

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Tereza Kratochvílová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Bezpečnost pacienta na operačním sále
Tereza Kratochvílová

Bakalářská práce

2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Kratochvílová**
Osobní číslo: **Z13197**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Bezpečnost pacienta na operačním sále**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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


Seznam odborné literatury:

1. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. Ošetrovatelská perioperační péče. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
2. KALA, Zdeněk a kol. Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2010, 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
3. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
4. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. Perioperační ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
5. WICHSOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ. Sestra a perioperační péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Holubová**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2016**


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2016

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 1. 5. 2016

Tereza Kratochvílová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Marii Holubové za její trpělivost, čas, cenné rady a podněty při vedení této bakalářské práce. Poděkování patří také všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku bezpečnosti pacienta na operačním sále.

Teoretická část zahrnuje poznatky o bezpečné péči na operačním sále, popisuje rizika v perioperační péči, nežádoucí události, management rizik, a seznamuje s možnostmi prevence pochybení.

Výzkumná část prezentuje data, která byla získána dotazníkovým šetřením. Výsledky šetření jsou vyhodnoceny pomocí grafů a tabulek, kde lze posoudit bezpečnostní opatření na operačním sále a porovnat jejich dodržování perioperačními sestrami na centrálních operačních sálech a na sálech oborových. Výstupem z bakalářské práce je edukační prezentace pro perioperační sestry.

KLÍČOVÁ SLOVA

perioperační péče, bezpečí pacienta, prevence pochybení, nežádoucí události, kvalita péče

TITLE

Patient safety in the operating room

ANNOTATION

Bachelor thesis is focused on patient safety during his/her stay in the operating room.

In the theoretical part are described informations about safe care in operating room, risks in perioperative period, adverse events and management of risks. In the end of this part are summarized options in the prevention of professional misconduct.

Data obtained from questionnaires are presented in graphs and tables in the research section. There are evaluated the safety provisions in two different types of operating rooms – Central Operating Rooms Department and operating rooms in the specialized departments. Educational presentation for nurses in the perioperative care is the main outcome of this thesis.

KEY WORDS

perioperative care, patient safety, prevention of professional misconduct, adverse event, quality of care

OBSAH

0	Úvod	13
1	TEORETICKÁ ČÁST	16
1.1	Perioperační péče	16
1.1.1	Sestra pro perioperační péči	16
1.2	Bezpečná péče na operačním sále	17
1.2.1	Aseptické prostředí operačních sálů	17
1.2.2	Bariérové ošetrovatelské techniky	19
1.2.3	Týmová spolupráce na operačním sále	19
1.2.4	Ošetrovatelský proces na operačním sále	19
1.2.5	Prevence pochybení v perioperační péči	20
1.3	Rizika v perioperační péči	22
1.3.1	Záměna pacienta	22
1.3.2	Záměna operované strany	22
1.3.3	Zapomenutý materiál	23
1.3.4	Pád pacienta	23
1.3.5	Ischemie, otlak, paréza	24
1.3.6	Infekce v místě chirurgického výkonu	24
1.3.7	Záměna či ztráta biologického materiálu	25
1.3.8	Termické poškození pacienta	25
1.3.9	Alergie	26
1.4	Nežádoucí události	26
1.4.1	Systém hlášení nežádoucích událostí	26

1.5	Management rizik.....	27
1.6	Kvalita a bezpečí ve zdravotnickém zařízení.....	28
1.6.1	Akreditace a certifikace	28
1.6.2	Indikátory kvality	29
1.6.3	Audit kvality	29
1.7	Edukace	30
2	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	32
2.1	Výzkumné otázky.....	32
2.2	Metodika výzkumu.....	32
2.3	Prezentace výsledků	35
2.3.1	Porovnání dodržování bezpečnostních opatření na COS a na OS.....	56
3	DISKUSE	58
4	ZÁVĚR.....	65
5	Použitá literatura.....	67
6	Přílohy	76

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obrázek 1 Graf četnosti vlivu na kvalitu poskytované péče	38
Obrázek 2 Graf četnosti kontroly polohy pacienta na operačním stole	44
Obrázek 3 Graf četnosti kontroly přiložení neutrální elektrody	45
Obrázek 4 Graf četnosti obsluhy přístrojů potřebných k operaci	46
Obrázek 5 Graf četnosti důslednosti při realizaci PBP	48
Obrázek 6 Graf četnosti způsobu doplňování odborných znalostí v perioperační péči.....	51
Obrázek 7 Graf četnosti specializačního studia v oboru perioperační péče	53

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Četnost kontroly bezpečí pacienta	35
Tabulka 2 Četnost vlivu na zajištění bezpečí pacienta	36
Tabulka 3 Četnost upozornění při porušení či opomenutí bezpečnostních postupů.....	36
Tabulka 4 Četnost dodržování bezpečnostních opatření	37
Tabulka 5 Četnost vzniku nežádoucích událostí u pacienta	39
Tabulka 6 Četnost typu poškození pacienta	39
Tabulka 7 Četnost frekvence nežádoucích událostí.....	40
Tabulka 8 Četnost negativních faktorů ovlivňujících vznik nežádoucích událostí	41
Tabulka 9 Četnost identifikace pacienta	42
Tabulka 10 Četnost početní kontroly materiálu před započítáním operace.....	43
Tabulka 11 Četnost početní kontroly materiálu na závěr operace	43
Tabulka 12 Četnost realizace PBP na pracovišti	47
Tabulka 13 Četnost postoje k zavedení a používání PBP.....	47
Tabulka 14 Četnost překážek v realizaci PBP	49
Tabulka 15 Četnost standardů zaměřených na bezpečí pacienta	50
Tabulka 16 Četnost aktuálnosti standardů zaměřených na bezpečí pacienta	50
Tabulka 17 Četnost doplňování odborných znalostí v oblasti perioperační péče.....	51
Tabulka 18 Četnost nejvyššího dosaženého vzdělání.....	52
Tabulka 19 Četnost délky praxe na operačním sále	54
Tabulka 20 Četnost kontroly bezpečí v závislosti na délce praxe na operačním sále	55
Tabulka 21 Četnost porovnání dodržování bezpečnostních opatření na COS a OS.....	56

SEZNAM ZKRATEK

COS	centrální operační sály
ČR	Česká republika
EORNA	European Operating Room Nurses Association (Evropská asociace sálových sester)
FN	fakultní nemocnice
IMCHV	infekce v místě chirurgického výkonu
ISO	International Organization for Standardization (Mezinárodní organizace pro normalizaci)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OS	oborové sály
PBP	Perioperační bezpečnostní protokol
SAK	Spojená akreditační komise
SI	Společnost instrumentářek
SP	stranový protokol
SZŠ	střední zdravotnická škola
USA	United States of America (Spojené státy americké)
VOŠ – DiS.	vyšší odborná škola – diplomovaný specialista
VŠ – Bc.	vysoká škola – bakalářské studium
VŠ – Mgr.	vysoká škola – magisterské studium
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

0 Úvod

Pro zpracování bakalářské práce jsem si vybrala prostředí operačního sálu. Jeden z důvodů je ten, že oblast perioperační péče je mi blízká, neboť již několik let pracuji jako perioperační sestra. Dalším podnětem volby tématu je aktuálnost problematiky bezpečí pacienta na operačním sále, kdy úsilím všech zdravotnických zařízení by mělo být zvyšování kvality a efektivity poskytované zdravotní péče.

Otázky bezpečí pacientů při poskytování zdravotní péče tvoří v dnešní době jedno z hlavních témat ve zdravotnictví. Nedostatečná bezpečnost pacientů znamená vždy vážný problém pro veřejné zdraví a rovněž vysoké hospodářské zatížení pro již omezené zdroje ve zdravotnictví. Z tohoto důvodu by se měla zdravotnická zařízení orientovat na činnosti související s minimalizací rizik a jejich důsledků a zkvalitnění metod včasné detekce těchto pochybení. (Věstník MZČR, 2012, s. 20)

Zahraniční studie probíhající od konce osmdesátých let minulého století dokládají, že přibližně u 10 % hospitalizovaných pacientů dojde k újmě na zdraví důsledkem nežádoucích událostí v průběhu poskytování zdravotní péče. Předpokládá se, že převážné většině těchto nežádoucích událostí lze předcházet nebo přinejmenším snížit závažnost dopadu na jedince. (Suchá a kol., 2009, s. 69) Mezi projekty Světové zdravotnické organizace (WHO), které se zabývají bezpečím pacientů, patří i program Save Surgery Saves Lives (Bezpečná chirurgie zachraňuje životy), jímž se zabývá World Alliance for Patient Safety. Záměrem, kterým lze snížit výskyt pochybení v perioperační péči, se zabývá WHO již dlouho. Snahou bylo zhotovení efektivního opatření, jehož využitím dojde k eliminaci možných pochybení tím, že na ně v příhodnou dobu upozorní operační tým. (Wichsová, 2010, s. 43) Z tohoto důvodu World Alliance for Patient Safety ustanovila zásady a zapracovala je do doporučeného postupu Surgical Safety Checklist, který při úplném a přesném provedení významně snižuje riziko závažných nežádoucích událostí na operačních sálech. (Šťastný, 2010) V České republice je tento proces znám jako Perioperační bezpečnostní protokol či Chirurgický bezpečnostní list. Při jeho tvorbě zdravotnická zařízení vychází z doporučení WHO. (Wichsová, 2014, s. 272)

Z důvodu náročnosti činností, která souvisí s poskytováním služeb ze strany operačních sálů, by měl být kladen důraz zejména na kvalitní erudovaný personál. Právě zaměstnanci jsou základem a podmínkou poskytování kvalitní péče. Perioperační sestra se setkává s lidmi, kteří

jsou v situaci ohrožení základních hodnot zdraví a života. Nejenže je nucena osvojit si moderní technologie, které slouží k zajištění všestranné péče o pacienta, ale také u ní neustále přetrvávají obavy, že její selhání přivedí pacientovi nehodu se závažnými důsledky.

Chyby či omyly nelze při poskytování zdravotní péče zcela odstranit, jelikož neodmyslitelně souvisí s účastí lidského faktoru ve zdravotnictví. Jestliže však budou manažeři shledávat hlavní příčinu pochybení v personálu a budou zastávat mínění, že nejlepší cestou, jak chybám předcházet, je rychlé a rázné disciplinární řešení, není možno předpokládat úspěch jakékoliv zvolené strategie. A z tohoto důvodu by měl management zdravotnického zařízení své pracovníky neustále motivovat a edukovat v oblasti významnosti hlášení nežádoucích událostí. Doznáním vlastních omylů a chyb je projevem vysoké zodpovědnosti.

Cíle bakalářské práce

1. Seznámit se základními pojmy, které se týkají bezpečí pacienta na operačním sále.
2. Zjistit aktuální situaci dodržování bezpečnostních opatření během pobytu pacienta na operačním sále.
3. Porovnat dodržování bezpečnostních opatření na centrálních operačních sálech a na oborových operačních sálech.
4. Vytvořit edukační prezentaci pro perioperační sestry.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Perioperační péče

Pojem perioperační péče vyjadřuje postupy, které jsou zaměřené na péči před operací, v jejím průběhu a bezprostředně po ní. (Wedsche a kol., 2012, s. 13) Perioperační péče je výraz poměrně nový, v naší legislativě se objevuje poprvé v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. V roce 1996 v rámci České společnosti sester vznikla Společnost instrumentárek (SI). Sdružovala nejen instrumentářky, ale i ostatní pracovníky, kteří mají vztah k práci na operačním sále a poskytují perioperační péči nejen v průběhu operačního výkonu, ale také bezprostředně před a po něm. To byl jeden z důvodů, proč zástupci SI prosazovali výraz perioperační. Dalším důvodem pro výraz perioperační byla snaha se ucházet o členství v EORNA (European Operating Room Nurses Association), kde je angličtina oficiálním jazykem asociace, která si s názvem instrumentářka nebyla schopna poradit. (Bittnerová, 2007, s. 48)

Perioperační péče má nenahraditelný význam v úloze podpory a navrácení zdraví. Primárním záměrem je vybudovat vhodné podmínky ke zdolání operační zátěže, k nekomplikovanému hojení operační rány a k postupné rekonvalescenci pacienta. (Kováčiková a kol., 2009, s. 61)

1.1.1 Sestra pro perioperační péči

Sestra se specializačním vzděláním v perioperační péči je nelékařský zdravotnický pracovník a specializovanou způsobilost získává studiem specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče, která je zakončena formou atestační zkoušky. Zde získává všeobecné znalosti o systému zdravotnictví, základech managementu, etice a filozofii, výzkumu v ošetrovatelství a o dalších interpersonálních dovednostech. Odborné znalosti si doplňuje studiem dezinfekce, sterilizace, asepse, hygieny, základů anesteziologie a resuscitace, chirurgie a operačních postupů v jednotlivých oborech. (Jedličková a kol., 2012, s. 11, 19) Podmínkou k zařazení do specializačního vzdělávání je získání odborné způsobilosti na SZŠ, VOŠ, VŠ – Bc. nebo VŠ – Mgr. (Wichsová a kol., 2013, s. 44)

Práce na operačním sále je náročná a klade specifické nároky na osobnost sestry. Profese perioperační sestry vyžaduje odborné znalosti na vysoké úrovni, fyzickou zdatnost a zručnost,

schopnost improvizovat, učit se novým věcem a schopnost dokonalé týmové práce. Sestry na operačním sále by měly být pečlivé, spolehlivé a kreativní. (Wichsová a kol., 2013, s. 48)

Pracovní náplň sestry pro perioperační péči je tvořena úkony, souvisejícími s provozem operačních sálů. Přípravuje materiál a nástroje potřebné k operaci, obsluhuje a zajišťuje manipulaci s přístrojovým vybavením a pečuje o inventář sálů. Organizuje, řídí a kontroluje provádění úklidu v prostorách operačního sálu, udržuje aseptické podmínky provozu a kontroluje pracovní činnosti dalších nelékařských pracovníků, tedy sálových sanitářů a pomocných pracovníků. (Wedsche a kol., 2012, s. 15-16) Její pracovní povinností je aktivní účast při operačním výkonu na operačním sále, tedy instrumentování při operacích nebo obíhání (cirkulování), kde tvoří spojkou mezi operačním týmem a okolím. (Zeman a kol., 2011, s. 185)

Důležitou součástí perioperační péče představuje pořizování ošetrovatelské dokumentace, která by měla obsahovat ošetrovatelský záznam perioperační sestry. Jedná se o dokument, který poskytuje souborný a důkladný přehled různorodých výkonů a činností sledovaných během operačního výkonu. Zpětně umožňuje posoudit jeho průběh a vyhledat klíčové momenty a osoby, podílející se na vzniku eventuálních pochybení. (Kováčiková a kol., 2009, s. 62)

1.2 Bezpečná péče na operačním sále

Intraoperační ošetrovatelská péče je jedna z nejvíce rizikových částí během hospitalizace nemocného ve zdravotnickém zařízení. (Kudrličková a kol., 2014, s. 235) Průběh perioperačním obdobím každého pacienta je závislý na činnosti a zodpovědnosti operačního týmu, kde hlavním posláním musí být zajištění bezpečnosti pacienta. (Grochová a kol., 2012) Pracovní zkušenosti, mezioborová komunikace a organizace práce patří dle Alfredsdottira a Bjornsdottira (2007) mezi hlavní aspekty, které ovlivňují bezpečnost pacienta na operačním sále. (Alfredsdottir a kol., 2007)

1.2.1 Aseptické prostředí operačních sálů

Výrazně vysoké jsou hygienické požadavky na provoz operačního traktu a musí se řídit zásadami aseptického provozu. (Zeman a kol., 2011, s. 192) Zásadní význam má organizace

průběhu provozních toků pacientů a personálu, sterilního a nečistého materiálu. (Krška a kol., 2011, s. 69) Záležitostí všech pracovníků operačních traktů by mělo být udržování čistoty a pořádku, zajištění údržby a přípravy všech nástrojů, pomůcek a zařízení, na něž jsou kladeny vysoké nároky. (Zeman a kol., 2011, s. 192)

Stěžejním principem hygieny provozu operačních sálů je zejména vytváření aseptického prostředí operačního sálu. Podmínkou dodržování hygienického režimu operačních sálů je jejich stavební a provozní uspořádání. Operační trakt má mít status uzavřeného oddělení. (Pokorná, 2013, s. 11) Nároky na povrch podlahy operačního sálu jsou následovné – má být beze spár a nevodivá, tak aby se zabránilo výbojům statické elektřiny. Dveře mají být těsně uzavíratelné, vnitřní povrch stěn hladký, omyvatelný dezinfekčními prostředky. (Wedsche a kol., 2012, s. 27)

Trakt operačních sálů je tvořen čtyřmi zónami – ochrannou, čistou, sterilní a odsunovou. Ochranná neboli bílá zóna je zakončena hygienickým personálním filtrem a filtrem pro pacienty. Následuje čistá zóna, zelená část, která se dělí na část čistou, pod kterou spadá chodba pro převoz pacientů, denní místnosti a prostory pro skladování, a na část aseptickou, což je samotný operační sál. Bezpodmínečně musí být odděleny zóny přísunové a odsunové. (Přecechtělová, 2013, s. 38)

Nejvhodnějším řešením je rozdělení operačního traktu podle druhů operačních výkonů, a to na superseptické, aseptické, mezoseptické a septické sály. V nemocničním zařízení, kde z prostorového omezení nelze takto operační sály uzpůsobit, je potřeba operační výkony rozlišit na čisté a nečisté. (Pokorná, 2013, s. 11)

Primárním krokem k zajištění čistoty ovzduší na operačních sálech je správná funkčnost vzduchotechnického systému. (Wedsche a kol., 2012, s. 31) Vzduchotechnika opatřuje výměnu vzduchu, jeho směr proudění a tlakové poměry. Dále zajišťuje vhodnou teplotu, vlhkost vzduchu a specifické filtrování. Podstatné je i sledování množství částic ve vzduchu a jejich omezení na co nejnižší stupeň. (Krška a kol., 2011, s. 71) Zásadní složkou k úspěšnému dosažení limitů čistých prostor je korekce vzduchu do laminárního toku, při kterém vzduch probíhá v paralelních vrstvách. Toto specifické proudění stanovuje turbulenci vzduchu z okrajového pásma a zajišťuje lehký ochranný tlak v operačním poli. (Pokorná, 2013, s. 13)

1.2.2 Bariérové ošetrovatelské techniky

Do bariérových ošetrovatelských technik lze zahrnout soubor ošetrovatelských metod s technickými, materiálními a stavebními opatřeními, jimiž lze záměrně minimalizovat riziko vzniku a šíření nozokomiálních infekcí. (Jedličková a kol., 2012, s. 162) Princip bariérové ošetrovací techniky se vyznačuje důsledným využitím jednorázových pomůcek, dodržováním pravidel aseptických postupů a uplatněním předepsaných ochranných prostředků. (Mykytynová, 2013, s. 54-55) Procesy dekontaminace, dezinfekce a sterilizace mají podstatnou úlohu v boji proti infekcím. Významné je rovněž dodržení stanovených zásad manipulace s prádlem, biologickým materiálem a správným zacházením s použitými nástroji. (Schneiderová, 2014, s. 54)

Také hygiena rukou je jednou z podstatných součástí bariérového režimu, a to nejen na operačních sálech. (Wichsová, 2014, s. 272) Rukama zdravotníků, které jsou kontaminované nemocniční mikroflórou, je přeneseno více jak 60 % nozokomiálních infekcí. (Maďar a kol., 2006, s. 148)

1.2.3 Týmová spolupráce na operačním sále

Základním předpokladem efektivní intraoperační péče je týmová atmosféra a kolektivní přístup k práci. (Balková a kol., 2014, s. 15) Právě spolupráce a kvalitní komunikace na všech úrovních operačního týmu je velmi důležitá pro pracoviště operačního sálu. Mnohdy je zdraví a život pacienta odkázáno právě na kvalitní a rychlou komunikaci uvnitř operačního týmu. (Wichsová a kol., 2013, s. 59) Nesoulad vztahu perioperačního týmu má za následek osobní napětí, které může způsobovat vznik nežádoucího rizika provedení úkonu o nižší kvalitě či výskytu komplikací. (Páleníková a kol., 2010, s. 42)

