

# Bezpečnost klienta při poskytování ošetrovatelské péče

Martina Krystýnová

---

Bakalářská práce  
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2009/2010

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina KRYSTÝNOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Bezpečnost klienta při poskytování ošetrovatelské péče**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vymezit pojem osobní bezpečí klienta z pohledu zákonné legislativy a z pohledu ošetrojícího personálu. Analyzovat nejčastější rizika hrozící nemocnému, popsat nejčastější chyby zdravotnických pracovníků v celém procesu managementu řízení rizik.

V praktické části bude provedeno výzkumné šetření ve smyslu mapování rizik na vybraných ošetrovacích jednotkách.

**Závěr a opatření pro praxi:**

Na základě výsledků z šetření budou sepsány informační propozice k ochraně bezpečnosti nemocných, které budou obsahovat shrnutí nejdůležitějších pokynů pro ošetrovatelský personál. V konečné fázi šetření bude poskytnuta reflexe jednotlivým zdravotníkům, kteří se na šetření podíleli.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: GRADA Publishing, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠKRLA, Petr. Především neublížit. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.

GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRAND, Ladislav. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

DOLEŽAL, Tomáš. DOLEŽAL, Adam. Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví. Praha: Linde Praha a. s., 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6.

PRUDIL, Lukáš. Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 77 s. ISBN 80-7013-433-X.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Karafiátová**  
Ústav ošetrovatelství

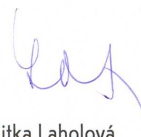
Datum zadání bakalářské práce: **18. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Jitka Laholová  
*ředitel 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 obhajoby <sup>1)</sup>;
- 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. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 § 60 <sup>3)</sup> 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.

Ve Zlíně 26. 2. 2012.

  
.....

*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 nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení 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 výpisy, 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 nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého 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 (školní 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 Školní dílo:

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

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít 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 jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Hlavním tématem této bakalářské práce je bezpečnost klienta při poskytování ošetrovatelské péče.

V teoretické části jsem se věnovala problematice řízení a předcházení rizik ve zdravotnických zařízeních, funkcím manažera rizik a také legislativní podpoře státu v otázce bezpečí klienta. Také jsem se zaměřila na nejčastější rizika, pochybení a omyly zdravotnického personálu a na faktory jejich vzniku. V posledním oddíle teoretické části jsem se zabývala řešením problémů pochybení spolu s návrhem vhodných opatření a praktických rad pro jejich prevenci.

Praktická část mé práce obsahuje výsledky z pozorovacího šetření, ve kterém jsem mapovala nejčastější chyby a rizika na ošetrovacích jednotkách. Práci jsem ještě doplnila výsledky dotazníkového šetření.

Cílem je získat přehled o nejčastějších chybách, dodržování a podceňování předpisů v zajištění bezpečnosti nemocných.

Z výsledků šetření vyplynuly nejčastější chyby vyskytující se při poskytování ošetrovatelské péče, které mohou narušit bezpečí klientů.

Na základě těchto poznatků byl vytvořen souhrn opatření, která upozorňují personál na nejčastější nedostatky v ošetrovatelské péči.

Klíčová slova: bezpečnost klienta, ošetrovatelská péče, rizika, manažer rizik, pochybení a omyly

## **ABSTRACT**

The main theme of this bachelor thesis is the safety of the client when providing nursing care.

In the theoretical part I addressed the problems of management and prevention of risks in health care facilities, the function of manager of risks and state legislative support regarding the safety of the client. I also focused on the most common risks, errors and mistakes of medical staff and the factors of their origin. In the last section of the theoretical

part I dealt with resolving errors with the proposal of appropriate measures and practical advice for their prevention.

The practical part of this work contains the results of observational surveys in which I surveyed the most common errors and risks of the care units. I have enhanced this work with the results of a questionnaire survey.

The aim is to get an overview about the most frequent errors, observance and underestimation of rules in provision of the safety of the patients.

The results showed the most common errors which occurred that may affect the safety of the clients.

Based on these findings a number of measures were created to draw the attention of the staff to the most common deficiencies in the nursing care.

Keywords: safety of the client, nursing care, risks, manager of risks, errors and mistakes

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce, Mgr. Michaele Karafiátové za velkou trpělivost, shovívavost a podporu mých nápadů. Chtěla bych poděkovat všem, kteří mě, ať již vědomě či nevědomě, ovlivnili při psaní této práce. Velké díky patří i mé rodině.



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 SNIŽOVÁNÍ RIZIK JAKO JEDNA Z CEST K AKREDITACI ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ</b> .....	<b>13</b>
1.1 HISTORIE A SOUČASNOST V ZAJIŠŤOVÁNÍ BEZPEČÍ KLIENTA .....	14
1.2 ŘÍZENÍ A PŘEDCHÁZENÍ RIZIK V ZAJIŠŤOVÁNÍ BEZPEČÍ KLIENTA .....	15
1.3 FUNKCE MANAŽERA RIZIK V NEMOCNICÍCH.....	16
1.4 LEGISLATIVNÍ PODPORA STÁTU V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O NEMOCNÉ.....	17
<b>2 BEZPEČNOST A OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL</b> .....	<b>19</b>
2.1 NEJČASTĚJŠÍ POCHYBENÍ A OMYLY ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU .....	19
2.1.1 Rozdělení a klasifikace pochybení .....	21
2.1.2 Nejčastější pochybení z hlediska nemocničních oddělení .....	22
2.1.3 Závislost pochybení na věku pacientů.....	23
2.1.4 Příčiny pochybení a omylů zdravotnického personálu.....	24
2.2 POVINNOSTI SESTRY A OŠETŘOVATELSKÉHO TÝMU .....	24
2.3 PRÁVNÍ OCHRANA A HLÁŠENÍ MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ .....	25
2.3.1 Dělení mimořádných událostí .....	26
2.4 RIZIKA A ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČÍ NEMOCNÉHO Z POHLEDU OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU .....	27
2.4.1 Vzorec pro výpočet míry rizika.....	29
<b>3 PREVENCE RIZIK A ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ POCHYBENÍ</b> .....	<b>30</b>
3.1 NEJČASTĚJŠÍ RIZIKA VYPLÝVAJÍCÍ Z CHODU OŠETŘOVACÍ JEDNOTKY .....	30
3.2 ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ POCHYBENÍ .....	31
3.3 PODÍLENÍ SE PACIENTA NA BEZPEČNÉ PÉČI .....	31
3.4 PRAKTICKÉ RADY K PREVENCI POCHYBENÍ.....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>4 METODOLOGICKÝ ÚVOD</b> .....	<b>38</b>
4.1 CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI .....	38
4.2 CÍLE PRO PRAKTICKOU ČÁST.....	38
4.3 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	39
4.4 METODY PRÁCE.....	40
4.5 ORGANIZACE ŠETŘENÍ .....	42
4.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	43
<b>5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>44</b>

5.1	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ ZÍSKANÉ ZHODNOCENÍM DOTAZNÍKŮ.....	44
5.2	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ ZÍSKANÉ ZHODNOCENÍM POZOROVACÍCH ZÁZNAMŮ.....	72
5.3	DISKUSE.....	120
	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>124</b>
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>126</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>128</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>130</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>131</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>133</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>136</b>

## ÚVOD

*„...každá sestra je především lidská bytost a ani jí se nevyhýbá pochybení.“*

(Havelková, H., Mikulková, J. 2008, str. 19)

Bezpečnost je jednou z hlavních priorit kvalitní a vysoce profesionální ošetrovatelské péče. Na bezpečnost nemocného je kladen důraz již od dob Florence Nightingalové. Tento pojem je v poslední době velmi aktuální a problematika bezpečí je hodně vyzdvihovaná. Píše se o ní v časopisech, knihách, je tématem na konferencích a spoustu odkazů najdeme samozřejmě i na internetové síti.

O bezpečnosti pacientů se v současnosti hodně diskutuje a píše v souvislosti se zvyšováním kvality ošetrovatelské péče a s akreditací nemocnic. Kvalitní a bezpečná ošetrovatelská péče je v dnešní době nezbytná a všude ji vyžadují, neboť má na ni právo každý pacient. Přesto si myslím, že na některých odděleních nejsou přesně dodržovány postupy, předpisy a standardy, které by ji měly zajistit. Touto problematikou se zabývá především management rizik, jehož hlavním úkolem je vyhledávání - mapování, analýza a snižování rizik ve zdravotnických zařízeních. Nejsem si zcela jistá, zda tomuto problému věnují zdravotníci dostatečnou pozornost, kterou toto téma určitě zasluhuje. Přesto si myslím, že by se mělo povědomí zdravotnických pracovníků i studentů o předcházení rizik neustále zvyšovat.

V práci se budu hlouběji zabývat problematikou rizik na základních ošetrovacích jednotkách. Myslím si, že tento výzkum pomůže zmapovat nejčastější problémy na odděleních, které mohou postihnout kteroukoliv věkovou skupinu, ale přesto můžeme vysledovat, že v určitém věku jsou jistá rizika častější a charakterističtější, neboť vyplývají z věkových zvláštností člověka.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 SNIŽOVÁNÍ RIZIK JAKO JEDNA Z CEST K AKREDITACI ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Dnešní moderní doba je plná technických pokroků, vymožeností a informačních technologií. Medializace problémů týkajících se bezpečné péče představuje v současnosti výzvu pro všechny typy zdravotnických zařízení. I když je zdravotnická péče na vysoké úrovni, přesto jsou chyby problémem mnoha nemocnic a dalších zařízení. Proto je nesmírně důležité vytvářet opatření, která pomůžou chybám předejít. (Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L. 1999. str. 67)

Mezi tyto opatření patří samozřejmě i **akreditace zdravotnických zařízení**.

Pro splnění akreditace zdravotnických zařízení je nutné se řídit **akreditačními standardy**, které vyžadují nejenom kvalitní péči, ale především i její bezpečnost. Již v roce 2002 uvedla **Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (JCAHO)** do svých standardů: „*Vyhodnoťte a upravte proces tak, abyste minimalizovali jeho rizika a ochránili pacienta před možnými následky selhání.*“ (Standard LD 5.2. in Škrála, P., Škrlová, M. 2008. str. 25)

Větší část standardů této akreditační organizace se týká bezpečí pacientů.

Standardy například nabádají k:

- zlepšení spolehlivosti identifikace nemocných,
- kvalitní komunikaci mezi poskytovateli péče,
- používání pouze uznávaných zkratk a symbolů,
- větší bezpečnosti rizikových medikací,
- zamezení chirurgických zákroků na nepravém pacientovi, v nesprávném místě či zvolení nevhodné procedury,
- větší bezpečnosti v užití infuzních pump,
- snížení rizika nozokomiálních infekcí. (Škrála, P., Škrlová, M. 2008. str. 25)

Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení také stanovila devět hlavních součástí kvality péče. Na tyto složky musí brát zřetel všechny zdravotnické organizace, které se o akreditaci ucházejí. Patří sem: dostupnost péče, přiměřenost péče, soustavnost péče, účinnost péče, očekávaná účinnost péče, hospodárnost péče, pacientova autonomie a spo-

kojenost, včasnost péče a samozřejmě bezpečnost zdravotní péče. ( Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L. 1999. str. 18)

Akreditacemi zdravotnických zařízení se zabývá **Spojená akreditační komise České republiky** (SAK ČR). Tato organizace též hraje důležitou roli v bezpečí nemocných. Její standardy se věnují různým aspektům, jako například likvidaci odpadu, správné identifikaci pacientů, zdravotnické dokumentaci, nozokomiálním infekcím, medikačnímu procesu aj.

Proč je akreditace tak důležitá? Je to tím, že nároky na kvalitu a bezpečnost péče se zvýšily vstupem České republiky do Evropské unie, a to ze strany vlády, médií i veřejnosti. Aby mohlo dojít k akreditaci zdravotnických pracovišť, je nezbytné použít indikátory k vyhodnocení plnění standardů. Díky nim lze zjistit a odstranit neshody a zajistit kvalitní a bezpečnou péči. (Škrála, P., Škrlová, M. 2008. str. 27)

## 1.1 Historie a současnost v zajišťování bezpečí klienta

Snad již od dob Florence Nightingalové je kladen důraz na bezpečí nemocných. Můžeme o tom najít zmínku v jejím díle *Knihy o ošetřování nemocných*, kde se v kapitole o obezřelé dohlídce můžeme dočíst, co vše se může přihodit, pokud ošetřovatelka není v přítomnosti pacienta. V tomto případě je nutné, aby opatrovnice napřed zařídila, „*aby vše, co se stát musí, také se konalo, když sama není přítomna u nemocného.*“ (Nightingalová, F. 1874. str. 49)

Jak dále Florence uvádí, nepřítomnost opatrovnice může zavinit rozličné nehody a také i samovraždy. Jako prevenci těchto nehod vyzdvihuje organisovanou dohlídku a obezřelost.

Dále ve své knize naráží na nepříjemnosti, které mohou nastat vlivem špatné komunikace mezi osobami pečujícími o nemocného a jeho rodinnými příslušníky. Zdůrazňuje také fakt, že by měly být odstraněny všechny nebezpečné předměty jako provazy a břitvy, které by mohly ohrozit bezpečí nemocných.

Měla bych se také zmínit i o opatřeních, které zavedl MUDr. B. Albert, první ředitel Baťovy nemocnice ve Zlíně. Vypracoval pokyny, jež obsahovaly povinnosti sester a požadavky na jejich chování. Pokud se nějaká sestra prohřešila, musela složit pokutu, která šla do Baťova podpůrného fondu. Omyly a pochybení mohly být různé. Například podání stra-

vy pacientovi před operací, posláním samotného nemocného pěšky na rentgen s vysokou teplotou či na operaci akutní appendicitis, neprovedení předepsané ordinace, za nepořádnost, poklesek v asepsi apod. (Kafková, V. 1992. str. 43-44)

V současné době je otázka bezpečnosti pacientů velmi aktuální a setkáte se s ní v médiích. Na toto téma se pořádají různé vzdělávací akce a konference. Například v tomto roce ministerstvo zdravotnictví pořádalo akce, jež byly zaměřené na onu již zmiňovanou bezpečnost a kvalitu zdravotnických služeb. Můžu jmenovat seminář s názvem *Nástroje zvyšování bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních* nebo konference na téma *Kvalita a bezpečnost pro naše pacienty - náš základní cíl*. V Praze proběhlo také *setkání vrchních ředitelů pro zdraví a expertů pro bezpečnost pacientů*, kde byla představena **Kniha bezpečí** jako projekt ministerstva zdravotnictví. (Kalvachová, M. 2009. str. 22)

Tématu management rizik se věnuje i organizace WHO, jež vydala v roce 2007 Patient Safety Solutions, Lucemburské deklarace bezpečí pacientů nebo můžu vyjmenovat ještě například TERCAPTM 2007 Up and Running- Taxonomy of Error, Root Cause Analysis and Practiceresponsibility. (Hanzlová, E., Brabcová, I. 2008. str. 30-31)

## 1.2 Řízení a předcházení rizik v zajišťování bezpečí klienta

*„O rizikových oblastech v jejich zdravotnickém zařízení jen zřídka zdravotníci neví. Proto je jejich morální povinností učinit vše, co je v jejich silách, aby poskytovaná péče byla nejen kvalitní, ale také bezpečná.“* (Škrla, P., Škrlová, M. 2008. str. 13)

Co je cílem programu **řízení rizik**? Je to především snížení výskytu takových situací, které mohou poškodit zdraví jak pacienta, tak i zaměstnance, majetek či pověst zdravotnického zařízení. Dalším úkolem je zabránit finančním ztrátám, které by vyplývaly ze soudních sporů proti zdravotnickým zařízením, oddělením či odbornému personálu. (Škrla, P., Škrlová, M. 2008. str. 14)

Z toho vyplývá, že tento program můžeme chápat jako pojistku a samozřejmě i nástroj kontroly kvalitní péče. Využívá k tomu: určení a odhad potenciálních finančních ztrát, prevence a redukce ztrát ve smyslu poškození zdraví, finanční krytí ztrát a kontroly nároků

na odškodnění. Do cesty efektivnímu řízení rizik je však kladeno mnoho překážek v podobě nedostatečného zapojení zdravotnických pracovníků, neochota ze strany vedení, špatný informační systém, apod. ( Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L. 1999. str. 69-70)

### 1.3 Funkce manažera rizik v nemocnicích

**Manažer rizik** se zabývá kontrolou a prevencí rizik ve zdravotnických zařízeních. Následkem těchto rizik by mohlo být poškození zdraví nemocných, zaměstnanců či návštěv, poškození majetku i pověsti zdravotnického zařízení.

*„Manažer rizik nemusí být osobně odpovědný za žádná rizika jako taková. Nese ale zodpovědnost za to, že ve zdravotnickém zařízení všichni zaměstnanci akutně vnímají skutečná i potenciální rizika a snaží se je systematicky minimalizovat.“* (Škrla, P., Škrlová, M. 2008. str. 23)

Mezi náplň práce patří neustálé vyhodnocování reálných a potenciálních rizik, plánování redukce rizik, implementace strategií pro omezení či úplnou eliminaci rizik. Další povinností je denní kontrola předpisů a zákonů souvisejících s bezpečností a ochranou zdraví zaměstnanců. Organizuje i edukační semináře týkající se bezpečí a prevence nežádoucích událostí. Mezi základní povinnosti patří i vedení potřebné dokumentace.

Manažer by měl mít přirozenou autoritu, měl by budit respekt a důvěru. Snaží se též vytvářet vhodné prostředí, které by umožnilo změnu postoje i chování zaměstnanců. (Škrla, P., Škrlová, M. 2008. str. 23)

Manažeři mají dva způsoby, jak zabránit chybám:

1. výběrem kompetentních zaměstnanců

- výběr jedinců s vhodným vzděláním, důkladná orientace nových zaměstnanců, kontinuální vzdělávání, certifikace a pravidelné vyhodnocování pracovního výkonu jednotlivých zaměstnanců,

2. správným definováním procesů

- definování pomocí směrnic, standardů a procedurálních manuálů. (Škrla, P. 2005. str. 38-39)



*„Na základě tohoto přístupu se ve zdravotnictví očekává, že kompetentní zaměstnanci, kteří jednájí v souladu s předepsanými směrnici, standardy a protokoly, zajistí bezpečné prostředí a péči pro své pacienty.“ (Škrála, P. 2005. str. 39)*

#### **1.4 Legislativní podpora státu v ošetrovatelské péči o nemocné**

*„Pacient má při poskytování péče právo, aby tato péče byla provedena řádně a aby byly dodrženy určité profesní standardy.“ (Doležal, T., Doležal, A. 2007. str. 16)*

Po stránce právní je ochrana pacienta zajištěna mnoha zákony. Mezi ty hlavní patří:

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu,
- zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví,
- zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích,
- zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech,
- zákon č. 505/1990 Sb., o metrologii,
- zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobu,
- zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech,
- zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, (Doležal, T., Doležal, A. 2007. str. 12)
- zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotnické péče a o změně některých souvisejících zákonů - zkráceně zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

Ochranou pacientů se zabývají i další podzákonní právní předpisy.

Poskytovatel zdravotní péče je vázán při výkonu svého povolání různými právními předpisy a také mimoprávními profesními regulativy. Pokud nedodrží tyto pravidla, byla péče poskytnuta vadně. (Doležal, T., Doležal, A. 2007. str. 36)

V jiné knize se uvádí, že základní povinností každého je počínat si tak, aby nedošlo k poškození zdraví či majetku. Pro zdravotnické pracovníky to znamená, že jejich hlavní povinností je předcházet zhoršení zdravotního stavu pacientů. (Prudil, L. 2006. str. 6)

Samozřejmě i zaměstnavatel má svou důležitou funkci. Jeho povinností je kontrola práce zaměstnanců. Pokud neplní své povinnosti řádně, je třeba, aby zaměstnavatel zakročil a nikoli jen přihlížel. (Prudil, L. 2006. str. 27)

## 2 BEZPEČNOST A OŠETŘOVATELSKÝ PERSONÁL

Zdravotnická zařízení vytvářejí nebezpečné a nestabilní prostředí pro pacienty a zaměstnance.

K zajištění bezpečnější péče patří hlavně seznámení s okolnostmi, při kterých k pochybení dochází. K tomu je však nutné vytvořit „systém hlášení chyb“, který však netrestá, ale umožňuje otevřenou diskusi o problémech. Díky tomu dojde k poučení z předchozích chyb, ale i nabídnutí vhodného řešení všem sestřám.

Hlavními úkoly sester je:

- 1) vytvořit „odolný“ systém péče vůči chybám,
- 2) zaměřit se na rychlou nápravu chyb,
- 3) zaměřit se na prevenci chyb. (Škrla, P. 2005. str. 91-92)

### 2.1 Nejčastější pochybení a omyly zdravotnického personálu

Celkově lze rozdělit pochybení v medicíně na:

- „Chybnou diagnózu a nesprávnou léčbu 40%
- Medikační chyby 28%
- Chyby a omyly během procedur/základů 23%
- Ostatní pochybení 9%“ (Škrla, P. 2005. str. 26)

Pochybení, která měla za následek smrt:

- „Chybnou diagnózu 17%
- Medikační chyby 10%
- Nezabránění poranění 12%
- Technické omyly 44%
- Ostatní pochybení 17%“ (Škrla, P. 2005. str. 26)

Jaké chyby se vyskytují nejčastěji?

- 1) Diagnostická pochybení:
  - chybná či opožděná diagnóza, opožděná reakce na abnormální diagnostický výsledek, opomenutí diagnostického výkonu či operace zdravého orgánu.
- 2) Selhání medicínské techniky.
- 3) Infekce:
  - opomenutí podat pacientovi antibiotika nebo jejich opožděné podání, špatná hygiena rukou, opomenutí včas odstranit katétr aj.
- 4) Nozokomiální infekce.
- 5) Transfuzní omyly:
  - transfuze inkompatibilní krve či krve kontaminované bakteriemi nebo viry.
- 6) Misinterpretace příkazů/výsledků:
  - přehlédnutí či špatný výklad diagnostického výsledku, chybné předání či zapsání telefonické ordinace, chybné interpretace varovného signálu na důležitých přístrojích následkem stresu, nepozornosti, spěchu a nedbalosti.
- 7) Medikační pochybení či omyly:
  - špatný čas podání, opomenutí podat lék, nevhodná dávka léku, neoprávněné podání léku
  - postihují velký počet pacientů
  - Dr. Lesar analyzoval se svým týmem nejčastější chyby jako předávkování, nedostatečné informace, nedostatečná dávka, nevhodná forma léku, alergie na lék, duplikování medikace, nevhodný lék, nevhodný způsob podání a lék předepsaný jinému pacientovi
  - příčinou je nedostatečná znalost báze léku, kalkulační chyby, záměna podobných jmen, komplikované medikační režimy, rostoucí počet nových léků, chybné vstupní vyšetření jako opomenutí alergií, užití nevhodných zkratek, mentální blok a rušivé prostředí.
- 8) Omyly a pochybení při operačních zákrocích. (Škrla, P. 2005. str. 27-30)

Mezi nejčastější pochybení ze strany sester patří například zejména nedostatek vnímavosti k měnícímu se stavu pacienta, nedostatek morální odpovědnosti, nesprávné rozhodování,

nedostatečná intervence, nedostatek preventivních opatření, chyby v ošetrovatelské dokumentaci a samozřejmě především medikační chyby, které jsou početně nejsilnější. (Škrla, P. 2005. str. 34-35)

### 2.1.1 Rozdělení a klasifikace pochybení

Omyly a pochybení lze rozdělit do tří skupin:

- 1) téměř pochybení:
  - bylo mu v poslední chvíli zabráněno vědomě či nevědomě,
- 2) nežádoucí událost bez následků:
  - práce nebyla provedena dle standardů a pravidel, ale při pochybení nedošlo k poškození zdraví pacienta ani k poškození majetku,
- 3) nežádoucí událost s následky:
  - práce nebyla provedena dle standardů a pravidel a došlo k poškození zdraví pacienta či majetku,
  - výsledkem tohoto pochybení je poškození zdraví a majetku, ale i smrt člověka či více lidí.

Následky mohou mít charakter:

- 1) mírný,
- 2) vážný,
- 3) trvalý,
- 4) smrt pacienta.

Petr Škrla ve své knize udává, že počet mimořádných událostí bez následků, které jsou také daleko méně viditelné, je podstatně větší než těch, které mají za následek poškození zdraví či majetku. (Škrla, P. 2005. str. 22-23)

Další dělení pochybení je dle britského psychologa a vědce Jamese Reasona:

- 1) aktivní (lidský faktor):
  - při aktivním zapojení zaměstnance do pracovního procesu,
  - zaměstnancovo rozhodnutí a výkon mohou být chybné, což může mít vliv na pacientovo bezpečí,

- 2) skryté (latentní):
  - manažeři provedou rozhodnutí či úkon, které ovlivní řadu věcí, jako třeba protokol, proceduru či dokonce organizační klima zdravotnického pracoviště,
  - důsledkem může být dopad na plánování, komunikační systémy, stav zdravotnické techniky, nedostatečná výuka, orientace a dohled či přetížení zaměstnanců a tím pádem i špatný vliv na péči o pacienty,
  - dělí se ještě dále na chyby týkající se technických záležitostí a na chyby týkající se organizačních záležitostí.

Výzkumník Rasmussen zase dělí pochybení do těchto kategorií:

- 1) chyby týkající se dovedností:
  - pochybení při výkonu rutinního úkolu,
- 2) chyby týkající se dodržování pravidel/standardů:
  - neprovedení výkonu dle pravidel, standardů či protokolů,
- 3) chyby týkající se znalostí:
  - zaměstnanec není schopen aplikovat nebo správně využít znalosti v nových a nečekaných situacích.

Dělení pochybení dle literatury z UK:

- 1) chyby vzniklé tím, že děláme špatnou věc,
- 2) chyby vzniklé tím, že děláme správnou věc špatně. (Škrála, P. 2005. str. 24-26)

### **2.1.2 Nejčastější pochybení z hlediska nemocničních oddělení**

Některé pochybení na vybraných odděleních:

Chirurgie:

- pády, popáleniny, operace na chybném pacientovi, chirurgický zákrok na nesprávné lokalitě aj.

Interní oddělení:

- post-transfúzní hemolytická reakce, intravenózní infekce, chybné označení vzorku, infekce portu.

Geriatric:

- neurologický deficit vzniklý hospitalizací, nozokomiální infekce, zranění způsobené imobilizací pacienta.

Pediatric:

- chybná medikace, předávkování, nozokomiální infekce. (Škrála, P. 2005. str. 30)

### 2.1.3 Závislost pochybení na věku pacientů

Existují skupiny nemocných, kteří jsou více zranitelnější. Proto musí lékaři i sestry pochopit jejich zvláštní potřeby a rizika těchto pacientů a jednat se zvýšenou opatrností.

#### 1) Strašící pacienti:

U strašících nemocných se vyskytují vady zraku, sluchu, ale i různý stupeň kognitivního deficitu. To je příčinou nepochopení instrukcí a návodů a neefektivní komunikace pak může způsobit pochybení, která mohou mít až tragické následky.

Mezi nejčastější rizika patří medikační omyly a pády.

#### 2) Novorozenci a děti:

Čím mladší dítě, tím jsou následky medikačního pochybení závažnější a tragičtější. Hlavním problémem a nejnebezpečnější je dávkování léku podle váhy.

#### 3) Pacienti s nedokonalou znalostí jazyka.

#### 4) Pacient s delší hospitalizační dobou:

Tito pacienti mají sklon k výskytu mimořádných událostí.

#### 5) Další skupina ohrožených nemocných:

Patří sem pacienti, jejichž verbální dovednosti jsou omezeny vzděláním, vývojem, neurologickými problémy apod. (Škrála, P. 2005. str. 114-115)

### 2.1.4 Příčiny pochybení a omylů zdravotnického personálu

Mezi nejčastější příčiny se řadí hlavně lidský faktor, čili selhání člověka. Patří sem například zlozvyky, vyrušování, spěch, únava, nedostačující dovednosti a znalosti, nezkušenost, přetížení, hněv, úzkost, nuda, strach, alkohol či jiné drogy, onemocnění, nezvyklé situace či problémy, špatná komunikace či komunikační bariéry, náročné interakce s velkým množstvím diagnostické a léčebné techniky, velké množství členů multidisciplinárního léčebného týmu, narůstající akutnost pacientů, nerozhodnost a chyby při materiálních výpočtech a problémy s informovaným souhlasem. (Škrla, P. 2005. str. 31-32)

Určitě existuje ještě spousta dalších faktorů, které vedou k chybné péči o nemocné.

Velkou možností ke vzniku pochybení je například také předávání pacienta ze směny na směnu, na druhé oddělení či do jiného zdravotnického zařízení. Může dojít k nepředání informací, k přerušování péče apod. (Škrla, P. 2005. str. 38)

## 2.2 Povinnosti sestry a ošetřovatelského týmu

V případě, že dojde k mimořádné události, je nutné:

- 1) Poskytnou optimální lékařskou a ošetřovatelskou péči postiženému. Pokud se lékař či sestra na této mimořádné události podíleli, převezme péči do rukou někdo jiný.
- 2) Zajistit a uschovat techniku, materiál či pomůcky, které mohou, nebo se podílí na vzniku mimořádné události.
- 3) Provést zápis o mimořádné události na formulář „Hlášení mimořádné události“. Nahlášení události svému nadřízenému. Ten rozhodne o nahlášení události jiným osobám: ošetřující lékař či primář oddělení, rodina, manažer mimořádných událostí, právní oddělení a jiné instituce, např. policie. (Škrla, P. 2005. str. 61-62)

Povinností sestry a dalších pracovníků je provádět činnosti, které vyplývají z jejich pracovní náplně. Dle směrnice č.10 o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků může sestra podávat pacientům předepsané léky, aplikovat podkožní, kožní a nitrosvalové injekce. Dále jsou zde stanoveny podmínky, kdy sestra může podávat nitrožilní injekce a infúze.



Naopak sestra není oprávněná léky sama ordinovat či podávat mimo ordinaci lékaře, vyjma život zachraňujících výkonů. Dále nesmí měnit dávky, čas a způsob podání léku. V případě, že je záznam od lékaře nečitelný či nekompletní, tedy není uveden například způsob podání či síla léku, nesmí podat lék dříve, než lékař ordinaci vysvětlí a dopíše. Sestra má samozřejmě nárok na to, aby lékaři psali čitelně!

Dalším a velmi častým problémem je ordinace léků po telefonu. Lékař by totiž neměl ordinovat terapii, aniž by pacienta viděl, takže sestra by neměla podávat léky naordinované přes telefon. Samozřejmě mohou nastat situace, kdy se takové podání medikace nevyklučuje. Např. když lékař není poblíž v důsledku operace či poskytování jiné urgentní péče. V tomto případě sestra musí napsat do dokumentace datum, čas a informace, které lékaři po telefonu sdělila a samozřejmě to, co sám lékař naordinoval. Nakonec musí lékař tento záznam odsouhlasit svým podpisem. Je vhodné, aby při tomto počínání měla sestra svědka v případě, že by došlo k nějakým problémům. (Vondráček, L., Ludvík, M. 2004. str. 50-51)

### 2.3 Právní ochrana a hlášení mimořádných událostí

Právní ochrana viz. kapitola Legislativní podpora státu v ošetrovatelské péči o nemocné.

Hlášení mimořádných událostí, jejich efektivní šetření a vyhodnocení je podmínkou k zajištění bezpečné péče a také samozřejmě bezpečného prostředí pro nemocné. Management mimořádných událostí je součástí již zmiňovaného managementu rizik. (Škrla, P. 2005. str. 58)

*„V moderním zdravotnictví představuje hlášení mimořádných událostí důležitý výukový prvek, důležitou zpětnou vazbu sloužící k nápravným opatřením v systému, který mimořádnou událost umožnil.“* (Škrla, P. 2005. str. 59)

Jak můžeme definovat mimořádnou událost? *„Je to událost, během které došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta, nebo procedury, kdy lékařská nebo ošetrovatelská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů. Následkem odchylky od standardizované péče došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku.“* (Škrla, P. 2005. str. 59)

Při vyplňování formuláře je nutné sdělovat objektivní fakta, neuvádět spekulace či úvahy a nesvalovat vinu na někoho jiného. Cílem je získat zpětnou vazbu pro studium a vyhodnocování kvality a bezpečnosti péče.

Formulář mimořádné události obsahuje tyto údaje: identifikaci poškozeného, charakter události, rozsah a charakter poškození, popis události, záznam o poskytnutí první pomoci, návrh nápravných opatření, závěr šetření, připomínky.

Tento formulář není součástí chorobopisu pacienta, ale je uložen u vrchní sestry či manažerky mimořádných událostí. V chorobopise nemocného je však proveden záznam o mimořádné události, ve kterém je napsáno k čemu došlo, reakce pacienta na poskytnutou péči, opatření k nápravě incidentu a konverzace s rodinou a pacientem. (Škrla, P. 2005. str. 62-63)

### 2.3.1 Dělení mimořádných událostí

Mimořádné události můžeme rozdělit na dva základní tábory:

- 1) Mimořádná událost, která neohrožuje život pacientů, návštěv, zaměstnanců, neslučuje se s rutinní praxí a předpisy zdravotnického zařízení.  
Důsledkem této události pak je zranění, poškození majetku či ohrožení pověsti zařízení. Zapříčiněna může být ale také nemocným či jinou osobou.
- 2) Závažná mimořádná událost, která ohrožuje život pacienta, návštěvníka, zaměstnance, neslučuje se s rutinní praxí a s předpisy zdravotnického zařízení.  
Důsledkem této události je vážná újma na zdraví, ale bohužel i smrt osoby a bývá spojena se soudním řízením.

Mimořádné události dále zahrnují: pochybení ve strategii léčby, medikační chyby, pády, poranění při požáru, neopatrné a nebezpečné chování zaměstnanců i pacientů, selhání přístrojů, ztráty a poškození nemocničního a pacientova majetku apod.

Závažnost mimořádných událostí dle následků:

- 1) naprosto žádné následky (pád bez bolesti a dalšího poškození),
- 2) zdánlivě žádné následky (pád s úderem do hlavy),

- 3) nežádoucí klinický nálezn, který vyžaduje léčbu, jež je účinná (pád se vznikem zlomeniny),
- 4) ireverzibilní komplikace, smrt. (Škrla, P. 2005. str. 59-60)

## **2.4 Rizika a zajištění bezpečí nemocného z pohledu ošetrovatelského personálu**

V roce 2005 zahájilo Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) průzkum u sester studujících specializační studium zaměřené na klinickou onkologii, který byl zaměřen na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. Dotazníkem byly zjišťovány například výkony prováděné sestrami bez potřebné kvalifikace. Mezi nejčastější výkony patřilo plnění telefonických ordinací a také podání transfuzních přípravků. Sestry uváděly, že je k tomu vedla žádost lékaře, nadřízeného nebo pouze udržovaly tradici oddělení. Že na žádost lékaře provedli výkon, kladně reagovalo 92 % sester, i když věděly, že k tomu nejsou kompetentní. Toto počínání vysvětlily tím, že lékař nemohl přijít na oddělení nebo bylo třeba rychle zasáhnout a poskytnout pomoc pacientovi.

Výzkumem byl zjišťován i názor sester na sdělení nechtěně vzniklých událostí pacientovi hned po jejich vzniku. 90 % sester udávalo, že by se pacienti měli o pochybení dozvědět. Jako důvod uvedly, že nemocný má právo o této události vědět, neboť se týká jeho samotného. Touto cestou lze zároveň sdělit i preventivní opatření, jež by mohla snížit výskyt případných komplikací spojených právě s onou nechtěnou situací. Pisatelky článku zastávají názor, že informovanost pacientů o vzniklých chybách může také pomoci k jejich předcházení a sestry se stanou v očích nemocných důvěryhodnějšími. (Havelková, H., Mikulková, J. 2008, str. 18-19)

V jiném dotazníkovém šetření se autorky článku „Management rizik ošetrovatelské péče v českých nemocnicích“ zaměřovali na zmapování procesu identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci či řízení ošetrovatelských bezpečnostních rizik. 100 % ze 110 dotazovaných sester souhlasilo s myšlenkou poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. Na otázku, zda se vedoucí pracovníci vyhýbají tématu pochybení, vysoké procento sester, a to 65,45 % odpovědělo, že ne. Nejčastěji sestry udávaly, že na vznik chyb má vliv především lidský faktor a systémový faktor společně. Další otázka se týkala systému hlášení pochybení a mimořádných událostí. Existenci tohoto hlášení udává 98,2 % dotazovaných.

Povinnost hlásit tyto události má každý pracovník (87,3 %) nebo jen vedoucí pracovník (10,9 %). Mezi nejčastěji sledované a hlášené mimořádné události se řadí nozokomiální infekce, dekubity a pády. K dalším situacím patří konflikt/ agrese/ autoagrese, medikační chyby, poškození zdraví, smrt, poškození či ztráta majetku, selhání zdravotnické techniky, svévolné opuštění oddělení či zařízení, pochybení u výkonu, selhání podpůrných technologií a potíže s identifikací nemocného. Zapojení klientů do prevence pochybení udává jen polovina dotazovaných zařízení. Jako způsob využívají edukace pacientů, informovaný souhlas, seznámení s domácím a provozním řádem, identifikační náramky, plnou informovanost a zapojení prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Autorky článku navrhují vytvoření speciálních ošetrovatelských diagnóz, které by se staly součástí ošetrovatelského procesu. (Hanzlová, E., Brabcová, I. 2008. str. 30-31)

Existují celkem dva pohledy na pochybení. Ten první je individuální pohled, který přiřazuje odpovědnost za způsobenou chybu jednomu člověku. Příčinou je například zapomnětlivost, nepozornost, zbrkllost apod. Druhý pohled je zase systémový a vnímá činnost zdravotníků jako propojené a vzájemně závislé procesy, jejichž cílem je dosažení specifického cíle. V tomto případě pochybení vzniká následkem problémů v procesech či systémech, ve kterých či se kterými lidé pracují.

K rozvíjení bezpečné péče v tomto pohledu pomáhají tři principy:

- 1) návrh systému, který zabrání chybám, popřípadě zhorší podmínky pro jejich vznik,
- 2) návrh procedur pro zviditelnění chyb,
- 3) návrh opatření, jež zmírní důsledky pochybení. (Škrla, P. 2005. str. 52-54)

### 2.4.1 Vzorec pro výpočet míry rizika

$$„ R = P_{vn} \times P_{ov}$$

V tomto vzorci je

- *R* Míra rizika (index rizika)
- *P<sub>vn</sub>* Pravděpodobnost vážných následků pro pacienta
- *P<sub>ov</sub>* Pravděpodobnost opakovaného výskytu
- Škála Pro „*P<sub>vn</sub>*“ a „*P<sub>ov</sub>*“ určete jeden z uvedených šesti stupňů (1-velice nízký, 2-nízký, 3-střední, 4-vysoký, 5-velmi vysoký, 6-extrémně vysoký)
- Výpočet Vynásobíme hodnoty *P<sub>vn</sub>* a *P<sub>ov</sub>*“ (Škrla, P. 2005. str. 23-24)

Díky výpočtu míry rizika můžeme rozpoznat a prošetřit mimořádné události vyžadující naši prioritní pozornost.

### 3 PREVENCE RIZIK A ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ POCHYBENÍ

Obecně je známo, že mnohem lepší je prevence pochybení a mimořádných událostí, než metody a sebelepší a nejrychlejší reakce na již vzniklý problém. (Škrla, P. 2005. str. 54)

Navíc je prevence rizik i nezbytnou součástí při zajišťování kvality a ekonomičnosti péče.

( Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L. 1999. str. 68)

Existuje celá řada možností, jak řešit prevenci problémů. Patří sem např.:

- akreditace zdravotnických zařízení,
- certifikáty, čili pověření poskytovatelů péče,
- recertifikace ve stanovených lhůtách,
- směrnice k jednání s pacienty,
- klinické připomínací systémy,
- formalizované činnosti k zajišťování kvality péče,
- kontrola infekcí a nozokomiálních nákaz. ( Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L. 1999. str. 69)

#### 3.1 Nejčastější rizika vyplývající z chodu ošetrovací jednotky

Zdravotnické prostředí je velmi rizikové pro vznik infekčních chorob. Proto je velmi důležitá a nutná prevence další nákazy, která je i určující pro další průběh léčby. Hygienické požadavky zdravotnického zařízení upravuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. Každé zařízení musí činit hygienická a protiepidemická opatření sloužící k předcházení vzniku a šíření nozokomiálních nákaz. Tyto nákazy vznikají v souvislosti s pobytem osoby ve zdravotnickém zařízení či s výkony prováděnými ve zdravotnických zařízeních či v ústavech sociální péče v příslušné inkubační době. Mezi hlavní opatření k předcházení těchto nákaz patří stanovení hygienických opatření v provozním řádu zdravotnického zařízení. (Doležal, T., Doležal, A. 2007. str. 89)

### 3.2 Řešení problémů pochybení

Patří sem strategie, jež vychází z již existujících a vzniklých omylů, pochybení, ale i mimořádných událostí. Patří sem:

1) Management mimořádných událostí:

Managementem mimořádných událostí jsme se zabývali již výše v kapitole 2.3 Právní ochrana a hlášení mimořádných událostí.

2) Root Cause Analysis:

Je vyhledávání skutečných příčin pochybení. Provádí se tam, kde již k pochybení došlo.

Má celkem pět fází: sběr dat, vyhodnocení, zvolení nápravného opatření, implementace nápravného opatření do praxe a kontrolní opatření a zpětná vazba.

3) Peer review- auditů zdravotnické dokumentace:

Tato strategie se zabývá především způsobem a kvalitou vedení zdravotnické dokumentace. Je to metoda auditů prováděná kolegy, lékaři i sestrami, kdy si navzájem kontrolují dokumentaci. Z ní by měli snadno vyčíst potřebné údaje týkající se toho, proč byl pacient přijat do nemocnice, co se zjistilo, jaký byl plán péče, co bylo pro nemocného provedeno a jak na to nemocný reagoval. Hodnotí se ale i čitelnost, korektnost a kompletnost dokumentace.

4) Hlášení „téměř pochybení“:

Cílem je poučit se z chyb, které se již v minulosti staly, nebo z chyb, kterým bylo včas zabráněno. Dalším smyslem je provedení opatření a změn, které umožní podobným situacím předcházet. (Škrla, P. 2005. str. 58-75)

Petr Škrla ve své knize Především neublížit uvádí možnost provedení anonymních zápisů, prostřednictvím nichž by se omyly a pochybení evidovaly.

### 3.3 Podílení se pacienta na bezpečné péči

Přesun z paternalistického přístupu k nemocnému na partnerský přístup umožnil změnu v myšlení a jednání k nemocnému a to tak, že pacient je nyní chápán jako partner léčebné a ošetrovatelské péče. To samozřejmě přináší i výhodu pro snížení rizika pochybení. Proto je nutné pacientovi poskytnout potřebné informace a nástroje a samozřejmě i zapojení pa-

cientovy rodiny. Obecně platí, že informovaný pacient může lépe dodržet léčebný režim během rekonvalescence a má velký význam pro snížení pochybení zdravotního personálu.

Jak může nemocný přispět k bezpečné péči?

- Připomenutí zdravotníkům, aby si ověřili totožnost,
- přesvědčí se, že sestry ví, co nařídil lékař,
- žádá o vysvětlení důvodu zákroku, léčby, procedury,
- přesvědčí se, že všichni odborný personál ví, co se děje,
- upozorní pracovníky na neobvyklosti, nepravidelnosti i neočekávané situace,
- pohlídá si správnost svých léků.

Někteří pacienti se aktivně zapojují jako partneři a pomáhají zdravotnickému personálu dle svých možností. Další skupina pacientů je ale spíše pasivní, neboť si myslí, že se jim nemůže nic stát a nebudou se plést personálu zdravotnického zařízení do práce. Poslední skupina nemocných zase čeká na vyzvání zdravotníků, aby se zapojili do prevence pochybení a omylů. (Škrla, P. 2005. str. 96-98)

### 3.4 Praktické rady k prevenci pochybení

#### Únava

Je jedním z důležitých prvků pro vznik omylů a pochybení. Příčinou je narušení cirkadiánního rytmu, střídající se služby či dlouhé přesčasové hodiny. To vše má za následek snížení mentálních a kognitivních funkcí, narušení nálady i motorických funkcí.

Rady:

- zvýšení intenzity osvětlení během noční směny,
- spánek během dne v zatemnělé místnosti,
- poskytnutí dostatečného volna po nočních směnách,
- informovanost personálu o hygieně spánku: nepožívat kofein a alkohol před spaním, vytvoření vhodného prostředí pro spánek,
- „terapeutické zdímnutí“ před nástupem do služby,
- „podpůrné zdímnutí“ během pracovní doby.



### **Informovaný souhlas a edukační materiály**

Hrají významnou roli v prevenci omylů a pochybení. Informovaný souhlas je založen na tom, že pacient má právo se rozhodovat, co se bude dít s jeho tělem. Bohužel se ale potvrzuje, že většinou pacienti neměli možnost si tento dokument před podepsáním řádně přečíst a nebo mu pro výskyt odborných výrazů dostatečně nerozuměli. Většinou jsou nejrizikovější skupinou senioři, kteří mají problém i s nápisy na krabičkách od léků, s edukačním materiálem apod.

Rady:

- text by měl obsahovat jednoduché věty a pochopitelný slovník,
- sestra či lékař se přesvědčí, že nemocný textu porozuměl,
- požádat pacienta, aby zpětně vlastními slovy převyprávěl obsah textu,
- využití vizuálních materiálů pro větší pochopení (model srdce, obrázky, video apod.).  
(Škrla, P. 2005. str. 99-102)

### **Prevence medikačních pochybení**

Ordinace po telefonu z běžné praxe tak snadno vymýtit nepůjde. Je však ale možné provést zápis hlášení o mimořádné události i s uvedením, z jakého důvodu nedošlo k dodržení standardu příslušného oddělení. Čili po telefonické ordinaci se provede zápis mimořádné události do příslušné dokumentace. (Havelková, H., Mikulková, J. 2008, str. 18-19)

Rady:

- snížení počtu slovních a telefonických ordinací,
- hlášení co nejvyššího počtu mimořádných událostí a „téměř“ pochybení,
- hlubší a častější participace pracovníků nemocniční lékárny,
- účinnější varování na rizikových medikacích (insulín, KCl, narkotika),
- dodržování standardizace ordinace, přípravy a administrace rizikových léků,
- kontrola dávky rizikových léků dvěma sestrami,
- zajištění omezeného přístupu k rizikovým lékům,
- kontrola účinku léků ve spolupráci s pacientem,
- kontrola laboratorních výsledků,
- standardizace používaných zkratk,
- využití čárového kódu ,

- využití počítačového systému, který dokáže varovat před lékovou interakcí a předávkováním, (Škrla, P. 2005. str. 106-114)
- bezpečnostní kroužek na zápěstí nemocného k prevenci záměny pacienta.

#### **Prevence chirurgického zákroku na zdravém orgánu:**

- označení operačního pole před zákrokem ve spolupráci s nemocným,
- ověření totožnosti nemocného, operační lokality všemi členy operačního týmu,
- využití chorobopisu a dalších dokumentů pro lepší kontrolu,
- monitoring dodržování těchto opatření.

#### **Prevence nozokomiálních infekcí**

Tyto infekce způsobují vysoký počet úmrtí pacientů, způsobují poškození zdraví a obrovské finanční ztráty. Existují celkem dvě skupiny mikroorganismů, které se vyskytují na kůži. Jsou to rezidentní flóra a tranzitní flóra, která je snadno odstranitelná mytím rukou, a která způsobuje řadu přenosných infekcí.

Rady:

- hygienické mytí rukou s použitím antiseptického prostředku a dezinfekce rukou,
- edukace zaměstnanců i pacientů,
- motivace zaměstnanců,
- podpora osobní zodpovědnosti,
- prevence pracovního přetížení,
- podpora péče o kůži zaměstnanců,
- snadný přístup k hygienickým pomůckám (na pokoji, na vozíku apod.),
- použití přípravku s roztokem na alkoholové bázi,
- použití výstražných nápisů na strategická místa,
- sankce/odměny, (Škrla, P. 2005. str. 106-114)
- používání vhodných ochranných pomůcek jako rukavice, plášť či zástěra, ústenka.

#### **Riziko pádů a pochybení zdravotníků**

Pády patří mezi mimořádné události. Bývají zaviněny nedostatečnou supervizí, špatným zhodnocením rizika pádu či nesprávnou diagnózou. Mezi rizikové faktory můžeme zařadit

například věk nad 65 let, poruchy hybnosti a chůze, závratě, poruchy zraku a sluchu, používání pomůcek při chůzi (berle, hole apod.), slabost a únava, dezorientace, medikace aj.

### **Použití medikační karty pro pacienty**

Léky mohou nemocným pomoci, ale v případě, kdy jsou nesprávně použity, mohou nemocnému uškodit. Do medikační karty se zapíše všechny léky, které pacient užívá, jejich dávky, indikace a změny v terapii. Zápis může provést pacient, rodinný příslušník, ale i lékař či zdravotní sestra.

Je vhodné také vytvořit informační leták pro pacienta, kde budou důležité informace ohledně léku. K těmto informacím patří: název léku, důvod užívání léku, způsob užívání léku, délka užívání léku, vedlejší účinky, omezení alkoholu, uchovávání léku, jak nemocný pozná, že lék má žádaný účinek, co provést v případě, že nemocný zapomene lék užít a pokud lék bere žena, pak užívání léku v průběhu těhotenství a laktace. (Škrla, P. 2005. str. 106-114)

### **Varovné signály nebezpečné medicínské techniky**

V moderním zdravotnictví se využívá celá řada odborné přístrojové techniky. S tím stoupá i počet pochybení, které mohou vzniknout ze strany techniky, ale i zdravotníků. Je také nesmírně důležité provádět u těchto přístrojů pravidelnou kontrolu. (Škrla, P. 2005. str. 115)

Petr Škrla také navrhuje rozdat zaměstnancům leták s užitečnými radami. Ten samý leták se též může vyvěsit na oddělení. Zaměstnanci zde najdou informace, které jim pomůžou zajistit větší bezpečnost na oddělení. Patří sem například:

- zaměstnanec se nebojí říci, že něčemu nerozumí,
- poskytnutí více času na seznámení s novými pomůckami, technikou a terminologií,
- stanovení si jasných mantinelů,
- v případě pochyb či neshody požádat o pomoc,
- nebrat změny na oddělení na lehkou váhu,
- informovanost klientů o skutečném stavu zajišťování bezpečné péče na oddělení apod.

### Vytvoření informačního letáčku pro pacienty

Tento leták nabádá pacienty, aby:

- informovali zdravotníky o všech lécích, které nyní berou,
- informovali zdravotníky o všech alergiích a reakcích, které po požití léku vznikly,
- se přesvědčili, že přečtou názvy léků, které jim lékař předepsal,
- požádali lékaře o informace o lécích, které jim předepsal,
- pozorně si prohlédli léky, které jim byly podány a zeptali se na jejich názvy a v případě, že si nejsou jistí, to oznámili sestře či lékaři,
- oznámili, že jim nebyl podán lék, který normálně užívají,
- požádali lékaře či sestru, aby si před výkonem umyli ruce,
- vyžádali si informace o plánované léčbě, vyšetřeních a sledovali, zda je časový plán dodržován,
- žádali informace o plánovaném zákroku, o jeho rizicích a alternativách,
- vyžádali si informovaný souhlas,
- označili vlastní rukou v přítomnosti zdravotníků část těla či končetinu,
- oznámili, že chtějí být aktivním partnerem v celém léčebném procesu. (Škrla, P. 2005. str. 118-119)

### Bezpečné prostředí:

- dobře umístěná pracovna sester, uzamykatelné skříňky nábytku,
- postranice, jež jsou přímou součástí lůžka,
- dostatek pomůcek jako hrazda, antidekubitární matrace apod. (Karbusová, S., Vašáková, L. 2009. str. 52-53)

### Prevence nebezpečných situací (napadení pacientů):

- důkladný sběr anamnestických údajů rozhovorem, pozorováním,
- vhodné umístění nemocného na oddělení, blízko místnosti sester a k pacientům, kteří dají ihned vědět, kdyby se něco stalo nebo uložení nemocného na samostatný pokoj pod přísnou kontrolou zdravotnickým personálem,
- odstranění věcí, které by mohly zvýšit agresivitu a které by mohly sloužit jako zbraň,
- pečlivá kontrola nemocných při noční službě. (Rapčíková, T. 2008. str. 24)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGICKÝ ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem jako hlavní metodu kvalitativního šetření zvolila pozorovací záznam. Pozorování jsem prováděla v jedné nemocnici na interním, chirurgickém a dětském oddělení, kde jsem zároveň byla na odborné praxi.

Na každém oddělení jsem pozorovala po dva dny postupy při různých úkonech. Každou položku v pozorovacím záznamu jsem sledovala třikrát. Sledovala jsem i výskyt mimořádných událostí během dne po dobu mého pozorování. Pozorovací průzkum jsem prováděla vždy na denní směně po celý den, čili od šesté hodiny ranní do osmnácté hodiny večerní. Sestry, které prováděly výkony jsem si vybírala zcela náhodně, v různou denní dobu.

Zároveň jsem sestřám příslušných oddělení rozdala předem vytvořené dotazníky, jež měly obdobnou strukturu a obsah jako pozorovací záznam. Sestry ale nechtěly s vyplňováním dotazníků příliš spolupracovat. Myslím si, že důvodem jejich neochoty je pracovní vytíženost, ale také zejména zahlcení dotazníky od dalších studentek. I samotné téma šetření však budilo u sester podezření a nechut' se do šetření zapojit.

Pozorovací záznam a dotazník jsou k ukázce v příloze P I a P II na konci mé práce.

### 4.1 Cíle teoretické části

**Cíl č. 1:** Seznámit s problematikou mapování, řízení a snižování rizik v nemocničních zařízeních.

**Cíl č. 2:** Vysvětlit funkci a kompetence manažera rizik v nemocničních zařízeních.

**Cíl č. 3:** Popsat legislativní podporu státu pro ochranu pacienta.

### 4.2 Cíle pro praktickou část

**Cíl č. 4:** Zjistit, jaká je informovanost pacientů o prevenci rizik.

**Cíl č. 5:** Provést analýzu nejčastějších rizik v ošetrovatelské péči na vybraných ošetrovacích jednotkách.

**Cíl č. 6:** Popsat nejčastější chyby při provádění ošetrovatelské péče na vybraných ošetrovacích jednotkách.

**Cíl č. 7:** Provést šetření o dodržování a podceňování pracovních předpisů pro zajištění bezpečí - bezpečnosti nemocných.

### 4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Jak už bylo výše uvedeno, pro svoje průzkumné šetření jsem si vybrala interní, chirurgické a dětské oddělení. Jak pozorovací záznam, tak dotazník byl zaměřen na sestřičky právě z těchto oddělení. Dotazník tedy vyplňovaly sestry ze stejného oddělení, kde jsem prováděla i pozorování.

Informace o respondentech, kteří vyplňovali dotazník, jsem získala prostřednictvím uzavřených otázek v úvodu dotazníku, ve kterých jsem zjišťovala pohlaví, věk, dobu, po kterou již sestra pracovala na oddělení a nejvyšší dosažené vzdělání. Na dotazníky mi odpovědělo celkem 15 sester ze všech tří oddělení dohromady.

Všichni respondenti byly ženy (100 %).

Nejčastější věk byl od 21 do 30 let (40 %), druhý nejčastější věk uvedený v dotazníku byl 31-40 let (33 %). Méně zastoupená věková skupina byla do 20 let (13 %) a úplně nejméně respondentů udalo věk 41-50 let (7 %) a nad 50 let (7 %).

Jako dvě nejčastější doby působení na oddělení udávaly sestry 2-5 let (33 %) a méně než dva roky (27 %). 5-10 let pracovalo na oddělení 20 % respondentů, více než 15 let 13 % respondentů a 10-15 let pracovalo pouze 7 % dotazovaných sester.

Jako nejvyšší dosažené vzdělání většina uvedla střední zdravotnickou školu, a to 73 % dotazovaných. Tři respondentky uvedly vyšší odbornou školu zdravotnickou (20 %). Ukončené magisterské vzdělání měla pouze jedna sestra (7 %). Bakalářské studium a jiné studium neudala žádná sestra (0 %).

Pro větší přehlednost jsem zaznamenala tyto údaje do tabulky č.1.

**Tabulka č. 1 Identifikační a demografické údaje o šetřeném vzorku**

<b>Pohlaví</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
muži	0	0,00 %
ženy	15	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Věk</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
do 20 let	2	13,33 %
21-30 let	6	40,00 %
31-40 let	5	33,33 %
41-50 let	1	6,67 %
nad 50 let	1	6,67 %
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Doba, po kterou již sestra pracuje na oddělení</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
méně než 2 roky	4	26,67 %
2-5 let	5	33,33 %
5-10 let	3	20,00 %
10-15 let	1	6,67 %
více než 15 let	2	13,33 %
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
střední zdravotnická škola	11	73,33 %
vyšší odborná škola zdravotnická	3	20,00 %
bakalářské	0	0,00 %
magisterské	1	6,67 %
jiné	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

#### 4.4 Metody práce

Hlavní metodou šetření bylo strukturované pozorování.

Pozorování patří mezi kvalitativní metodu empirického výzkumu a mezi metodu získávání nových údajů. Tento způsob vědecké práce je založen na sledování činností lidí či jejich vlastností, registraci nebo popisu pozorovaných jevů a jejich zhodnocení. (Farkašová, D., et al. 2002. str. 41-42)

Výsledky z pozorování jsem zapisovala do již předem připravených pozorovacích záznamů rozdělených celkem do šesti kategorií. Na každý pozorovací den jeden, celkem tedy šest záznamů. Konkrétně jsem sledovala činnosti sester, ale také třeba pomůcky na skladě



a na oddělení, které se používaly k prevenci dekubitů a k zajištění bezpečnosti. Z toho vyplývá, že objektem mého pozorování nebyly jen osoby, ale i předměty a dokonce i prostředí. Dle Farkašové lze pozorovat i verbální komunikaci. Například jak sestry edukují pacienty, jak jim poskytují informace či naopak verbální projevy a požadavky nemocných. (Farkašová, D., et al. 2002. str. 42-43)

Já jsem tuto položku ve svém pozorovacím záznamu také využila, a to pro zjištění informovanosti nemocných ohledně užívání vlastních léků v nemocnici a pro zjištění úrovně vědomostí pacientů o vlastním bezpečí. V záznamu je to položka číslo pět.

Aby se mi pracovalo se záznamem dobře a rychle, zpracovala jsem ho tak, abych mohla jednotlivé možnosti přímo zakroužkovat dle toho, co jsem právě zpozorovala. Někde jsem nechala i místo pro připsání bližšího vysvětlení a upřesnění věci. Mohla jsem zakroužkovat buď ano či ne a někde jsem dala možnosti typu dostačující, méně dostačující a nedostačující. Dostačující znamená, že sestry dodržovaly všechny či téměř všechny zásady (čili více jak polovinu). Méně dostačující znamená, že sestry dodržovaly polovinu zásad péče a nedostačující znamená, že sestry dodržovaly méně než polovinu zásad. Činnost sester jsem posuzovala dle standardů daného zařízení. Standardy jsem do literatury ani do přílohy nevedla, neboť by bylo zřejmé, v které nemocnici jsem výzkumné šetření prováděla a byla by porušena anonymita. Ukázku pozorovacího záznamu najdete v příloze P I.

Další metodou práce byl anonymní dotazník, jehož ukázku naleznete v příloze P II.

Dotazník patří mezi kvantitativní metody empirického šetření. Získávání odpovědí probíhá pomocí subjektivních výpovědí respondentů. (Farkašová, D., et al. 2002. str. 45)

Dotazník obsahoval celkem 19 otázek. Z toho 4 otázky zjišťovaly identifikační údaje respondentů. Kromě dvou zavřených položek, kde si mohly sestry vybrat jednu odpověď, obsahoval především položky otevřené. V tomto případě nezapočítávám identifikační údaje o šetřeném vzorku, kde byly pouze uzavřené položky. Proto se mi dotazníky docela obtížně vyhodnocovaly, i když se mi zpátky dostala pouze jejich polovina. Úvod dotazníků seznamoval sestry s jeho účelem a návodem k vyplnění.

Důvodem, proč se sestrám do vyplňování dotazníků nechtělo, byla převaha otevřených otázek nad uzavřenými, kde se sestry musely rozepisovat a neměly na očích možné odpovědi, které by jim usnadnily rozhodnout se pro správnou odpověď. Kdybych zvolila spíše uzavřené otázky, ve kterých by si sestry pouze vybíraly správné odpovědi, byla bych ochu-

zena o některé zajímavé informace a nezjistila bych, co si která sestra pod danou otázkou představuje. U uzavřených otázek by se odpovědi sestřím logicky nabízely, takže by výsledky sice dopadly zřejmě dobře, ale nebyly by moc objektivní.

#### 4.5 Organizace šetření

Nejprve jsem požádala v listopadu 2009 o svolení k šetření hlavní sestru nemocnice. Po té jsem požádala a domluvila se i s vrchními a staničními sestrami daných oddělení. Sestry věděly, že budu provádět pozorování, i co budu sledovat, jen nevěděly datum. Termín pozorování jsem zvolila náhodný. Šetření jsem prováděla na denních směnách, čili od 6:00 do 18:00. Sestry, které jsem pozorovala u výkonů, jsem též vybírala náhodně. Spíše dle příležitosti a možnosti sledovat jednu tutéž sestru u jednotlivých výkonů.

Napřed jsem provedla pilotní studii v listopadu 2009 na denní směně, čili od 6:00 do 18:00, abych našla chyby v pozorovacím záznamu, popřípadě ještě něco doplnila či rozvedla do detailů. Až po upravení záznamu jsem přistoupila k samotnému šetření. To začalo 19. listopadu 2009 a skončilo 22. prosince 2009. Na každém oddělení jsem prováděla pozorování po dva dny. Na oddělení interním (označeno A) od 19. listopadu a 20. listopadu 2009, na oddělení chirurgie (označeno B) 7. prosince 2009 a 9. prosince a na oddělení dětském (označeno C) 21. prosince a 22. prosince 2009. Každý výkon jsem sledovala třikrát, takže každý výkon jsem na daném oddělení zhodnotila šestkrát. Celkově na všech třech odděleních pak osmnáctkrát. Některé výkony jsem hodnotila pravidelně v ráno, poledne a večer, jiné zase dle příležitostí, kdy se mi naskytlo sestru pozorovat.

Na těchto třech odděleních jsem rozdala po schválení i 30 dotazníků pro sestry. Tedy deset dotazníků na každé oddělení. Bohužel se mi vrátila jen polovina, protože sestry nechtěly moc spolupracovat. Výjimku tvořilo interní oddělení, ze kterého se mi vrátila více jak polovina dotazníků. Ty jsem rozdala 7.1. 2010 a 15.1. 2010 je zase vysbírala. Nechtěla jsem je nechávat dlouho na oddělení, protože mi bylo vrchními sestrami doporučeno, že by se na ně úplně zapomnělo. Navíc dlouhá doba, po kterou by ležely na oddělení by přispěla spíše k jejich ztrátě. Dotazníků jsem měla jen malé množství, tedy třicet, protože jsem je chtěla rozdat pouze na odděleních, kde jsem prováděla pozorovací záznam.

Pozorovací záznam jsem neprováděla na více odděleních z časových důvodů. Na každém oddělení jsem byla na praxi po dobu dvou až tří týdnů, abych se dokázala začlenit do provozu oddělení a abych se tam i lépe orientovala.

Musím říci, že provést pozorovací záznam bylo velmi náročné, neboť kromě konání své vlastní praxe jsem musela zároveň i nenápadně sledovat sestry, takže jsem musela být neustále ve střehu a aktivně sestry, které prováděly jednotlivé výkony, vyhledávat. Celé pozorování muselo být nenápadné, aby nedošlo ke zkreslení skutečnosti a výsledky byly objektivní.

#### **4.6 Zpracování získaných dat**

Získaná data jsem zpracovala na počítači. Nejprve jsem začala s dotazníky. Všechny odpovědi ze všech tří oddělení jsem sepsala dohromady. Podobné či stejné odpovědi jsem sečetla. Nakonec jsem dala výsledky do tabulek. Ke každé tabulce jsem vytvořila i graf.

Pozorovací záznamy jsem již však vyhodnocovala za každé oddělení zvlášť. Jednotlivé výsledky jsem pak dala do tabulek a ke každé položce v tabulkách udělala graf. Jelikož mám pozorovací záznam rozdělen celkem do šesti oddílů, tak jsem pro každý jednotlivý oddíl udělala i zvlášť tabulku. Tabulky a grafy jsem vytvořila v programu Microsoft Office Excel 2003.

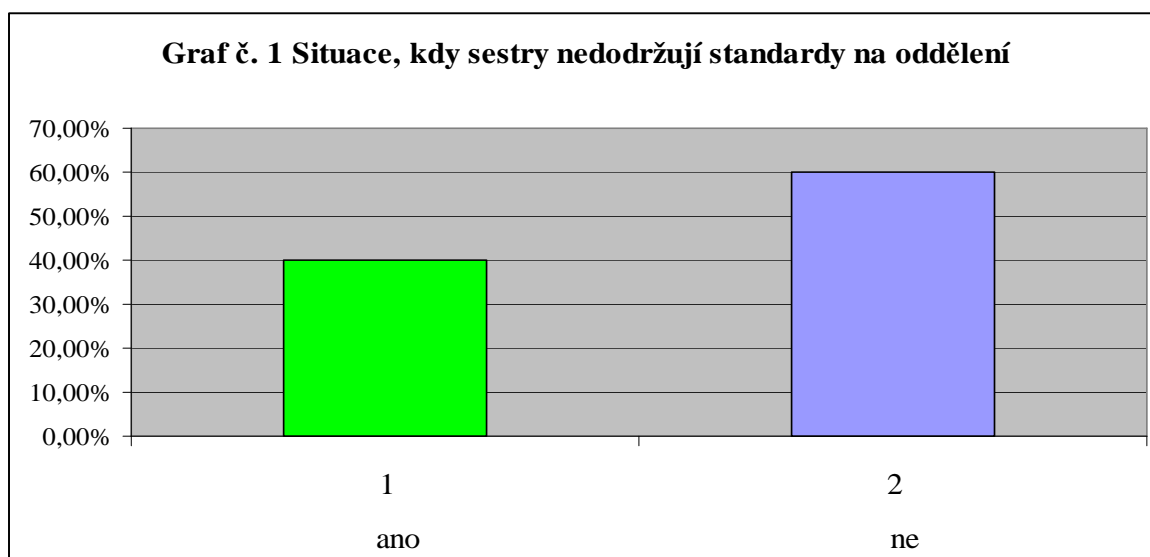
## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 5.1 Výsledky šetření získané zhodnocením dotazníků

Tabulka č. 2 Situace, kdy sestry nedodržují standardy na oddělení

Situace, kdy sestry nedodržují standardy na oddělení	*n	%
ano	6	40,00 %
ne	9	60,00 %
<b>Celkem</b>	15	100,00 %

\*n = počet odpovědí



#### Komentář k tabulce a grafu

Na otázku, zda jsou situace, kdy sestry **nedodržují** standardy na oddělení, odpovědělo šest z patnácti, že ano (40 %). Zbýlých devět sester odpovědělo, že nejsou situace, které by způsobily nedodržení standardů (60 %).

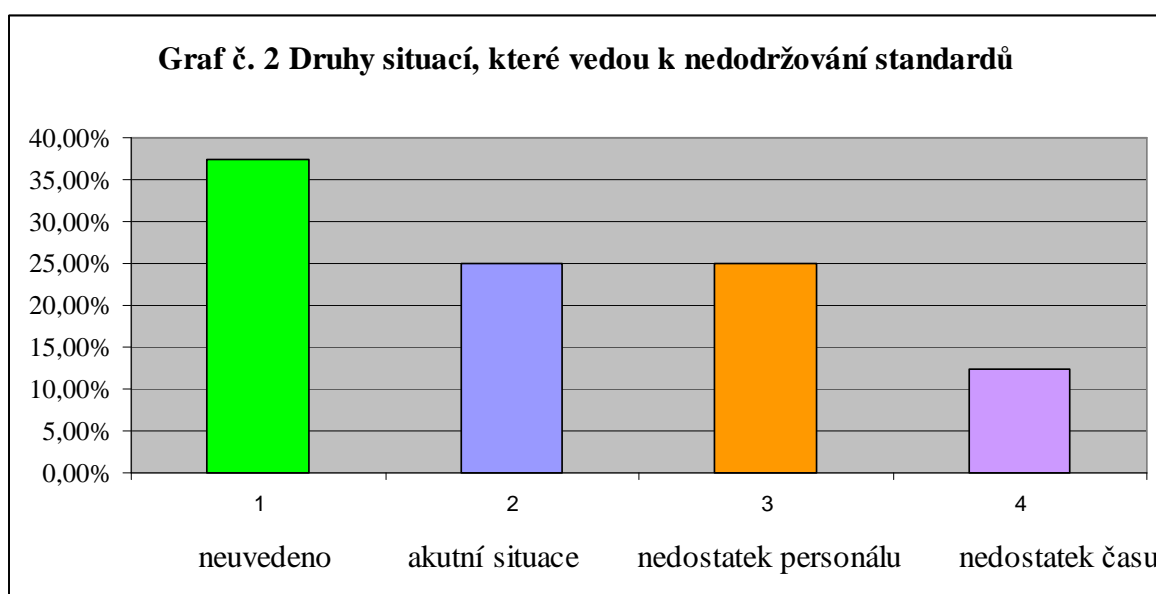
Musím říci, že největší počet sester, které odpověděly, že standardy dodržují, pocházel z oddělení, kde leželo málo pacientů, většinou soběstačných. Sestry měly na tyto nemocné dostatek času a i během pozorování jsem si všimla, že pracují pečlivě a snaží se standardy dodržovat, neboť jejich počínání bylo kontrolováno jak staniční, tak vrchní sestrou. Za porušení standardů pak byly sestry verbálně pokárány. Sestry, jež odpověděly, že jsou situace, kdy nedodržují standardy, byly z oddělení, kde leželo více pacientů. Bylo nutné provést více úkonů v krátkém čase.

Tabulka č. 3 Druhy situací, které vedou k nedodržování standardů

Druhy situací, které vedou k nedodržování standardů	*n	*%
neuveďeno	3	37,50 %
akutní situace	2	25,00 %
nedostatek personálu	2	25,00 %
nedostatek času	1	12,50 %
<b>Celkem</b>	<b>8</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Komentář k tabulce a grafu

Některé sestry neuvedly, jaké situace je nutí k nedodržování standardů, a to třikrát, což je 38 % z celkového počtu odpovědí. Ostatní jako důvod uvedly akutní situace (25 %), nedostatek personálu (25 %) a nedostatek času (13 %).

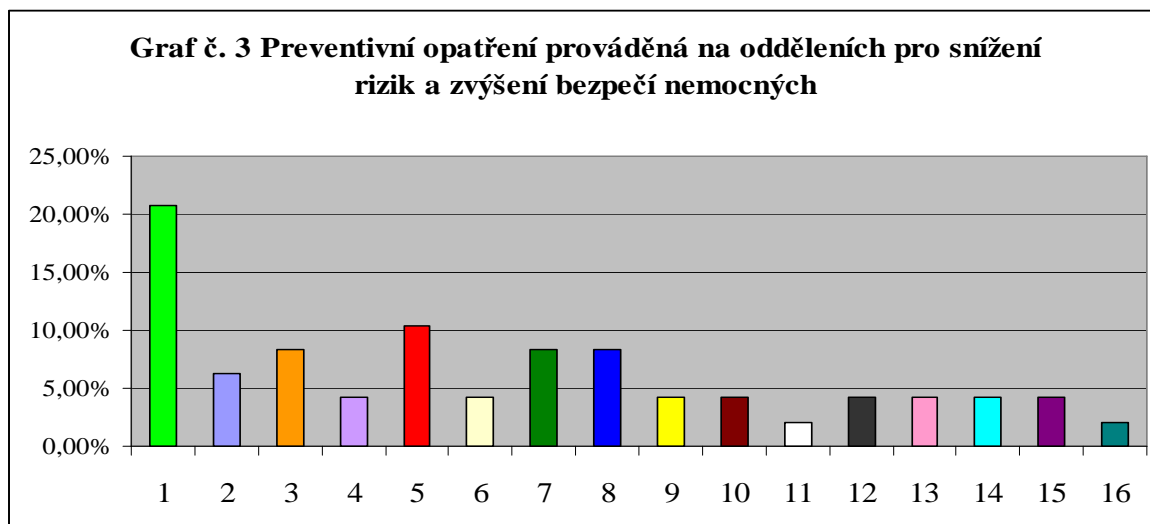
Rozhodně musím říci, že na mnoha odděleních se sestra musí neustále potýkat s nedostatkem času. Vzhledem k počtu nemocných, množství vyšetření, plnění spousty ordinací a vyplňování velkého množství dokumentace a žádank, mnohdy nezbývá čas na další věci, natož na přesné plnění standardů.

**Tabulka č. 4 Preventivní opatření prováděná na odděleních pro snížení rizik a zvýšení bezpečí nemocných**

<b>Preventivní opatření prováděná na odděleních pro snížení rizik a zvýšení bezpečí nemocných</b>	<b>*n</b>	<b>*%</b>
postranice	10	20,83 %
signalizační zařízení	3	6,25 %
antidekubitní pomůcky a polohování	4	8,33 %
žebříčky	2	4,17 %
zvýšený dohled, kontrola a sledování pacientů	5	10,42 %
časté ošetřování	2	4,17 %
používání ochranných pomůcek	4	8,33 %
dodržování BOZP	4	8,33 %
izolace a bariérové přístupy	2	4,17 %
dostupnost osobních pomůcek u lůžka	2	4,17 %
úprava prostředí	1	2,08 %
hygiena	2	4,17 %
dezinfekce	2	4,17 %
dodržování zásad sterility	2	4,17 %
doprovod pacienta	2	4,17 %
možnost hospitalizace dětí s rodiči	1	2,08 %
<b>Celkem</b>	<b>48</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\*% = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 3

1 postranice 2 signalizace 3 antidekubitní pomůcky a polohování 4 žebříčky 5 dohled, kontrola a sledování 6 časté ošetřování 7 ochranné pomůcky 8 dodržování BOZP 9 izolace a bariérové přístupy 10 osobní pomůcky u lůžka 11 úprava prostředí 12 hygiena 13 dezinfekce 14 zásady sterility 15 doprovod pacienta 16 hospitalizace dětí s rodiči

### **Komentář k tabulce a grafu**

Jako nejčastější opatření pro snížení rizik a zvýšení bezpečí nemocných byly uváděny na prvním místě především postranice (21 %) - neodmyslitelná součást vybavení každého oddělení. Zvýšený dohled, kontrola a sledování pacientů se vyskytlo v 10 % odpovědí. Položky jako antidekubitní pomůcky a polohování, používání ochranných pomůcek a dodržování BOZP byly v zastoupení po 8 %. Používání signalizačního zařízení se vyskytlo v 6 %. Po 4 % obsahovaly odpovědi jako žebříčky, časté ošetřování, izolace a bariérové přístupy, dostupnost osobních pomůcek u lůžka, hygiena, dezinfekce, dodržování zásad sterility a doprovod pacienta. Nejméně procent má úprava prostředí a možnost hospitalizace dětí s rodiči (2 %).

Odpovědi se lišily dle oddělení, na kterých byly dotazníky vyplněny. Čili na každém oddělení mají jinou hierarchii opatření, která vyplývá především z věku hospitalizovaných pacientů.

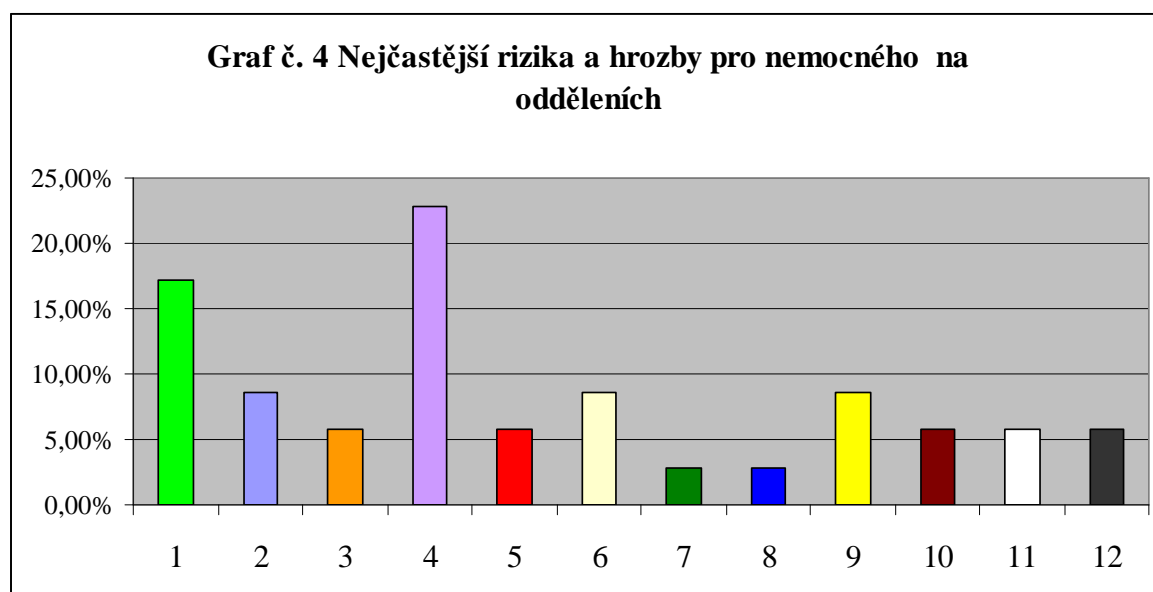
Překvapilo mne, že signalizační zařízení udalo pouze malé množství respondentů z šetřeného vzorku.

Tabulka č. 5 Nejčastější rizika a hrozby pro nemocného na odděleních

Nejčastější rizika a hrozby pro nemocného na odděleních	*n	*%
infekce	6	17,14 %
pád	3	8,57 %
úraz	2	5,71 %
nozokomiální nákaza	8	22,86 %
personál svým vlastním zdravím	2	5,71 %
nedostatek času personálu	3	8,57 %
výška postelí	1	2,86 %
špatné vybavení na oddělení	1	2,86 %
úzkost a strach	3	8,57 %
nedostatečná informovanost	2	5,71 %
záměna pacienta	2	5,71 %
nevím	2	5,71 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\*% = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



#### Legenda ke Grafu č. 4

1 infekce 2 pád 3 úraz 4 nozokomiální nákaza 5 personál svým vlastním zdravím 6 nedostatek času personálu 7 výška postelí 8 špatné vybavení na oddělení 9 úzkost a strach 10 nedostatečná informovanost 11 záměna pacienta 12 nevím



### Komentář k tabulce a grafu

Nejčastější rizika, která nemocnému hrozí, jsou především nozokomiální nákazy (23 %). Další nejčastější riziko představují dle respondentů infekce (17 %). Další odpovědi jsou zase v počtu téměř vyrovnané. Řadí se k nim pád, nedostatek času personálu, úzkost a strach (9%). Úraz, personál svým vlastním zdravím, nedostatečná informovanost, záměna pacienta a nevím (6 %). Výška postelí a špatné vybavení na oddělení má pouze 3 %.

