

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství 2. LF a FN Motol

Panušková Markéta

**Bezpečí a kvalita poskytovaných
zdravotnických služeb v oblasti perioperační
péče**

Bakalářská práce

Praha 2017

Autor práce: Markéta Panušková

Vedoucí práce: PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA

Oponent práce: Mgr. Václava Kolomazníková

Datum obhajoby: 2017

Bibliografický záznam

PANUŠKOVÁ, Markéta. Bezpečí a kvalita poskytovaných zdravotnických služeb v oblasti perioperační péče. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2017. Strany 91, přílohy 9. Vedoucí bakalářské práce: PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA.

Abstrakt

Bakalářská práce „Bezpečí a kvalita poskytovaných zdravotnických služeb v oblasti perioperační péče“ se zabývá problematikou kontroly kvality ošetrovatelské péče ve vybraných lůžkových zdravotnických zařízeních a zároveň tématem prevence a řízení možných rizik souvisejících s poskytováním ošetrovatelské péče. Empirická část bakalářské práce se zaměřuje na informovanost perioperačních sester o využití a dodržování standardů, doporučených pracovních postupů a kontrole kvality ošetrovatelské péče na operačních sálech.

Vlastní dotazníkové šetření bylo realizováno ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze 5 a souběžně ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze 2. Získaná data byla vyhodnocena pomocí programu Statistika CZ 12 a následně prezentována v tabulkách a v obrázcích. V závěrečné diskuzi byly získané informace porovnány s výsledky dříve realizovaných studií a byla stanovena doporučení pro zvyšování kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče na operačních sálech.

Abstract

Bachelor thesis "The safety and quality of health services in Perioperative Care" deals with quality control of nursing care in selected inpatient health care facilities as well as prevention and management of potential risks associated with the provision of nursing care. The empirical part of the thesis focuses on the awareness of perioperative nurses regarding the use of and adherence to standards, recommended work practices and quality control of nursing care in operating theaters.

Custom survey was carried out at the University Hospital Motol in Prague 5 and simultaneously at the General University Hospital in Prague 2. The obtained data were evaluated using statistics CZ 12 and are presented in tables and figures. In the final discussion the information obtained were compared with the results of previously

completed studies, and recommendations were set for improving the quality and safety of nursing care in operating theaters.

Klíčová slova

Kvalita, management rizik, rizikové faktory, audity, ošetrovatelská péče, bezpečnost, pochybení, nežádoucí události, perioperační péče

Keywords

Quality, risk management, risk factors, audits, nursing care, security, errors, adverse events, perioperative care

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Markéta Panušková**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Bezpečí a kvalita poskytovaných zdravotnických služeb v oblasti perioperační péče**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ. Management v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-402-7.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. Lege artis v medicíně. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5126-9.

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

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. Perioperační péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4414-8.

ANDERSSON, A., E. 2013. Patient Safety in the Operating Room. Göteborg, Sweden: Ineko, 2013

Perioperative Standards and Recommended Practices. Denver: AORN, 2010

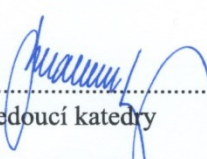
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Oponenti: **Mgr. Kolomazníková Václava**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 4.5.2016

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 5.5.2016


.....
Děkan

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. RNDr. Daniela Jirkovského, Ph.D., MBA, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 21. 4. 2017

Markéta Panušková

Poděkování

Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr. RNDr. Danielu Jirkovskému, Ph.D., MBA za cenné rady a připomínky, které vedly k vypracování této bakalářské práce. Dále děkuji vrchním sestřám centrálních operačních sálů pro dospělé a děti ve FN Motol a vrchním sestřám z I. a II. chirurgické kliniky, Urologické kliniky a Gynekologicko-porodnické kliniky ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze za pomoc s realizací dotazníkového šetření. V neposlední řadě děkuji své rodině za velkou podporu a trpělivost v době mého studia.

OBSAH

1	ÚVOD	7
1.1	CÍLE PRÁCE	8
2	TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	9
2.1	KVALITA ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB.....	9
2.1.1	Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb	12
2.1.2	Interní a externí hodnocení kvality zdravotních služeb	13
2.1.3	Akreditace.....	14
2.1.4	Indikátory kvality.....	20
2.2	NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI.....	22
2.2.1	Rezortní bezpečnostní cíle.....	23
2.2.2	Národní systém hlášení nežádoucích událostí	24
2.3	ŘÍZENÍ RIZIK.....	24
2.3.1	Cíl programu řízení rizik	25
2.3.2	Manažer rizik ve zdravotnictví	26
2.3.3	Řízení rizik z pohledu kontinuálního zvyšování kvality.....	26
2.4	RIZIKA V PERIOPERAČNÍ PÉČI.....	28
2.4.1	Perioperační bezpečnostní procedura	28
2.4.2	Nežádoucí události na operačním sále	29
3	EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE	33
3.1	METODIKA	34
3.1.1	Dotazník.....	34
3.2	ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	36
3.2.1	Zpracování Dat	37
3.3	CHARAKTERISTIKA A POPIS ZKOUMANÉHO VZORKU	37
3.4	VÝSLEDKY VLASTNÍ PRÁCE.....	41
3.5	DISKUSE.....	56
3.5.1	Výsledky vlastního šetření.....	56
3.5.2	Komparace výsledků vlastního šetření s jinými odbornými pracemi	79
	ZÁVĚR	82
	REFERENČNÍ SEZNAM	84
	SEZNAM ZKRATEK	87
	SEZNAM TABULEK	88
	SEZNAM OBRÁZKŮ	90
	SEZNAM PŘÍLOH	91
	PŘÍLOHY	92

Motto:

„Co nelze měřit, neexistuje.“

William Edwards Deming

1 ÚVOD

Téma bakalářské práce „Bezpečí a kvalita poskytovaných zdravotnických služeb v oblasti perioperační péče“ jsem si vybrala z důvodu svého dlouholetého zájmu o problematiku zajištění bezpečí pacientů během jejich pobytu v prostředí operačních sálů. Devátým rokem pracuji jako setra v perioperační péči a mám pracovní zkušenosti z více zdravotnických zařízení. Medicína a zejména chirurgické obory jsou klasické týmové disciplíny, kde má sestra své zásadní a nepostradatelné místo. Práce na operačním sále je pro všechny členy multidisciplinárního týmu velice náročná po stránce fyzické i psychické. Neuvěřitelně rychlý vývoj nových technologických postupů a jejich následná implementace do praxe neustále mění vybavenost operačních sálů a zaběhnutých operačních postupů. Perioperační sestry jsou tak nuceny se průběžně přizpůsobovat novým postupům a technologiím a neustále se vzdělávat, pokud chtějí ve své profesi uspět. V minulosti bylo vzdělávání a výchova sester zaměřeno na výuku zručnosti a technických dovedností. V době současné je však kladen důraz na odborné znalosti na vysoké úrovni, kritické myšlení, praktické dovednosti, ale také vysokou úroveň sebeovládání. Dnešní doba nabízí sestřám široké spektrum možností vzdělávacích aktivit a je samozřejmě věcí jednotlivce, jak zodpovědně využije jednotlivých dostupných možností dalšího vzdělávání. V průběhu ošetrovatelské péče o pacienty v perioperačním období je možnost výskytu nežádoucích událostí poměrně vysoká a ošetrovatelský personál by rozhodně neměl podceňovat potenciální rizika související s realizací ošetrovatelských intervencí. Také v této oblasti by se měly perioperační sestry vzdělávat dále, aby byly schopny rizika identifikovat, hledat účinné nástroje a postupy k jejich předcházení a v případě, kdy již vzniknou, umět je adekvátně a efektivně řešit.

Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část obsahuje základní informace o kontrole kvality ošetrovatelské péče a o základních principech řízení rizik ve zdravotnických zařízeních v rámci České republiky. Empirická část bakalářské práce je zaměřena na výzkum týkající se perioperačních sester, zaměřený na využívání standardů a doporučených pracovních postupů, výskyt nežádoucích událostí a zjištění současného stavu zajištění bezpečí pacientů na operačních sálech.

1.1 Cíle práce

Záměrem bakalářské práce je přinést informace o systému řízení rizik a kvality, včetně identifikace osob pověřených jejich řízením, v lůžkových zdravotnických zařízeních v rámci České republiky. Empirická část bakalářské práce se zaměřuje na konkrétní rizika související s poskytováním zdravotnických služeb v perioperační péči a informovanost perioperačních sester o možné prevenci vzniku nežádoucích událostí souvisejících s poskytováním perioperační ošetrovatelské péče. Byly stanoveny tyto cíle práce:

1. Přinést základní přehled informací k danému tématu z literárních a časopiseckých zdrojů.
2. Sestavit a zadat dotazník pro cílové skupiny perioperačních sester.
3. Získaná data roztřídit, analyzovat, statisticky zpracovat a vyhodnotit.
4. Porovnat výsledky vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií na podobné či související téma.
5. Navrhnout změny vedoucí k minimalizaci možných rizik vznikajících v oblasti perioperační péče.

2 TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na získání základních informací o kontrole kvality a systému řízení rizik v lůžkových zdravotnických zařízeních v ČR. Speciální kapitola je věnována konkrétním rizikům, která mohou nastat v oblasti perioperační péče, jelikož doba kterou pacient stráví na operačním sále, patří mezi nejrizikovější období celé jeho hospitalizace. Jedním z kroků vedoucím k minimalizaci rizik při poskytování zdravotní péče je přijetí faktu, že poskytování zdravotní péče je vysoce riziková činnost. Zdravotníci stejně jako všichni ostatní lidé chyby dělají a dělat budou. Rizika ve zdravotnických zařízeních nelze naprosto eliminovat, ale je možno je významně redukovat. Nástrojem tohoto snažení je v současné době proaktivní přístup všech zdravotníků k prevenci a řízení rizik ve všech zdravotnických zařízeních v ČR. Zdravotníci by se proto měli z výše uvedených důvodů kontinuálně vzdělávat v oblasti kvality a prevence rizik ve zdravotnictví.