1.2.4 Ošetrovatelský proces na operačním sále

Základním kamenem vyspělého ošetrovatelství je ošetrovatelský proces, který je postupně zaváděn i na operační sály. (Chourová, 2011, s. 36) Z charakteru práce perioperačních sester na operačním sále plyne, že uplatnění ošetrovatelského procesu je zde jiné než na lůžkových odděleních. A to zejména pro stanovení ošetrovatelských diagnóz, které jsou specifické a jsou

vymezeny riziky operačních zákroků jako takových, jež souvisí s perioperační ošetrovatelskou péčí. (Balková, 2013, s. 48-50)

Na operačním sále ošetrovatelský proces začíná převzetím pacienta a končí jeho předáním na pooperační pokoj. Za život a bezpečí pacienta v této době přebírá zodpovědnost každý z týmu pracovníků operačního sálu. (Štefková, 2006, s. 94) Ošetrovatelský proces v perioperační péči na operačním sále nemusí být nezbytně chápan ve smyslu nuceného teoretického konceptu, nýbrž jako mapa práce, jejímž hlavním úkolem je zajistit v co nejvyšší míře bezpečí pacienta. (Chourová, 2011, s. 37)

1.2.5 Prevence pochybení v perioperační péči

Jedním z vážných problémů v nemocničních zařízeních je bezpečí pacientů, z toho důvodu vznikají nové systematické postupy, které vedou jak ke zlepšení kvality poskytované péče, tak i zaopatření bezpečí pacientů. (Pokořová, 2012, s. 13) Z hlediska naplňování primárního závazku zdravotnických pracovníků vůči pacientům – hlavně neublížit – je předcházení omylů a chyb přínosnější metodou nežli sebelepší odezva na tato pochybení. (Škrla, 2005, s. 54)

Resortní bezpečnostní cíle

Postupné zavádění systémových opatření, za které zodpovídá Ministerstvo zdravotnictví ČR, má za účel zvýšit kvalitu poskytované péče a podpořit vyšší bezpečnosti pacientů. Klíčovým opatřením, které je součástí bezpečnosti zdravotní péče a Akčního plánu kvality, je vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů. (Svobodová, 2010, s. 5)

Organizace řízené Ministerstvem zdravotnictví ČR jsou povinny dodržovat Resortní bezpečnostní cíle, jež vznikají na Doporučení Rady Evropské unie o bezpečí pacientů, vedoucích ke snížení výskytu chyb a omylů. (Marx, 2012, s. 5) Bezpečnostní cíle jsou vyhlášeny pomocí doporučených postupů, které vedou ke snížení výskytu rizik poškozující pacienta. (MZČR, 2012) Účelem těchto bezpečnostních cílů je vymezit problematrické oblasti v postupu poskytování zdravotní péče a uvést koncept řešení těchto problémů, které vycházejí z jednotných odborných hledisek. (Joint Commission International, 2008, s. 49)

Sledované parametry bezpečnostních cílů jsou optimální postupy při hygieně rukou, prevence pádů či bezpečnost při podání rizikových léčiv. Dále také kvalitní komunikace, bezpečné předání a identifikace pacienta a s tím související předcházení záměny pacienta, výkonu nebo strany při operačních výkonech. (MZČR, 2012)

Perioperační bezpečnostní protokol

Celosvětově je dle statistiky WHO provedeno 234 milionů operačních výkonů ročně a z tohoto počtu se u přibližně 7 milionů pacientů vykytují pooperační komplikace, na něž téměř 1 milion zemře. Právě z toho důvodu World Alliance for Patient Safety v roce 2008 stanovila zásady, jejímž účelem je podporovat bezpečnost chirurgických výkonů, které byly zahrnuty do doporučeného postupu Surgical Safety Checklist (viz příloha A). V České republice je tento proces znám jako Perioperační bezpečnostní protokol či Chirurgický bezpečnostní list (viz příloha B). Při jeho tvorbě vychází zdravotnická zařízení z doporučení WHO. (Wichsová, 2014, s. 272)

Pilotní studie proběhla od října 2007 do září 2008 v osmi městech na světě, kdy během jednoho roku byl na zdejších operačních sálech důsledně realizován postup kontroly podle chirurgického Checklistu. Studie byla uskutečněna v USA, Kanadě, Velké Británii, Tanzanii, Indii, na Filipínách a na Novém Zélandu. Podstatné v této studii je zahrnutí i těch zemí, kde není poskytována vysoká úroveň zdravotní péče. Výsledná data pilotní studie byla překvapivá vzhledem k tomu, že výskyt pooperačních komplikací klesl o třetinu a počet úmrtí téměř o polovinu při použití chirurgického Checklistu. (WHO, 2009) Jeho využití může být nápomocné k zabránění záměně pacienta, záměně operované strany, výskytu komplikací s anestezií, k prevenci infekce operační rány a zamezení chyb vyplývajících z nedostatečné komunikace mezi členy operačního týmu. (Wichsová, 2010, s. 44)

Surgical Safety Checklist byl vytvořen po konzultaci lékařských i nelékařských pracovníků a také pacienty samotnými. (Wichsová, 2010, s. 43) Skládá se ze tří složek, které jsou realizovány při kritických momentech v průběhu perioperační péče. Před podáním anestezie se provádí první fáze, druhá probíhá bezprostředně před operačním řezem a třetí fáze před transportem pacienta z operačního sálu. (Kutílková, 2013) Celý proces nemá delší trvání než dvě minuty a prověří se tím nejdůležitější rizika, která s sebou nese operační zákrok. (Wichsová a kol., 2013, s. 160-162)

1.3 Rizika v perioperační péči

I ten nejjednodušší chirurgický výkon bývá spojen svou vlastní podstatou s určitým rizikem pro pacienta. (Skalická, 2007, s. 122) Hlavním a zásadním kritériem práce a všech opatření, jež jsou v perioperační péči přijímány, je právě bezpečí pacienta na operačním sále. Navzdory tomu dochází v průběhu péče k příhodám, které mohou vyústit v perioperační nebo pooperační komplikace. (Wichsová a kol., 2013, s. 160)

1.3.1 Záměna pacienta

Mezi častá rizika při poskytování zdravotní péče patří záměna pacienta. Resortní bezpečnostní cíle, jež vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky, nařizují mimo jiné přímo řízeným zdravotnickým zařízením povinně identifikovat každého pacienta. (Marx, 2011)

Vnitřní předpisy jednotlivých zdravotnických zařízení udávají stanovené postupy identifikace pacienta. (Seifert a kol., 2009, s. 353) Zásadním a osvědčeným způsobem jsou identifikační náramky a přímé dotazy na pacienta. Významnou součástí je kontrola dokumentace a operačního programu. Pokaždé se požadují minimálně dva identifikační údaje pacienta, např. jméno a datum narození. (Jedličková a kol., 2012, s. 55)

Vícestupňovou kontrolu identifikace pacienta je nutno provádět ihned při přijetí na dispečink operačního traktu. Následuje kontrola anesteziologickou sestrou, poté identifikační údaje zkontroluje perioperační sestra na operačním sále. (Jedličková a kol., 2012, s. 55-56)

1.3.2 Záměna operované strany

Nežádoucí událost, která vzhledem ke své závažnosti zcela jistě vyžaduje hledání účinných metod prevence, je záměna strany či místa při operačním výkonu. (Drahoš, 2008, s. 3)

K předcházení záměny strany byl do odborné praxe zaveden stranový protokol (SP). Jedná se o soubor opatření, která jsou prováděna zdravotnickým personálem a byla vytvořena k předcházení záměny stran u diagnostických a léčebných postupů u párových orgánů. SP je realizován při příjmu pacienta k hospitalizaci, při vizitách a na operačním sále. (Pniak a kol., 2008, s. 218) Zásadou SP je systém vícestupňové kontroly informací před uskutečněním vlastního výkonu, samozřejmou součástí SP je rovněž označení strany operace. Lokalizace

operačního výkonu musí být označena jasně a zřetelně, nutná je viditelnost tohoto označení i po zarouškování pacienta. Pokud je to reálné, označení místa operace se účastní i samotný pacient. (Marx, 2007, s. 395)

1.3.3 Zapomenutý materiál

Cizí těleso, jež je opomenutím ponecháno po operačním zákroku v tělesné dutině či operační ráně, je pokaždé považováno za závažnou komplikaci, která nejenže má nepříznivý vliv na zdravotní stav operovaného, ale také uškodí dobrému jménu zdravotnického zařízení, kde tato událost nastala. (Vondráček a kol., 2013, s. 42) Lze se setkat jak s neúmyslným ponecháním materiálu v tělesné dutině nebo operační ráně, tak i se zapomenutými nástroji nebo jejich částí, použitými během operačního výkonu. (Jedličková, 2012, s. 57)

V České republice prozatím podrobná statistika nebyla vytvořena, ale ze zahraničních zdrojů vyplývá, že statistické údaje jsou neúprosné a shledávají, že opomenutí předmětu v těle pacienta při operačním výkonu nastane jednou za 3-5 tisíc operací, což vyjadřuje výskyt průměrně jednoho případu za rok ve středně velkém nemocničním zařízení. Mortalita je příčinou této komplikace velice vysoká a v udávaných přehledech dosahuje až 50 %. (Šťastný a kol., 2008, s. 66)

1.3.4 Pád pacienta

Pád pacienta v nemocničním zařízení je považován za nežádoucí událost, vycházející z neúmyslného spočinutí pacienta na zemi nebo na jinou, níže uloženou plochu. (Joint Commission Resources, 2007, s. 21) Morbidita, mortalita a rovněž finanční náklady v souvislosti s pády pacientů ve zdravotnických zařízeních patří mezi nejvíce relevantní problémy, se kterými se musejí nemocnice a jiná zdravotnická zařízení potýkat. (Joint Commission Resources, 2007, s. 29)

Přeložení pacienta na operační trakt a jeho následný pobyt na něm musí být uskutečněn vždy pod dohledem sálového personálu. Po korektním uložení pacienta na operační stůl je potřeba, aby byl zabezpečen proti možnému pádu pomocí popruhů. (Jedličková a kol., 2012, s. 56) Navzdory dodržení všech opatření, jejichž cílem je riziko pádu minimalizovat, nelze očekávat, že dojde k jejich úplnému vymizení. Všechny pády by měly být doprovázeny

rozborem okolností, které k nim přímo či nepřímo vedly. Po pádu je nezbytné provést vyšetření pacienta, popř. jeho ošetření. Důležité je získání informací o příčině pádu, přítomnosti rizikových vlivů, a pečlivé zaznamenání do ošetrovatelské dokumentace. (Dostálová a kol., 2011, s. 32)

1.3.5 Ischemie, otlak, paréza

Poškození pacienta následkem útlaku o operační stůl a jeho příslušenství je v USA druhý nejčastější důvod správního řízení za zanedbání odpovědnosti. Na základě toho by měla být při podpisu informovaného souhlasu pacientovi sdělena i tato skutečnost. Zodpovědnost za polohu pacienta má operatér, který by měl s pomocí sálového sanitáře uložit a zkontrolovat umístění pacienta na operačním stole. (Wendsche a kol., 2012, s. 77) Po správném napolohování pacienta na operačním stole a jeho zabezpečení proti pádu je nutné vypodložit antidekubitními podložkami a polohovacími pomůckami všechna místa, kde hrozí vznik tlakového poškození či útlak nervů s následující parézou.

1.3.6 Infekce v místě chirurgického výkonu

Podstatová (2007) svojí studií zjistila, že infekcím v místě chirurgického výkonu (IMCHV) patří třetí místo mezi nejčastějšími nozokomiálními nákazami, jež se vyskytnou přibližně u 38 % pacientů. Z nich dvě třetiny tvoří incizní infekce a třetina dopadá na orgány, popřípadě místa zasažená operací. (Podstatová a kol., 2007, s. 8)

Z hlediska závažnosti problému lze IMCHV rozlišovat na povrchovou infekci incize, která postihuje výlučně kůži a vrstvu podkoží, dále na hluboké incizní infekce, zasahující fasciální a svalové vrstvy, a na infekční onemocnění orgánu či prostoru. (Gürlich, 2010) Dle případného výskytu mikroorganismů lze operační rány rozdělit na rány čisté, rány čisté kontaminované, rány kontaminované nebo rány znečištěné. (Ferko a kol., 2015, s. 33) Takovéto členění je významné z hlediska postoje k předpokládanému riziku IMCHV, následně se odvíjí eventuální preventivní opatření, ale i samotná volba postupu chirurgické zákroku. (Wichsová a kol., 2013, s. 163)

Prevence v oblasti perioperační péče spočívá v dodržování aseptických postupů a bariérových ošetrovacích technik, významná je důsledná antiseptika operačního pole či precizní chirurgická

technika. Zásadní je minimalizovat počet osob v průběhu operačního výkonu či monitoring prostředí operačního sálu, kde je vhodné využití ventilace s pozitivním přetlakem. S vlivy, které jsou spojené s nižším rizikem infekce v místě chirurgického výkonu, souvisí také využití monofilních stehů a zavedení drenáže mimo operační ránu, jež je vybavena systémem uzavřeného nasávání. (Podstatová a kol., 2007, s. 10)

1.3.7 Záměna či ztráta biologického materiálu

Jedním z častých úkonů na operačních sálech je odběr biologického materiálu, jehož důvod je zjištění změn tkání, následné objasnění onemocnění a stanovení diagnózy. (Jedličková a kol., 2012, s. 92) Veškerý odebraný materiál musí být pečlivě označen identifikačním štítkem, aby nenastala záměna vzorku. (Schneiderová, 2014, s. 62)

Ke každému získanému materiálu určenému k rozboru je zapotřebí se chovat tak, jako by se jednalo o materiál infekční, a to využitím ochranných pomůcek a správných zásad manipulace s infekčním materiálem. Před jeho transportem je podle požadavků důležité skladování v určených prostorech, a právě tak zásadní je i včasný transport vzorku do laboratoře. (Wendsche a kol., 2012, s. 87)

1.3.8 Termické poškození pacienta

Nesprávné přiložení inaktivní elektrody na těle pacienta, používání hořlavých dezinfekčních přípravků či chybné uzemnění přístrojové techniky bývá příčinou tepelného poškození pacienta na operačním sále. (Šilerová a kol., 2012, s. 56) Popáleniny jsou považovány za iatrogenní poškození zdraví jedince v perioperační péči. Popálení elektrickým proudem vzniká na základě působení vysoké teploty při pronikání elektrického proudu tělem pacienta. (Wendsche a kol., 2012, s. 36)

Při využití elektrochirurgického přístroje a současném použití alkoholových dezinfekčních preparátů, sloužících k antisepsi operačního pole, je nutné dbát zvýšené pozornosti, jelikož hrozí riziko vznícení alkoholových výparů elektrickou jiskrou a následné termické poškození pacienta. (Wichsová a kol., 2013, s. 67) Velmi podstatné je nechat alkoholový preparát zaschnout a zabránit vniknutí antiseptika mezi kůži a elektrodu. (Jedličková a kol., 2012,

s. 56) Zanedbat se nesmí ani korektní přiložení inaktivní elektrody, a to na místo suché, odchlupené, co možná nejbliže operačnímu poli. (Kala a kol., 2010, s. 78)

1.3.9 Alergie

Léčivé přípravky se staly základním pilířem moderní medicíny a jejich množství v praxi neustále narůstá. Vedle žádoucího léčebného efektu je ale každé použití léčivého přípravku spojeno s nebezpečím výskytu alergické reakce. (Braunová, 2015) Alergické reakce by měly být zavčas identifikovány, klasifikovány a intenzivně léčeny. (Málek a kol., 2010)

Po převozu pacienta na operační sál je podstatné zjištění alergií dotazem na pacienta a kontrolou dokumentace, poté je zvolena případná dezinfekce operačního pole a jsou podány vhodné léčivé přípravky. Lze použít dezinfekční přípravek, který neobsahuje jód ani jiné látky s možným negativním účinkem. Při zjištění alergie, o které pacient nevěděl, je zahájena léčba proti alergii a je proveden záznam do ošetrovatelské dokumentace. (Jedličková a kol., 2012, s. 56)

1.4 Nežádoucí události

Jakákoliv událost, při které došlo k pochybení během poskytování léčby, výkonu či procedury, se označuje jako nežádoucí událost. (Škrála a kol., 2008, s. 50)

Nečekané příhody a situace, které ve zdravotnických zařízeních nastávají, mohou mít za následek poškození zdraví pacienta. Jestliže jsou tyto chyby evidovány, tak lze rozpoznat a analyzovat jejich příčiny a následuje možnost se z nich ponaučit, což může mít za efekt dosažení vyšší kvality poskytované péče a pro pacienta bezpečnější prostředí. (Seifert a kol., 2009, s. 352) V členských státech Evropské unie je přibližně u 8-12 % hospitalizovaných pacientů způsobeno poškození zdraví, které vzniká důsledkem nežádoucích událostí v průběhu poskytování zdravotní péče. (Věstník MZČR, 2012, s. 20)

1.4.1 Systém hlášení nežádoucích událostí

Hlášení a prevence nežádoucích událostí v oblasti zvané řízená péče je součástí programu řízení rizik. Současné zaujetí zdravotnických zařízení o přesné vymezení pojmu nežádoucí

událost, zájem o tvorbu a zavedení protokolu (sloužícího k hlášení nebo šetření) a prevenci těchto nežádoucích událostí, poukazuje na významnost tématu dnešní doby. K hlavním příčinám, proč je této věci věnována taková pozornost, patří nároky akreditací, systému ISO 9001:2000, ale i nátlak celosvětové zdravotnické komunity, která si určila předcházení vzniku nežádoucích událostí za svoji významnou prioritu. (Škrla a kol., 2008, s. 48)

Ve všech zdravotnických zařízeních by měl být správně nastaven systém pro okamžité hlášení nežádoucích událostí. (Nicholls a kol., 2006, s. 24) V novodobém ošetrovatelství toto hlášení tvoří zásadní výukový element a významnou zpětnou vazbu, která slouží ke zkvalitnění opatření v systému, jenž zapříčinil vznik nežádoucí události. (Škrla a kol., 2008, s. 49)

Záměrem celého procesu by nikdy nemělo být nalezení viníka a následné potrestání, ale jde zejména o zvýšení pracovního nasazení a snahy každého člena zdravotnického týmu o souvislé napravování chybných systémů a procesů. (Hřib a kol., 2010, s. 5) V hospodářsky vyspělých zemích je hlášení nežádoucích událostí nejen podporováno, ale zároveň i odměňováno. (Škrla a kol., 2008, s. 49)

1.5 Management rizik

Mezi hlavní prvky moderního managementu patří management rizik, který reprezentuje ucelený koncept vedoucí k zamezení potenciálních škod a poškození zdraví. (Kudrličková a kol., 2014, s. 235) Zaobírá se stálým posuzováním potenciálního výskytu nežádoucích událostí, jejich náročností, efektivitou a hospodárností preventivních opatření, jež jsou zapotřebí k eliminaci situací způsobujících poškození pacienta. Na základě daného hlediska lze považovat za riziko vše, co by mělo za následek vznik zdroje nejasnosti a nechtěné proměnlivosti ve zdravotnických zařízeních. (Škrla a kol., 2008, s. 12)

Nebezpečí představuje seskupení možností výskytu negativního jevu a jeho stupně nepříznivého dopadu na výstup procesu. Tyto nežádoucí jevy se ve zdravotnictví snaží odstranit či snížit jejich výskyt výše zmíněný management rizik. (Plevová a kol., 2012, s. 258-259) Eliminace rizik lze rozdělit do několika fází. Prvním krokem je přiznat si, že rizika jsou reálná a existují. Ve druhé fázi je nutné zaměřit se na objevená rizika věcně a bez zbytečného zkreslení. V případě zjištění, že se jedná o nebezpečí významné, je dalším postupem zhodnocení dostačující ochrany, a v případě zjištění, že uspokojivá není, je nutné

zvolit vhodná a účinná opatření k minimalizaci a případné eliminaci rizika. (Pokožová, 2011, s. 29)

