

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií

Bakalářská práce

2017

Anita Yatsko

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Anita Yatsko

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**Bezpečnost pacientů v rámci ošetrovatelského
procesu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

PLZEŇ 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2017

.....

Vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Simoně Šípové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných odborných rad, podnětů a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Yatsko Anita

Katedra: Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Bezpečnost pacientů v rámci ošetřovatelského procesu

Vedoucí práce: Mgr. Simona Šípová

Počet stran - číslované: 51

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 23

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: bezpečnost – identifikace – kvalita – léčivo – pacient – pochybení - riziko

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou bezpečností pacientů v rámci ošetřovatelského procesu. Věnuje se základním informacím týkající se kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a problematikou pochybení při poskytování zdravotní péče. Zaměřuje na ověření naplňování resortních bezpečnostních cílů – bezpečná identifikace pacientů a bezpečnost při používání léčiv s vyšší mírou rizikovosti. Dobře vedený management ve zdravotnických zařízeních výrazně ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb. Práce je příspěvkem ke zvýšení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče.

Annotation

Surname and name: Yatsko Anita

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: The Safety of Patients during the Care Process

Consultant: Mgr. Simona Šípová

Number of pages - numbered: 51

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 23

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 42

Keywords: safety - identification - quality - drug - patient - misconduct - risk

Summary:

This Bachelor thesis deals with the issue of patient safety in the context of the nursing process. It covers the basic information regarding the quality and safety of health services and the issue of misconduct in the provision of health care. It focuses on the verification of the implementation of departmental safety goals – safe patient identification and safety in the use of drugs with a higher degree of risk. Well guided management in health care facilities significantly affects the quality of the services provided. The work is a contribution to the increase in the quality and safety of provided healthcare.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Kvalitní a bezpečná péče.....	11
1.1 Historie ošetrovatelství.....	11
1.2 World Health Organization.....	12
1.3 Spojená akreditační komise (SAK) ČR, o.p.s.....	12
1.3.1 Minimální hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí.....	12
1.4 Certifikace ISO 9001:2000.....	14
1.5 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization.....	14
1.6 Kvalita ošetrovatelské péče.....	14
1.6.1 Ošetrovatelské standardy.....	15
1.7 Audit ve zdravotnickém zařízení.....	16
1.7.1 Externí audit.....	16
1.7.2 Interní audit.....	16
2 PROBLEMATIKA POCHYBENÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	18
2.1 Nežádoucí události.....	18
2.2 Pochybení a omyly – perspektiva sester.....	19
2.2.1 Prevence medikačních pochybení.....	20
2.2.2 Partnerství v praxi – pacient a jeho role v programu bezpečného podávání léků	21
3 RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE.....	22
3.1 RBC 1 – bezpečná identifikace pacientů.....	22
3.2 RBC 2 – bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv.....	22
3.3 RBC 3 – prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech....	23
3.4 RBC 4 – prevence pádů pacientů.....	23
3.5 RBC 5 – zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče	23
3.6 RBC 6 – bezpečná komunikace.....	23
3.7 RBC 7 – bezpečné předávání pacientů.....	24
4 RBC1-BEZPEČNÁ IDENTIFIKACE PACIENTŮ.....	24
4.1 Identifikace pacientů pomocí identifikačního náramku.....	24

4.2 Identifikace pacientů pomocí radiofrekvenčního identifikačního čipu (RFID).....	25
4.3 Čipová karta.....	26
5 RBC2-BEZPEČNOST PŘI POUŽÍVÁNÍ LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ S VYŠŠÍ MÍROU RIZIKOVOSTI. RIZIKOVÉ PROCESY V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	27
5.1 Uchování RL.....	28
5.2 Použití RL.....	28
5.3 Specifika i. v. léčby u onkologických nemocných.....	28
PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
6 VÝZKUM.....	30
6.1 Formulace problému.....	30
6.2 Hlavní cíle.....	30
6.3 Dílčí cíle.....	30
6.4 Charakteristika souboru.....	31
6.5 Metoda sběru dat.....	32
6.6 Organizace výzkumu.....	32
7 ANALÝZA ÚDAJŮ.....	33
7.1 Prezentace a interpretace získaných údajů.....	52
8 DISKUZE.....	55
ZÁVĚR.....	59
LITERATURA A PRAMENY.....	61
SEZNAM GRAFŮ.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Výsledky zahraničních studií, které probíhají od konce osmdesátých let minulého století, ukazují, že u zhruba 10 % hospitalizací dochází k poškození pacientů. Ve Spojených státech ročně umírá 44 000 – 98 000 hospitalizovaných pacientů v důsledku pochybení zdravotníků. To je více úmrtí, než následkem dopravních nehod, AIDS či karcinomu prsu. Britské ministerstvo zdravotnictví odhaluje, že ročně v zemi dochází k 850 000 nežádoucích událostí, které vedou k poškození pacientů. K podobným výsledkům dospěly i studie provedené ve Španělsku, Francii a Dánsku. V České republice zatím žádná studie výskytu nežádoucích událostí neproběhla. Předpokládá se, že v České republice výskyt nežádoucích událostí bude stejný nebo spíše o něco vyšší, než je uváděných 10 %. (32, s. 65 - 70)

Snížení rizik při poskytování zdravotní péče se týká především preventivních opatření a včasného podchycení hrozeb. Ve spolupráci Ministerstva zdravotnictví s Evropskou Unií, Světovou zdravotnickou organizací a dalšími, zavádějí se národní programy a plány pro zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Zavádění resortních bezpečnostních cílů slouží, jako jedna ze složek zvýšení bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních. Pomocí nově vypracovaných plánů, má poskytovatel zdravotních služeb možnost odstraňování nedostatků. Díky akreditačním šetřením zařízení získávají tzv. certifikát kvality a bezpečí. Proces akreditace vede k neustálému zlepšování kvality a bezpečí poskytované péče a posílení důvěry společností. Akreditované zdravotnické zařízení by mělo naplňovat očekávání pacientů.

Osmi až dvanácti procent pacientům v rámci Evropské unie, přijatých do nemocnic, byla způsobena újma během poskytování zdravotní péče. K nejčastějším nežádoucím událostem patří medikační chyby, chirurgická pochybení, chyby při diagnostice a infekce spojené se zdravotní péčí. Ministerstvem zdravotnictví jsou postupně zaváděna systémová opatření, která vedou k poskytování kvalitnější a bezpečnější zdravotní péče pacientům.

Pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí MZ vypracovalo „Minimální požadavky“, jedním z těchto požadavků je zavedení resortních bezpečnostních cílů. Resortní bezpečnostní cíle se vyhláší formou doporučených postupů, které vedou ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. (36)

Téma bakalářské práce jsem si vybrala především ze zvědavosti. Během odborné praxe v průběhu studia jsem se setkávala na odděleních s případy „téměř pochybení“ ze strany

zdravotnického personálu při ošetřování nemocných a vždy mě zajímalo, jak se tomu dá předejít. Lidský faktor je nepopiratelný, ale jsou i další příčiny pochybení. Na některých odděleních bylo jasně vidět, že problémy jsou v systému: špatná organizace práce, neefektivní komunikace mezi sestrou a lékařem, mezi sestrami anebo sestrou a pacientem. Také mě často překvapoval nezájem pacientů o vlastní bezpečí při ošetrovatelské péči, například při medikaci nebo během ošetrovatelských výkonů. Viděla jsem pacienty spíše jako pasivní příjemce péče, jen málo z nich se aktivně zapojovalo do ošetrovatelského procesu.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo ověřování resortních bezpečnostních cílů pomocí vypracovaných kritérií.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je věnována historii ošetrovatelství, organizacím a nástrojům, které se podílejí na zvyšování kvality a bezpečnosti zdravotnické péče. Část práce jsem věnovala informacím o nejčastějších chybách ošetrovatelského personálu a o způsobech jejich předcházení. Dále bakalářská práce obsahuje teoretické podklady o plnění resortních bezpečnostních cílů. Praktickou část jsem věnovala ověření naplňování resortních bezpečnostních cílů: bezpečné identifikaci pacientů a bezpečnosti při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITNÍ A BEZPEČNÁ PÉČE

1.1 Historie ošetřovatelství

S péčí o člověka se setkáváme již v předkřesťanských kulturách, kde se zkušenosti s ošetřováním a léčbou nemocných předávaly jen ústním podáním z generace na generaci. Dříve se ošetřovatelství nepovažovalo za důležité, péče o nemocného byla běžným jevem a do 18. století ho velmi ovlivňovala církev. Války měly velký vliv na rozvoj ošetřovatelství a spousta zvyklostí má svůj základ právě z ošetřování raněných vojáků. (3, s. 13 - 22)

Florence Nightingalová – anglická ošetřovatelka, známá jako "dáma s lucernou", vybudovala systém ošetřovatelství, který se používá v dnešní době. Věnovala se svému poslání celý svůj život. Čisté prostředí a dostatek čistého vzduchu pro ni byly na prvním místě. V době Krymské války, na žádost britského ministra, vybrala 74 dobrovolnic a vypravila se do Istanbulu. Spolu s nimi vybudovala skvěle fungující systém: zprovoznily kuchyň v kasárnách, vybudovaly toalety, zprovoznily prádelnu, uklízely a konečně se mohly věnovat ošetřovatelské péči. Během půl roku se úmrtnost vojáků snížila z 60 % na 2 %. (3, s. 37 - 48)

K největším změnám, které prosadila Florence Nightingalová, patřily signalizační systém u lůžka pacienta, zavedení výtahu na potravu, teplá voda v každém patře a rozdělení nemocných do pavilonů podle chorob. (4, s. 71)

V roce 1860 otevřela ošetřovatelskou školu, která měla název „Škola Florence Nightingalové pro zdravotní sestry“. Škola připravovala budoucí ošetřovatelky a od roku 1862 i porodní asistentky. (3, s. 42)

Nikolaj Ivanovič Pirogov je uznáván ruský chirurg, který začal používat narkózu a zasloužil se o vznik ženského ošetřovatelství. Stejně jako Florence Nightingalová kladl velký důraz na dodržování zásad hygieny, jejichž nedodržování způsobovalo větší úmrtnost, než válečná zranění. Podílel se na založení Ruského červeného kříže v roce 1867. Mezinárodní Červený kříž založil v roce 1863 Jean Henri Dunant. K základním principům Červeného kříže patří humanita, nestrannost, neutralita, nezávislost, dobrovolnost. (3, s. 49)

1.2 World Health Organization

Světová zdravotnická organizace (WHO – World Health Organization) byla založena Organizací spojených národů 7. dubna 1948. Zdraví pro všechny národy je cílem WHO. V současné době běží program WHO, který se nazývá Zdraví pro všechny v 21. století. Program Zdraví 21 je založen na 5 principech: spravedlnost, solidarita, trvalá udržitelnost, vlastní účast a etická volba. Jedním z cílů je Řízení v zájmu kvality péče. Splnění tohoto cíle spočívá v systematickém sledování výsledků v klinické praxi. Indikátorem je použití mezinárodních standardizovaných ukazatelů kvality. (5, s. 74 - 85)

Na základě činnosti v oblasti bezpečnosti pacientů, kterou realizuje WHO, rada EU vypracovala „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“, ve které velmi podrobně popsala požadavky na zajištění kvality a bezpečí poskytovaných služeb. (19)

1.3 Spojená akreditační komise (SAK) ČR, o.p.s

Akreditační proces hodnotí kvalitu poskytované zdravotnickým zařízením péče. Cílem je neustálé zlepšování kvality a bezpečí poskytované péče, snížení ekonomických nákladů, poskytování efektivní ošetrovatelské péče a posílení důvěry společnosti. Vstup do akreditačního procesu je dobrovolný a zavazuje zdravotnické zařízení ke zlepšování kvality péče, což snižuje rizika jak pro zaměstnance, tak i pro pacienty. (1, s. 235)

V České republice od roku 1998 funguje Spojená akreditační komise ČR, o.p.s. Pomocí akreditačních standardů (74 standardů) akreditační komise posuzuje zdravotnické organizace. Standardy jsou doporučeny mezinárodními organizacemi Evropské unie, WHO a Mezinárodní radou sester. Při jejich splnění zařízení získává akreditační certifikát kvality. Vydává se na dobu 3 let. (1, s. 222 - 240)

Standardy této organizace jsou cílené na nebezpečí medikačních pochybení, stravovací provoz, nozokomiální infekce, správnou identifikaci pacientů, zdravotnickou dokumentaci, závažnost informovaného souhlasu a likvidaci odpadu. (2, s. 27 - 29)

1.3.1 Minimální hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí

Standard číslo 1: zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí

Standard určuje zásady a činnosti, vedoucí ke zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Tyto činnosti jsou zařazeny v provozních postupech zavedených do praxe. Aktualizují se nejméně jednou ročně. Pro splnění standardu je pro celé zdravotnické zařízení zaveden program zvyšování kvality a bezpečí a určeny osoby, odpovědné za jeho plnění. Všechny osoby, které se podílejí na poskytování lůžkové zdravotní péče, jsou aktivně zapojeny do programu.

Standard číslo 2: sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

Cílem standardu je zaznamenání a vyhodnocení vyskytujících se nežádoucích událostí na lůžkových odděleních. Standard je splněn minimálně při zavedené evidenci nežádoucích událostí majících za následek neočekávané trvalé tělesné poškození či úmrtí pacienta, výskyt nozokomiálních infekcí, proleženin, pádů, medikačních chyb a příhod spojených s léčebným nebo diagnostickým výkonem. Jednotlivé nežádoucí události jsou vyhodnocované včetně stanovení jejich příčin. Je stanovena jejich závislost na čase a jsou přijata preventivní opatření k jejich zabránění.

Standard číslo 3: sledování spokojenosti pacientů

Účelem standardu je pozorování a vyhodnocování spokojenosti pacientů s poskytovanými zdravotními službami na lůžkových odděleních. Pro splnění standardu je třeba sledovat spokojenost pacientů s podmínkami pobytu v nemocnici včetně stravovacího režimu, přístupu zdravotního a jiného odborného personálu, sdílení informací pacientům o jejich zdravotním stavu a o diagnostických, terapeutických a léčebných výkonech. Na základě zjištěných dat jsou vypracovány postupy k odstranění nedostatků.

Standard číslo 4: sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče

Za cíl je vyhodnocování a sledování stížností a nápadů vztahující se k poskytování lůžkové zdravotní péče. Získané poznatky se využívají ke zvýšení kvality a bezpečí. Ke kritériím jejich splnění patří vedení evidence všech stížností a podnětů pacientů a jiných osob, včetně způsobů jejich vyřešení. Jsou zajišťovány jejich příčiny a opatření k jejich odstranění, případně preventivní postupy.

Standard číslo 5: využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů

Je zajištěno využití diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů, doporučených odbornými a profesními organizacemi zdravotníků a jinými odborníky ve

zdravotnictví. Jsou připraveny interní diagnostické, léčebné a ošetrovatelské procesy při péči o pacienty s tělesným nebo smyslovým postižením. (19, s. 113 – 125, 24)

1.4 Certifikace ISO 9001:2000

Mezinárodní organizace pro standardizaci (ISO – International Organization for Standardization) funguje od roku 1947 a má sídlo v Ženevě. Organizace se zaměřuje na zvýšení jakosti, kvality a bezpečí. Je největší světovou organizací pro vytváření standardů. ISO se navzájem doplňuje s akreditací, která na rozdíl od něj nedává tak velký důraz na kvalitu. (1, s. 222 - 240)

Procesní vedení je zaměřeno na klienta a zaměstnance, dokumentaci a stálé zvyšování kvality. Důležitým cílem z perspektivy řízení rizik jsou shody mezi požadavkem na produkt a produktem. V případě vnímání neshody jako rizika systém ISO nabízí nástroje pro jejich snížení. (2, s. 29 - 30)

1.5 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization – JCAHO) je nezávislou organizací, která se zabývá vyvíjením kritérií pro hodnocení úrovně a kvality poskytované zdravotní péče již od roku 1951. Její dceřiná společnost JCAHO je Joint Commission International (JCI), která byla založena v roce 1999. Má za cíl zlepšit kvalitu a bezpečí péče po celém světě. Provádí publikační činnost, vzdělávací programy, poskytuje konzultační a evaluační služby. Tento program dělí standardy do dvou skupin. První skupinou jsou standardy cílené na potřeby pacienta, k druhé skupině patří standardy, týkající se poslání zdravotnického zařízení jako ústavu. V České republice tuto mezinárodní akreditaci a certifikát získala Nemocnice na Homolce Praha, Ústav hematologie a krevní transfuze Praha, Masarykův onkologický ústav Brno a Fakultní nemocnice Ostrava. (1, s.227)

1.6 Kvalita ošetrovatelské péče

Standardizace ošetrovatelské péče v ČR, která se nazývá Standardizace v ošetrovatelství a porodní asistenci byla zahájena v roce 2002 dotačním nenákladovým projektem podpory kvality a bezpečnosti zdravotní péče. Projekt byl financován MZ ČR. (25, s. 27)

Ošetrovatelská praxe se neustále mění, vyvíjí se, a tím jsou sestry a další nelékařští zdravotničtí pracovníci vystavováni zvyšujícím se nárokům na jejich odbornost a ručení za poskytovanou ošetrovatelskou péči. Právo vykonávat ošetrovatelskou praxi je sestrám umožněno prostřednictvím legislativy o poskytování ošetrovatelské péče. NELZP jsou také povinni poskytovat péči *lege artis*. Koncepce *lege artis* je obvykle vykládána jako preventivní, diagnostický nebo terapeutický postup odpovídající nejvyššímu dosaženému vědeckému poznání anebo jednoduše řečeno správný postup zdravotnického pracovníka v určité situaci. Čím dál tím více je na sestry a NELZP kladen větší důraz, tykající se jejich samostatnosti a sebeurčení v rozhodování o péči pacientů a odpovědnost za její následky.