Opět mne překvapila odpověď, že riziko pro nemocného představuje i personál svým vlastním zdravím (6 %). Musím se přiznat, že mně osobně by tato odpověď nenapadla. Zřejmě už sestřičky mají s tímto rizikem své zkušenosti. Je pravda, že oslabený pacient je více vnímavý k infekcím. Pakliže se o něho stará nachlazená sestřička, je velká pravděpodobnost, že se od ní nakazí.

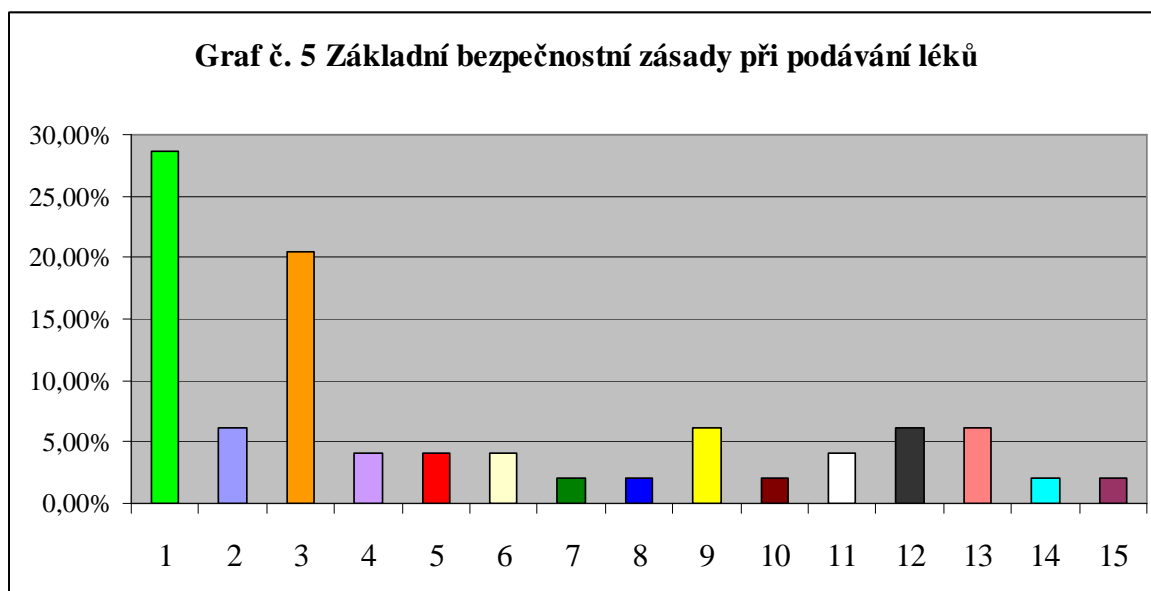
Ještě bych ráda dodala pár poznámek k výšce postelí, na kterou si pacienti opravdu stěžují. Zvláště pokud jsou malí, či mají problém s hybností. Většinou na odděleních, kde jsem dělala výzkum, se výška nedala nastavit a upravit a bohužel i na těchto odděleních scházely schůdky, jež by nemocnému pomohly dostat se bez větších nesnází do postele.

Tabulka č.6 Základní bezpečnostní zásady při podávání léků

Základní bezpečnostní zásady při podávání léků	*n	*%
kontrola podávaných léků- název, expirace, gramáž	14	28,57 %
podávání a chystání léků na pokojích	3	6,12 %
kontrola pacienta při podání léků	10	20,41 %
čisté a dezinfikované lékovky	2	4,08 %
použití drtítka	2	4,08 %
použití půlítka	2	4,08 %
nesahat na tablety rukou	1	2,04 %
eventuální konzultace s lékařem	1	2,04 %
čistota rukou, hygiena	3	6,12 %
přesnost a pečlivost	1	2,04 %
řádná a srozumitelná ordinace lékaře	2	4,08 %
léky uloženy mimo dosah dětí a pacientů	3	6,12 %
uzamčená lékárna	3	6,12 %
kontrola krabičky a plata	1	2,04 %
označení lékovek	1	2,04 %
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 5

1 kontrola podávaných léků 2 podávání a chystání léků na pokojích 3 kontrola pacienta při podání léků 4 čisté a dezinfikované lékovky 5 použití drtítka 6 použití půlítka 7 nesahat na tablety rukou 8 eventuální konzultace s lékařem 9 čistota rukou, hygiena 10 přesnost a pečlivost 11 řádná a srozumitelná ordinace lékaře 12 léky uloženy mimo dosah dětí a pacientů 13 uzamčená lékárna 14 kontrola krabičky a plata 15 označení lékovek

**Komentář k tabulce a grafu**

Nejčastější odpovědí u této otázky byla kontrola podávaných léků (29 %) a kontrola pacienta při podávání léků (20 %). Ostatní odpovědi byly velmi pestré a z hlediska četností méně významné, proto odpovědi s četností 3 a méně neudávám.

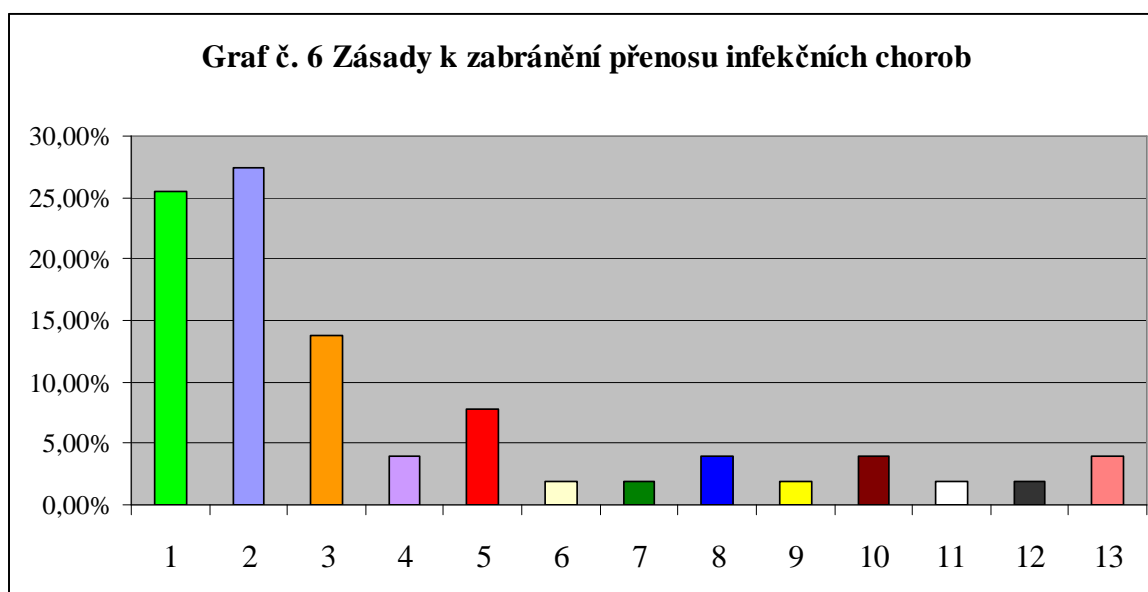
Povšimněte si, že sestry nezapomněly udat i eventuální konzultaci s lékařem či řádnou a srozumitelnou ordinaci lékaře. Je vidět, s čím se musí mnohdy při podávání léků potýkat. Ordinance psané lékaři mnohdy způsobují obtíže. Je to buď tím, že je ordinace neúplná, nebo bohužel nejde přečíst.

Tabulka č. 7 Zásady k zabránění přenosu infekčních chorob

Zásady k zabránění přenosu infekčních chorob	*n	*%
jednorázové ochranné pomůcky	13	25,50 %
hygiena rukou-mytí a dezinfekce rukou	14	27,45 %
dezinfekce	7	13,73 %
jednorázové pomůcky	2	3,92 %
izolace infikovaných pacientů	4	7,84 %
neodkládat osobní věci a prádlo na postel druhého pacienta	1	1,96 %
kontakt s kontaminovaným prádlem a věcmi co nejkratší dobu	1	1,96 %
sterilizace	2	3,92 %
čistota prádla	1	1,96 %
osobní hygiena	2	3,92 %
krátké nehty bez laku	1	1,96 %
sestra bez šperků	1	1,96 %
bariérový přístup	2	3,92 %
<b>Celkem</b>	<b>51</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 6

1 jednorázové ochranné pomůcky 2 hygiena rukou-mytí a dezinfekce rukou 3 dezinfekce 4 jednorázové pomůcky 5 izolace infikovaných pacientů 6 neodkládat osobní věci a prádlo na postel druhého pacienta 7 kontakt s kontaminovaným prádlem a věcmi co nejkratší dobu 8 sterilizace 9 čistota prádla 10 osobní hygiena 11 krátké nehty bez laku 12 sestra bez šperků 13 bariérový přístup

**Komentář k tabulce a grafu**

Nejdůležitější pro zabránění přenosu infekce jsou pro sestry mytí a dezinfekce rukou (27 %) a jednorázové ochranné pomůcky (26 %). V dosti odpovědích byla zmíněna i dezinfekce (14 %). Čtyři sestry uvedly také izolaci infikovaných pacientů (8 %). Ostatní odpovědi již byly zase poměrně vyrovnané a z hlediska četností méně významné (četnost 2 a 1), proto se již o nich nezmiňuji.

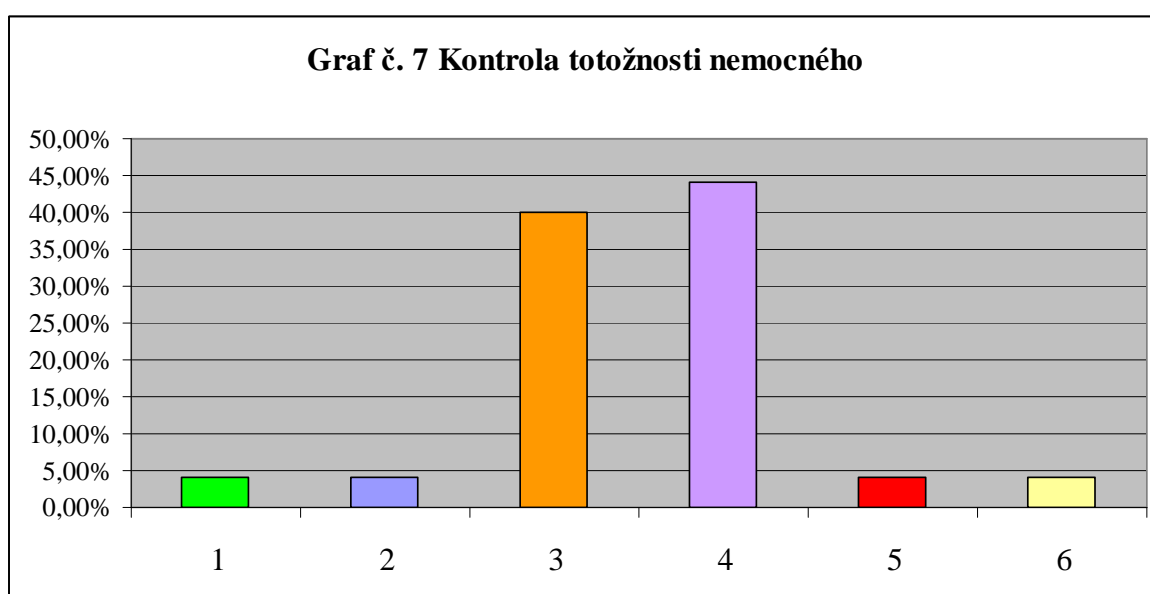
Zajímavá byla odpověď, že by sestry měly mít krátké nehty bez laku a neměly by mít šperky. Bohužel jsem se za dobu své praxe setkala s mnoha případy, kdy sestry měly dlouhé nehty.

Tabulka č. 8 Kontrola totožnosti nemocného

Kontrola totožnosti nemocného	*n	*%
oslovením nemocného	1	4,00 %
ústně	1	4,00 %
dotazem na jméno nemocného	10	40,00 %
identifikační náramky	11	44,00 %
štítek na dveřích	1	4,00 %
dle dokumentace	1	4,00 %
<b>Celkem</b>	<b>25</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 7

1 oslovením nemocného 2 ústně 3 dotazem na jméno nemocného 4 identifikační náramky 5 štítek na dveřích  
6 dle dokumentace

### Komentář k tabulce a grafu

Nejčastěji sestry uváděly jako kontrolu totožnosti nemocného používání identifikačních štítků (44 %) a dotaz na jméno nemocného (40 %). Ostatní odpovědi byly z hlediska malé četnosti méně významné (četnost 1).

Jedna odpověď zněla, že můžeme totožnost zkontrolovat i samotným oslovením nemocného. Sestra tím asi myslela toto: „Vy jste pan XY, že?“ Kontrola totožnosti dle štítku na dveřích je sice možná, ale bohužel není stoprocentní. Co oddělení, to jiné značení poko-

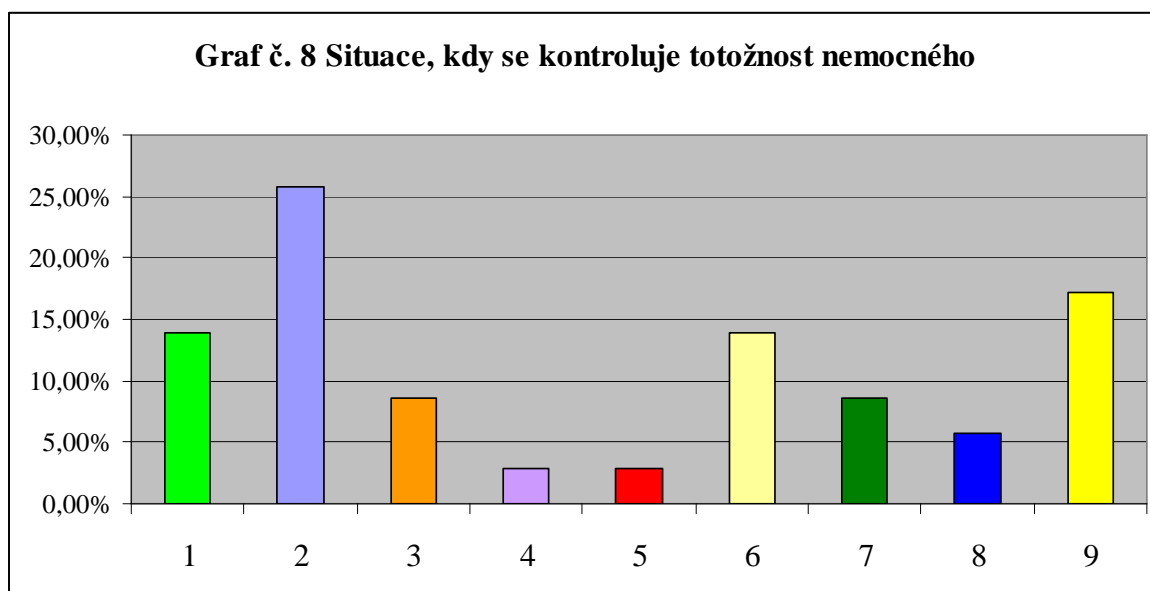
jů a postelí, přičemž se mnohdy může stát, a už se i stalo, že na štítku je ještě jméno pacienta, který již odešel domů a na jeho posteli už leží jiný pacient. Naštěstí problematiku identifikace totožnosti vyřešily identifikační štítky, které velmi usnadní práci. Zvláště pokud se jedná o pacienta s poruchou vědomí či o zmateného člověka.

Tabulka č. 9 Situace, kdy se kontroluje totožnost nemocného

Situace, kdy se kontroluje totožnost nemocného	*n	*%
před vyšetřením	5	13,89 %
před podáním léků	9	25,71 %
před odběry	3	8,57 %
před kontrolami glykemií	1	2,86 %
před kontrolami FF	1	2,86 %
před každým výkonem	5	13,89 %
před podáváním stravy	3	8,57 %
před operací	2	5,71 %
vždy, při jakékoliv manipulaci s pacientem	6	17,14 %
<b>Celkem</b>	<b>35</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 8

1 před vyšetřením 2 před podáním léků 3 před odběry 4 před kontrolami glykemií 5 před kontrolami FF 6 před každým výkonem 7 před podáváním stravy 8 před operací 9 vždy, při jakékoliv manipulaci s pacientem

### Komentář k tabulce a grafu

Sestry udávaly, že se kontroluje totožnost nemocných hlavně před podáním léků (26 %). Dále sestry uvedly, že by se měla provádět kontrola totožnosti nemocného vždy, tedy při jakékoliv manipulaci s nemocným (17 %), což je správné.

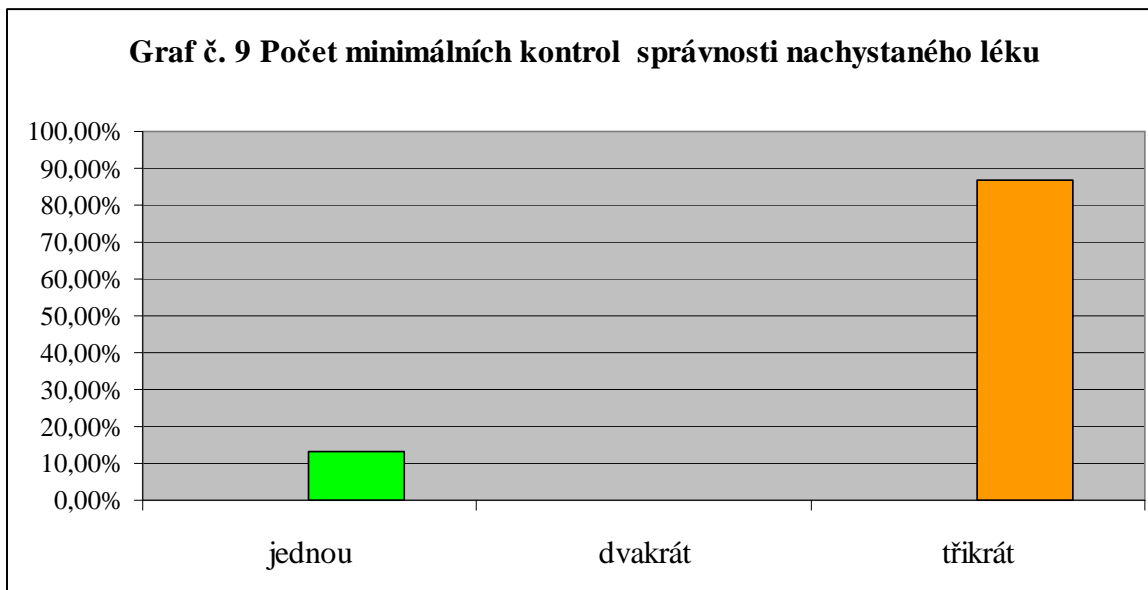


Další poměrně častou odpovědí byla kontrola před vyšetřením a před výkonem (14 %). Ostatní odpovědi byly méně časté, proto je již neuvádím (četnost 3, 2 a 1).

Tabulka č. 10 Počet minimálních kontrol správnosti nachystaného léku

Počet minimálních kontrol správnosti nachystaného léku	*n	%
jednou	2	13,33 %
dvakrát	0	0,00 %
tříkrát	13	86,67 %
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = odpovědí



### Komentář k tabulce a grafu

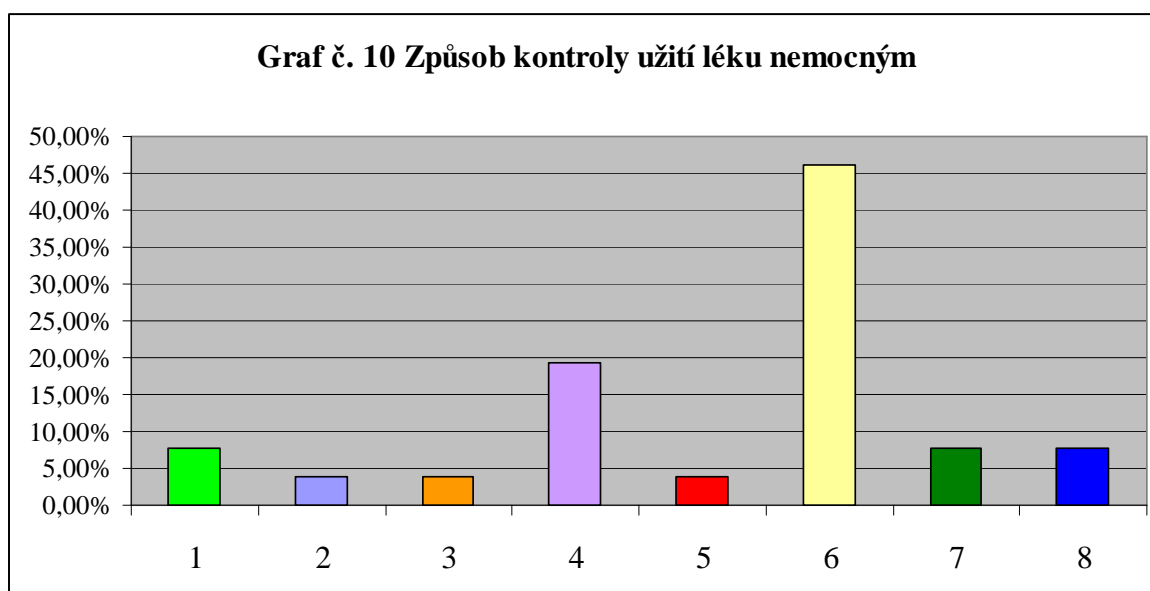
Na otázku, kolikrát se má správně kontrolovat správnost nachystaného léku, většina odpověděla, že tříkrát (87 %). Dvě sestry odpověděly, že pouze jednou (13 %). Odpověď dvakrát nikdo neuvedl.

Tabulka č. 11 Způsob kontroly užití léku nemocným

Způsob kontroly užití léku nemocným	*n	*%
u nesoběstačných kontrola dutiny ústní	2	7,69 %
u soběstačných nekontroluji	1	3,85 %
u dezorientovaných a nesoběstačných lék osobně podám	1	3,85 %
užití léku před sestrou	5	19,23 %
uvěřím	1	3,85 %
kontrola dutiny ústní vizuálně	12	46,15 %
zeptám se nemocného	2	7,69 %
<b>Celkem</b>	<b>26</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\*% = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 10

1 u nesoběstačných kontrola dutiny ústní 2 u soběstačných nekontroluji 3 u dezorientovaných nebo nesoběstačných lék osobně podám 4 užití léku před sestrou 5 uvěřím 6 kontrola dutiny ústní 7 vizuálně 8 zeptám se nemocného

### Komentář k tabulce a grafu

Hlavní odpovědí na otázku způsobu kontroly užití léku nemocným byla kontrola dutiny ústní (46 %). Pět odpovědí znělo, že by se lék měl užít před sestrou (19 %). Další dvě sestry napsaly, že stačí, když se nemocného zeptáme, zda lék skutečně užil (8 %). 8% měly i odpovědi: u nesoběstačných kontrola dutiny ústní, vizuální kontrola. Jedna odpověď zně-

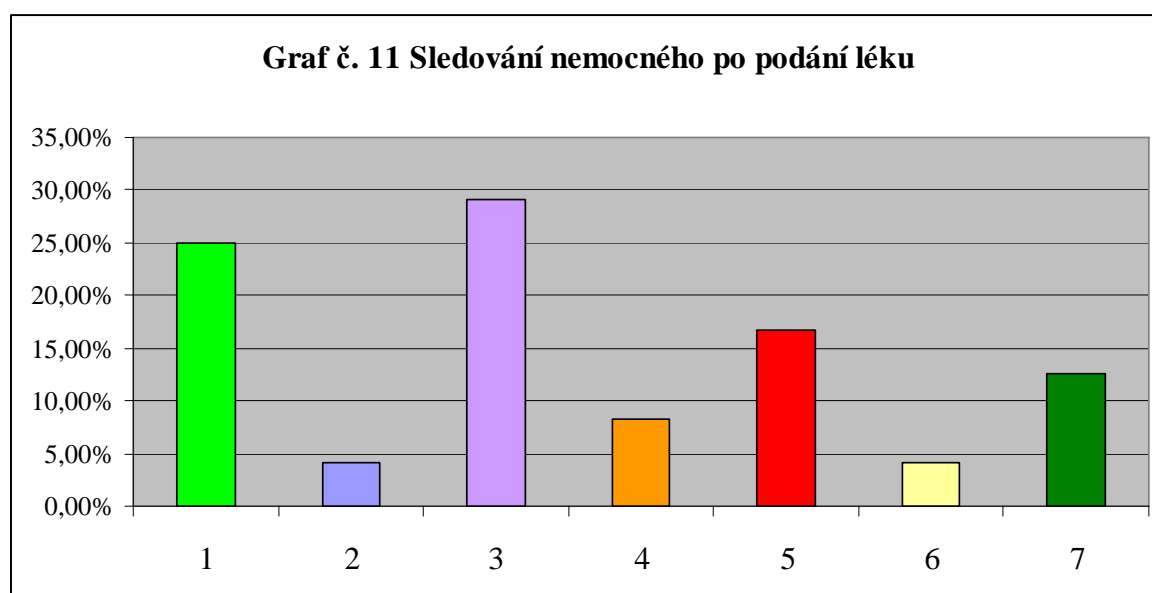
la, že u soběstačných se nekontroluje, zda si lék vzali (4 %). Zajímavá byla i odpověď, že stačí, když sestra nemocnému uvěří (4 %). Odpověď u dezorientovaných a nesoběstačných lék osobně podám má také 4%.

Tabulka č. 12 Sledování nemocného po podání léku

Sledování nemocného po podání léku	*n	*%
zdravotní stav	6	25,00 %
vedlejší účinky	1	4,17 %
nežádoucí účinky	7	29,17 %
žádoucí účinky	2	8,33 %
účinek léků	4	16,67 %
vše, co je třeba	1	4,17 %
případnou alergickou reakci	3	12,50 %
<b>Celkem</b>	<b>24</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 11

1 zdravotní stav 2 vedlejší účinky 3 nežádoucí účinky 4 žádoucí účinky 5 účinek léků 6 vše, co je třeba 7 případnou alergickou reakci

### Komentář k tabulce a grafu

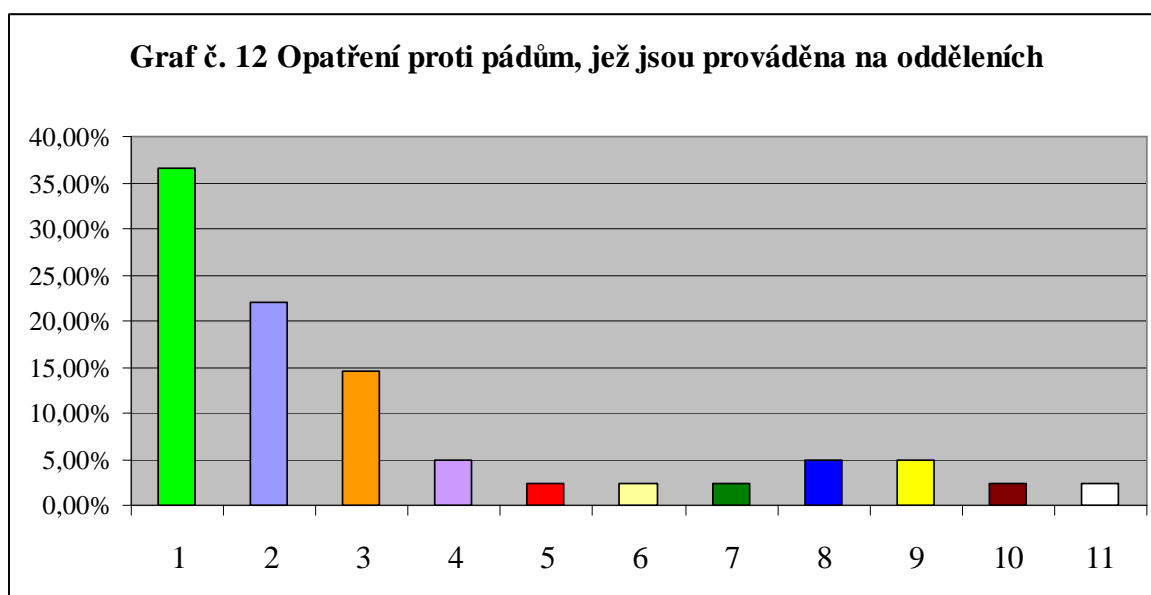
Dle tabulky se nejčastěji po podání léků sledují nežádoucí účinky (29 %). Dále pak zdravotní stav pacienta (25 %) a třetí nejčastější odpovědí byl účinek léků (17 %). Mezi další odpovědi patří sledování případné alergické reakce (13 %), žádoucích účinků (8 %) a vedlejších účinků (4 %). Jedna odpověď zněla, že se kontroluje vše, co je třeba (4 %).

Tabulka č. 13 Opatření proti pádům, jež jsou prováděna na odděleních

Opatření proti pádům, jež jsou prováděna na odděleních	*n	*%
postranice	15	36,59 %
signalizační zařízení na dosah ruky	9	21,95 %
doprovod sestry, dopomoc	6	14,63 %
poučení o režimu	2	4,88 %
vhodné umístění vybavení pokoje	1	2,44 %
osobní věci na dosah lůžka	1	2,44 %
poučení nemocného, aby nechodil po mokré podlaze	1	2,44 %
vytírání chodby na půlky	2	4,88 %
zvýšený dohled, sledování	2	4,88 %
spolupráce s ostatními pacienty či rodiči	1	2,44 %
edukace	1	2,44 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 12

**1** postranice **2** signalizační zařízení na dosah pacienta **3** doprovod sestry, dopomoc **4** poučení o režimu **5** vhodné umístění vybavení pokoje **6** osobní věci na dosah z lůžka **7** poučení nemocného, aby nechodil po mokré podlaze **8** vytírání chodby na půlky **9** zvýšený dohled, sledování **10** spolupráce s ostatními pacienty či rodiči **11** edukace

**Komentář k tabulce a grafu**

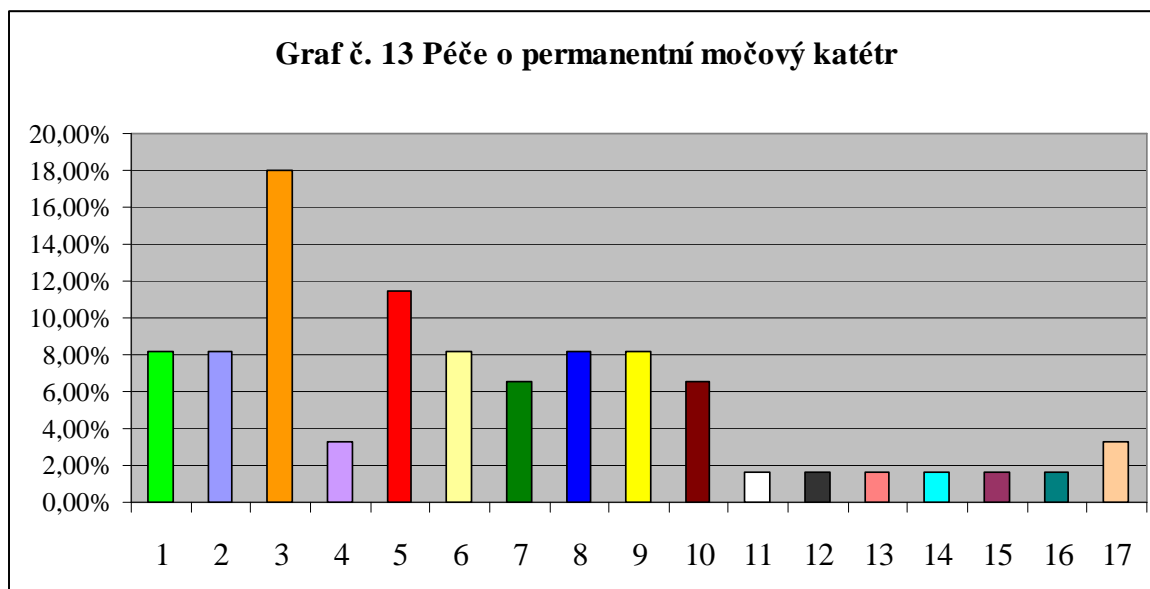
Jako nejčastější opatření proti pádům byly uváděny postranice (37 %). Dále sestry uvedly signalizační zařízení na dosah ruky nemocného (22 %) a doprovod sestry či dopomoc (15 %). Ostatní odpovědi již byly vyrovnané a z hlediska četností nevýznamné, proto je dále neuvádím (četnost 2 a 1). Chtěla bych jen poukázat na to, že sestry nezapomněly ani na vytírání chodby na půlky (5 %).

Tabulka č. 14 Péče o permanentní močový katétr

Péče o permanentní močový katétr	*n	*%
proplach	5	8,20 %
kontrola průchodnosti a funkčnosti	5	8,20 %
dezinfekce	11	18,03 %
kontrola místa vstupu katétru	2	3,28 %
dodržování zásad sterility	7	11,48 %
pravidelná výměna močových sáčků	5	8,20 %
sledování moče	4	6,56 %
sledování délky zavedení	5	8,20 %
dodržování zásad hygieny	5	8,20 %
pravidelná výměna PMK	4	6,56 %
vedení záznamu o PMK	1	1,64 %
antiseptický postup	1	1,64 %
na našem oddělení PMK nebývá	1	1,64 %
informuji dítě o počátečních příznacích infekce	1	1,64 %
při manipulaci s PMK soukromí pacienta	1	1,64 %
zavedení katétru správné velikosti	1	1,64 %
dodržování zásad asepse	2	3,28 %
<b>Celkem</b>	<b>61</b>	<b>100,00 %</b>
<i>*n = počet odpovědí</i>		

*\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí*





### Legenda ke Grafu č. 13

1 proplach 2 kontrola průchodnosti a funkčnosti 3 dezinfekce 4 kontrola místa vstupu PMK 5 dodržovat zásad sterility 6 pravidelná výměna močových sáčků 7 sledování moče 8 sledování délky zavedení 9 dodržování zásad hygieny 10 pravidelná výměna PMK 11 vedení záznamu o PMK 12 antiseptický postup 13 na našem oddělení PMK nebývá 14 informuji dítě o počátečních příznacích infekce 15 při manipulaci s PMK soukromí pacienta 16 zavedení katétru správné velikosti 17 dodržování zásad asepse

### Komentář k tabulce a grafu

Jak správně pečovat o permanentní močový katétr? Sestry nejčastěji uváděly, že by se měl dezinfikovat (18 %). Většinou ale dezinfekci používají pouze při cévkování, i když dle standardů by se mělo okolí a katétr do vzdálenosti 10 cm dezinfikovat alespoň třikrát denně. Mimo jiné i při hygieně. Na to ale asi není ráno při hygieně dostatek času a navíc si myslím, že tato péče není pro sestry zažitá.

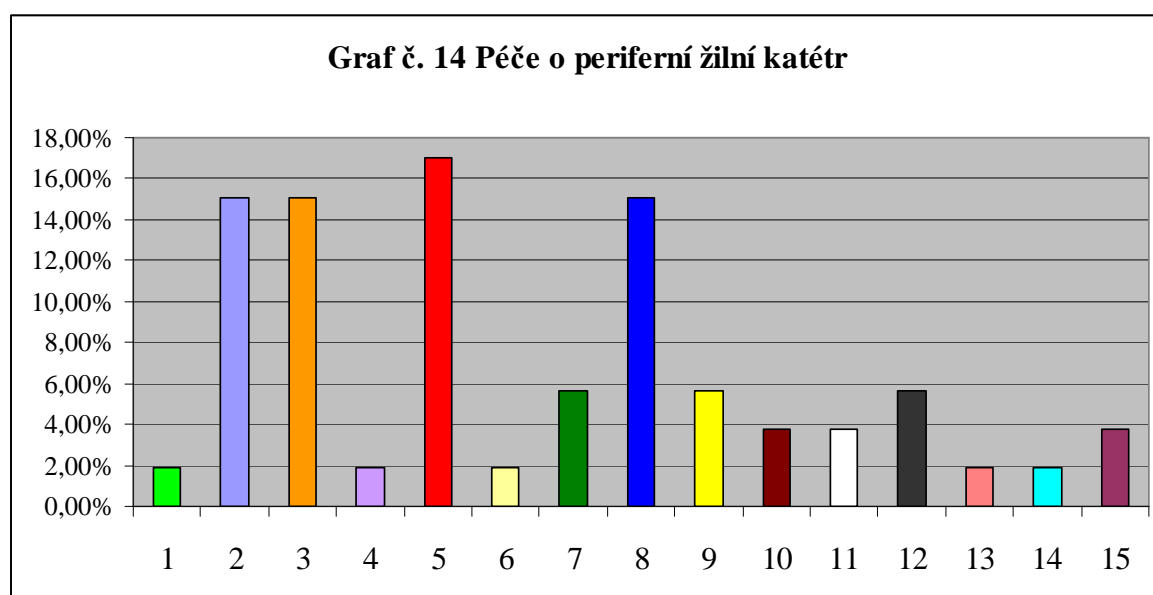
Další častou odpovědí bylo dodržení zásad sterility (11 %). Po 8 % byly odpovědi: proplach, kontrola průchodnosti a funkčnosti, pravidelná výměna močových sáčků, sledování délky zavedení a dodržování zásad hygieny. Odpověď sledování moče měla 7 %. Další odpovědi z důvodů nízké četnosti neuvádím (četnost 2 a 1).

Tabulka č. 15 Péče o periferní žilní katétr

Péče o periferní žilní katétr	*n	*%
antiseptický postup	1	1,89 %
dodržování aseptických postupů	8	15,09 %
kontrola průchodnosti a funkčnosti	8	15,09 %
prevence flebitidy	1	1,89 %
výměna flexily co 3 dny	9	16,98 %
sterilní materiál	1	1,89 %
dezinfekce	3	5,66 %
kontrola místa vpichu a okolí	8	15,09 %
dodržování zásad sterility	3	5,66 %
pravidelný převaz či dle potřeby	2	3,77 %
proplach	2	3,77 %
sledování doby zavedení	3	5,66 %
výměna flexily po čtyřech dnech	1	1,89 %
informuji dítě o příznacích infekce	1	1,89 %
pravidelná kontrola	2	3,77 %
<b>Celkem</b>	<b>53</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 14

1 antiseptický postup 2 dodržování aseptických postupů 3 kontrola průchodnosti a funkčnosti 4 prevence flebitidy 5 výměna flexily co 3 dny 6 sterilní materiál 7 dezinfekce 8 kontrola místa vpichu a okolí 9 dodržování zásad sterility 10 pravidelný převaz nebo dle potřeby 11 proplach 12 sledování doby zavedení 13 výměna flexily po čtyřech dnech 14 informuji dítě o příznacích infekce 15 pravidelná kontrola

**Komentář k tabulce a grafu**

Jako nejčastější zásady péče o periferní žilní katétr sestry uváděly výměnu flexily co tři dny (17 %), dodržování aseptických postupů (15 %), kontrolu průchodnosti a funkčnosti (15 %) a kontrolu místa vpichu a okolí (15 %). Dezinfekce, dodržování zásad sterility a sledování doby zavedení mají 6 %. Ostatní odpovědi jsou méně časté (četnost 2 a 1).

