů time out dodržuje vždy a 52,17 % respondentů uvedlo, že nemá Checklist zaveden. V doplňující otevřené otázce č. 24a, se respondenti (13,04 %), kteří v předešlé otázce označili, že operační výkon zahajují dříve, než je time out dokončen, vyjádřili, že důvodem je nejčastěji spěch, netrpělivost operatérů, bezprostřední ohrožení pacienta na životě, neznámá identita pacienta, nedůslednost a v neposlední řadě také chybí kontrola vedoucích pracovníků při dodržování standardů. Poslední položka č. 25 zjišťova-

la, zda respondenti před ukončením operačního výkonu potvrzují ústně název výkonu, početní souhlas nástrojů, roušek a ostatních potřeb, odebraný biologický materiál a jeho označení a následné pooperační ordinace. Z průzkumu bylo zjištěno, že 43,48 % respondentů výše uvedené dodržuje vždy, 4,35 % respondentů provádí tyto kroky jen u náročných operací a žádný respondent neuvedl, že tuto část neprovádí. Podle Checklistu nepostupuje 36,23 % respondentů, protože ho nemá zaveden a 15,94 % respondentů označilo možnost ostatní. V následující doplňující otevřené otázce č. 25a měli respondenti možnost vyjádřit se, proč před ukončením operačního výkonu ústně nepotvrzují název výkonu, početní souhlas nástrojů, roušek a ostatních potřeb, odebraný biologický materiál a jeho označení a následné pooperační ordinace. Z odpovědí respondentů vyplývá, že na některých pracovištích nemají nastaveny důsledné mechanismy, které by zabránily nedodržování důsledných postupů v perioperační péči. Shrňme-li všechna tato získaná data, můžeme jednoznačně říci, že dotazovaní respondenti dokument Surgical Safety Checklist (Chirurgický bezpečnostní list) většinou znají, ovšem jen necelých 40 % respondentů se tímto dokumentem řídí. Mnozí respondenti bezpečnostní proces provádějí na základě protokolu, který si jednotlivá zdravotnická zařízení sama vytvářejí.

Dílčí cíl č. 3 mapoval postoj perioperačních sester k realizaci Checklistu a byl zkoumán otázkami č. 22, 26–29.

Otázka č. 22 zjišťovala, jaký postoj mají respondenti k zavedení a používání Checklistu. Odpověď rozhodně ano označilo 39,13 % respondentů, spíše ano označilo 21,74 % respondentů, spíše ne se vyjádřilo 4,35 % respondentů a odpověď rozhodně ne neoznačil žádný z respondentů. Jaký postoj k Checklistu zaujmout nevědělo 34,78 % respondentů. Z výsledků se dá usuzovat, že perioperační sestry, které s Checklistem pracují, mají k jeho realizaci kladný vztah a ty, které Checklist nepoužívají, nebo ho neznají, nevědí, co od tohoto dokumentu mohou očekávat. Na další otázku č. 26, kdo z týmu nejdůsledněji dodržuje pokyny uvedené v Checklistu, odpovídali pouze respondenti, kteří mají Checklist zavedený v praxi. Obíhající sestru označilo 45,45 % respondentů, instrumentářku označilo 21,21 % respondentů, 18,18 % respondentů uvedlo lékaře operátora, 9,09 % respondentů označilo anesteziologickou sestru a lékaře anesteziologa uvedlo 6,06 % respondentů. Z výzkumu je patrné, že nejdůsledněji dodržuje pokyny v Checklistu obíhající sestra. V otázce č. 27 bylo zjišťováno, co respondentům nejvíce překáží při realizaci Checklistu. Odpovídali opět jen respondenti, kteří mají Checklist zavedený v praxi. Nedostatek času, který brání respondentům při realizaci Checklistu, uvedlo 36,36 % respondentů. Stejně

procento, 36,36 % respondentů, uvádí, že při realizaci Checklistu nemá žádné překážky. Neochotu ze strany operátora uvádí 18,18 % respondentů a neochotu ze strany anesteziologa uvádí 9,09 % respondentů. Z výsledků vyplývá, že nedostatek času a neochota spolupráce ze strany lékařů činí perioperačním sestřím při realizaci Checklistu překážky, přitom někteří respondenti nemají s realizací Checklistu problém. Další otázka č. 28 byla otevřená a respondenti, kteří mají Checklist zavedený v praxi, mohli uvést, jaké si myslí, že má výhody realizace Checklistu pro pacienta. Respondenti v souhrnu odpovědí nejčastěji uváděli vyšší bezpečnost pacienta a prevenci záměny, dále pak prevenci NU, eliminaci alergických reakcí, jistotu pro pacienta, že je v rukou skutečných profesionálů a dodržení postupů při jeho operaci a v neposlední řadě minimalizaci pooperačních komplikací. Poslední otázka č. 29 byla otevřená a respondenti, kteří mají Checklist zavedený v praxi, mohli uvést, jaké si myslí, že má výhody realizace Checklistu pro personál. Respondenti v souhrnu odpovědí nejčastěji uváděli minimalizaci NU, jistotu a doklad o tom, že zdravotnický personál udělal maximum pro bezpečí pacienta, bezpečnost práce na pracovišti, ochranu personálu před výskytem NU, návod, jak postupovat správně a nedělat chyby, souhru a zapojení všech členů týmu, práci na vysoké úrovni, plynulý průběh výkonu, získání zásadních informací o pacientovi, připravenost na možné kritické okamžiky při operaci a právní ochranu personálu.