Ve zdravotnických zařízeních České republiky jednotné opatření poskytování ošetrovatelské péče definuje Koncepce ošetrovatelství ČR z roku 2004. Cílem je zajištění kvalitní ošetrovatelské péče pomocí standardů. (25)

1.6.1 Ošetrovatelské standardy

Ošetrovatelské standardy jsou vydávány ve Věstníku MZ ČR jako právní nařízení a metodické postupy nebo jsou vytvořené zdravotnickými zařízeními a profesními organizacemi. (25, s. 25)

Ošetrovatelské standardy vymezují minimální úroveň péče, slouží ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče a realizaci auditu. OS definují např. vedení ošetrovatelské dokumentace, uskutečnění ošetrovatelského procesu, pracovní postupy různých dějů, personální a materiální výbavy oddělení. Každý standard má svůj název, číslo, označení, typ, platnost, místo použití, kdo ho užívá a kdo ho sestavil. (13, 24)

Ve většině zdravotnických zařízení je běžnou tendencí úsilí poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, která ne vždy musí být podmíněna vysokými finančními výdaji. Podle koncepce ošetrovatelství ČR mají zdravotnická zařízení povinnost dodržovat standardy dané právními předpisy. (25, s. 26)

Standardy, zaměřené na ošetrovatelský proces mají strukturovaný obsah, kde se popisují ošetrovatelská činnost a výkony. V souvislosti s probíhajícím procesem akreditace nebo certifikace většina zdravotnických zařízení vypracovává vlastní (lokální) standardy, vycházející z rámcových (centrálních) standardů. Centrální standardy zpravidla vydává ministerstvo zdravotnictví. Další skupiny tvoří standardy zaměřené na výsledek. Hodnotí se tady např. spokojenost pacientů, spokojenost personálu, výskyt nežádoucích událostí atd. (1, s. 222 - 240)

Pilotní projekt OECD *Studie kvality zdravotní péče (2014)* oznamuje, že Česká republika za poslední desetiletí dosáhla velkých pokroků v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče. Nicméně je v ČR stále kladen důraz výhradně na zajištění dodržování minimálních standardů a snaha o nepřetržité zvyšování kvality je zapomenuta. Podle OECD by se ČR měla snažit o větší zapojení do mezinárodních programů benchmarkingu, aby měla příležitost se učit ze zkušeností z jiných zemí (25, s. 25-27)

1.7 Audit ve zdravotnickém zařízení

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování stanovuje hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Zákon je účinný od 1. dubna 2012. Dle tohoto zákona je poskytovatel zdravotních služeb povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. (17) Auditní šetření slouží jako nástroj pro odhalení problémových oblastí v poskytování zdravotních služeb. Hodnotí se výsledky oddělení, zaměstnanců, celkově systému organizace, hledají se soulady nebo nesoulady mezi naplánovanými a dosaženými výsledky. Pomocí auditu se prosazují změny, které zvyšují kvalitu a bezpečí poskytované péče. Audit se rozděluje do dvou skupin: externí a interní audit. (1, s. 222 - 240)

1.7.1 Externí audit

Externí audit je způsobem hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Kontroluje se osobami, které působí mimo zdravotnické zařízení, nezávislými odborníky, např. SAK (spojená akreditační komise). Provádí se nejméně jedenkrát za 5 let. (16)

1.7.2 Interní audit

Interní hodnocení je komplexní, systematický a pravidelný proces sebehodnocení podle určitých standardů. Hodnotící manažer využívá výstupy středního a nižšího managementu. Cílem je sebekritické a objektivní vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a hledání nejslabších míst. (8) Interní audit zahrnuje všechny oblasti poskytovaných služeb a probíhá v celém zařízení. Poskytovatel zdravotních služeb po provedení interního auditu písemně předloží výsledky a na základě zjištěných dat si poskytovatel zdravotních služeb sestavuje individuální plány, které slouží ke zvyšování kvality a bezpečnosti poskytovaných služeb. (19, s. 119)

Interní audit se zabývá dodržováním jednotlivých kritérií, předem naplánovaných. Výsledky auditu musí být dokumentovány s příklady opatření k jejich napravení. Ošetrovatelský audit zahrnuje pozorování práce sester, sběr statistických údajů, dotazování pacientů, hodnocení péče rodinou, probíhá kontrola dodržování standardů a stav dokumentace. Provádí se jedenkrát za rok. (1, 16)

2 PROBLEMATIKA POCHYBENÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Studie, které upozorňovaly na potenciálnost poškození pacientů pochybeními zdravotnického personálu, se začaly objevovat teprve v 70. a 80. letech dvacátého století. Před tím byla tendence tuto problematiku utajovat. Mezi první realizované výzkumy patří Kalifornská studie. Bylo zjištěno, že mezi analyzovanými více než 20 000 uzavřenými zdravotnickými dokumentacemi u 4,5 % pacientů v průběhu hospitalizaci nastala událost, které by se dalo předejít. (27, s. 23 - 28)

Dále se prováděly Harvardské studie v New Yorku a studie ve státech Utah a Colorado, ve kterých došlo k závěru, že ve Spojených státech amerických každý rok umírá 3,5 % pacientů z důvodu nedostatečné prevence ve zdravotní praxi. V absolutních číslech je to 44 až 98 tisíc případů. (28) V České republice podobné výzkumy zatím nabyly realizovány, ale lze předpokládat, že výsledky by byly přibližně stejné se zahraničními.

K nejohroženější skupině pacientů patří senioři a děti. Úkolem sester je identifikace rizik, které hrozí této skupině pacientů a komplexní ošetrovatelská péče, která hned v počátku zabrání komplikacím vzniklým během léčby. (25, s. 25)

2.1 Nežádoucí události

Za nežádoucí událost je považována okolnost, při které mohlo dojít nebo došlo k tělesné, psychické či socioekonomické újmě pacienta. Dle MZ ČR (2012) nežádoucí události lze klasifikovat do 17 hlavních skupin vycházejících z Mezinárodní klasifikace pro bezpečnost pacientů, vytvořené WHO. Patří tam například nozokomiální infekce, problém s klinickým výkonem, problém s medikací nebo intravenózními roztoky, pády, dekubity atd. (26, s. 39)

Aby nemocnice naplnila standard účinného sledování mimořádných/nežádoucích událostí, musí být zaveden systém hlášení nežádoucích událostí, který bude dostupný všem zdravotnickým pracovníkům. Akreditační standardy doporučují hlásit nejenom uskutečněné nežádoucí události, ale i „téměř pochybení“. Tento systém zdravotnického zařízení zajišťuje ochranu osoby, která provádí hlášení nežádoucích události před postihem za to, že ho provedla. Dá se toho dosáhnout například zavedením anonymizace hlášení na pracovišti zabývajícím se zkoumáním příčin pochybení. Nemocnice by měla být schopna

pozitivně motivovat pracovníky k co největšímu hlášení mimořádných událostí a ukázat jak využívá této důležité zpětné vazby k zajištění co největší míry bezpečí poskytovaných služeb.

Každý zaměstnanec má povinnost hlásit pochybení svému nadřízenému nebo osobě odpovědné za sledování nežádoucích událostí a zvyšování kvality poskytované péče. Po analýze událostí expertním týmem jsou navrhována dlouhodobá nápravná a preventivní opatření. (19, 26)

Ústav zdravotnické informatiky a statistiky ČR (ÚZIS ČR) vede Národní systém hlášení nežádoucích událostí. Tento systém umožňuje poskytovatelům zdravotních služeb elektronické hlášení nežádoucích událostí zdarma. V České republice existuje systém hlášení pádů a dekubitů. (30)

2.2 Pochybení a omyly – perspektiva sester

Sestry jsou nejpočetnější skupinou zaměstnanců ve zdravotnictví. Pochybení a omylů se dopouštějí při poskytování ošetrovatelské péče pacientům. (9, s. 8)

Podle výzkumu, který prováděla Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích se zjistilo, že k nejčastějším nežádoucím událostem, se kterými se setkaly sestry, patřily: neočekávané události spojené s chováním pacientů, přenos nemocničních infekcí, medikační omyly, chyby při vedení zdravotnické dokumentace a riziko neúčinné komunikace.

Model managementu rizik ve zdravotnických zařízeních představuje proces odhalování rizikových procesů a vyhledávání možností jejich předcházení pomocí preventivních opatření. Podle závažnosti a počtu vyhodnocených rizik jsou rizika buď akceptována anebo jsou hledána opatření k omezení počtu jejich výskytu. Akceptace rizik je umožněna u rizik, která nejdou snížit nebo dokonce eliminovat pomocí preventivních opatření. V ošetrovatelské praxi řízení rizik je zaměřeno na rizikové situace v ošetrovatelských procesech, které by mohly vest k pochybením a omylům. (39, s. 256 - 262)

Medikační omyly jsou velmi častou příčinou poškození pacientů. V rámci naší studie je skupina těchto chyb umístěna na třetím místě žebříčku nejčastějších chyb a omylů v sesterské praxi. Především starší pacienti, kteří trpí několika nemocemi najednou, jsou ohroženi medikačním pochybením. Dalším problémem je nedostatek sester a lékařů v řadě

nemocnic. Dle AHRQ (Patient Safety Practices Rated by Strength of Evidence, 2001) 2 – 7 % všech hospitalizovaných pacientů je poškozeno v rámci medikačního procesu. Dle Andersona a Townsenda je za rok medikačním pochybením zdravotníků poškozeno 1,5 milionu Američanů. Dle německé studie (Breckenkamp et al., 2007) je ročně poškozeno 40 000 Němců a 12 000 případů má soudní dohru. (26, s. 61 - 64)

Výrazně snížily výskyt medikačních chyb nemocnice, které zavedly elektronickou preskripci léků. Řada výzkumů ukazuje, že bezpečnější jsou systémy se zabudovanými výstražnými mechanismy týkající se kontraindikací nebo alergických reakcí. Avšak řada nemocnic stále používá ruční záznamy medikací. Taxis a Barber (2003) při vyhodnocení nitrožilního způsobu podávání léčiv zjistili, že polovina podání byla spojena s chybou. K nejčastějším chybám patřilo nedodržení pomalého způsobu aplikace, špatná technika a neznalost postupu. Co se týká předávkování, podle výzkumu Kanjanarrata et al. (2004) šlo nejčastěji o předávkování antihypertenzivy, léky zabraňujícími srážení krve, opiáty a velké alergické reakce na penicilin. (26, s 63-64)

V rámci výzkumu se zjistilo, že k nejčastějším typům medikačních problémů patří: záměna pacienta, nežádoucí účinek podaného leku, nepodání léku, nesprávné množství, forma anebo cesta podání, substituce léku a neshoda opiátu. Jinak se dají rozdělit příčiny medikačních pochybení do čtyř skupin: lidé, intervence, technika a systém. Příčiny pochybení mají často podstatu ve špatně nastaveném systému. Sestry považují za nejčastější důvody pochybení pracovní přetížení, vyčerpání, nemoc, časovou tíseň. Dalším faktem je, že v ČR nejsou zafixovány ceny léků, proto lékaři se zpožděním reagují na změny seznamu léčiv nemocnice za nevhodnější ekvivalenty. Vlastní skupinou jsou riziková léčiva a především jejich nesprávné skladování. Nárůst pochybení sestrami se také zvyšuje při neúplné nebo nečitelné ordinaci a ústní medikaci. (31, s. 178 - 182)

2.2.1 Prevence medikačních pochybení

Především je nutné zaměřit se na kvalitní sběr informací o pacientovi. Nepřítomnost nebo přehlednutí informací o možných alergiích významně zvyšuje riziko poškození pacienta. Identifikace pacienta před podáním léčivého přípravku je samozřejmostí. Až 60 % medikačních pochybení nastává příčinou špatné komunikace mezi sestrou a lékařem. Proto je důležité, aby sestry a lékaři měli mít možnost získání z nemocniční databáze komplexní informací o lécích. (26, s. 65 - 68)

Infuzní pumpy a dávkovače se doporučuje kupovat od jednoho výrobce. Jednotnost techniky snižuje riziko chyb při manipulaci a maximalizuje bezpečnost podání léků. Dále je žádané celoživotní vzdělávání sester. Sestry by měly být informované o novém léku, proceduře či technice. (19, s. 113)

2.2.2 Partnerství v praxi – pacient a jeho role v programu bezpečného podávání léků

Nové hledisko na roli pacienta jako společníka v programu bezpečné péče může výrazně snížit rizika vážných omylů a pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. Zdravotničtí pracovníci by měli pacienty a jejich rodiny aktivně motivovat a vyzývat k aktivnímu zapojení do procesu zajišťování bezpečnosti poskytované péče. (31, s. 178). Pacienti se mnohem raději zapojují do péče, když jim zdravotnický personál řekne, že je to správné a že to tak pro své zdraví mají dělat. (40, s. 840 - 848)

Ohledně prevence medikačního pochybení by měli pacienti znát název předepsaného léku, jak tento lék vypadá, důvod a způsob jeho užívání, jak často, v jaké dávce a jeho případné vedlejší účinky. Při aktivním zapojení pacientů do zajištění vlastního bezpečí se léčebné a ošetrovatelské procesy aktivně stávají bezpečnější. (41)

3 RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE

Interní systém hodnocení kvality i bezpečí, zavedený MZ ČR propracoval „Minimální požadavky“ v rámci realizaci kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Jedním z nich je zavedení bezpečných resortních cílů, t.č. pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče. Zavádění resortních bezpečnostních cílů slouží, jako jedna ze složek zvýšení bezpečnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních. Podle zjištěného výsledku má poskytovatel zdravotních služeb možnost odstranění nedostatku pomocí nově vypracovaného plánu odstraňujícího problém. Poskytovatel lůžkové a jednodenní péče má 7 resortních bezpečnostních cílů:

3.1 RBC 1 – bezpečná identifikace pacientů

Vnitřní řád vypracovaný nemocnicí stanoví správný postup při identifikaci všech pacientů. V tomto postupu se popíše závazné opatření zdravotníků při neobvyklých situacích a péči o všechny pacienty. K identifikaci pacientů se používají minimálně dva nástroje, např. jméno a datum narození. Před podáním léků, krve a transfuzních přípravků, před odebráním biologického materiálu atd. se identifikace pacientů provádí pokaždé, také před diagnostickými a terapeutickými výkony.

3.2 RBC 2 – bezpečnost při používání rizikových léků a léčiv

Pomocí vnitřního předpisu nemocnice stanoví spektrum léků s vyšší mírou rizikovosti. K této skupině léků patří vždy injekční roztoky chloridu draselného (KCl), o koncentraci 7,45% a vyšší, inzulíny, neředěné hepariny. Vnitřním předpisem se stanovuje postup při objednávání, skladování a podávání léků s vyšší mírou rizika. Na odděleních, kde se vyžaduje používání rizikových léčiv, jsou zavedeny postupy zabráňující chybnému podání.

3.3 RBC 3 – prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech

Stanoví se jednotný postup zajišťující provádění správného výkonu u správného pacienta, s výběrem správného místa u výkonu, které se provádějí mimo operační sál. Označení místa se provádí standardním postupem s účastí pacienta. Kontroluje se dostupnost a funkčnost dokumentace. Předoperační bezpečnostní postup se dokumentuje přímo před výkonem.

3.4 RBC 4 – prevence pádů pacientů

Vnitřním předpisem je zaveden postup pro hodnocení rizika pádu u pacientů. Pro rizikovou skupinu pacientů se zavedou opatření ke snížení rizika pádu. Zařízením je stanoven jednotný postup pro prevenci a řešení pádů. Výsledky se pravidelně vyhodnocují nemocnicí a případně se stanovují nápravná a preventivní opatření.

3.5 RBC 5 – zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Nemocnice stanoví postup při mytí rukou, používání bariérových technik a dezinfekčních prostředků. Zajistí dostupnost vhodných prostředků v místech, kde se vyžaduje mytí rukou a dezinfekční postupy. Nemocnice vymezí situace, ve kterých je vyžadována ochrana dýchacích cest, ochrana očí, ochranný oděv a rukavice a zajistí dostupnost ochranných pomůcek. Pravidelně se provádí školení o metodách prevence a kontroly infekcí dle doporučení mezinárodních organizací WHO, ECDC, CDC. Postup prevence a kontroly infekcí je začleněn do celkového programu zvyšování kvality a bezpečnosti klientů.

3.6 RBC 6 – bezpečná komunikace

Zařízení ustanoví postup pro ústní a telefonickou komunikaci při ordinování medikamentů a hlášení výsledků vyšetření pacientů. Úplný obsah ordinace či hlášení výsledků vyšetření se písemně zaznamenávají přijímající osobou, po zapsání je zpětně přečte a počká na potvrzení.

3.7 RBC 7 – bezpečné předávání pacientů

Je zaveden postup při předávání pacientů mezi pracovišti. Ve vnitřním předpisu jsou popsány minimální kompetence pracovníků zajišťujících předávání. Stanovená forma a rozsah dokumentace předávaného pacienta. Vnitřní předpis je dodržován. (11, s. 15 - 25)

4 RBC1-BEZPEČNÁ IDENTIFIKACE PACIENTŮ

Ve zdravotnických zařízeních se může stát, že dojde k záměně i přesto, že se zdravotníci snaží o poskytování nejlepší péče každému konkrétnímu člověku. Těmto rizikům je možné zabránit pomocí tzv. identifikačních náramků, označením operačního místa přímo na těle pacienta před operací a dalšími opatřeními. Pokud je pacient ve bdělém stavu, měl by zkontrolovat, zdali je konkrétní úkon stanoven právě jemu. Obecně se každý pacient může podílet na poskytování jemu účinné a bezpečné pomoci tím, že bude dobře informován, bude vědět co se s ním děje, spolurozhodovat a rozumět tomu, o čem rozhoduje, bude kontrolovat všechno, co zkontrolovat může a umí. (15, s. 13 - 19)

4.1 Identifikace pacientů pomocí identifikačního náramku

Identifikační náramek je důvěryhodný, bezpečný a praktický prostředek, umožňující správnou identifikaci pacientů ve zdravotnických zařízeních. Cílem je zabránit medikačním chybám, záměnám pacientů při diagnostických či terapeutických výkonech, omezení rizika opuštění oddělení nebo zdravotnického zařízení a další. (12)

Na identifikačním náramku se používají základní informace o pacientovi, které ho jednoznačně identifikují (jméno, příjmení, datum narození atd.). Výběr údajů označených na ID náramku se provádí podle zvyku pracoviště. Je možnost využívat i čárové kódy. Čárové kódy zaznamenávají informaci pomocí kombinace čar, jednorozměrných nebo dvourozměrných. Ve většině případů jsou to černé čáry na bílém pozadí. Informace z čárových kódů snímají speciální optické scannery. Při chirurgickém nebo jiném zákroku pacient nemůže mít u sebe žádný předmět a proto identifikační náramky v těchto situacích jsou jedinou možností identifikace pacienta. Ale ani plastové náramky neřeší všechny problémy. K šesti základním problémům identifikačních náramku patří: absence náramku, umístění chybného náramku na ruku pacienta, opakované přidělení náramku pacientovi se špatnými informacemi, chybějící části informací na náramku, části informací jsou chybné,

nečitelnost informací. Pro minimalizaci rizik se začaly používat minimálně dva nástroje k identifikaci pacientů, k těmto nástrojům může patřit například jméno a příjmení, fotografie, přidělené číslo, adresa, telefonní číslo atd. Existují různé způsoby a metody, které minimalizují rizika nesprávné identifikace pacientů: umístování výstražných tabulek upozorňujících na riziko záměny pacientů, upozorňování na riziko předčasného sundávání ID náramku pacientům, pacienty se stejným nebo stejně znějícím příjmením umísťovat na různé nemocniční pokoje (Velká Británie). V případě neúplných nebo chybějících identifikačních údajů pacienta na krevních konzervách uplatnit zásadu „nulové tolerance“ a samozřejmě podporovat uplatnění technologií, které zvyšují bezpečnou identifikaci pacienta.