1.6 Kvalita a bezpečí ve zdravotnickém zařízení

Kvalita poskytované péče se stává stále významnějším pojmem ve zdravotnictví. (Somrová a kol., 2012, s. 411) Činnosti orientované na zvyšování bezpečnosti a kvality zdravotní péče jsou nepostradatelnou součástí plánů všech zdravotnických zařízení, profesních organizací i ministerstva zdravotnictví. Jednotliví pracovníci jsou schopni se aktivně začlenit do systému kvality péče za předpokladu, že mají potřebné znalosti a informace, musí znát svoji roli a vědět, co se od nich očekává. (Pokožová, 2010, s. 35)

Ve zdravotnictví je několik systémů, na základě kterých zdravotnická zařízení dokládají implementaci a zaměření na kvalitu. Jedním z nich je SAK (Spojená akreditační komise ČR), zaměřující se na bezpečí zdravotní péče a dlouhodobý nárůst kvality na základě akreditace zdravotnických zařízení a poradenské činnosti při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení. Mezinárodní organizace JCI (Joint Commission International) se soustřeďuje na zvyšování kvality péče v mezinárodních prostředích pomocí mezinárodní akreditace, ISO (International Organization for Standardization) je mezinárodní organizace pro normalizaci, která se zabývá koordinací uspořádání a publikování schválených norem. (Pokožová, 2010, s. 34)

1.6.1 Akreditace a certifikace

Systémy řízení kvality, vycházející buď z certifikace dle normy ISO 9001:2008, nebo z akreditace národní či mezinárodní, slouží ke zkvalitňování léčebné a ošetrovatelské péče včetně zvyšování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních. (Politika kvality FN Plzeň, 2015)

Akreditace je děj, při kterém externí sdružení, většinou nestátní, posuzuje zdravotnické zařízení a hodnotí, v jakém rozsahu jedná v souladu s nároky na zlepšování kvality poskytované péče. (Joint Commission International, 2008, s. 9) Tento proces je zakončen získáním certifikátu akreditace, jež značí poskytování kvalitní a bezpečné péče zdravotnickým

zařízením. Zdravotnická organizace se tím zavazuje k neustálému zkvalitňování zdravotní péče a soustavnému úsilí o pokles výskytu možných rizik. (Somrová a kol., 2012, s. 411)

Certifikace je proces, kdy povolaná instituce posuzuje a prokazuje, že jedinec nebo organizace jsou ve shodě s vymezenými nároky, které jsou dány normativním či jiným odborným ustanovením. (Joint Commission International, 2008, s. 295) Certifikace zahrnuje obdobný proces jako akreditační šetření, nejznámější a nejvíce používaná je certifikace podle normy ISO 9001:2008. (Svobodová, 2012, s. 30)

1.6.2 Indikátory kvality

Součástí plánu kontinuálního zvyšování kvality zdravotní péče jsou čtyři zdroje dat, jimiž lze hodnotit a posuzovat míru kvality zdravotní péče. Jedná se o data, která jsou získána od pacientů, externích znalců, z auditů a z indikátorů kvality. Indikátory kvality, jež jsou měřitelnými znaky, lze porovnat se stanovenými normami a tím rozpoznat, jak bylo těchto standardů dosaženo. (Balková a kol., 2012, s. 42)

Indikátor lze pojmut rovněž jako riziko nebo nežádoucí událost. Posuzování těchto ukazatelů je proces označování, vyhodnocování a řešení případných či přítomných problémů, které mohou být odpovědné za vznik poranění, poškození nebo zdrojem finanční újmy. (Svobodová, 2012, s. 31)

Sledovanými indikátory na operačních sálech mohou být pády a poranění pacientů, záměna pacientů, stranová záměna či otlaky, dekubity, parézy. Dále také infekce v místě chirurgického výkonu, počet neplánovaných návratů pacienta na operační sál, porucha klimatizace apod. (Balková a kol., 2012, s. 42)

1.6.3 Audit kvality

Audit kvality se vyznačuje systematickým, nezávislým a dokumentovaným procesem, jehož úlohou je získat důkazy o objektivním hodnocení, a záměrem je určit rozsah, ve kterém jsou splněna daná kritéria. Vedení zdravotnického zařízení požaduje pro plánování, prověřování a zlepšování provozu data o chodu nemocnice, která obsahují skutečné a faktické údaje. (Vašátková a kol., 2007, s. 21) Záměrem auditu nikdy není posuzování výkonu zaměstnanců s cílem nacházení jejich pracovních chyb a následným kárným opatřením, ale jedná se

o vyhledání „slabých míst“ v procesu nebo systému a o snahu v co nejkratší době zajistit nápravu. (Plevová, 2012, s. 174)

Audity je možno rozdělit na interní audity, které jsou realizovány vlastními zaměstnanci, a na audity externí, které jsou prováděny nejčastěji Ministerstvem zdravotnictví ČR, Státním ústavem pro kontrolu léčiv nebo akreditačním či certifikačním orgánem. Dalším dělením auditů je jejich rozlišení dle časového uskutečnění, a to na plánované a neplánované. (Svobodová, 2012, s. 30)

1.7 Edukace

Edukace představuje vzdělávací proces či výchovu vedoucí k podávání informací pacientovi a osvojení si návyků, sloužících ke kompenzaci a stabilizaci nemoci. Úkolem edukace je pozitivně motivovat pacienta a vést ho ke spolupráci tak, aby léčba byla co nejvíce účinná. (Míčková, 2009, s. 44)

Edukační proces má probíhat plánovaně, organizovaně a měl by uspokojovat potřeby edukovaných klientů, jež tvoří aktivní složku edukace. (Majerníková a kol., 2010, s. 41) Ten, kdo provádí edukační aktivitu, je označován jako edukátor, obvykle to bývá lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog atd. Jedinec, který je edukován, se nazývá edukant; ve zdravotnických zařízeních to zpravidla bývá pacient (zdravý, nemocný). Edukační prostředí se nazývá místo, kde edukace probíhá. (Juřeníková, 2010, s. 10)

Edukace ve zdravotnickém zařízení má přispět k prevenci nemoci, zachování, popřípadě navrácení zdraví či pomoci ke zkvalitnění života pacienta. (Svěráková, 2012, s. 28-29) Lze ji rozdělit na edukaci základní a reedukační. Při základní edukaci jsou klientovi podávány nové vědomosti nebo dovednosti, při edukaci reedukační lze využít možnost navázat na již získané dovednosti a vědomosti. Edukace, která nejčastěji probíhá formou kurzů, je nazývána edukace komplexní. (Juřeníková, 2010, s. 11-12)

Operační sál je jednou z mála oblastí, která po dlouhou dobu zůstává stranou edukace, pro nemocného tedy místem neznámým. Mnoho pacientů má tak mínění o operačních sálech často zdramatizované, jelikož mnohdy jediné informace plynou z médií, což může zvyšovat obavy nemocného. (Matlochová, 2012, s. 41) Během pobytu na operačním sále je nutno k pacientovi přistupovat laskavě a trpělivě, zejména je vhodný etický a povzbudivý přístup zdravotnického personálu. Psychický klid je stejně důležitý jako klid fyzický. (Šimková

a kol., 2007, s. 3) V některých nemocničních zařízeních zajišťují edukaci sestry pro perioperační péči, přicházejí za nemocným večer, den před operací, avšak prozatím se nejedná o standardizovanou aktivitu, která by byla zahrnuta mezi povinnosti perioperačních sester. (Wichsová a kol., 2013, s. 133) Edukující sestra má k dispozici fotografie, popř. videa či písemné materiály, a následně ústně ozřejmí perioperační průběh a zodpoví veškeré dotazy pacienta. (Chmelíková a kol., 2008, s. 62) Nicméně dle Wichsové (2013) se jeden z problémů při edukaci perioperační sestrou jeví ten, že nemocný den před operací musí absolvovat předoperační přípravu, rozhovor s chirurgickým a anesteziologickým lékařem, popřípadě některá doplňující vyšetření. Již po těchto záležitostech může být přesycen poznatky a informacemi; při následné edukaci perioperační sestrou nemusí některé z nich pojmout. (Wichsová a kol., 2013, s. 134)

Také edukace pracovníků ve zdravotnickém zařízení představuje podstatnou úlohu v procesu řízení kvality. Významným krokem pro úspěšné řízení rizik je vnímání a pochopení jejich nebezpečí. Zpochybňování vážnosti problému pochybení a rizik či jejich podceňování představuje nejen odmítnutí celosvětového trendu kontinuálního zvyšování kvality a bezpečnosti péče, ale také odepření požadavku systémů řízení kvality. (Škrla a kol., 2008, s. 162) V praxi nestačí mít managementem zdravotnického zařízení dobře vypracovaný vnitřní předpis, velice podstatné je, aby se s ním identifikoval zdravotnický i nezdravotnický personál a dodržoval ho. (MZČR, 2008) Smysluplná výchova zaměstnanců je nejúčinnějším prostředkem k předcházení pochybení v perioperační péči. Je potřeba nejen odborné expertizy, ale i zaujetí a podpora manažerů jednotlivých zaměstnanců, aby edukace mohla přivést skutečnou a trvalou změnu. (Škrla a kol., 2008, s. 163)

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Výzkumné otázky

První výzkumná otázka

Je během perioperační péče prováděna dostatečná kontrola zabezpečení pacienta před poškozením?

Druhá výzkumná otázka

Jak se staví sestry pro perioperační péči k realizaci Perioperačního bezpečnostního protokolu?

Třetí výzkumná otázka

Jaká je nejčastější nežádoucí událost, se kterou se lze setkat v souvislosti s pobytem pacienta na operačním sále?

Čtvrtá výzkumná otázka

Dodržují bezpečnostní opatření více perioperační sestry na centrálních operačních sálech, nebo na oborových operačních sálech?

Pátá výzkumná otázka

Provádějí perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let před, během a po operačním výkonu kontrolu bezpečí klienta důsledněji než perioperační sestry s kratší délkou praxe?

2.2 Metodika výzkumu

Bakalářská práce je teoreticko-výzkumného/průzkumného charakteru. Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici fakultního typu na centrálních operačních sálech a na sálech oborových v období od října 2015 do ledna 2016, kde je ročně provedeno zhruba 26 000 operačních výkonů. Oddělení centrálních sálů se skládá z devíti operačních sálů, kde jsou prováděny výkony kardiochirurgické, hrudní, cévní, traumatologické, urologické a všeobecné chirurgie. Výzkumné šetření na oborových sálech probíhalo na klinice oční, gynekologicko-porodnické, ortopedické, neurochirurgické, dětské a na klinice plastické

chirurgie. Povolení zdravotnického zařízení k výzkumnému šetření bylo uvedeno na základě písemné žádosti.

K získání výzkumných dat byla použita technika kvantitativního sběru dat. Potřebné informace byly získány pomocí dotazníku vlastní tvorby v tištěné podobě (viz příloha C), které byly rozdány na centrálních operačních sálech a na sálech oborových. Kutnohorská (2008) uvádí, že dotazník je standardizovaný soubor otázek a při jeho tvorbě je příznačná přiměřená znalost šetřeného prostředí. Pro techniku dotazníku je charakteristická nepřítomnost výzkumníka při jeho vyplňování. (Kutnohorská, 2008, 41-42) Dotazník byl určen pro sestry pro perioperační péči a byl anonymní. Na každé z těchto oddělení bylo rozdáno 35 dotazníků, kde jej perioperační sestry vyplňovaly na provozní schůzce oddělení pod dohledem vedoucího pracovníka. Vyplněné dotazníky perioperační sestry odevzdávaly zalepené v obálce z důvodu předpokladu, že anonymita zmírní jejich obavy a budou odpovídat pravdivě a bez zábran. Při výběru respondentů nebyl brán ohled na věk, pohlaví a absolvování specializačního studia v perioperační péči. Bylo požadováno 35 vyplněných dotazníků z obou výzkumných skupin z důvodu porovnávání dodržování bezpečnostních opatření v perioperační péči dvou souborů. Celkem bylo pro výsledná data využito 70 dotazníků, které byly vyplněny v plném rozsahu. Návratnost dotazníků tedy činila 100 %.

Dotazník obsahoval celkem 24 otázek – 18 uzavřených, 5 polouzavřených a 1 otázku otevřenou.

Před zahájením dotazníkového šetření byla provedena pilotní studie, která sloužila k ověření, zda je dotazník pro respondenty srozumitelný. Bylo rozdáno 5 dotazníků perioperačním sestrám na COS v září 2015. Po vyhodnocení pilotní studie bylo zjištěno, že dotazník je srozumitelný, a proto byl ponechán bez změn.

Původním záměrem bylo doplnit výzkumné šetření o pozorování při realizaci PBP a studiem dokumentace porovnat počet nežádoucích událostí před a po zavedení PBP. Pozorováním jsem chtěla zjistit, zda a jak perioperační sestry provádějí PBP, a počtem nežádoucích událostí určit, zda počet nežádoucích událostí klesl po zavedení PBP do odborné praxe. Další část výzkumu mi nebyla povolena z důvodu nastavení vlastních pravidel kontroly dodržování PBP zdravotnickým zařízením a neposkytování informací o nežádoucích událostech do studentských prací.

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel 2007 za pomoci statistického vzorce $f_i = (n_i/n) \cdot 100$. f_i značí relativní četnost, která je udávána

v procentech, n_i je hodnota absolutní četnosti a n je celkový počet respondentů. Získané informace jsou prezentovány pomocí tabulek a grafů, kdy tabulky znázorňují absolutní a relativní četnost zastoupení jednotlivých souborů, grafy prostorově zobrazují absolutní četnost jednotlivých souborů.

2.3 Prezentace výsledků

V této kapitole jsou uvedena statistická data získaná dotazníkovým šetřením v nemocnici fakultního typu v období od října 2015 do ledna 2016. Získaná data jsou prezentována pomocí grafů a tabulek, kde lze posoudit dodržování bezpečnostních opatření na operačním sále a porovnání dodržování bezpečnostních opatření perioperačními sestrami na centrálních operačních sálech a na sálech oborových.

1) Provádíte před, během a po operačním výkonu kontrolu bezpečí klienta proti úrazu nebo jinému poškození?

Tabulka 1 Četnost kontroly bezpečí pacienta

Kontrola bezpečí pacienta	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
vždy	20	57,14	22	62,86
jen někdy	12	34,29	10	28,57
jen když to vyžaduje situace	3	8,57	3	8,57
ne	0	0	0	0
celkem	35	100	35	100

Z výzkumného vzorku vyplývá, že na COS vždy provádí kontrolu bezpečí pacienta 57,14 % respondentů, 34,29 % respondentů provádí kontrolu jen někdy a 8,57 % v případě, že to vyžaduje situace. (Tabulka č. 1)

Na oborových sálech 62,86 % respondentů provádí kontrolu bezpečí pacienta vždy, 28,57 % jen někdy a 8,57 % v případě, že to vyžaduje situace. (Tabulka č. 1)

2) O které skupině pracovníků operačních sálů si myslíte, že má největší vliv na zajištění bezpečí pacienta proti nežádoucím událostem během perioperační péče?

Tabulka 2 Četnost vlivu na zajištění bezpečí pacienta

Vliv na zajištění bezpečí pacienta	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
lékaři operatéři	7	20	7	20
lékaři anesteziologové	0	0	3	8,57
perioperační sestry	22	62,86	16	45,71
anesteziologické sestry	1	2,86	1	2,86
sanitáři	5	14,29	8	22,86
celkem	35	100	35	100

Ze získaných odpovědí je patrné, že na COS je 62,86 % respondentů názoru, že největší vliv na zajištění bezpečí pacienta mají perioperační sestry, 20 % uvádí lékaře operatéry a 14,29 % dotázaných se domnívá, že největší vliv na zajištění bezpečí pacienta mají sanitáři. (Tabulka č. 2)

Na sálech oborových se 45,71 % respondentů domnívá, že největší vliv mají perioperační sestry, 22,86 % uvádí sanitáře, 20 % lékaře operatéry a 8,57 % dotázaných si myslí, že to jsou lékaři anesteziologové. (Tabulka č. 2)

3) Pokud dojde k porušení nebo opomenutí zavedených bezpečnostních postupů, upozorníte dotyčného lékaře, všeobecnou sestru nebo sanitáře? (i více možností)

Tabulka 3 Četnost upozornění při porušení či opomenutí bezpečnostních postupů

Upozornění při porušení či opomenutí bezpečnostních postupů	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano, pokaždé	24	53,33	28	59,57
pouze pokud je vhodná příležitost	9	20	4	8,51
nevšímám si toho	0	0	0	0
provedu záznam do dokumentace	6	13,33	6	12,77
oznámím to svému nadřízenému	6	13,33	9	19,15
celkem	45	100	47	100

Ze získaných dat vyplývá, že na COS 53,33 % respondentů při nedodržení bezpečnostních postupů pokaždé upozorní lékaře, všeobecnou sestru či sanitáře. Při porušení nebo opomenutí zavedených bezpečnostních postupů 20 % uvádí, že dotyčného upozorní, pouze pokud je vhodná příležitost a 13,33 % to oznámí svému nadřízenému. (Tabulka č. 3)

Na oborových operačních sálech se 59,57 % respondentů shoduje a dotyčného lékaře, sestru nebo sanitáře upozorní při nedodržení bezpečnostních postupů, 19,15 % to oznámí svému nadřízenému a 8,51 % upozorní při porušení bezpečnostních postupů, jen pouze pokud je vhodná příležitost. (Tabulka č. 3)

4) Domníváte se, že dodržujete všechny bezpečnostní opatření pro ochranu pacientova zdraví?

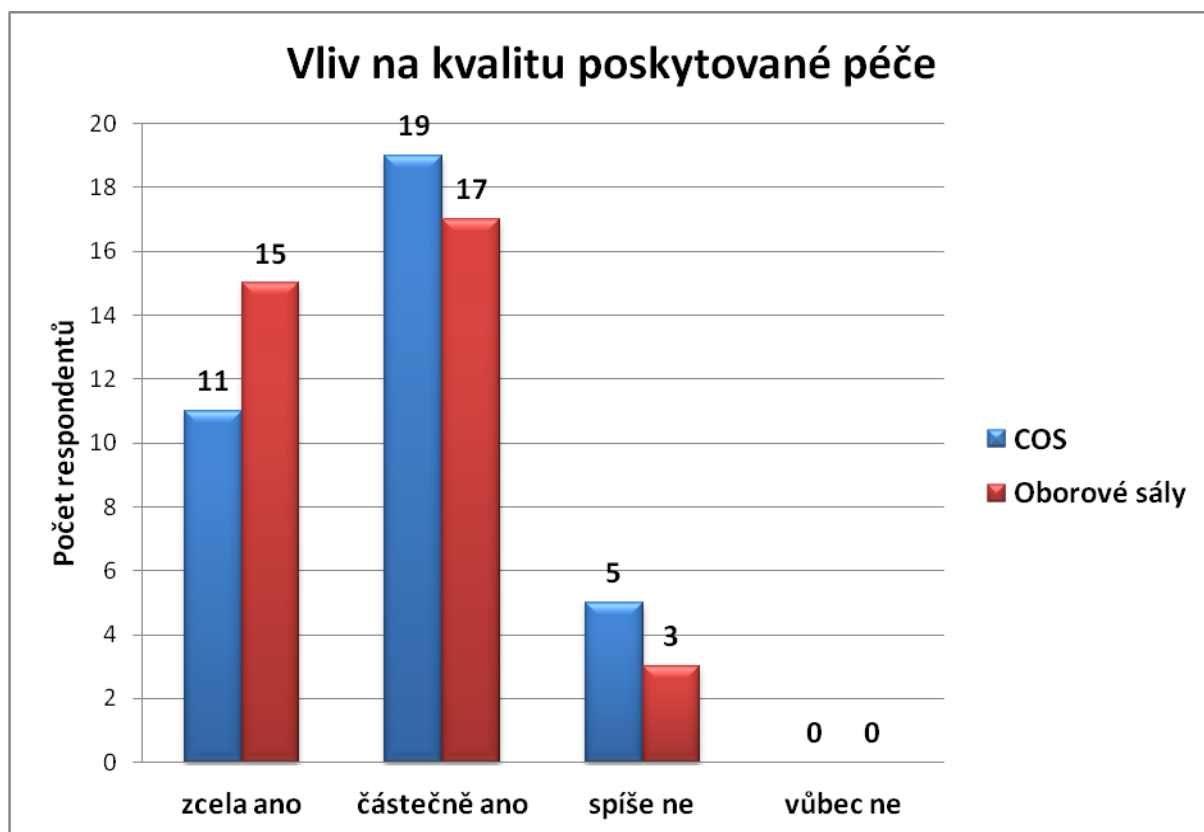
Tabulka 4 Četnost dodržování bezpečnostních opatření

Dodržování bezpečnostních opatření	COS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
zcela ano	21	60	26	74,29
částečně ano	13	37,14	9	25,71
spíše ne	1	2,86	0	0
vůbec ne	0	0	0	0
celkem	35	100	35	100

Z výsledných dat vyplývá, že na COS se 60 % respondentů domnívá, že dodržuje všechna bezpečnostní opatření, 37,14 % dodržuje bezpečnostní opatření částečně a 2,86 % spíše ne. (Tabulka č. 4)

Na oborových operačních sálech se 74,29 % respondentů domnívá, že dodržuje všechna bezpečnostní opatření a 25,71 % uvádí, že bezpečnostní opatření dodržuje částečně. (Tabulka č. 4)

5) Myslíte si, že sami můžete ovlivnit kvalitu poskytování ošetrovatelské péče na vašem operačním sále?