ZÁVĚR

Z našeho průzkumného šetření vyplývá, že perioperační sestry na svých pracovištích bezpečnostní proces provádějí. Do tohoto procesu však není ve většině případů zahrnuta edukace pacientů perioperační sestrou. Velmi znepokojivé bylo zjištění, že si některé perioperační sestry před započítím operace a na závěr operace počítají pouze roušky a nekontrolují nástroje. Pochybení perioperačních sester při realizaci bezpečnostního procesu by mohla ovlivnit nejčastěji špatná interpersonální komunikace, nedostatek personálu nebo spěch v důsledku předimenzovaného operačního programu. Zkvalitnit ošetřovatelskou perioperační péči se sestry snaží zaváděním standardů do praxe. Z výzkumu je patrné, že perioperační sestry mají snahu a motivaci se nadále vzdělávat, získat specializaci v oboru či vysokoškolský diplom a účastnit se odborných seminářů. Rezervy byly zaznamenány v označení místa výkonu u pacienta. Na mnoha pracovištích mají sice zavedený verifikační protokol jako prevenci stranové záměny, ovšem označení na těle pacienta často chybí. Pokud měly perioperační sestry popsat opatření, která před operací na operačním sále v rámci zajištění bezpečnosti pacienta provádějí, z výzkumu je patrné, že v praxi používají různé postupy, do kterých však není zapojena celá operační skupina. Téměř polovina sester však uvedla, že se řídí Checklistem, doporučeným postupem WHO, jakožto jednoduchým a efektivním nástrojem pro zlepšení komunikace a týmové spolupráce na operačních sálech, ale především velkým pomocníkem, který dokáže vyhledat potenciální rizika. Uspokojivý výsledek byl zaznamenán v postupu při kontrole identity pacienta, kdy většina perioperačních sester postupuje správně.

Pokud zhodnotíme první dílčí cíl, můžeme vidět, že většina sester má povědomí o NU v perioperačním období. Za nejrizikovější NU považují záměnu strany a záměnu pacienta, které jsou následovány zapomenutou rouškou a nástrojem v těle pacienta. Ve své praxi se perioperační sestry nejčastěji setkaly s alergickou reakcí na dezinfekční roztok, záměnou strany a zapomenutou rouškou v těle. Tento fakt mohl být ovlivněn délkou praxe respondentů, kdy byly v průzkumu nejvíce zastoupeny sestry, které uvedly, že na operačních sálech pracují 21 a více let. Lze tedy usuzovat, že před lety nebyly nastaveny mechanismy, které by těmto závažným NU dokázaly předejít. Uspokojivé bylo zjištění, že se perioperační sestry zcela orientují v případě výskytu NU na svém pracovišti.

Pokud zhodnotíme druhý a třetí dílčí cíl, můžeme vidět, že většina perioperačních sester dokument Surgical Safety Checklist (Bezpečnostní kontrolní list) zná a má kladný postoj k jeho zavedení a používání v praxi. Téměř polovina respondentů má Checklist zavedený

v praxi a bezpečnostní proces, až na malé výjimky, provádí dle pokynů v něm uvedených. Vedení procedury je nejčastěji svěřeno obíhající sestře, která se stává koordinátorkou celého bezpečnostního procesu. Výhodu realizace Checklistu pro pacienta a pro personál vidí perioperační sestry především v prevenci NU. Druhá polovina respondentů zavedení Checklistu neuvádí a bezpečnostní proces nejčastěji provádí dle protokolu daného zdravotnického zařízení. Z výzkumu je však patrné, že tyto protokoly obsahově nekorespondují s Checklistem a hlavně sestry vůbec neuvádějí zapojení celého týmu do bezpečnostního procesu.

Z pilotní studie, která proběhla v osmi nemocnicích po celém světě, vyplývá, že implementace Checklistu byla spojena s výrazným snížením závažných komplikací. (Haynes et al., 2009) Ve své práci jsem chtěla předložit data, která by mapovala výskyt NU v časovém horizontu tří let před zavedením Checklistu a tří let po jeho zavedení, ve dvou zdravotnických zařízeních. Bohužel ani v jednom z nich neexistují statistiky, které by danou oblast mapovaly. Ze své praxe však vím, že jsme výskyt NU zavedením Checklistu na centrálních operačních sálech zcela eliminovali. Dobré by bylo tato data statisticky zpracovávat a výsledky by se tak mohly stát jedním z ukazatelů kvality péče o pacienta v prostorách operačních sálů.

Vzhledem k tomu, že téměř polovina perioperačních sester s Checklistem nepracuje a neexistuje žádná jednotnost při provádění bezpečnostního procesu na operačních sálech, dovolila jsem si vytvořit „český vzor“ bezpečnostního listu (příloha P VII). Během jeho tvorby jsem vycházela z návrhu šablony WHO (příloha P II) a snažila jsem se zachytit rizikové okamžiky operace. Výsledky práce budou poskytnuty managementům zdravotnických zařízení, ve kterých bylo dotazníkové šetření povoleno a prováděno. K výsledkům bude přiložen i vzor Checklistu, který jsem vytvořila.

Tuto práci bych chtěla zakončit citátem anglické ošetrovatelky a zakladatelky moderního ošetrovatelství Florence Nightingalové, který je po více než 150 letech stále aktuální.

„I když bereme v úvahu veškeré úspěchy nemocnic posledních let, obrovskému množství utrpení a přinejmenším řadě úmrtí v těchto zařízeních lze stále předejít.“

Florence Nightingale, 1863

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BITTNEROVÁ, Zuzana, 2007. Proč termín perioperační péče? *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 17, č. 6, s. 48. ISSN 1210-0404.

DUDA, Miloslav a kol., 2000. *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-642-0.

FILIPOVÁ, Monika a Radka POKOJOVÁ, 2011. Předoperační bezpečnostní proces – úskalí implementace. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 21, č. 2, s. 34–36. ISSN 12-0404.

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.

CHOUROVÁ, Lenka, 2011. Ošetrovatelské diagnózy na operačním sále. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 21, č. 10, s. 37–38. ISSN 1210-0404.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-543-3.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 1. české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2436-2.