Zajímavé může být použití USB verze identifikačního náramku, dovoluje to nejen identifikaci pacienta, ale slouží i jako elektronická dokumentace pacienta. Všechna vyšetření jsou zapsaná do paměti USB náramku a pacient s ním může odcházet ke svému lékaři do jiného zdravotnického zařízení. (18)

Důležité je nasazení identifikačního náramku ihned po přijetí pacienta na oddělení, s výběrem vhodného místa, při sběru ošetrovatelské anamnézy. Po řádném poučení pacienta o nutnosti nošení ID náramku, možných komplikacích, má pacient možnost ho odmítnout. Odmítnutí ID náramku pacientem musí být respektováno a zaznamenáno do dokumentace.

ID náramek se nosí po celou dobu hospitalizace a musí být kontrolován alespoň jednou za 24 hodin. Kontrola se provádí staniční nebo úsekovou sestrou. Kontroluje se jeho správné přiložení, nepřítomnost alergické reakce, korektnost a čitelnost údajů. Při zjištění nedostatků musí sestra náramek okamžitě vyměnit. (12)

4.2 Identifikace pacientů pomocí radiofrekvenčního identifikačního čipu (RFID)

RFID je bezkontaktní čipová technologie v systémech eZdravotnictví, umožňující identifikaci, autentizaci, sledování aktuálního umístění pacienta ve zdravotnickém zařízení. Funguje na principu sledování objektů prostřednictvím radiových vln. Pomocí velmi malého a tenkého elektronického nosiče, který je připojen k předmětu nebo pacientovi lze identifikovat a pomocí čtecího zařízení, které také obsahuje RFID čip, lze číst informace na dálku. Přesná a spolehlivá identifikace pacientů může snížit počet nežádoucích událostí,

například medikační omyly, záměnu pacientů, indikace léčby, časovou souslednost procedur atd. Automatické snímání některých diagnostických funkcí a ukazatelů zdravotního stavu pacienta a jejich odeslání k analýze jsou dalšími výhodami RFID. Při používání RFID je nutné vytvoření systémů, zabezpečujících ochranu osobních údajů. RFID oproti čárovým kódům má řadu výhod: delší životnost, spolehlivost, identifikace bez vkládání do čtecího zařízení, větší aplikační potenciál, lepší technické parametry atd. (18)

4.3 Čipová karta

Čipová karta je plastová karta se zabudovaným elektronickým čipem. Použití čipové karty má spoustu výhod: bezpečná a rychlá identifikace pacienta, bezpečný a přenosný zdravotní záznam, lepší a rychlejší poskytování zdravotní péče atd. V nouzových situacích umožňuje získání životně důležitých informací o pacientovi, tyto informace jsou uloženy na paměťovém nosiči karty nebo karta slouží jako klíč k těmto informacím. Čipová karta je základem v prokazování identifikace osob, které jsou nezbytné při zajištění bezpečné výměny informací ve zdravotnictví. (18)

5 RBC2-BEZPEČNOST PŘI POUŽÍVÁNÍ LÉČIVÝCH PŘÍPRAVKŮ S VYŠŠÍ MÍROU RIZIKOVOSTI. RIZIKOVÉ PROCESY V OŠETŘOVATELSTVÍ

Pět skupin rizikových procesů identifikovaly sestry manažerky pracující ve zdravotnických zařízeních. První skupinu tvoří procesy, spojené s prací s infekčním a nebezpečným materiálem. Do druhé skupiny lze zařadit postupy, při kterých je zajištěn přenos látek z těla a do těla pacienta a také procesy spojené s přenosem nozokomiálních infekcí. Třetí skupinu rizikových procesů představují práce spojené s přístrojovým vybavením. Čtvrtou skupinou jsou procesy spojené s komunikací a pátou skupinou procesy spojené s administrativou. Sestry manažerky vymezily nejvíce rizikové procesy v nemocnicích, patří k tomu medikační proces, infuze, transfuze, chemoterapie, hemodialýza, trombolýza atd. (39, s. 256 - 262)

Medikační omyly tvoří více než 19 % všech pochybení sester. Riziko se zvyšuje s počtem pacientů, o které musí sestra pečovat, obložeností na tomto oddělení, vyčerpáním a velkým množstvím odpracovaných hodin. (9) Všeobecnou způsobilost k výkonům NELZP získávají po ukončení adaptačního procesu. Při i. v. léčbě mají všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotnický záchranář kompetence k zavedení PŽK, k ošetřování PŽK / i. v. vstupu a kompetenci k aplikaci do i. v. vstupu. Radiologický asistent může provádět pouze aplikaci do i. v. vstupu a zdravotní asistent pouze ošetřování PŽK / i. v. vstupu. (14)

Pro bezpečné podání ordinovaných léků NELZP se musí dodržet 5 principů: správný pacient, správný lék, správná dávka, správný čas a správný způsob. Podání se provádí kompetentní osobou, NELZP bez odborného dohledu nebo s odborným dohledem. Každý lék má individuální způsob aplikace, rozděluje se podle indikace a podle mechanismu účinku. Kompetentní NELZP odpovídá za jakoukoliv manipulaci s léčivými přípravky, včetně zaznamenání jejich nežádoucích účinků. Per orální podání léků znamená podání léků ústy. Aplikace léků per os se provádí pouze na základě písemné ordinací lékaře, zaznamenanou ve zdravotnické dokumentaci. Kontraindikací k podání léků per os je zvracení, neschopnost polykat, nadcházející vyšetření nebo operace, dle ordinace lékaře. Veškeré komplikace spojené s per orálním způsobem podání musí být hlášeny lékaři a zaznamenané ve ZD. Sebededikace pacienta je na rozhodnutí lékaře. (21)

Ke skupinám rizikových léčiv patří inzulíny, hepariny, hypnotika (benzodiazepiny, Zolpidem, barbituráty) a parenterální roztoky chloridu draselného (KCl) o koncentraci 7,25 % a vyšší, cytostatická léčba.

„Cílem standardu je stanovení závazných pravidel pro manipulaci s RL, znemožňujících v rámci zacházení s těmito léčivy jejich ztrátu, zneužití, znehodnocení a nesprávné použití“

5.1 Uchování RL

Ke každému druhu RL musí být uchováno antidotum, které se musí použít v případě nežádoucích reakcí. Evidence RL je vedená v samostatném seznamu na ZOK minimálně v rozsahu dle protokolu FN/0464. RL se uchovávají zvláště od ostatních léků, v originálních obalech. Uzavřený prostor pro RL a obaly musí být výrazně označeny výrazem „rizikové/á léčivo/a“. SME/3/005 se řídí další opatření při uchovávání RL.

5.2 Použití RL

Osoba, oprávněná zacházet s RL provádí výkon se zvýšenou opatrností. Před aplikací léků se ověřuje identifikace pacienta pomocí ID náramku, kontrola expirací léku, vlastností léku (název, léková forma, koncentrace RL). Po aplikaci RL znovu se ověřuje soulad ordinovaného a aplikovaného léku. Podání RL musí být ihned zaznamenáno do zdravotnické dokumentace. Všechna podezření na NÚ jsou oznámena ošetřujícímu lékaři a zaznamenána do dokumentace. (22) Všechny záznamy, zapisující do zdravotnické dokumentace musí být čitelné, pravidelné, musí být pravidelně doplňované, obsahovat datum a označení identifikací osoby, která jej provedla. (7, s. 72)

5.3 Specifika i. v. léčby u onkologických nemocných

Nejčastější důvod zajištění intravenózního vstupu u onkologických nemocných je plánované podání cytostatické léčby, aplikace podpůrné léčby, podání parenterální výživy atd. Zavádění PŽK se provádí kompetentní osobou za přísných aseptických podmínek. Pacient musí být poučen o možných nežádoucích účincích, aby mohl v tomto případě okamžitě informovat zdravotníka. Při podávání infuzí se místo vpichu a pacient průběžně

kontrolují, zda nejsou známky alergie nebo jiných komplikací. Při alergiích je nutné vyměnit celou infuzní linku až ke kanyle a nahradit ji roztokem 5% glukózy F 1/1. Do dokumentace se zapisuje datum a místo zavedení PŽK. Stav místa vpichu se hodnotí dle Maddonovy stupnice jednou denně. Podání léků se zapisuje do dokumentace se jménem sestry, která lék podala. Datum převazu, popřípadě způsob ošetření a datum odstranění PŽK musí být také zaznamenány do dokumentace. (23)

Žilní vstup se zavádí pro bezpečné podání léčivých přípravků. Používají se tři typy žilních vstupů: flexila, Hickmanův katétr a port. Před zajištěním i. v. vstupu sestra musí poučit pacienta o výkonu a získat od něj souhlas k jeho provedení. Před implantací portu a Hickmanova katétru je nutné podepsání informovaného souhlasu. Pro zavedení flexily je důležité vybrat vhodné místo, začínáme od hřbetu ruky. Cílem pro sestru je udržovat i. v. vstup průchodný, zajistit maximální délku používání a zabránit vzniku infekcí. Sestry, které pečují zejména o centrální žilní vstupy a provádí aplikaci chemoterapie, musí být písemně pověřené. (10, s. 112)

Aplikace chemoterapie se provádí sestrou podle ordinace lékaře. Musí se přesně dodržovat časový harmonogram premedikace a vlastní aplikace. Při souvislém podávání cytostatik přenosnou pumpou sestry sledují proces podání. Povinností sestry je vždy po ukončení aplikace propláchnout odvodnou žílu fyziologickým roztokem, kromě oxaliplatiny, kde se používá 5 % roztok glukózy. Kontakt s pacientem se udržuje po celou dobu aplikace. Sestra uznává subjektivní pocity pacienta, všímá si počínajících komplikací a okamžitě na ně reaguje. Nepodceňuje detaily a pracuje soustředěně. Únik cytostatického léčiva mimo cílovou cévu (ale i podezření na únik) sestra hlásí lékaři a vždycky ošetřuje tak, jako by k úniku došlo. Nejprve sestra zastaví aplikaci a pokusí se o aspiraci uniklého léčiva. Dále se postupuje podle standardu ošetřování extravazátů jednotlivých cytostatických léčiv, edukace pacienta a řádná dokumentace. (10, s. 112 - 129)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUM

Výzkum jsem prováděla pomocí osobního dotazování pacientů, analýzy jejich dokumentace a dokumentace oddělení, pozorováním sester při výkonech a vlastním pozorováním pacientů.

6.1 Formulace problému

Bezpečnost pacientů je nejdůležitější složkou v poskytování kvalitní péče. Řada zahraničních výzkumů ukázala, že nelze podceňovat riziko, které hrozí pacientům při poskytování zdravotní péče. Nejenom odborná, ale i laická veřejnost hledá příčiny pochybení a způsoby jejich předcházení. Přijetí klinických doporučených postupů v ošetrovatelství do praxe a jejich pečlivá kontrola vede ke zvyšování kvality péče a ke snížení nežádoucích událostí. Zavedení resortních bezpečnostních cílů je jedním z „minimálních požadavků“ v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných služeb, které by měly formou doporučených postupů vést ke snižování rizik poškození pacientů a jiných osob v rámci ošetrovatelského procesu.

6.2 Hlavní cíle

Hlavním cílem výzkumu bylo ověření naplňování dvou resortních bezpečnostních cílů na ORAK FN Plzeň: bezpečná identifikace pacientů a bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti.

6.3 Dílčí cíle

Cíl 1. Zjistit, zda je identifikace pacientů v lůžkové části onkologické kliniky FN Plzeň bezpečná.

1. Předpokládám, že všechna kritéria k naplnění standardu o bezpečné identifikaci pacientů budou splněna.

Otázky 1 až 8

Cíl 2. Zjistit, zda je zachována bezpečnost pacientů při používání přípravku s vyšší mírou rizikivosti.

1. Předpokládám, že více než polovina pacientů má dostatek informací o rizikových léčivech, které užívá.
Kriterium pro více než polovina je více než 50 %
Otázky 22, 24, 25, 26
2. Předpokládám, že většina sester dodržuje správný postup při aplikaci léčiv s vyšší mírou rizikivosti.
Kriterium pro většinu je více než 90 %
Otázky 21, 23, 27, 28
3. Předpokládám, že všechna doporučení pro bezpečné skladování rizikových léčiv na odděleních budou splněna.
Otázky 29, 30, 31, 32, 33

Cíl 3. Zjistit, zda kontrolní kritéria auditu k perorálnímu a intravenóznímu podávání léků jsou splněna.

1. Předpokládám, že více než polovina pacientů zná léky, které užívá a způsob jejich podání.
Kriterium pro více než polovinu je více než 50 %
Otázky 9, 10, 17, 20
2. Předpokládám, že většina NELZP dodržuje zásady pro správné a bezpečné podávání perorálních a intravenózních léků.
Kriterium pro většinu je více než 90 %
Otázky 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19

6.4 Charakteristika souboru

Vzorek respondentů nebyl záměrný a tvořili ho pacienti a všeobecné sestry lůžkového oddělení onkologické kliniky. Část otázek byla položena pacientům osobně v ústní formě, některé položky byly zkoumané formou pozorování pacientů a sester při výkonech. Další způsob získání informací je analýza dokumentace a zkoumání určitých bodů. Výzkumné šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici Plzeň, v lůžkové části

onkologické kliniky. Požádala jsem o souhlas s výzkumnou činností zástupkyni náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Bc. Světluši Chabrovou, která moji písemnou žádost o výzkumné šetření schválila. Výzkum probíhal po dobu mé praxe na onkologickém oddělení. (Příloha A)

6.5 Metoda sběru dat

K dosažení vytyčených cílů bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum. Ke sběru dat pro tento výzkum byla použita kontrolní kritéria k ošetrovatelskému auditu FN Plzeň. (Příloha B)

Kritéria byla seřazena do jednotlivých oddílů podle sledovaných oblastí. Kritéria 1 – 8 se týkala naplnění jednoho s resortních bezpečnostních cílů bezpečné identifikace pacientů. Kritéria 9 – 14 se týkala dodržování bezpečných standardních ošetrovatelských postupů při manipulaci s perorálními léky. Další kritéria 15 – 20 se týkala dodržování bezpečného ošetrovatelského postupu při zavádění periferní žilní kanyly a aplikace roztoků/léků intravenózně. Poslední oddíl 21 – 33 tvořila kritéria, týkající se dodržování bezpečnosti při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti.

6.6 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo na onkologické a radioterapeutické klinice FN Plzeň v lůžkové části. Výzkum proběhl po dobu dvou týdnů při mé přítomnosti na praxi od 21.11.2016 do 2.12.2016. Celkem bylo osloveno 55 pacientů, ze kterých se výzkumu zúčastnilo 50 (91%). Vysoké procento odůvodňuji tím, že jsem pracovala s každým pacientem osobně, pokládala jsem otázky v ústní formě a odpovědi zapisovala. Výzkumný soubor pro konečné zpracování byl 50 respondentů, kteří byli stanoveni jako 100 % vyhodnocovaného souboru.

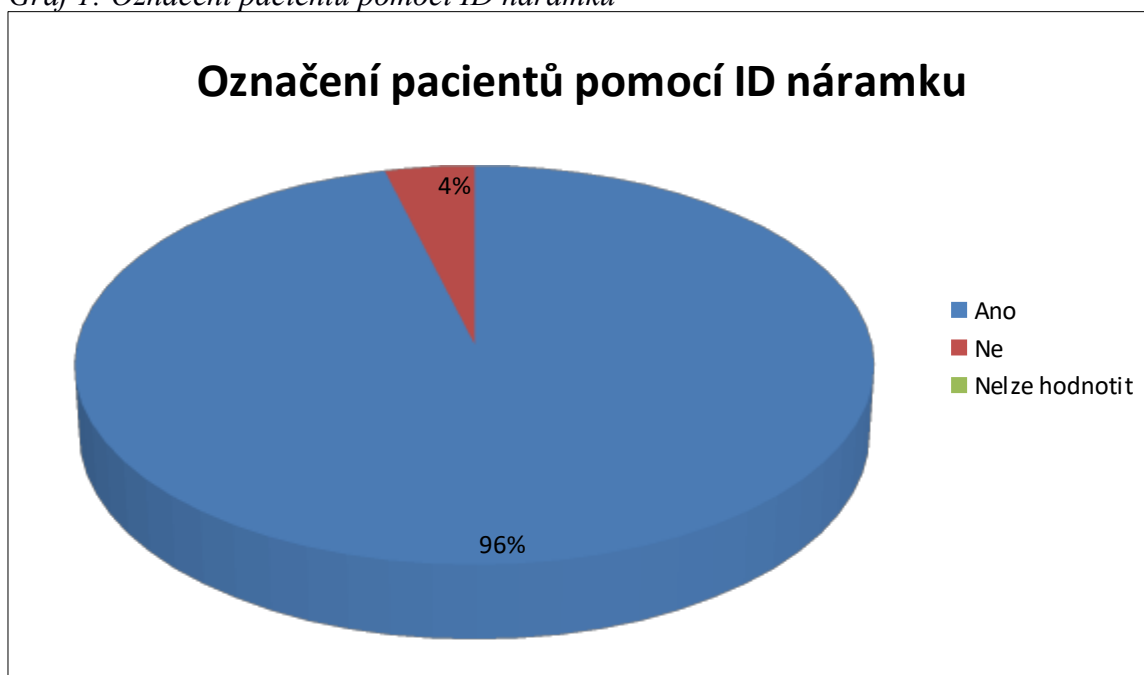
Druhou skupinu respondentů tvořilo 10 všeobecných sester, které jsem také sledovala po dobu dvou týdnů při plnění běžných ošetrovatelských činností.