Obrázek 1 Graf četnosti vlivu na kvalitu poskytované péče

Z grafického znázornění vyplývá, že na COS se 54,29 % respondentů domnívá, že mohou částečně ovlivnit kvalitu poskytované péče, 31,43 % udává, že zcela ano, 14,29 % si myslí, že spíše ne. (Obrázek č. 1)

Na oborových operačních sálech si 48,57 % respondentů myslí, že sami mohou částečně ovlivnit kvalitu poskytované péče, 42,86 % se domnívá, že kvalitu poskytované péče zcela ovlivní, 8,57 % uvádí, že spíše ne. (Obrázek č. 1)

6) Setkal/a jste se během své praxe se vznikem nežádoucí události u pacienta v souvislosti s perioperační péčí? Pokud ANO, označte nebo uveďte, o jakou nežádoucí událost se jednalo. (i více možností)

Tabulka 5 Četnost vzniku nežádoucích událostí u pacienta

Vznik nežádoucí události u pacienta	COS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano	32	91,43	30	85,71
ne	3	8,57	5	14,29
celkem	35	100	35	100

Z tabulky četnosti je patrné, že na COS se během své praxe 91,43 % respondentů setkalo s nežádoucí událostí u pacienta v souvislosti s perioperační péčí, 8,57 % uvádí záporné stanovisko. (Tabulka č. 5)

Na oborových sálech se se vznikem nežádoucí událostí u pacienta setkalo 85,71 % respondentů, 14,29 % respondentů uvádí opak. (Tabulka č. 5)

Tabulka 6 Četnost typu poškození pacienta

Typ poškození pacienta	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
alergická reakce (dezinfekční prostředek, léky)	25	14,79	17	21,79
zapomenutý materiál v těle pacienta	22	13,02	5	6,41
ztráta, záměna nebo znehodnocení biologického materiálu	22	13,02	4	5,13
vzplanutí ohně po alkoholové dezinfekci	18	10,65	4	5,13
záměna operované strany	17	10,06	15	19,23
vysokofrekvenční popálení (koagulací)	14	8,28	16	20,51
otlaky	14	8,28	6	7,69
parézy z nesprávné polohy během operačního výkonu	14	8,28	4	5,13
pád pacienta z operačního stolu	14	8,28	2	2,56
záměna pacienta	8	4,73	5	6,41
jiné poškození.....	1	0,59	0	0
celkem	169	100	78	100

Pořadí nežádoucích událostí v tabulce č. 6 neodpovídá pořadí v dotazníku; pro přehlednost jsou seřazeny nežádoucí události podle četnosti výskytu na COS, kde perioperační sestry uvedly více nežádoucích událostí.

Ze získaných dat vyplývá, že na COS se 14,79 % respondentů setkala s alergickou reakcí, 13,02 % uvádí zapomenutý materiál v těle pacienta, ztrátu, záměnu nebo znehodnocení biologického materiálu, 10,56 % označuje vzplanutí ohně po alkoholové dezinfekci. 10,06 % dotazovaných označuje záměnu operované strany, 8,28 % se setkala s vysokofrekvenčním popálením, otlaky, parézami a pádem pacienta z operačního stolu, 4,73 % označilo záměnu pacienta a 0,59 % uvádí odpověď „jiné“, a to konkrétně porušení etického přístupu k pacientovi. (Tabulka č. 6)

Dle odpovědí na tuto otázku se na oborových sálech setkala 21,79 % respondentů s alergickou reakcí, 20,51 % uvádí vysokofrekvenční popálení a 19,23 % udává záměnu operované strany. 7,69 % respondentů uvádí otlaky, 6,41 % dotazovaných záměnu pacienta a záměnu operované strany a 5,13 % označuje ztrátu, záměnu nebo znehodnocení biologického materiálu, vzplanutí ohně po alkoholové dezinfekci a parézy. (Tabulka č. 6)

7) Jak asi často dochází na vašem pracovišti k nežádoucím událostem, které by mohly vést k poškození pacienta?

Tabulka 7 Četnost frekvence nežádoucích událostí

Frekvence nežádoucích událostí	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
1x týdně	0	0	0	0
1x za měsíc	3	8,57	2	5,71
1x za půl roku	17	48,57	4	11,43
1x ročně	11	31,43	25	71,43
jiné.....	4	11,43	4	11,43
celkem	35	100	35	100

Touto otázkou bylo zjištěno, že na COS se 48,57 % respondentů domnívá, že k nežádoucí události vedoucí k poškození pacienta dochází 1x za půl roku, 31,43 % udává 1x ročně

a 8,57 % respondentů uvádí 1x za měsíc. 11,43 % označuje odpověď „jiné“, z čehož 2 uvádějí „nevím“ a 2 respondenti „1x za dva roky“. (Tabulka č. 7)

Na oborových operačních sálech si 71,43 % respondentů myslí, že k nežádoucí události dochází 1x ročně, 11,43 % udává 1x za půl roku a 5,71 % respondentů 1x za měsíc. 11,43 % označuje odpověď jiné, a to konkrétně 1x za dva roky. (Tabulka č. 7)

8) Vyberte prosím 3 negativní faktory, které podle vašeho názoru mohou nejvíce ovlivnit vznik nežádoucích událostí.

Tabulka 8 Četnost negativních faktorů ovlivňujících vznik nežádoucích událostí

Negativní faktory ovlivňujících vznik nežádoucích událostí	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
stres a nepozornost	21	20,59	18	16,67
nedostatečná interpersonální komunikace	15	14,71	14	12,96
únava	14	13,73	10	9,26
nedbalost personálu	12	11,76	14	12,96
neprovedení PBP	12	11,76	13	12,04
časté změny v operačním programu	9	8,82	7	6,48
nedostatek času	8	7,84	17	15,74
neerudovaný personál	8	7,84	3	2,78
nedostatek personálu	3	2,94	12	11,11
jiné.....	0	0	0	0
celkem	102	100	108	100

Pořadí negativních faktorů v tabulce č. 8 neodpovídá pořadí ve vyplňovaném dotazníku, ale pro přehlednost jsou seřazeny negativní faktory podle četnosti výskytu na COS.

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že na COS 20,59 % respondentů uvádí jako negativní faktory stres a nepozornost, 14,71 % se domnívá, že se jedná o nedostatečnou interpersonální komunikaci, 13,73 % dotázaných udává únavu. (Tabulka č. 8)

Na oborových sálech uvádí 16,67 % respondentů stres a nepozornost, 15,74 % udává jako negativní faktor nedostatek času, 12,96 % se domnívá, že se jedná o nedostatečnou interpersonální komunikaci a nedbalost personálu. (Tabulka č. 8)

9) Jak postupujete, když kontrolujete identitu pacienta?

Tabulka 9 Četnost identifikace pacienta

Identifikace pacienta	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
pacienta se zeptáte, jak se jmenuje a kdy se narodil a porovnáváte s identifikačním náramkem, dokumentací a operačním programem	15	42,86	20	57,14
pacientovi řeknete celé jeho jméno a datum narození, čekáte na jeho potvrzení a porovnáváte s identifikačním náramkem, dokumentací a operačním programem	6	17,14	6	17,14
porovnáváte dokumentaci a operační program, pacienta se neptáte	6	17,14	5	14,29
identifikaci neprovádíte	8	22,86	4	11,43
jiné (prosím doplňte)	0	0	0	0
celkem	35	100	35	100

Ze získaných odpovědí je patrné, že 42,86 % respondentů z COS a 57,14 % respondentů z oborových sálů provádí identifikaci tak, že se pacienta zeptá, jak se jmenuje, kdy se narodil, a zjištěné informace porovná s identifikačním náramkem, dokumentací a operačním programem. 17,14 % respondentů z COS a 17,14 % respondentů z oborových sálů provádí identifikaci tak, že pacientovi řekne celé jeho jméno a datum narození, čeká na jeho potvrzení a porovnává s identifikačním náramkem, dokumentací a operačním programem. 17,14 % respondentů z COS a 14,29 % respondentů z oborových sálů uvádí, že identifikaci provádí tak, že porovná dokumentaci s operačním programem, pacienta se neptá. 22,86 % respondentů z COS a 11,43 % respondentů z oborových sálů uvádí, že identifikace neprovádí. (Tabulka č. 9)

10) Kontrolujete počet všech nástrojů a roušek před započítáním operace?

Tabulka 10 Četnost početní kontroly materiálu před započítáním operace

Početní kontrola materiálu před započítáním operace	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano, vždy	34	97,14	30	85,71
počítám jen roušky	1	2,86	4	11,43
počítám jen nástroje	0	0	1	2,86
nepočítám	0	0	0	0
celkem	35	100	35	100

Z odpovědí na danou otázku vyplývá, že na COS 97,14 % respondentů vždy provádí početní kontrolu materiálu před započítáním operace; 2,86 % dotazovaných udává, že počítá pouze roušky. (Tabulka č. 10)

Na oborových operačních sálech se 85,71 % respondentů shoduje a udává, že vždy kontroluje počet nástrojů a roušek před započítáním operace, 11,43 % uvádí, že počítá pouze roušky, 2,86 % respondentů počítá jen nástroje. (Tabulka č. 10)

11) Kontrolujete počet všech nástrojů a roušek na závěr operace?

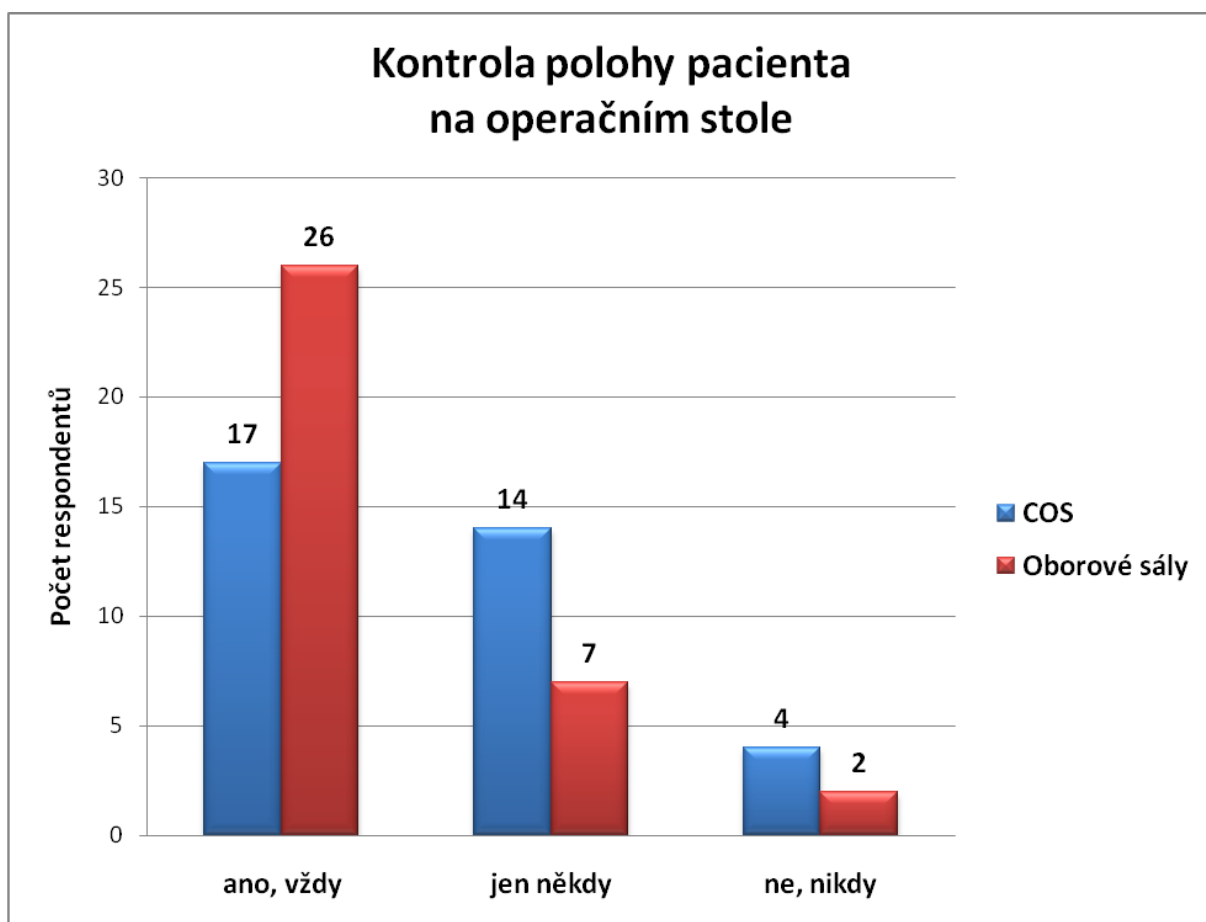
Tabulka 11 Četnost početní kontroly materiálu na závěr operace

Početní kontrola materiálu na závěr operace	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano, vždy	35	100	28	80
počítám jen roušky	0	0	5	14,29
počítám jen nástroje	0	0	0	0
nepočítám	0	0	2	5,71
celkem	35	100	35	100

Ze získaných dat vyplývá, že 100 % respondentů na COS kontroluje počet všech nástrojů a roušek na závěr operace. (Tabulka č. 11)

Na oborových sálech 80 % respondentů uvádí, že početní kontrolu na závěr operace provádí vždy, 14,29 % respondentů udává, že počítá jen roušky; 5,71 % respondentů neprovádí početní kontrolu materiálu vůbec. (Tabulka č. 11)

12) Kontrolujete správnou polohu pacienta na operačním stole před začátkem operace – prevence pádu, zabezpečení proti otlakům?

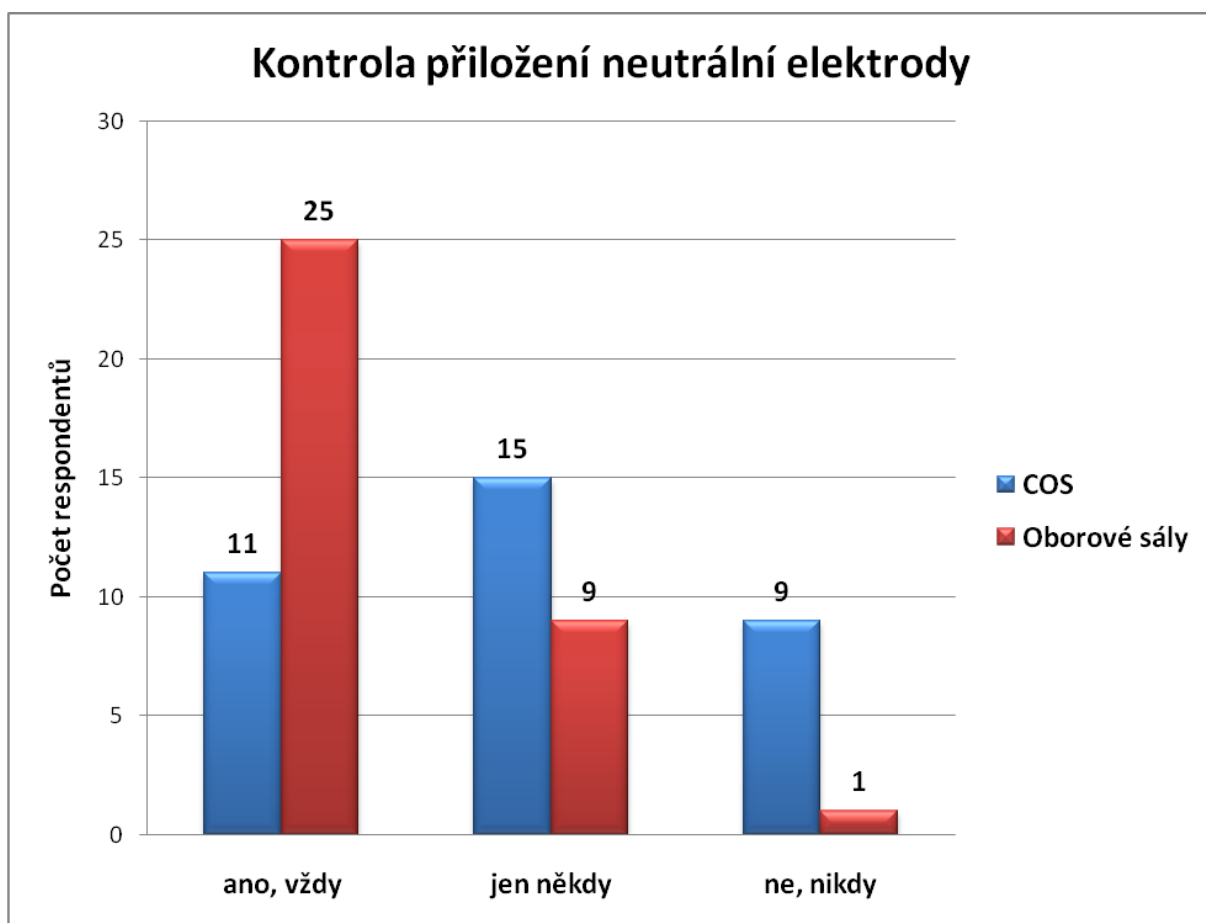


Obrázek 2 Graf četnosti kontroly polohy pacienta na operačním stole

Z výzkumného vzorku vyplývá, že 48,57 % respondentů na COS provádí kontrolu polohy pacienta na operačním stole vždy, 40 % jen někdy, 11,43 % kontrolu neprovádí nikdy. (Obrázek č. 2)

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že na oborových sálech 74,29 % respondentů provádí kontrolu uložení pacienta vždy, 20 % respondentů kontrolu provádí jen někdy, 5,71 % uvádí, že nikdy. (Obrázek č. 2)

13) Kontrolujete přiložení neutrální elektrody?