2.1 Kvalita zdravotních služeb

Ve 21. století pojem kvalita nabývá zcela nových dimenzí a nezastupitelně se uplatňuje téměř ve všech oblastech lidského konání. V dobách minulých byla normami a standardy definovaná výhradně sféra technická, v současné době však tento trend proniká stále více i do oblastí technické sféry zdánlivě vzdálených, jako je např. veřejná zpráva, školství, sociální problematika nebo zdravotnictví. Každé zdravotnické zařízení je na počátku 21. století součástí trhu. Pokud má být stabilním a prosperujícím subjektem, je nezbytné, aby přešlo od klasických kvantitativně-produktivních manažerských systémů k integrovaným kvalitativně-procesním systémům. (Gladkij, 2001). Vnímání kvality poskytované zdravotní péče bylo ještě v nedávné době posuzováno subjektivně a intuitivně z důvodu velké obtížnosti objektivního měření v mnoha oblastech medicíny. V některých sférách zůstávají tyto otázky dosud nevyřešeny. Management kvality je postaven zejména na identifikovatelných a měřitelných procesech, existenci validních a vzájemně porovnatelných parametrů, objektivním ověřování efektivity a dokazování jakosti. Při poskytování zdravotní péče se vedle snadno měřitelných parametrů (např. délka hospitalizace, délka operačního výkonu, náklady na lůžkoden) vyskytují také parametry obtížně hodnotitelné (např. psychologicko-sociální aspekty, etické aspekty nebo kvalita života). (Gladkij, 2003)

Integrace „Systému managementu jakosti“ (dále SMJ) do prostředí zdravotnictví se může zpočátku zdát jako něco neobvyklého a technicky cizorodého v prostředí humanitně orientovaném. Opak je pravdou. Medicína v porovnání s jinými obory pracuje s materiálem nejcennějším a tím je lidské zdraví. Kvalita patří tedy mezi tradiční hodnoty zdravotní péče. Kvalita zdravotní péče proto vždy byla a bude vnímána mnohem intenzivněji, jelikož představuje základní hodnotu a smysl zdravotní péče. Pokud má být zdravotní péče kvalitní, musí být nezbytně nejen včasná, ale také dostupná, efektivní a bezpečná. Jedním z nosných pilířů SMJ je logicky vzato právě předcházení vzniku možných pochybení. (Gladkij, 2001)

Součástí kontroly kvality zdravotní péče je zavádění přesně definovaných cílů a kvantitativních metod do jejího měření. Vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče se stává stále aktuálnější záležitostí. Kontinuální zvyšování kvality jde ruku v ruce s rostoucími požadavky na profesionalitu zdravotnických pracovníků a na účinnost poskytované zdravotní péče. (Gladkij, 2003)

Definovat kvalitu ve zdravotnictví tak, aby brala ohled na všechny aspekty tohoto složitého procesu a byla přijata všemi, se jeví jako složitý úkol. Vybraným expertům ze „Světové zdravotnické organizace“ (dále jen WHO) se podařilo kvalitu ve zdravotnictví definovat takto:

„Kvalita péče v nemocnici zahrnuje všechny dílčí činnosti, které byly provedeny s vysokou profesionalitou, s optimálním výsledkem, s minimálním rizikem pro pacienty, ve shodě s aktuálními medicínskými standardy a hodnotami, s ohledem na hospodárné vynaložení zdrojů a s naplněním stále obsáhlejšího očekávání pacientů.“ (WHO, 1996)

Jak uvádí Leape (1994): Pro uskutečňování této definice by měl systém řízení kvality v nemocnici vytvářet rámcové strukturální a organizační předpoklady pro naplňování popsaných náročných požadavků. Přezkoumáváním kvality poskytované zdravotní péče v některých vyspělých zemích, byly dokumentovány závažné problémy. Jednalo se zejména o existenci odvrtných pochybení, nadbytečnou nabídku zdravotnických služeb, nedostatečné využívání zdravotnických služeb, nepřiměřené rozdíly v množství a variabilitě poskytovaných zdravotnických služeb a neposkytování péče podle ověřených vědeckých poznatků.

Podle Berwicka (1989): Principem řízení kvality není napravování chyb, ale především jejich předcházení, zvyšování výkonnosti a zlepšování úrovně poskytované nemocniční péče s důrazem na potřeby pacientů. Kontinuální zvyšování kvality zdravotní péče zahrnuje proces monitorování a intervencí pro zabezpečení co možná nejlepší dosažitelné úrovně poskytované péče.

Williamson (1982) taktéž uvádí že: Mezi nástroje naplňující dosažení výše uvedených cílů patří pravidelné získávání informací o poskytované péči s cílem zlepšení péče, definování a používání objektivních kritérií pro vyhodnocování kvality péče, vytváření metodických a organizačních podmínek včetně motivace a získávání zdravotnických pracovníků pro zlepšování kvality a zavádění konkrétních opatření zvyšujících kvalitu.

V průběhu zavádění systémů řízení kvality do praxe vyvstává často otázka, zda se má tento proces odehrávat shora dolů nebo spíše zdola nahoru. Potvrdilo se, že obě cesty jsou správné. Vedení nemocnice musí v první řadě navrhnout cílový obraz obsahu kvality, bez kterého je zapojení všech spolupracovníků do řízení kvality nespílitelné. Další povinností vrcholového managementu je zajištění nezbytných personálních a materiálních předpokladů. Klíčovým úkolem je zejména komunikační propojení jednotlivých dílčích celků a oborů v nemocnici a vytvoření ústředních témat nemocnice z otázek týkajících se kvality poskytované zdravotní péče. Zaměstnanci na všech úrovních by měli být motivováni tak, aby v pracovních skupinách zaměřených na zvyšování kvality vyslovovali své návrhy a představy. (Graham, 1995)

Implementaci kvality do zdravotnického prostředí je nutno chápat jako proces změny a je velice důležité zvolit vhodný model, kterým se bude konkrétní zdravotnické zařízení řídit.

Základní myšlenky pro zavádění managementu kvality ve zdravotnictví podle vědeckých principů jsou identické s klasickými manažerskými postupy, jako je například model Demingův, pro který jsou klíčové tyto body:

- Definice cílů kvality
- Dokumentace údajů a informací
- Analýza výsledků
- Kontinuální sledování a kontrola dosahování cílů
- Průběžné přizpůsobování cílů a postupů korigujícím opatřením

(Deming, 1986)

Důležitým bodem při implementaci systému řízení kvality je pochopení nových úloh vedoucích pracovníků na všech úrovních. Náplní jejich práce je, uvedení procesu soustavného zlepšování kvality do pohybu.

„Řízení kvality představuje nikdy nekončící cykly činností, jejich monitorování a přijímání rozhodnutí za měnící se situace v důsledku změny vědeckých poznatků a rychlosti jejich možného uplatnění.“ (Gladkij, 2001, s. 153)

2.1.1 Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Standardním nástrojem zajišťujícím kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází, je zavedení systémů hodnocení kvality. Rada EU vydala doporučení k zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí na národní úrovni již v roce 1997. Požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb naposledy velmi detailně formulovala Rada Evropy v „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“, WHO/Aliance pro bezpečí pacientů OECD. ISQua neboli Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví představuje společnost, jenž se hodnocením kvality a bezpečí ve zdravotnictví zabývá na mezinárodní úrovni.

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Mezi obecné cíle hodnocení kvality a bezpečí, kromě trvalého zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb a posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb, patří také zlepšení systému řízení ve zdravotnictví. (MZ ČR)

2.1.2 *Interní a externí hodnocení kvality zdravotních služeb*

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb může probíhat formou interního a externího hodnocení:

▪ **Interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb**

Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb. je poskytovatel zdravotních služeb v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. MZ ČR vypracovalo pro zavedení tohoto systému tzv. „*minimální požadavky*“, které jsou v aktualizovaném znění uveřejněny ve Věstníku MZ č. 16/2015, v němž je dále zveřejněn Metodický návod Ministerstva zdravotnictví pro sebehodnocení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

▪ **Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb**

Proces externího hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoven v § 98 zákona č. 372/2011Sb. a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Tyto předpisy byly vydány s cílem legislativně ukotvit a přesně stanovit podmínky a požadavky na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví ISQua. (MZ ČR)

Externí hodnocení kvality a bezpečí není pro poskytovatele zdravotních služeb povinné, jedná se o dobrovolný proces. Toto externí hodnocení je tedy prováděno pouze u těch poskytovatelů zdravotních služeb, kteří o provedení externího hodnocení požádají osobu oprávněnou k tomuto hodnocení.

Interní audit je pro poskytovatele zdravotních služeb povinný, pomáhá organizaci dosahovat jejích cílů tím, že přináší metodický přístup k hodnocení a zlepšování účinnosti systému, řídicích a kontrolních procesů a správy a řízení organizace. Interní audit lze také charakterizovat jako nezávislou, dokumentovanou, objektivně-zjišťovací a konzultační činnost, zaměřenou na zdokonalování procesů v organizaci. Vlastním účelem auditu je získání objektivních důkazů dokládajících stav a efektivnost systému.(VFN)

MZ ČR vydalo ustanovení § 98 odst. 4) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 372/2011 Sb.), které zmocňuje MZ ČR udělovat oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb osobám oprávněným k výkonu této činnosti. Dle § 100 odst. 3) zákona č. 372/2011 Sb. je ministerstvo povinno seznam těchto osob zveřejňovat. V současnosti je dostupný na internetových stránkách MZ ČR.

Níže je uveden aktuální seznam osob oprávněných k provádění hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb:

1. Spojená akreditační komise
2. e-ISO, a. s.
3. Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o.
4. T Cert, s.r.o.
5. CQS – Sdružení pro certifikaci systémů jakosti
6. EURO CERT CZ, a.s.
7. MUDr. Zdeněk Machálek
8. LL-C (Certification) Czech Republic s.r.o.
9. DNV GL Business Assurance Czech Republic s.r.o.

Aby byl průběh jednotlivých provedených kontrol MZ ČR jednotný a standardizovaný, byl ve smyslu zákona č. 255/2012 Sb., o kontrole (kontrolní řád) vypracován „Metodický návod Ministerstva zdravotnictví ke kontrole činnosti oprávněných osob při hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb“, který je zveřejněn ve Věstníku MZ ČR č. 12/2015. (MZ ČR)

2.1.3 Akreditace

Nedílnou součástí transformačního procesu českého zdravotnictví po roce 1989 byla snaha vytvořit mechanismus, který by vedl ke snížení velké variability mezi zdravotnickými zařízeními. Ve vyspělých demokratických zemích se jako hlavní metoda vedoucí k dosažení tohoto cíle osvědčily akreditace. Získání akreditačního osvědčení je ve všech evropských zemích včetně ČR dobrovolné. (Škrla, 2003)

Výsledkem tohoto snažení bylo, kromě jiných aktivit, vydání metodického pokynu MZ ČR, který obsahoval 50 akreditačních standardů. (MZ ČR)

Ve stejné době došlo ke vzniku Spojené akreditační komise (dále jen SAK), jako nezávislého orgánu pro posuzování kvality zdravotní péče a naplňování standardů. V roce 2000 přijala vláda ČR svým usnesením č. 458/2000 Národní politiku podpory jakosti a současně vznikla při MZ ČR Rada pro kvalitu ve zdravotnictví.

Jak uvádí Škrla (2003, s. 72): „Pojem akreditace se odvozuje od latinského slova *credere* = důvěřovat. Volně parafrázováno akreditace tedy znamenají - důvěryhodné prokázání způsobilosti.“

Podle Heidemanna (2001): Je hlavním cílem akreditace standardizace a neustálé zlepšování poskytované kvality péče v rámci zdravotnických institucí a tím i v celém systému zdravotnictví a to na základě ověřených vědeckých poznatků a zkušeností a formální ověřování implementace kontinuálního řízení a zvyšování kvality a bezpečnosti poskytované zdravotnické péče.