7 ANALÝZA ÚDAJŮ

Vyplněné strukturované dotazníky jsem zpracovala do grafů programem Microsoft Excel 2007.

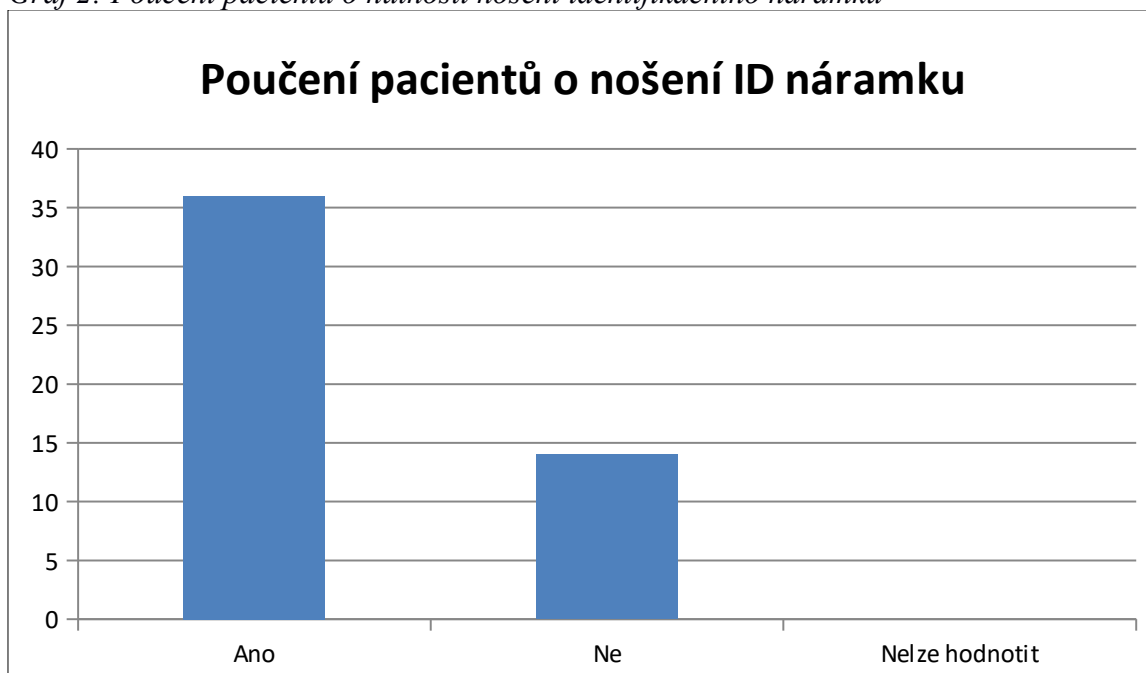
Bezpečná identifikace pacientů

Graf 1: Označení pacientů pomocí ID náramku



Graf ukazuje procentuální souvislost mezi pacienty označenými ID náramkem a pacienty, které ho nemají. Z celkového počtu 50 respondentů bylo 48 (96 %) označeno ID náramkem, 2 (4 %) pacienti neměli ID náramek. Tito dva pacienti neměli identifikační náramek z důvodu krátké doby přítomnosti na oddělení. Při sběru ošetrovatelské anamnézy byl náramek ihned nasazen.

Graf 2: Poučení pacientů o nutnosti nošení identifikačního náramku



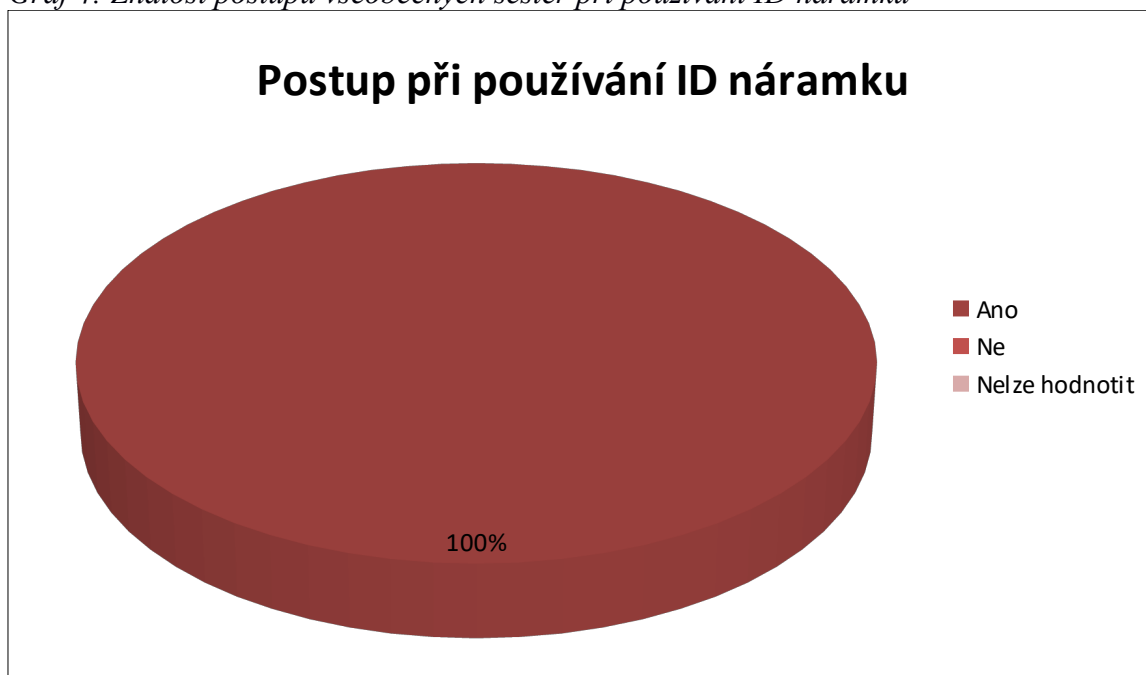
Na druhou otázku „Byl(a) jste poučen(a) o nutnosti použití identifikačního náramku“ z celkového počtu 50 respondentů 36 (72 %) pacientů odpovědělo, že ano a ostatních 14 (28 %) odpovědělo, že ne. Ti pacienti, jejichž odpověď byla „ne“ nepovažovali poučení o ID náramku za nutné.

Graf 3: Ověření totožnosti pacientů před výkonem



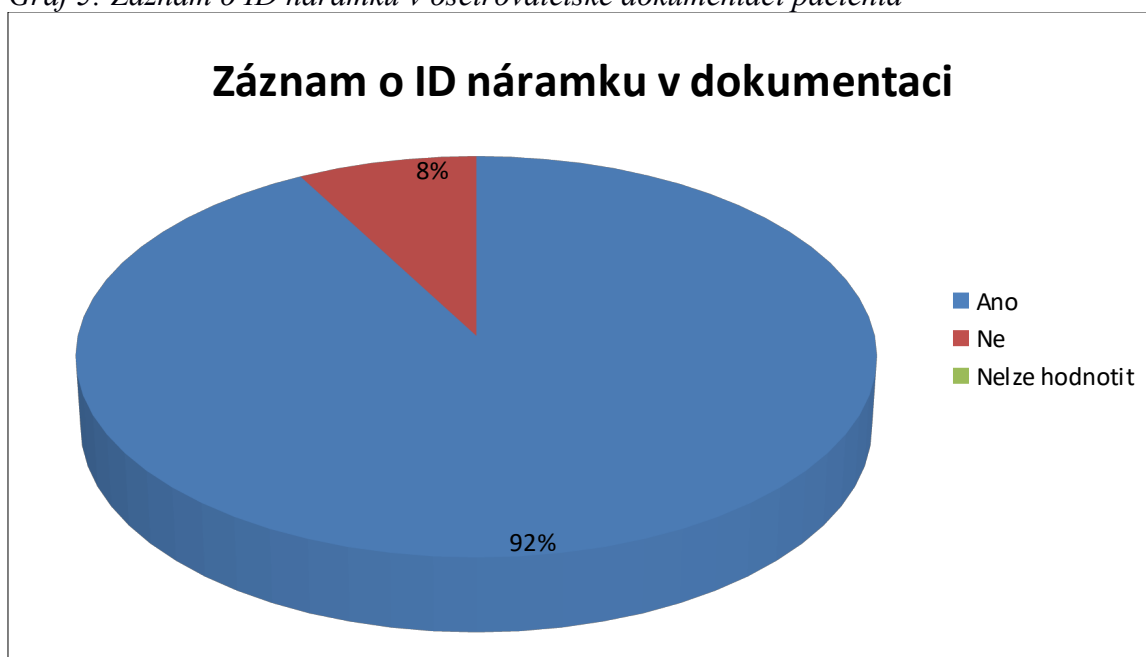
Na otázku číslo 3, jestli sestra ověřuje totožnost pacientů před výkonem (podávání injekcí, podávání chemoterapie, převazech atd.) jsem odpověděla ano, všech 10 sester (100 %) a to minimálně za pomoci dvou nástrojů, jak je doporučeno v RBC. Sestry jsem pozorovala při plnění ošetrovatelských výkonů. Tento výsledek není překvapivý, protože je to legislativně dané, že je každá sestra povinná ověřit totožnost pacienta před výkonem.

Graf 4: Znalost postupu všeobecných sester při používání ID náramku



Otázka číslo 4 „Zda jsou všechny sestry seznámeny s postupem používání ID náramku ve FN Plzeň“ byla odpovězena, že ano. Všech 10 sester (100 %). Zaměstnanci se seznamují s postupem při nástupu do práce, dále vedoucí zaměstnanec průběžně ověřuje dodržování tohoto postupu kontrolou/auditem. Při zjištění nedostatku se odstraňují nápravným/preventivním opatřením. Fungování systému potvrzuje nepřítomnost výskytu nežádoucích událostí vzniklých jako důsledek špatné identifikace pacienta.

Graf 5: Záznam o ID náramku v ošetrovatelské dokumentaci pacienta

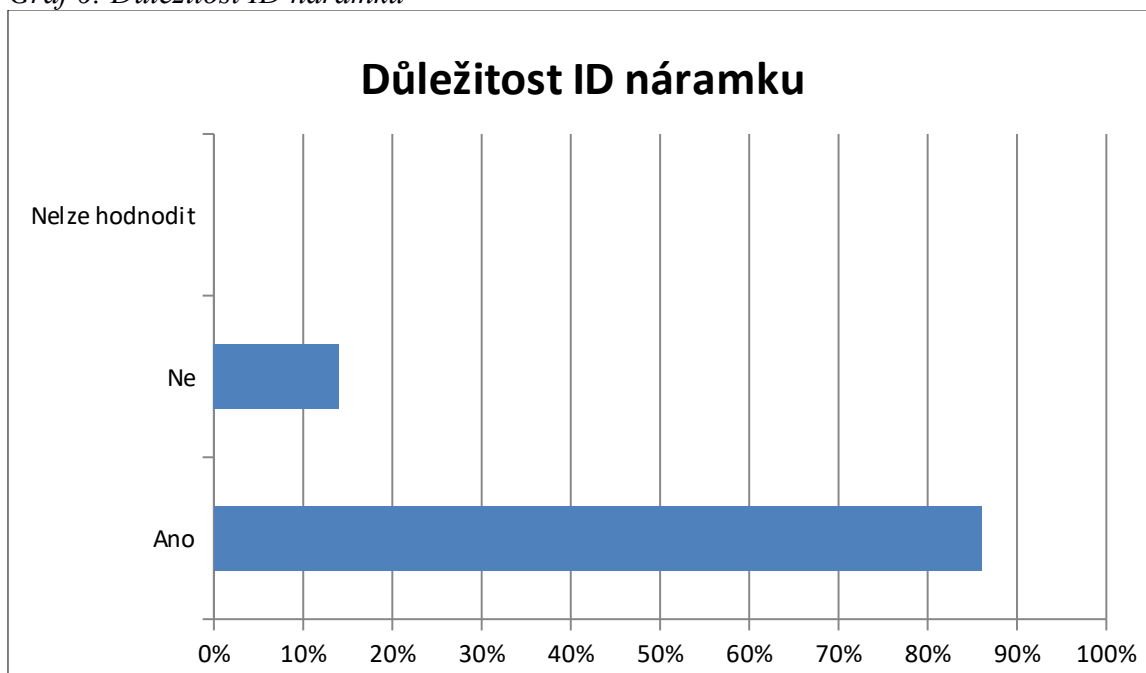


Graf vyjadřuje, zda je prováděn záznam sestrou o ID náramku do ošetrovatelské anamnézy a edukační karty pacienta. Odpověď „ano“ patřila k 46 (92 %) dokumentacím pacientů, odpověď ne k 4 (8%) dokumentacím pacientů.

Kriterium číslo 6, jestli je vedena evidence nemocných, u kterých nebylo možné použít ID náramek. Podle slov staniční sestry se o nemožnosti použití náramku provádí záznam do dokumentace pacienta a to s uváděním důvodu. Ale v době výzkumu na odděleních nebyl ani jeden pacient, u kterého by nebylo možné použít ID náramek.

Na otázku číslo 7 „Jak probíhá průběžné ověřování existence ID náramku“ odpovídala staniční sestra. „Vrchní sestra ověřuje dodržování průběžnou kontrolou vždy při velké vizitě, ošetřující lékař provádí kontrolu při vizitě denně. Jinak každá sestra ověřuje přítomnost ID náramku běžně několikrát denně před výkony. Podle potřeby ihned náramek vyměňuje.“

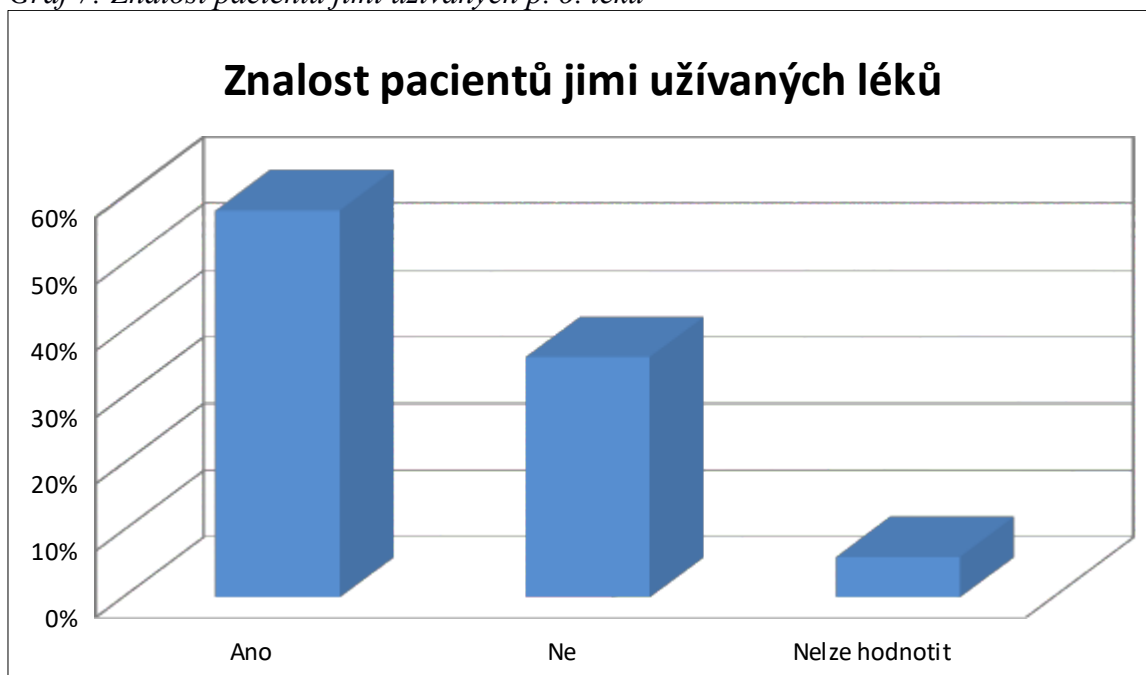
Graf 6: Důležitost ID náramku



Otázka číslo 8, zda pacienti považují ID náramek za důležitý. Z celkového počtu 50 pacientů na otázku odpovědělo 43 pacientů (86%) „ano“, že ho považují za důležitý. Ostatních 7 pacientů (14 %) nepovažovalo ID náramek za důležitý.

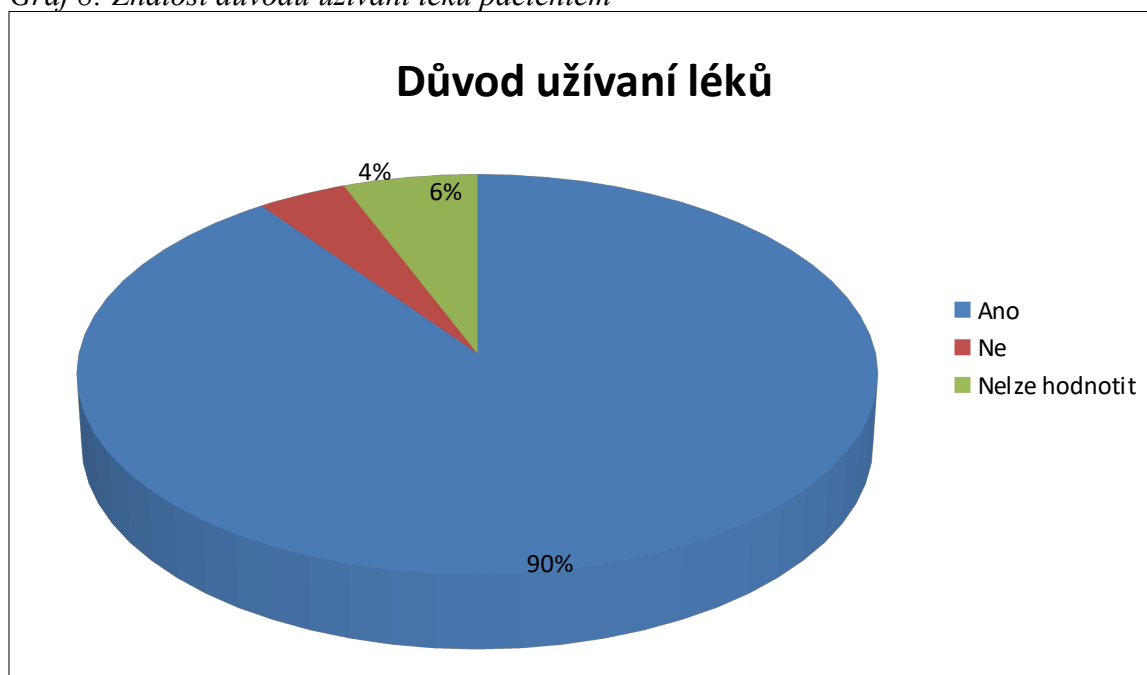
Podávání léků per os

Graf 7: Znalost pacientů jimi užívaných p. o. léků



Na otázku číslo 9 „Víte, jaké užíváte léky per os (ústí)“ z celkového počtu 50 respondentů 29 pacientů (58 %) odpovědělo, že ano. 18 pacientů (36 %) odpovědělo, že ne a 3 pacienty (6 %) nebylo možné zhodnotit, protože žádné perorální léky neužívají. Pacient není povinen znát léky, které užívá, ale čím více pacientů zapojíme do procesu bezpečné medikace, tím menší bude riziko výskytu medikačních omylů.