JUŘENÍKOVÁ, Petra, 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALA, Zdeněk a kol., 2010. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-518-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

MAŘAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ, 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1673-9.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 1999. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-277-9.

MÁŠOVÁ, Renata a Markéta HAVRDLÍKOVÁ, 2009. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 19, č. 9, s. 19–20. ISSN 1210-0404.

NICHOLS, Anthony a Wilson IAIN, © 2006. *Perioperační medicína*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-320-6.

ONDŘIOVÁ, Iveta, Anna HUDÁKOVÁ a Matilda PAVELKOVÁ, 2013. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 23, č. 1, s. 33–35. ISSN 1210-0404.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., © 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

STAŇKOVÁ, Marta, 2006. *České ošetrovatelství 2*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-270-1.

ŠKRLA, Petr, 2005. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-419-4.

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

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

VYTEJČKOVÁ, Renata, 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ, © 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHISOVÁ, Jana, 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

WICHISOVÁ, Jana, 2010. Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, roč. 20, č. 2, s. 43–44. ISSN 1210-0404.

ZEMAN, Miroslav, 2000. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-705-2.

Internetové zdroje:

BALKOVÁ, Ildiko, 2005. Náročná práce instrumentárky. In: *Společnost instrumentárek* [online]. Brno, 31. 1. 2005. [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.instrumentarky.eu/clanek/narocna-prace-instrumentarky>

BALKOVÁ, Hilda a Monika ZIBRINOVÁ, 2012. Indikátory kvality na operačním sále. *Sestra* [online]. Praha, 13. 4. 2012 [cit. 2014-02-27]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/indikatory-kvality-na-operacnim-sale-464373>

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, © 2008. Vedení ošetrovatelské dokumentace. In: *Česká asociace sester* [online]. Praha [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>

EORNA, [b.r.]. Welcome. *European Operating Room Nurses Association* [online]. [cit. 2014-04-10]. Dostupné z: http://www.eorna.eu/Welcome_a39.html

HAYNES, Alex B. et al., 2009. Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. In: *The New England Journal of Medicine* [online]. [cit. 2014-02-09]. DOI: 10.1056/NEJMsa0810119 Dostupné z:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0810119>

HŘIB, Zdeněk, © 2010–2014. Národní systém hlášení nežádoucích událostí. Prezentace v programu Microsoft Power Point. In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha [cit. 2014-04-03]. Ke stažení dostupné z:

<http://www.uzis.cz/dokumenty/prezentace-narodniho-systemu-hlaseni-nezadoucich-udalosti>

MÁLEK, Jiří a Petr KUČERA, 2010. Systémové alergické reakce (anafylaxe) v anesteziologické praxi. *Lékařské listy* [online]. Praha, 14. 6. 2010 [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/systemove-alergicke-reakce-anafylaxe-v-anesteziologicke-praxi-452598>

MARX, David, 2011. Riziko záměny. In: *Spojená akreditační komise* [online]. 1. 3. 2011 [cit. 2014-02-09]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2011/riziko-zameny-.435/>

MARX, David, 2012. Organizace interní auditní činnosti. In: *Spojená akreditační komise* [online]. 27. 2. 2012 [cit. 2014-02-06]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2012/organizace-interni-auditni-cinnosti-.524/>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, © 2008. Sestra pro perioperační péči. *Národní soustava povolání* [online]. Praha [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: http://katalog.nsp.cz/karta_p.aspx?id_jp=101381&kod_sm1=12

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2013. Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha, 14. 3. 2013, poslední úprava 15. 4. 2014, [cit. 2014-04-11]. Dostupné z:

http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_7595_29.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2012. Resortní bezpečnostní cíle. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha, 27. 11. 2012, poslední úprava 28. 11. 2012 [cit. 2013-12-28]. Dostupné z:http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_1837_15.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2010. Ministerstvo zdravotnictví se zaměřuje na bezpečnost pacientů, představuje Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 13. 4. 2010, poslední úprava 4. 10. 2010 [cit. 2014-04-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-se-zameruje-na-bezpecnost-pacientu-predstavuje-akcni-plan-kvality-a-bezpecnosti-zdravotni-pecce-na-obdobi_3444_1513_1.html

NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, ©2009–2013. *Šetření dekubitů na národní úrovni* [online]. [cit. 2014-03-25]. Dostupné z: <http://www.dekubity.nrc.cz/dekubity>

NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ, © 2013. Základní informace *NCO+NZO* [online]. Brno, Aktualizováno 25. 11. 2013, [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: http://www.nconzo.cz/web/guest/info_specializace

PÁLENÍKOVÁ Květa a Martina PROSECKÁ, 2010. Mezioborová spolupráce sester na operačním sále. *Sestra* [online]. Praha, 10. 2. 2010 [cit. 2014-01-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mezioborova-spoluprace-sester-na-operacnim-sale-449673>

PENKOVÁ, Lenka, 2010. *Nejčastější komplikace u pacientů v perioperační péči* [online]. Brno [2014-04-04]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Dostupné z: http://theses.cz/vyhledavani/?search=penkov%C3%A1%20lenka;no_uniq=1

ŠŤASTNÝ, Jiří, 2010. Zapomínat je lidské, ale... In: *Medical Tribune* [online]. 22. 2. 2010 [cit. 2014-04-13]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/16690-zapominat-je-lidske-ale>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, © 2008. *Implementation Manual Who Surgical Safety Checklist* [online]. Ženeva [cit. 2014-04-09]. Dostupné z:

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf?ua=1

WICHSOVÁ, Jana, 2010. Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech. *Sestra* [online]. Praha, 10. 2. 2010 [cit. 2014-01-25]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/surgical-safety-checklist-prevence-pochybeni-pri-operacnich-vykonech-449674>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATB	Antibiotika
Bc.	Bakalář
BTK	Bezpečnostně technická kontrola
CMP	Cévní mozková příhoda
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiogram
EORNA	European Operation Room Nurses Association / Evropská asociace sálových sester
FN	Fakultní nemocnice
IMCHV	Infekce v místě chirurgického výkonu
ISO	International Organization for Standardization / Mezinárodní organizace pro normalizaci
JIP	Jednotka intenzivní péče
Mgr.	Magistr
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NU	Nežádoucí událost
RBC	Resortní bezpečnostní cíle
RTG	Rentgen
s.	strana
SAK	Spojená akreditační komise
Sb.	Sbírka
SI	Společnost instrumentárek
TT	Tělesná teplota
WHO	World Health Organization

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Věk respondentů [Zdroj: vlastní šetření]</i>	47
<i>Graf 2 Doba výkonu profese [Zdroj: vlastní šetření]</i>	48
<i>Graf 3 Dosažené vzdělání [Zdroj: vlastní šetření]</i>	49
<i>Graf 4 Specializační vzdělávání [Zdroj: vlastní šetření]</i>	50
<i>Graf 5 Druh zdravotnického zařízení [Zdroj: vlastní šetření]</i>	51
<i>Graf 6 Edukace na pracovišti [Zdroj: vlastní šetření]</i>	52
<i>Graf 7 Předávání informací o edukantech [Zdroj: vlastní šetření]</i>	53
<i>Graf 8 Označení případů újmy na zdraví [Zdroj: vlastní šetření]</i>	55
<i>Graf 9 Nejrizikovější okamžik perioperační péče [Zdroj: vlastní šetření]</i>	58
<i>Graf 10 Druhy nežádoucích událostí [Zdroj: vlastní šetření]</i>	61
<i>Graf 11 Počítání nástrojů a roušek před operací [Zdroj: vlastní šetření]</i>	62
<i>Graf 12 Počítání nástrojů a roušek na závěr operace [Zdroj: vlastní šetření]</i>	63
<i>Graf 13 Faktory pochybení [Zdroj: vlastní šetření]</i>	65
<i>Graf 14 Zkvalitnění ošetrovatelské perioperační péče [Zdroj: vlastní šetření]</i>	66
<i>Graf 15 Standardy v perioperační péči [Zdroj: vlastní šetření]</i>	68
<i>Graf 16 Standardy perioperační péče [Zdroj: vlastní šetření]</i>	69
<i>Graf 17 Označení místa výkonu před operací [Zdroj: vlastní šetření]</i>	70
<i>Graf 18 Označení místa výkonu před operací [Zdroj: vlastní šetření]</i>	71
<i>Graf 19 Postup při kontrole identity pacienta [Zdroj: vlastní šetření]</i>	73
<i>Graf 20 Postup při kontrole identity pacienta [Zdroj: vlastní šetření]</i>	75
<i>Graf 21 Dokument Surgical Safety Checklist [Zdroj: vlastní šetření]</i>	77
<i>Graf 22 Bezpečnostní proces podle Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]</i>	78
<i>Graf 23 Bezpečnostní proces [Zdroj: vlastní šetření]</i>	79
<i>Graf 24 Postoj k zavedení a používání Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]</i>	81
<i>Graf 25 Umístění vzoru Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]</i>	82
<i>Graf 26 Checklist – TIME OUT [Zdroj: vlastní šetření]</i>	83
<i>Graf 27 Ústní potvrzení – 3. část Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]</i>	85
<i>Graf 28 Kdo dodržuje pokyny v Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]</i>	87
<i>Graf 29 Překážky při realizaci Checklistu [Zdroj: vlastní šetření]</i>	88

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 Věk respondentů</i>	47
<i>Tabulka 2 Doba výkonu profese</i>	48
<i>Tabulka 3 Dosazené vzdělání</i>	49
<i>Tabulka 4 Specializační vzdělávání</i>	50
<i>Tabulka 5 Druh zdravotnického zařízení</i>	51
<i>Tabulka 7 Označení případů újmy na zdraví</i>	55
<i>Tabulka 8 Nejrizikovější okamžik perioperační péče</i>	57
<i>Tabulka 9 Druhy nežádoucích událostí</i>	60
<i>Tabulka 11 Počítání nástrojů a roušek na závěr operace</i>	63
<i>Tabulka 12 Faktory pochybení</i>	64
<i>Tabulka 14 Standardy v perioperační péči</i>	68
<i>Tabulka 15 Označení místa výkonu před operací</i>	70
<i>Tabulka 16 Postup při kontrole identity pacienta</i>	73
<i>Tabulka 17 Dokument Surgical Safety Checklist</i>	77
<i>Tabulka 18 Bezpečnostní proces podle Checklistu</i>	78
<i>Tabulka 19 Postoj k zavedení a používání Checklistu</i>	81
<i>Tabulka 20 Umístění vzoru Checklistu</i>	82
<i>Tabulka 21 Checklist – TIME OUT</i>	83
<i>Tabulka 22 Ústní potvrzení - 3. část Checklistu</i>	85
<i>Tabulka 23 Kdo dodržuje pokyny v Checklistu</i>	87
<i>Tabulka 24 Překážky při realizaci Checklistu</i>	88

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Pilotní studie – mapa a tabulka