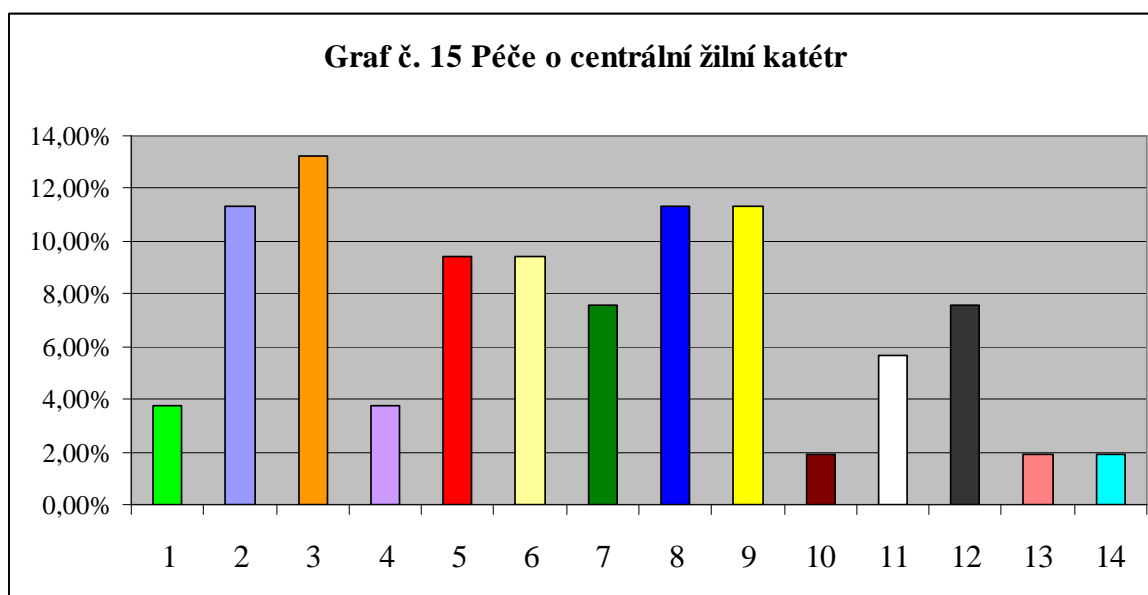
Jedna odpověď byla i antiseptický postup (2 %). Sestra si zřejmě popletla pojmy asepse a antisepse podobně, jak v minulé otázce.

Tabulka č. 16 Péče o centrální žilní katétr

Péče o centrální žilní katétr	*n	*% %
převaz co dva dny	2	3,77 %
pravidelný převaz denně	6	11,32 %
dezinfekce	7	13,21 %
sterilní materiál a krytí	2	3,77 %
kontrola průchodnosti a funkčnosti	5	9,43 %
dodržování zásad sterility	5	9,43 %
antiseptická manipulace a postupy při převazu	4	7,55 %
dodržování aseptických postupů	6	11,32 %
kontrola místa vpichu	6	11,32 %
odeslání konce katétru na bakteriologické vyšetření	1	1,89 %
kontrola doby zavedení	3	5,66 %
proplachy	4	7,55 %
výměna po třech až čtyřech dnech či při potížích	1	1,89 %
dodržování zásad hygieny	1	1,89 %
<b>Celkem</b>	<b>53</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 15

1 převaz co 2 dny 2 pravidelný převaz denně 3 dezinfekce 4 sterilní materiál a krytí 5 kontrola průchodnosti a funkčnosti 6 dodržování zásad sterility 7 antiseptická manipulace a postupy při převazu 8 dodržování aseptických postupů 9 kontrola místa vpichu 10 odeslání konce katétru na bakteriologické vyšetření 11 kontrola doby zavedení 12 proplachy 13 výměna po třech až čtyřech dnech či při potížích 14 dodržování zásad hygieny

**Komentář k tabulce a grafu**

Jako nejčastější zásady při péči o centrální žilní katétr byly uvedeny odpovědi: dezinfekce (13 %), pravidelní denní převaz (11 %), dodržování aseptických postupů (11 %) a kontrola místa vpichu (11 %). Odpovědi typu kontrola průchodnosti a funkčnosti, dodržování zásad sterility (9 %), aseptická manipulace a postupy při převazu a proplachy (8 %) byly také poměrně časté. Další méně uváděné zásady jsou převaz co dva dny (4 %), sterilní materiál a krytí (4 %), odeslání konce katétru na bakteriologické vyšetření (2 %), kontrola doby zavedení (6 %) a dodržení zásad hygieny (2 %).

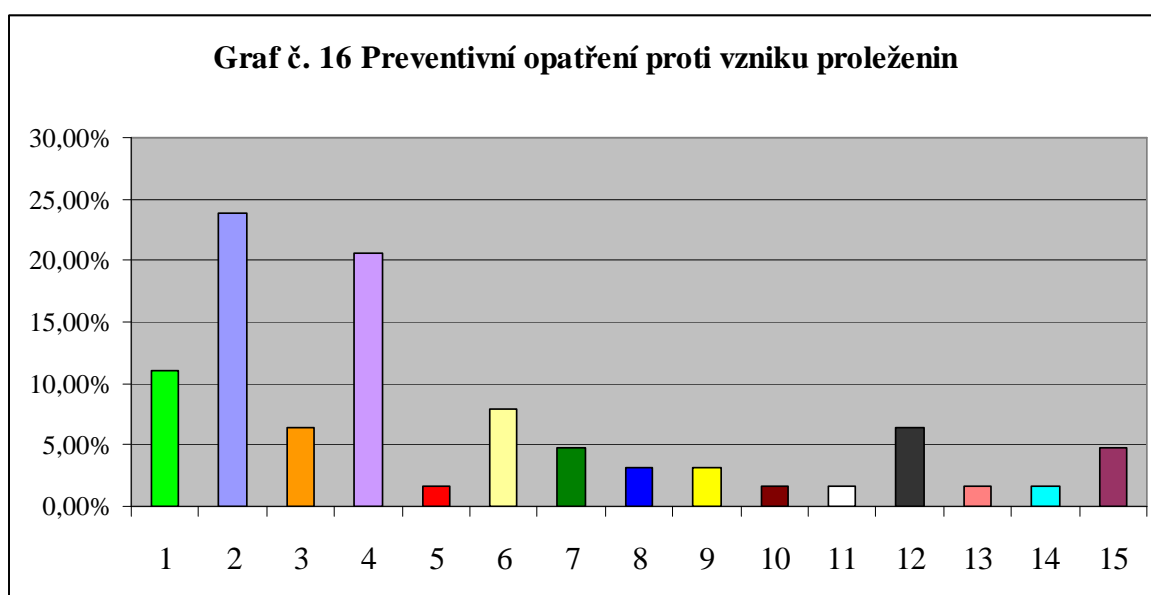
Velmi zajímavá je odpověď výměna centrálního žilního katétru po třech a čtyřech dnech či při potížích (2 %). Sestra si zřejmě spletla centrální žilní katétr s periferním.

Tabulka č. 17 Preventivní opatření proti vzniku proleženin

Preventivní opatření proti vzniku proleženin	*n	*%
antidekubitní lůžko, matrace	7	11,11 %
antidekubitní pomůcky	15	23,81 %
promazávání ohrožených míst a kůže	4	6,35 %
polohování klienta	13	20,63 %
vedení polohovacího záznamu	1	1,59 %
rehabilitace, aktivizace a mobilizace klienta	5	7,94 %
čisté a vypnuté povlečení, upravené lůžko	3	4,76 %
dostatečná hydratace	2	3,17 %
péče o pokožku	2	3,17 %
kontrola predilekčních míst	1	1,59 %
šetrná manipulace s nemocným	1	1,59 %
hygiena	4	6,35 %
ordinované přípravky a léky	1	1,59 %
na našem oddělení dekubitů nejsou	1	1,59 %
používání masážních gelů a emulzí	3	4,76 %
<b>Celkem</b>	<b>63</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet odpovědí

\* % = procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí z celkového počtu odpovědí



### Legenda ke Grafu č. 16

1 antidekubitní lůžko, matrace 2 antidekubitní pomůcky 3 promazávání ohrožených míst a kůže 4 polohování klienta 5 vedení polohovacího záznamu 6 rehabilitace, aktivizace a mobilizace klienta 7 čisté a vypnuté povlečení, upravené lůžko 8 dostatečná hydratace 9 péče o pokožku 10 kontrola predilekčních míst 11 šetrná manipulace s nemocným 12 hygiena 13 ordinované přípravky a léky 14 na našem oddělení dekubitů nejsou 15 používání masážních gelů a emulzí

**Komentář k tabulce a grafu**

Jako zásady prevence vzniku proleženin sestry uváděly nejčastěji antidekubitní pomůcky (24 %), polohování klienta (21 %) a antidekubitní lůžko a matraci (11 %). Ostatních odpovědí bylo méně. Mezi ně patří rehabilitace, aktivizace a mobilizace klienta (8 %), promazávání ohrožených míst a kůže (6 %), hygiena (6 %). 5 % mají odpovědi čisté a vypnuté povlečení a upravené lůžko a používání masážních gelů a emulzí. Ostatní odpovědi z hlediska nízké četnosti neudávám (četnost 2 a méně).

## 5.2 Výsledky šetření získané zhodnocením pozorovacích záznamů

Interní oddělení jsem označila jako A.

Chirurgické oddělení je označeno B.

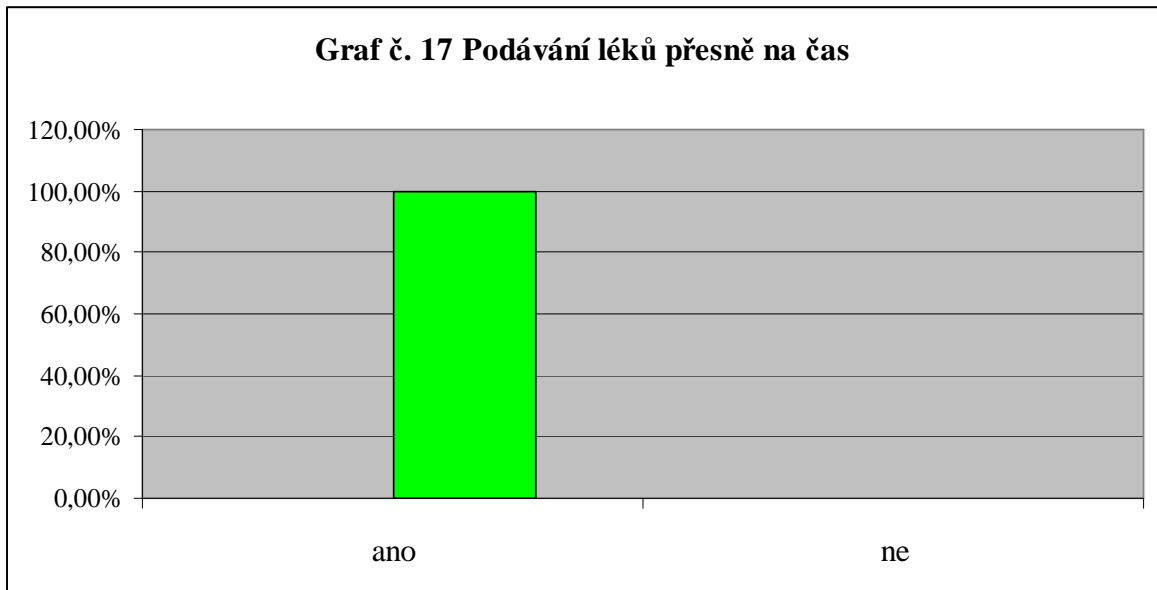
Dětské oddělení je označeno C.

**Tabulka č. 18 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u podávání léků na oddělení A**

<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 19.11. 2009 do 20.11. 2009 na oddělení A</b>		
<b>Podávání léků přesně na čas</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Kontrola užití léků pacientem</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dostatečné označení léků před podáním perorální léky</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>infúze</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>inzulíny</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>ostatní (s.c., i.m....)</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Opomenutí podání léků</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet pozorování na oddělení A

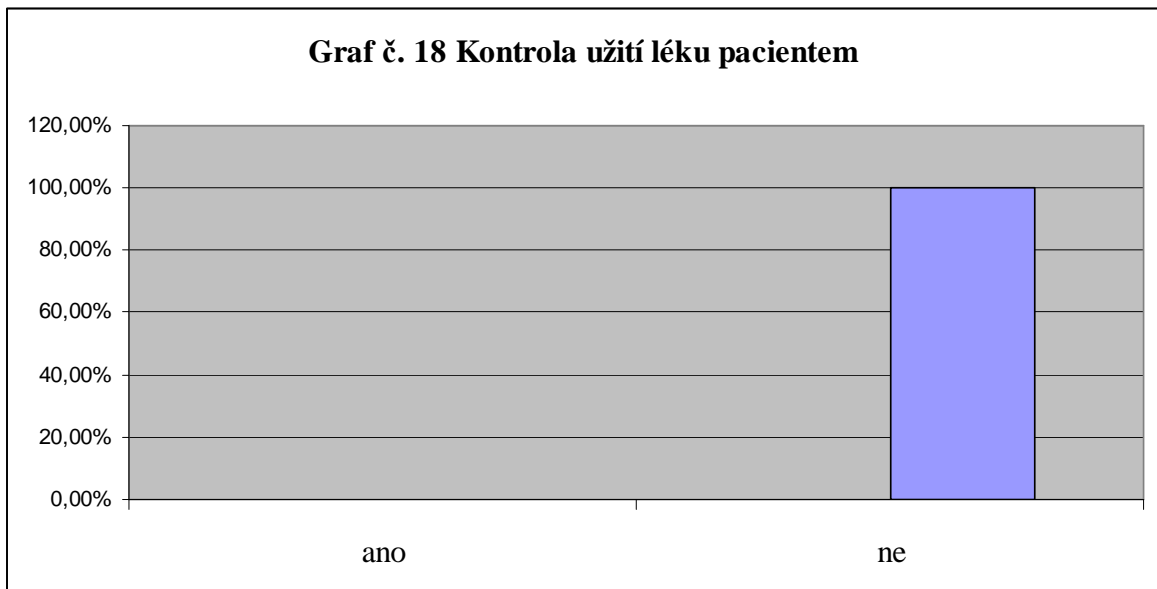




#### **Komentář k tabulce a grafu**

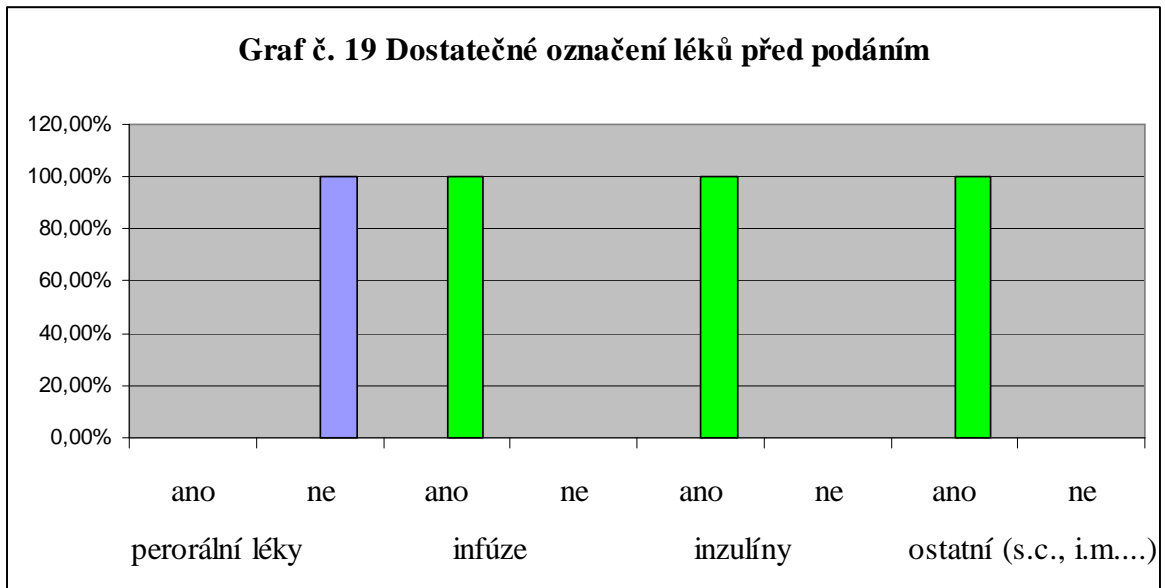
Z šesti pozorování dávaly sestry léky vždy včas (100 %).

Sestry ale chystaly léky na ták na sesterně dlouho dopředu. Mezi nejčastější dopředu nachystané léky patřily perorální léky a infúze.



#### **Komentář k tabulce a grafu**

Bohužel sestry ve všech šesti případech nezkontrolovaly, zda nemocný lék užil (100%). Pouze roznesly léky po pokojích, ale osobně nebyly u toho, čili neviděly, zda nemocný lék skutečně zapil.

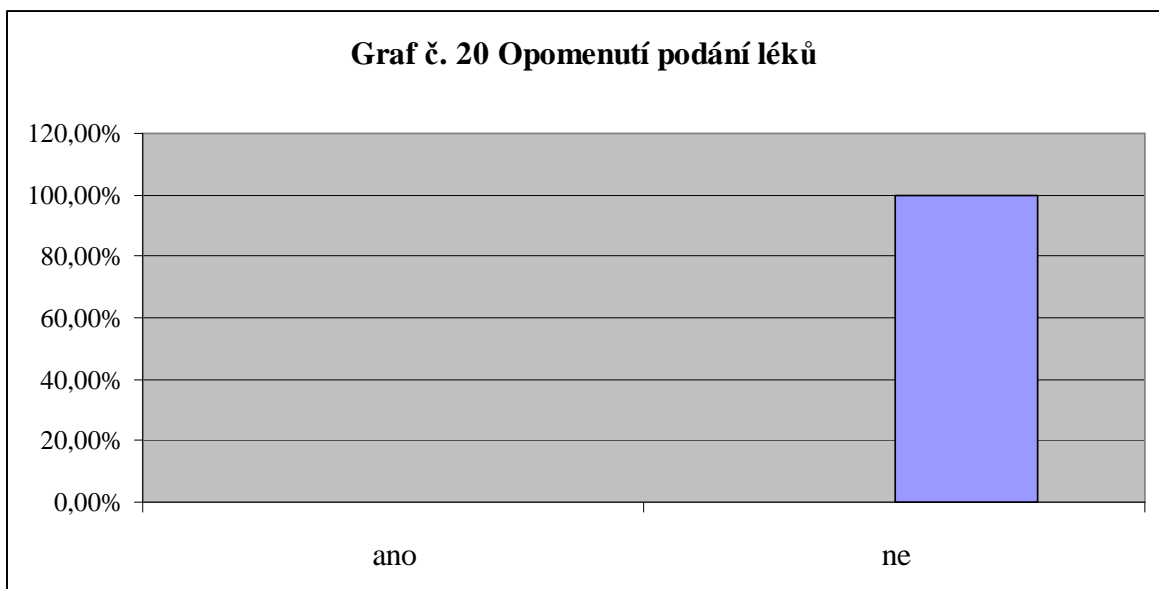


#### Komentář k tabulce a grafu

Na tomto oddělení infúze, inzuliný a ostatní léky (s.c., i.m....) popisují dostatečně (100 %).

Perorální léky však nikdy při pozorování dostatečně označené nebyly (100 %).

Z tabulky vyplývá, že sestry pracují dle zaběhlého způsobu. Když označují infúze, pak všechny. Pokud neoznačují perorální léky před podáním, pak také všechny.



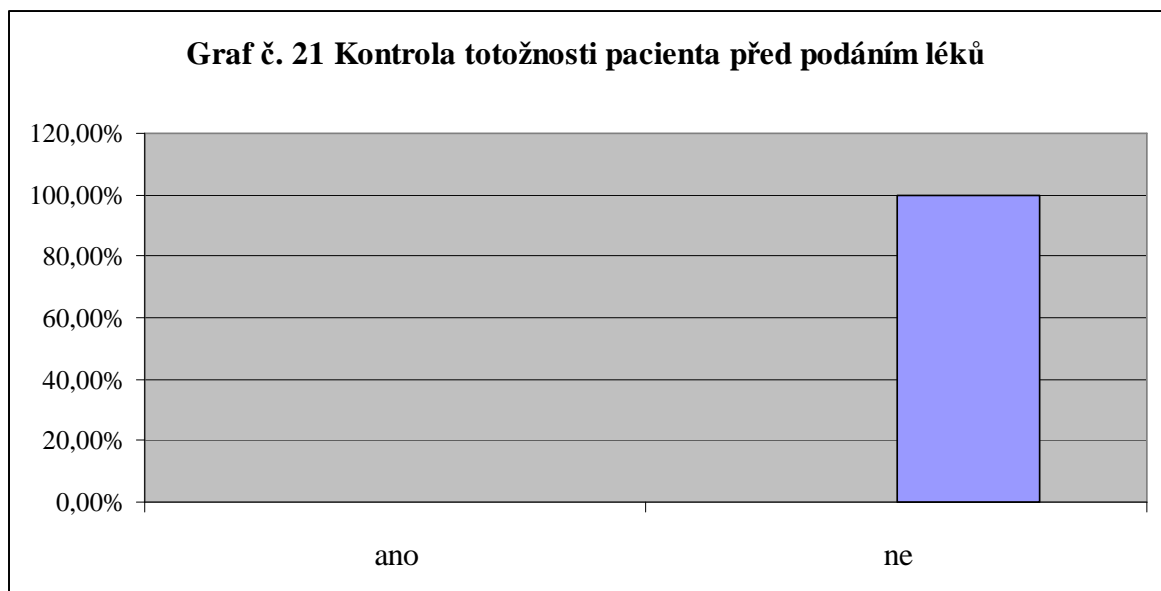
#### Komentář k tabulce a grafu

Během mého pozorování nedošlo k opomenutí podání léku (100 %).

**Tabulka č. 19 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u zjišťování identifikace nemocného na oddělení A**

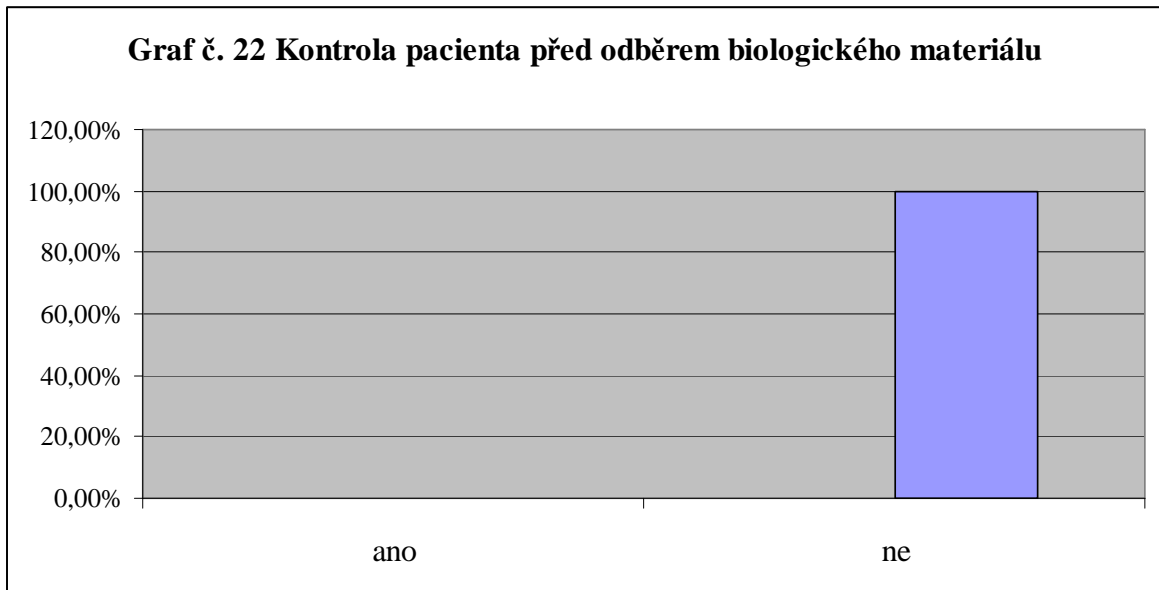
<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 19.11. 2009 do 20.11. 2009 na oddělení A</b>		
<b>Kontrola totožnosti pacienta před podáním léků</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Kontrola pacienta před odběrem biologického materiálu</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet pozorování na oddělení A



#### **Komentář k tabulce a grafu**

Sestry ani jednou ze šesti případů nezkontrolovaly totožnost pacienta před podáním léků (100 %).



### Komentář k tabulce a grafu

Sestry ani jednou ze šesti případů nezkontrolovaly totožnost pacienta před odběrem biologického materiálu (100 %).

Vzhledem k tomu, že v době mé praxe na oddělení ještě nebyly zavedeny identifikační štítky, sestry se spoléhaly na to, že klienta znají a hlavně se spoléhaly na to, že jméno nemocného je napsáno na tabulce se jmény u dveří pokoje. Nevšimla jsem si, že by se před podáním léků či před odběrem nějakého materiálu zeptaly na jméno. Spíše pacienta již přímo oslovily: „Tak paní XY, teď Vám odeberu krev.“ Pokud už se ale přímo na jméno pacienta ptaly (většinou nového pacienta), pak to bylo tímto způsobem: „Vy jste pan XY, že?“

Na druhou stranu na interním oddělení leželi pacienti většinou delší dobu, a tak si sestry nemocné lépe pamatovaly (na rozdíl od oddělení, kde je větší obrat pacientů) a neměly potřebu se znovu ptát na jméno nemocného.

**Tabulka č. 20 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při zajištění bezpečnosti nemocných na oddělení A**

**Pozorovací záznam šesti pozorování od 19.11. 2009 do 20.11. 2009 na oddělení A**

Na oddělení je dostatek pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných

	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %

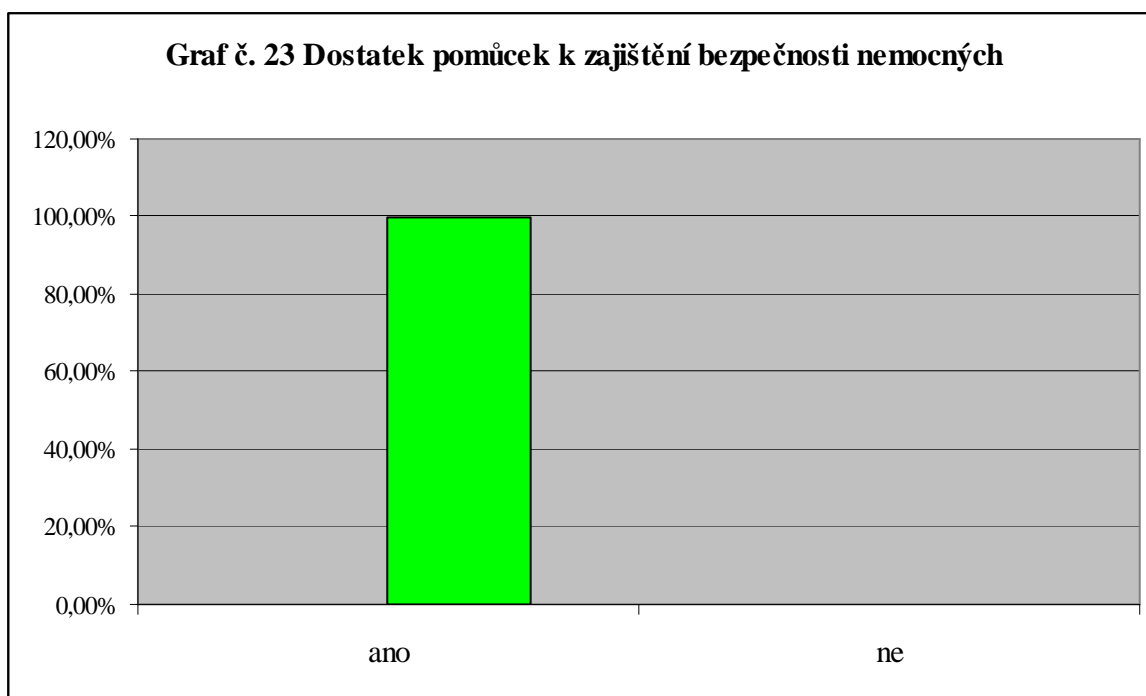
Pomůcky jsou dostatečně využívány

	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %

Péče o prevenci proleženin

	<b>*n</b>	<b>%</b>
dostatečná	2	33,33 %
méně dostatečná	2	33,33 %
nedostačující	2	33,33 %
<b>Celkem</b>	6	99,99 %

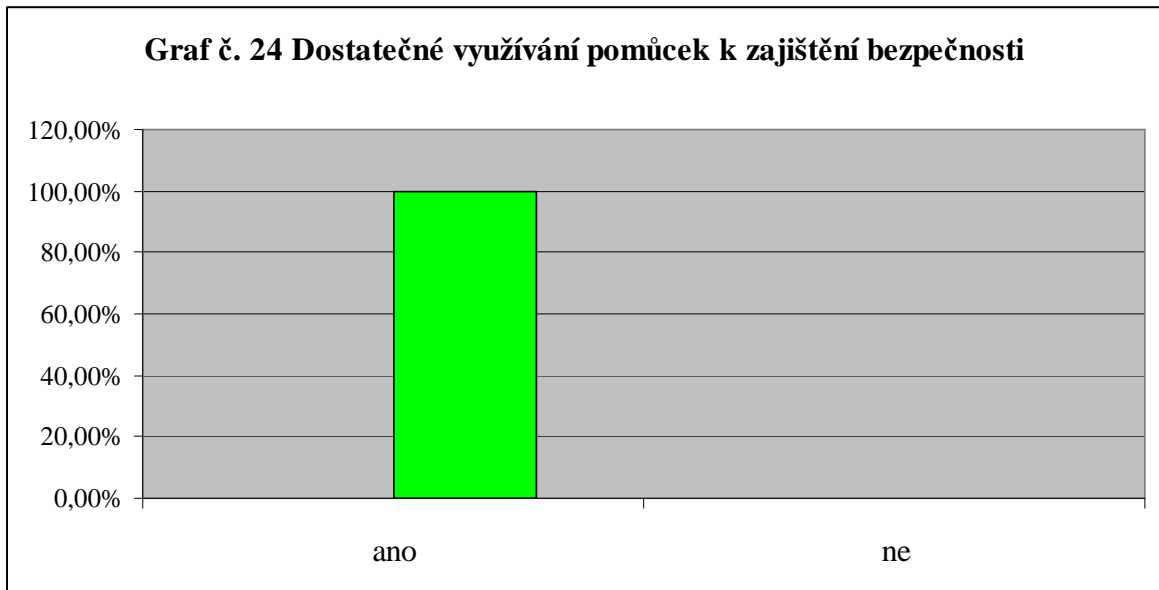
\*n = počet pozorování na oddělení A



**Komentář k tabulce a grafu**

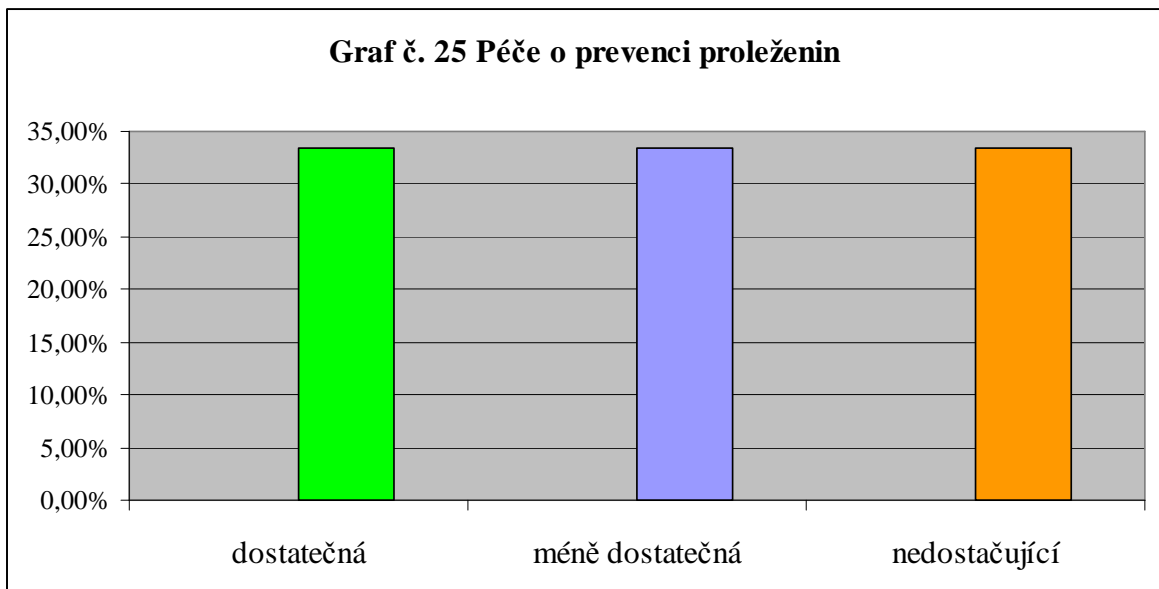
Ano, na oddělení bylo dostatek pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných (100 %).

Nejčastěji se používaly k zajištění bezpečnosti postranice a popruhy. Nejlepší by bylo, kdyby bylo na oddělení více schůdků, které by pomohly starým lidem dostat se snadněji do postele.



#### Komentář k tabulce a grafu

Pomůcky byly dostatečně využívány (100 %).



#### Komentář k tabulce a grafu

Ve dvou případech byla péče o prevenci proleženin dostatečná (33 %), ve dvou případech byla méně dostatečná (33 %) a ve dvou případech nedostačující (33 %).

Mezi pomůcky k prevenci proleženin mohu vyjmenovat podložní kolečka, botičky z rouna, klíny, jeden kvádr, válce, umělá ovčí rouna, kusy molitanu. Součástí péče bylo i pravidelné docházení rehabilitační sestry, mazání zad kafrem a promasírování zad při hygieně. Bohužel se však opomíjelo pravidelné polohování ležících pacientů. Nemyslím si, že by to bylo

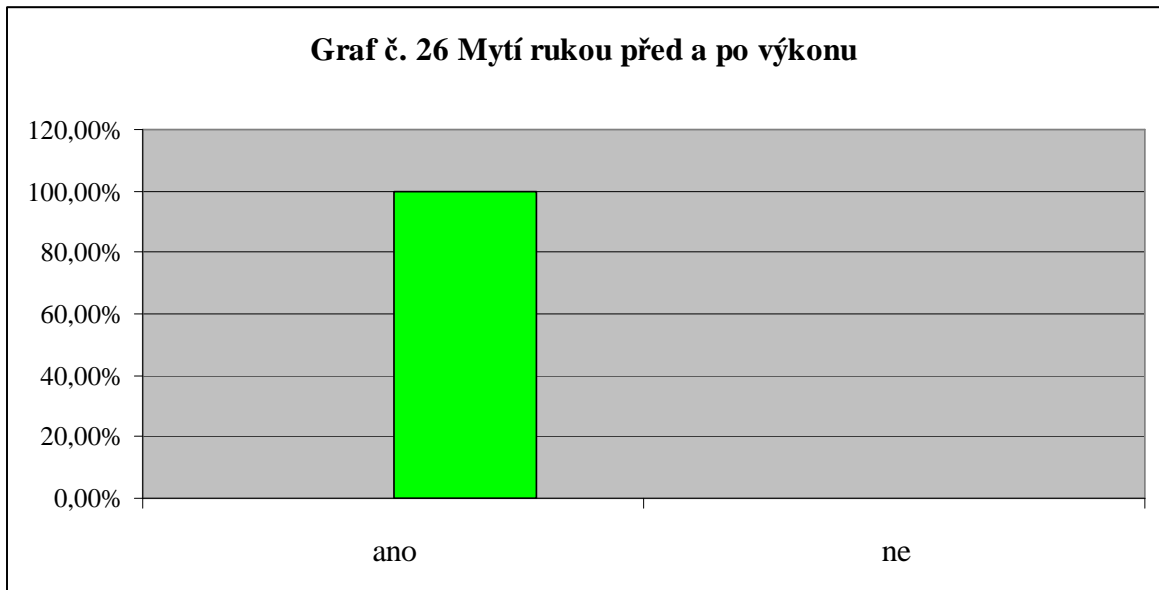
neochotou sester nemocné napolohovat. Spíše byl problém v nedostatku času a nedostatku personálu. Sestry byly přes den opravdu „v jednom kole“. A nejen sestry, ale i další ošetřující personál, který byl vytížen doprovodem pacientů na velké množství vyšetření, jež byly u pacientů naordinovány. Nejčastěji byli nemocní napolohováni po snídani, po té, co došli z vyšetření či po výměně plen. Dalším problémem z hlediska prevence dekubitů bylo to, že pacienti byli ponecháni na neupraveném lůžku a pleny jim byly měněny až po delší době, takže leželi dlouho ve vlhkém prostředí.

**Tabulka č. 21 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při do-  
držování zásad asepsy a hygienických opatření na oddělení A**

<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 19.11. 2009 do 20.11. 2009 na oddělení A</b>		
<b>Mytí rukou před a po výkonu</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Používání gumových rukavic a dalších pomůcek k zajištění ochrany</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	1	16,67 %
ne	5	83,33 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dostatečná hygienická péče o nemocné (celková hygiena, mytí rukou...)</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
dostatečná	1	16,67 %
méně dostatečná	5	83,33 %
nedostačující	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dodržování zásad péče o permanentní močový katétr</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
dostačující	0	0,00 %
méně dostačující	6	100,00 %
nedostačující	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dodržování zásad péče o žilní kanylu</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
dostačující	0	0,00 %
méně dostačující	0	0,00 %
nedostačující	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dostatečná dezinfekce místa před výkonem</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>

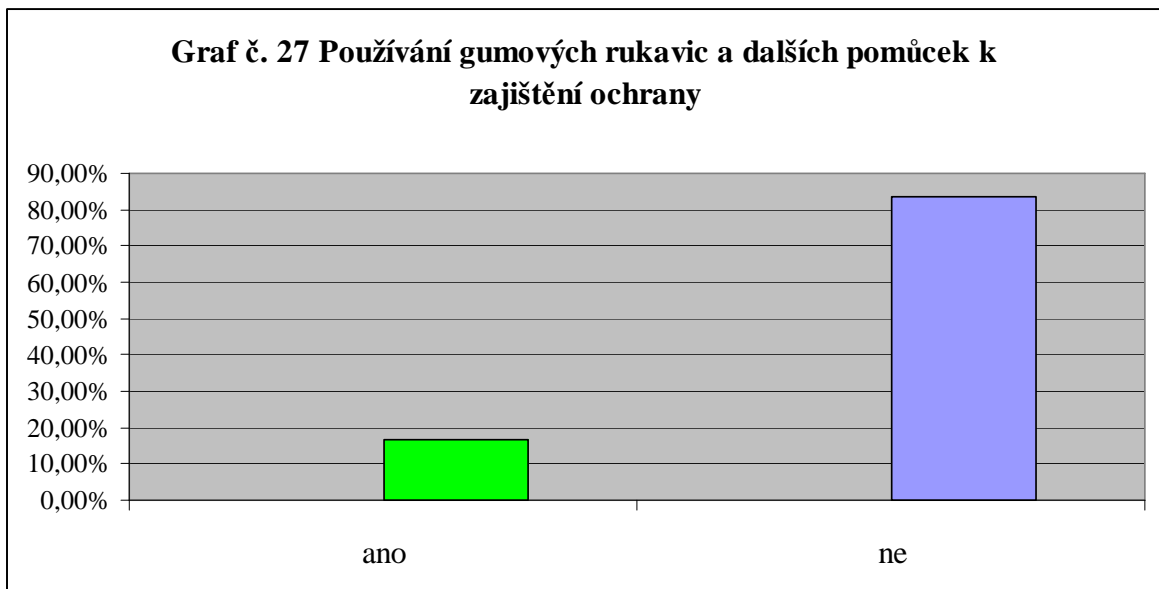
\*n = počet pozorování na oddělení A





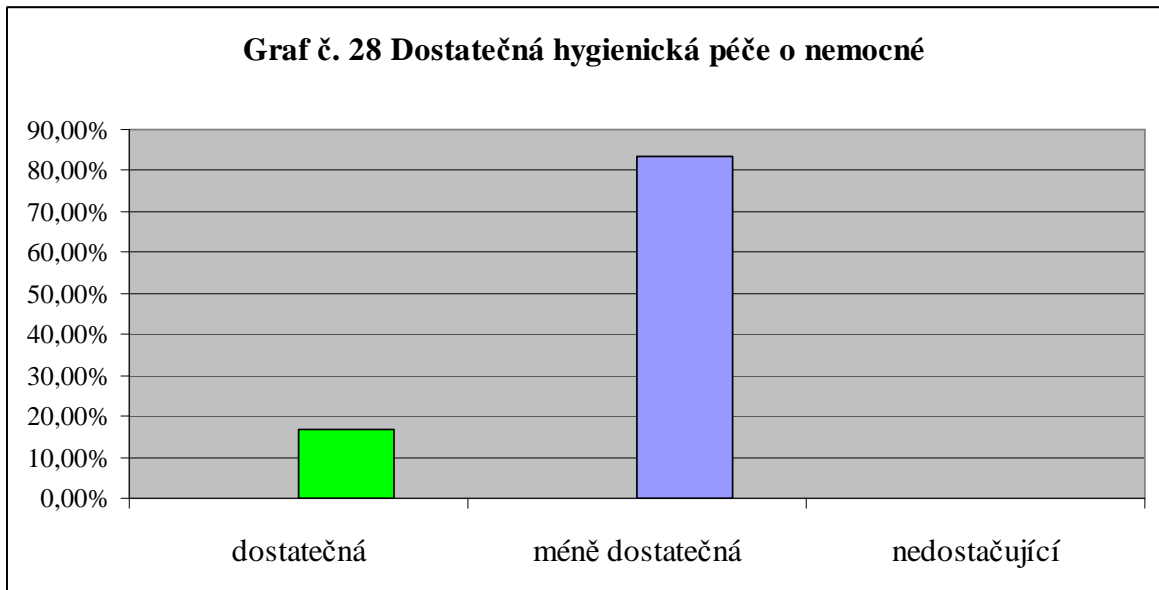
#### **Komentář k tabulce a grafu**

Ve všech šesti pozorováních si sestry před a po výkonu umyly ruce (100 %).