Graf 8: Znalost důvodů užívání léků pacientem



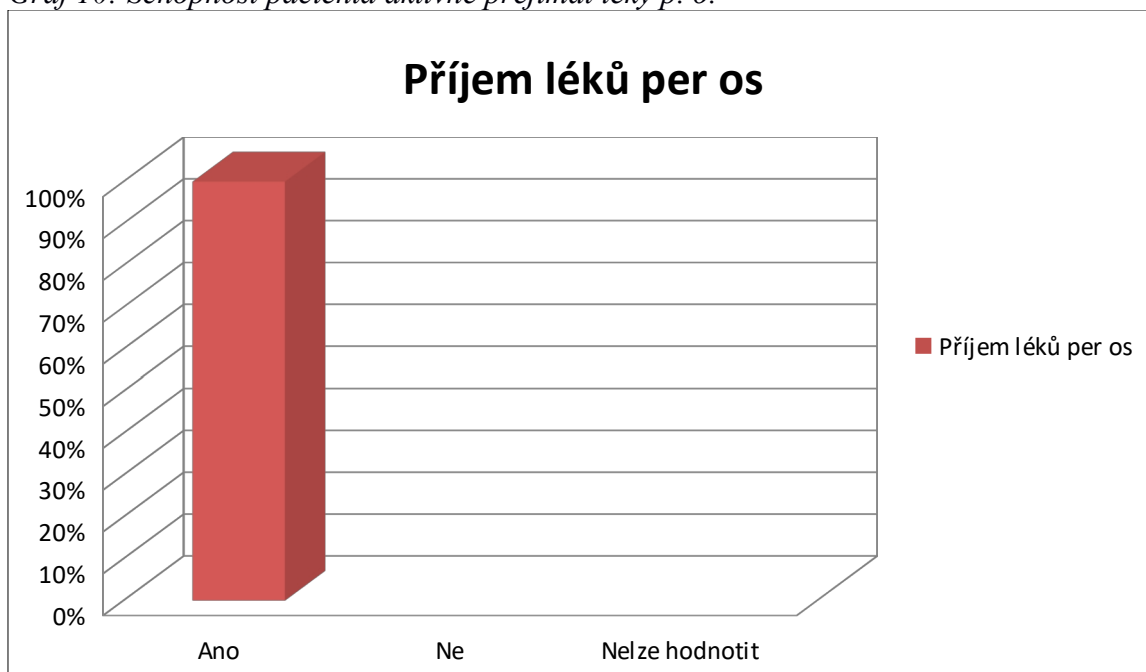
Na otázku číslo 10 „Víte, z jakého důvodu užíváte léky“ z celkového počtu 50 respondentů 45 pacientů (90 %) znalo důvod užívání léků, 2 (4 %) neznalo důvod a ostatní 3 pacienty (6 %) žádné léky neužívali.

Graf 9: Kontrola sestry konzumace léků pacientem



Co se týká kritéria číslo 11 „Kontroluje NELZP zda pacient léky užil“ pozorováním sester jsem zjistila, že všech 10 sester (100 %) kontrolu provedly.

Graf 10: Schopnost pacienta aktivně přejímat léky p. o.



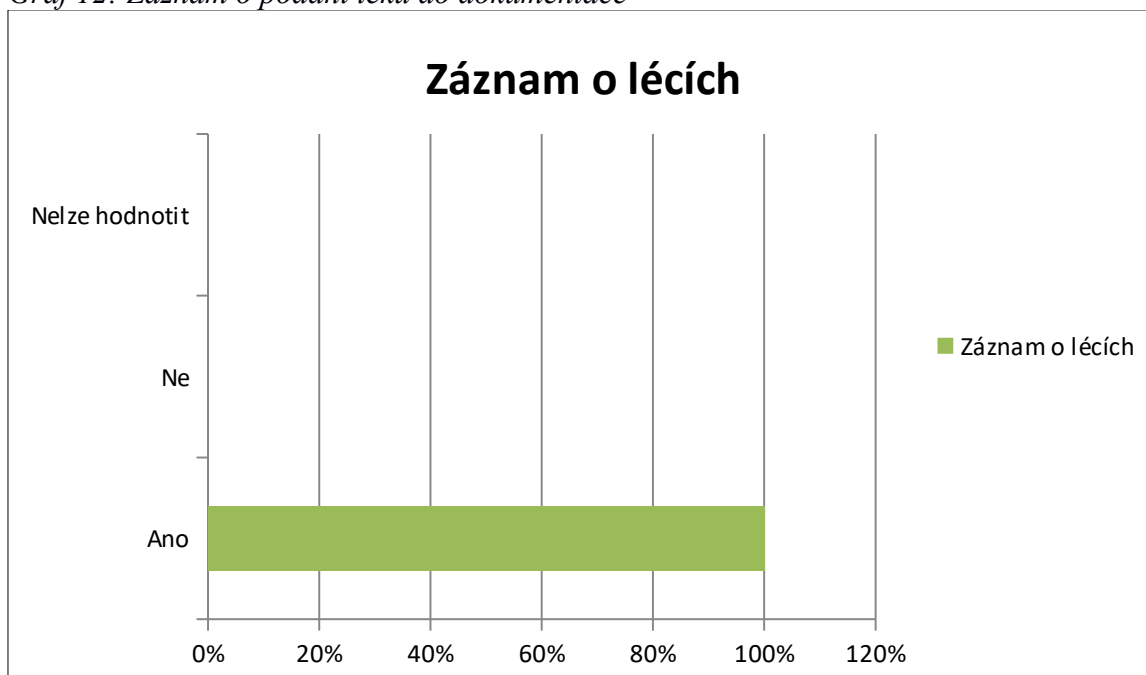
Kriterium číslo 12 „Zhodnotil NELZP schopnost P aktivně přijímat léky per os“ 10 sester (100 %) „Ano, zhodnotily“, buď otázkou na pacienta, pohledem, kontrolou po konzumaci léků.

Graf 11: Dodržování ordinaci lékaře



Otázky číslo 13 „Podal NELZP léky v určených intervalech, síle, dávce a předepsané formě dle ordinace lékaře.“ Moje odpověď byla „ano“. Všechny 10 sester (100 %). Ihned při podání léků se prováděl záznam do zdravotnické dokumentace.

Graf 12: Záznam o podání léků do dokumentace



Otázka číslo 14 „Je proveden záznam o podání léků do zdravotnické dokumentace“. Všechny 10 sester (100 %) prováděly záznamy. Plnění ordinace všeobecnou sestrou bylo prokázáno příslušným podpisem a razítkem.

Zavádění periferní žilní kanyly, aplikace roztoků/léků i.v.

Graf 13: Kompetence NELZP při zavádění PŽK



Kriterium číslo 15 „PŽK zavádí a ošetřuje kompetentní NELZP“ bylo splněno na 100 %. Všech 10 sester. Zavádět PŽK mohou pouze k tomuto výkonu kompetentní osoby, jsou to všeobecné sestry, zdravotní asistent nemají kompetenci k zavádění PŽK.

Graf 14: Použití rukavic při výkonu



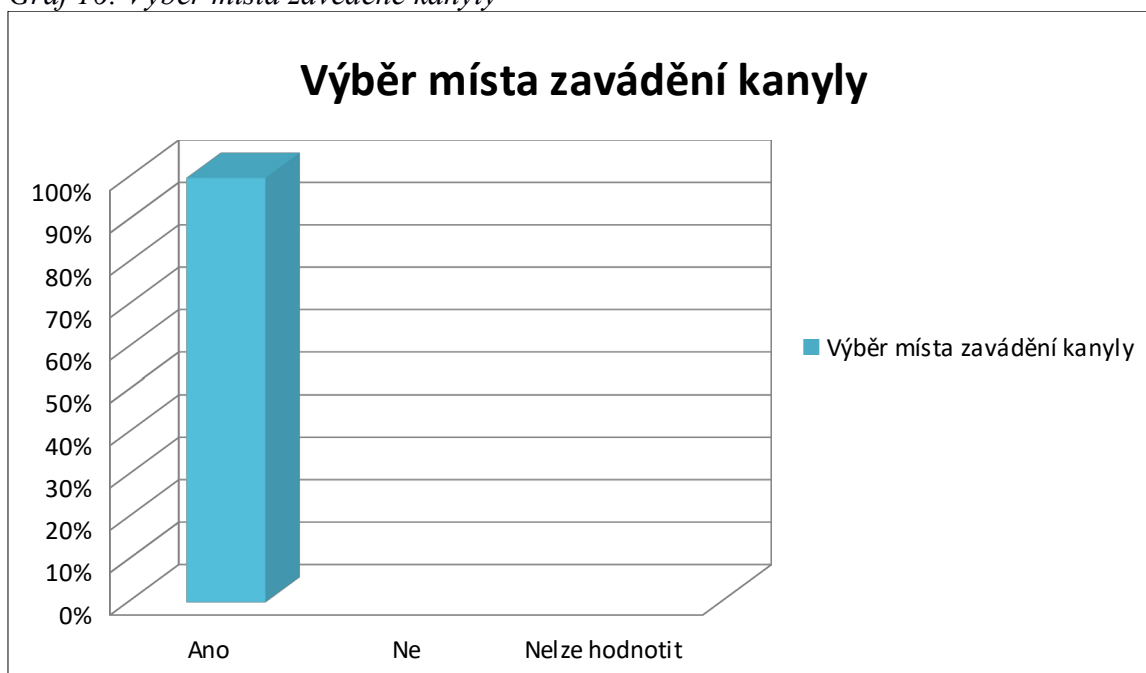
Při hodnocení kriteria číslo 16 „Provádí NELZP výkon v rukavicích“ z celkového počtu 10 sester 8 sester (80 %) provádělo výkony v rukavicích, 2 (20 %) bez rukavic.

Graf 15: Znalost důvodu zavádění PŽK



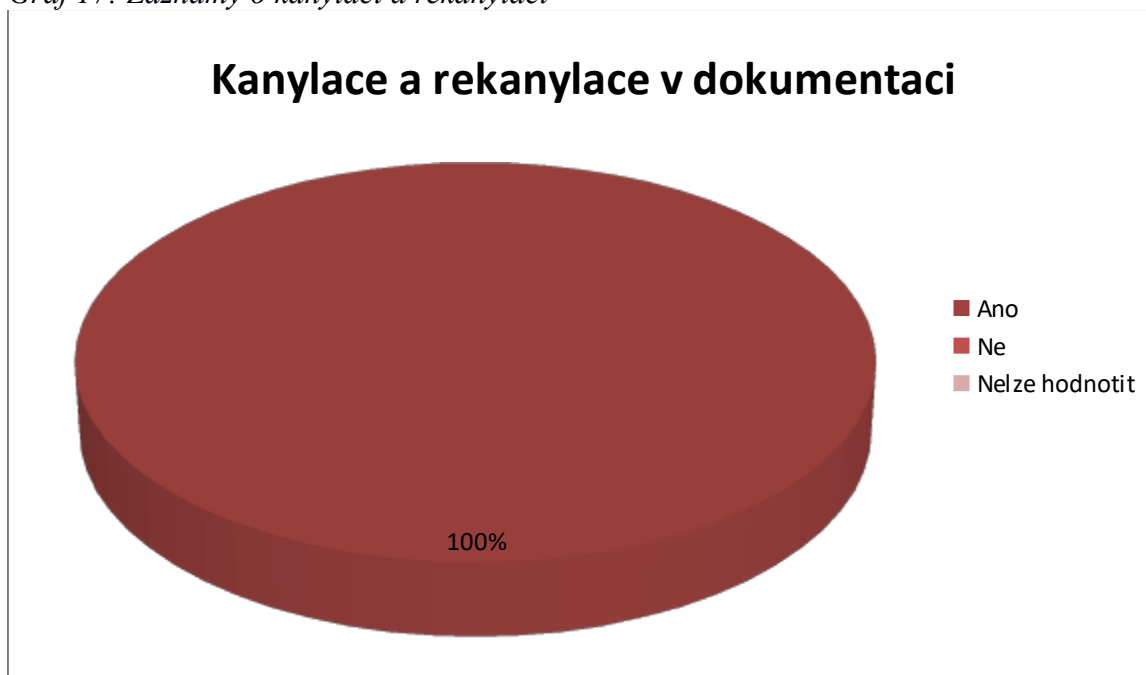
Na otázku číslo 17 „Znáte důvod zavádění PŽK“ z celkového počtu 50 respondentů 26 pacientů (52%) odpovědělo „ano“, 2 (4%) pacienti odpověděli, že ne a ostatní 22 pacienti (44%) neměli zavedený PŽK, proto měli za odpověď „nelze hodnotit“.

Graf 16: Výběr místa zavedené kanyly



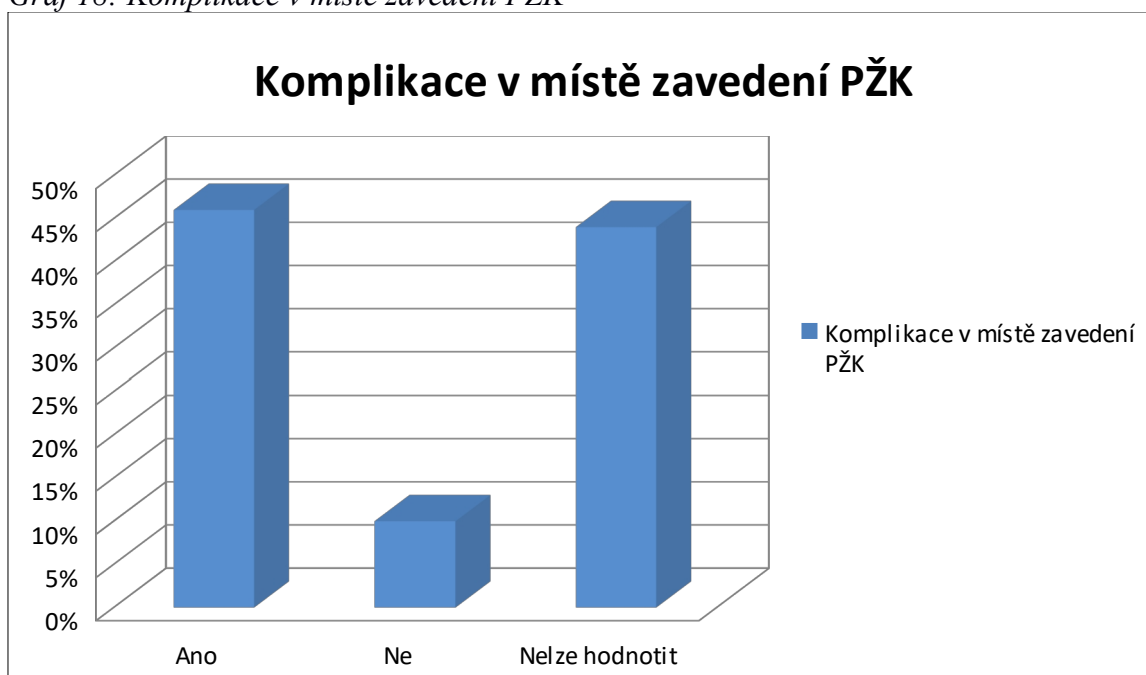
Kriterium číslo 18 „NELZP postupuje při výběru místa zavedení kanyly od hřbetu ruky k loketní jamce“ byl splněn na 100 %. To je standardní postup, který je všeobecná sestra povinna dodržovat. Splnění kriteria jsem prováděla pozorováním sester při výkonu.

Graf 17: Záznamy o kanylaci a rekanylaci



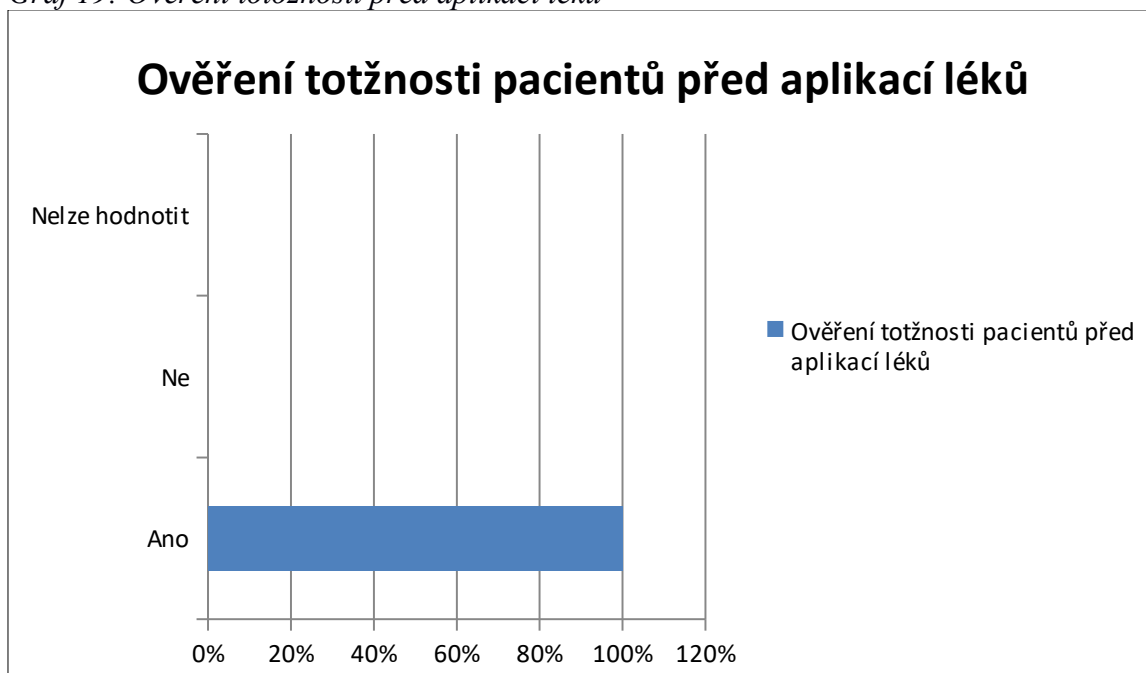
Kriterium číslo 19 „NELZP zaznamenal den kanylace a den rekanylace a den každého převazu kanyly“ byl splněn na 100 %. Při dodržení všech zásad asepse se doporučuje kanylu ponechat na 72 – 96 hodin poté změnit její místo.