Při podrobnějším pohledu na princip akreditace lze vyzorovat rysy úzce korespondující s normou ISO 9001:2000. Tato norma také usiluje především o zajištění kvality řídicích procesů. Hlavní zásady akreditačního šetření v podmínkách ČR jsou odvozeny z letitých mezinárodních zkušeností. Významné společnosti zabývající se akreditacemi v zahraničí jsou např. Joint Commission International on Accreditation (JCIA), Canadian Council on Health Services Accreditation (Kanada) a Australian Council on Healthcare Standards (Austrálie). (Gladkij, 2001)

Podle JCIA (2000) jsou zásadní požadavky pro udělení akreditace následující:

- Akreditovaná nemocnice dělá správné věci správným způsobem a včas
- Významně omezuje riziko poškození při poskytování zdravotní péče
- Optimalizuje pravděpodobnost dobrých výsledků své činnosti

Jak uvádí Škrla (2003): V dnešní době, ve které stoupá důraz na poskytování bezpečné zdravotní péče, se pozornost akreditací přesouvá z vyhodnocování struktury na vyhodnocování procesů a výstupů. Certifikace ISO 9001:2000 je obdobou standardizace v průmyslovém odvětví. Proces akreditačního řízení začíná rozhodnutím zdravotnického zařízení upravit své aktivity podle požadavků akreditačních standardů. V případě úspěchu končí akreditační řízení udělením akreditačního certifikátu.

Existují 4 kategorie současných systémových modelů kvality:

1. Modely systémů řízení kvality (Mezinárodní organizace pro normalizaci- ISO)
2. Modely národních a nadnárodních akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, SAK)
3. Modely definující proces tvorby akreditačních standardů (ISQua)
4. Modely excellence – evropské ceny za kvalitu (EFQM)

Níže jsou uvedeny klíčové rozdíly mezi modely kvality (ISQua, JCIA, SAK) a certifikací ISO 9001:2000:

- Akreditační šetření se zaměřuje zdravotnické zařízení jako na celek, certifikace se zaměřuje pouze na hlavní procesy.
- Akreditační šetření vyhodnocuje speciální požadavky na zdravotnická zařízení, certifikace vyhodnocuje specifické požadavky na univerzální organizaci.
- Akreditace žádá o aktivní spolupráci poskytovatele zdravotní péče, certifikace aktivní spolupráci nevyžaduje.
- Akreditace vyhodnocuje požadavky pro výstupy zdravotní péče, certifikace vyhodnocuje požadavky na kvalitu produktů a zboží.
- Akreditace zkoumá plnění legislativy v různých oblastech, certifikace se zajímá pouze o to, zda jsou zákony součástí systému.

Klíčovým rozdílem mezi normou ISO a akreditací je existující fakt, že ISO normy jsou postaveny na komparaci výsledku s předem definovanou úrovní kvality a to vše v duální charakteristice shoda versus neshoda. Akreditace je však zaměřena více na proces kontinuálního zvyšování kvality.

Podle Škrly (2003): Je pochopení vztahu mezi certifikací ISO a akreditací (SAK) pro vedoucí pracovníky ve zdravotnictví zásadním momentem v rámci strategií pro získání akreditačního certifikátu. Pokud tyto rozdíly zdravotníci nepochopí a budou z těchto důvodů odkládat implementaci systémů řízení kvality, může tento fakt vést ke ztrátě klientů a zhoršení konkurenčního postavení ve spádové oblasti.

Prevence rizik a ISO 9001:2000

Dosažení vysokého stupně kvality ve zdravotnictví, který je v průmyslu již běžný, lze docílit implementací nového a průhledného systému řízení kvality managementem zdravotnického zařízení. V dnešní době je rozšířeným a ověřeným systémem řízení kvality, který dovádí organizace ke kvalitě, excelenci a zvyšování ekonomické výkonnosti ISO 9001:2000. (Škrla, 2008)

Jak uvádí Gladkij (2001): Systém řízení kvality ISO lze však dobře implementovat i do jiných oborů než do průmyslového. Norma ISO je základním a mezinárodně uznávaným nástrojem definujícím minimální požadavky na systém managementu kvality. Na jejím základě se odvíjí řada oborových koncepcí a přístupů pro řízení kvality včetně národních a mezinárodních systémů pro zdravotnická zařízení.

Škrla (2008) taktéž uvádí, že: „Z perspektivy řízení rizik má ISO 9001:2000 důležitý cíl a to dosažení trvalé shody mezi požadavkem na produkt a produktem. Jestliže z pohledu ISO systému vnímáme neshodu jako riziko, pak tento systém nabízí oddělení, jako jsou laboratoře, stravovací provoz, lékárna nebo radiační onkologie, efektivní nástroje pro snížení rizik.“

Kontrola kvality a SAK ČR

Spojená akreditační komise České republiky sídlící v Praze vznikla v roce 1998. Jejím hlavním úkolem je realizace tzv. akreditačního šetření ve zdravotnických zařízeních, která o něj požádají. Cílem akreditačního šetření je zjištění shody mezi aktuálním stavem ve zdravotnickém zařízení a požadavky akreditačních standardů. Pokud je tato shoda prokázána, udělí SAK tomuto zdravotnickému zařízení akreditační certifikát. (Škrla, 2003)

Jak uvádí Marx (2013): Akreditační standardy slouží jako nástroj kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí v lůžkové i ambulantní péči. Hlavním cílem činnosti SAK je poskytnout nemocnicím nástroj ke zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb napříč všemi klinickými a souvisejícími činnostmi srozumitelnou formou, která přináší svým uživatelům přidanou hodnotu formou odkazů na aktuální legislativu týkající se upravovaných oblastí standardů.

Akreditační standardy pro nemocnice vydané SAK obsahují hodnotící požadavky specifikované v příloze č. 1 vyhlášky MZ ČR č. 102/2012 sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Jedná se o 3. vydání s účinností od 1. ledna 2014 schválené MZ ČR. Postupem času dochází k významným změnám z pohledu vnímání kvality a bezpečí ve zdravotnických zařízeních, což se promítá i do oblasti legislativy ve zdravotnictví. SAK proto v pravidelných tříletých intervalech aktualizuje znění existujících standardů. (SAK)

V poslední aktualizaci došlo k provedení konkrétních změn v jednotlivých kapitolách standardů k zařazení Rezortních bezpečnostních cílů MZ ČR v samostatné kapitole a k vyčlenění několika speciálních standardů do samostatných kapitol. Byly taktéž formulovány nové požadavky pro práci s ukazateli kvality, s doporučenými klinickými postupy a byla zdůrazněna potřeba proaktivního přístupu k řízení rizik. Pro zjednodušení práce se standardy byly vytvořeny samostatné kapitoly týkající se anesteziologické a chirurgické péče, objednávání, předepisování a podávání léčiv a oblasti informací a komunikace s pacienty a jejich blízkými. (Marx, 2013)

Uspořádání standardů SAK a jejich struktura:

V první části publikace akreditačních standardů SAK jsou formulovány standardy týkající se klinických postupů. V části druhé lze nalézt standardy organizační a manažerské.

Standardy SAK ČR jsou v současné době členěny do těchto XIII. Kapitol:

- I. Resortní bezpečnostní cíle
- II. Práva pacientů a jejich edukace
- III. Dostupnost a kontinuita péče
- IV. Diagnostická péče
- V. Terapeutická péče
- VI. Anesteziologická a chirurgická péče
- VII. Objednávání, předepisování a podávání léků a léčiv
- VIII. Hygiena nemocničního prostředí a protiepidemická opatření
- IX. Řízení a správa
- X. Řízení kvality a bezpečí
- XI. Bezpečí prostředí

- XII. Informace a komunikace
- XIII. Řízení lidských zdrojů

Těchto XIII kapitol obsahuje dohromady celkem 97 akreditačních standardů.

Akreditační standardy mají tuto strukturu:

1. Účel a naplnění standardu – Zde je popsán způsob naplnění standardu, možné odkazy na legislativní nebo jiné zdroje. Mohou zde být uvedeny i požadavky k naplnění sledování některého z indikátorů standardu.
2. Indikátory standardu – Jedná se o měřitelné položky, jejichž plnění je posuzováno v rámci akreditačního šetření.

V průběhu akreditačního šetření je posuzována míra naplnění konkrétních indikátorů a posléze jednotlivých standardů. Hodnotitelský tým pro posouzení správného plnění standardů v praxi je obvykle sestaven z lékaře, nelékařského zdravotnického pracovníka a administrativně technického specialisty. Pracovním cílem tohoto týmu je bodové ohodnocení každého indikátoru u všech akreditačních standardů aplikovatelných v konkrétním zdravotnickém zařízení. (SAK)

„Součástí hodnocení splnění akreditačních standardů je rovněž hodnocení požadavků na kvalitu a bezpečí dle vyhlášky č. 102/2012 Sb., O hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Hodnotící postupy v rámci celého akreditačního šetření uvedené v příslušné směrnici zaručují, že všechny minimální standardy a jejich ukazatele dle vyhlášky jsou splněny. Toto vyjádření je součástí výstupu hodnocení akreditačního šetření-Zpráva o akreditačním šetření.“ (SAK)

Podle Marxe (2013): Neznamená, že se SAK v oblastech upravených standardy spokojí s minimálními požadavky danými vyhláškou. Tyto bazální požadavky standardy pochopitelně naplňují, ale také účelně překračují a doplňují úpravou oblastí nad rámec požadavků vyhlášky.

2.1.4 Indikátory kvality

Škrla (2003, s. 100) uvádí, že: „Jednou z integrovaných dimenzí kvality je její měření a vyhodnocování. Nelze-li vybrané parametry procesu měřit, je velice obtížné rozhodnout, zda se daný proces nebo výstup zlepšuje, nebo zhoršuje, a také jej nelze porovnávat s jiným oddělením nebo zdravotnickým zařízením.“

Podle Brabcové a Bártlové (2015): Jsou indikátory kvality popisovány jako měřitelné objektivní ukazatele kvality zdravotní péče. Indikátory kvality jsou vlastně měřitelnými kritérii, která ve srovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, do jaké míry bylo konkrétního standardu dosaženo.