Příloha P II: Bezpečnostní kontrolní list – Checklist

Příloha P III: Prezentace Národního systému hlášení nežádoucích událostí

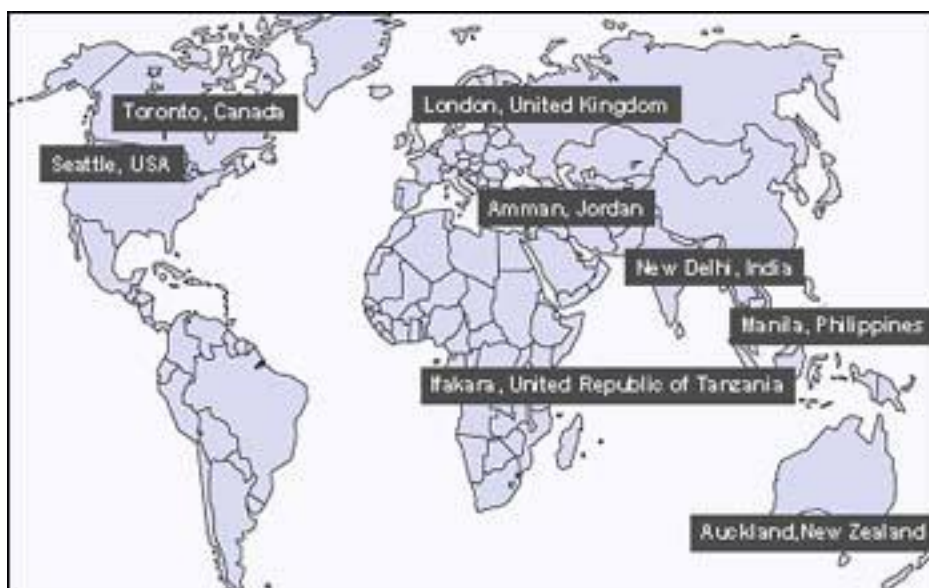
Příloha P IV: Dotazník pro perioperační sestry

Příloha P V: Vyhláška 55/2011

Příloha P VI: Věstník MZČR 5/2012

Příloha P VII: Chirurgický bezpečnostní list – Checklist - VZOR

Příloha P I: Pilotní studie – mapa a tabulka



Zdroj: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/pilot_sites/en/

Tabulka: Výsledky pilotní studie – převzato z WHO

	Před checklistem	Checklist
Počet operací	3733	3955
Úmrtí	1,5 %	0,8 %
Pooperační komplikace	11,0 %	7,0 %
Neplánované reoperace	2,4 %	1,8 %

Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/surgical-safety-checklist-prevence-pochybeni-pri-operacnich-vykonech-449674>

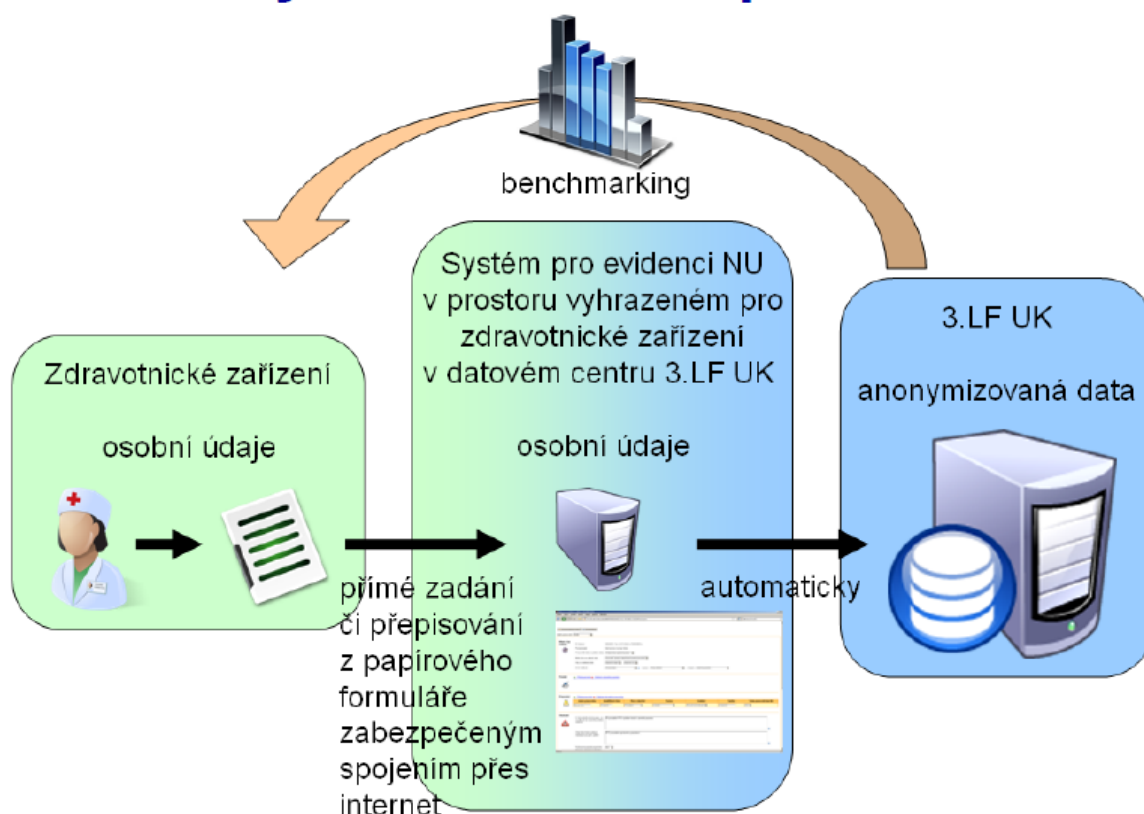
Příloha P II: Bezpečnostní kontrolní list – Checklist

Surgical Safety Checklist		
World Health Organization		Patient Safety <small>A World Alliance for Safer Health Care</small>
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
(with at least nurse and anaesthetist)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)
<p>Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent?</p> <input type="checkbox"/> Yes	<p><input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role.</p>	<p>Nurse Verbally Confirms:</p> <input type="checkbox"/> The name of the procedure
<p>Is the site marked?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<p><input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.</p>	<input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts
<p>Is the anaesthesia machine and medication check complete?</p> <input type="checkbox"/> Yes	<p>Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
<p>Is the pulse oximeter on the patient and functioning?</p> <input type="checkbox"/> Yes	<p>Anticipated Critical Events</p>	<input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed
<p>Does the patient have a:</p>	<p>To Surgeon:</p> <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss?	<p>To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:</p> <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?
<p>Known allergy?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>To Anaesthetist:</p> <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns?	
<p>Difficult airway or aspiration risk?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available	<p>To Nursing Team:</p> <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?	
<p>Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned	<p>Is essential imaging displayed?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	

This checklist is not intended to be comprehensive. Additions and modifications to fit local practice are encouraged. Revised 1 / 2009 © WHO, 2009

Zdroj: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>

Varianta zapojení 2: využití webové aplikace



Využití sdílené webové aplikace

- Zdarma
- Pro nemocnici technicky nejjednodušší
- Nemocnice používající sdílenou verzi aplikace používají shodnou verzi software s individuální konfigurací systému a zcela samostatnými vlastními daty

Příloha P IV: **Dotazník pro perioperační sestry**

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Petra Poulíková, studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra.