#### **Komentář k tabulce a grafu**

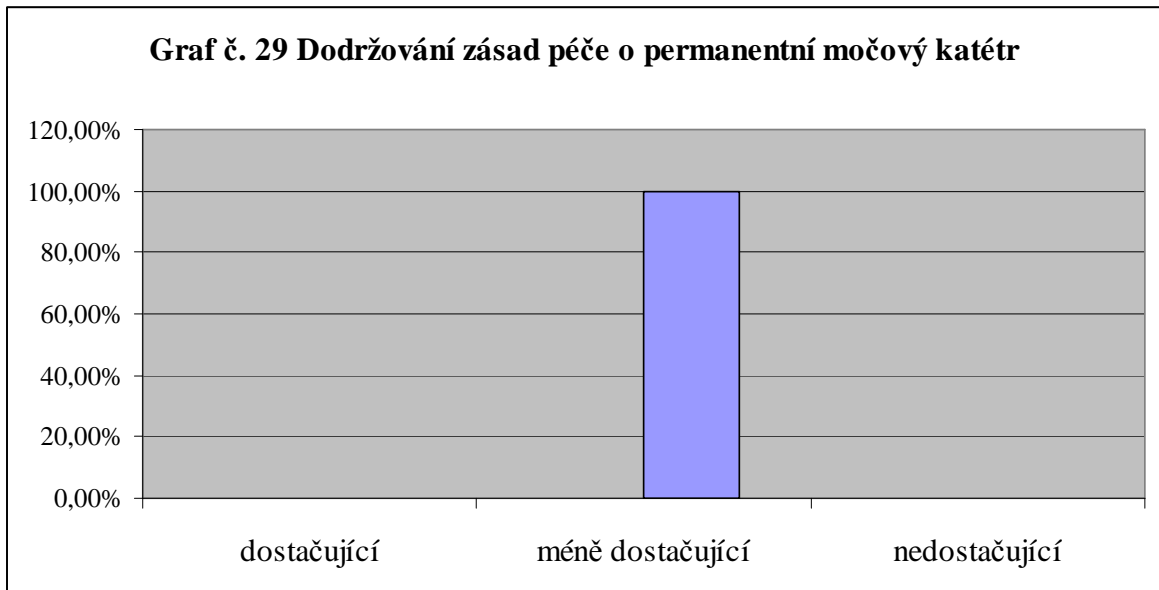
Pouze v jednom případě z šesti pozorování byly použity rukavice (17 %), ve zbylých 83 % použity nebyly.



### **Komentář k tabulce a grafu**

Hygienickou péči o nemocné jsem ohodnotila v jednom případě jako dostačující (17 %), v pěti případech jako méně dostačující (83 %).

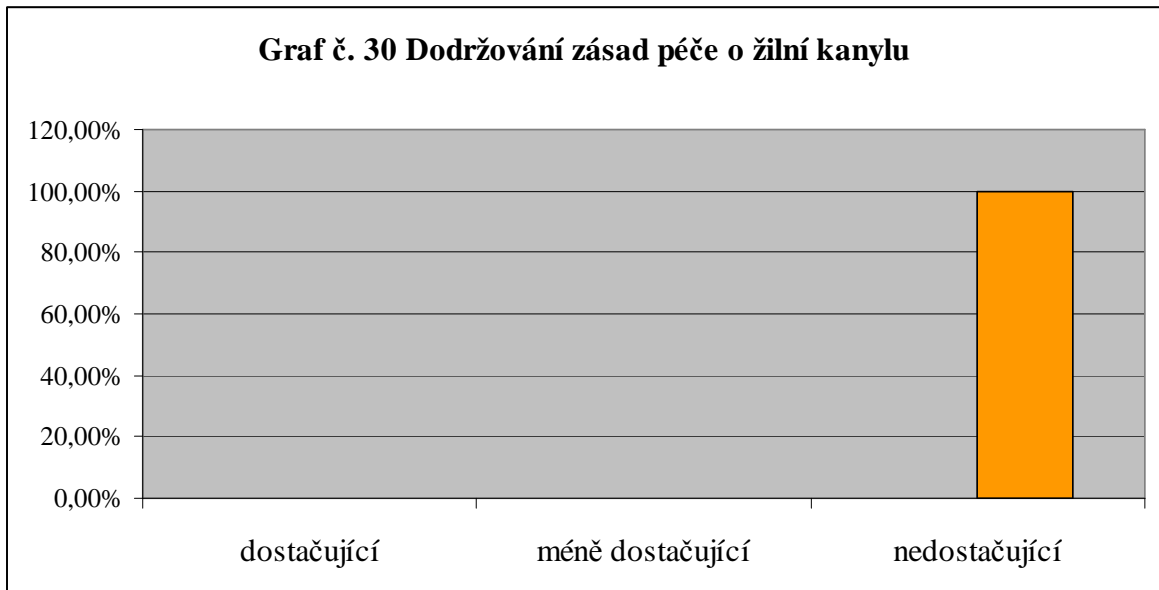
Důvodem je, že byly opomíjeny některé důležité prvky hygienické péče. Jednou z nejdůležitějších věcí bylo opomíjení hygieny dutiny ústní, a to téměř vždy. Také se neprováděl oplach genitálu u ležících nemocných, neprováděla se u hygieny ani dezinfekce ústí močové trubice a permanentního močového katétru, pokud ho měl nemocný zavedený. Myslím si, že to nebylo ani tak neochotou, jako spíše nedostatkem času a velkým množstvím výkonů, které bylo nutno před vizitou splnit. Dále během dne sestry neumožnily ležícím nemocným umytí rukou po vyprázdnění.



### **Komentář k tabulce a grafu**

Dodržování zásad péče o permanentní močový katétr bylo v šesti případech méně dostačující (100 %). Důvodem bylo, že sestry opomíjely některé prvky péče. Při hygieně nedezinfikovaly ústí močové trubice ani katétr. Přitom ve standardu ošetrovatelské péče se píše, že by se měl dezinfikovat katétr a okolí alespoň tři až čtyřikrát denně. Pouze při hygieně odstranily hrubé a hlavně viditelné nečistoty. Neviděla jsem, že by po týdnu odebíraly moč na bakteriologické vyšetření. Byla opomíjena kontrola naplnění sběrných močových sáčků a ty byly velmi přeplněné. V jednom případě byl sáček již tak naplněn, že uzávěr sáčku povolil a všechna moč vytekla na podlahu. Sáčky nebyly popsány datem zavedení, ale to už je spíše na zvyklosti oddělení.

Jako pozitivum musím konstatovat, že katétr od sáčku nebyl zbytečně odpojován.

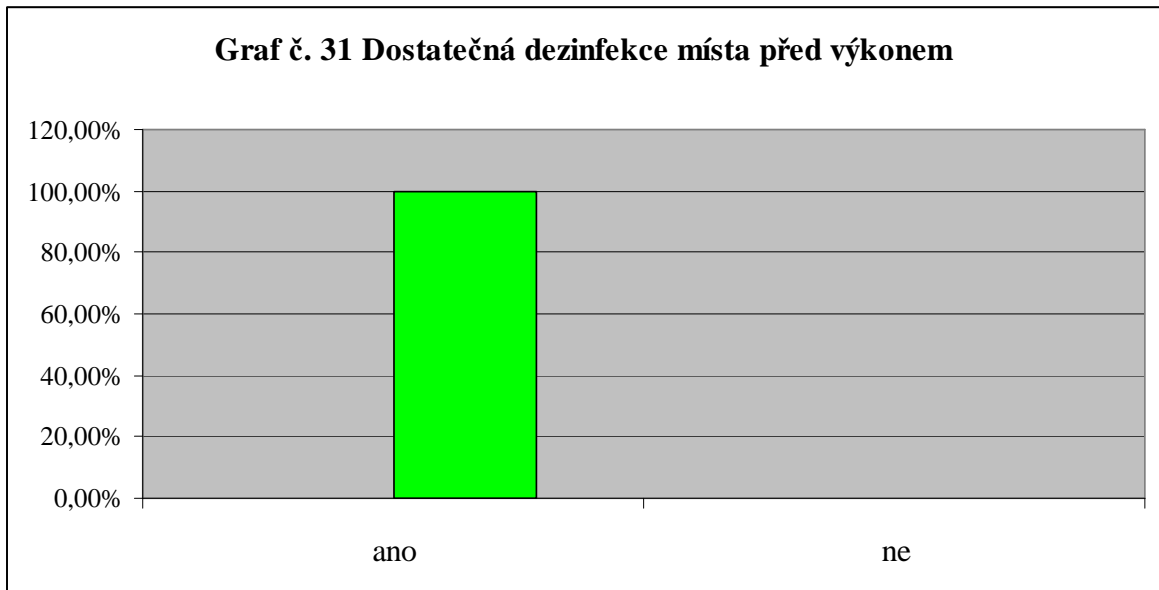


### **Komentář k tabulce a grafu**

Dodržování zásad péče o žilní kanylu bylo ve všech případech nedostačující (100 %).

Na daném oddělení se nepoužívaly heparinové zátky. Dokonce ani do centrálních žilních katétrů. Uzávěry na spojovací hadičky a proplachy se nacházely nepopsané a volně položené, ničím nekryté na stolečcích, takže nebylo možno s přesností určit, co se v každé injekční stříkačce nachází, jak dlouho to tam leží, či dokonce kterému nemocnému to patří. Před napojením infuzního setu na spojovací hadičku či před podáním léku do žíly se spoje nedezinfikovaly.

Objektivně lze tento výzkum podpořit tím, že v době mého pozorování byl velký výskyt tromboflebitid na oddělení. Povšimly si toho i sestry, přesto jsem si nevšimla, že by nějak změnily přístup v péči.

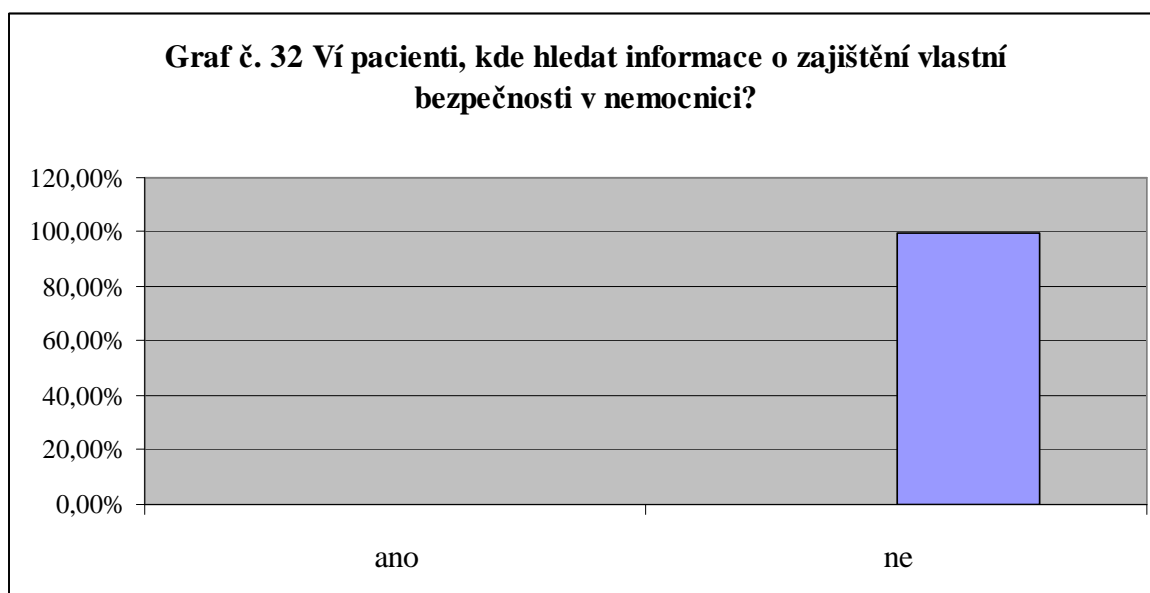
**Komentář k tabulce a grafu**

Dezinfekce místa před výkonem byla vždy dostatečná (100 %).

**Tabulka č. 22 Pozorovací záznam - sledování zajištění informovanosti nemocných na oddělení A**

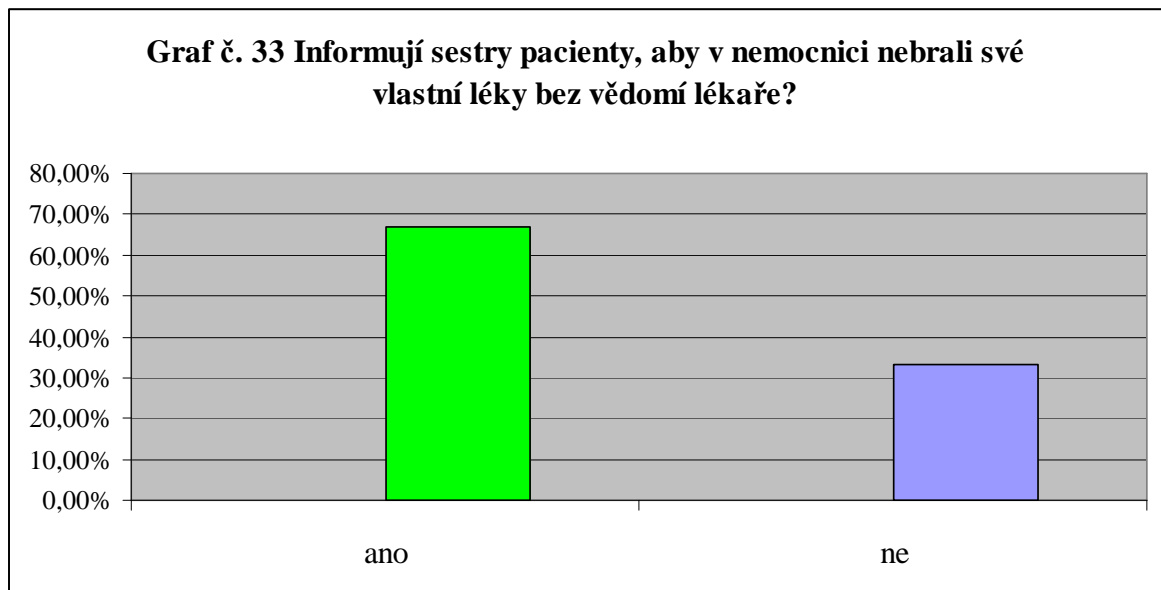
<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 19.11. 2009 do 20.11. 2009 na oddělení A</b>		
Ví pacientů, kde hledat informace o zajištění vlastní bezpečnosti v nemocnici?	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Informují sestry pacienty, aby v nemocnici nebrali své vlastní léky bez vědomí lékaře?	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	4	66,67 %
ne	2	33,33 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %

*\*n = počet pozorování na oddělení A*



### **Komentář k tabulce a grafu**

Pacienti neví, kde hledat informace o vlastní bezpečnosti (100 %). Nemocní shodně uvádějí, že se cítí v bezpečí a otázka vlastní bezpečnosti je nikdy nenapadla a nezajímala. Rovněž nevěděli, kde by mohli najít informace k tomuto tématu.



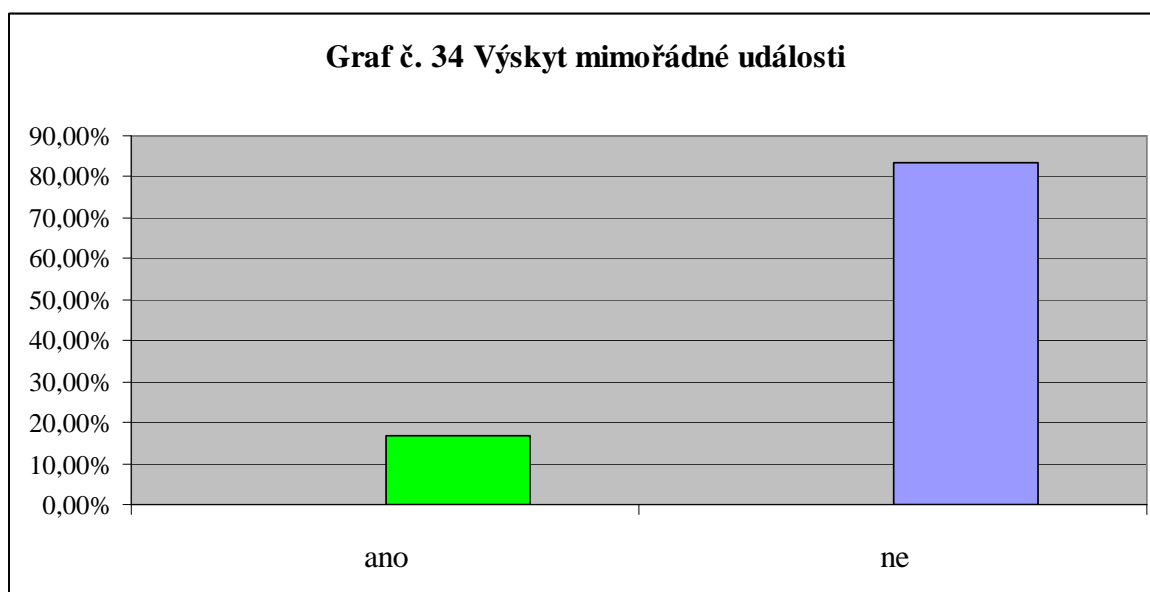
#### **Komentář k tabulce a grafu**

Ve čtyřech případech sestry informovaly pacienta, aby nebral své vlastní léky bez vědomí lékaře (67 %), ve dvou zbylých případech pacient informován nebyl (33 %).

**Tabulka č. 23 Pozorovací záznam - sledování výskytu mimořádných událostí na oddělení A**

<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 19.11. 2009 do 20.11. 2009 na oddělení A</b>		
Výskyt mimořádné události**	*n	%
ano	1	16,67%
ne	5	83,33%
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00%</b>

\*n = počet pozorování na oddělení A



\*\* Tento údaj je méně relevantní vzhledem k tomu, že se výskyt mimořádných událostí sleduje 24 hodin denně.

### **Komentář k tabulce a grafu**

Během mého pozorování se vyskytla jedna mimořádná událost (17 %). Příčinou byl zlozvyk sester chystat léky dlouho dopředu. Sestra zaměnila podnos s odpoledními léky za podnos s léky večerními. Uvědomila si to, až když byla polovina léků roznesena po pokojích. Nicméně, než je stihla zase všechny vysbírat, někteří už měli léky užité. Chyba nebyla sestrou nahlášena.

Dále jsem si povšimla, že na pokoji u lůžka nemocné byly zapomenuty dlouhé ostré nůžky. Nemocná byla v deliriu, ale přikurtovaná. Přesto by podle mne neměly zůstat na pokojích žádné nebezpečné předměty a po odchodu z pokoje by se měly kontrolovat stolky a okolí, zda někde něco nezůstalo.



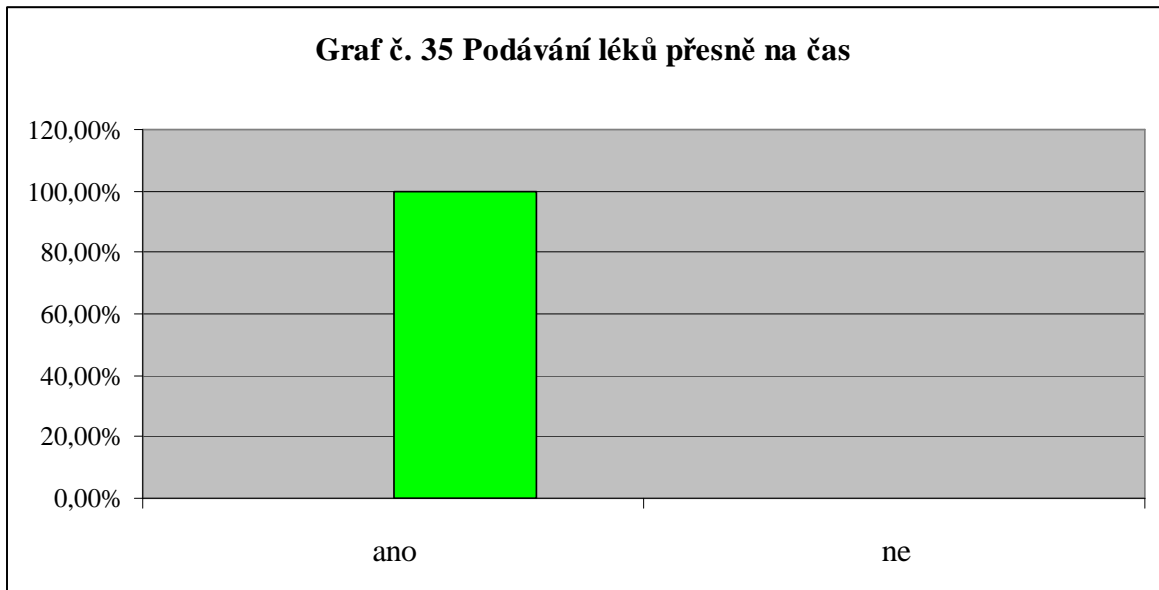
Nemocní si na tomto oddělení často stěžovali, že nefungují signalizace. Dokonce na jednom pokoji nebylo funkční ani jedno signalizační zařízení. Pacientům nezbývalo tedy nic jiného, než se sester dovolat vlastními silami. Bohužel sestry volání pacienta například v jednom případě nezaslechly, a tak nemocný z vlastních sil, napojený na infúzi a s permanentním močovým katétrem, se snažil dostat na sesternu sám.

Jako další minus musím uvést, že uklízečky velmi málo upozorňovaly chodící nemocné na mokrou podlahu například na pokojích a na chodbě. Je ale faktem, že vytíraly vždy pouze jednu polovinu strany chodby, aby druhá suchá polovina sloužila k bezpečné chůzi jak pacientů, tak personálu a návštěv.

Tabulka č. 24 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u podávání léků na oddělení B

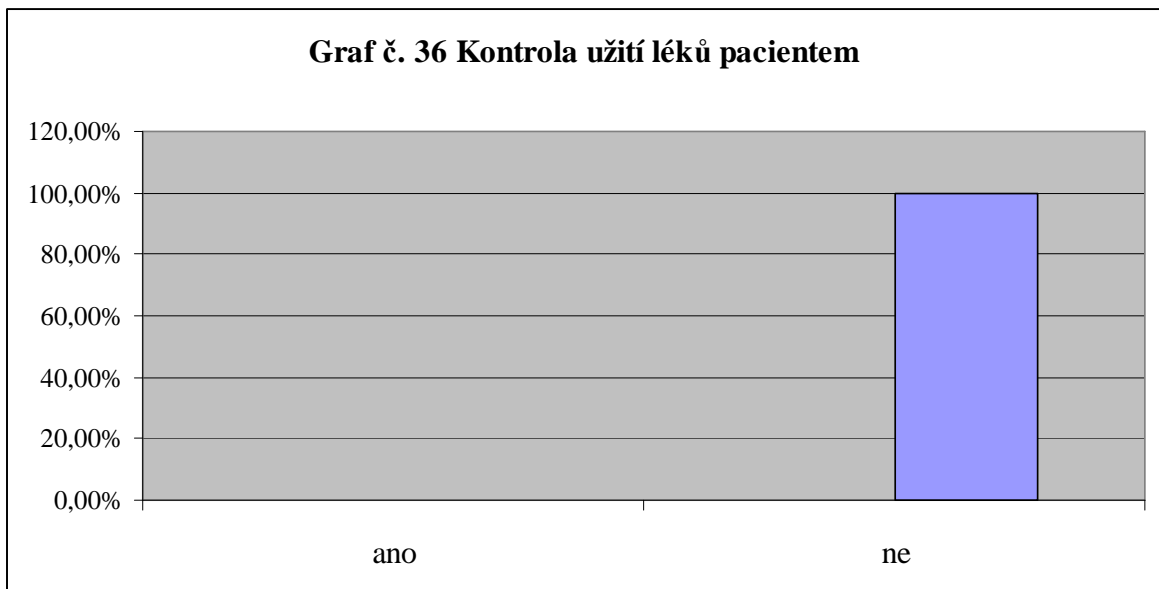
<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 7.12. 2009 do 9.12. 2009 na oddělení B</b>		
Podávání léků přesně na čas	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Kontrola užití léků pacientem		
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Dostatečné označení léků před podáním		
perorální léky	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
infúze	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
inzulíny	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
ostatní (s.c., i.m....)	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Opomenutí podání léků	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %

\*n = počet pozorování na oddělení B



#### **Komentář k tabulce a grafu**

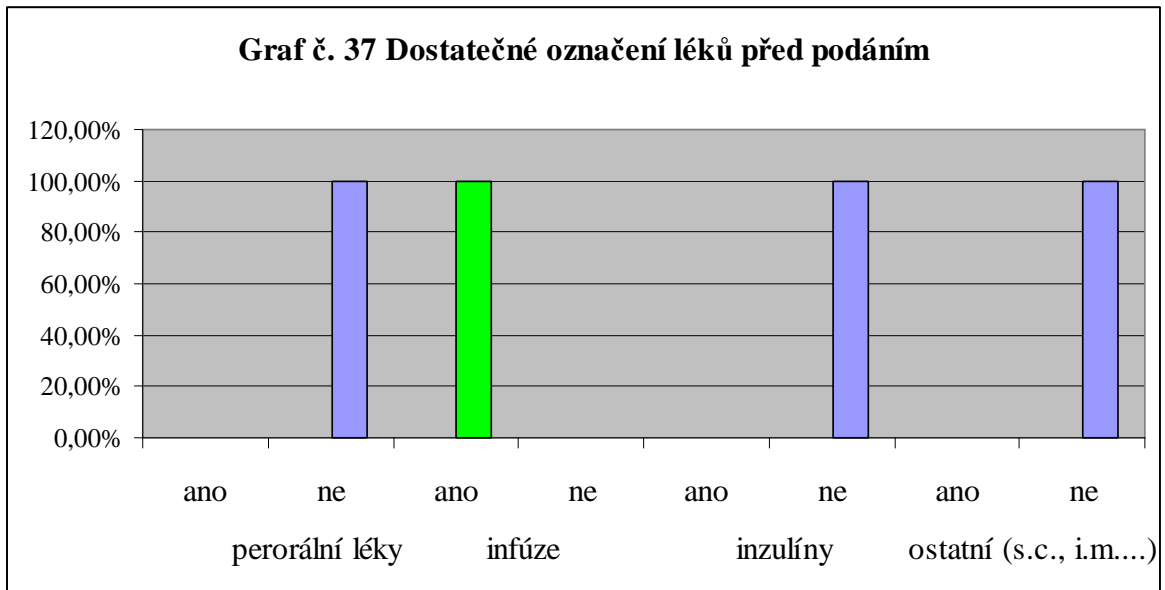
Léky byly ve všech šesti případech podány v čas (100 %).



#### **Komentář k tabulce a grafu**

Ve všech šesti případech nebylo zkontrolováno užití léků pacientem (100 %).

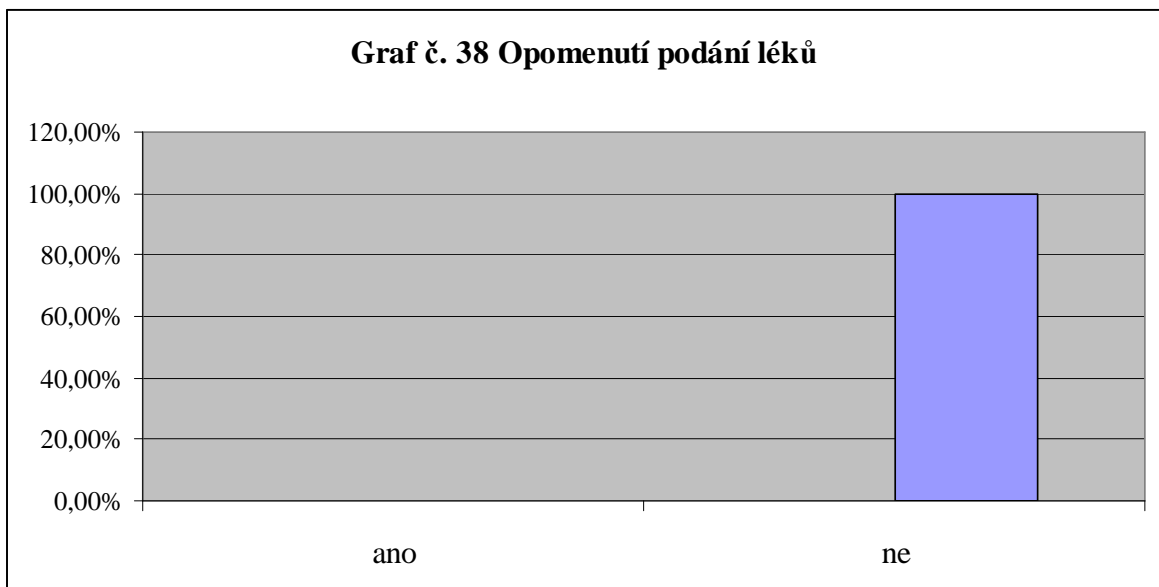
Sestry zanesly lék na pokoj, ale nezkontrolovaly pak, zda nemocný lék skutečně užil. Služba potom při vysbírávání nádobí od snídaně prázdné lékovky vysbírала, popřípadě pokud v ní byly léky, daly se nemocnému dodatečně zapít. Ve standardech ošetrovatelské péče se uvádí, že sestra má pacientovi podat léky a osobně dohlédnout na to, jak nemocný léky zapije.



#### Komentář k tabulce a grafu

Na tomto oddělení dostatečně označovaly pouze infúze (100 %). Ostatní léky byly označeny nedostatečně (100 %), a to pouze stylem 2/3. Z tabulky vyplývá, jak již bylo řečeno výše, že sestry pracují dle zaběhlého způsobu v označování léků. Určité typy léků popisují všechny a určité ne.

I na tomto oddělení chystaly sestry léky hodně dopředu. Hlavně léky perorální a infúze.



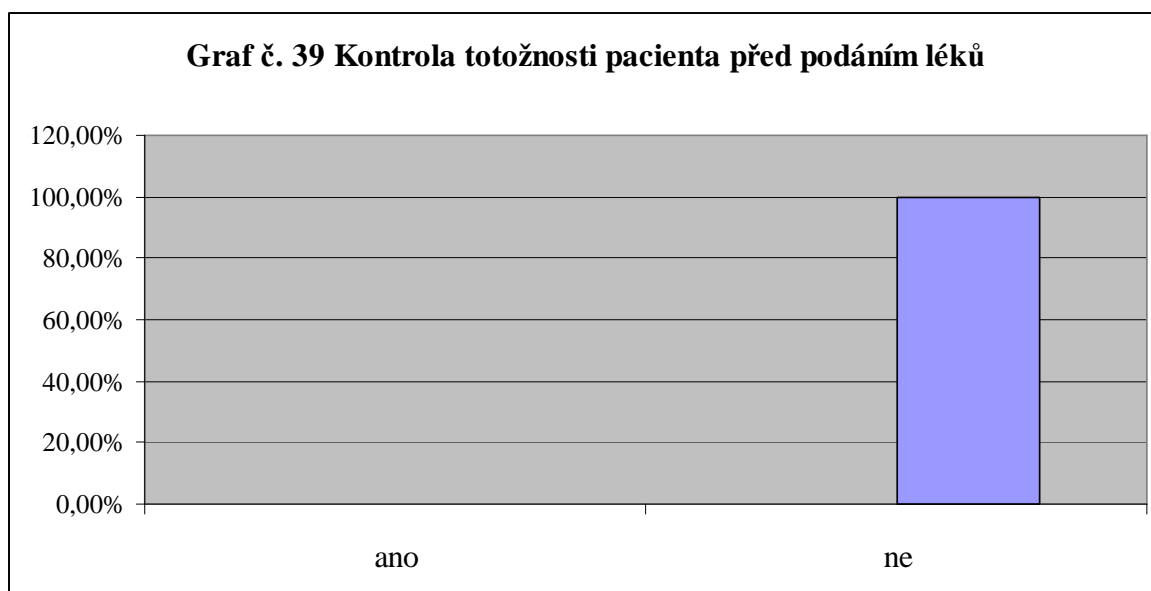
#### Komentář k tabulce a grafu

Podání léků nebylo opomenuto v žádném případě ze šesti pozorování (100 %).

**Tabulka č. 25 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u zjišťování identifikace nemocného na oddělení B**

<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 7.12. 2009 do 9.12. 2009 na oddělení B</b>		
<b>Kontrola totožnosti pacienta před podáním léků</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Kontrola pacienta před odběrem biologického materiálu</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>

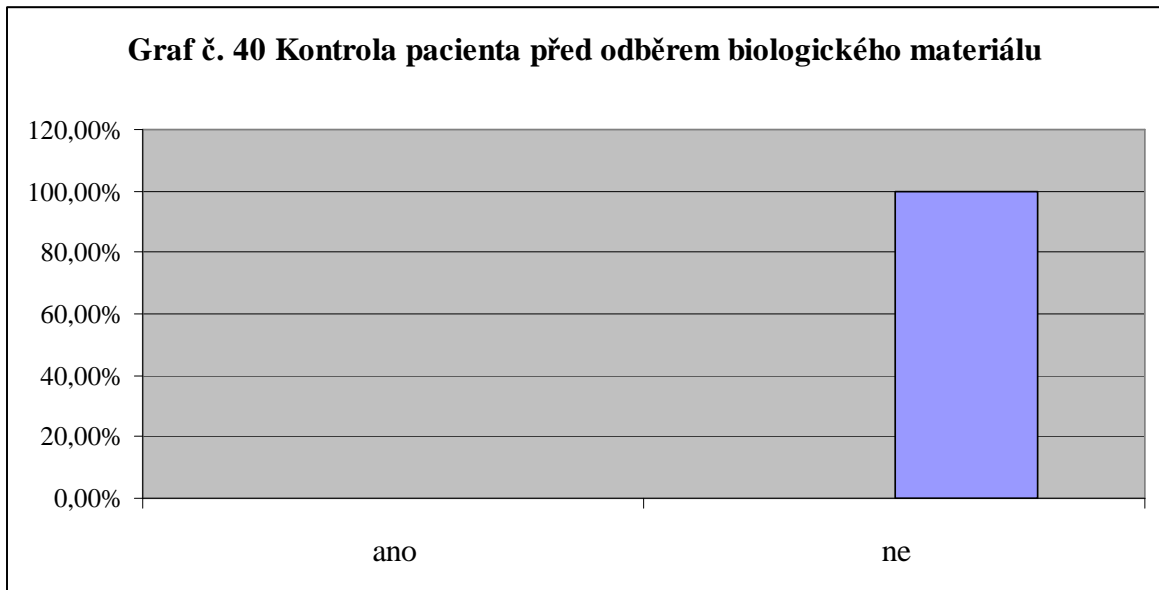
*\*n = počet pozorování na oddělení B*



### **Komentář k tabulce a grafu**

Sestry ve všech šesti případech nezkontrolovaly totožnost nemocného (100 %).

Při praxi na tomto oddělení se již používaly identifikační štítky, které umožňují, aby si sestry zkontrolovaly jméno pacienta a zabraňují jejich záměně. Velkou výhodou, jak jsem sama zjistila, to má především u ležících pacientů s různým stupněm poruchy vědomí či u nespolupracujících nemocných, zvláště v případě, kdy tito pacienti leží na oddělení velmi krátce a nejsou schopni či nechtějí říci své jméno. Při svém pozorování jsem si ale nevšimla, že by se sestry na identifikační štítky dívaly.



#### **Komentář k tabulce a grafu**

Sestry ve všech šesti případech nezkontrolovaly totožnost nemocného před odběrem biologického materiálu (100 %).