„Indikátor je číslo, pomocí něhož lze kvalitu efektivně měřit, nacházet chyby, nedostatky a mezery při poskytování zdravotní péče. Pro všechny definované indikátory má nemocnice stanovené postupy pro sběr dat, způsob jejich hodnocení, kdy se nemocnice snaží sledované parametry postupně měnit tak, aby dosahovaly co nejlepších výsledků.“ (VFN)

Sběr indikátorů kvality zdravotní péče byl povinně zaveden v přímo řízených organizacích MZ ČR 1. dubna 2013. Byla vytvořena první minimální sada souměřitelných indikátorů kvality zdravotní péče doplněných o vhodnou a srozumitelnou metodiku. Do té doby nebyla dosud nikdy v ČR zveřejňována data vztahující se ke kontrole kvality poskytované zdravotní péče. Ke změně došlo v říjnu 2013, kdy se podle pokynu tehdejšího ministra zdravotnictví MUDr. Martina Holcáta, MBA stal sběr dat pomocí indikátorů kvality dobrovolným i pro organizace přímo řízené MZ ČR. (MZ ČR)

„V návaznosti na zahraniční zdroje byl pro další dopracování návrhu výčtu indikátorů včetně metodiky pro sběr ukazatelů, resp. dat potřebných pro jejich výpočet, MZ ČR osloven o spolupráci ÚZIS ČR.“ (MZ ČR)

Zavedení národní sady indikátorů kvality zdravotní péče a následný sběr získaných dat je součástí Národního systému hlášení nežádoucích událostí. Hlavním cílem sledovaných indikátorů kvality je kontrola kvality lůžkové zdravotní péče a anonymní srovnávání různých poskytovatelů zdravotních služeb. Vypracovaná minimální sada indikátorů kvality není definitivní a cílem MZ ČR je dále tuto sadu podle aktuální situace rozšiřovat. (MZ ČR)

Důležité vlastnosti indikátorů jsou zejména:

- Indikátory kvality by měly být smysluplné, aby nám pomáhaly efektivně zvyšovat kvalitu.
- Indikátor je kvantita, která charakterizuje kvalitu péče.
- Indikátory jsou výstražné signály, které nás varují, není-li něco v pořádku.
- Nejsou neomylné.
- Indikátory mohou být zaměřené na jevy negativní i pozitivní.
- Indikátory mohou být zaměřené na sestry, lékaře, procesy, klinické události nebo systém.

Výsledek indikátoru by měl být v numerickém kontextu s něčím porovnán, bez zjištěného kontextu se stává pouhou statistikou a ne nástrojem rozvíjení kvality. (Škrála, 2003, s. 100)

Rozlišujeme tyto druhy indikátorů kvality:

- Četnostní indikátory kvality zjišťují frekvenci určitých jevů. Čítec je dán počtem sledovaných případů (např. počtem infekcí, reoperací), jmenovatel tvoří množství výkonů nebo členů populace (např. počet operací nebo pacientů). Bývají vyhodnocovány v procentech a sledují výskyt pozorovaných jevů v určitých obdobích. Tento druh indikátorů nám umožňuje srovnání kvality poskytované péče na různých odděleních nemocnice nebo mezi zdravotnickými zařízeními navzájem.
- Sentinelové indikátory kvality se zabývají monitorací závažných nežádoucích událostí vedoucích k závažnému poškození zdraví pacientů. Jako příklady sentinelových indikátorů lze uvést například záměny transfuzí, záměny párových orgánů nebo končetin v průběhu operačního výkonu, nebo nepředvídatelná úmrtí pacientů.
- Obecné indikátory kvality mají většinou charakter strukturálních indikátorů vyhodnocujících např. průměrnou dobu hospitalizace, obložnost lůžek, personální skladbu sester, nebo dosahování finančních limitů na jednotlivé paušály v rámci DRG systému.

- Specifické indikátory kvality hodnotí kvalitu péče ve vztahu ke konkrétnímu výkonu či diagnóze. Do této kategorie patří nejčastěji výsledkové indikátory, které se mohou týkat např. vyhodnocení kvality péče v oblasti prevence infekcí. (Brabcová, Bártlová, 2015, s. 79)

2.2 Nežádoucí události

„Nežádoucí událostí (NU) jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho pracovník. Za nežádoucí události jsou dále také považována neočekávaná zhoršení klinického stavu pacienta, pokud mají za následek trvalé poškození nebo úmrtí pacienta.“ (MZ ČR věstník č. 8/2012)

V rámci EU je udáváno, že zhruba 8-12% pacientů je v různé míře zdravotně poškozeno v souvislosti s poskytováním zdravotní péče v průběhu hospitalizace. Jako nejčastější nežádoucí události ve zdravotnických zařízeních jsou uváděny chyby při podávání léků, chirurgická pochybení, diagnostické chyby a infekce spojené se zdravotní péčí. V rámci prevence výskytu výše jmenovaných nežádoucích událostí přistoupilo MZ ČR k vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů, které jsou součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče. (MZ ČR)

Zdravotnické zařízení chrání zaměstnance, kteří NU nahlásili, před sankcemi. Zdravotnický personál by měl být pravidelně edukován o smyslu a účelu hlášení nežádoucích událostí a zároveň informován o druhu již vzniklých nežádoucích událostí na pracovišti a o zavedení nových opatření vedoucích k prevenci opakování této konkrétní nebo podobné NU.

Po nahlášení NU dochází ke zpracování události a souvisejících dat. Zdravotnické zařízení si určí způsob šetření kořenové analýzy vzniku NU. Informace podstatné pro analýzu jsou získávány z rozhovorů či písemných svědectví účastníků a ze zdravotnické dokumentace. O provedení komplexní analýzy je zpracována zpráva a ta později předána ke schválení a návrhu nových bezpečnostních opatření managementu zdravotnického zařízení (Marx a Gladkij, 2005).

2.2.1 Rezortní bezpečnostní cíle

Jak již bylo uvedeno výše, je poskytovatel v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb povinen zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. MZ ČR byly z důvodu zavedení tohoto systému vypracovány tzv. „Minimální požadavky“, které jsou aktualizovány a uveřejněny ve Věstníku MZ ČR č. 16/2015. Jedním z těchto vzniklých požadavků je i zavedení resortních bezpečnostních cílů (dále jen RBC) do programu zajištění kvality a bezpečí v ČR.

Tyto resortní bezpečnostní cíle jsou formulovány na podkladě Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů, včetně infekcí spojených se zdravotní péčí a jednotlivých doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů a jsou přizpůsobeny národním podmínkám v ČR. RBC jsou závazné pro všechna zdravotnická zařízení přímo podléhající MZ ČR a slouží taktéž jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení. RBC vedou ke snížení rizik poškození pacientů a dalších osob v rámci procesu poskytování zdravotní péče a jsou vyhlášeny formou doporučených pracovních postupů. RBC uvádějí minimální požadavky, jejichž dodržování v praxi vede ke snížení rizik pro pacienty a zvýšení bezpečí poskytované péče. Na internetových stránkách MZ ČR jsou RBC3 a RBC5 doplněny o doporučující metodiku převzatou z materiálů WHO. (MZ ČR)

RBC platné pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče v ČR:

- RBC1 - Bezpečná identifikace pacientů
- RBC2 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
- RBC3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
- RBC4 - Prevence pádů
- RBC5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
- RBC6 - Bezpečná komunikace
- RBC7 - Bezpečné předávání pacientů
- RBC8 - Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů

2.2.2 Národní systém hlášení nežádoucích událostí

Národní systém hlášení nežádoucích událostí byl v České republice vybudován v průběhu předchozích let v rámci projektu kvality MZ ČR pod názvem Evidence a řízení nežádoucích událostí při poskytování zdravotních služeb. Hlavním cílem tohoto projektu bylo vytvoření konkrétního systému, který umožňuje sběr nežádoucích událostí vzniklých ve zdravotnických zařízeních v ČR. Zjištěné nežádoucí události jsou průběžně statisticky vyhodnocovány a analyzovány. Na základě zjištěných údajů jsou vydávány pro zdravotnická zařízení doporučení, která mají za cíl poskytnout návod, jak snížit rizika poškození pacienta při poskytování zdravotnické péče.

V současnosti je do tohoto systému zapojeno 73 zdravotnických zařízení lůžkové péče, která pravidelně získávají anonymizované informace porovnávající jejich situaci v oblasti nahlášených nežádoucích situací s dalšími účastníky systému. Z důvodu dodržení jednotného postupu při zpracování získaných dat byla vypracována „Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče“, která je zveřejněna ve Věstníku MZ ČR č. 8/2012. V roce 2012 spravovala „Národní systém hlášení nežádoucích událostí 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, od roku 2013 se stal správcem tohoto systému ÚZIS ČR. Národní systém hlášení nežádoucích událostí je nyní součástí webových stránek ÚZIS ČR. (MZ ČR)

2.3 Řízení rizik

Zdravotnické zařízení nemocničního typu představuje velice složitý komplex zahrnující v sobě velké množství různých odborníků, širokou škálu lidských povah a atmosféru často ovlivněnou stresujícími momenty a negativními emocemi. Dalšími negativními faktory, které ovlivňují kvalitu poskytované péče ve zdravotnictví, jsou například stále stoupající složitost nových diagnostických a terapeutických postupů a technologií, nedostatek lidských zdrojů, omezené finanční prostředky, zkomplikované funkční řízení, nestabilní politické a ekonomické zázemí organizace a mnoho dalších faktorů. Výše uvedené faktory mají vliv na fakt, že mnoho procesů ve zdravotnickém zařízení neproběhne podle připraveného plánu. Zdravotnické zařízení, které v současné době, která klade vysoké požadavky na kvalitu poskytovaných služeb, nevěnuje pozornost oblasti řízení rizik, se snadno může stát inkubátorem podporujícím existenci a růst rizik (Škrla, 2008).

Překvapujícím faktem je, že v průmyslovém odvětví je řízení rizik historicky zakotveno v oblastech řízení kvality, zatímco v českém zdravotnictví se první zmínky o řízení kvality objevují až na konci devadesátých let. V tomto období jsou vytvářeny první definice řízení rizik ve zdravotnictví. V roce 2002 vznikají pod záštitou IDVPZ (nyní NCO NZO) v Brně první kurzy pro zdravotnický personál pod názvem „Management rizik ve zdravotnických zařízeních“, které jsou brzy doplněny kurzem s názvem „Především neublížit“, který otevřeně informuje zdravotníky o problematice možných rizik, pochybení a jejich prevenci. V dubnu 2005 je ustanovena Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů, vybízející členské státy EU ke zvýšení bezpečnosti zdravotní péče. S několikaměsíčním odstupem přichází SAK ČR s novou verzí Akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení. Do těchto standardů je zahrnuto nejen sledování kvality, ale zároveň i bezpečnosti péče. Po sérii závažných mimořádných událostí se začínají o problematiku pochybení ve zdravotnických zařízeních vážněji zajímat sdělovací prostředky. Ministerstvo zdravotnictví nezůstává bez odezvy a začíná se aktivně zabývat problematikou řízení rizik a pochybení ve zdravotnických zařízeních v České republice (Škrla, 2008).

2.3.1 Cíl programu řízení rizik

„Cílem programu řízení rizik je snížit možnost výskytu těch nežádoucích situací, které by mohly jakýmkoliv způsobem poškodit zdraví pacienta či zaměstnance, majetek zdravotnického zařízení nebo jeho pověst“ (Škrla, 2008, s. 14).

Dobře nastavený program managementu rizik ve zdravotnickém zařízení by měl být schopen minimalizovat vznik soudních sporů vedených proti zdravotnickému zařízení nebo zdravotnickému personálu. Dva klíčové cíle v programu řízení rizik jsou v první řadě vyhodnocení existujících a potenciálních rizik, v druhé vytvoření strategií pro prevenci vzniku již identifikovaných rizik (Škrla, 2008).