V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma „ **Pacient v perioperační péči – prevence rizik**“. Součástí mé práce je dotazník, který je určen perioperačním sestrám a má za cíl zmapovat, zda a jak perioperační sestry provádějí bezpečnostní proces na operačních sálech a zajišťují bezpečí pacienta. Dotazník je anonymní, dobrovolný a výsledky budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Předpokládaná doba pro vyplnění dotazníku je 15 minut.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

- Pokud nebude uvedeno jinak, označte jen jednu odpověď, která nejvíce vyhovuje Vašemu názoru.
- U otázek s otevřenou odpovědí prosím doplňte dle svého zvážení.

Děkuji za Váš čas a zodpovědný přístup, který dotazníku věnujete.

1. Váš věk?

- a) 30 let a méně
- b) 31–40 let
- c) 41–50 let
- d) 51 a více let

2. Kolik let vykonáváte profesi perioperační sestry?

- a) 0–5 let
- b) 6–10 let
- c) 11–15 let
- d) 16–20 let
- e) 21 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné – DiS.
- c) vysokoškolské – Bc.
- d) vysokoškolské –Mgr., Ing., ...

4. Jste absolventkou/absolventem specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče?

- a) ano
- b) ne

5. V jakém zdravotnickém zařízení pracujete?

- a) akreditovaném (Vaše zařízení je držitelem Certifikátu o udělení akreditace – externí hodnocení kvality ve zdravotnictví)
- b) neakreditovaném
- c) nevím

6. Popište, jakým způsobem probíhá na Vašem pracovišti edukace pacientů perioperační sestrou před operačním výkonem? (prosím doplňte)

.....

.....

.....

7. Jaké informace si se svými kolegyněmi (s kolegy) – perioperačními sestrami, předáváte o edukantech, jež by mohly ovlivnit kvalitu následné ošetrovatelské perioperační péče? (lze označit více možností)

- a) alergologickou anamnézu
- b) pacientova specifická přání (včetně odmítnutí edukace)

- c) zvláštní charakteristiky pacienta (obezita, tělesné postižení...)
- d) informace si nepředáváme
- e) jiné (prosím doplňte)

.....
.....

8. Jak se správně označují případy, kdy je pacientovi způsobena újma na zdraví během poskytování zdravotní péče?

- a) zanedbání
- b) poškození
- c) nežádoucí účinek
- d) nežádoucí událost
- e) opomenutí
- f) omyl
- g) neshoda
- h) jiné (prosím doplňte)

.....

9. Označte míru rizika, kterou podle Vás představují pro pacienta následující nežádoucí události: (1 – nejnižší, 5 – nejvyšší)

	1	2	3	4	5
Záměna pacienta					
Záměna strany					
Vzplanutí ohně v operačním poli					
Dekubity					
Paréza z nesprávné polohy na operačním stole					
Zapomenutý chirurgický nástroj v těle pacienta					
Zapomenutá rouška v těle pacienta					
Alergie z dezinfekčního roztoku					
Pád z operačního stolu					
Záměna či ztráta biologického materiálu					
Podchlazení pacienta					
Popálení pacienta v důsledku špatně přil. elektrody					
Raná infekce v ráně					

10. S jakou nežádoucí událostí jste se během své praxe setkala/setkal? (lze označit více možností)

	x
Záměna pacienta	
Záměna strany	
Vzplanutí ohně v operačním poli	
Dekubity	
Paréza z nesprávné polohy na operačním stole	
Zapomenutý chirurgický nástroj v těle pacienta	
Zapomenutá rouška v těle pacienta	
Alergie z dezinfekčního roztoku	
Pád z operačního stolu	
Záměna či ztráta biologického materiálu	
Podchlazení pacienta	
Jiné: (doplňte)	

11. Počítáte si všechny nástroje a roušky před započítím operace?

- a) ano, vždy
- b) počítám jen roušky
- c) počítám jen nástroje
- d) nepočítám

12. Počítáte si všechny nástroje a roušky na závěr operace?

- a) ano, vždy
- b) počítám jen roušky
- c) počítám jen nástroje
- d) nepočítám

13. Které faktory mohou ovlivnit Vaše pochybení? (lze označit více možností)

	x
Špatná interpersonální komunikace	
Nečitelný zdravotní záznam pacienta	
Únava	
Nedostatek personálu	
Spěch v důsledku předimenzovaného operačního programu	
Časté změny v operačním programu	
Vyloučení pacienta z procedury identifikace	
Zvláštní charakteristiky pacienta (obezita, mentální postižení, demence apod.)	
Jiné: (doplňte)	

14. Jakým způsobem se snažíte na Vašem pracovišti zkvalitnit ošetrovatelskou perioperační péči? (lze označit více možností)

- a) pravidelné porady
- b) odborné semináře
- c) další vzdělávání perioperačních sester (specializační, vysokoškolské studium)
- d) zavádění standardů do praxe
- e) zavádění ošetrovatelského procesu do praxe
- f) jiné (prosím doplňte)

.....
.....