Graf 18: Komplikace v místě zavedení PŽK



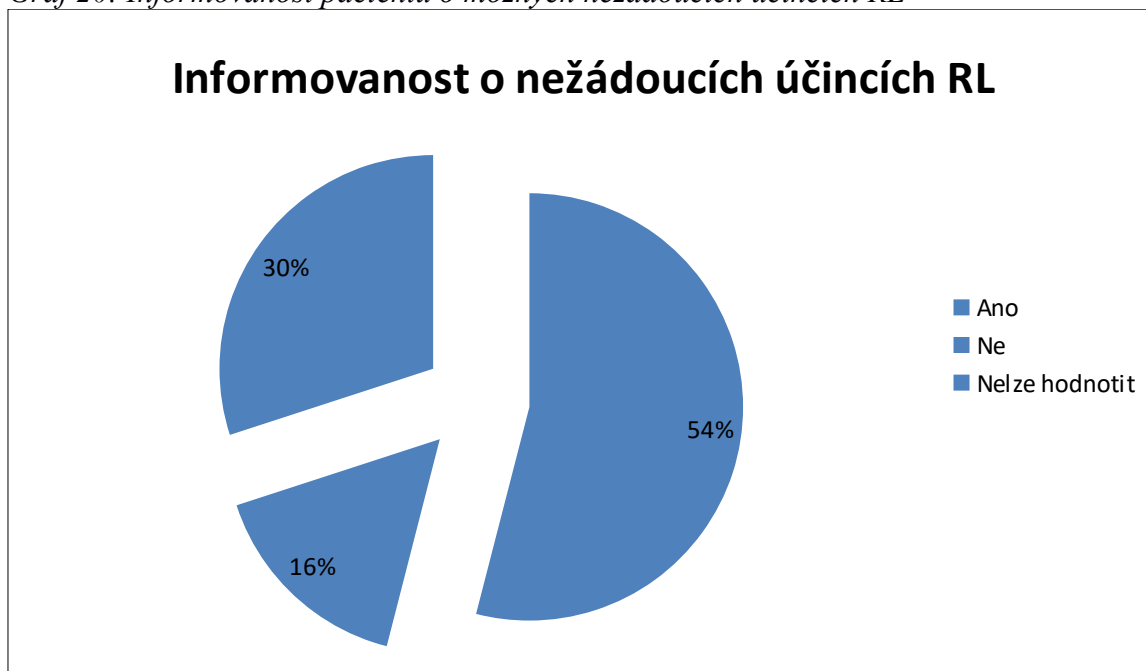
Kriterium číslo 20 „U pacienta nevznikla komplikace v místě zavedení PŽK“. Z celkového počtu 50 respondentů u 23 pacientů (46 %) komplikace nevznikla u 5 (10 %) pacientů komplikace vznikla a u ostatních 22 pacientů (44 %) nebyl zaveden PŽK a proto odpověď byla „nelze hodnotit“. Pro hodnocení komplikací v místě vpichu se používá měřicí škála dle Maddona.

Graf 19: Ověření totožnosti před aplikací léků



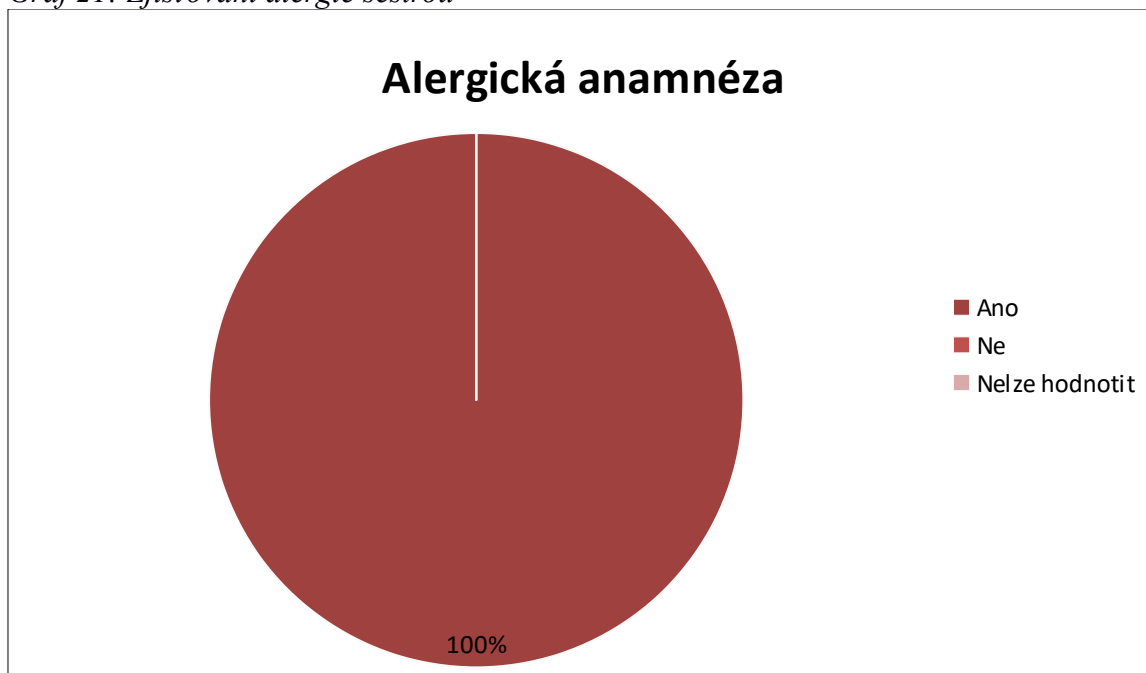
Kriterium číslo 21 „NELZP si ověřil totožnost pacienta před aplikaci léku (ID náramek, verbálně jméno a příjmení pacienta, rok narození)“ z celkového počtu 10 sester si 100 % totožnost pacienta před výkonem ověřují.

Graf 20: Informovanost pacientů o možných nežádoucích účincích RL



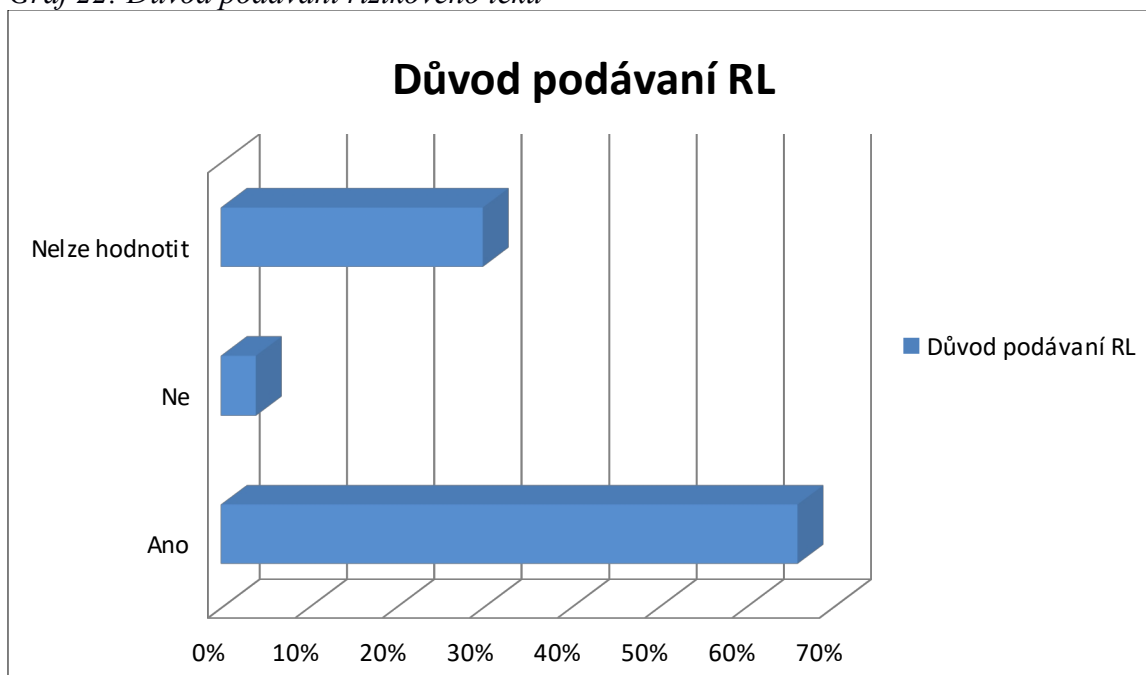
Na otázku číslo 22 „Byl (a) jste informován (a) o možných nežádoucích účincích RL?“ z celkového počtu 50 respondentů 27 pacientů (54 %) odpovědělo ano, 8 pacientů (16 %), že ne a ostatních 15 (30 %) nemělo léčbu žádnými rizikovými léčivými, proto jejich odpověď nelze hodnotit.

Graf 21: Zjišťování alergie sestrou



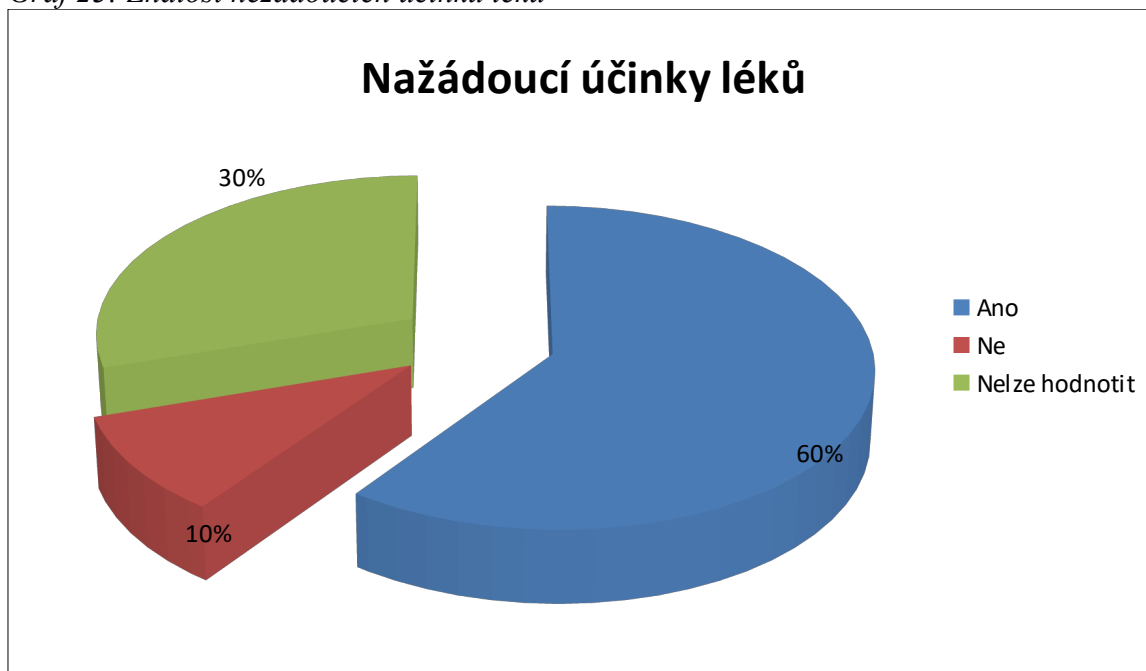
Kriterium číslo 23 „Před a po výkonu zjišťuje NELZP alergickou anamnézu pacienta“. Všechny 10 sester (100 %) alergickou anamnézu pacientů zjišťovalo před a po výkonu otázkou na pacienta a kontrolou záznamu v ošetrovatelské anamnéze.

Graf 22: Důvod podávání rizikového léku



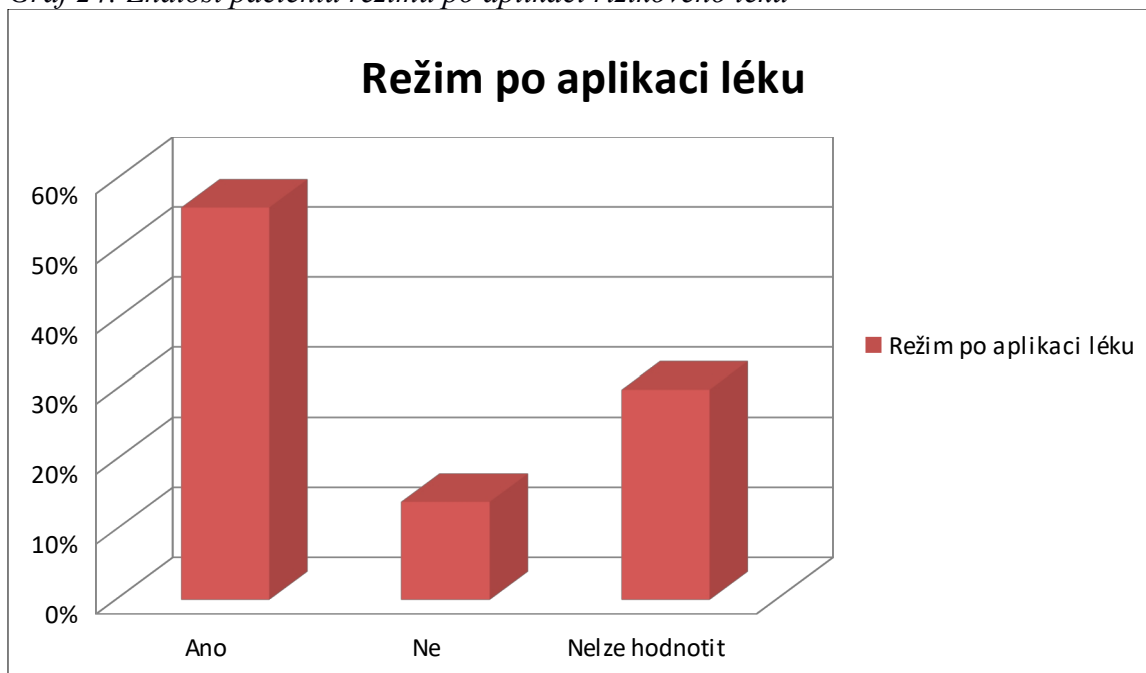
Na otázku číslo 24 „Znáte důvod podávání RL?“ z celkového počtu 50 respondentů 33 pacientů (66 %) znalo důvod podávání léku, 2 pacienti (4 %) neznali a ostatních 15 pacientů (30 %) léčbu rizikovými léky nemělo.

Graf 23: Znalost nežádoucích účinků léku



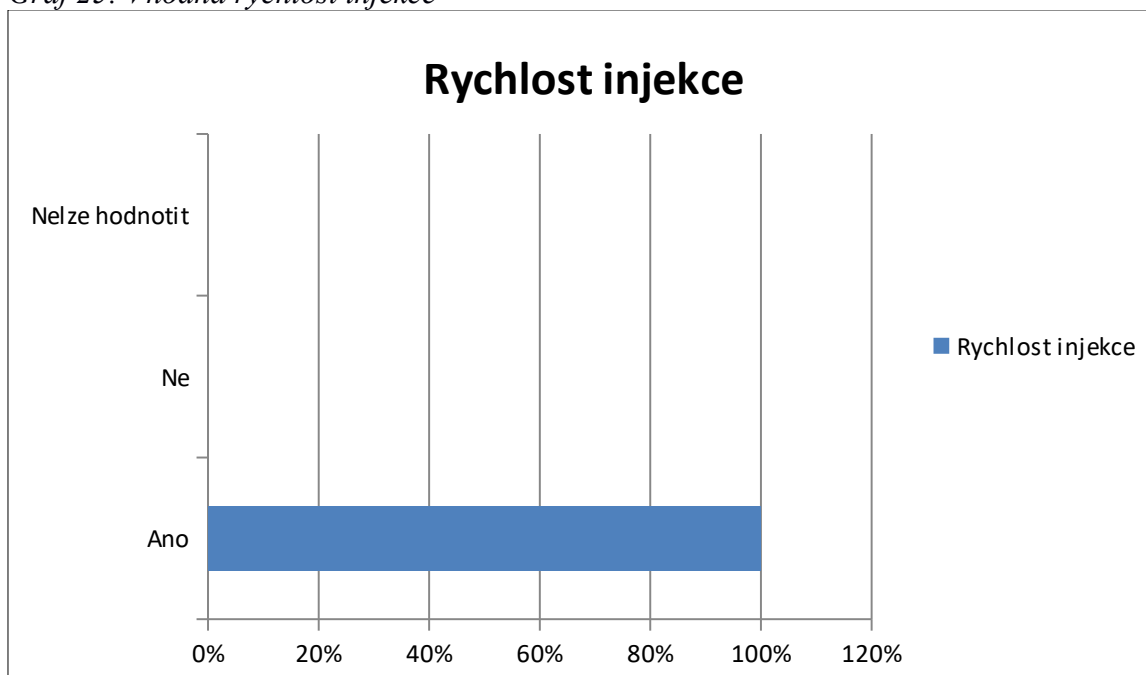
Na grafu číslo 23 jsou názorně ukázány výsledky otázky číslo 25 „Znáte event. nežádoucí účinky rizikových léků“. Z celkového počtu 50 pacientů 30 (60 %) odpovědělo, že ano, dalších 5 pacientů (10 %) odpovědělo, že ne. Ostatních 15 pacientů (30 %) rizikové léky neužívají.