2.3.2 Manažer rizik ve zdravotnictví

Jak uvádí Škrála (2008): Funkce manažera rizik existuje v oblasti kvality jak v průmyslu, tak i ve zdravotnictví. Manažer rizik ve zdravotnickém zařízení je členem Rady pro kvalitu a přímo podléhá řediteli daného zařízení. Manažerem rizik by se měl stát pracovník s přirozenou autoritou, budící respekt u ostatních zaměstnanců. Manažer rizik se zdaleka nezabývá pouze sledováním a analýzou nahlášených nežádoucích událostí. Jeho úkolem je rozvíjet a udržovat řídicí systém ve zdravotnickém zařízení. Cílem kvalitního a funkčního řídicího systému ve zdravotnictví je identifikace, vyhodnocení a prevence rizik v konkrétním zdravotnickém zařízení a dosažení kvalitní a bezpečné péče.

„Manažer rizik nemusí být osobně odpovědný za žádná rizika jako taková. Nese ale odpovědnost za to, že ve zdravotnickém zařízení všichni zaměstnanci akutně vnímají skutečná i potencionální rizika a snaží se je systematicky minimalizovat“ (Škrála, 2008, s. 23).

Předmětem snahy manažera rizik by měla tedy být tvorba nových strategií, které by účelně vedly k radikálnímu omezení vzniku potencionálních i reálných rizik v prostředí zdravotnického zařízení. Manažer rizik se taktéž podílí na implementaci programu řízení rizik do praxe, výuce zaměstnanců a koordinaci aktivit usilujících o dosažení bezpečnější péče. Na konci celého procesu řízení rizik je kontrola efektivnosti celého systému programu řízení rizik a jeho možná náprava. Nutností je proto úzká spolupráce manažera rizik s manažery a vedoucími jednotlivých oddělení, se kterými koordinuje aktivity související s managementem rizik. (Škrála, 2008).

Existence manažera rizik je ideálem, který není dosud v českých zdravotnických zařízeních standardní záležitostí. Zdravotnická zařízení, ve kterých byla v rámci bakalářské práce realizována dotazníková šetření, mají ve svém managementu dosud pouze manažera kvality.

2.3.3 Řízení rizik z pohledu kontinuálního zvyšování kvality

Definujme si existující rozdíl mezi řízením kvality a řízením rizik. Škrála (2008, s. 20) říká, že: „Řízení kvality se zaměřuje na procesy ve zdravotnickém zařízení, které se vyznačují nepřijatelnou variabilitou, řízení rizik se zaměřuje na procesy s nepřijatelnými riziky.“

Společným jmenovatelem jak pro řízení kvality tak i pro řízení rizik, jsou standardy a audity. Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení může existovat jako samostatný program, nebo může být součástí programu kontinuálního zvyšování kvality. Škrla (2008, s. 20) uvádí, že: „Řízení rizik je proces, během kterého se manažer rizik snaží cíleně zamezit ohrožení zdraví pacientů, majetku nebo pověsti zdravotnického zařízení následkem existujících nebo potenciálních rizik.“

Pro lepší pochopení významu programu řízení rizik je nutno připomenout některé z jeho cílů:

- Implementace procesu hlášení nežádoucích událostí a jejich prevence
- Implementace procesu hlášení nozokomiálních nákaz a jejich prevence
- Zavedení systému kvalitní řízené dokumentace
- Zavedení procesu efektivního hlášení a řešení stížností pacientů a zaměstnanců
- Zavedení efektivního systému prevence pochybení zdravotníků
- Zavedení registru aktuálních rizik
- Prevence soudních sporů
- Zavedení systému prevence kriminality
- Zavedení systému auditů, který se zaměřuje na bezpečnost procesů a prostředí

Je více než jasné, že mezi řízením kvality a bezpečnou péčí existuje velice úzký vztah. V menších zdravotnických zařízeních se proto můžeme setkat se situací, kdy dojde ke sloučení obou činností a svěřením této role jednomu zaměstnanci. Naopak ve velkých zdravotnických zařízeních je z důvodu velké časové náročnosti a požadavků na vysoké pracovní nasazení takřka nemožné, vykonávat obě funkce jednou pověřenou osobou. Program řízení rizik je v drtivé většině případů zaváděn v těch zdravotnických zařízeních, ve kterých je již zaveden funkční program zvyšování kvality. (Škrla, 2008)

2.4 Rizika v perioperační péči

Nejrizikovějším obdobím celé hospitalizace je pro pacienta čas, který stráví na operačním sále. Termín perioperační péče se začal používat v roce 2014 v souvislosti se změnami ve zdravotnictví. (Kaška, 2009)

Perioperační péče v sobě zahrnuje ošetrovatelské a léčebné postupy, které jsou pacientovi poskytovány anesteziologickým a operačním týmem těsně před operací, v jejím průběhu a bezprostředně po ní. Perioperační období je tedy zahájeno převzetím pacienta na operační sál a zakončeno předáním pacienta na dospávací pokoj, JIP nebo ARO, dle zvyklostí na pracovišti a náročnosti operačního výkonu. Perioperační péči lze rozdělit podle časové návaznosti průběhu operace na období předoperační, intraoperační a pooperační. (Zeman, 2011)

Proto jak uvádí Kudrličková (2014): Prevence rizik a bezpečnost pacienta na operačním sále vyžaduje zapojení všech členů multidisciplinárního týmu.

Péče o pacienta v průběhu operačního výkonu je velice náročná a vysoce specializovaná činnost. Po celou její dobu může dojít ke vzniku závažných nežádoucích událostí. Mezi ty nejzávažnější nežádoucí události patří především záměna pacienta, operovaného orgánu nebo stranová záměna, záměna druhu operačního výkonu, opomenutí nástrojů nebo roušek v operační ráně či popálení pacienta. Další rizika, kterým je nutno důsledně předcházet, jsou pády pacientů z operačního stolu, vznik ischemií, otlaků a paréz v důsledku špatného polohování pacienta na operačním stole, vznik infekce v operační ráně v důsledku porušení asepse a selhání zdravotnické techniky. Podle výzkumů prováděných WHO dochází v průběhu operačních výkonů k 3-16% komplikací. V důsledku těchto nežádoucích událostí zemře 0,4-0,8% pacientů, přičemž se polovině těchto pochybení dalo předejít. (Brabcová, Bártlová 2015)

2.4.1 Perioperační bezpečnostní procedura

Velice důležitým bezpečnostním opatřením je vyplnění bezpečnostního listu v perioperační péči, tzv. check listu vytvořeného podle doporučení WHO. (Jedličková, 2012)

Bezpečnostní list v perioperační péči byl vytvořen na základě 10 zásad podporujících bezpečnost chirurgických výkonů navržených WHO:

- Chirurgický tým bude operovat správného pacienta na správném místě

- Pacientovi bude podána bezpečná anestezie včetně prevence bolesti
- Anesteziologický tým bude připraven na problémy se zajištěním dýchacích cest a dýcháním
- Tým bude připraven na problémy s krevní ztrátou
- Tým bude připraven na problémy plynoucí z alergické reakce
- Tým bude používat metody, omezující rizika vzniku infekce v místě chirurgického výkonu
- Tým bude předcházet nezamýšlenému ponechání nástroje nebo operačního materiálu v ráně
- Tým zajistí správné označení odebraného biologického materiálu
- Tým bude efektivně komunikovat pro bezpečné vedení operace
- Nemocnice i veřejné zdravotnictví bude provádět stálý dozor nad výsledky chirurgické péče

Podle výše uvedených zásad vypracovala pracovní skupina expertů WHO model jednoduché procedury, kterou nazvala „Surgical Safety Checklist“ - Perioperační bezpečnostní proces (dále jen PBP). Tato procedura zabere personálu operačních sálů pouhých pár minut, prověří však nejdůležitější rizika, která by mohla v průběhu operačního výkonu nastat.

Jedná se o systematizovanou kontrolu, která je prováděna u každého operačního výkonu a směřuje k ověření kritických okamžiků operace. Vedení této procedury je zpravidla svěřeno obíhající perioperační sestře. (Wichsová, 2013)

PBP začíná bezprostředně před zahájením intervenčního výkonu (max. 60 minut před výkonem) a jeho cílem je ověření správnosti identifikace pacienta, typu výkonu, operačního pole, dostupnosti zdravotnických prostředků a technického vybavení. Za správný postup PBP na operačním sále zodpovídá lékař provádějící operační výkon – operatér. Za kontrolu kompletního vyplnění všech údajů v check listu má zodpovědnost obíhající perioperační sestra. (VFN)

2.4.2 Nežádoucí události na operačním sále

Personál operačních sálů pečující o pacienta během jeho pobytu v operačním traktu by měl dobře znát konkrétní možná rizika související s výkonem jednotlivých ošetřovatelských intervencí.

Každé zdravotnické zařízení má vnitřním předpisem stanoven postup při identifikaci pacienta. Předmětem kontroly identifikace pacienta jsou identifikační náramky, kontrola zdravotnické dokumentace a ústní dotaz na pacientovo jméno, příjmení, datum narození ev. rodné číslo. Na operačních sálech by měla být prováděna vícestupňová kontrola identifikace pacienta více členy operačního týmu.

Mezi další významná rizika v perioperační péči patří provádění chirurgických výkonů na různých částech těla současně, mentální nebo fyzický handicap pacienta, nečitelná dokumentace s používáním neoficiálních zkratk. (Kudrličková, 2014)

Riziko pádu pacienta z operačního stolu nelze podceňovat, jelikož je v důsledku aplikované premedikace a následné anestezie poměrně vysoké. Při jakémkoliv transportu a manipulaci s pacientem na operačním sále je nutno zajistit jeho bezpečnost, nelze ponechat pacienta v žádném případě bez dohledu personálu operačních sálů. Po správném uložení pacienta na operačním stole je nutno jej zajistit dostupnými pomůckami proti pádu a použít vhodné polohovací a antidekubitární podložky k předcházení vzniku ischemií, otlaků či paréz na predilekčních částech těla pacienta. (Málek, 2011)

Popálení pacienta v průběhu operačního zákroku patří mezi další závažná rizika hrozící na operačním sále. Popálení pacienta má souvislost nejčastěji s nesprávným uzemněním přístrojové techniky, používáním hořlavých dezinfekčních roztoků a kontaktem neutrální elektrody s kůží pacienta. (Jedličková, 2012)

Další závažnou komplikací je opomenutí nástroje, operační roušky, sušení nebo jehel v operační ráně. Riziko vzniku této závažné nežádoucí události stoupá při akutních výkonech, změně operačního výkonu, chybou nebo nedbalostí při přepočítávání chirurgických nástrojů a roušek před ukončením operačního výkonu a při střídání operatérů a perioperačních sester v průběhu výkonu. (Jedličková, 2012)

Perioperační sestry by rozhodně neměly podceňovat předoperační kontrolu počtu nástrojů na operačních sítěch. Před ukončením operačního výkonu provádí početní kontrolu nástrojů, roušek, sušení a jehel instrumentující perioperační sestra ve spolupráci s obíhající perioperační sestrou. Instrumentující sestra hlásí před uzavřením operační rány souhlasný stav instrumentaria operatérovi, který následně tento fakt zapisuje do operačního protokolu. (Wichsová, 2013)