15. Máte na Vašem pracovišti vypracovány standardy v rámci perioperační péče, zaměřené na bezpečí pacientů?

- a) ano
- b) ne

15. a Jaké standardy máte vypracovány na Vašem pracovišti? (odpovězte v případě, pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano)

.....
.....

16. Má pacient před operací lékařem označené místo výkonu? (za předpokladu, že se postup nepoužije u akutních operací, které neumožňují prodlevu a u pacientů, kteří s označením nesouhlasí)

- a) ano, vždy
- b) označení chybí jen v minimálních případech
- c) označení chybí často
- d) ne, označení místa výkonu nepoužíváme

17. Popište opatření, která před operací na operačním sále provádíte, v rámci zajištění bezpečnosti pacienta: (prosím doplňte)

.....
.....
.....

18. Jak postupujete, když kontrolujete identitu pacienta?

- a) pacienta se zeptáte, jak se jmenuje a kdy se narodil a porovnáte s identifikačním náramkem, dokumentací a operačním programem
- b) pacientovi řeknete celé jeho jméno a datum narození, čekáte na jeho potvrzení a porovnáte s identifikačním náramkem, dokumentací a operačním programem
- c) porovnáte dokumentaci a operační program, pacienta se neptáte
- d) identifikaci neprovádíte
- e) jiné (prosím doplňte)

.....

19. Popište, jak postupujete v případě výskytu nežádoucí události? (prosím doplňte)

.....
.....
.....

20. Znáte dokument Surgical Safety Checklist (Chirurgický bezpečnostní list), který je výsledkem projektu Světové zdravotnické organizace (WHO), jehož účelem je eliminace pochybení na operačních sálech?

- a) ano
- b) ne

21. Řídíte se jednotlivými kroky dle Bezpečnostního kontrolního listu – Checklistu při provádění bezpečnostního procesu?

- a) ano, vždy u každé operace
- b) ano, ale ne u všech operací
- c) ne, přestože Checklist máme zaveden
- d) ne, Checklist nemáme zaveden
- e) předoperační bezpečnostní proces provádíme, ale ne podle Checklistu

21. a Jak provádíte bezpečnostní proces? (odpovězte v případě, pokud jste v předchozí otázce odpověděli: bezpečnostní proces provádíme, ale ne podle Checklistu)

.....
.....

22. Jaký je Váš postoj k zavedení a používání Checklistu?

- a) rozhodně ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) rozhodně ne
- e) nevím

23. Máte vzor Checklistu umístěný na viditelném místě na každém operačním sále?

- a) ano, na každém sále
- b) ano, ale jen na některém sále
- c) ano, ale mimo operační sál
- d) jiné (prosím doplňte)
- e) ne, není zaveden
- f) jiné (prosím doplňte)

.....

24. Pokud Checklist používáte, zahajujete operační výkon dříve, než je 2. část Checklistu (tzv. TIME OUT) dokončena? (tzn., že před kožním řezem operační skupina potvrzuje ústně identitu pacienta, místo a typ výkonu a jeho předpokládanou délku, kompletnost instrumentaria, podání ATB profylaxe, připravenost implantátů, snímků ap.)

- a) ano
- b) ne, time out dodržujeme vždy
- c) Checklist nemáme zaveden

24. a Uved'te důvody, proč zahajujete operační výkon dříve, než je 2. část Checklistu – TIME OUT dokončena? (odpovězte, pokud jste v předchozí otázce označili odpověď – ano)

.....
.....
.....

25. Potvrzuje ústně operační skupina název výkonu, početní souhlas nástrojů, roušek a ostatních potřeb, odebraný biologický materiál a jeho označení a následné pooperační ordinace, před ukončením operačního výkonu? (3. část Checklistu)

- a) ano, u každého výkonu

- b) jen u náročných operací
- c) ne, tuto část neprovádíme
- d) Checklist nemáme zaveden
- e) jiné (prosím doplňte)

.....

25. a Uveďte důvody, proč před ukončením operačního výkonu neprovádíte 3. část Checklistu: (odpovězte, pokud jste v předchozí otázce označili odpověď: **ne, tuto část neprovádíme**)

.....

Otázky **26.–29.** zodpovězte pouze v případě, že Checklist máte zavedený v praxi.

26. Označte, kdo z týmu nejdůsledněji dodržuje pokyny uvedené v Checklistu:

	x
lékař operatér	
lékař anesteziolog	
perioperační sestra	
obíhající (cirkulující) sestra	
anesteziologická sestra	

27. Co Vám nejvíce překáží při realizaci Checklistu:

	x
nedostatek času	
neochota ze strany operatéra	
neochota ze strany anesteziologa	
nejsou překážky	
Jiné: (doplňte)	

28. Napište, jaké si myslíte, že má výhody realizace Checklistu pro pacienta. (prosím doplňte)

.....

.....

29. Napište, jaké si myslíte, že má výhody realizace Checklistu pro personál. (prosím doplňte)

.....

.....

Ročník 2011



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 20

Rozeslána dne 14. března 2011

Cena Kč 77,-

OBSAH:

55. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 56

Sestra pro perioperační péči

Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. připravovat instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu,
2. provádět specializované sterilizační a dezinfekční postupy,
3. zajišťovat manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
4. provádět antisepsi operačního pole u pacientů,
5. provádět ve spolupráci s lékařem–operátorem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťovat stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. zajišťovat polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace,
2. provádět zarouškování pacientů,
3. instrumentovat při operačních výkonech

§ 55

Sestra pro intenzivní péči

(1) Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu, hodnotit závažnost stavu,

2. zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,
 3. pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
 4. zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení; sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je;
- b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře
1. provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
 2. provádět katetrizaci močového měchýře mužů,
 3. zavádět gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí,
 4. provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
 5. vykonávat činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,
 6. vykonávat činnosti v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči, včetně poučení o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků pacienta a jím určených osob,
 7. vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,
 8. vykonávat činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie,
 9. provádět punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis;
- c) pod odborným dohledem lékaře
1. aplikovat transfuzní přípravky¹⁴) a přetlakové objemové náhrady,
 2. provádět extubaci tracheální kanyly,
 3. provádět externí kardiostimulaci.
- (2) Sestra pro intenzivní péči v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle § 17.