**Tabulka č. 26 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při zajištění bezpečnosti nemocných na oddělení B**

**Pozorovací záznam šesti pozorování od 7.12. 2009 do 9.12. 2009 na oddělení B**

Na oddělení je dostatek pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných

	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>

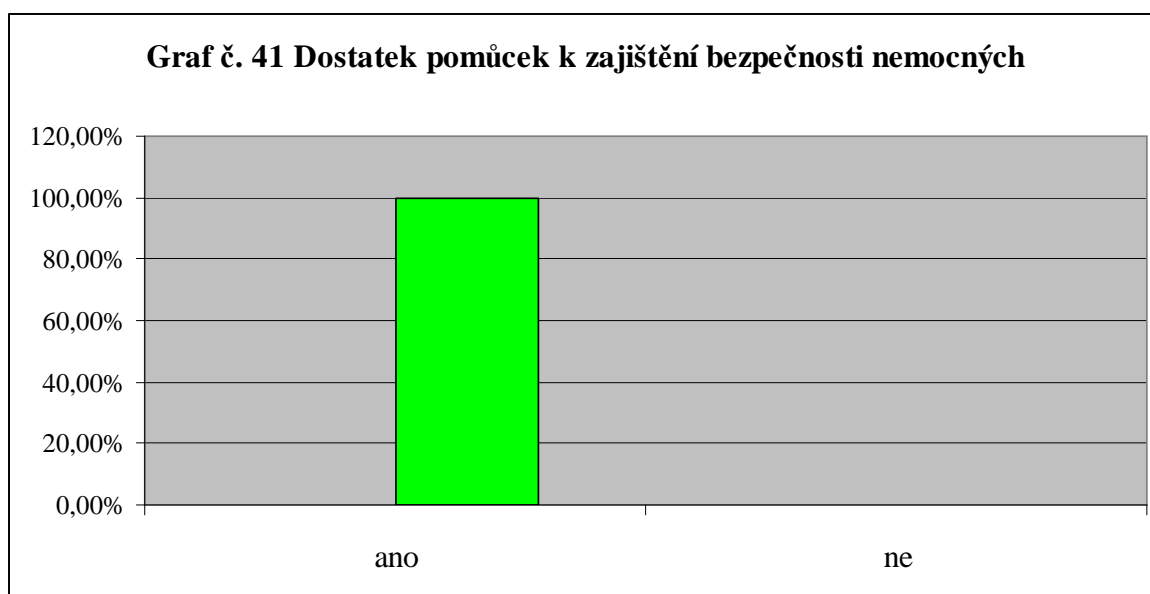
Pomůcky jsou dostatečně využívány

	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>

Péče o prevenci proleženin

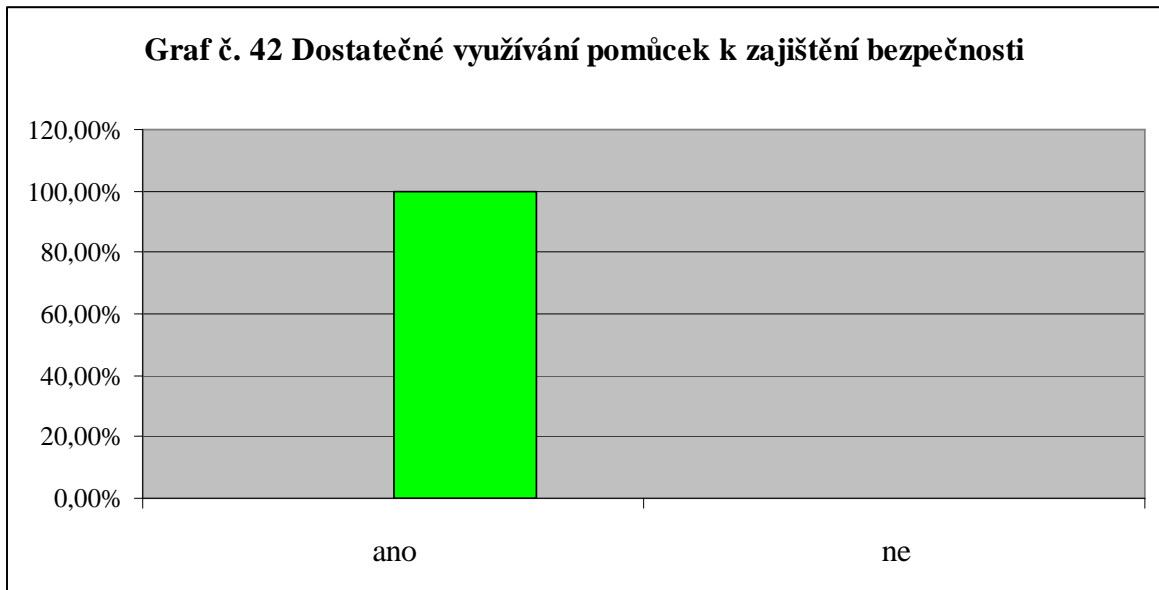
	<b>*n</b>	<b>%</b>
dostatečná	0	0,00 %
méně dostatečná	4	66,67 %
nedostačující	2	33,33 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet pozorování na oddělení B



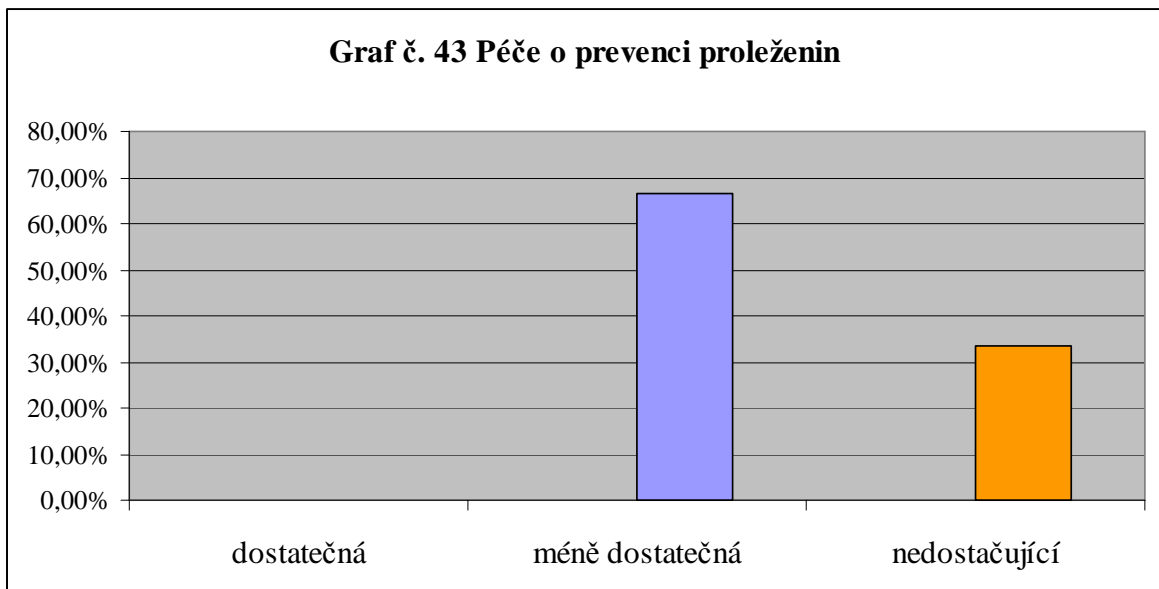
**Komentář k tabulce a grafu**

Na oddělení je dostatek pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných (100 %). Jak už jsem uváděla u předešlého oddělení, nejvíce se používaly k zajištění bezpečnosti nemocných postranice a u některých pacientů bylo třeba použít i kurty.



#### Komentář k tabulce a grafu

Pomůcky byly dostatečně využívány ve všech případech (100 %).



#### Komentář k tabulce a grafu

Ve čtyřech případech byla péče o prevenci proleženin méně dostatečná (67 %), ve dvou případech pak byla nedostačující (33 %).

Nemocní nebyli pravidelně a dostatečně polohováni. Jako prevenci, kterou na daném oddělení prováděli proti vzniku proleženin mohou udat péči o pokožku při hygieně, používání válce naplněného polystyrénovými kuličkami. U jednoho velmi rizikového nemocného byl využit k prevenci proleženin jeden nejmenovaný firemní přípravek. K dispozici byly i mo-

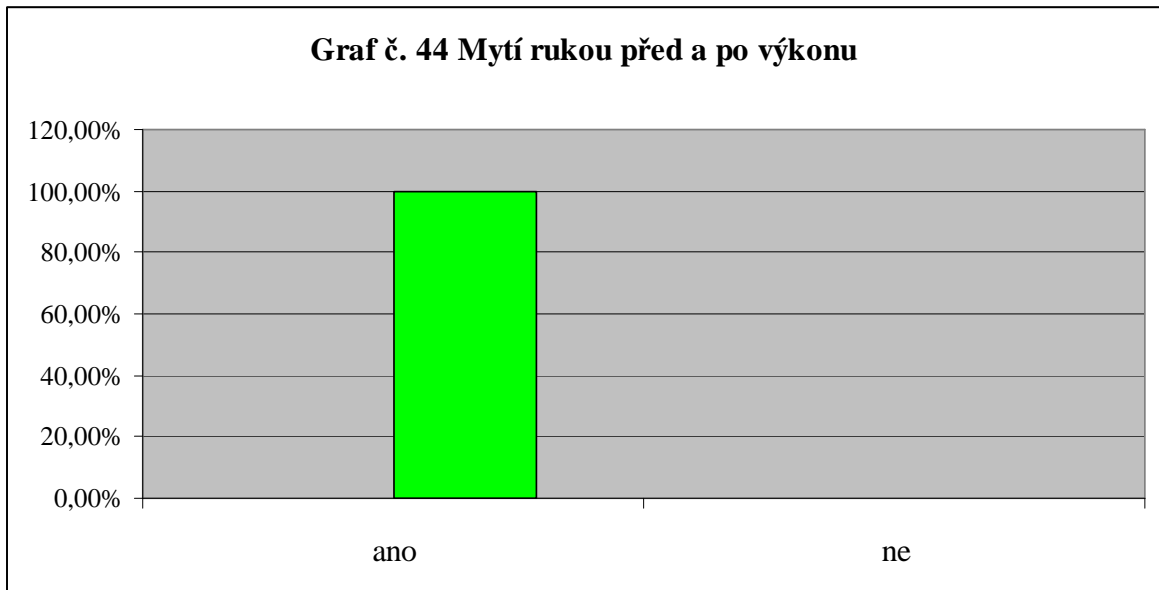


litany, botičky a podložky z rouna. Sestry ale spíše více využívaly k vypořádání obalené polštáře, než zmíněné pomůcky. Ležícím pacientům bývaly ponechány mokré pleny delší dobu, než bylo vhodné.

**Tabulka č. 27 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při do-  
držování zásad aseptise a hygienických opatření na oddělení B**

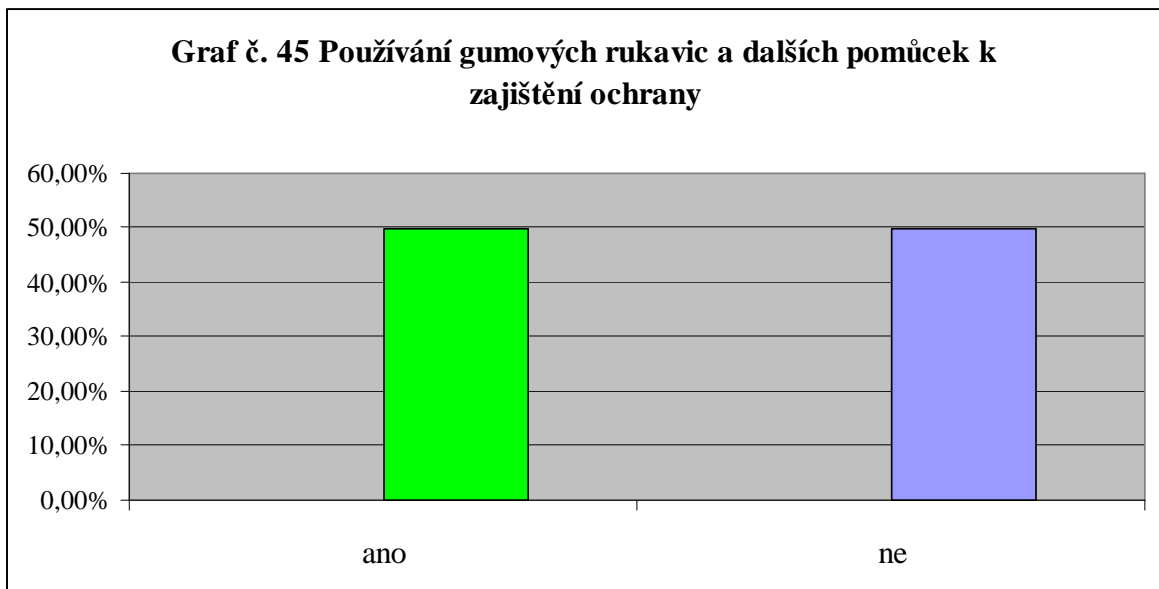
<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 7.12. 2009 do 9.12. 2009 na oddělení B</b>		
<b>Mytí rukou před a po výkonu</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Používání gumových rukavic a dalších pomůcek k zajištění ochrany</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	3	50,00 %
ne	3	50,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dostatečná hygienická péče o nemocné (celková hygiena, mytí rukou...)</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
dostatečná	5	83,33 %
méně dostatečná	1	16,67 %
nedostačující	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dodržování zásad péče o permanentní močový katétr</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
dostačující	0	0,00 %
méně dostačující	6	100,00 %
nedostačující	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dodržování zásad péče o žilní kanylu</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
dostačující	6	100,00 %
méně dostačující	0	0,00 %
nedostačující	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dostatečná dezinfekce místa před výkonem</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet pozorování na oddělení B



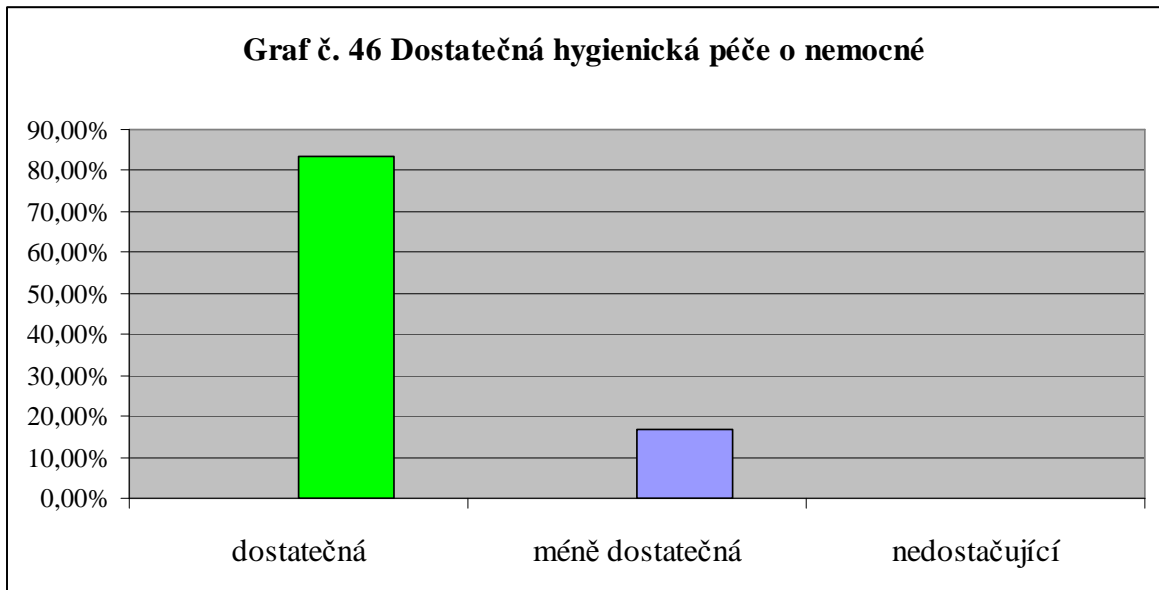
#### Komentář k tabulce a grafu

Sestry si ve všech šesti případech před výkonem a po výkonu umyly ruce (100 %).



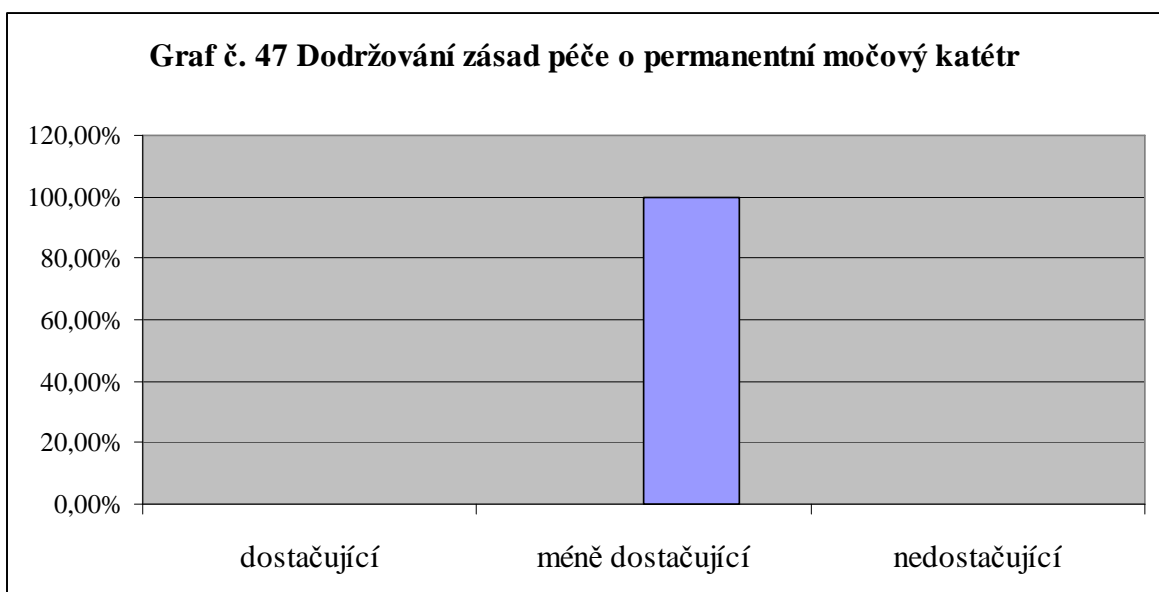
#### Komentář k tabulce a grafu

Ve třech případech byly použity gumové rukavice (50 %), ve třech případech použity nebyly (50 %).



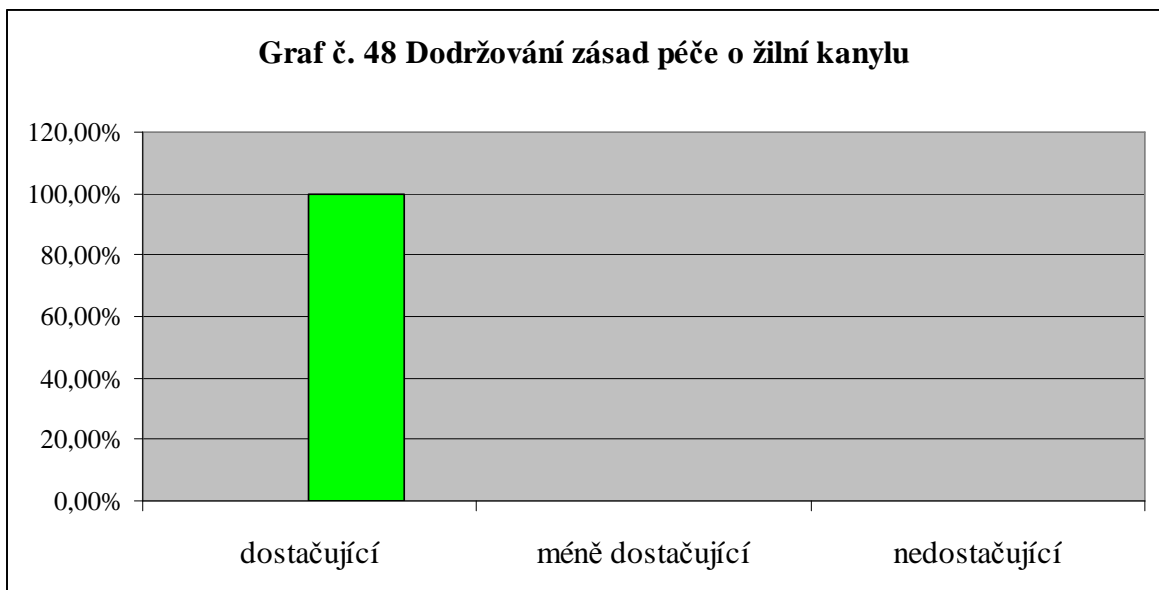
#### **Komentář k tabulce a grafu**

V pěti případech byla hygienická péče dostatečná (83 %). V jednom případě byla péče méně dostačující (17 %). Důvodem, proč hodnotím péči jako většinou dostačující je, že sestry na hygienu dutiny ústní u ležících nemocných nezapomínaly, neboť si to zkontrolovala staniční sestra. Pacienty myly pečlivě a nezapomínaly ani na uši, nos a vlasy. Při hygieně se zde však také nedezinfikovalo ústí močové trubice ani močový katétr, pokud jej měl nemocný zavedený.

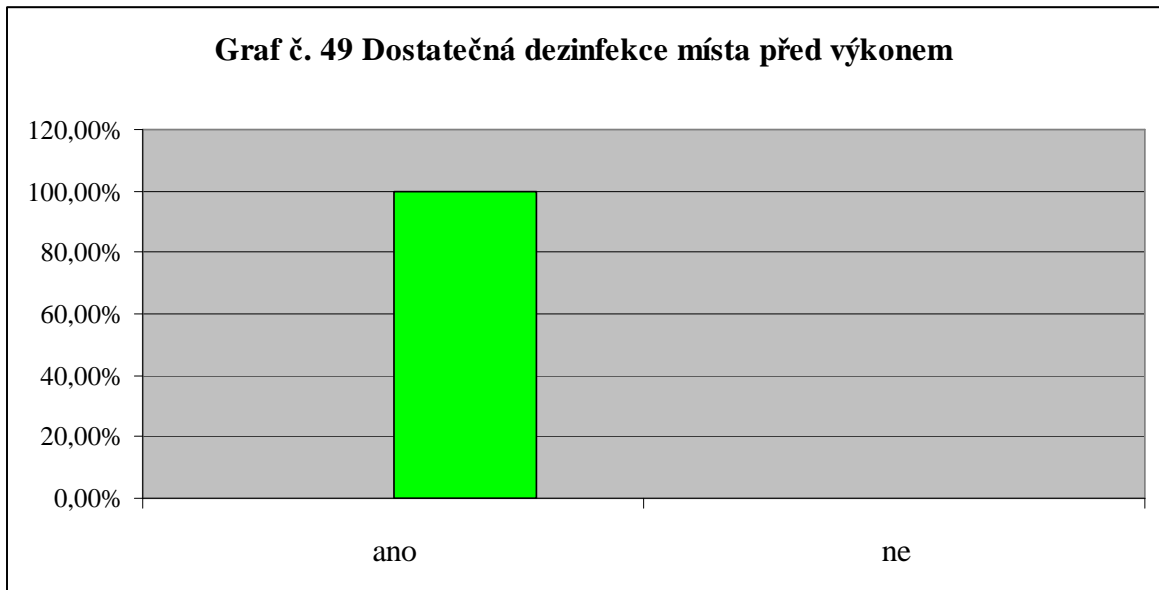


**Komentář k tabulce a grafu**

Dodržování zásad péče o permanentní močový katétr bylo u šesti pozorování méně dostačující (100 %). Důvodem bylo opomíjení některých prvků péče. Při hygieně se opět nedezinfikovalo ústí močové trubice ani katétr, ale aspoň se pečlivě umyly. Neviděla jsem, že by po týdnu odebíraly moč na bakteriologické vyšetření. Sáčky byly pravidelně kontrolovány a vypouštěny, zbytečně se od katétrů neodpojovaly.

**Komentář k tabulce a grafu**

Dodržování zásad péče o žilní kanylu bylo dostačující při všech šesti pozorováních (100 %). Na oddělení se používaly naředěné heparinové zátky. Ty se však neodsávaly. Před použitím se jen spojovací hadička propláchlá. Zátky a proplachy byly popsány. Uzávěry setů a spojovacích hadiček byly uschovány v Petriho miskách, které měli pacienti na stolečcích. Před odpojením infuzního setu od spojovací hadičky či před podáním léku do žíly se spoje nedezinfikovaly. Sestry denně kontrolovaly místa vpichu kanyly a prováděly pravidelné výměny krytí.

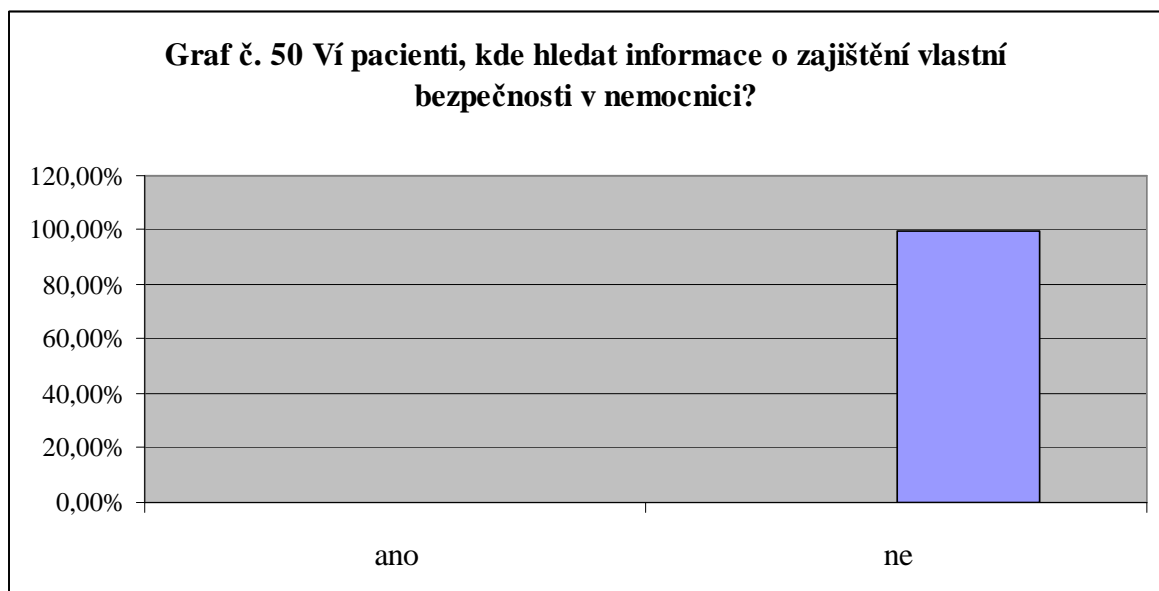
**Komentář k tabulce a grafu**

Místo bylo před výkonem v šesti případech dostatečně dezinfikované (100 %).

**Tabulka č. 28 Pozorovací záznam - sledování zajištění informovanosti nemocných na oddělení B**

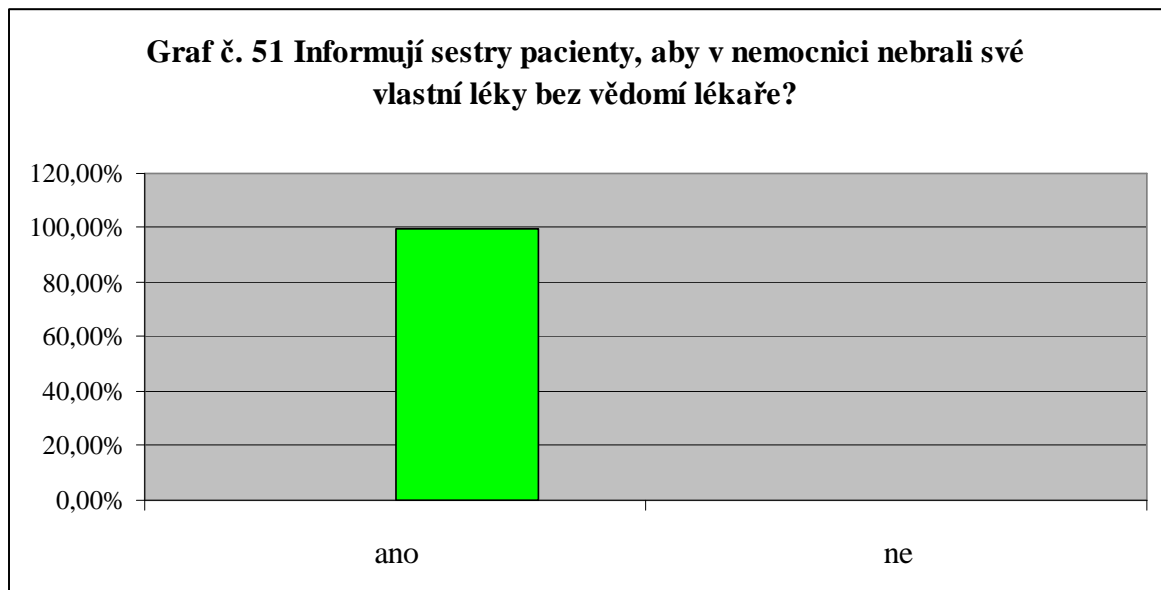
<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 7.12. 2009 do 9.12. 2009 na oddělení B</b>		
Ví pacientů, kde hledat informace o zajištění vlastní bezpečnosti v nemocnici?	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Informují sestry pacienty, aby v nemocnici nebrali své vlastní léky bez vědomí lékaře?	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %

*\*n = počet pozorování na oddělení B*



### **Komentář k tabulce a grafu**

Ve 100 % pacienti nevěděli, kde hledat informace o zajištění vlastní bezpečnosti v nemocnici. Stejně jako na oddělení A nemocní uváděli, že se cítí v bezpečí a otázka vlastní bezpečnosti je moc nezajímá.



#### **Komentář k tabulce a grafu**

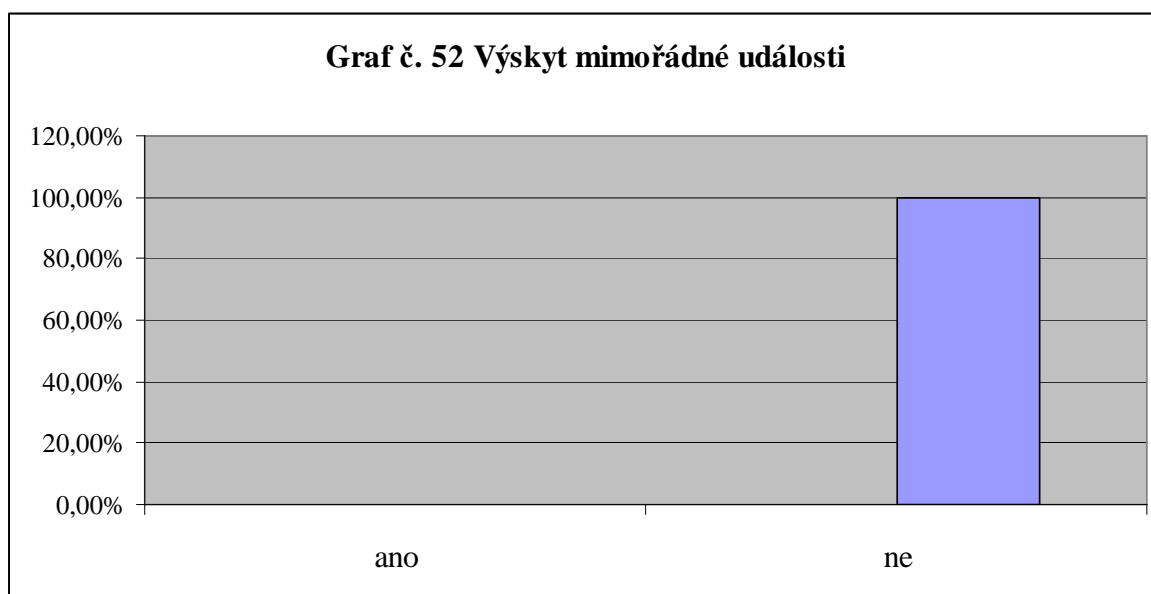
Sestry ve všech případech informovaly nemocné, aby v nemocnici nebrali své vlastní léky bez vědomí lékaře.



**Tabulka č. 29 Pozorovací záznam - sledování výskytu mimořádných událostí na oddělení B**

<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 7.12. 2009 do 9.12. 2009 na oddělení B</b>		
Výskyt mimořádné události**	*n	%
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00%</b>

\*n = počet pozorování na oddělení B



\*\* Tento údaj je méně relevantní vzhledem k tomu, že se výskyt mimořádných událostí sleduje 24 hodin denně.

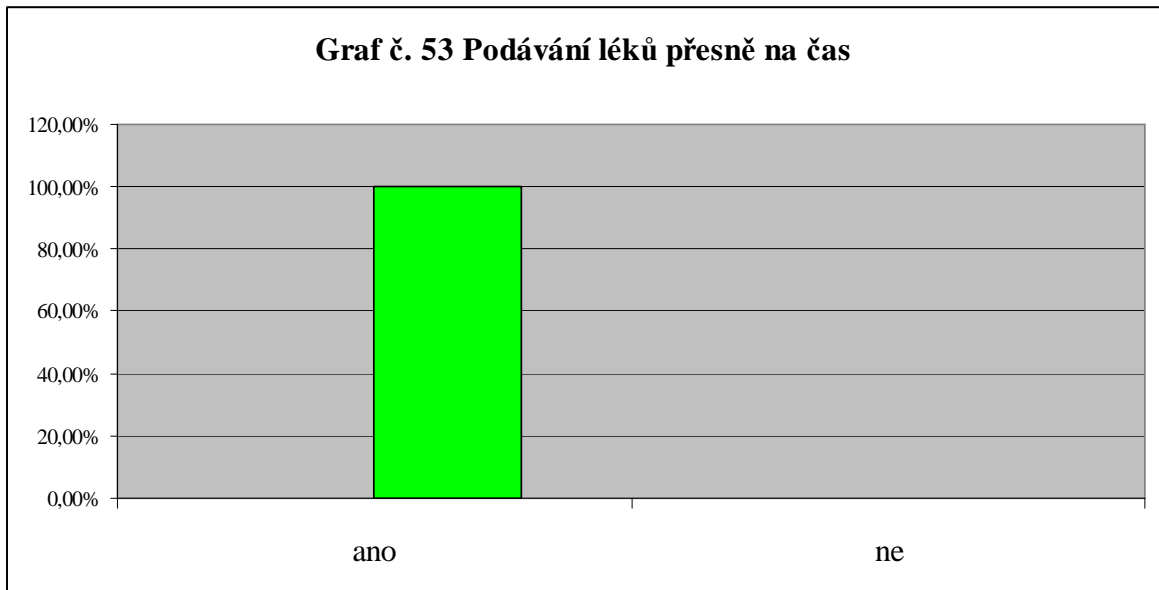
### **Komentář k tabulce a grafu**

Na tomto oddělení se během mého pozorování nestala žádná mimořádná událost.

Tabulka č. 30 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u podávání léků na oddělení C

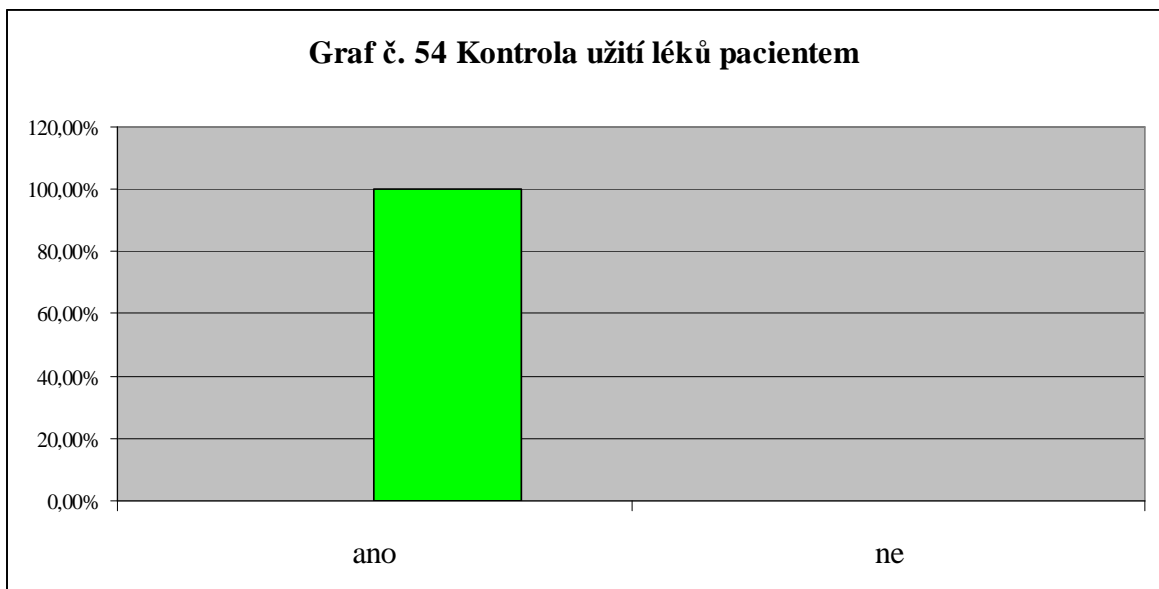
Pozorovací záznam šesti pozorování od 21.12. 2009 do 22.12. 2009 na oddělení C		
	*n	%
Podávání léků přesně na čas		
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Kontrola užití léků pacientem		
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Dostatečné označení léků před podáním	*n	%
perorální léky	Sestry lék nachystaly a hned ho zanesly nemocnému na pokoj, takže je nepopisovaly.	
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
infúze	*n	%
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
inzulíny	Nejsou na oddělení naordinovány	
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
ostatní (s.c., i.m....)		
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Opomenutí podání léků	*n	%
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %

\*n = počet pozorování na oddělení C



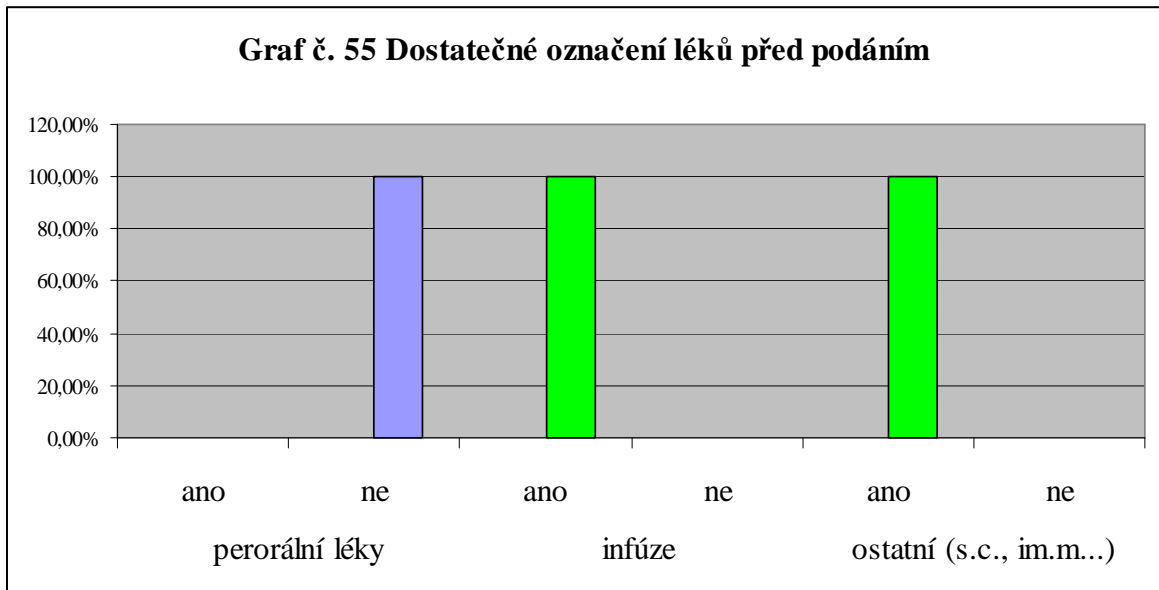
#### **Komentář k tabulce a grafu**

Léky byly podány včas ve všech šesti případech (100 % výskyt). Na oddělení se přísně dbalo na to, aby byly léky podávány v přesně stanovených intervalech.