K poškození pacienta na operačním sále může dojít i následkem špatného technického stavu zdravotnických přístrojů, nebo jejich selháním. Zdraví pacienta může být poškozeno laserem, rentgenovým přístrojem, elektrokoagulační technikou nebo vyhřívacími podložkami k zajištění tepelného komfortu pacienta. (Jedličková, 2012)

Zásadním požadavkem je důkladné proškolení personálu operačních sálů pro používání jednotlivých přístrojů na pracovišti. Bezpečnost používání zdravotnické techniky zajišťuje pravidelná údržba a kontrola přístrojové techniky. Intervaly pravidelných kontrol stanovuje výrobce. Obvykle je kontrola přístroje prováděna ve dvouletých intervalech. Cílem těchto pravidelných revizí je zabezpečení zdravotnického prostředku tak, aby po celou dobu svého používání splňoval medicínské a technické požadavky stanovené výrobcem. (Wichsová, 2013)

Informace vztahující se k zdravotnickým prostředkům, mezi které patří i zdravotnické přístroje, lze nalézt v Zákoně č. 123/2000 Sb. Zákon o zdravotnických prostředcích. (Jedličková, 2012)

V neposlední řadě je nutno zmínit nebezpečné a záludné riziko, kterým je nerespektování osobních dat a informací ohledně operovaných pacientů a následná možnost jejich zneužití. Pozor by si měl personál dávat na hlasitou komunikaci na přípravných sálů, kde se aplikují epidurální bloky a taktéž přímo na operačním sále, kdy se často před pacientem řeší problémy týkající se dalších pacientů. V dnešní době řada operačních zákroků probíhá v epidurální nebo spinální anestezii, kdy pacient nespí a může tak nechtěně vyslechnout diagnózy jiných pacientů. Na riziko porušení ochrany osobních údajů upozorňují ve své publikaci Alfredsdottir a Bjornsdottir, kteří doporučují zdravotníkům vytvořit na operačních sálech tichou a pohodovou atmosféru, adekvátně komunikovat s pacientem a mezi sebou mluvit minimálně dokud pacient neusne, pokud probíhá operační zákrok v celkové anestezii. (Alfredsdottir, Bjornsdottir, 2007)

Závěrem lze říci, že pracovní zkušenosti, správná komunikace a organizace práce patří mezi klíčové faktory zvyšující bezpečnost pacienta na operačním sále. Podle zkušeností Asociace registrovaných perioperačních sester v USA je základní podmínkou zajištění bezpečné péče zajištění zkušeného operačního týmu, založeného na mnohaleté spolupráci a schopnosti předvídat. (AORN, 2010)

„Tým klinicky a organizačně zkušených sester dokáže odhalit a opravit systémové chyby, a to především standardizováním pracovních procesů a zlepšením pracovního prostředí.“(Kudrličková, 2014)

Zvyšování úrovně poskytované perioperační péče je možné docílit prostřednictvím pravidelných auditů perioperační péče.

3 EMPIRICKÁ ČÁST PRÁCE

V úvodu empirické části bakalářské práce jsou uvedeny cíle práce a pracovní hypotézy vztahující se k provedenému kvantitativnímu šetření. Dále je charakterizována použitá metodika a soubor respondentů. Jádro empirické části bakalářské práce tvoří výsledky vlastního šetření prezentované v tabelárních přehledech, v histogramech četností a ve výsečových diagramech. V závěru empirické části bakalářské práce je zařazena diskuze, která je zaměřena na výsledky testování hypotéz a porovnávání výsledků vlastní práce s výsledky studií na stejné nebo obdobné téma.

Cíle práce a pracovní hypotézy

Pro empirickou část bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

- 1) Pomocí dotazníku vlastní konstrukce získat data, kterými lze zjistit úroveň informovanosti perioperačních sester o využití a dodržování standardů a doporučených pracovních postupů a o kontrole kvality poskytované ošetrovatelské péče na vybraných operačních sálech.
- 2) Pomocí dotazníku zjistit současný stav zajištění bezpečnosti pacientů během pobytu na operačním sále a zároveň identifikovat výskyt nejčastějších nežádoucích událostí, se kterými se perioperační sestry setkávají.
- 3) Zjistit míru informovanosti perioperačních sester o kompetencích jednotlivých členů operačního týmu.
- 4) Provést analýzu získaných dat.
- 5) Porovnat výsledky vlastního šetření s dříve realizovanými výzkumy.

K naplnění výše uvedených cílů byly stanoveny následující hypotézy:

- H 1: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle jejich věku.
- H 2: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle toho, v jakých zdravotnických zařízeních respondenti pracují.
- H 3: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle délky jejich praxe na operačním sále.
- H 4: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit dle stupně dosaženého odborného vzdělání.

3.1 Metodika

Informovanost perioperačních sester ohledně využití a dodržování standardů, doporučených pracovních postupů, kontroly kvality poskytované perioperační ošetrovatelské péče a znalosti konkrétních rizik v oblasti perioperační péče, byla posuzována pomocí dotazníkového šetření.

3.1.1 *Dotazník*

Byla použita kvantitativní metoda šetření za pomoci dotazníku. Dotazník byl určen pro perioperační sestry pracující ve FN Motol a VFN v Praze, jednalo se o dotazník vlastní konstrukce s obsahem 30 položek.

V úvodní části dotazníku jsou uvedeny informace o tématu dotazníkového šetření a je zde podán stručný návod k vyplnění dotazníku. Druhou část dotazníku tvoří otázky č. 1-5 zaměřené na získání základních informací o respondentech: věk, délka praxe na operačním sále, nejvyšší dosažené vzdělání, druh vykonávaného povolání a dotaz ohledně absolvování p maturitního specializačního studia v oboru perioperační péče (dříve INOPS). Třetí část dotazníku zahrnuje otázky vztahující se k informovanosti perioperačních sester o kvalitě a využívání standardů či doporučených pracovních postupů, o kontrole indikátorů kvality na pracovišti a způsobu hlášení nežádoucích událostí vzniklých na pracovišti. Čtvrtá část dotazníku se zaměřuje na orientaci perioperačních sester v kompetencích členů operačního týmu a na zjištění současného stavu zajištění bezpečnosti pacienta během jeho pobytu na operačním sále.

V dotazníku jsou nejčastěji zařazeny otázky strukturované (uzavřené) polynomické a dichotomické, a to výběrové uzavřené i výběrové polouzavřené. Výhodou tohoto typu otázek je nasměrování respondenta konkrétním směrem a jejich snadné zpracování. V dotazníku se vyskytuje 9 nestruturovaných (otevřených) otázek, zaměřených na místo uložení standardů, sledované indikátory kvality, osoby nahlašující nežádoucí události, formu hlášení nežádoucí události, předmět kontroly sterility operačního síta, osoby kontrolující počet operačního materiálu na závěr operace a situace vyžadující provedení hygienické dezinfekce rukou. Výhodou tohoto typu otázek je získání přesnějších odpovědí respondentů na dané otázky.

Prostřednictvím dotazníku byly zjišťovány tyto informace:

- věk
- délka praxe na operačním sále
- nejvyšší stupeň dosaženého odborného vzdělání
- vykonávané povolání
- specializovaná způsobilost
- přehlednost, srozumitelnost a místo uložení standardů
- indikátory kvality a návrh nových indikátorů kvality
- hlášení a výskyt nežádoucích událostí
- kompetence členů operačního týmu
- hygiena rukou
- dodržování pracovních postupů

3.2 Organizace šetření

Dotazníky zjišťující informace týkající se kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb v perioperační péči byly určeny výhradně pro perioperační sestry pracující na vybraných operačních sálech. Dotazníky byly distribuovány na operačních sálech v průběhu prosince 2016 a ledna 2017.

Distribuci dotazníků mezi sálové sestry ve FN Motol předcházelo schválení žádosti o provedení dotazníkového šetření náměstkyní pro ošetrovatelskou péči.

Ve VFN v Praze bylo podle interních předpisů nemocnice nutno oslovit nejprve všechny vrchní sestry pracovišť, na kterých bylo dotazníkové šetření prováděno, teprve po schválení šetření vrchními sestrami byla podána „Žádost o schválení dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací“ náměstkyní pro nelékařská zdravotnická povolání ve VFN v Praze.

Dotazníky byly distribuovány za pomoci vrchních sester příslušných klinik, které byly obeznámeny s metodikou vlastního šetření. Dotazníkový průzkum byl anonymní. Jednotlivé dotazníky byly podle instrukcí uvedených v úvodní části dotazníku po vyplnění respondenty vloženy do samolepících obálek a předány staničním a poté vrchním sestram. V předem domluveném termínu byly dotazníky z jednotlivých pracovišť zpětně vyzvednuty. Následně byla provedena tvorba datového listu, do něž byly veškeré odpovědi zaneseny pro další zpracování.

V rámci dotazníkového šetření byly osloveny všechny perioperační sestry na vybraných pracovištích. Na oddělení COS pro dospělé ve FN Motol pracovalo 80 perioperačních sester, na COS pro děti ve FN Motol pracovalo 27 perioperačních sester. Ve FN Motol bylo zadáno 107 dotazníků, celková návratnost byla pouze 40 %, (n=43) vyplněných dotazníků. Na vybraných operačních sálech ve VFN v Praze bylo vydáno 20 dotazníků na I. chirurgické klinice, 18 dotazníků na II. chirurgické klinice, 19 dotazníků na Gynekologicko-porodnické klinice a 10 dotazníků na Urologické klinice, celkem tedy 67 dotazníků. Vyplněných dotazníků se vrátilo celkem 76% (n=51). Ve FN Motol byla návratnost dotazníků výrazně nižší než ve VFN v Praze. Předpokládanou příčinou nižší návratnosti dotazníků z FN Motol je pravděpodobně více probíhajících dotazníkových šetření a vysoká pracovní vytíženost oslovených perioperačních sester.

Celkový počet vybraných dotazníků byl 94 (n=94). Zkoumaný vzorek perioperačních sester je charakterizován podle věku, délky praxe na operačním sále, dosaženého vzdělání a nemocnice ve které pracují (FN Motol x VFN v Praze).

Tab. 1: Přehled o vydání, návratnosti a vyhodnocení dotazníků

Dotazník	data					
	FN Motol		VFN		celkem	
	n	%	n	%	n	%
vydáno	107	61%	67	39%	174	100%
návratnost	43	40%	51	76%	94	54%

3.2.1 Zpracování Dat

K třídění a základnímu zpracování dat byl použit program Microsoft Excel 2010. Jednotlivé odpovědi byly zpracovány do datového listu (viz. Příloha na CD-ROM) a tato byla následně exportována do statistického programu Statistika CZ 12 (StatSoft CR s.r.o.), v němž byla data statisticky testována. V tomto programu byly zpracovány základní charakteristiky polohy a variability, tabulky četností, histogramy četností a výsečové diagramy a dále zpracovány kontingenční tabulky a výpočty hodnoty Pearsonova – chí kvadrátu.