Graf 24: Znalost pacientů režimu po aplikaci rizikového léku



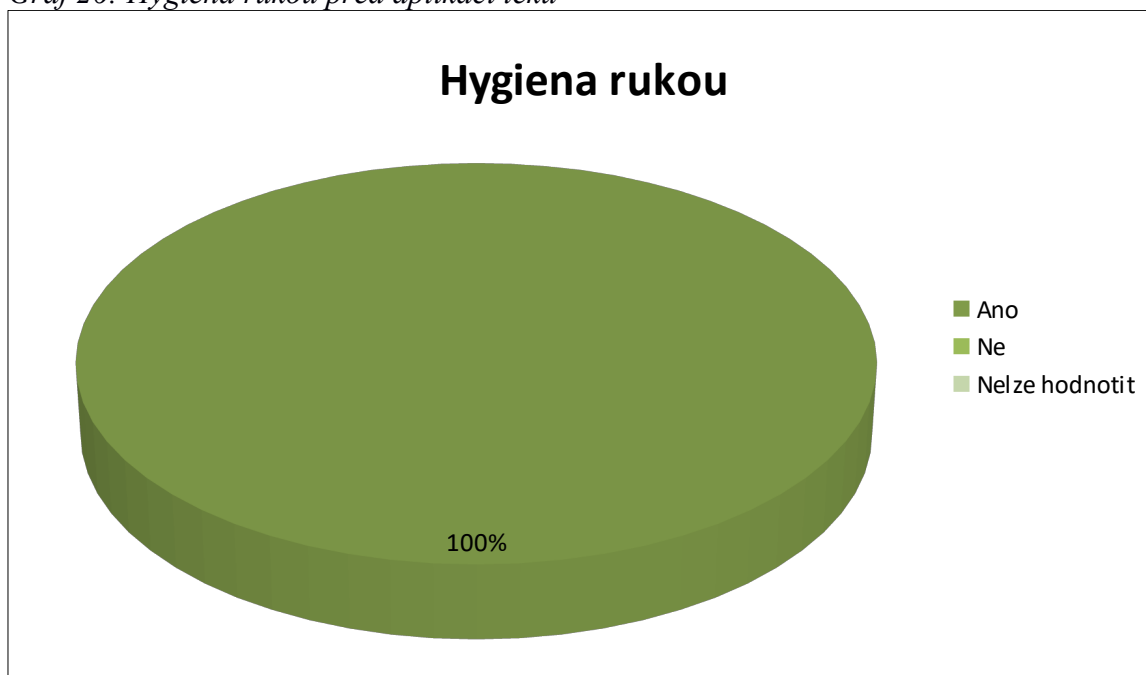
Graf vyjadřuje, zda pacienti znají režim po aplikaci rizikového léku. Z celkového počtu 50 respondentů 28 z nich (56 %) znalo režim po aplikaci léku, 7 (14 %) nemělo znalosti a ostatních 15 pacientů (30 %) nemělo naordinovanou léčbu rizikovými léčivy.

Graf 25: Vhodná rychlost injekce



Kriterium číslo 27 „Aplikuje zdravotník i.v. injekce vhodnou rychlostí?“ se týkalo 10 sester, které jsem pozorovala při výkonech a výsledkem bylo to, že 100 % sester aplikovalo i.v. injekce vhodnou rychlostí. Při výkonu se sestry ptaly pacientů na jejich pocity, jestli je to v pořádku a nemají nepříjemné pocity v místě aplikace léku.

Graf 26: Hygiena rukou před aplikací léků



Kriterium číslo 28 „Provádí NELZP před aplikací léků hygienu rukou“ úspěšně splnilo všech 10 sester (100 %).

Kriterium číslo 29 „RL na ZOK jsou evidována v samostatném seznamu, v němž je u každého RL uveden LP, který lze v případě nežádoucí reakce použít jako antidotum“ bylo úspěšně splněno.

Kriterium číslo 30 „RL vč. infuzních roztoků jsou uchovávána v původních obalech, v uzamčených skříních a odděleně od ostatních LP“ bylo úspěšně splněno.

Kriterium číslo 31 „Obaly RL nebo uzavřený prostor, kde jsou RL uchovávána, jsou zřetelně označena slovy „rizikové/á léčivo/a“ bylo úspěšně splněno.

Kriterium číslo 32 „K RL nemají přístup žádné osoby včetně zaměstnanců a studentů FN Plzeň, které nejsou oprávněny zacházet s RL v rámci poskytování zdravotní péče“ bylo úspěšně splněno. Klíč ke skříňce s rizikovými léčivy měly jen oprávněné osoby.

Kriterium číslo 33 „Zacházení s RL podléhá pravidelné kontrole, jejíž evidence musí být vedena minimálně v rozsahu dle protokolu FN“ bylo úspěšně splněno.

7.1 Presentace a interpretace získaných údajů

Cílem bakalářské práce bylo ověření naplnění resortních bezpečnostních cílů na ORAK FN Plzeň.

Cíl 1. Zjistit, zda identifikace pacientů v lůžkové části onkologické kliniky FN Plzeň je bezpečná.

1. Předpokládám, že všechna kritéria k naplnění standardu o bezpečné identifikaci pacientů budou splněna. Otázky 1 až 8

Bezpečné identifikaci pacientů se týkaly kritéria 1 až 8. Označeno ID náramkem bylo 96% pacientů, 4% pacientů ID náramek nemělo. Poučeno o nutnosti použití identifikačního náramku bylo 72% pacientů, ostatních 14 % informací o důležitosti nošení ID náramku nedostalo. 100% sester ověřovalo totožnost pacientů před výkony, například při podávání injekcí, převazech atd.). S postupem používání ID náramku ve FN Plzeň je řádně seznámeno 100% sester. V 92% ošetrovatelských anamnéz byl prováděn záznam o ID náramku, v ostatních 8% anamnéz záznam o ID náramku chyběl. Kritérium číslo šest bylo splněno, evidence nemocných, u kterých nebylo možné použít ID náramek, se vede. Průběžné ověřování existence ID náramku se provádí vrchní sestrou vždy při velké vizitě, ošetřující lékař provádí kontrolu při vizitě denně. Jinak každá sestra ověřuje přítomnost ID náramku u pacienta minimálně dvakrát denně. Podle potřeby se ihned náramek vyměňuje. Na otázku číslo osm, zda považuje pacient ID náramek za důležitý, 86 % odpovědělo, že ano a 14 % pacientů náramek za důležitý nepovažovalo.

Tento předpoklad se mi potvrdil.

Cíl 2. Zjistit, zda je zachována bezpečnost pacientů při používání přípravku s vyšší mírou rizikovosti.

1. Předpokládám, že více než polovina pacientů má dostatek informací o rizikových lécivech, která užívá.

Informovanost pacientů o přípravcích s vyšší mírou rizikovosti, které užívají v rámci terapie, se týkaly otázky 22, 24, 25, 26. Podle slov pacientů informováno o možných nežádoucích účincích rizikového léčiva bylo 54% pacientů, 16% z pacientů tuto informaci nedostalo a ostatní 30% pacientů léčbu rizikovými léčivy nemělo. Důvod podání rizikového léku znalo 66% respondentů, 4% neznalo příčinu, ostatních 30 % pacientů se neléčilo rizikovými léčivy. Na otázku, jestli znáte eventuelní nežádoucí účinky rizikového

léčiva, odpovědělo, že ano 60% pacientů, že ne 10% a 30% respondentů nemělo naordinováno léčbu rizikovými léčivy. 56% pacientů znalo režim po aplikaci rizikového léčiva, 14% nemělo znalosti, 30% se neléčilo rizikovými léky. 30% pacientů jsem vyřadila z hodnocení, protože léčba rizikovými léčivy se jich netýkala.

Tento předpoklad se mi potvrdil.

2. Předpokládám, že většina sester dodržuje správný postup při aplikaci léčiv s vyšší mírou rizikovosti. Kriterium pro většinu je více než 90%.

Pozorování sester při manipulaci s rizikovými léčivy se týkalo kritérií číslo 21, 23, 27, 28. Pozorováním sester při manipulaci s rizikovými léčivy jsem zjistila, že 100% sester před aplikací léku ověřuje totožnost pacienta (ID náramek, verbálně jméno a příjmení pacienta). Dále 100% sester před a po výkonu zjišťuje alergickou anamnézu pacienta a to ověřením v dokumentaci a dotazem na pacienta. 100% sester aplikovalo i.v. injekcí vhodnou rychlostí, ověřovaly pocity dotazem na pacienty. Před aplikací i.v. léků 100% sester provedlo hygienu rukou.

Tento předpoklad se mi potvrdil.

3. Předpokládám, že všechna doporučení pro bezpečné skladování rizikových léčiv budou na oddělení splněna.

Kriteria, týkající se bezpečného skladování rizikových léčiv jsou 29, 30, 31, 32, 33. Riziková léčiva jsou evidována v samostatném seznamu, kde je u každého RL uveden léčivý přípravek, který lze v případě nežádoucí reakce použít jako antidotum. Dále jsou RL včetně infuzních roztoků uchovávána v původních obalech, v uzamčených skříních a odděleně od ostatních LP. Obaly RL a uzavřený prostor, kde jsou RL uchovávána, jsou zřetelně označena slovy „rizikové/á léčivo/a“. Žádné osoby včetně zaměstnanců a studentů FN Plzeň, které nejsou oprávněny zacházet s RL v rámci poskytování zdravotní péče nemají přístup k RL. Zacházení s RL podléhá pravidelné kontrole.

Tento předpoklad se mi potvrdil.

Cíl 3. Zjistit, zda jsou kontrolní kritéria auditu k perorálnímu a intravenóznímu podávání léků splněna.

1. Předpokládám, že více než polovina pacientů zná léky, které užívá a způsob jejich podání.

Otázky, vztahující se k užívání léků jsou 9, 10, 17, 20. 58% pacientů vědělo jaké léky užívá, 36% odpovědělo, že ne, 6% pacientů léky p.o. a i.v. neužívají. Důvod užívání léků vědělo 90% pacientů, 4% neznala důvod, zbývajících 6% nebylo možné zhodnotit. Důvod zavádění PŽK znalo 52% respondentů, 4% odpověděla, že ne, 44% pacientů nemělo zavedeny PŽK. Komplikace v místě zavedení PŽK vznikla u 10 % pacientů, nevznikla u 46 % pacientů, ostatní pacienti neměli zavedeny PŽK.

Tento předpoklad se mi splnil.

2. Předpokládám, že většina NELZP dodržuje zásady pro správné a bezpečné podávání perorálních a intravenózních léků.

Pozorování sester při podávání léků se týkala kritéria 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19. Kontrolu, zda pacient léky užil, provádí 100% sester. Schopnost pacientů aktivně přijímat léky per os zhodnotilo 100% sester. 100% sester podalo léky v určených intervalech, síle, dávce a předepsané formě dle ordinace lékaře. Záznam o podání léků pacientům do zdravotnické dokumentace byl proveden 100% sester. Zavádění periferního žilního katétru se provádělo ve 100% všeobecnými sestrami, které mají k tomuto výkonu kompetence. Při provádění tohoto výkonu z celkového počtu sledovaných sester 80% provádělo výkon v rukavicích a 20% bez rukavic. Při výběru místa zavedení kanyly 100% sester postupovalo od hřbetu ruky k loketní jamce. Den kanylace a rekanylace a den každého provedeného převazu kanyly se zaznamenával sestrami ve 100%.

Tento předpoklad se mi splnil.

8 DISKUZE

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na ověřování resortních bezpečnostních cílů, týkajících se bezpečné identifikace pacientů a bezpečnosti pacientů při používání přípravků s vyšší mírou rizikovitosti. Studie byla prováděna od 21.11.2016 do 2.12.2016 ve Fakultní nemocnici Plzeň na onkologické a radioterapeutické klinice lůžkové části. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou za použití kontrolních kritérií k auditu na základě stanovených výzkumných předpokladů. Výsledky byly zpracovány a k lepší ilustraci byl k některým vytvořen graf. Výzkumu se zúčastnilo 50 (91%) z oslovených pacientů a 10 (100 %) všeobecných sester. Na podkladě dílčích cílů jsem stanovila šest předpokladů, které se mi splnily.

Resortní bezpečnostní cíle MZČR jsou zahrnuté v akreditačních auditech a v hodnocení kvality a bezpečí jako takového. Úkolem zvolené metody bylo ukázat, jaké nedostatky se objevují při plnění zdravotnickým zařízením resortních bezpečnostních cílů. V dnešní době by mělo být hodnocení a plán zvyšování kvality a bezpečí samozřejmostí pro všechny nemocnice. Zákon č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování stanovuje hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb.

Co se týká bezpečné identifikací pacientů tak 96% pacientů bylo ve zdravotnickém zařízení poučeno o nutnosti použití ID náramku, ostatní pacienti nebyli poučeni a nepovažovali poučení za nutné. Z 50 pacientů jen 86% považovalo náramek za důležitý. Část pacientů znala důvod nošení náramku, ale někteří ani nepřemýšleli o tom, proč ho vůbec mají. I přesto, že pacientům je k dispozici například „Rádce pacienta“, kde jsou podrobně popsány doporučení pro zvýšení vlastní kvality a bezpečí při hospitalizaci do nemocnice, pacienti nemají dostatek informací v této oblasti. „Rádce pacienta“ pacienti měli k dispozici na každém oddělení, kde se prováděl výzkum. Podle mě by zdravotnický personál mohl přispět ke zvyšování informovanosti pacientů v této problematice, například tím, že upozorní pacienty na vhodnou literaturu nebo podle potřeby pacientovi vysvětlí důležitost identifikace a nošení náramku a nejenom ho nasadí a neřekne k tomu vůbec nic. Co se týká zdravotnického personálu, tak identifikaci pacientů na odděleních prováděli správně před každým výkonem a to při použití minimálně dvou nástrojů, například jméno, příjmení a rok narození, prováděli záznamy o ID náramku do ošetrovatelských dokumentací a edukačních karet sestry. MZ jako součást RBC doporučuje minimálně dva způsoby identifikace pacientů. (33) Výzkum diplomové práce Bc. Nikolý Kubíkové ale

ukázal, že například na Chirurgickém oddělení nemocnice České Budějovice, a.s. podle slov pacientů, se sestry ptaly při identifikaci jenom na jméno či identifikace prováděly podle teplotní tabulky, připevněné k lůžku každého pacienta, což je dle vnitřního předpisu nemocnice nepřijatelné. (36). Je evidentní, že každé zdravotnické zařízení má jinak nastavený systém, ale může to znamenat to, že nedodržování vnitřních předpisů je přípustné...? Kateřina Voleníková ve výzkumné části své diplomové práce zjistila, že motivace - styl vedení je důležitým faktorem, který se musí naučit manažeři využívat ve své práci. Pokud vedení nemocnice vytváří prostředí, ve kterém se za chyby netrestá, zdravotníci vnímají bezpečí pacientů lépe, jsou-li chváleni a mají-li možnost změny navrhnout, pochybení hlásí více. (42) Můžu tím předpokládat, že zdravotnický personál na ORAK Plzeň má dobrého manažera, který jim umožňuje dobré prostředí, správnou organizaci práce, dostatečnou motivaci k zajištění bezpečí pacientů a plnění RBC, včetně bezpečné identifikace pacientů. Všechna kritéria, která byla stanovená ke splnění RBC byla úspěšně splněna.

O čem bych se dále chtěla zmínit je znalost pacientů o lécích, které užívají. 58% pacientů znalo léky, které užívá, ostatní 36% ne, 6% pacientů léčbu perorálními léky nemělo. Důvod užívání léků vědělo 90% pacientů a jenom 4% neznalo. Z těchto výsledků je zřejmé, že skoro polovina pacientů bude mít malé šance zamezit záměně léků nebo jakékoliv jiné chybě při medikaci. Nelze zapomínat na to, že lidský faktor je nepomíjen, každý zdravotník může udělat chybu, pacient má možnost tomu zabránit. V mém výzkumu by bylo vhodné doplnit otázku, zda a jakým způsobem pacienti kontrolují léky, které dostávají od sestry a zvážit jestli je ten způsob vhodný. Buď pacient zná, jak jeho léky vypadají, a zkontroluje pohledem, nebo léky alespoň spočítá či má jinou techniku. Riziko je vyšší, když pacient bere víc léků nejednou. Dalším problémem je, že v ČR nejsou zafixované ceny léků a léky se často mění za nevhodnější ekvivalenty, což pacienty hodně plete. Potěšilo mě, že někteří pacienti na ORAK Plzeň si záměny všimli a zeptali se na to a pokaždé dostali adekvátní odpověď, kde jim sestra vysvětlila, proč byl podán jiný lék, jaký lék nahrazuje a jeho název. Nebylo by zbytečností ze strany zdravotnického personálu chválit pacienty za otázky, tykajících se medikace. Podporovat je v tom a říkat, že je to správné, že to tak mají dělat. Co se týká zavádění PŽK a podávání léků i.v. cestou, důvod zavádění PŽK neznalo 4% pacientů. Výsledek je celkem uspokojivý, ale mohlo by to být například tím, že zdravotník neposkytl dostatek informací při zavádění PŽK. Měl by říct důvod zavádění, jaké infuze bude pacient dostávat, jak často atd. Ve výzkumné části své

diplomové práce Bc. Nikola Kubíková měla téměř stejný výsledek jako já, že většina pacientů dokázala říci, z jakého důvodu jsou jim léčiva podávána a v jaké formě. Ale zároveň následkem bylo, že pacienti věří v nepochybnost lékaře a sestry. Další kritérium jsou případné komplikace, spojené s podáváním infuzí. Ty vznikly u 10 % pacientů a bylo to způsobeno tím, že dostávali léčbu cytostatiky a o možných komplikacích byli poučeni. Ve shrnutí větší polovina pacientů věděla o lécích, které užívá, a 100% sester dodržovalo zásady pro správné a bezpečné podávání perorálních a intravenózních léků. Takže oba dva předpoklady se mi potvrdily.

Ve dnešní době se role pacienta mění z pasivního příjemce zdravotní péče na aktivního partnera. Pacient se snáze zapojí do péče, v případě jestli ho zdravotník o to požádá. (31) Pacient by měl mít znalosti o názvu léků, které má předepsané, jak léky vypadají, důvod a způsob jejich užívání, v jaké frekvenci a dávce se užívají. Také by měl být pacient uvědomen o výskytu případných vedlejších účinků. (41) Bc. Nikola Kubíková ve své diplomové práci zjistila, že podle slov sester jsou pacienti zapojováni do procesu podávání léků identifikací, otázkou na aktuální stav, informováním o podávaném léku a následnou kontrolou jeho účinku. Pacienti na to odpověděli, že se jedná pouze o oznámení důvodu, proč by měl být lék podán. Aktivně pacienty podle jejího výzkumu do bezpečného podávání medikací nezapojují. (34) Dle Brabcové a kol. (2015) by však měli být pacienti motivováni ke spolupráci. Upozornění na chyby zdravotnického personálu ze strany pacientů by mohlo být přínosem jak pro samotné pacienty, tak i pro zdravotnický personál. (32) Je však otázkou do jaké míry zdravotníci chtějí zapojit pacienty do péče? Nevnímají otázky pacientů jako nedůvěru?