§ 43

Sanitář

(2) Sanitář pro operační oddělení a centrální sterilizaci vykonává činnosti podle § 26 a dále může

- a) pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu provádět pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče na úseku operačního oddělení, centrální sterilizace a centrální úpravně lůžek; přitom zejména může
 1. pečovat o hygienu prostředí,
 2. transportovat biologický a zdravotnický materiál, obstarávat pochůzky pro potřeby oddělení,
 3. manipulovat s tlakovými nádobami s medicínálními plyny,
 4. doprovázet a převážet pacienty, kteří jsou při vědomí,
 5. připravovat specifický obvazový materiál dle potřeb oddělení,

6. provádět mechanickou očistu, dezinfekci a úpravu operačního stolu,
 7. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při úpravě těla zemřelého,
 8. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků¹⁰⁾,
 9. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků¹¹⁾ a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a na zajištění jejich dostatečné zásoby;
- b) pod přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu účastnit se ošetrovatelských výkonů na úseku operačního oddělení a v míře určené sálou sестrou plnit ošetrovatelský plán; přitom zejména může
1. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při příjmu, přemístování a transportu pacienta v rámci operačního oddělení,
 2. asistovat při provádění hygienické péče u pacienta,
 3. pomáhat při polohování a fixaci pacienta před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně základní prevence proleženin a úpravy operačního stolu,
 4. provádět technické manipulace s operačním stolem a osvětlením,
 5. asistovat při přikládání obvazových materiálů, snímat tvrdé obvazy pacienta,
 6. manipulovat s přístroji zdravotnické techniky.

Věstník

Ročník 2012

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

ČESKÉ REPUBLIKY

Částka 5

Vydáno: 29. ČERVNA 2012

Cena: 59 Kč

OBSAH:

1. Doporučený postup při provádění kastrací v souvislosti s parafilně motivovanými sexuálními trestnými činy	2
2. Národní referenční laboratoře – změny názvů a vedení	7
3. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovanych zdravotních služeb	8
4. Metodický návod – hygiena rukou při poskytování zdravotní péče	15
5. Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví – 2/2012/DZP	22
6. Mezinárodní smlouvy v gesci Ministerstva zdravotnictví – přehled změn za období 2012–2012	24

1.1.3. RBC 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech


Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech je komplexním opatřením, které v sobě zahrnuje nejen bezpečnou komunikaci a identifikaci pacienta, ale je odrazem vzájemné spolupráce mezi jednotlivými odděleními.

Cílem standardu je nastavit komplexní opatření tak, aby k takovým pochybením docházelo co nejméně, nebo vůbec.

Standard je splněn, jestliže poskytovatel

- Má stanovené jednotné postupy pro provedení správného výkonu u správného pacienta ve správné lokalizaci včetně výkonů prováděných mimo operační sály.
- Používá standardizovaný způsob označení místa výkonu a zajistí účast pacienta (pokud je to vzhledem k jeho zdravotnímu stavu možné) na označení místa operačního výkonu.
- Používá a dokumentuje předoperační bezpečnostní proceduru bezprostředně před zahájením operačního výkonu (tzv. Kontrolní seznam-bezpečí chirurgického výkonu uveřejněn na portálu kvality MZČR)

Příloha P VII: Chirurgický bezpečnostní list – Checklist - VZOR

 Chirurgický bezpečnostní list - Checklist				
1. krok Před zahájením anestezie	→ → →	2. krok Před kožním řezem	→ → →	3. krok Před tím, než pacient opustí operační sál
Sign in Pacient potvrzuje: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Svoji identitu (řekne nám celé jméno, kdy se narodil)<input type="checkbox"/> Souhlas s operačním výkonem<input type="checkbox"/> Druh operačního výkonu<input type="checkbox"/> Místo operačního výkonu Operační tým kontroluje: Označení místa zákroku: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ANO<input type="checkbox"/> NE Znamé alergie: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ANO<input type="checkbox"/> NE Problémy s intubací <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ANO<input type="checkbox"/> NE Riziko aspirace: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ANO<input type="checkbox"/> NE Riziko ztráty krve: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ANO<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANESTEZIE: bezpečnostní kontrola provedena (funkčnost anesteziologického přístroje, pulzního oxymetru, připravenost pomůcek k intubaci)		Time out Celý operační tým verbálně potvrzuje: (operátor, anesteziolog, perioperační sestra) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Identitu pacienta<input type="checkbox"/> Místo zákroku<input type="checkbox"/> Druh zákroku <input type="checkbox"/> Operátor sděluje předpokládanou délku výkonu, předpokládanou ztrátu krve a možná rizika v průběhu operačního výkonu. <input type="checkbox"/> Anesteziolog sděluje předpokládaná rizika anestezie <input type="checkbox"/> Perioperační sestra potvrzuje připravenost a sterilitu instrumentária a všech pomůcek <input type="checkbox"/> Obíhající sestra potvrzuje připravenost zdravotnické techniky, dostupnost obrazové dokumentace, připravenost implantátů, drénů apod. Antibiotická profylaxe podána: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ANO<input type="checkbox"/> NE Připravenost krevních derivátů <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ANO<input type="checkbox"/> NE		Sign out Perioperační sestra verbálně potvrzuje: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Druh operačního výkonu<input type="checkbox"/> Početní souhlas nástrojů, roušek a ostatního materiálu<input type="checkbox"/> Označení odebraného biologického materiálu<input type="checkbox"/> Umístění drénů<input type="checkbox"/> Operátor a anesteziolog: sdělují pooperační ordinace