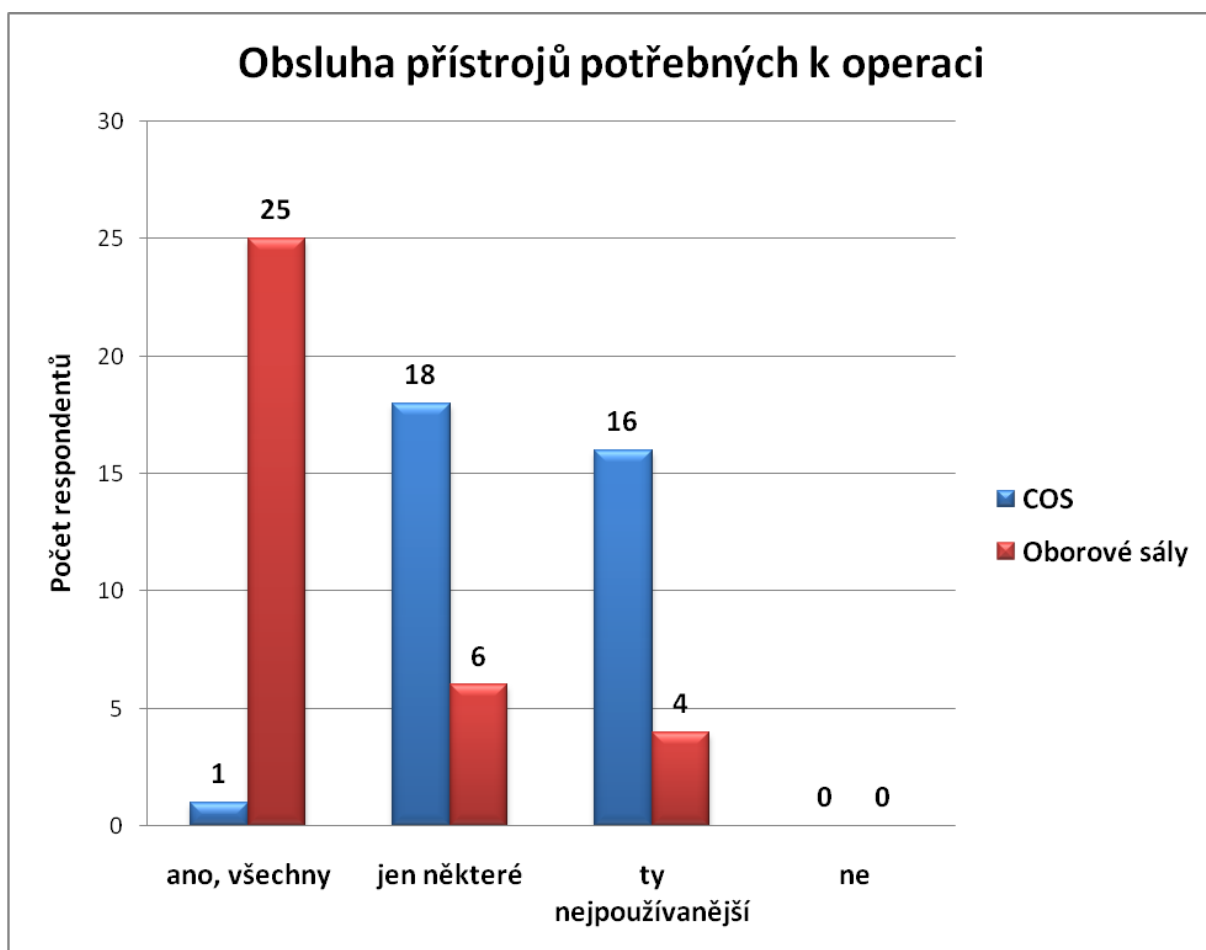


Obrázek 3 Graf četnosti kontroly přiložení neutrální elektrody

Tento graf znázorňuje, že kontrolu přiložení neutrální elektrody provádí na COS vždy 31,43 % respondentů, 42,86 % jen někdy, 25,71 % respondentů uvádí, že kontrolu neprovádí nikdy. (Obrázek č. 3)

Na oborových sálech 71,43 % dotázaných provádí kontrolu vždy, 25,71 % respondentů jen někdy, 2,81 % respondentů kontrolu neprovádí nikdy. (Obrázek č. 3)

14) Umíte obsluhovat přístroje na vašem pracovišti, potřebné k operaci?



Obrázek 4 Graf četnosti obsluhy přístrojů potřebných k operaci

Touto otázkou bylo zjištěno, že na COS 51,43 % respondentů umí obsluhovat jen některé přístroje potřebné k operaci, 45,71 % uvádí, že jen ty nejpoužívanější; 2,86 % udává, že umí obsluhovat přístroje všechny. (Obrázek č. 4)

Naopak na oborových operačních sálech 71,43 % dotazovaných uvádí, že umí obsluhovat přístroje potřebné k operaci všechny, 17,14 % umí obsluhovat jen některé a 11,43 % udává, že umí obsluhovat jen ty nejpoužívanější. (Obrázek č. 4)

15) Je na vašem pracovišti realizován Perioperační bezpečnostní protokol?

Tabulka 12 Četnost realizace PBP na pracovišti

Realizace PBP na pracovišti	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano, vždy	21	60	32	91,43
jen občas	5	14,29	1	2,86
ne	2	5,71	2	5,71
podle naléhavosti operačního výkonu	7	20	0	0
celkem	35	100	35	100

Ze získaných dat bylo zaznamenáno, že Perioperační bezpečnostní protokol na COS provádí vždy 60 % respondentů, 20 % uvádí, že realizace PBP závisí na naléhavosti operačního výkonu, 14,29 % provádí PBP jen občas, 5,71 % respondentů uvádí, že PBP neprovádí. (Tabulka č. 12)

Na oborových operačních sálech PBP provádí 91,43 % dotazovaných, 5,71 % uvádí, že PBP neprovádí, 2,86 % respondentů PBP provádí jen občas. (Tabulka č. 12)

16) Jaký je váš postoj k zavedení a používání Perioperačního bezpečnostního protokolu?

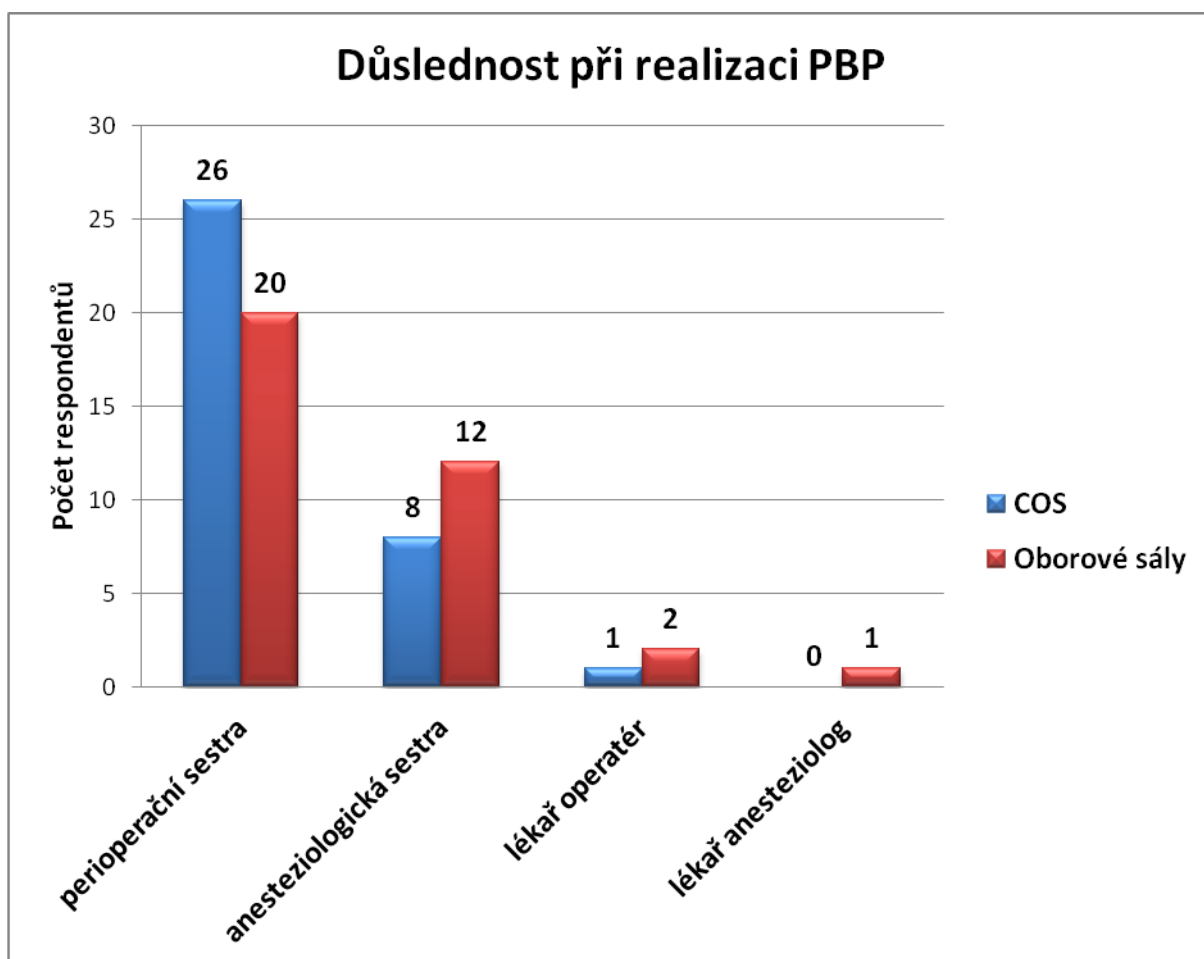
Tabulka 13 Četnost postoje k zavedení a používání PBP

Pojstoj k zavedení a používání PBP	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
pozitivní	14	40	13	37,14
spíše pozitivní	19	54,29	18	51,43
spíše negativní	2	5,71	4	11,43
negativní	0	0	0	0
celkem	35	100	35	100

Z výsledků dat vyplývá, že na COS 54,29 % respondentů uvádí, že jejich postoj k zavedení a používání PBP je spíše pozitivní, postoj 40 % je pozitivní, 5,71 % respondentů udává, že jejich postoj je spíše negativní. (Tabulka č. 13)

Na oborových sálech 51,43 % respondentů uvádí postoj k PBP spíše pozitivní, přístup 37,14 % respondentů je pozitivní, postoj 11,43 % dotázaných je spíše negativní. (Tabulka č. 13)

17) Označte, kdo nejdůsledněji dodržuje pokyny Perioperačního bezpečnostního protokolu?



Obrázek 5 Graf četnosti důslednosti při realizaci PBP

Ze získaných dat vyplývá, že na COS je 74,29 % respondentů přesvědčeno, že nejdůsledněji dodržuje pokyny PBP perioperační sestra, 22,86 % uvádí anesteziologickou sestru, 2,86 % respondentů udává lékaře operatéra. (Obrázek č. 5)

Na oborových operačních sálech se 57,14 % domnívá, že nejdůsledněji dodržuje PBP perioperační sestra, 34,29 % uvádí anesteziologickou sestru, 5,71 % respondentů se domnívá, že je to lékař operatér. (Obrázek č. 5)

18) Co nejvíce komplikuje realizaci Perioperačního bezpečnostního protokolu?

Tabulka 14 Četnost překážek v realizaci PBP

Překážky v realizaci PBP	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
nedostatek času	11	31,43	18	51,43
nedbalost sestry nebo instrumentářky	8	22,86	2	5,71
neochota ze strany operatéra	7	20	4	11,43
nejsou překážky	6	17,14	10	28,57
neochota ze strany anesteziologa nebo anesteziologické sestry	1	2,86	1	2,86
jiné.....	2	5,71	0	0
celkem	35	100	35	100

Pořadí překážek v realizaci PBP v tabulce č. 14 neodpovídá pořadí ve vyplňovaném dotazníku, ale pro přehlednost jsou seřazeny překážky podle četnosti výskytu na COS.

Ze získaných odpovědí vyplývá, že na COS je 31,43 % respondentů názoru, že realizaci PBP komplikuje nedostatek času. 22,86 % uvádí nedbalost sestry nebo instrumentářky, 20 % dotázaných označuje neochotu ze strany operatéra. 5,71 % respondentů označilo jiné, jeden uvádí „neochotu ze strany pacienta“ a druhý „nedůslednou kontrolu realizace PBP a postih, který není“. (Tabulka č. 14)

Na oborových operačních sálech se 51,43 % respondentů domnívá, že realizaci PBP komplikuje nedostatek času, 28,57 % je přesvědčeno, že překážky nejsou, 11,43 % dotázaných uvádí neochotu ze strany operatéra. (Tabulka č. 14)

**19) Máte na vašem pracovišti vypracovány standardy zaměřené na bezpečí pacienta?
Pokud ano, jsou aktuální?**

Tabulka 15 Četnost standardů zaměřených na bezpečí pacienta

Standardy zaměřené na bezpečí pacienta	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano	35	100	30	85,71
ne	0	0	5	14,29
celkem	35	100	35	100

Z tabulky četnosti je patrné, že 100 % respondentů na COS je přesvědčeno, že standardy zaměřené na bezpečí pacienta jsou na jejich pracovišti vypracovány. (Tabulka č. 15)

85,71 % respondentů z oborových sálů uvádí, že standardy jsou vypracovány, 14,29 % udává opak. (Tabulka č. 15)

Tabulka 16 Četnost aktuálnosti standardů zaměřených na bezpečí pacienta

Aktuálnost standardů zaměřených na bezpečí pacienta	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano	33	94,29	28	93,33
ne	2	5,71	2	6,67
celkem	35	100	30	100

Ze získaných odpovědí vyplývá, že se 94,29 % respondentů na COS domnívá, že standardy zaměřené na bezpečí pacienta jsou aktuální, 5,71 % uvádí opak. (Tabulka č. 16)

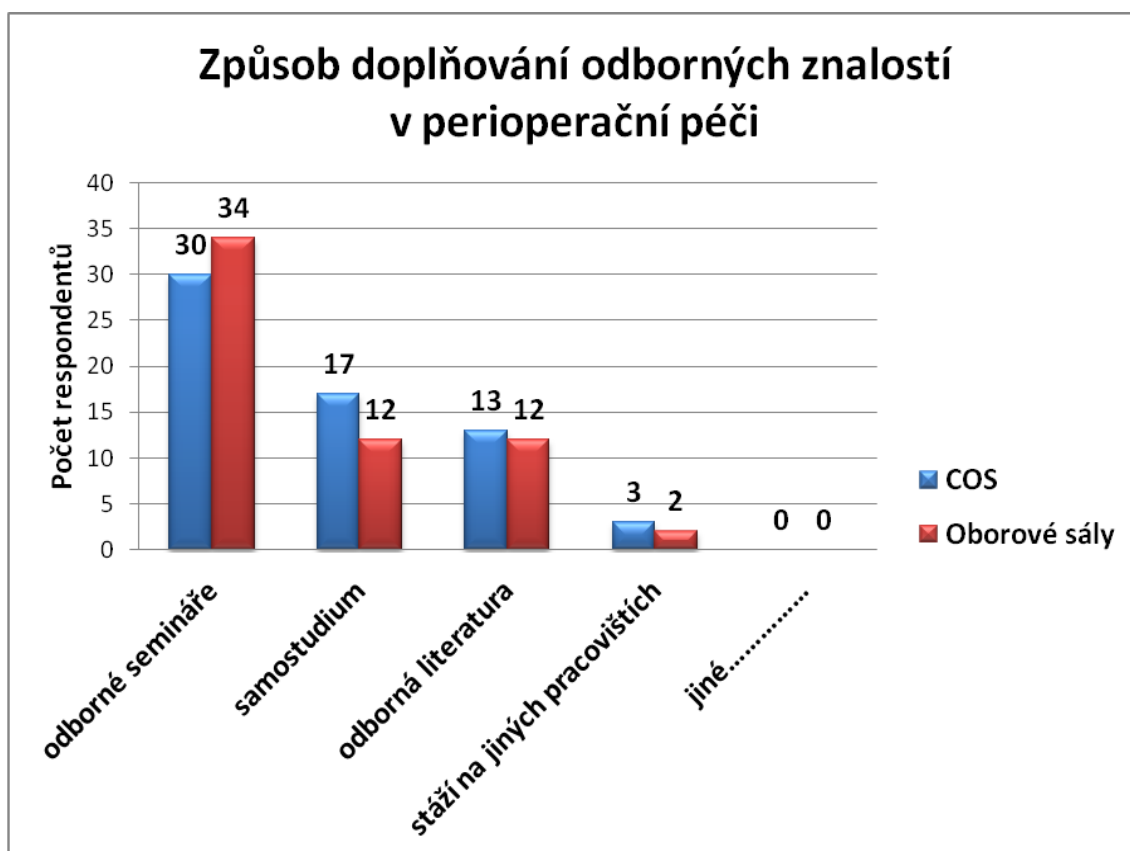
Na oborových operačních sálech si 93,33 % respondentů myslí, že standardy jsou aktuální, 6,67 % se domnívá, že aktuální nejsou. (Tabulka č. 16)

20) Doplnujete si své odborné znalosti v oblasti perioperační péče? Pokud ano, jak?

Tabulka 17 Četnost doplňování odborných znalostí v oblasti perioperační péče

Doplňování odborných znalostí v oblasti perioperační péče	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano	35	100	34	97,14
ne	0	0	1	2,86
celkem	35	100	35	100

Z tabulky četnosti je patrné, že na COS si své odborné znalosti doplňuje všech 100 % respondentů. Na oborových operačních sálech si 97,14 % respondentů své znalosti doplňuje, pouze 2,86 % uvádí opak. (Tabulka č. 17)



Obrázek 6 Graf četnosti způsobu doplňování odborných znalostí v perioperační péči

Z grafického znázornění vyplývá, že na COS si své znalosti 47,62 % respondentů rozšiřuje odbornými semináři, 26,98 % samostudiem, 20,63 % odbornou literaturou, 4,76 % respondentů uvádí stáž na jiných pracovištích. (Obrázek č. 6)

Ze získaných odpovědí vyplývá, že na oborových sálech si 56,67 % respondentů doplňuje znalosti odbornými semináři, 20 % respondentů uvádí samostudium, stejný počet respondentů odbornou literaturu, 3,33 % dotázaných si své znalosti rozšiřují stáží na jiných pracovištích. (Obrázek č. 6)

21) Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

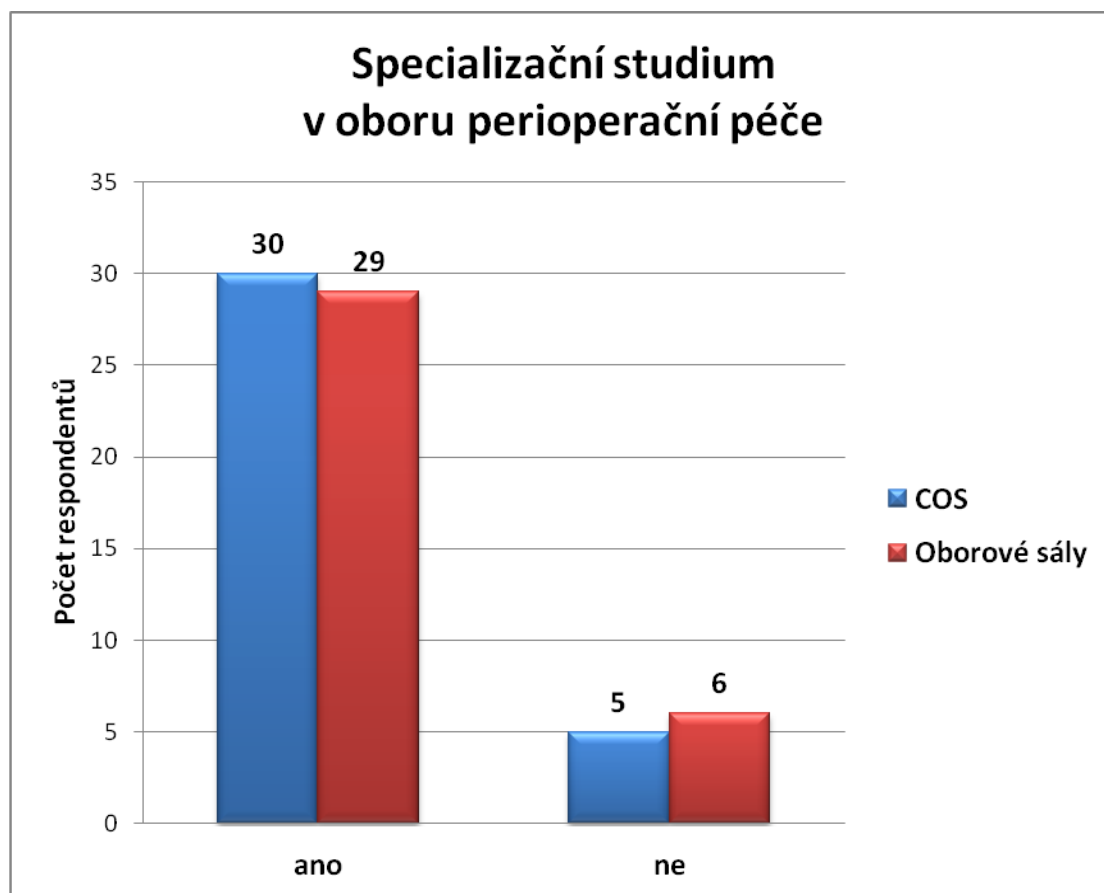
Tabulka 18 Četnost nejvyššího dosaženého vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
VŠ – Mgr.	1	2,86	0	0
VŠ – Bc.	2	5,71	0	0
VOŠ – DiS.	1	2,86	0	0
SZŠ	1	2,86	6	17,14
specializační studium v oboru perioperační péče	30	85,71	29	82,86
jiné....	0	0	0	0
celkem	35	100	35	100

Z výzkumného vzorku vyplývá, že na COS udává 85,71 % respondentů jako nejvyšší dosažené vzdělání specializační studium v oboru perioperační péče, 5,71 % uvádí VŠ – Bc., 2,86 % dotázaných VŠ – Mgr., 2,86 % respondentů VOŠ – DiS., 2,86 % respondentů uvádí jako nejvyšší dosažené vzdělání SZŠ. (Tabulka č. 18)

Na oborových sálech má 82,86 % respondentů vystudované specializační studium v oboru perioperační péče, 17,14 % respondentů uvádí jako nejvyšší dosažené vzdělání SZŠ. (Tabulka č. 18)

22) Jste absolventkou/absolventem specializační vzdělávání v oboru perioperační péče, nebo jej v současné době studujete?