Při zkoumání RBC o bezpečnosti při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti jsem zjistila, že opět ne všichni pacienti mají dostatek informací o rizikových lécích, které užívají. Z celkového počtu tázaných pacientů 16% nebylo informováno o možných nežádoucích účincích RL, 4% neznalo důvod podávání léku. Eventuální nežádoucí účinky neznalo 10% pacientů, což je méně, než pacientů, kteří o tom nebyli informováni. Dovolím si připustit, že někteří pacienti samostatně získali informace, ne od zdravotníků. Režim po aplikaci léku neznalo 14% pacientů. Dle Andersona a Townsenda (2010) by si pacienti měli všimnout možných chyb zdravotníků a aktivně se ptát na informace, které je zajímají. (27) Dle Davise et al. (2008) v případě poučení pacientů lékaři a sestrami o bezpečných postupech a vyzývání k nahlášení nesouhlasu, měli pacienti větší schopnost a hlavně ochotu upozorňovat zdravotníky na potenciální chyby. (35) 100%

sester dodržovalo správný postup při aplikaci léčiv s vyšší mírou rizikovosti. Všechna doporučení o správném skladování rizikových léčiv se na odděleních dodržovala. Riziková léčiva byla oddělena od ostatních léčiv, označena slovy „riziková léčiva“. Evidence RL je prováděna v samostatném seznamu s uvedením LP, který se v případě nežádoucí reakce použije jako antidotum. Jedním z dobrých ukazatelů pro mě byla absence případů záměny RL s jiným LP. Také na odděleních se ani jednou nevyskytnul případ neshody množství RL s vedením seznamu o evidenci RL!

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila ověřit naplňování resortních bezpečnostních cílů – bezpečná identifikace pacientů a bezpečnost při používání přípravků s vyšší mírou rizikovitosti. V teoretické části, jsem se snažila popsat práci organizací, zabývajících se úrovní kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče a jejich nástroje. Zmínila jsem o problematice pochybení při poskytování zdravotní péče, hlavně z perspektivy sester. Dále teoretická část obsahovala informaci o RBC.

V praktické části jsem zjišťovala, zda jsou kontrolní kritéria k naplňování RBC splněna ze strany zdravotníků, pacientů a celkově systému.

Při výzkumu byly splněny všechny cíle a dané dílčí předpoklady potvrzeny. Nelékařský zdravotnický personál ukázal výborné znalosti a dovednosti při plnění ošetrovatelského procesu, hlavně při plnění kontrolních kritérií RBC. Dodržování správné identifikací pacientů prokázalo splnění všech kritérií k naplňování prvního resortního bezpečnostního cíle – bezpečná identifikace pacientů. Také byly splněna všechna kritéria k RBC - bezpečnost při používání přípravků s vyšší mírou rizikovitosti.

Nedostatky se vyskytovaly především při nedokonalém zapojení pacientů do procesu zvyšování kvality a bezpečí péče v rámci ošetrovatelského procesu, kde by se pacienti měli z pasivních příjemců ošetrovatelské péče postupně stávat jeho aktivními účastníky. Ne všechny pacienti měli dostatek informací o lécích, které užívají, o jejich možných nežádoucích účincích a dalšími informacemi, spojenými s medikací. Jestli zdravotnický personál bude motivovat pacienty ke spolupráci může se výrazně snížit výskyt nežádoucích událostí, protože pacienti budou umět zabránit chybě tím, že na ní zdravotnický personál upozorní. O potřebě zvýšit zapojení pacientů do procesu jsem zmínila v doporučení pro praxi.

Není pochyb o tom, že poskytování zdravotnické péče může přinášet i rizika. Toto riziko lze úspěšně eliminovat zapojením pacientů do ošetrovatelského procesu. Mohu konstatovat, že zavedení resortních bezpečnostních cílů je dobrým nástrojem ke zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.

Doporučení pro praxi

Z analýzy výsledků vyplývá, že kontrolní kritéria k naplňování resortních bezpečnostních cílů jsou splněna. Zdravotnický personál dodržoval doporučené bezpečnostní postupy v rámci ošetrovatelského procesu. Co se týká pacientů, doporučila bych posílit zapojování pacientů do procesu zvýšení kvality a bezpečí poskytované péče v rámci naplňování RBC – bezpečná identifikace pacientů a hlavně bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti.

Pro praxi bych doporučila motivovat pacienty ke spolupráci, kde z pasivního příjemce zdravotní péče pacient se bude postupně stávat jeho aktivním účastníkem.

Pacienti by měli mít dostatek informací o každém výkonu, který se jim provádí. Pacienty by měli znát názvy léků, které užívají, jak ten lék vypadá, důvod a způsob jeho užívání, v jaké frekvenci a dávce se užívá, případně možné nežádoucí účinky, režim po aplikaci léků atd. Neměli by mít strach požádat o více informací v případě nejasností.

LITERATURA A PRAMENY

1. JAROŠOVÁ, Darja a Ilona PLEVOVÁ. *Management v ošetrovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-304-0.
2. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.
4. PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. ISBN 978-80-7368-506-5.
5. ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2860-5.
6. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2763-9.
7. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3132-2.
8. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonu*. 2011, ročník 2011, číslo 372. Dostupné také z: https://www.kr-vysocina.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4042840
9. ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
10. VORLÍČEK, J., J. ABRAHÁMOVÁ a H. VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.
11. MARX, D. a VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice: účinné od 1. ledna 2014*. Editor David Marx, František Vlček. Praha: Tigris, 2013. 3. vyd. ISBN 97880873230405.

12. HELLEROVÁ, M. Identifikace pacientů hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních: Metodická doporučení: Identifikace pacientů: zavedení identifikace pacientů, značení novorozenců. *Www.mzcr.cz* [online]. 2009 [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zavedeni-identifikace-pacientu-hospitalizovanych-ve-zdravotnickem-zarizeni_7387_2842_29.html
13. MÁŠOVÁ, R. a M. HAVRDLÍKOVÁ. *Sestra: Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána* [online]. *zdravi.euro.cz*, 2009 [cit. 2016-10-30]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/standardy-oseetrovatelske-pece-podle-donabedianna-444784>
14. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o znění některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
15. VYMAZAL, J., J. MAROUNEK, M. KALVACHOVÁ a L. ZEMANOVÁ. *Rádce pacienta*. 3. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016. ISBN 978-80-85047-52-3.
16. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách
17. Ministerstvo zdravotnictví ČR, [online]. [cit. 2016-12-26]. Dostupné z: [sluzeb_2919_29.html](http://www.mzcr.cz/sluzeb_2919_29.html)
18. NEUWIRT, K. Elektronická identifikace v projektech elektronického zdravotnictví: 76 stran. *Www.estat.cz* [online]. 2010 [cit. 2016-12-27]. Dostupné z: http://www.estat.cz/data/e-ID_zdravotnictvi_broz_FINAL.pdf
19. MARX, David a František VLČEK, ed. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. v Praze: Spojená akreditační komise, 2013. ISBN 978-80-87323-04-05.
20. Vyhláška 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče
21. SNL/DOS/SOP/021/04. *Ošetrovatelský standard: Podávání léků per os*. 4. Plzeň: Mgr. Marie Blažková, 2015.
22. Standard SLN/012/02. *Ošetrovatelský standard: Bezpečná manipulace s rizikovými léčivými*. 2. Plzeň: Bc. Andrea Mašínová, MBA, 2014.
23. Standard SNL/DOS/SOP/017/05. *Ošetrovatelský standard: Zavádění periferní žilní kanyly, aplikace roztoků/léků i. v*. 5. Plzeň: Mgr. Bc. Světluše Chabrová, 2014.

24. *Mezinárodní akreditační standardy pro zdravotní transport: komentovaný oficiální překlad*. Přeložil František VLČEK. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1002-1.
25. JAROŠOVÁ, Darja, Kamila MAJKUSOVÁ, Radka KOZÁKOVÁ a Renáta ZELNÍKOVÁ. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5426-0.
26. BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-402-7.
27. Anderson, P., Townsend, T. (2010). *Medication errors: Don't let them happen to you*. *American Nurse Today*. 5(3): 23-28.
28. Mills, D. H., Boyden, J. S., Rubamne, D. S. (1977). *Report on the Medical Insurance Study*, San Francisco: Sutter Publications.
29. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., Donaldson, M. S. (eds.) (2000). *Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine: To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC, USA: National Academies Press, pp. 1-287.
30. ÚZIS (2013). Národní systém hlášení nežádoucích událostí, NSHNU. ÚZIS ČR. [online] [cit. 2017-2-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/nshnu>
31. Brabcová, I., Bártlová, S., Tóthová, V., Svobodová, D. (2014a). *Medikační pochybení z perspektivy managementu zdravotnického zařízení*. *Onkologie* 8(4): 178-182.
32. Brabcová, I., Bártlová, S., Tóthová, V., Prokešová, R. (2014b). *The possibility of patient involvement in prevention of medication error*. *Kontakt*. 16(2): e65-e70.
33. KALVACHOVÁ, Milena. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví*. In: *Portál kvality*[online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [cit. 2017-02-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1817_13.html
34. KUBÍKOVÁ, Nikola. *Prevence pochybení během podávání léků sestrou*. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

35. Davis, R. E., Koutantji, M., Vincent, C. A. (2008). How willing are patients to question healthcare staff on issues related to the quality and safety of their healthcare? An exploratory study. *Qual Saf Health Care*. 17: 90 – 96
36. MZČR: Portál kvality. *Resortní bezpečnostní cíle* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2012 [cit. 2017-02-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_1837_15.html
37. MILLS, D. H., J. S. BOYDEN a D. S. RUBAMNE. *Report on the Medical Insurance Study*. San Francisco: Sutter Publications, 1977. ISBN \$35; Cma and Cha members, \$15.
38. KOHN, L. T., J. M. CORRIGAN a M. S. DONALDSON. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. USA: National Academies Press, 2000. ISBN 0309068371.
39. Prokešová R., Brabcová I., Bártlová S., Tóthová V. *Specifics of risk management in select medical facility*. *Kontakt* 2014; 16(4): e256–e262; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.10.004>
40. Schwappach, D. L., Frank, O., Davis, R.E. (2013). A vignette study to examine health care Professional attitudes towards patient involvement in error prevention. *J Eval Clin Pract*. 19: 840 – 848.
41. *Involving Patients in Improving Safety* (2013). The Health Foundation: London (UK). [online] [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/InvolvingPatientsInImprovingSafety.pdf>
42. VOLENÍKOVÁ, Kateřina. *Hodnocení kultury bezpečí ve vybraných nemocnicích Ústeckého a Libereckého kraje*. České Budějovice, 2014. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Označení pacientů pomocí ID náramku.....	33
Graf 2: Poučení pacientů o nutnosti nošení identifikačního náramku.....	34
Graf 3: Ověření totožnosti pacientů před výkonem.....	34
Graf 4: Znalost postupu všeobecných sester při používání ID náramku.....	35
Graf 5: Záznam o ID náramku v ošetrovatelské dokumentaci pacienta.....	36
Graf 6: Důležitost ID náramku.....	37
Graf 7: Znalost pacientů jimi užívaných p. o. léků.....	37
Graf 8: Znalost důvodů užívání léků pacientem.....	38
Graf 9: Kontrola sestry konzumace léků pacientem.....	39
Graf 10: Schopnost pacienta aktivně přejímat léky p. o.....	39
Graf 11: Dodržování ordinací lékaře.....	40
Graf 12: Záznam o podání léků do dokumentace.....	41
Graf 13: Kompetence NELZP při zavádění PŽK.....	41
Graf 14: Použití rukavic při výkonu.....	42
Graf 15: Znalost důvodu zavádění PŽK.....	43
Graf 16: Výběr místa zavedené kanyly.....	43
Graf 17: Záznamy o kanylaci a rekanylaci.....	44
Graf 18: Komplikace v místě zavedení PŽK.....	45
Graf 19: Ověření totožnosti před aplikací léků.....	46
Graf 20: Informovanost pacientů o možných nežádoucích účincích RL.....	46
Graf 21: Zjišťování alergie sestrou.....	47
Graf 22: Důvod podávání rizikového léku.....	48
Graf 23: Znalost nežádoucích účinků léku.....	48
Graf 24: Znalost pacientů režimu po aplikaci rizikového léku.....	49
Graf 25: Vhodná rychlost injekce.....	50
Graf 26: Hygiena rukou před aplikací léků.....	50

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Atd. – a tak dále

CDC – Centers for Disease Control and Prevention (Americké centrum pro kontrolu nemocí)

Č. – číslo

ČR – Česká Republika

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control (Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí)

EU – European Union (Evropská unie)

FN – Fakultní nemocnice

ISO normy – International Organization for Standardization (mezinárodně platné normy vydávané Mezinárodní organizací pro normalizaci)

ID – identifikace

i. v. – intravenózní (do žíly)

JCAHO – Accreditation of Healthcare Organization

JCI – Joint Commission International

MZ – ministerstvo zdravotnictví

Např. – například

NELZP – nelékařský zdravotnický pracovník

NU – nežádoucí událost

OS – ošetrovatelský standard

p. o. – per os

PŽK – periferní žilní katétr

RBC – resortní bezpečnostní cíl

RFID – Radio Frequency Identification

RL – rizikové léčivo

Sb. – sbírka

SAK – spojená akreditační komise

tzv. – takzvaný

USB – Universal Serial Bus

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

ZD – zdravotnická dokumentace

ZOK – zdravotnická oddělení a kliniky

WHO – World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A Souhlas s poskytováním informací
- Příloha B Kontrolní kritéria k ošetřovatelskému auditu



Vážená paní

Anita Yatsko

Studentka oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** sběr informací na *Onkologické a radioterapeutické klinice (ORAK) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „Bezpečnost pacientů v rámci ošetrovatelského procesu“. Vaše šetření bude probíhat pomocí analýzy zdravotnické dokumentace, dotazováním pacientů a pozorováním.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra ORAK souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Vaše šetření budete provádět v době své, školou schválené odborné praxe a pod přímým vedením Mgr. Simony Šípové, vrchní sestry ORAK FN Plzeň.**
- Jakékoliv údaje o zdravotním stavu pacientů, jež vám pacienti sdělí či údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, které budou uvedeny ve Vaší práci, musí být zcela anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření na níže uvedený e-mail, nejpozději k datu vaší obhajoby a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků / pacientů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci / pacienti považovali jako újmu nebo s dotazováním nevyslovili souhlas. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

21. 10. 2016

Příloha B

Kontrolní kritéria k ošetrovatelskému auditu

1. Bezpečná identifikace pacientů

- 1) Je pacient označen ID náramkem dle platného SLN a obdržel INL
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit

- 2) Byl jste poučen o nutnosti použití identifikačního náramku?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit

- 3) Ověřuje sestra totožnost pacientů před výkony? (podávání injekcí, podávání chemoterapie, převazech atd.)
A) Ano
B) Ne
C) Nehodí se

- 4) Zda jsou všechny sestry seznámeny s postupem používání ID náramku ve FN Plzeň
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit

- 5) V dokumentaci je prováděn záznam o ID náramku v Ošetrovatelské anamnéze a Edukační kartě pacienta?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit

- 6) Je vedena evidence nemocných, u kterých nebylo možné použít ID náramek?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit

- 7) Jak probíhá průběžné ověřování existenci ID náramku?

- 8) Považujete ID náramek za důležitý?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit

2. Podávání léků per os

- 9) Víte, jaké užíváte léky per os (ústí)?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 10) Víte, z jakého důvodu užíváte léky?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 11) Kontroluje NELZP zdá pacient léky užil?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 12) Zhodnotil NELZP schopnost P aktivně přijímat léky per os?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 13) Podal NELZP léky v určených intervalech, síle, dávce a předepsané formě dle ordi-
nace lékaře.
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 14) Je proveden záznam o podání léku P do zdravotnické dokumentace?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit

3. Zavádění periferní žilní kanyly, aplikace roztoků/léků i. v.

- 15) PŽK zavádí a ošetřuje kompetentní NELZP
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 16) Provádí NELZP výkon v rukavicích?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 17) Znáte důvod zavádění PŽK
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit

- 18) NELZP postupuje při výběru místa zavedení kanyly od hřbetu ruky k loketní jamce.
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 19) NELZP zaznamenal den kanylace a rekanylace a den každého provedeného převazu kanyly.
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 20) U pacienta nevznikla komplikace v místě zavedení PŽK.
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit

4. Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

- 21) NELZP si ověřil totožnost pacienta před aplikaci léku? (ID náramek, verbálně jméno a příjmení pacienta)
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 22) Byl jste informován o možných nežádoucích účincích RL?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 23) Před, a po výkonu zjišťuje NELZP alergickou anamnézu pacienta?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 24) Znáte důvod podávání léku?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 25) Znáte event. NÚ léku?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit

- 26) Znáte režim po aplikaci léku?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 27) Aplikuje zdravotník i.v. injekce vhodnou rychlostí?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 28) Provádí NELZP před aplikaci léků hygienu rukou?
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 29) RL na ZOK jsou evidována v samostatném seznamu, v němž je u každého RL uveden LP, který lze v případě nežádoucí reakce použít jako antidotum.
A) Ano
B) Ne
C) Nehodí se
- 30) RL vč. infuzních roztoků jsou uchovávána v původních obalech, v uzamčených skříních a odděleně od ostatních LP.
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 31) Obaly RL nebo uzavřený prostor, kde jsou RL uchovávána, jsou zřetelně označena slovy „rizikové/á léčivo/a“.
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 32) K RL nemají přístup žádné osoby včetně zaměstnanců a studentů FN Plzeň, které nejsou oprávněny zacházet s RL v rámci poskytování zdravotní péče.
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit
- 33) Zacházení s RL podléhá pravidelné kontrole, jejíž evidence musí být vedena minimálně v rozsahu dle protokolu FN/0464.
A) Ano
B) Ne
C) Nelze hodnotit