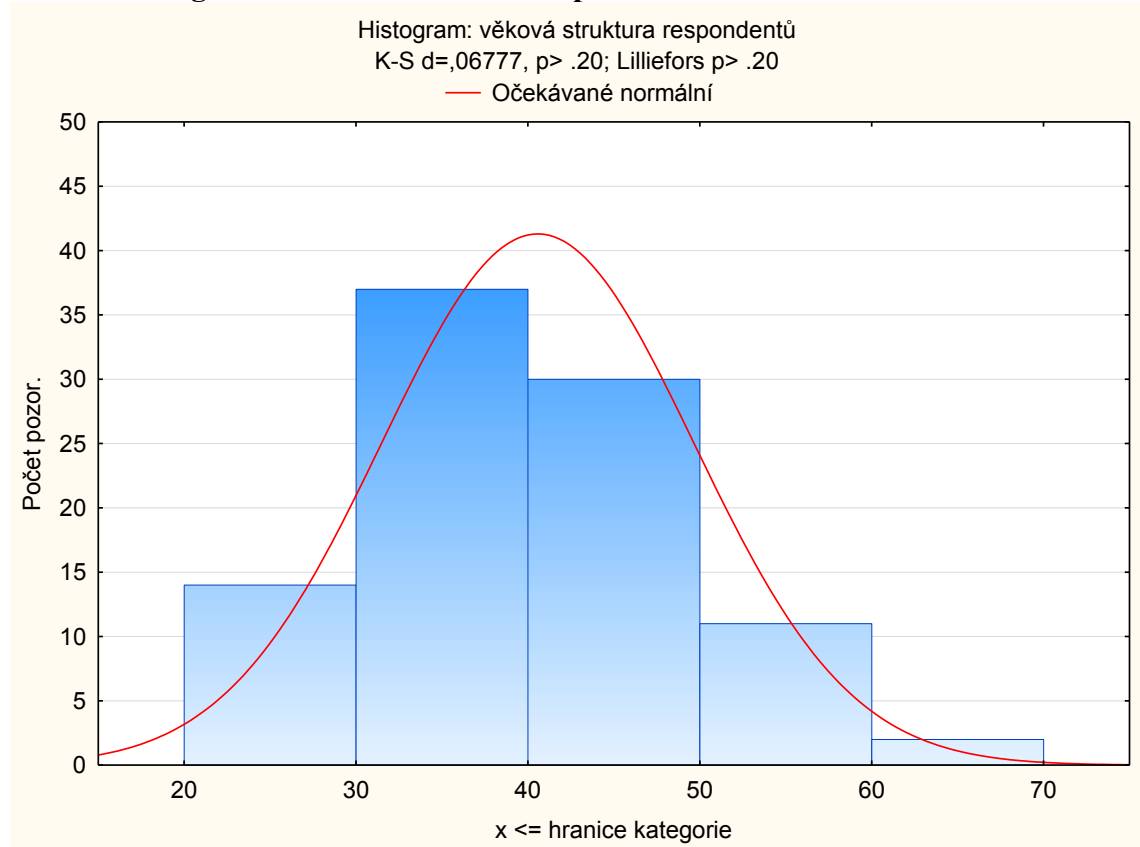
3.3 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku

Věk respondentů a průměrná délka praxe na operačním sále

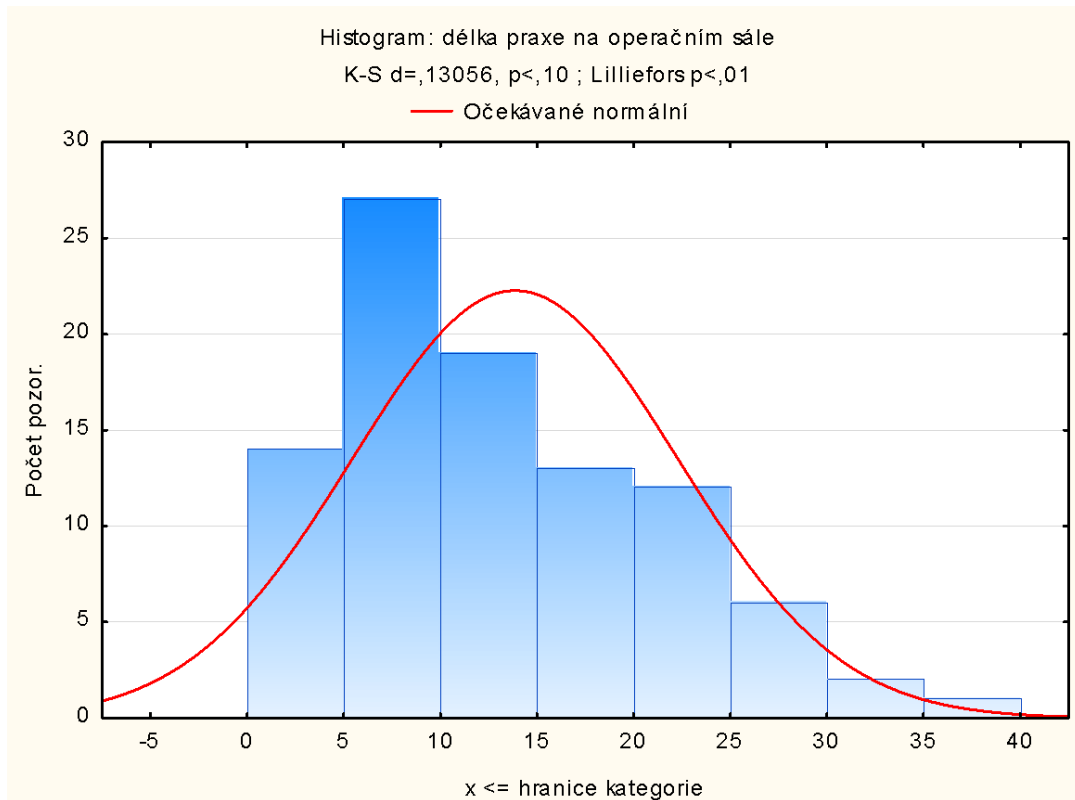
Průměrný věk sester pracujících na COS je 40,57 let ($s=9,08$). V rámci dotazníkového šetření uvedly respondenty průměrnou délku praxe na operačním sále 13,87 let ($s=8,42$). U obou proměnných jsou v tabulce č. 2 uvedeny údaje charakterizující jejich průměr, směrodatnou odchylku a variační koeficient.

Tab. 2: Věk respondentů a průměrná délka praxe na operačním sále

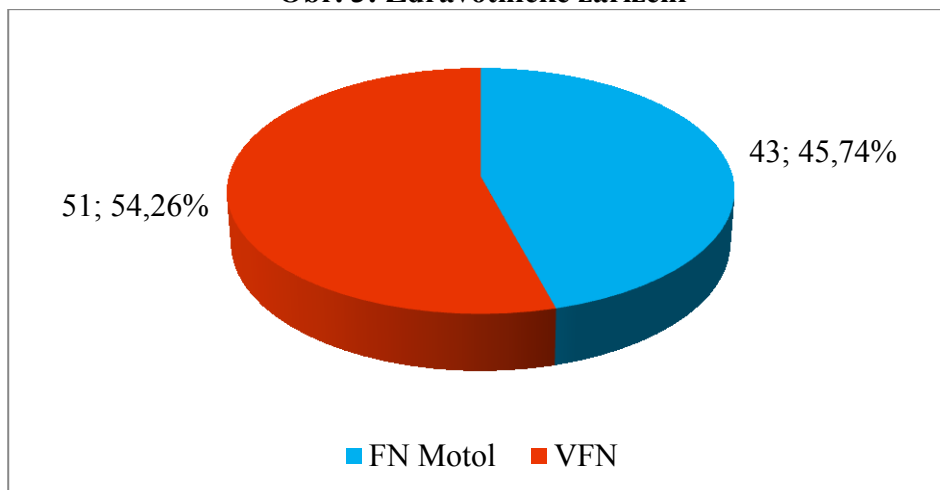
Kategorie	Popisné statistiky		
	Průměr	Sm.odch.	Var.koef.
věková struktura respondentů	40,57	9,08	22,381
délka praxe na operačním sále	13,87	8,42	60,683

Obr. 1: Histogram: Věková struktura respondentů

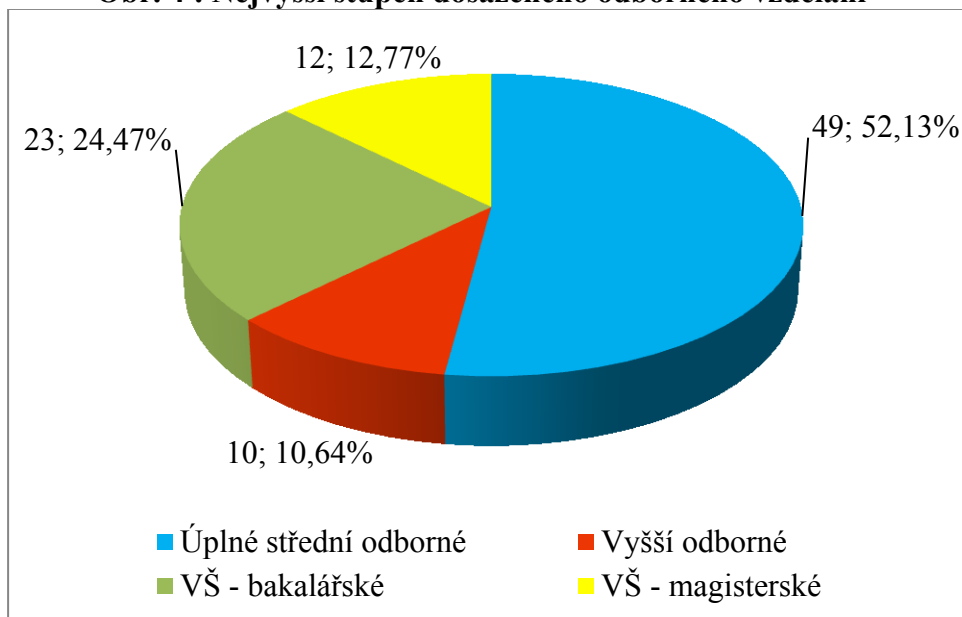
Jak znázorňuje obrázek 1. z histogramu četnosti je patrné, že se rozdělení souboru respondentů podle věku přibližuje normálnímu rozdělení, ale jeho parametry stále nenaplnjuje.

Obr. 2: Histogram: Délka praxe na operačním sále

Jak znázorňuje obrázek 2. z histogramu četnosti je patrné, že se rozdělení souboru respondentů dle délky praxe na operačním sále přibližuje normálnímu rozdělení, ale jeho parametry stále nenaplnjuje.

Obr. 3: Zdravotnické zařízení

Obrázek 3. znázorňuje počet vyhodnocených dotazníků vyplněných respondenty ve vybraných zdravotnických zařízeních. Vyhodnocených dotazníků z FN Motol bylo 45,74 %, (n=43), vyhodnocených dotazníků z VFN v Praze bylo 54,26 %, (n=51).