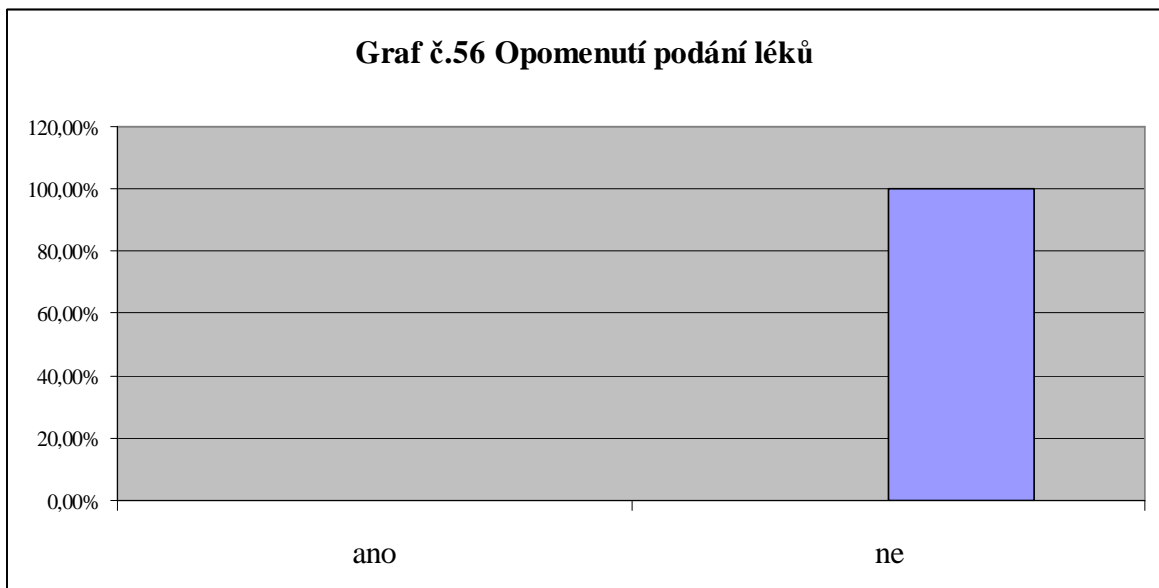
#### **Komentář k tabulce a grafu**

Sestry ve všech šesti případech zkontrolovaly užití léku pacientem (100 % výskyt). Perorální léky se nachystaly pro každého pacienta zvlášť, hned se mu zanesly a sestra neodešla z pokoje do té doby, dokud nezkontrolovala osobně, že nemocný lék užil. Osobní léky pacienti nesměli mít u sebe. Sestry jim je vzaly a samy si je dávkovaly, a to i v případě, že byl s dítětem hospitalizován rodič.



#### Komentář k tabulce a grafu

Sestry lékovky s perorálními léky nepopisovaly (100 % výskyt). Důvodem bylo to, že sestry lék nachystaly a hned ho zanesly nemocnému na pokoj. Ostatní léky byly popsány dostatečně (100 % výskyt).



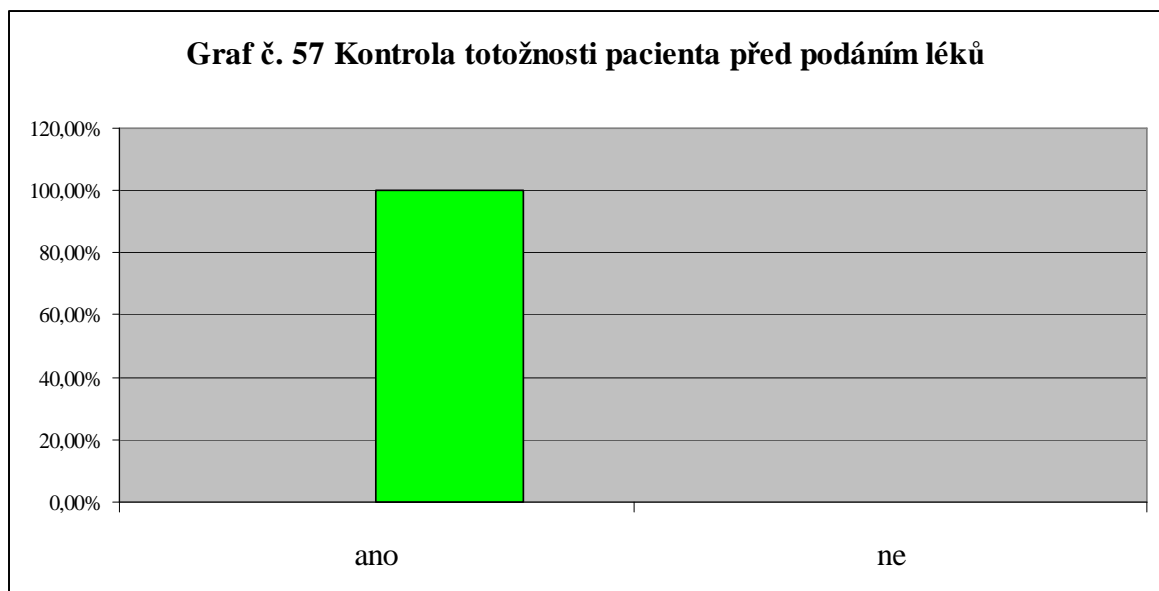
#### Komentář k tabulce a grafu

Nedošlo k opomenutí podání léků (100 % výskyt).

**Tabulka č. 31 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u zjišťování identifikace nemocného na oddělení C**

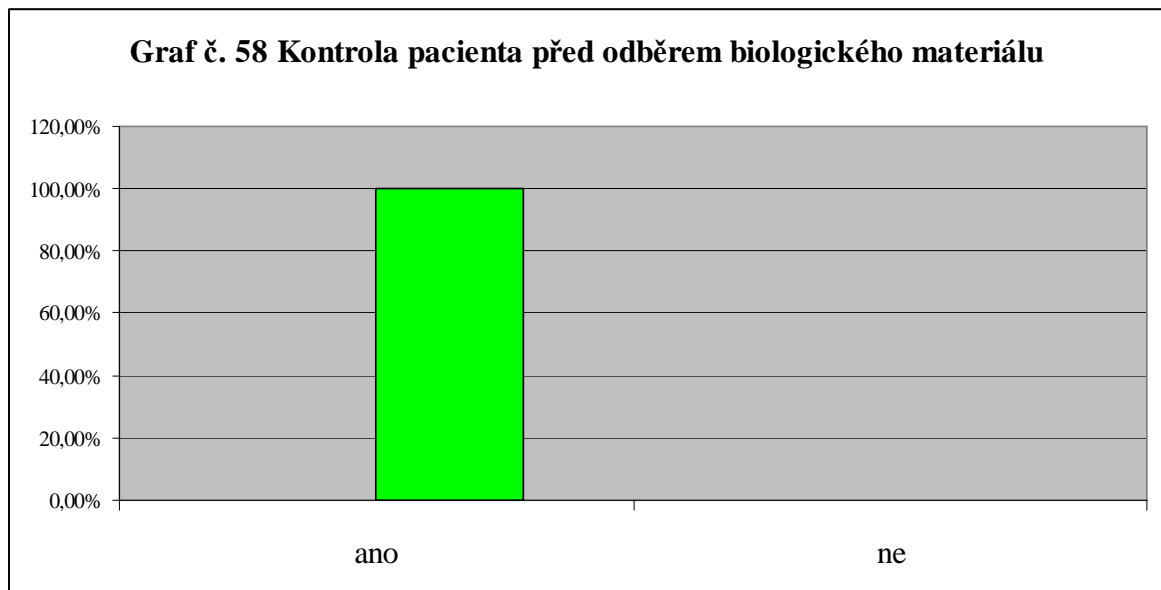
<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 21.12. 2009 do 22.12. 2009 na oddělení C</b>		
Kontrola totožnosti pacienta před podáním léků	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Kontrola pacienta před odběrem biologického materiálu	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %

*\*n = počet pozorování na oddělení C*



#### **Komentář k tabulce a grafu**

U pacientů byla zkontrolována totožnost ve všech případech z šesti pozorování (100 % výskyt).



### **Komentář k tabulce a grafu**

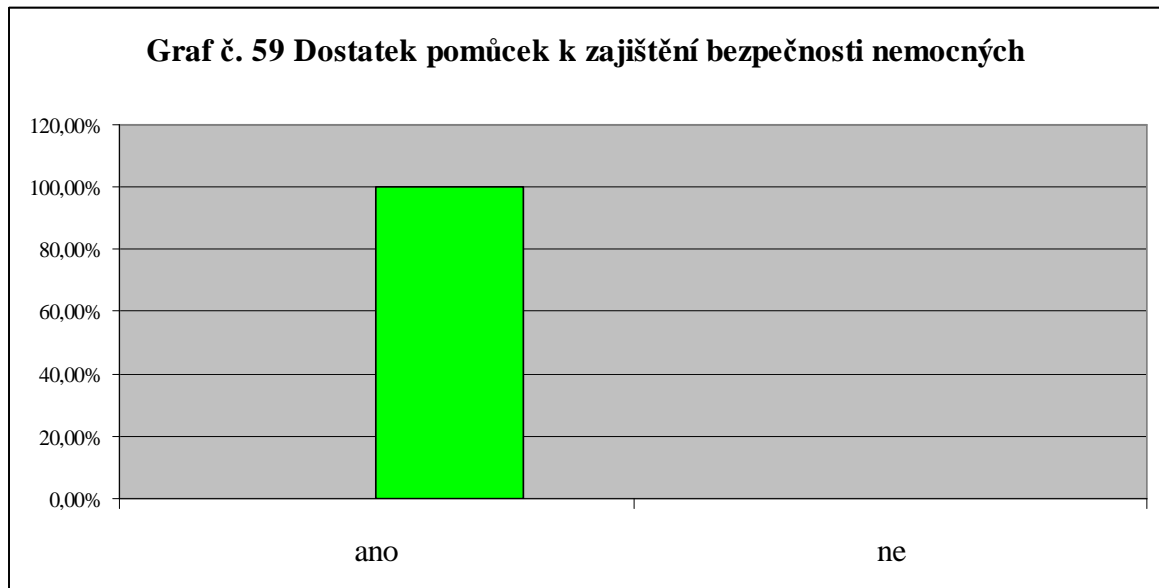
U pacientů byla zkontrolována totožnost ve všech případech z šesti pozorování před odběrem biologického materiálu (100 % výskyt).

Popis pacientů na tabulkách u dveří každého pokoje byl pro mne a další neznalé oddělení dost chaotický. Proto bylo velmi dobře, že měli pacienti na zápěstí ruky identifikační štítky.

**Tabulka č. 32 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při zajištění bezpečnosti nemocných na oddělení C**

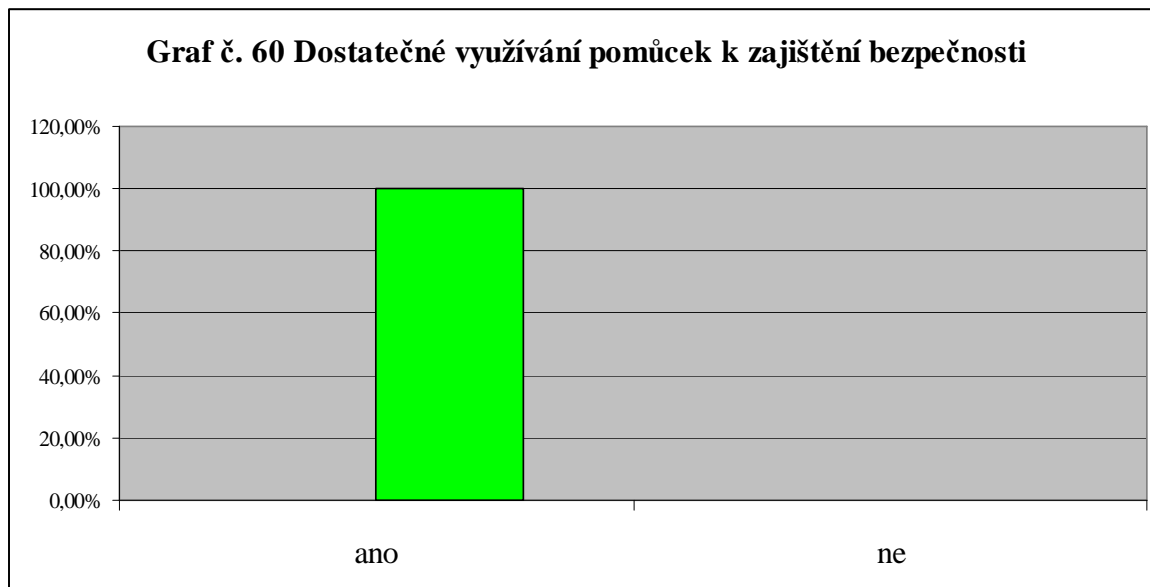
<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 21.12. 2009 do 22.12. 2009 na oddělení C</b>		
Na oddělení je dostatek pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných		
	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Pomůcky jsou dostatečně využívány		
	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Péče o prevenci proleženin	Na oddělení neležel pacient, u kterého by byla prevence proleženin.	

\*n = počet pozorování na oddělení C



#### **Komentář k tabulce a grafu**

Na oddělení je dostatek pomůcek k zajištění bezpečnosti (100 % výskyt).



### **Komentář k tabulce a grafu**

Pomůcky byly dostatečně využívány (100 % výskyt). Mezi pomůcky k zajištění bezpečnosti mohu napsat postýlky pro malé pacienty, postranice, jež byly součástí každého lůžka, a tak bylo pohodlné je rychle v případě potřeby použít, jelikož se nemusely nosit ze skladu.

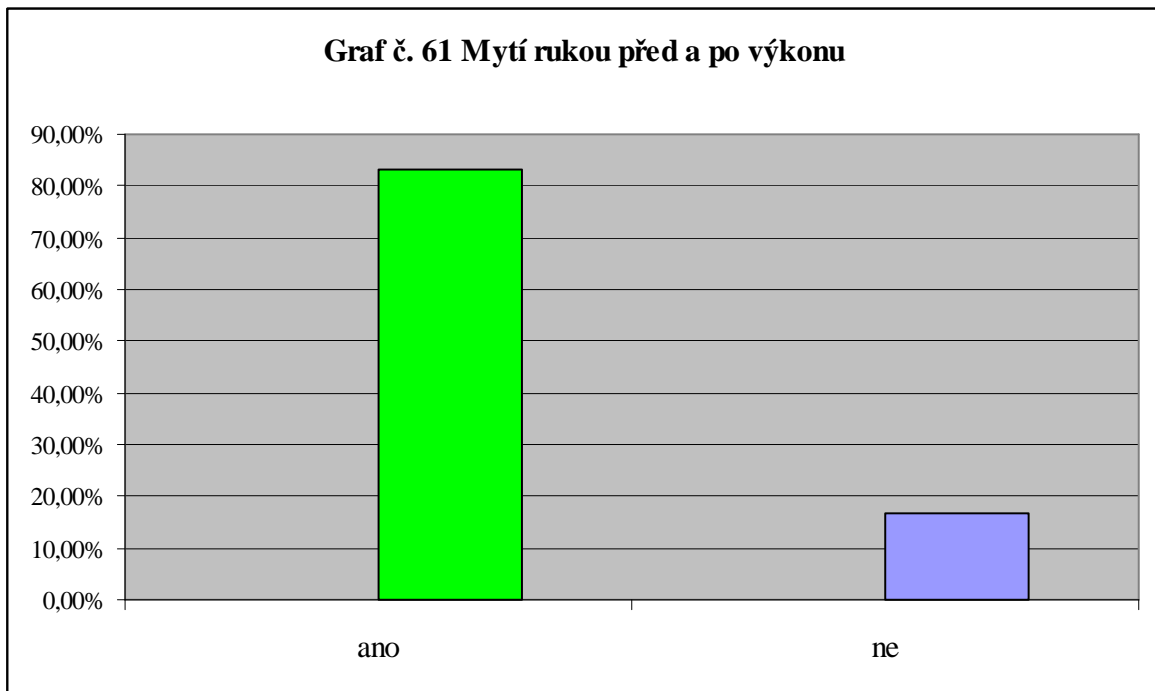
Další nedílnou součástí zajištění bezpečnosti byla i možnost hospitalizace s další blízkou osobou. Pomůcky k polohování byly k dispozici na skladě. Na oddělení v průběhu mé praxe nebyl žádný pacient, jehož by bylo třeba polohovat.



**Tabulka č. 33 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při do-  
držování zásad asepsy a hygienických opatření na oddělení C**

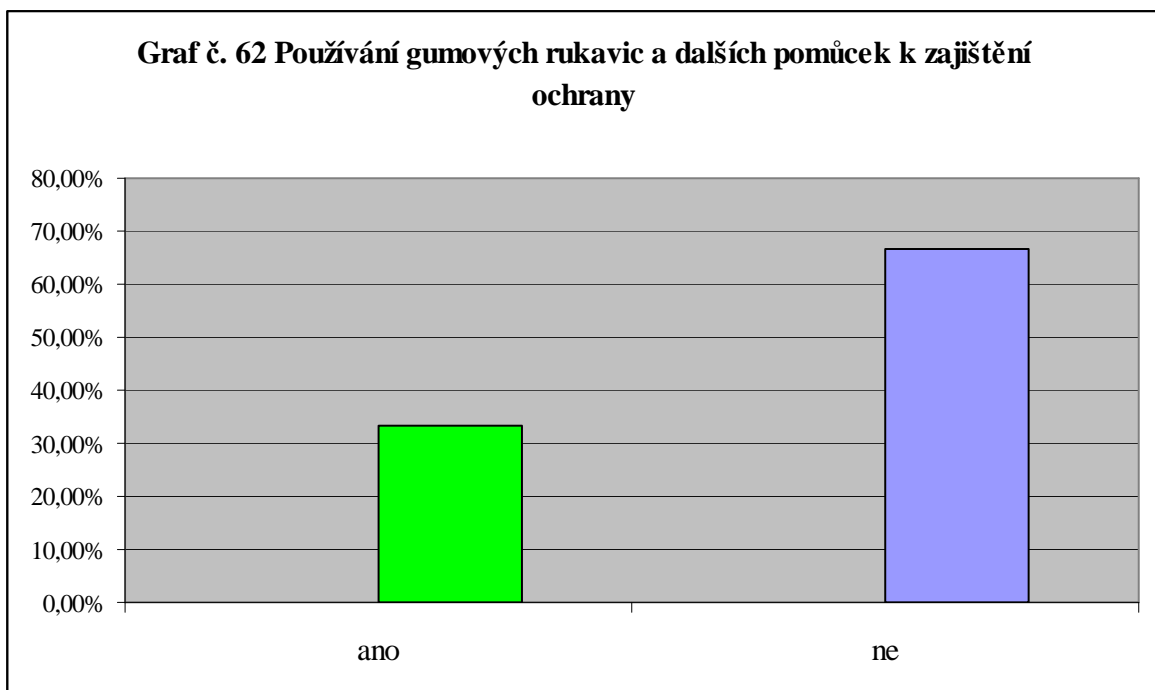
<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 21.12. 2009 do 22.12. 2009 na oddělení C</b>		
<b>Mytí rukou před a po výkonu</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	5	83,33 %
ne	1	16,67 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Používání gumových rukavic a dalších pomůcek k zajištění ochrany</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	2	33,33 %
ne	4	66,67 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dostatečná hygienická péče o nemocné (celková hygiena, mytí rukou...)</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
dostatečná	6	100,00 %
méně dostatečná	0	0,00 %
nedostačující	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dodržování zásad péče o permanentní močový katétr</b>	Na oddělení nebyli pacienti s permanentním močovým katétre.	
<b>Dodržování zásad péče o žilní kanylu</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
dostačující	6	100,00 %
méně dostačující	0	0,00 %
nedostačující	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>
<b>Dostatečná dezinfekce místa před výkonem</b>	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet pozorování na oddělení C



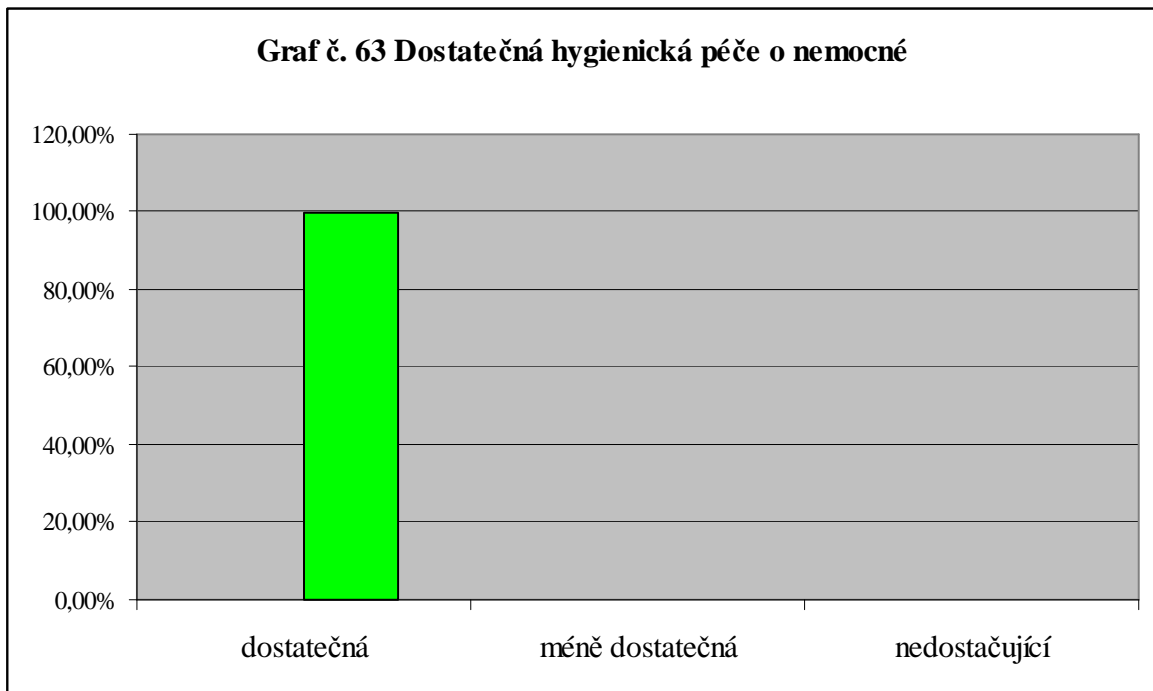
#### **Komentář k tabulce a grafu**

V pěti případech si sestry ruce umyly (83 %). V jednom případě ruce umyty nebyly (17 %).



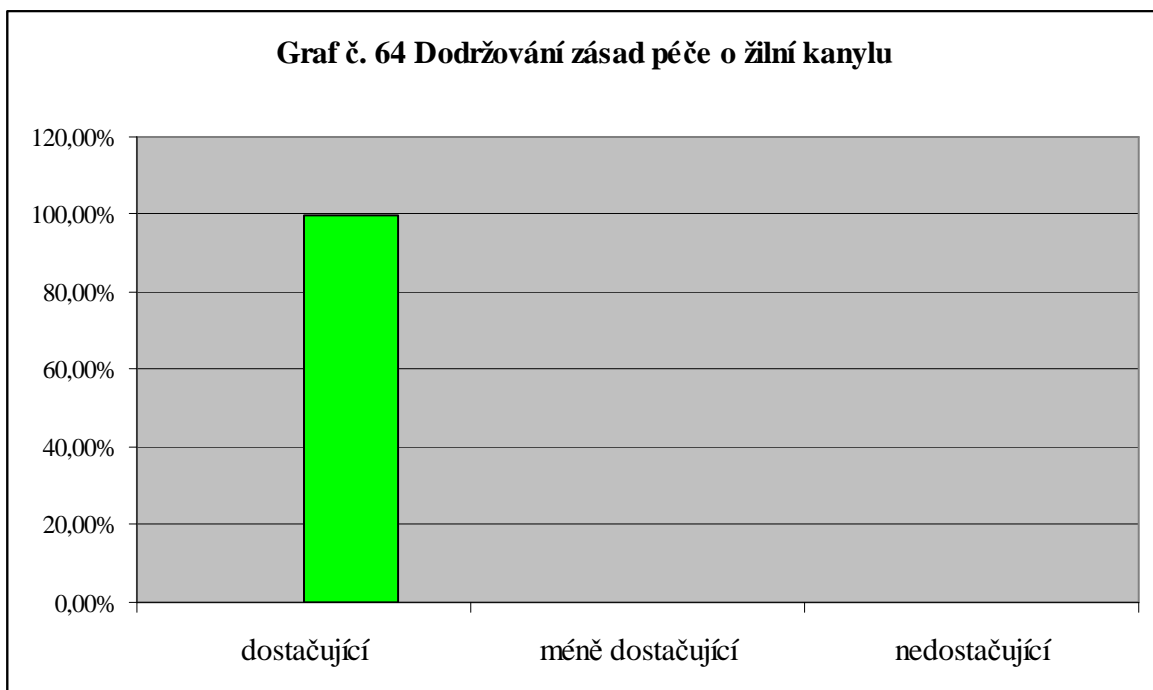
#### **Komentář k tabulce a grafu**

Pouze ve dvou případech byly použity gumové rukavice (33 %). V dalších čtyřech případech ale použity nebyly (67 %).



#### Komentář k tabulce a grafu

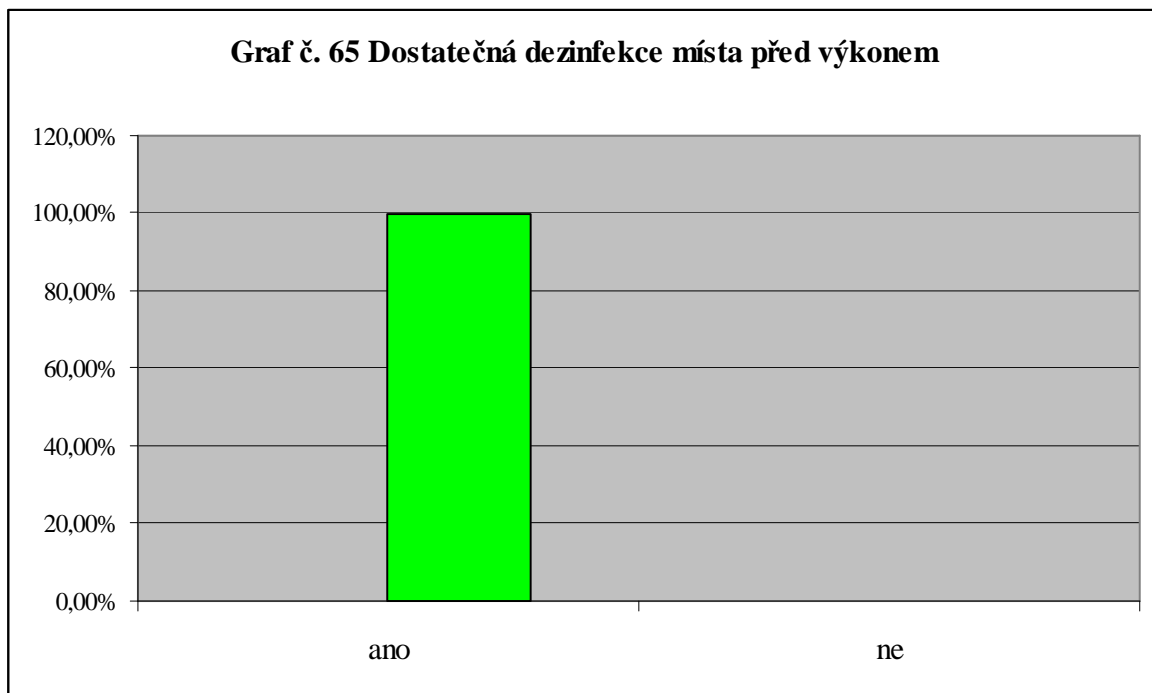
Na oddělení byla dodržována hygienická opatření (100 %).



#### Komentář k tabulce a grafu

Péče o žilní kanylu byla vždy dostačující (100 %). Sestry pravidelně dle naordinovaných intervalů dávaly do spojovacích hadiček naředěné heparinové zátky. Pravidelně kontrolo-

valy místa vpichu. Zátky ke spojovacím hadičkám a konce setů byly uloženy v řádně popsaných Petriho miskách na stolečcích na popsaných táccích.



#### **Komentář k tabulce a grafu**

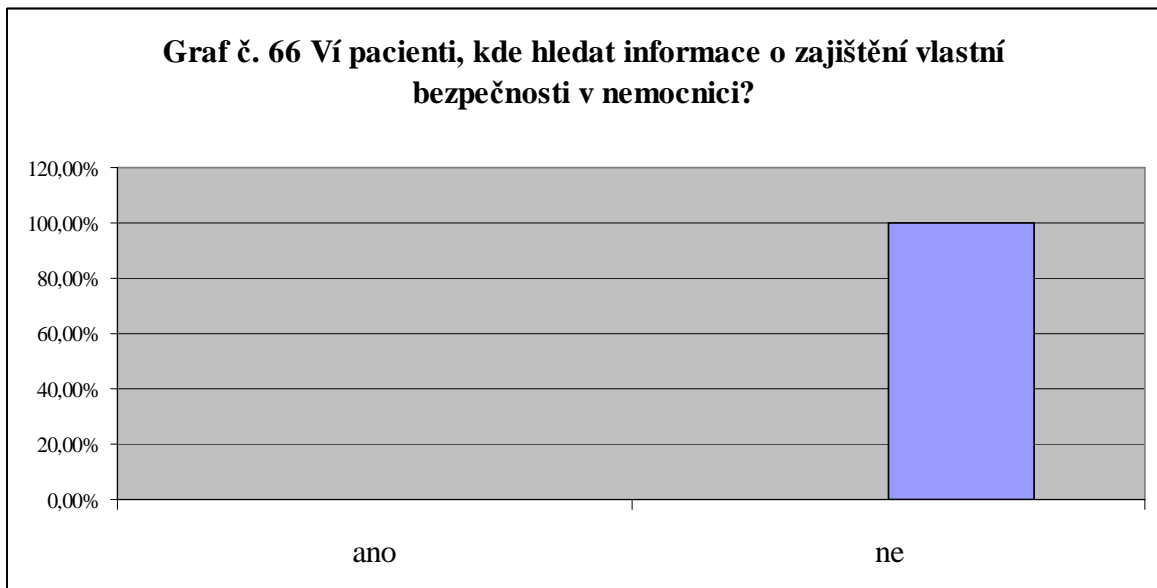
Dezinfekce místa před výkonem byla také prováděna pečlivě ve všech případech (100 %).

Na oddělení neleželi pacienti se zavedeným permanentním močovým katétrem ani centrálním žilním katétrem.

**Tabulka č. 34 Pozorovací záznam - sledování zajištění informovanosti nemocných na oddělení C**

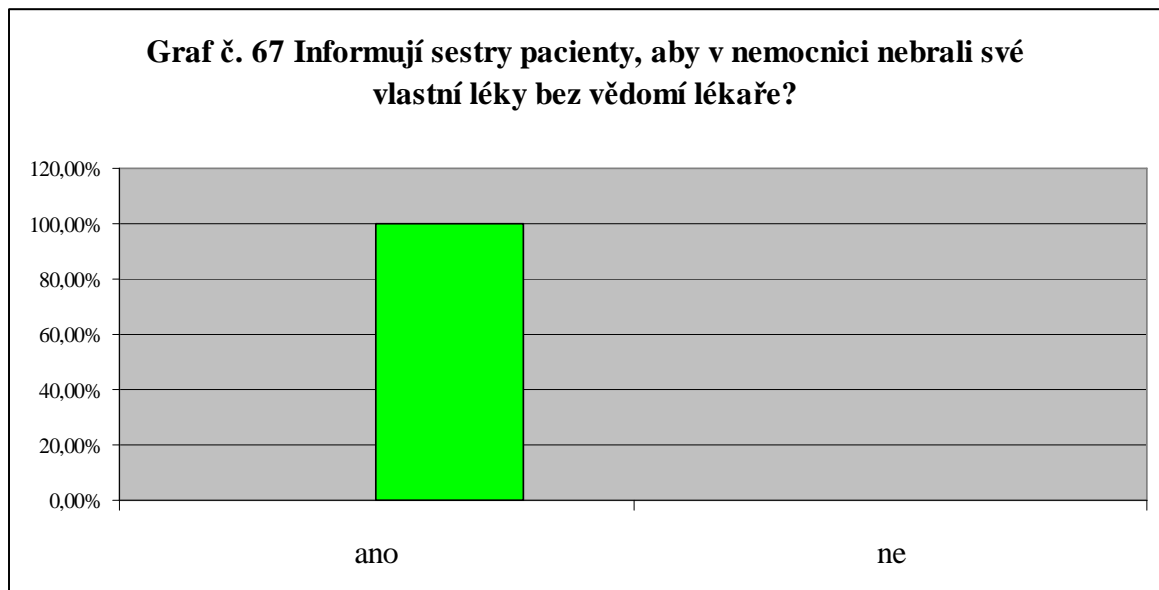
<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 21.12. 2009 do 22.12. 2009 na oddělení C</b>		
Ví pacienti, kde hledat informace o zajištění vlastní bezpečnosti v nemocnici?		
	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	0	0,00 %
ne	6	100,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %
Informují sestry pacienty, aby v nemocnici nebrali své vlastní léky bez vědomí lékaře?		
	<b>*n</b>	<b>%</b>
ano	6	100,00 %
ne	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	6	100,00 %

*\*n = počet pozorování na oddělení C*



#### **Komentář k tabulce a grafu**

Pacienti nevěděli nic o tom, kde by se mohli informovat o vlastní bezpečnosti (100 %).



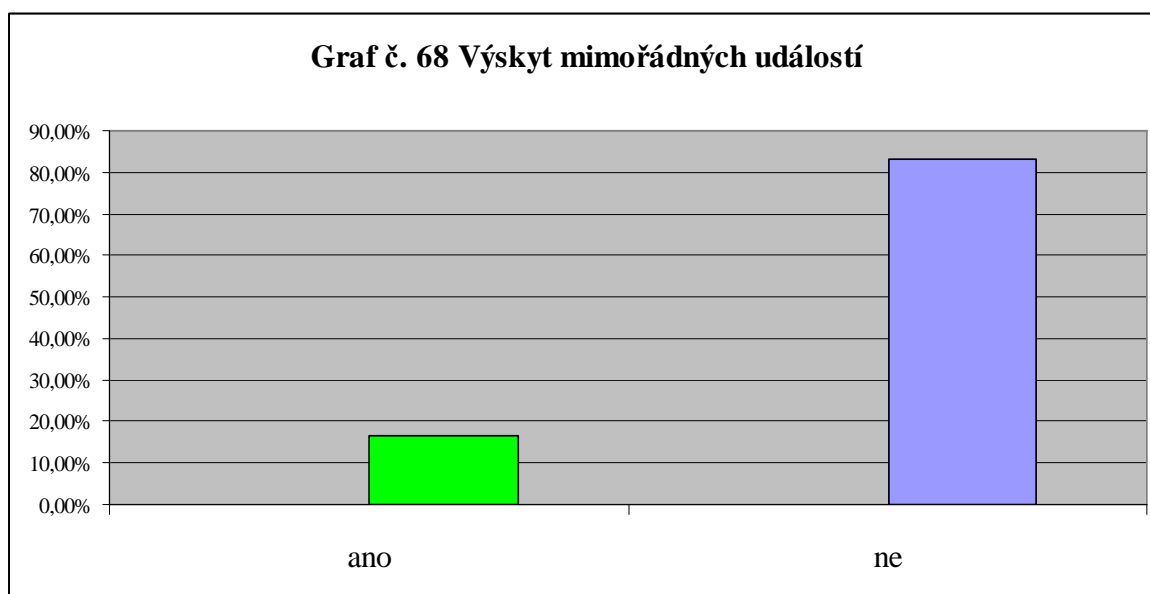
#### **Komentář k tabulce a grafu**

Klienti byly vždy poučeny o tom, že nesmí brát sami vlastní léky na tomto oddělení (100 %). Osobní léky pacienti nesměli mít u sebe. Sestry jim je vzaly a samy si je dávaly, a to i v případě, že byl s dítětem hospitalizován rodič.

**Tabulka č. 35 Pozorovací záznam - sledování výskytu mimořádných událostí na oddělení C**

<b>Pozorovací záznam šesti pozorování od 21.12. 2009 do 22.12. 2009 na oddělení C</b>		
Výskyt mimořádné události**	*n	%
ano	1	16,67 %
ne	5	83,33 %
<b>Celkem</b>	<b>6</b>	<b>100,00 %</b>

\*n = počet pozorování na oddělení C



\*\* Tento údaj je méně relevantní vzhledem k tomu, že se výskyt mimořádných událostí sleduje 24 hodin denně.

### **Komentář k tabulce a grafu**

Při mém pozorování se stala jedna mimořádná událost (17 % výskyt). Touto událostí bylo intramuskulární podání jiného léku pacientovi. Indikační skupina léku byla však stejná. Příčinou byla podle mne chybná komunikace mezi zdravotníky.

Chtěla bych zdůraznit a poukázat na jednu pro mne překvapující věc, a to, že na oddělení se spíše používaly rtuťové teploměry. Byly sice k dispozici i digitální, ale využívaly se i rtuťové. Jejich počet se však postupně ztenčoval, neboť se často rozbíjely. Během svého pozorování jsem to zažila minimálně jednou. Na oddělení měli potřebné pomůcky a potřeby k likvidaci těchto teploměrů.

### 5.3 Diskuse

Na základě zpracovaných statistických dat jsem vyhodnotila cíle, které jsem si na začátku práce stanovila.

#### **Cíl č. 1: Seznámit s problematikou mapování, řízení a snižování rizik v nemocničních zařízeních.**

Prvním cílem teoretické části bylo seznámit s problematikou mapování, řízení a snižování rizik v nemocničních zařízeních. Cíl byl splněn.

#### **Cíl č. 2: Vysvětlit funkci a kompetence manažera rizik v nemocničních zařízeních.**

Druhým cílem bylo vysvětlit funkci a kompetence manažera rizik v nemocničních zařízeních. Cíl byl splněn.

#### **Cíl č. 3: Popsat legislativní podporu státu pro ochranu pacienta.**

Posledním cílem teoretické části bylo popsat legislativní podporu státu pro ochranu pacienta. Seznámit se zákony, jež zajišťují právní ochranu pacienta. Cíl byl splněn.

Cílem pro praktickou část bylo prozkoumat, jaká je informovanost pacientů o prevenci rizik, provést analýzu nejčastějších rizik v ošetrovatelské péči na vybraných ošetrovacích jednotkách a popsat nejčastější chyby při provádění ošetrovatelské péče na vybraných ošetrovacích jednotkách. Posledním cílem bylo provést šetření dodržování a podceňování pracovních předpisů pro zajištění bezpečí - bezpečnosti nemocných.

#### **Cíl č. 4: Zjistit, jaká je informovanost pacientů o prevenci rizik**

Prvním cílem praktické části bylo zjistit, jaká je informovanost pacientů o prevenci rizik, čili jaké mají povědomí o vlastní bezpečnosti v nemocnici. K tomu sloužil v pozorovacím záznamu bod číslo 5. Sledovala jsem sestry, jak informují nemocné o tom, aby v nemocnici nebrali vlastní léky bez vědomí lékaře. Dále jsem sledovala reakce pacientů na otázku jejich vlastní bezpečí. Všichni pacienti (ve všech 18 sledovaných případech, tedy 100% sledovaných) shodně reagovali záporně, čili nevěděli o tom, kde získat informace ohledně



této problematiky a nikdy je to ani nenapadlo. Shodně uváděli, že se cítí v bezpečí, a proto nemají potřebu podobné informace vyhledávat (tabulky č. 22, 28, 34 a grafy č. 32, 50, 66).

Na interním oddělení ve čtyřech případech z šesti (67 %) sestry pacienty informovaly, aby nebrali vlastní léky sami od sebe (tabulka č. 22, graf č. 33). Na chirurgickém oddělení byli nemocní informováni ve všech šesti případech, tedy ve 100 % (tabulka č. 28, graf č. 51), na dětském oddělení rovněž ve 100 % (tabulka č. 34, graf č. 67).

Z toho vyplývá, že pacienti ve většině případech byly edukováni o tom, aby si své vlastní léky nebrali bez vědomí odborného personálu, tedy lékařů a sester. Cíl byl splněn.

### **Cíl č. 5: Provést analýzu nejčastějších rizik v ošetrovatelské péči na vybraných ošetrovacích jednotkách**

Cílem bylo zjistit, jaká rizika ohrožují nemocné nejčastěji. K tomu mi posloužila zejména otázka č. 7 v dotazníku, který jsem rozdala v malém množství mezi sestry na odděleních, kde jsem prováděla pozorování. Dle sester jsou nemocní nejčastěji ohroženi nozokomiální nákazou (23 % ze všech odpovědí) a infekcí (17 % ze všech odpovědí). Ostatní odpovědi již nebyly tak časté. K vidění jsou v tabulce č. 5 a v grafu č. 4.