Obrázek 7 Graf četnosti specializačního studia v oboru perioperační péče

Z grafického zpracování je patrné, že na COS je 85,71 % respondentů absolventkou/absolventem specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče, nebo jej v současné době studuje, 14,29 % uvádí opak. (Obrázek č. 7)

Na oborových operačních sálech je absolventkou/absolventem specializačního vzdělávání, nebo jej v současné době studuje 82,86 % respondentů, 17,14 % nikoliv. (Obrázek č. 7)

23) Jaká je délka vaší praxe na operačním sále?

Tabulka 19 Četnost délky praxe na operačním sále

Délka praxe na operačním sále	OCSS		Oborové sály	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
0-5 let	1	2,86	2	5,71
6-10 let	9	25,71	2	5,71
11-15 let	8	22,86	12	34,29
16-20 let	8	22,86	9	25,71
21 a více	9	25,71	10	28,57
celkem	35	100	35	100

Ze získaných dat je patrné, že na COS pracuje 2,86 % respondentů do 5 let, 25,71 % udává délku praxe od 6 do 10 let, 22,86 % dotázaných pracuje na operačním sále 11 až 15 let, 22,86 % délku praxe uvádí 16 až 20 let. 25,71 % respondentů pracuje na operačních sálech 21 a více let. 16 let je průměrná délka praxe sledovaného souboru na COS. (Tabulka č. 19)

Na oborových sálech 5,71 % respondentů pracuje do 5 let, 5,71 % dotázaných udává délku praxe 6 až 10 let, 34,29 % oslovených pracuje na operačním sále 11 až 15 let, 25,71 % dotázaných uvádí délku praxe od 16 do 20 let, 28,57 % udává 21 a více let praxe na operačním sále. 17 let je průměrná délka praxe sledovaného souboru na oborových sálech. (Tabulka č. 19)

Kontrola bezpečí pacienta perioperační sestrou před, během a po operačním výkonu v závislosti na délce praxe na operačním sále

Tabulka 20 Četnost kontroly bezpečí v závislosti na délce praxe na operačním sále

Kontrola bezpečí pacienta v závislosti na délce praxe na operačním sále	méně než 16 let praxe		praxe 16 let a více	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
vždy	15	44,12	27	75
jen někdy	17	50	5	13,89
jen když to vyžaduje situace	2	5,88	4	11,11
ne	0	0	0	0
celkem	34	100	36	100

Z celkového počtu 70 respondentů 34 dotazovaných pracuje na operačním sále méně než 16 let a 36 respondentů uvádí délku praxe 16 a více let.

K zjištění, zda perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let provádějí před, během a po operačním výkonu kontrolu bezpečí klienta důsledněji než perioperační sestry s kratší délkou praxe, byla k hodnocení využita otázka č. 1.

Ze získaných dat vyplývá, že perioperační sestry s méně než 16 lety praxe provádí kontrolu bezpečí vždy ve 44,12 %, jen někdy v 50 %, odpověď „jen když to vyžaduje situace“ označilo 5,88 % respondentů. Perioperační sestry s praxí 16 a více let provádí kontrolu bezpečí pacienta vždy v 75 %, 13,89 % respondentů uvádí odpověď „jen někdy“, kontrolu bezpečí pacienta, „jen když to vyžaduje situace“, provádí 11,11 % dotázaných. (Tabulka č. 20)

2.3.1 Porovnání dodržování bezpečnostních opatření na COS a na OS

Jedním z cílů bakalářské práce je porovnat dodržování bezpečnostních opatření perioperačními sestrami na COS a oborových operačních sálech.

K porovnání bylo zvoleno 11 významných oblastí v rámci bezpečnosti pacienta na operačním sále, a to kontrola bezpečí pacienta, upozornění při porušení či opomenutí bezpečnostních postupů, dodržování bezpečnostních opatření, identifikace pacienta, početní kontrola před započítím, na závěr operace, kontrola polohy pacienta na operačním stole, kontrola přiložení neutrální elektrody, obsluha přístrojů potřebných k operaci, realizace PBP na pracovišti a postoj k zavedení a používání PBP.

Symbolem ● je označena oblast, kde jsou bezpečnostní opatření perioperačními sestrami prováděna důkladněji.

Tabulka 21 Četnost porovnání dodržování bezpečnostních opatření na COS a OS

Porovnání dodržování bezpečnostních opatření na COS a OS	COS	Oborové sály
Kontrola bezpečí pacienta		●
Upozornění při porušení či opomenutí bezpečnostních postupů		●
Dodržování bezpečnostních opatření		●
Identifikace pacienta		●
Početní kontrola materiálu před započítím operace	●	
Početní kontrola materiálu na závěr operace	●	
Kontrola polohy pacienta na operačním stole		●
Kontrola přiložení neutrální elektrody		●
Obsluha přístrojů potřebných k operaci		●
Realizace PBP na pracovišti		●
Postoj k zavedení a používání PBP	●	
Celkem	3	8

Z tabulky četnosti je patrné, že na COS důkladněji než na oborových sálech probíhá početní kontrola před započítím operace, početní kontrola na závěr operace, a je zde i kladnější postoj perioperačních sester k zavedení a používání PBP. (Tabulka č. 21)

Ze získaných dat vyplývá, že na oborových sálech řádněji dodržují bezpečnostní opatření v oblastech kontroly bezpečí pacienta, upozornění při porušení či opomenutí bezpečnostních postupů, dodržování bezpečnostních opatření, identifikace pacienta, kontroly polohy na operačním stole, kontroly přiložení neutrální elektrody, obsluhy přístrojů potřebných k operaci a realizace PBP na pracovišti. (Tabulka č. 21)

V konečném porovnání získaných dat lze uvést, že perioperační sestry oborových sálů dodržují důsledněji bezpečnostní opatření než perioperační sestry na centrálních operačních sálech.

3 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá tématem bezpečnosti pacienta na operačním sále a hodnotí dodržování bezpečnostních opatření perioperačními sestrami. Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici fakulního typu na centrálních operačních sálech a na sálech oborových, a to pomocí dotazníku vlastní tvorby. Prvotním záměrem bylo rozšířit výzkumné šetření o pozorování při realizaci PBP a studiem dokumentace porovnat počet nežádoucích událostí před a po zavedení PBP. Pozorováním jsem chtěla zjistit, zda a jak perioperační sestry provádějí PBP, a studiem nežádoucích událostí určit, zda počet nežádoucích událostí klesl po zavedení PBP do odborné praxe. Další část výzkumu mi však zdravotnickým zařízením nebyla povolena.

Bylo stanoveno 5 výzkumných otázek.

Bakalářská práce porovnává zjištěné výsledky se studií Ebbekeho (2007), která byla publikována v časopise *Der Chirurg* v roce 2007. Publikace *Belassene Fremdkörper aus Sicht der OP-Schwester* poukazuje na významnost početní kontroly během operačního výkonu a prezentuje výsledná data, získaná studií, probíhající v německých zdravotnických zařízeních v období 2004 až 2005. Dále jsou v bakalářské práci srovnávána výsledná data se závěrečnými pracemi Fejglové, Penkové, Štefkové, Poulíkové a Zastoupilové. Fejglová (2014) se v bakalářské práci *Bezpečí pacienta na operačním sále* zabývala problematikou zajišťování bezpečnosti pacientů v perioperačním období. Cílem bylo ověřit kvalitu poskytované péče během pobytu pacienta na operačním sále. Výzkumné šetření proběhlo, v průběhu měsíců červenec až září 2013. Penková (2010) v bakalářské práci *Nejčastější komplikace u pacientů v perioperační péči* zaměřila pozornost na důslednost perioperačních sester při dodržování zásad a postupů v období pobytu pacienta na operačním sále. Cílem bakalářské práce bylo zmapovat nejčastější komplikace u pacientů v průběhu perioperační péče. Výzkumné šetření probíhalo v březnu a dubnu 2010. Poulíková (2014) se soustředila v bakalářské práci *Pacient v perioperační péči – prevence rizik na zjištění možných rizik, kterým je pacient v perioperačním období vystaven*. Cílem dotazníkového šetření bylo zjištění, zda a jak perioperační sestry provádějí Perioperační bezpečnostní protokol. Toto výzkumné šetření bylo uskutečněno v měsíci lednu a únoru 2014. Štefková (2008) se v bakalářské práci *Míra poškození pacienta v perioperační péči* zabývala okolnostmi, které ve značné míře a v konečném důsledku mohou ovlivnit proces léčby

pacienta. Cílem práce bylo zjistit, jak je zajištěna bezpečnost pacienta během pobytu na operačním sále. Výzkum byl proveden během listopadu 2007. Zastoupilová (2012) v bakalářské práci Bariérová ošetrovatelská péče na operačním sále zaměřila pozornost na problematiku bariérové ošetrovatelské péče v perioperačním období. Cílem práce bylo zjištění rozsahu dodržování bariérových ošetrovatelských postupů perioperační sestrou na operačním sále. Výzkum byl realizován od února do března 2012.

Výzkumná otázka č. 1: Je během perioperační péče prováděna dostatečná kontrola zabezpečení pacienta před poškozením?

Předpokladem bylo, že všichni oslovení respondenti budou provádět dostatečnou kontrolu zabezpečení pacienta před poškozením. Ze získaných dat však vyplývá, že pouze 60 % respondentů provádí kontrolu zabezpečení vždy, 31,43 % uvádí, že kontrolu zabezpečení provádí jen někdy, 8,57 % dotázaných provádí bezpečnostní kontrolu, jen když to vyžaduje situace. K podobným výsledkům došla i Fejglová (2012) v bakalářské práci, kde výzkumným šetřením zjistila, že 56,96 % respondentů provádí během operace kontrolu zabezpečení vždy, 22,78 % dotazovaných uvedlo, že kontrolu provádí občas, 20,25 % respondentů tehdy, když to vyžaduje situace. Penková (2010) ve své bakalářské práci uvádí, že kontrolu pacienta během perioperační péče provádí 85 % dotázaných, 15 % udává, že kontrolu bezpečí pacienta neprovádí.

Z výsledných dat také vyplývá, že pokud dojde k porušení nebo opomenutí bezpečnostních postupů lékařem, všeobecnou sestrou či sanitářem, tak 74,29 % perioperačních sester dotyčného upozorní, 18,57 % respondentů uvádí, že dotyčného upozorní, pouze pokud je vhodná příležitost. Získanými daty Fejglová (2014) došla k podobnému závěru – 68,35 % perioperačních sester upozorní dotyčného při porušení bezpečnostních pravidel, 15,19 % dotázaných jen tehdy, pokud je vhodná příležitost.

Výzkumným šetřením bylo dále zjištěno, že 67,14 % dotázaných se domnívá, že dodržuje všechna bezpečnostní opatření pro ochranu pacientova zdraví, 31,43 % uvádí, že částečně, 1,43 % respondentů uvádí, že spíše nedodržuje bezpečnostní opatření. Štefková (2008) ve své bakalářské práci došla k závěru, že 58 % dotázaných dodržuje bezpečnostní opatření; 42 % respondentů uvádí, že se snaží; nemohou to však ovlivnit.

Součástí poskytování bezpečné péče na operačním sále je kontrola identifikace pacienta, a to z důvodu předcházení vzniku nežádoucí události záměny pacienta. Jedním z opatření Ministerstva zdravotnictví České republiky je vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů, které ukládají přímo řízeným zdravotnickým zařízením povinně identifikovat každého pacienta. (Marx, 2011) Ze získaných dat však vyplývá, že identifikaci neprovádí až 17,14 % dotázaných. Naopak v bakalářské práci Poulíkové (2014) identifikaci pacienta neprovádí pouze 1,45 % dotázaných.

Prevenici pádu a předcházení vzniku otlaků podpoří kontrola správné polohy pacienta na operačním stole. Wendsche (2012) uvádí, že poškození pacienta následkem útlaku o operační stůl a jeho příslušenství, je v USA druhý nejčastější důvod správného řízení za zanedbání odpovědnosti. (Wendsche a kol., 2012, s. 77) Podle Suché (2009) je pacient nejvíce ohrožen rizikem pádu z operačního stolu při transportu a překlada z operačního sálu, a to z toho důvodu, že je stále pod vlivem opiátů a anestetik a ne zcela se orientuje v prostoru a čase. (Suchá a kol., 2009, s. 69) Ze získaných odpovědí vyplývá, že kontrolu polohy pacienta na operačním stole nikdy neprovádí až 8,57 % respondentů, 30 % dotázaných provádí kontrolu polohy jen někdy. V bakalářské práci Štefkové (2008) kontrolu polohy pacienta neprovádí pouze 1 % respondentů, 26 % dotázaných uvádí, že kontrolu polohy provádí jen někdy.

Kontrolou přiložení neutrální elektrody lze zabránit termickému poškození pacienta. Neutrální elektroda by měla být přiložena co nejbližší operačnímu poli a na místo odchlupené a suché. (Kala a kol., 2010, s. 78) Kadavil a Palmar (2010) uvádějí, že právě nesprávné přiložení inaktivní elektrody zvyšuje riziko popálení při použití elektrokoagulace. (Kadavil a kol., 2010) Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že správné přiložení inaktivní elektrody nikdy nekontroluje 14,29 % oslovených, 34,29 % respondentů uvádí, že kontrolu přiložení elektrody provádí jen někdy. Fejglová (2014) výzkumným šetřením zjistila, že 3,8 % oslovených kontrolu neprovádí nikdy a 30,38 % dotázaných kontroluje přiložení neutrální elektrody jen někdy.

Výzkumná otázka č. 2: Jak se staví sestry pro perioperační péči k realizaci Perioperačního bezpečnostního protokolu?

Operační zákrok s sebou přináší určité riziko pro pacienta, a právě perioperační bezpečnostní protokol má být nástrojem, jak na nic podstatného během všední rutiny nezapomenout. Pilotní studie WHO Perioperačního bezpečnostního protokolu prezentuje data, která udávají snížení

výskytu pooperačních komplikací o třetinu a počet úmrtí téměř o polovinu, což by měl být velmi silný argument pro jeho využití perioperačními sestrami v odborné praxi. (WHO, 2009) Otázkou č. 16 bylo zjištěno, že 38,57 % respondentů uvádí postoj k realizaci PBP pozitivní, postoj 52,86 % respondentů je spíše pozitivní, 8,57 % dotázaných uvádí stanovisko spíše negativní. Poulíková (2014) ve své bakalářské práci poukazuje na výsledky, že pozitivní postoj má 39,13 % respondentů, spíše pozitivní postoj uvádí 21,74 % dotázaných, 34,78 % neví, jaký postoj k PBP zaujmout, spíše negativní postoj vyjádřilo 4,35 % respondentů.

Od října 2003 do září 2004 byla ve švédských nemocnicích provedena rozsáhlejší studie výskytu nežádoucích událostí. Touto studií bylo zjištěno, že z hlediska preventability, tedy možnosti zamezit vzniku nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení před tím, než nastala, je 70 % nežádoucích událostí preventabilních. (Soop a kol., 2009) Výsledek analýzy dat by měl být podnětem všech zdravotnických pracovníků využít v péči o pacienta všechna dostupná bezpečnostní opatření. Ze získaných dat však vyplývá, že 5,71 % respondentů uvádí, že na jejich pracovišti PBP není realizován, 8,57 % respondentů udává, že realizace PBP probíhá jen někdy. Jelikož povinnost realizace PBP perioperačních sester ve zdravotnickém zařízení, kde výzkum probíhal, je dána vnitřním předpisem, bylo by vhodné posílit kontrolní systém dodržování bezpečnostních pravidel.

Získanými odpověďmi bylo také zjištěno, že jako překážku v realizaci PBP uvádí nedbalost sestry či instrumentárky až 14,29 % dotázaných, 15,71 % respondentů uvádí neochotu ze strany operátora, neochotu ze strany anesteziologa či anesteziologické sestry uvádí 2,86 % dotázaných.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je nejčastější nežádoucí událost, se kterou se lze setkat v souvislosti s pobytem pacienta na operačním sále?

Studie, která by zmapovala chyby či omyly studováním dokumentace pacienta, nebyla v České republice dosud provedena. Z toho důvodu lze vycházet pouze ze zahraničních zdrojů, které udávají, že přibližně u 10 % hospitalizací se vyskytne dokonané, či nedokonané poškození pacienta, zapříčiněné postupem zdravotnického nebo nezdravotnického personálu, ne však primárním onemocněním či úrazem pacienta (např. v Austrálii a ve Velké Británii byla zjištěna 11 % četnost těchto případů, na Novém Zélandu 9 %, v Dánsku 10 %). (Polák, 2007)

Z výzkumného šetření vyplývá, že s nejčastější nežádoucí událostí, se kterou se respondenti setkali, je alergická reakce na dezinfekční prostředky a léky, a to v 17 %. Ke stejnému závěru došla Penková ve své bakalářské práci (2010), kde tuto možnost zvolilo 28 % respondentů.

Šťastný (2010) uvádí, že ze zahraničních zdrojů, přesně z New Jersey Department of Health and Senior Services (2006), plyne, že nejčastější pochybení tvoří zapomenuté předměty, a to téměř třetinu (32 %) všech hlášených nežádoucích případů v perioperační péči. Dále uvádí, že z recentních studií z Department of Surgery Brigham and Women's Hospital Boston (2003) v USA vyplývá, že ze souboru 54 pacientů bylo celkem nalezeno 61 zapomenutých předmětů, z nichž 69 % tvořilo roušky a 31 % instrumenty. (Šťastný, 2010). Získanými daty bylo zjištěno, že 10,93 % respondentů se setkalo se zapomenutým materiálem v těle pacienta. K podobnému závěru ve své bakalářské práci došla i Poulíková (2014), kdy 11,83 % respondentů označilo zapomenutou roušku v těle pacienta jako nežádoucí událost, se kterou se setkali během své odborné praxe na operačním sále. V rámci zajištění bezpečí pacienta jsou významné a varující odpovědi na otázky č. 10 a 11, kdy 7,14 % respondentů uvádí, že před zahájením operačního výkonu počítá jen roušky, 1,43 % dotázaných provádí početní kontrolu pouze u nástrojů. Při početní kontrole na závěr operace 7,14 % respondentů počítá jen roušky, 2,86 % oslovených uvádí, že nepočítá materiál na závěr operace vůbec. V časopise *Der Chirurg* byla v roce 2007 zveřejněna studie Ebbekeho, kde 64 % perioperačních sester bylo během své praxe na operačním sále svědkem zapomenutého předmětu v operační ráně. 76 % perioperačních sester uvedlo, že na pečlivou kontrolu počtu materiálu a nástrojů před operačním výkonem nemá čas. Výzkumným šetřením Ebbekeho bylo také zjištěno, že pouze 51 % perioperačních sester provádí kontrolu sít a kontejnerů v rámci rutinní předoperační přípravy. (Ebbeke, 2007)

Získanými daty bylo zjištěno, že 12,96 % respondentů se setkalo se záměnou operované strany. David Marx, který se mnoho let věnuje konceptu kvality zdravotní péče a bezpečnosti poskytované péče, uvádí, že podle výsledků výzkumu JCAHO (1995-2005) je stranová záměna v USA mezi závažnými nežádoucími událostmi druhá nejčastější. (Daňková, 2007)

Výzkumná otázka č. 4: Dodržují bezpečnostní opatření více perioperační sestry na centrálních operačních sálech, nebo na oborových operačních sálech?

Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici fakultního typu na centrálních operačních sálech a na sálech oborových v období od října 2015 do ledna 2016. Získanými daty dotazníkovým šetřením lze posoudit bezpečnostní opatření na operačním sále a porovnání jejich dodržování perioperačními sestrami na centrálních operačních sálech a na sálech oborových.

K porovnání bylo zvoleno 11 významných oblastí v rámci bezpečnosti pacienta, a to kontrola bezpečí pacienta, upozornění při porušení či opomenutí bezpečnostních postupů, dodržování bezpečnostních opatření, identifikace pacienta, početní kontrola před započítím a na závěr operace, kontrola polohy pacienta na operačním stole, kontrola přiložení neutrální elektrody, obsluha přístrojů potřebné k operaci, realizace PBP na pracovišti a postoj k zavedení a používání PBP.

Z výsledných dat vyplývá, že na COS z 11 sledovaných oblastí ve 3 z nich důkladněji dodržují bezpečnostní opatření perioperační sestry z COS než perioperační sestry na oborových sálech. Jedná se o početní kontrolu před započítím operace, početní kontrolu na závěr operace, a je zde i kladnější postoj perioperačních sester k zavedení a používání PBP.

Získanými daty bylo zjištěno, že na oborových sálech v 8 z 11 hodnocených oblastí perioperační sestry řádněji dodržují bezpečnostní opatření. Jedná se o kontrolu bezpečí pacienta, upozornění při porušení či opomenutí bezpečnostních postupů, dodržování bezpečnostních opatření, identifikaci pacienta, kontrolu polohy na operačním stole, kontrolu přiložení neutrální elektrody, obsluhu přístrojů potřebných k operaci a realizaci PBP na pracovišti.

V konečném hodnocení získaných dat lze uvést, že perioperační sestry z oborových sálů dodržují pečlivěji bezpečnostní opatření než perioperační sestry na centrálních operačních sálech.

Výzkumná otázka č. 5: Provádějí perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let před, během a po operačním výkonu kontrolu bezpečí klienta důsledněji než perioperační sestry s kratší délkou praxe?

K vyhodnocení, zda perioperační sestry s délkou 16 a více let dodržují bezpečnostní opatření důsledněji než perioperační sestry s kratší délkou praxe, jsem využila odpovědí na otázku č. 1.

Ze získaných dat vyplývá, že perioperační sestry s méně než 16 lety praxe provádí kontrolu bezpečí vždy ve 44,12 %, jen někdy v 50 %, odpověď „jen když to vyžaduje situace“ označilo 5,88 % respondentů. Perioperační sestry s praxí 16 a více let provádí kontrolu bezpečí pacienta vždy v 75 %, 13,89 % respondentů uvádí odpověď „jen někdy“; kontrolu bezpečí pacienta, jen když to vyžaduje situace, provádí 11,11 %. (Tabulka č. 20)

Ze získaných odpovědí v závislosti na délce praxe na operačním sále vyplývá, že perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let důsledněji provádějí kontrolu bezpečí pacienta před, během a po operačním výkonu než sestry s kratší délkou praxe. K podobnému výsledku došla v bakalářské práci i Zastoupilová (2012), kdy výzkumným šetřením zjistila, že perioperační sestry s délkou praxe 16 a více let narušují svým chováním aseptické prostředí operačního sálu méně často než perioperační sestry s kratší délkou praxe.

Kudrličková (2014) uvádí, že podle Asociace perioperačních registrovaných sester v USA je předpokladem bezpečné péče zajištění zkušeného operačního týmu, jehož činnost je založena na mnoholeté spolupráci a schopnosti předvídat. Soubor odborně a organizačně zkušených perioperačních sester svede objevit a opravit systémové chyby, a to zejména standardizováním pracovních procesů a zlepšením pracovního prostředí. (Kudrličková a kol., 2014, s. 237)

Praktický výstup bakalářské práce tvoří prezentace vlastní tvorby o bezpečné péči na operačním sále, jejímž cílem je připomenout perioperačním sestřím významnost dodržování bezpečnostních pravidel při péči v souvislosti s pobytem pacienta na operačním sále a dodržování realizace PBP. Edukační materiál byl vytvořen ve spolupráci se sestrou školitelkou COS, jelikož prezentace bude sloužit i jako součást adaptačního procesu nově nastupujícím perioperačním sestřím (viz příloha D).

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku bezpečnosti pacienta na operačním sále a dodržování bezpečnostních opatření v perioperační péči v souvislosti s pobytem pacienta na operačním sále. Bezpečí pacienta v perioperační péči je jedno ze zásadních témat dnešního zdravotnictví, což dokládá aktuální literatura a publikované články zabývající se touto problematikou. Vysoká technologická obtížnost poskytování zdravotní péče na operačním sále, uplatňování efektivních, ale zároveň i potencionálně rizikových postupů a nátlak na vysokou výkonnost perioperačních sester – to vše s sebou přináší značnou možnost pochybení v perioperační péči.

Jedním z cílů bakalářské práce bylo zjistit aktuální dodržování bezpečnostních opatření během pobytu pacienta na operačním sále. Ze získaných dat vyplývá, že převážná část dotazovaných se domnívá, že bezpečnostní opatření dodržuje, nicméně v oblastech, jako jsou identifikace pacienta, početní kontrola materiálu použitého během operačního zákroku, kontrola přiložení neutrální elektrody nebo kontrola polohy pacienta na operačním sále, mají perioperační sestry značné nedostatky, proto by bylo vhodné posílit kontrolní systém dodržování pravidel. Dále bylo zjištěno, že sestry pracující na oborových sálech dodržují bezpečnostní opatření důsledněji než perioperační sestry na centrálních operačních sálech.

Důsledné dodržování Perioperačního bezpečnostního protokolu, navrženého podle WHO, je základem k poskytování kvalitní péče a zajištění bezpečí pacienta. Jednoznačně příznivý dopad, který má protokol ve snížení rizika poškození, je velmi silným argumentem pro jeho používání. Získanými odpověďmi bylo zjištěno, že 14,29 % respondentů uvedlo jako překážku v realizaci PBP neochotu či nedbalost ze strany sestry nebo instrumentářky, 5,71 % respondentů uvedlo, že na jejich pracovišti není realizován PBP vůbec. Jelikož dotazovaní vykonávají svou pracovní činnost ve zdravotnickém zařízení, kde je vnitřním předpisem dané, že je nezbytné PBP realizovat, bylo by příhodné posílit vzdělávání v oblasti závažnosti nedodržení realizace PBP a důsledně kontrolovat jeho provádění.

Smysluplná edukace pracovníků ve zdravotnickém zařízení je jedním ze základových kamenů programu kontinuálního zvyšování kvality poskytované péče. Praktický výstup bakalářské práce tvoří prezentace vlastní tvorby pro perioperační sestry o bezpečné péči na operačním sále.

Pacienti mají právo očekávat, že po dobu perioperační péče se bude postupovat bezpečně, a to tak, že budou chráněni před poškozením, a právě proto je velmi důležité věnovat zvýšenou pozornost jak potřebám nemocného, tak právě i potenciálním rizikům a pochybením.

5 Použitá literatura

Knihy

1. FERKO, Alexander a kol. *Chirurgie v kostce*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2015, 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
2. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
3. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Přeložil David MARX a Ivan STANĚK. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
4. JOINT COMMISSION RESOURCES. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Přeložil Radim VYHNÁNEK. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 171 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
5. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
6. KALA, Zdeněk a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
7. KRŠKA, Zdeněk a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 262 s. ISBN 978-80-247-3815-4.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, 123 s. ISBN 978-80-244-1877-3.
9. MAĐAR, Rastislav, Renata PODSTATOVÁ a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 178 s. ISBN 80-247-1673-9.

10. NICHOLLS, Anthony a Iain WILSON. *Perioperační medicína*. Přeložila Ivana SUCHARDOVÁ. 1. české vyd. Praha: Galén, 2006, 370 s. ISBN 80-7262-320-6.
11. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
12. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
13. SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
14. SKALICKÁ, Hana a kol. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 149 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
15. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
16. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
17. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
18. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
19. WICHSOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
20. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA a kol. *Chirurgická propedeutika*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Periodika

21. BALKOVÁ, Hilda a Gabriela TAKÁČOVÁ. Je týmová práce v ošetrovatelství důležitá? *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2014, roč. 24, č. 5, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
22. BALKOVÁ, Hilda, Martina KOVÁČOVÁ a Martina SIROTOVÁ. Ošetrovatelský proces v intraoperačním období. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2013, roč. 23, č. 5, s. 48-50. ISSN 1210-0404.
23. BALKOVÁ, Hilda a Monika ZIBRINOVÁ. Indikátory kvality na operačním sále. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, roč. 22, č. 4, s. 42-43. ISSN 1210-0404.
24. BITTNEROVÁ, Zuzana. Proč termín perioperační péče? *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, roč. 17, č. 6, s. 48. ISSN 1210-0404.
25. DOSTÁLOVÁ, Barbora a Helena NAHODILOVÁ. Prevence pádu ve zdravotnickém zařízení. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011, roč. 21, č. 1, s. 31-32. ISSN 1210-0404.
26. DRAHOŠ, Jan. Záměna strany či místa výkonu při operačním výkonu. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2008, roč. 4, č. 1, s. 395. ISSN 1801-464X.
27. CHMELÍKOVÁ, Jana a Valerie ŠILHARTOVÁ. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 62. ISSN 1210-0404.
28. CHOUROVÁ, Lenka. Ošetrovatelské diagnózy na operačním sále. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011, roč. 21, č. 2, s. 36-38. ISSN 1210-0404.
29. KLÁNOVÁ, Markéta. Zdravotnická dokumentace. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009, roč. 19, č. 6, s. 12. ISSN 1210-0404.

30. KOVÁČÍKOVÁ, Jana a Kateřina JANEČKOVÁ. Ošetrovatelská dokumentace v perioperační péči. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 61-62. ISSN 1210-0404.
31. KUDRLIČKOVÁ, Dagmar, Jana SOMROVÁ a Iva BRABCOVÁ. Rizika v intraoperační ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi*. 2014, roč. 15, č. 4, s. 235-237. ISSN 1213-0494.
32. MARX, David. Resortní bezpečnostní cíle v akreditaci SAK. *Zdravotnické noviny: odborné fórum zdravotnictví a sociální péče*. 2012, roč. 61, č. 26, s. 5. ISSN 0044-1996.
33. MARX, David. Záměna pacienta, výkonu, strany či orgánu – možnost prevence. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2007, roč. 6, č. 10, s. 395. ISSN 1801-464X.
34. MAJERNÍKOVÁ, Ludmila a Anna HUDÁKOVÁ. Edukační plán u dítěte s respirační alergií. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 3, s. 41. ISSN 1210-0404.
35. MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, roč. 22, č. 2, s. 41. ISSN 1210-0404.
36. MÍČKOVÁ, Iveta. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 44. ISSN 1210-0404.
37. MYKYTYNOVÁ, Marcela a Jana WICHSOVÁ. Dodržování bariérového režimu na operačních sálech. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2014, roč. 24, č. 6, s. 51-55. ISSN 1210-0404.
38. PÁLENÍKOVÁ, Květa a Martina PROSECKÁ. Mezioborová spolupráce sester na operačním sále. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 41-42. ISSN 1210-0404.

39. PNIÁK, Tomáš a Pavel KOMÍNEK. Prevence záměny stran u operací na ORL klinice FN Ostrava. *Otorinolaryngologie a foniatrie: časopis České společnosti pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku*. 2008, roč. 57, č. 4, s. 218-220. ISSN 1210-7867.
40. PODSTATOVÁ, Renata a Rastislav MAĎAR. Prevence infekcí v místě chirurgického výkonu. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, roč. 17, č. 4, s. 8-10. ISSN 1210-0404.
41. POKOJOVÁ, Radka. Nežádoucí události ve zdravotnickém zařízení. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2012, roč. 22, č. 7-8, s. 13. ISSN 1210-0404.
42. POKOJOVÁ, Radka. Řízení rizik. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2011, roč. 21, č. 1, s. 29-30. ISSN 1210-0404.
43. POKOJOVÁ, Radka. Stručný pohled do systému kvality. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 7-8, s. 34-35. ISSN 1210-0404.
44. PŘECECHTĚLOVÁ, Jana. Operační sál - asepsy, antisepsy, prostředky a typy sterilizace. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2013, roč. 9, č. 9, s. 38-40. ISSN 1801-464X.
45. SEIFERT, Bohumil a Jana VOJTÍŠKOVÁ. Pochybení a omyly v lékařské praxi. *Praktický lékař: měsíčník vydávaný mladou generací lékařů při Ú. J. ČS. L.* 2009, roč. 89, č. 7, s. 352-357. ISSN 0032-6739.
46. SOMROVÁ, Jana a Sylva BÁRTLOVÁ. Význam akreditace nemocnic pro ošetrovatelství. *Kontakt: odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2012, roč. 14, č. 4, s. 410-420. ISSN 1212-4117.
47. SUCHÁ, Šárka, Kateřina CHRUDIMSKÁ, Ivana ŠTEFKOVÁ a Martina UHLÍŘOVÁ. Bezpečí pacienta na operačním sále. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 69. ISSN 1210-0404.
48. SVOBODOVÁ, Michaela. Ministerstvo chce zvýšit bezpečnost pacientů. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. 2010, č. 16, s. 5. ISSN 1805-2355.

49. SVOBODOVÁ, Dita. Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotnické péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2012, roč. 8, č. 6, s. 28-34. ISSN 1801-464X.
50. ŠIMKOVÁ, Věra a Eva NAVRÁTILOVÁ. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, roč. 17, č. 4, s. 3. ISSN 1210-0404.
51. ŠTEFKOVÁ, Ivana. Riziko perioperačního poškození pacienta na operačním sále. *Úrazová chirurgie: časopis české společnosti pro úrazovou chirurgii*. 2009, roč. 17, č. 3, s. 94. ISSN 1211-7080.
52. ŠŤASTNÝ, Jiří a Věra ŠIMKOVÁ. Zapomenuté roušky – mýty a realita. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 66-68. ISSN 1210-0404.
53. VAŠÁTKOVÁ, Ivana a Hana ULRYCHOVÁ. Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 21. ISSN 1210-0404.
54. VONDRÁČEK, Lubomír a Eva KUČKOVÁ. Cizí těleso v dutině břišní po operaci. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2013, roč. 9, č. 12, s. 42. ISSN 1801-464X.
55. WICHSOVÁ, Jana. Bezpečnost pacienta na operačním sále v českých a švédských nemocnicích. *Praktický lékař: měsíčník vydávaný mladou generací lékařů při Ú. J. ČS. L.* 2014, roč. 94, č. 6, s. 271-274. ISSN 0032-6739.
56. WICHSOVÁ, Jana. Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 43-44. ISSN 1210-0404.

Elektronické zdroje

57. ALFREDSDOTTIR, Herdis a Kristin BJORNSDOTTIR. *Nursing and Patient Safety in the Operating Room* [online]. 2007 [cit. 2015-08-03]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18173734>.
58. BRAUNOVÁ, Jaroslava. *Alergie na léky a latex*. *Angis revue* [online]. 2015 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.angisrevue.cz/revue/archiv/cislo/detail/82-alergie-na-leky-a-latex/>.
59. DAŇKOVÁ, Adéla. *Hlavně pacientům neublížit*. [online]. 2007 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/hlavne-pacientum-neublizit-289906>.
60. EBBEKE, P. *Belassene Fremdkörper aus Sicht der OP-Schwester* [online]. 2007 [cit. 2016-03-14]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00104-006-1272-6>.
61. GROCHOVÁ, Monika a kol. *Helsinská deklarácia a aktivita Svetovej zdravotníckej organizácie – bezpečný operačný výkon zachraňuje životy – prvé skúsenosti z praxe*. [online]. 2012 [cit. 2016-02-25]. Dostupné z: http://www.slovenskachirurgia.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=6015&magazine_id=17.
62. GÜRLICH, Robert. *Etiologie a patogeneze ranných infekcí*. *Medical tribune* [online]. 2010 [cit. 2015-09-23]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/19604-etologie-a-patogeneze-rannych-infekci>.
63. HŘIB, Zdeněk a Pavel VYCHYTIL. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče* [online]. 2010 [cit. 2015-10-25]. Dostupné z : http://www2.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/NU/metodika/Teoreticky_uvod_NU.pdf.
64. KADAVIL, Haster, Palathu a James PALMAR. *Electrical hazards: causes and prevention*. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. [online]. 2010 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S147202990670042>.


65. KUTÍLKOVÁ, Pavlína. *Bezpečnost pacientů na Oddělení centrálních sálů a sterilizace Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. 2013 [cit. 2015-09-01]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/ocss/aktuality/vydani-brozurky-pro-pacienty-bezpecnost-pacientu-ocss>.
66. MARX, David. *Riziko záměny* [online]. 2011 [cit. 2015-10-15]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2011/riziko-zameny-.435/>.
67. MÁLEK, Jiří a Petr KUČERA. *Systémové alergické reakce (anafylaxe) v anesteziologické praxi* [online]. 2010 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/systemove-alergicke-reakce-anafylaxe-v-anesteziologicke-praxi-452598>.
68. POLÁK, Tomáš. *Absolutně bezriziková nemocnice neexistuje*. Medical tribune [online]. 2007 [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/10876>.
69. POLITIKA KVALITY FN PLZEŇ. *Kvalita a bezpečnost* [online]. 2015 [cit. 2015-09-11]. Dostupné z: <https://www.fnplzen.cz/kvalita.asp>.
70. PORTÁL MZČR. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [online]. 2008 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1817_13.html.
71. PORTÁL MZČR. *Resortní bezpečnostní cíle* [online]. 2012 [cit. 2015-09-23]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_1837_15.html.
72. PORTÁL MZČR. *Věstník č.8/2012* [online]. 2012 [2015-09-01] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html.
73. SOOP, Michael, Ulla FRYKSMARK, Max KÖSTER a Bengt HAGLUND. *The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study*. International Journal for Quality in Health Care. [online]. 2009 [2016-04-16] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2712321/>.
74. ŠTASTNÝ, Jiří. *Zapomínat je lidské, ale...* Medical tribune [online]. 2010 [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/16690-zapominat-je-lidske-ale>.
75. WHO. *WHO Guidelines for Safe Surgery* [online]. 2009 [cit. 2015-08-23]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf.

Bakalářské práce

76. FEJGLOVÁ, Pavla. *Bezpečí pacienta na operačním sále*. Hradec Králové, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Lékařská fakulta.
77. PENKOVÁ, Lenka. *Nejčastější komplikace u pacientů v perioperační péči*. Brno, 2010. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.
78. POULÍKOVÁ, Petra. *Pacient v perioperační péči – prevence rizik*. Zlín, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.
79. ŠTEFKOVÁ, Ivana. *Míra poškození pacienta v perioperační péči*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.
80. ZASTOUPILOVÁ, Olga. *Bariérová ošetrovatelská péče na operačním sále*. Pardubice, 2012. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií.

6 Přílohy

Příloha A – <i>Surgical Safety Checklist</i>	77
Příloha B – <i>Perioperační bezpečnostní protokol</i>	78
Příloha C – <i>Dotazník</i>	79
Příloha D – <i>Prezentace pro perioperační sestry – bezpečí pacienta v perioperační péči</i>	85

 PERIOPERAČNÍ BEZPEČNOSTNÍ PROCES Patient Safety		
A. Před úvodem do anestézie (anesteziolog, ZPBD)	B. Před kožní incizí (ZPBD, anesteziolog, operatér)	C. Než pacient opustí operační sál (ZPBD, anesteziolog, operatér)
Je potvrzen/a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikace pacienta a zdravotnické dokumentace? ▪ Typ výkonu a sířana? ▪ Souhlas pacienta s výkonem a anestézií? 	V případě, že je přítomná na operačním sále osoba, kterou členové týmu neznají, přítomná osoba se představí a sdělí úřvod své přítomnosti.	Souhlasí identifikace a úřoha členů operačního týmu ve všech částech zdravotnické dokumentace? (anesteziologický záznam, perioperační ošřetřovateřská dokumentace, operační protokol)
Je lokalizace stranového výkonu označena?	Potvrďte si pacientovo jména, typ výkonu a místo incize.	Uveďte název operačního výkonu.
Je anesteziologický přístroj a vybavení pro anestezii kompletní?	Je indikována ATB profylaxe a pokud ano, byla podána?	Souhlasí počet nástrojů a roušek a jsou použité nástroje funkční a upíné?
Je sledována pulzní oxymetrie?	Očekávané kritické momenty	Je odebraný biologický materiál správně uložen a označen?
Má pacient/ dá se předpokládat: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Známou alergii? ▪ Obtížná intubace nebo riziko aspirace? (Pomůcky jsou dostupné) ▪ Riziko krevní zřráty větší než 500ml (7ml/kg u dětí)? (Vstupy a roztoky jsou zajišřeny?) 	Operatér: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lze očekávat nestandardní nebo nerutinní postup? ▪ Jaká je předpokládaná délka trvání výkonu? ▪ Jaká je očekávaná krevní zřrátá? Anesteziolog: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Očekávají se nějaké specifické problémy? 	Vyskytl se nějaký problém s vybavením nebo technikou, pokud ano, je zaznamenán ve zdravotnické dokumentaci?
Perioperační sestřa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Je pacient na op. sále bezpečně uložen? ▪ Je neutřrlní elektroda správně umístěna a upevněna? ▪ Je připřavena potřebná operační technika? ▪ Je připřaven dostatečný sortiment implantátů, nástrojů a pomůček? ▪ Je připřaven operační tým? 	Je připřavena zobrazovací technika?	Pooperační pēče a pooperační ordinace jsou zajišřeny?

Zdroj: <http://www.olomouckedny.cz/OP.pdf>

Příloha C – Dotazník

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jmenuji se Tereza Kratochvílová a studuji na Univerzitě Pardubice obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je tento dotazník. Téma bakalářské práce je Bezpečnost pacienta na operačním sále. Informace, které od Vás získám, jsou anonymní a budou použity pouze pro účely mé práce.

Správnou odpověď označte nebo doplňte krátkou odpovědí.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a věnovaný čas.

1. Provádíte před, během a po operačním výkonu kontrolu bezpečí klienta proti úrazu nebo jinému poškození?

- vždy
- jen někdy
- jen když to vyžaduje situace
- ne

2. O které skupině pracovníků operačních sálů si myslíte, že má největší vliv na zajištění bezpečí pacienta proti nežádoucím událostem během perioperační péče?

- lékaři operatéri
- lékaři anesteziologové
- perioperační sestry
- anesteziologické sestry
- sanitáři

3. Pokud dojde k porušení nebo opomenutí zavedených bezpečnostních postupů, upozorníte dotyčného lékaře, všeobecnou sestru nebo sanitáře? (i více možností)

- ano, pokaždé
- pouze pokud je vhodná příležitost
- nevšímám si toho
- provedu záznam do dokumentace
- oznámím to svému nadřízenému

4. Domníváte se, že dodržíte všechna bezpečnostní opatření pro ochranu pacientova zdraví?

- zcela ano
- částečně ano
- spíše ne
- vůbec ne

5. Myslíte si, že sami můžete ovlivnit kvalitu poskytování ošetrovatelské péče na vašem operačním sále?

- zcela ano
- částečně ano
- spíše ne
- vůbec ne

6. Setkal/a jste se během své praxe se vznikem nežádoucí události u pacienta v souvislosti s perioperační péčí?

- ano
- ne

Pokud **ANO**, označte nebo uveďte, o jakou nežádoucí událost se jednalo (i více možností):

- záměna pacienta
- záměna operované strany
- zapomenutý materiál v těle pacienta
- pád pacienta z operačního stolu
- ztráta, záměna nebo znehodnocení biologického materiálu
- vysokofrekvenční popálení (koagulací)
- vzplanutí ohně po alkoholové dezinfekci
- parézy z nesprávné polohy během operačního výkonu
- otlaky
- alergická reakce (dezinfekční prostředek, léky)
- jiné poškození.....

7. Jak asi často dochází na vašem pracovišti k nežádoucím událostem, které by mohly vést k poškození pacienta?

- 1x týdně
- 1x za měsíc
- 1x za půl roku
- 1x ročně
- jiné.....

8. Vyberte prosím 3 negativní faktory, které podle vašeho názoru mohou nejvíce ovlivnit vznik nežádoucích událostí?

- nedostatečná interpersonální komunikace
- únava
- stres a nepozornost
- nedostatek času
- časté změny v operačním programu
- nedostatek personálu
- neerudovaný personál
- neprovedení Perioperačního bezpečnostního protokolu
- nedbalost personálu
- jiné.....

9. Jak postupujete, když kontrolujete identitu pacienta?

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

.....

10. Kontrolujete počet všech nástrojů a roušek před započítáním operace?

- ano, vždy
- počítám jen roušky
- počítám jen nástroje
- nepočítám

11. Kontrolujete počet všech nástrojů a roušek na závěr operace?

- ano, vždy
- počítám jen roušky
- počítám jen nástroje
- nepočítám

12. Kontrolujete správnou polohu pacienta na operačním stole před začátkem operace – prevence pádu, zabezpečení proti otlakům?

- ano, vždy
- jen někdy
- ne, nikdy

13. Kontrolujete přiložení neutrální elektrody?

- ano, vždy
- jen někdy
- ne, nikdy

14. Umíte obsluhovat přístroje na vašem pracovišti, potřebné k operaci?

- ano, všechny
- jen některé
- ty nejpoužívanější
- ne

15. Je na vašem pracovišti realizován Perioperační bezpečnostní protokol?

- ano, vždy
- jen občas
- ne
- podle naléhavosti operačního výkonu

16. Jaký je váš postoj k zavedení a používání Perioperačního bezpečnostního protokolu?

- pozitivní
- spíše pozitivní
- spíše negativní
- negativní

17. Označte, kdo nejdůsledněji dodržuje pokyny Perioperačního bezpečnostního protokolu:

- perioperační sestra
- anesteziologická sestra
- lékař operatér
- lékař anesteziolog

18. Co nejvíce komplikuje realizaci Perioperačního bezpečnostního protokolu?

- neochota ze strany operatéra
- neochota ze strany anesteziologa nebo anesteziologické sestry
- nedbalost sestry nebo instrumentářky
- nedostatek času
- nejsou překážky
- jiné.....

19. Máte na vašem pracovišti vypracovány standardy zaměřené na bezpečí pacienta?

- ano
- ne

Pokud ANO, jsou standardy aktuální?

- ano
- ne

20. Doplnujete si své odborné znalosti v oblasti perioperační péče?

- ano
- ne

Pokud ANO, uveďte jak (i více možností):

- odborné semináře
- samostudium
- odborná literatura
- stáže na jiných pracovištích
- jiné.....

21. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- VŠ – Mgr.
- VŠ – Bc.
- VOŠ – DiS.
- SZŠ
- specializační studium v oboru perioperační péče
- jiné....

22. Jste absolventkou/absolventem specializační vzdělávání v oboru perioperační péče, nebo jej v současné době studujete?

- ano
- ne

23. Jaká je délka vaší praxe na operačním sále?

.....

24. Pracujete na operačních sálech typu:

- centrální operační sály
- jednooborové operační sály

Bezpečí pacienta v perioperační péči

Tereza Kratochvílová

NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI

- ▶ V rámci Evropské unie je u 8-12 % pacientů způsobena újma v důsledku nežádoucích událostí během poskytování péče.
- ▶ Štastný (2010) uvádí, že nejčastější pochybení tvoří zapomenuté předměty.
- ▶ Podle JCAHO (1995-2005) je stranová záměna v USA druhá nejčastější nežádoucí událost.
- ▶ Hřib (2010) uvádí, že poškození pacienta útlakem o operační stůl je v USA druhý nejčastější důvod správního řízení za zanedbání péče.
- ▶ Podstatová (2007) udává, že infekcím v místě chirurgického výkonu patří třetí místo mezi nejčastějšími nozokomiálními nákazami.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR

- ▶ Ministerstvo zdravotnictví postupně zavádí systémová opatření, která vedou k zajištění vyšší bezpečnosti pacientů i kvalitě poskytované zdravotní péče.
- ▶ Jedním z opatření je i vyhlášení *Resortních bezpečnostních cílů*, které jsou součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče.
- ▶ Jsou závazné pro přímo řízené organizace ministerstva a zároveň slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení bez ohledu na jejich typ.
- ▶ Resortní bezpečnostní cíle se vyhláší formou doporučených postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče.

V roce v 2010 Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo následující Resortní bezpečnostní cíle (dále RBC) v oblasti kvality a bezpečnosti zdravotních služeb

- ▶ RBC 1 – Bezpečná identifikace pacientů
- ▶ RBC 2 – Bezpečnost při používání rizikových léčiv
- ▶ RBC 3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
- ▶ RBC 4 – Prevence pádů pacientů
- ▶ RBC 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Resortní bezpečnostní cíle na období 2011–2012 rozšířeny o nové dva cíle:

- ▶ RBC 6 – Bezpečná komunikace
- ▶ RBC 7 – Bezpečné předávání pacientů

WHO

- ▶ Mezi nejrůznější projekty Světové zdravotnické organizace, které se zabývají bezpečím pacientů, patří i program Save Surgery Saves Lives (Bezpečná chirurgie zachraňuje životy), jímž se zabývá Word Alliance for Patient Safety.
- ▶ Word Alliance for Patient Safety stanovila zásady, které byly zapracovány do doporučeného postupu „Surgical Safety Checklist“, jenž při úplné aplikaci na operačních sálech významně snižuje riziko závažných nežádoucích událostí.
- ▶ Celá procedura netrvá déle než dvě minuty a prověří nejdůležitější rizika, která s sebou přináší operační zákrok.

World Health Organization		
SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)		
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
SIGN IN <input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT <hr/> <input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE <hr/> <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED <hr/> <input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING <hr/> DOES PATIENT HAVE A: KNOWN ALLERGY? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <hr/> DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE <hr/> RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED	TIME OUT <input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE <hr/> <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM • PATIENT • SITE • PROCEDURE <hr/> ANTICIPATED CRITICAL EVENTS <input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS? <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS? <input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS? <hr/> HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE <hr/> IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	SIGN OUT NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM: <input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED <input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE) <input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME) <input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED <hr/> <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT

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

Pilotní studie WHO

- ▶ Pilotní studie, probíhající od října roku 2007 do září roku 2008, byla realizována v osmi městech na světě, kdy v průběhu jednoho roku byl na zdejších operačních sálech důsledně dodržován postup kontroly podle chirurgického Checklistu navrženého WHO.
- ▶ Výsledky pilotní studie byly překvapivé, jelikož výskyt pooperačních komplikací se snížil o třetinu a počet úmrtí téměř o polovinu.

Tabulka: Výsledky pilotní studie – převzato z WHO

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

Perioperační bezpečnostní protokol

- ▶ Surgical Safety Checklist je v České republice znám jako Perioperační bezpečnostní protokol (PBP) či Chirurgický bezpečnostní list a při jeho tvorbě vychází zdravotnická zařízení z doporučení WHO.
- ▶ Je tvořen třemi složkami, které jsou aplikovány při třech kritických momentech v průběhu operačního výkonu. První fáze probíhá před podáním anestezie, druhá fáze se provádí bezprostředně před operačním řezem a třetí fáze před předáním pacienta z operačního sálu.
- ▶ Jednoznačně příznivý dopad, který má protokol ve snížení rizika poškození, je dost silným argumentem pro jeho používání!

A. Před úvodem do anestézie (anesteziolog, ZPBD)	B. Před kožní incizí (ZPBD, anesteziolog, operatér)	C. Než pacient opustí operační sál (ZPBD, anesteziolog, operatér)
Je potvrzen/a: <ul style="list-style-type: none"> Identifikace pacienta a zdravotnické dokumentace? Typ výkonu a strana? Souhlas pacienta s výkonem a anestézií? 	V případě, že je přítomná na operačním sále osoba, kterou členové týmu neznají, přítomná osoba se představí a sdělí důvod své přítomnosti.	Souhlasí identifikace a úloha členů operačního týmu ve všech částech zdravotnické dokumentace? (anesteziologický záznam, perioperační ošetrovatelská dokumentace, operační protokol)
Je lokalizace stranového výkonu označena?	Potvrďte si pacientovo jména, typ výkonu a místo incize.	Uveďte název operačního výkonu.
Je anesteziologický přístroj a vybavení pro anestezii kompletní?	Je indikována ATB profylaxe a pokud ano, byla podána?	Souhlasí počet nástrojů a roušek a jsou použité nástroje funkční a úplné?
Je sledována pulzní oxymetrie?	Očekávané kritické momenty	Je odebraný biologický materiál správně uložen a označen?
Má pacient/ dá se předpokládat: <ul style="list-style-type: none"> Známost alergii? Obtížná intubace nebo riziko aspirace? (Pomůcky jsou dostupné) Riziko krevní ztráty větší než 500ml (7ml/kg u dětí)? (Vstupy a roztoky jsou zajištěny?) 	Operatér: <ul style="list-style-type: none"> Lze očekávat nestandardní nebo nerutinní postup? Jaká je předpokládaná délka trvání výkonu? Jaká je očekávaná krevní ztráta? Anesteziolog: <ul style="list-style-type: none"> Očekávají se nějaké specifické problémy? 	Vyskytl se nějaký problém s vybavením nebo technikou, pokud ano, je zaznamenán ve zdravotnické dokumentaci?
Perioperační sestra <ul style="list-style-type: none"> Je pacient na op. sále bezpečně uložen? Je neutrální elektroda správně umístěna a upevněna? Je připravena potřebná operační technika? Je připraven dostatečný sortiment implantátů, nástrojů a pomůcek? Je připraven operační tým? 	Je připravena zobrazovací technika?	Pooperační péče a pooperační ordinace jsou zajištěny?

Používání PBP může pomoci zabránit

- ▶ záměně pacienta
- ▶ záměně operované strany
- ▶ zapomenutí materiálu v těle pacienta
- ▶ pádu pacienta z operačního stolu
- ▶ termickému poškození
- ▶ alergickým reakcím
- ▶ znehodnocení, záměně či ztrátě biologického materiálu
- ▶ problémy s anestézií
- ▶ infekci operační rány
- ▶ nejrůznějším chybám vyplývajících ze špatné komunikace mezi jednotlivými členy operačního týmu

Prevence záměny pacienta

- Při kontrole identifikace pacienta je nutné využít minimálně dva identifikační údaje (např. jméno a datum narození).

Prevence operované strany

- Záměně operované strany lze předcházet kontrolou stranového protokolu, dotazem na pacienta při příjezdu na operační sál a kontrolou označení místa operace na těle pacienta.

Prevence pádu z operačního stolu

- Po správném uložení pacienta na operační stůl je potřeba, aby byl zabezpečen proti možnému pádu pomocí popruhů.

Prevence vzniku otlaků a paréz

- Po uložení pacienta na operační stůl je nutné vypodložit všechna místa, kde hrozí vznik tlakového poškození či útlak nervů.

Prevence termického poškození

- Velmi podstatné je nechat alkoholový preparát zaschnout a zabránit vniknutí antiseptika mezi kůži a inaktivní elektrodu. Zanedbat se nesmí ani korektní přiložení neutrální elektrody, a to na místo suché, odchlupené a co možná nejbližší operačnímu poli.

Prevence alergie

- Po převozu pacienta na operační sál je podstatné zjištění alergií dotazem na pacienta a kontrolou dokumentace. Lze použít dezinfekční přípravek, který neobsahuje jód ani jiné látky s možným negativním účinkem.

Prevence infekce v místě chirurgického výkonu

- Prevence spočívá v dodržování aseptických postupů a bariérových ošetrovacích technik, zásadní je minimalizovat počet osob na operačním sále v průběhu operačního výkonu.

Významné v prevenci pochybení v perioperační péči

- ▶ Důraz na správné provádění PBP;
- ▶ Sledování nežádoucích událostí – vyhodnocení, nápravná opatření;
- ▶ Poučení se z chyb;
- ▶ Včasná identifikace možných rizik;
- ▶ Správné zaškolení personálu;
- ▶ Nikdy nekončící proces auditů, kontrol a následné edukace.

Motto:

„Dělat správnou věc správným způsobem ve správný čas na správném místě správnou osobou.“

MUDr. David Marx, Ph.D.

Použitá literatura

Knihy

- ▶ JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
- ▶ KALA, Zdeněk a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2010, 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
- ▶ WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
- ▶ WICHSOVÁ, Jana, Petr PŘIKRYL, Renata POKORNÁ a Zuzana BITTNEROVÁ. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

Periodika

- ▶ MARX, David. Záměna pacienta, výkonu, strany či orgánu – možnost prevence. *Florence: odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese*. 2007, roč. 6, č. 10, s. 395. ISSN 1801-464X.
- ▶ PODSTATOVÁ, Renata a Rastislav MAĎAR. Prevence infekcí v místě chirurgického výkonu. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, roč. 17, č. 4, s. 8-10. ISSN 1210-0404.
- ▶ SUCHÁ, Šárka, Kateřina CHRUDIMSKÁ, Ivana ŠTEFKOVÁ a Martina UHLÍŘOVÁ. Bezpečí pacienta na operačním sále. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009, roč. 19, č. 1, s. 69. ISSN 1210-0404.
- ▶ SVOBODOVÁ, Michaela. Ministerstvo chce zvýšit bezpečnost pacientů. *Zdravotnictví a medicína: čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. 2010, č. 16, s. 5. ISSN 1805-2355.
- ▶ WICHSOVÁ, Jana. Surgical Safety Checklist – prevence pochybení při operačních výkonech. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. 20, č. 2, s. 43-44. ISSN 1210-0404.

Elektronické zdroje

- ▶ DAŇKOVÁ, Adéla. *Hlavně pacientům neublížit*. [online]. 2007 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mladafrontazdravotnicke-novinyzdn/hlavnepacientumneublizit-289906>.
- ▶ HŘIB, Zdeněk a Pavel VYCHYTIL. *Stručný teoretický úvod do problematiky nežádoucích událostí při poskytování zdravotní péče* [online]. 2010 [cit. 2015-10-25]. Dostupné z: http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejnezdravotnictvi/NU/metodika/Teoreticky_uvod_NU.df.
- ▶ KUTÍLKOVÁ, Pavlína. *Bezpečnost pacientů na Oddělení centrálních sálů a sterilizace Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. 2013 [cit. 2015-09-01]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/ocss/aktuality/vydani-brozurky-pro-pacienty-bezpecnost-pacientuocss>.
- ▶ PORTÁL MZČR. *Věstník č.8/2012* [online]. 2012 [2015-09-01] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html.
- ▶ ŠTASTNÝ, Jiří. *Zapomínat je lidské, ale...* Medical tribune [online]. 2010 [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/16690-zapominat-je-lidske-ale>.
- ▶ WHO. *WHO Guidelines for Safe Surgery* [online]. 2009 [cit. 2015-08-23]. Dostupné z: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf.

Zdroje obrázků

- ▶ http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Checklist_finalJun08.pdf
- ▶ <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/surgical-safety-checklist-prevence-pochybeni-pri-operacnich-vykonech-449674>
- ▶ <http://www.olomouckedny.cz/OP.pdf>

Děkuji za pozornost