Dále mi k posouzení rizik posloužil i pozorovací záznam. Z výsledků pozorování vyplývá, že sestry na oddělení interním nepopisují dostatečně perorální léky (tabulka č. 18, graf č. 19), na oddělení chirurgickém ani ostatní léky kromě infúzí (tabulka č. 24, graf č. 37), takže je nemocný ohrožen záměnou léku. Navíc jak na interním tak chirurgickém oddělení nekontrolují identifikaci při každém kontaktu s nemocným, což může vést k jeho záměně (tabulky č. 19, 25, grafy č. 21, 22, 39, 40). Další riziko pro pacienta představovalo opomíjení pravidelného polohování, což je nezbytnou součástí prevence proleženin. Při opomíjení této činnosti je nemocný ohrožen vznikem mnoha komplikací, zejména dekubitů. Také opomíjení některých hygienických prvků jako je hygiena dutiny ústní a očista genitálu může vést ke vzniku komplikací a ohrožení nemocného. Z výsledků pozorování vyplynulo, že i péče o permanentní močový katétr a žilní kanylu je nedostatečná (zvláště na interním oddělení), což opět představuje pro nemocného rizika (tabulky č. 21, 27, grafy č. 29, 30, 47). Na interním oddělení nebyli pacienti dostatečně informováni o mokré podlaze, i když se z půlky nechávala suchá, takže byli ohroženi pádem. V jednom případě byly ponechány

u lůžka nemocné s deliriem nůžky. Nemocná byla sice přikurtovaná, přesto by ale neměly zůstat na pokojích nebezpečné předměty, neboť představují pro nemocné riziko.

Chyby, jež se prováděly při ošetrovatelské péči, představovaly pro nemocného spoustu rizik. Proto cíl č. 5 má mnoho společného s cílem č. 6. Cíl byl splněn.

### **Cíl č. 6: Popsat nejčastější chyby při provádění ošetrovatelské péče na vybraných ošetrovacích jednotkách**

Cílem bylo zjistit, jaké se dělají nejčastější chyby při ošetrování nemocných. K tomu mi posloužil pozorovací záznam, kde jsem zaznamenávala výskyt chyb. Mezi nejčastější chyby na interním oddělení se řadí to, že sestry nekontrolují, zda nemocný léky skutečně zapil (tabulka č. 18, graf č. 18). Nedostatečné označení léků perorálních (tabulka č. 18, graf č. 19), chystání léků dlouho dopředu (což vedlo k záměně odpoledních léků za večerní - tabulka č. 23, graf č. 34). Dále se nekontrolovala identifikace nemocných před podáním léků ani před odběrem biologického materiálu (tabulka č. 19, grafy č. 21, 22). Prevence proleženin byla ve dvou případech méně dostatečná a ve dvou případech nedostačující (tabulka č. 20, grafy č. 25). V pěti případech ze šesti sestry nepoužily gumové rukavice (tabulka č. 21, graf č. 27). Hygienická péče byla v pěti případech méně dostatečná pro opomenutí některých hygienických zásad (tabulka č. 21, graf č. 28). Péče o permanentní močový katétr byla ve všech případech méně dostatečná (tabulka č. 21, graf č. 29), o žilní kanylu byla ve všech případech nedostačující (tabulka č. 21, graf č. 30), což se projevilo zvýšeným výskytem flebitid na oddělení. Pacienti nebyli dostatečně informováni o mokré podlaze, i když se z půlky nechávala suchá.

Na chirurgickém oddělení se léky chystaly také dopředu. Léky se po pokojích roznesly, ale sestry již nekontrolovaly, zda je nemocní skutečně užili (tabulka č. 24, graf č. 36). Nedostatečně se popisovaly perorální léky, inzuliný a ostatní léky pro intramuskulární a subkutánní aplikaci (tabulka č. 24, graf č. 37). Nekontrolovala se ani totožnost nemocných před podáním léků a před odběrem biologického materiálu ve všech šesti případech mého pozorování (tabulka č. 25, grafy č. 39, 40). Prevence proleženin byla ve čtyřech případech méně dostatečná, ve zbylých dvou nedostačující (tabulka č. 26, graf č. 43). Ve třech případech z šesti sestry nepoužily rukavice (tabulka č. 27, graf č. 45). Pouze jednou byla zpoz-

rovaná méně dostatečná hygienická péče (tabulka č. 27, graf č. 46). Péče o permanentní močový katétr byla méně dostačující v šesti pozorováních (tabulka č. 27, graf č. 47).

Na dětském oddělení bylo zpozorováno pouze jedno neumytí rukou (tabulka č. 33, graf č. 61). Rukavice sestry neměly ve čtyřech případech z šesti, což je v 67 % (tabulka č. 33, graf č. 62). Na oddělení došlo během pozorování k jedné záměně léku za jiný lék (tabulka č. 35, graf č. 68). Cíl byl splněn.

### **Cíl č. 7: Provést šetření o dodržování a podceňování pracovních předpisů pro zajištění bezpečí/ bezpečnosti nemocných**

V tomto cíli jsem měla zjistit, jak sestry dodržují předpisy (standardy). V dotazníku jsem se v otázce číslo 5 sester ptala, zda existují situace, kdy nedodržují standardy. 6 sester z 15 odpovědělo, že jsou situace, kdy nedodržují standardy (tabulka č. 2, graf č. 1). Sestrám jsem dala možnost, aby vypsaly, které situace to jsou. Ve třech případech nevedly nic. Po dvou byly uvedeny akutní situace a nedostatek personálu a v jednom případě nedostatek času (tabulka č. 3, graf č. 2). Stejně jako cíl číslo 5 má i cíl číslo 7 mnoho společného s cílem číslo 6, protože chyby, jež byly vysledované, vznikaly v důsledku nedodržování a podceňování pracovních předpisů. Cíl byl splněn.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Nechci tvrdit, že příčinou některých případů nedostatečné péče o nemocné a tím ohrožení jejich bezpečnosti byla neochota sester. V mnoha případech byl příčinou spíše nedostatek času a nedostatek personálu, ale také zaneprázdnění podle mne nedůležitými pracemi.

Neměla bych zapomenout dodat, že lékaři také mnohdy přenechávali na sestřích část své práce. Tato informace nevyplývá jen z mého pozorování, ale především z častých stížností sester. Mezi tento okruh problémů, který nejčastěji sestry „brzdil“, bych mohla uvést například:

- 1) dešifrování lékařských zápisů z dokumentace, kdy sestry nemohly po lékařích přečíst zápis týkající se léků a dalších ordinací a byly nuceny lékaře vyhledat, aby informaci blíže upřesnil,
- 2) chybějící síla léku, množství, způsob podání či jiné důležité údaje, tudíž sestry byly opět nuceny lékaře vyhledat, což ne vždy bylo snadné,
- 3) provádění úkonů, jež byly v kompetenci lékařů jako například podávání intravenózních injekcí, transfúzí a podobně,
- 4) či dokonce sestry musely zajišťovat jiné potřebné a důležité věci, neboť jim bylo lékařem řečeno, že to mají už dávno vědět a automaticky to udělat, přičemž to nepotřebují mít napřed naordinované lékařem a zapsané v dokumentaci (odběr glykémie, podání některých léků...).

Udala jsem jen některé případy, ale domnívám se, že jsem téma ještě zcela nevyčerpala.

Shrnou-li situaci, v mnoha případech komplikovaly zdravotním sestřím práci sami lékaři nezodpovědným přístupem k práci. Samozřejmě to neplatí ve všech případech. Jsou ti spíše extrémy, kterých jsem si během své praxe všimla.

Sestry pro plnění povinností jiných nemají dostatek času na svou opravdovou práci, čímž je řada věcí opomíjena či není provedena důkladně. Vede to mnohdy k chybám a k nedostatečné péči o nemocné a především ke snížení jejich bezpečí. Mnohdy si to nemocní nemusí ani uvědomovat, že jsou ohroženi. Je to tak dobře?

Na druhou stranu mají sestry právo odmítnout věci, které nejsou v jejich kompetencích či v rozsahu jejich práce. Ještě jsem se ale nesešla s tím, že by sestra odmítla lékaři jít podat transfúzi či intravenózní injekci.

Čím více spěje pokrok v medicíně kupředu, tím více se zvyšují kompetence a nároky na zdravotnický personál. Bohužel se tím ale i zvyšuje riziko poškození pacienta.

Více vyšetření, přístrojového vybavení, léků, zákroků a metod. Méně času, více práce a tím i nároky na větší rychlost práce.

Myslím, že riziko vzniku mimořádných událostí je ovlivněné počtem pacientů na oddělení. Čím více nemocných, tím je vyšší riziko mimořádných událostí. Dále má velký vliv i věk pacientů a samozřejmě i vážnost zdravotního stavu.

Jako doporučení pro praxi jsem si dala za cíl vytvořit informační leták k ochraně bezpečnosti nemocných, který je určen pro sestry z oddělení, na nichž probíhalo šetření. Informační leták je vytvořen na základě výsledků šetření, ve kterých jsem zjistila nejčastější chyby prováděné při ošetrovatelské péči. Leták se jmenuje „Opatření pro zvýšení bezpečnosti pacientů na Vašem oddělení“ (příloha P III).

Kdyby však byly tyto informace ponechány pouze na oddělení, nebyla by jim věnována potřebná pozornost. Proto navrhuji, aby byly dány vrchní či staniční sestře daného oddělení, která potom zpětně informuje sestry o výsledcích šetření a provede další opatření.

Ráda bych také uveřejnila článek na toto téma, ve kterém bych čtenáře stručně seznámila s výsledky mého šetření.

Na téma bezpečnost klienta jsem vytvořila i poster, který byl vystaven na 2. mezinárodním kongresu s názvem „Zdraví - věc společná“, který se uskutečnil 2. prosince 2009. Také jsem uveřejnila svůj příspěvek s názvem Bezpečnost klienta při poskytování ošetrovatelské péče ve studentské sekci.

## ZÁVĚR

V této práci jsem se zabývala bezpečností klienta při poskytování ošetrovatelské péče.

Teoretická část se zabývá problematikou řízení a předcházení rizik ve zdravotnických zařízeních, funkcí manažera rizik a také legislativní podporou státu v otázce bezpečí klienta. Dále jsem se v ní věnovala nejčastějším rizikům, pochybením a omylům zdravotnického personálu. V posledním oddíle teoretické části jsem se zabývala řešením problémů pochybení spolu s návrhem vhodných opatření a praktických rad pro jejich prevenci.

Praktická část mé práce obsahuje stanovené cíle a výsledky z pozorovacího šetření, ve kterém jsem mapovala nejčastější chyby a rizika na ošetrovacích jednotkách. Práci jsem ještě doplnila výsledky dotazníkového šetření. Veškeré výsledky jsou znázorněny v tabulkách a grafech.

Z výsledků šetření vyplynuly nejčastější chyby, jež se vyskytují při poskytování ošetrovatelské péče, které mohou narušit bezpečí klientů. Nejčastější chyby byly: sestry nezkontrolovaly, zda nemocný lék užil, nedostatečné označení léků před podáním (především perorálních), sestry nekontrolovaly identifikaci nemocných, nedostatečná prevence proleženin, opomíjení mytí rukou před a po výkonu, nepoužívání gumových rukavic, nedostatečná hygienická péče o nemocné, nedostatečná péče o permanentní močový katétr a žilní kanylu. Během celého mého pozorování se vyskytly celkem dvě mimořádné události, které se týkaly medikace. To potvrzuje, že nejčastější pochybení ve zdravotnických zařízeních se týkají právě léků.

Pozitivem je, že téměř ve všech případech byli nemocní informováni, aby nebrali své vlastní léky a vždy byla pečlivě prováděna dezinfekce místa před výkonem (na všech odděleních). Na interním oddělení popisovaly pečlivě téměř všechny léky kromě perorálních, ve všech pozorovaných případech si umyly ruce. Na tomto oddělení bylo dostatek pomůcek na polohování. Na chirurgickém oddělení bylo pozitivem, že sestry vykonávaly hygienickou péči o nemocné velmi dobře. O žilní vstupy bylo pečováno dostatečně. Dětské oddělení dopadlo v pozorování nejlépe, protože zde byl celkově nízký výskyt chyb při provádění péče o nemocné.

Jsem si vědoma, že toto téma je velmi obsáhlé a široké, a proto jsem bohužel nestihla podchytit všechny oblasti, které by určitě stály za povšimnutí a prozkoumání. Proto jsem se v šetření a celkově ve své práci zabývala především takovými otázkami, které byly podle mne nejdůležitější a nejzajímavější. Mrzí mne, jestli jsem opomenula nějaké téma, které je třeba pro druhého člověka důležité a zajímavé. Jsem si však jista, že vzhledem k aktuálnosti daného tématu vyjde ještě celá řada knih, článků a dalších prací, které se budou jednotlivými problémy zabývat.

Při výběru okruhů, kterými jsem se zabývala při výzkumu a při psaní této práce jsem se inspirovala především vlastními zkušenostmi a dojmy z odborných praxí, které jsem podnikala v různých nemocnicích a zařízeních. Problematika pochybení ve zdravotnických zařízeních se týká každého, kdo pracuje ve zdravotnictví. Každý má své vlastní zkušenosti a mohl by napsat spoustu dalších postřehů a faktů, se kterými se při vykonávání praxe či povolání setkal.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY****Knihy:**

- 1) DOLEŽAL, Tomáš. DOLEŽAL, Adam. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha : Linde Praha a. s., 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6.
- 2) FARKAŠOVÁ, Dana, et al. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin : Vydavatelství Osve-  
ta, 2002. 88 s. ISBN 80-8063-229-4.
- 3) GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRAND, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a me-  
tody jejího soustavného zlepšování*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve  
zdravotnictví, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
- 4) KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetrovatelství*. Brno : Institut pro další vzdělává-  
ní pracovníků ve zdravotnictví, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
- 5) NIGHTINGALOVÁ, Florence. *Kniha o ošetřování nemocných*. Králová Pauli-  
na. Praha : J. Otto, 1874. 187 s.
- 6) PRUDIL, Lukáš. *Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví*. Brno : Národní cent-  
rum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 77 s. ISBN 80-7013-  
433-X.
- 7) ŠKRLA, Petr. *Především neublížit*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelé-  
kařských zdravotnických oborů, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
- 8) ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha :  
GRADA Publishing, 2008. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- 9) VONDRÁČEK, Lubomír, LUDVÍK, Miloslav. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské  
praxi II*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických obo-  
rů, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.



**Časopisy:**

- 10) HANZLOVÁ, Eliška, BRABCOVÁ, Iva. Management rizik ošetrovatelské péče v českých nemocnicích. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 10, s. 30-31. ISSN 1210-0404
- 11) HAVELKOVÁ, Hana, MIKULKOVÁ, Jana. Názory sester na poskytování bezpečné ošetrovatelské péče. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 15-16. ISSN 1210-0404
- 12) HAVELKOVÁ, Hana, MIKULKOVÁ, Jana. Pohled na pochybení očima sester poskytujících péči onkologicky nemocným pacientům. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 3, s. 18-19. ISSN 1210-0404
- 13) KALVACHOVÁ, Milena. Akce v oblasti bezpečnosti pacientů a kvality zdravotnických služeb. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 2, s. 22. ISSN 1210-0404
- 14) KARBUSOVÁ, Simona, VAŠÁKOVÁ, Lenka. Bezpečnost pacientů a zdravotnického personálu na traumatologickém oddělení. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 2, s. 52-53. ISSN 1210-0404
- 15) RAPČÍKOVÁ, Tatiana. Prevence nežádoucího chování pacientů ovlivněných nemocí. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 5, s. 24. ISSN 1210-0404

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení
KCl	Chlorid draselný
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
WHO	World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace
UK	United Kingdom
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
FF	Fyziologické funkce
PMK	Permanentní močový katétr
i.m.	intramuskulární
s.c.	subkutánní
aj.	a jiné
apod.	a podobně
např.	například

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 Identifikační a demografické údaje o šetřeném vzorku .....	40
Tabulka č. 2 Situace, kdy sestry nedodrží standardy na oddělení.....	44
Tabulka č. 3 Druhy situací, které vedou k nedodržování standardů .....	45
Tabulka č. 4 Preventivní opatření prováděná na odděleních pro snížení rizik a zvýšení bezpečí nemocných .....	46
Tabulka č. 5 Nejčastější rizika a hrozby pro nemocného na odděleních .....	48
Tabulka č.6 Základní bezpečnostní zásady při podávání léků.....	50
Tabulka č. 7 Zásady k zabránění přenosu infekčních chorob .....	52
Tabulka č. 8 Kontrola totožnosti nemocného .....	54
Tabulka č. 9 Situace, kdy se kontroluje totožnost nemocného .....	56
Tabulka č. 10 Počet minimálních kontrol správnosti nachystaného léku.....	58
Tabulka č. 11 Způsob kontroly užití léku nemocným.....	59
Tabulka č. 12 Sledování nemocného po podání léku .....	61
Tabulka č. 13 Opatření proti pádům, jež jsou prováděna na odděleních .....	62
Tabulka č. 14 Péče o permanentní močový katétr .....	64
Tabulka č. 15 Péče o periferní žilní katétr .....	66
Tabulka č. 16 Péče o centrální žilní katétr.....	68
Tabulka č. 17 Preventivní opatření proti vzniku proleženin.....	70
Tabulka č. 18 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u podávání léků na oddělení A.....	72
Tabulka č. 19 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u zjišťování identifikace nemocného na oddělení A .....	75
Tabulka č. 20 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při zajištění bezpečnosti nemocných na oddělení A .....	77
Tabulka č. 21 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při dodržování zásad aseptiky a hygienických opatření na oddělení A .....	80
Tabulka č. 22 Pozorovací záznam - sledování zajištění informovanosti nemocných na oddělení A .....	86
Tabulka č. 23 Pozorovací záznam - sledování výskytu mimořádných událostí na oddělení A .....	88

Tabulka č. 24 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u podávání léků na oddělení B.....	90
Tabulka č. 25 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u zjišťování identifikace nemocného na oddělení B.....	93
Tabulka č. 26 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při zajištění bezpečnosti nemocných na oddělení B.....	95
Tabulka č. 27 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při dodržování zásad asepse a hygienických opatření na oddělení B .....	98
Tabulka č. 28 Pozorovací záznam - sledování zajištění informovanosti nemocných na oddělení B.....	103
Tabulka č. 29 Pozorovací záznam - sledování výskytu mimořádných událostí na oddělení B.....	105
Tabulka č. 30 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u podávání léků na oddělení C.....	106
Tabulka č. 31 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu u zjišťování identifikace nemocného na oddělení C.....	109
Tabulka č. 32 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při zajištění bezpečnosti nemocných na oddělení C.....	111
Tabulka č. 33 Pozorovací záznam - sledování dodržování standardu při dodržování zásad asepse a hygienických opatření na oddělení C .....	113
Tabulka č. 34 Pozorovací záznam - sledování zajištění informovanosti nemocných na oddělení C.....	117
Tabulka č. 35 Pozorovací záznam - sledování výskytu mimořádných událostí na oddělení C.....	119

## SEZNAM GRAFŮ

### Grafy znázorňující výsledky z dotazníkového šetření:

Graf č. 1 Situace, kdy sestry nedodržují standardy na oddělení.....	44
Graf č. 2 Druhy situací, které vedou k nedodržování standardů.....	45
Graf č. 3 Preventivní opatření prováděná na odděleních pro snížení rizik a zvýšení bezpečí nemocných.....	46
Graf č. 4 Nejčastější rizika a hrozby pro nemocného na odděleních.....	48
Graf č. 5 Základní bezpečnostní zásady při podávání léků.....	50
Graf č. 6 Zásady k zabránění přenosu infekčních chorob.....	52
Graf č. 7 Kontrola totožnosti nemocného.....	54
Graf č. 8 Situace, kdy se kontroluje totožnost nemocného.....	56
Graf č. 9 Počet minimálních kontrol správnosti nachystaného léku.....	58
Graf č. 10 Způsob kontroly užití léku nemocným.....	59
Graf č. 11 Sledování nemocného po podání léku.....	61
Graf č. 12 Opatření proti pádům, jež jsou prováděna na odděleních.....	62
Graf č. 13 Péče o permanentní močový katétr.....	65
Graf č. 14 Péče o periferní žilní katétr.....	66
Graf č. 15 Péče o centrální žilní katétr.....	68
Graf č. 16 Preventivní opatření proti vzniku proleženin.....	70

### Grafy znázorňující výsledky z pozorování na oddělení A:

Graf č. 17 Podávání léků přesně na čas.....	73
Graf č. 18 Kontrola užití léku pacientem.....	73
Graf č. 19 Dostatečné označení léků před podáním.....	74
Graf č. 20 Opomenutí podání léků.....	74
Graf č. 21 Kontrola totožnosti pacienta před podáním léků.....	75
Graf č. 22 Kontrola pacienta před odběrem biologického materiálu.....	76
Graf č. 23 Dostatek pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných.....	77
Graf č. 24 Dostatečné využívání pomůcek k zajištění bezpečnosti.....	78
Graf č. 25 Péče o prevenci proleženin.....	78
Graf č. 26 Mytí rukou před a po výkonu.....	81
Graf č. 27 Používání gumových rukavic a dalších pomůcek k zajištění ochrany.....	81

Graf č. 28 Dostatečná hygienická péče o nemocné.....	82
Graf č. 29 Dodržování zásad péče o permanentní močový katétr.....	83
Graf č. 30 Dodržování zásad péče o žilní kanylu .....	84
Graf č. 31 Dostatečná dezinfekce místa před výkonem.....	85
Graf č. 32 Ví pacienti, kde hledat informace o vlastní bezpečnosti v nemocnici? .....	86
Graf č. 33 Informují sestry pacienty, aby v nemocnici nebrali své vlastní léky bez vědomí lékaře? .....	87
Graf č. 34 Výskyt mimořádné události .....	88

### **Grafy znázorňující výsledky z pozorování na oddělení B:**

Graf č. 35 Podávání léků přesně na čas .....	91
Graf č. 36 Kontrola užití léků pacientem.....	91
Graf č. 37 Dostatečné označení léků před podáním.....	92
Graf č. 38 Opomenutí podání léků.....	92
Graf č. 39 Kontrola totožnosti pacienta před podáním léků .....	93
Graf č. 40 Kontrola pacienta před odběrem biologického materiálu .....	94
Graf č. 41 Dostatek pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných.....	95
Graf č. 42 Dostatečné využívání pomůcek k zajištění bezpečnosti .....	96
Graf č. 43 Péče o prevenci proleženin .....	96
Graf č. 44 Mytí rukou před a po výkonu.....	99
Graf č. 45 Používání gumových rukavic a dalších pomůcek k zajištění ochrany.....	99
Graf č. 46 Dostatečná hygienická péče o nemocné.....	100
Graf č. 47 Dodržování zásad péče o permanentní močový katétr.....	100
Graf č. 48 Dodržování zásad péče o žilní kanylu .....	101
Graf č. 49 Dostatečná dezinfekce místa před výkonem.....	102
Graf č. 50 Ví pacienti, kde hledat informace o vlastní bezpečnosti v nemocnici? .....	103
Graf č. 51 Informují sestry pacienty, aby v nemocnici nebrali své vlastní léky bez vědomí lékaře? .....	104
Graf č. 52 Výskyt mimořádné události .....	105

**Grafy znázorňující výsledky z pozorování na oddělení C:**

Graf č. 53 Podávání léků přesně na čas .....	107
Graf č. 54 Kontrola užití léků pacientem.....	107
Graf č. 55 Dostatečné označení léků před podáním.....	108
Graf č. 56 Opomenutí podání léků.....	108
Graf č. 57 Kontrola totožnosti pacienta před podáním léků .....	109
Graf č. 58 Kontrola pacienta před odběrem biologického materiálu .....	110
Graf č. 59 Dostatek pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných .....	111
Graf č. 60 Dostatečné využívání pomůcek k zajištění bezpečnosti .....	112
Graf č. 61 Mytí rukou před a po výkonu.....	114
Graf č. 62 Používání gumových rukavic a dalších pomůcek k zajištění ochrany.....	114
Graf č. 63 Dostatečná hygienická péče o nemocné.....	115
Graf č. 64 Dodržování zásad péče o žilní kanylu .....	115
Graf č. 65 Dostatečná dezinfekce místa před výkonem.....	116
Graf č. 66 Ví pacienti, kde hledat informace o vlastní bezpečnosti v nemocnici? .....	117
Graf č. 67 Informují sestry pacienty, aby v nemocnici nebrali své vlastní léky bez vědomí lékaře? .....	118
Graf č. 68 Výskyt mimořádné události .....	119

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Pozorovací záznam

Příloha P II: Dotazník

Příloha P III: Opatření pro zvýšení bezpečnosti na Vašem oddělení

Příloha P IV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření a pozorovacího záznamu



## PŘÍLOHA P I: POZOROVACÍ ZÁZNAM

datum:

nemocnice:

směna:

oddělení:

### 1. Podávání léků

Podávání léků přesně na čas:

ano / ne

ano / ne

ano / ne

.....

Kontrola užití léků pacientem:

ano / ne

ano / ne

ano / ne

.....

Dostatečné označení léků před podáním:

- perorální léky

ano / ne

ano / ne

ano / ne

- infúze

ano / ne

ano / ne

ano / ne

- inzulíny

ano / ne

ano / ne

ano / ne

- ostatní (s.c., i.m....)

ano / ne

ano / ne

ano / ne

Opomenutí podání léků

ano / ne

ano / ne

ano / ne

Jiné:.....

### 2. Zjišťování identifikace

Kontrola totožnosti pacienta před podáním léků:

ano / ne

ano / ne

ano / ne

Kontrola pacienta před odběrem biologického materiálu:

ano / ne

ano / ne

ano / ne

Způsob kontroly identifikace:.....

### 3. Používání pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných

Na oddělení je dostatek pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných:

ano / ne

ano / ne

ano / ne

Pomůcky jsou dostatečně využívány:

ano / ne

ano / ne

ano / ne

Druhy pomůcek k zajištění bezpečnosti:.....

Péče o prevenci proleženin:

- dostatečná / méně dostatečná / nedostačující
- dostatečná / méně dostatečná / nedostačující
- dostatečná / méně dostatečná / nedostačující

.....

### 4. Dodržování zásad asepse a hygienických opatření

Mytí rukou před a po výkonu:

ano / ne

ano / ne

ano / ne

Používání gumových rukavic a dalších pomůcek k zajištění ochrany:

ano / ne

ano / ne

ano / ne

Dostatečná hygienická péče o nemocné (celková hygiena, mytí rukou apod.):

- dostatečná / méně dostatečná / nedostačující
- dostatečná / méně dostatečná / nedostačující
- dostatečná / méně dostatečná / nedostačující

.....



## PŘÍLOHA P II:

## DOTAZNÍK

Dobrý den. Jmenuji se Martina Krystýnová a jsem studentka třetího ročníku oboru Všeobecná sestra na Baťově univerzitě ve Zlíně. V rámci své bakalářské práce na téma Bezpečnost klienta při poskytování ošetrovatelské péče jsem vytvořila tento anonymní dotazník.

Obracím se proto na Vás s žádostí o spolupráci a vyplnění dotazníku.

Pokyny pro vyplnění dotazníku:

U volných otázek doplňte slovy, jinak zaškrtněte vybranou odpověď křížkem. Prosím, při vyplňování piště tiskacím písmem a čitelně.

### 1. Pohlaví

- muž
- žena

### 2. Věk

- do 20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- nad 50 let

### 3. Jak dlouho již pracujete na Vašem oddělení?

- méně než 2 roky
- 2-5 let
- 5-10 let
- 10-15 let
- více než 15 let

### 4. Nejvyšší dosažené vzdělání

- střední zdravotnická škola
- vyšší odborná zdravotnická škola

- bakalářské
- magisterské
- jiné.....

5. Jsou situace, kdy nedodržíte standardy Vašeho oddělení?

- ano
- ne

Pokud ano, napište, o jaké situace se jedná:.....

6. Co děláte jako preventivní opatření pro snížení různých rizik a zvýšení bezpečí u nemocných během ošetrovatelské péče?

- .....
- .....
- .....
- .....

7. Čím si myslíte, že je nemocný nejčastěji ohrožen při vykonávání ošetrovatelské péče na Vašem oddělení? Napište dle Vás tři nejčastější rizika.

- .....
- .....
- .....

8. Jaké znáte a dodržujete základní bezpečnostní zásady při podávání léků nemocným?

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**9.** Jaké zásady dodržujete k zabránění přenosu infekčních chorob z pacienta na pacienta či na personál?

- .....
- .....
- .....
- .....

**10.** Jakým způsobem kontrolujete totožnost nemocného?

.....

**11.** Kdy kontrolujete totožnost pacienta?

.....

**12.** Kolikrát se má podle Vás minimálně kontrolovat správnost nachystaného léku?

Vyberte jednu správnou odpověď.

- jednou
- dvakrát
- třikrát

**13.** Jakým způsobem kontrolujete, že nemocný lék užil?

.....

**14.** Co sledujete u pacienta po podání naordinovaného léku?

.....

**15.** Která opatření proti pádům pacientů se na Vašem oddělení provádějí?

- .....
- .....
- .....
- .....

**16. Jaké zásady dodržujete při péči o permanentní močový katétr?**

- .....
- .....
- .....
- .....

**17. Jaké zásady dodržujete při péči o periferní žilní katétr?**

- .....
- .....
- .....
- .....

**18. Jaké zásady dodržujete při péči o centrální žilní katétr?**

- .....
- .....
- .....
- .....

**19. Vymenujte preventivní opatření proti vzniku proleženin, které se na Vašem oddělení provádějí.**

- .....
- .....
- .....
- .....

Děkuji za spolupráci a za čas strávený nad dotazníkem.

## **PŘÍLOHA P III: OPATŘENÍ PRO ZVÝŠENÍ BEZPEČNOSTI PACIENTŮ NA VAŠEM ODDĚLENÍ**

Během mého průzkumu na odděleních byly zjištěny nejčastější nedostatky, které ohrožují bezpečí Vašich pacientů/klientů. Co můžete udělat pro zajištění jejich většího bezpečí?

### RADY:

#### **1. Podávání léků**

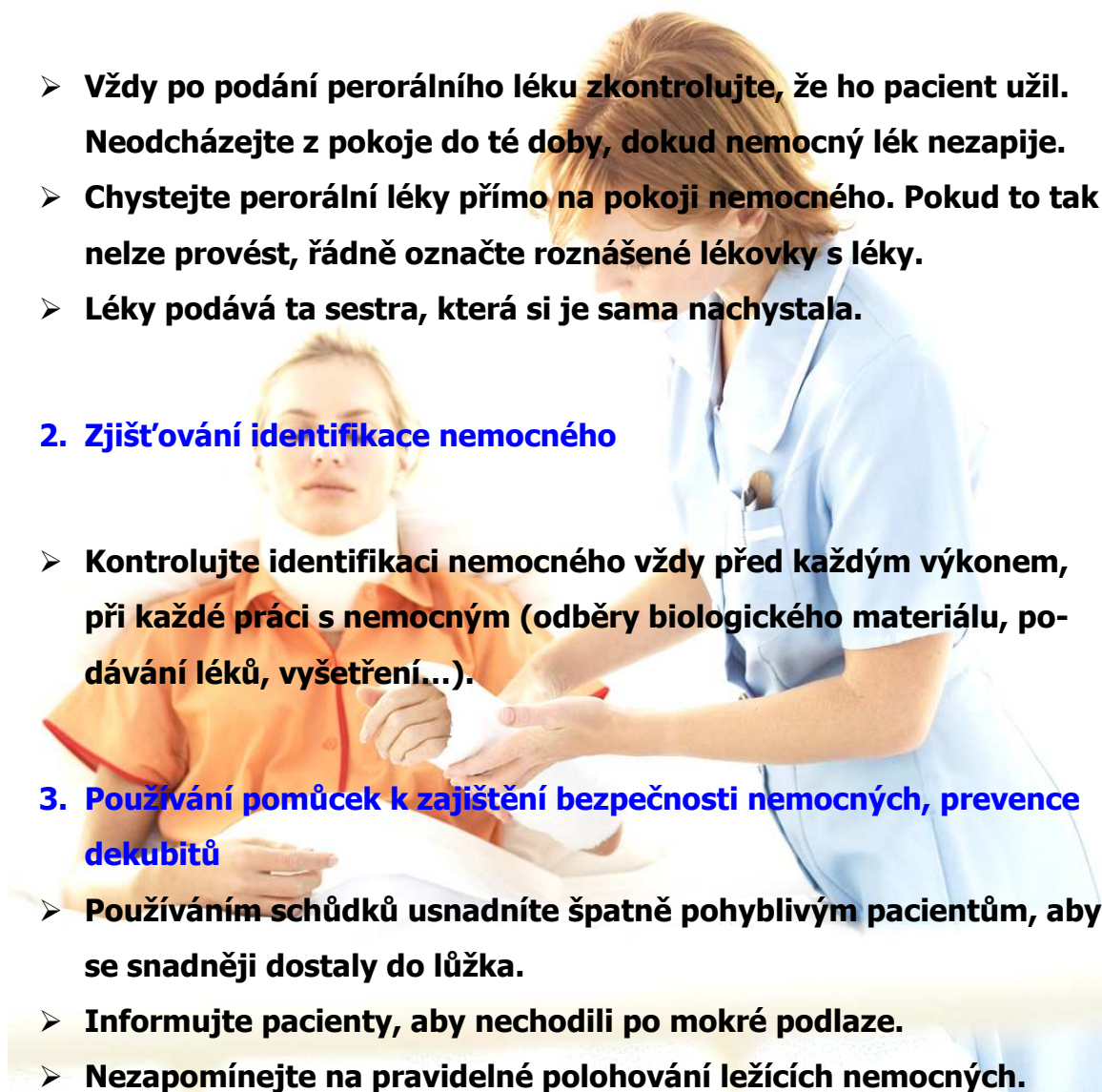
- **Vždy po podání perorálního léku zkontrolujte, že ho pacient užil. Neodcházejte z pokoje do té doby, dokud nemocný lék nezapije.**
- **Chystejte perorální léky přímo na pokoji nemocného. Pokud to tak nelze provést, řádně označte roznášené lékovky s léky.**
- **Léky podává ta sestra, která si je sama nachystala.**

#### **2. Zjišťování identifikace nemocného**

- **Kontrolujte identifikaci nemocného vždy před každým výkonem, při každé práci s nemocným (odběry biologického materiálu, podávání léků, vyšetření...).**

#### **3. Používání pomůcek k zajištění bezpečnosti nemocných, prevence dekubitů**

- **Používáním schůdků usnadníte špatně pohyblivým pacientům, aby se snadněji dostaly do lůžka.**
- **Informujte pacienty, aby nechodili po mokré podlaze.**
- **Nezapomínejte na pravidelné polohování ležících nemocných.**



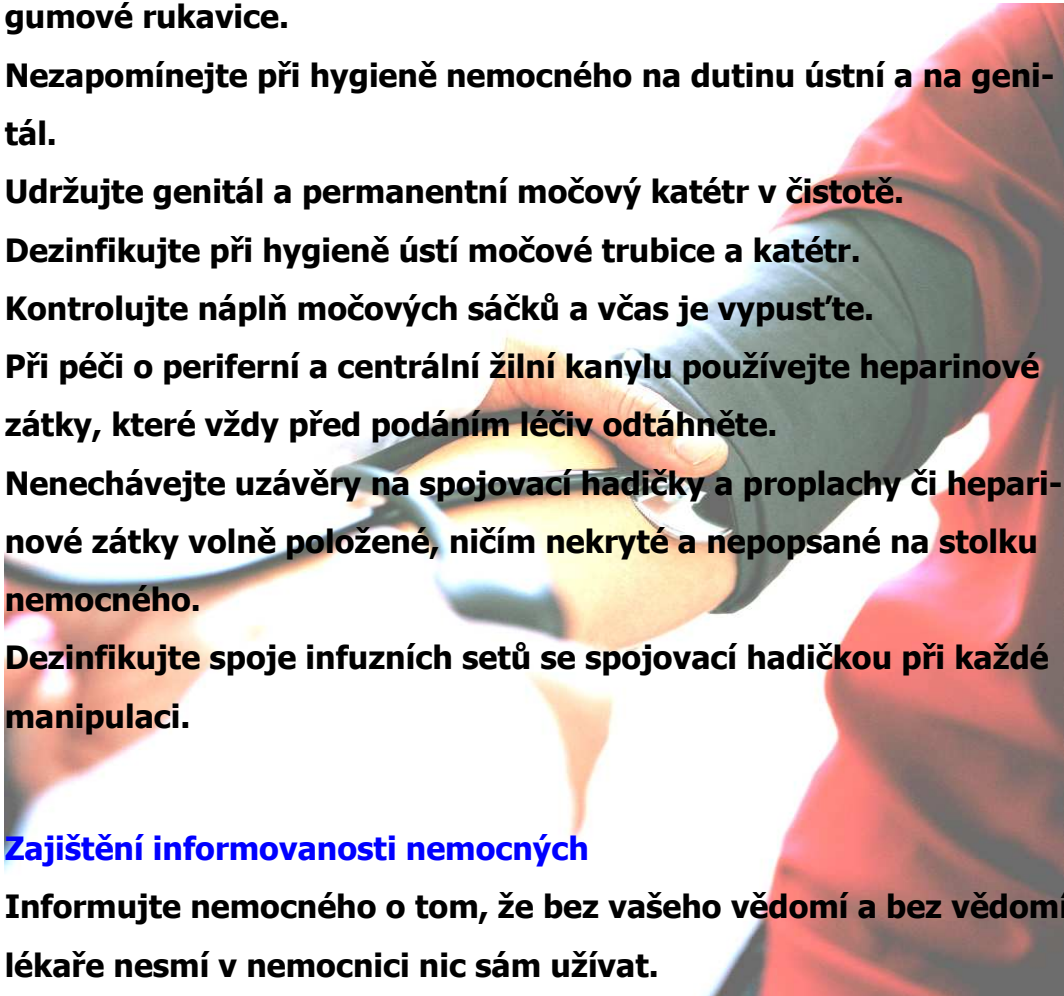


#### **4. Dodržování zásad asepse a hygienických opatření, péče o vstupy**

- **Při odběrech biologického materiálu používejte vždy jednorázové gumové rukavice.**
- **Nezapomínejte při hygieně nemocného na dutinu ústní a na genitál.**
- **Udržujte genitál a permanentní močový katétr v čistotě.**
- **Dezinfikujte při hygieně ústí močové trubice a katétr.**
- **Kontrolujte náplň močových sáčků a včas je vypusťte.**
- **Při péči o periferní a centrální žilní kanylu používejte heparinové zátky, které vždy před podáním léčiv odtáhněte.**
- **Nenechávejte uzávěry na spojovací hadičky a proplachy či heparinové zátky volně položené, ničím nekryté a nepopsané na stolku nemocného.**
- **Dezinfikujte spoje infuzních setů se spojovací hadičkou při každé manipulaci.**

#### **5. Zajištění informovanosti nemocných**

- **Informujte nemocného o tom, že bez vašeho vědomí a bez vědomí lékaře nesmí v nemocnici nic sám užívat.**



# PŘÍLOHA P IV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A POZOROVACÍHO ZÁZNAMU

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ A POZOROVACÍHO ZÁZNAMU

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků a provedení pozorovacího záznamu na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Martina Krystýnová
Téma bakalářské práce	Bezpečnost klienta při ošetrovatelské péči
Skupina respondentů	15-30 sester
Pracoviště	Interní oddělení- 6.etáž, chirurgické oddělení- 5.etáž, dětské oddělení- JIP

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ...*20.11.2007*...

  
.....  
Mgr. Jitka Laholová  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

  
.....  
Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova @fhs.utb.cz