Obr. 4 : Nejvyšší stupeň dosaženého odborného vzdělání

Z obrázku 4. vyplývá, že největší zastoupení v souboru respondentek měly sestry s ukončeným středním odborným vzděláním 52,13%, (n = 49), následovaly respondentky šetření, které absolvovaly vysokoškolské studium v bakalářském studijním programu 24,47%, (n = 23). Další skupinou v souboru dotazovaných byly sestry, které absolvovaly vysokoškolské studium v magisterském studijním programu 12,77%, (n = 12). Nejméně početnou skupinu tvořily sestry s ukončeným vyšším odborným vzděláním 10,64%, (n = 10). Zjištěné informace jsou vizualizovány v obrázku 4.

Tab. 3: Vykonávané povolání

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
všeobecná sestra	89	94,68
porodní asistentka	5	5,32
Celkem	94	100,00

Z tabulky 3. je patrné, že většina oslovených respondentů vykonává povolání na pozici všeobecná sestra 94,68 %, (n = 89). Pouze malá část respondentů vykonává povolání na pozici porodní asistentka 5,32 %, (n = 5).

Tab. 4: Specializovaná způsobilost

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ano	77	81,91
Ne	17	18,09
Celkem	94	100,00

Z tabulky 4. vyplývá, že z celkového počtu respondentů má specializovanou způsobilost 81,91 %, (n = 77), bez specializované způsobilosti je 18,09 %, (n = 17) respondentů.

3.4 Výsledky vlastní práce

Výsledky vlastní práce jsou hodnoceny postupně dle pořadí otázek v dotazníku. Ke každé otázce je uvedena tabulka nebo obrázek s příslušným komentářem.

Tab. 5: Přehlednost standardů

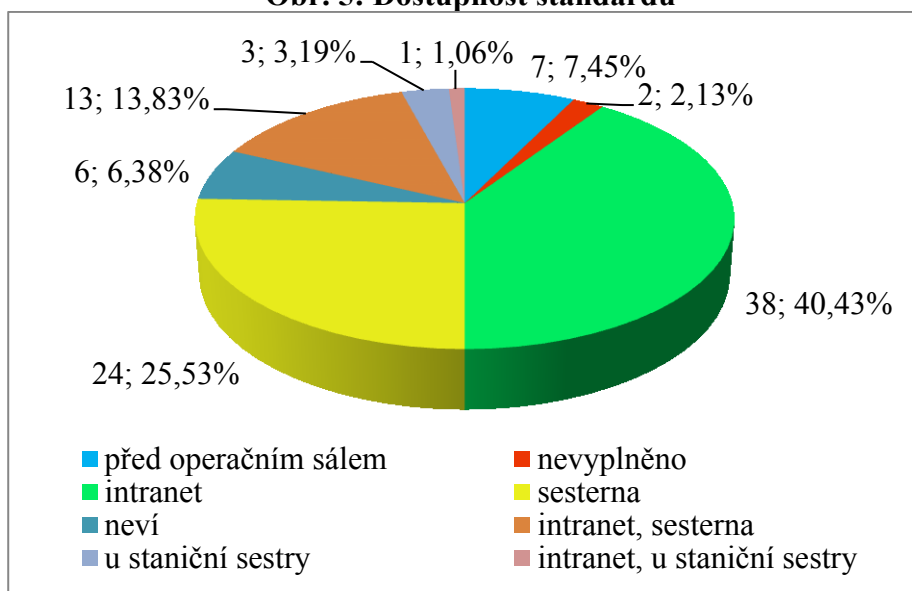
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
určitě ano	27	28,72
spíše ano	48	51,06
spíše ne	15	15,96
určitě ne	4	4,26
Celkem	94	100,00

Tabulka 5. znázorňuje mínění respondentů na otázku přehlednosti standardů na pracovišti. Variantu odpovědi určitě ano vybralo 28,72 %, (n = 27) respondentů, odpověď spíše ano vybralo 51,06 %, (n = 48) respondentů. Menší část respondentů hodnotila přehlednost standardů na pracovišti negativně. Spíše ne odpovědělo 15,96 %, (n = 15) respondentů a odpověď určitě ne zvolilo 4,26 %, (n = 4) respondentů.

Tab. 6: Srozumitelnost standardů

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
určitě ano	23	24,47
spíše ano	56	59,57
spíše ne	12	12,77
určitě ne	3	3,19
Celkem	94	100,00

Jak vyplývá z tabulky 6. z celkového počtu oslovených respondentů (n=94) uvedlo na otázku, zda jsou standardy používané na pracovišti dostatečně srozumitelné variantu odpovědi určitě ano 24,47%, (n = 23) respondentů, spíše ano 59,57%, (n = 56) respondentů, spíše ne 12,77%, (n = 12) respondentů a určitě ne 3,19%, (n = 3) respondentů.

Obr. 5: Dostupnost standardů

Obrázek 5. znázorňuje různé varianty odpovědi na otázku místa uložení standardů na pracovišti. Největší počet respondentů uvedl jako místo uložení standardů intranet 40,43 %, (n = 38), jako druhé nejčastější místo uložení standardů uváděli respondenti sesternu 25,53 %, (n = 24), třetí nejčastější odpovědí byla kombinace uložení standardů na intranetu a na sesterně 13,83 %, (n = 13). Jako další místa uložení standardů udávali respondenti možnosti před operačním sálem 7,45 %, (n = 7), u staniční sestry 3,19 %, (n = 3), intranet a u staniční sestry 1,06 %, (n = 1), nevědělo 6,38 %, (n = 6) a na otázku neodpovědělo 2,13 %, (n = 2) respondentů.

Tab. 7: Znalost indikátorů kvality na pracovišti

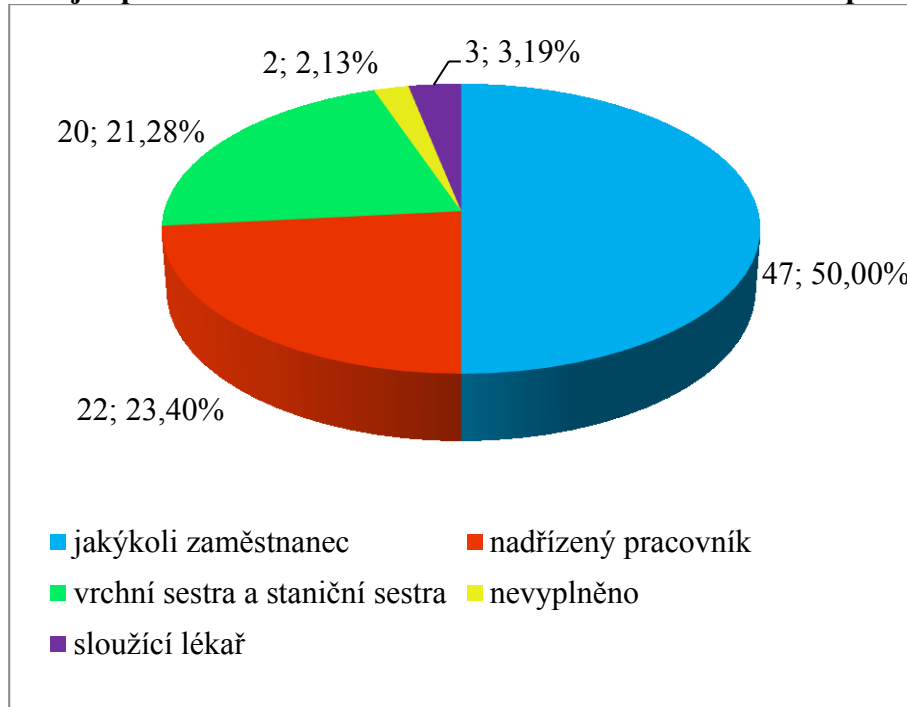
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
neví	42	44,68
nevyplněno	19	20,21
částečná znalost	32	34,04
dobrá znalost	1	1,06
Celkem	94	100,00

Tabulka 7. znázorňuje znalosti respondentů týkajících se sledovaných indikátorů kvality na pracovišti. Z celkového počtu respondentů prokázalo 44,68%, (n = 42) respondentů neznalost dané problematiky, 20,21%, (n = 19) respondentů na otázku neodpovědělo, 34,04%, (n = 32) prokázalo částečnou znalost sledovaných indikátorů kvality a pouze 1,06%, (n=1) respondentů prokázalo dobrou znalost.

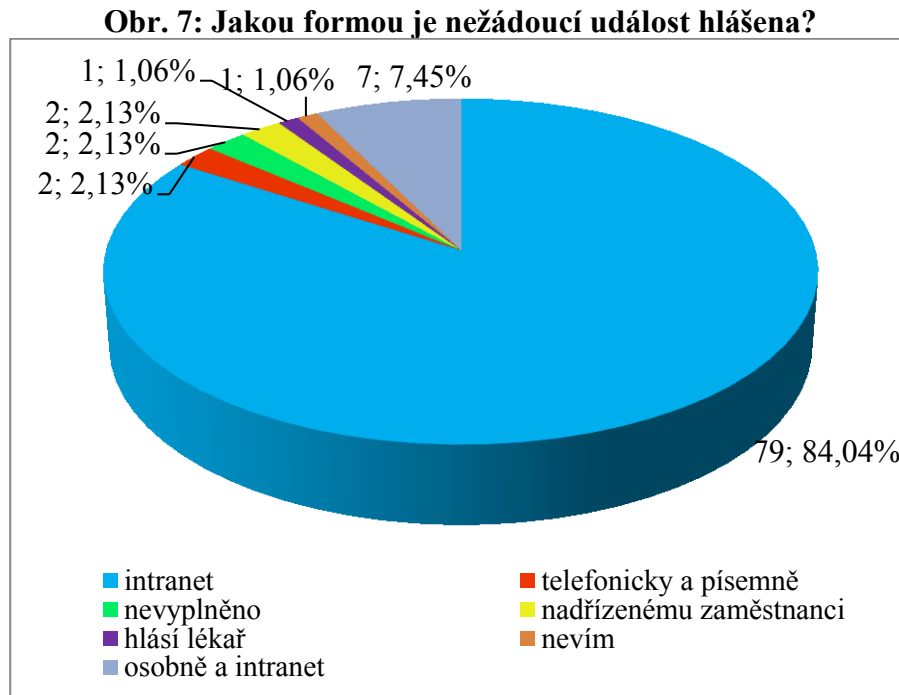
Tab. 8: Respondent navrhuje nové indikátory kvality

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ne	79	84,04
Ano	14	14,89
Celkem	94	100,00

Tabulka 8. znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda by navrhovali sledování dalších indikátorů kvality na pracovišti. Z celkového počtu 100%, (n=94) oslovených respondentů 84,04 %, (n = 79) nenavrhovalo sledování dalších možných indikátorů kvality, pouze 14,89 %, (n = 14) respondentů navrhovalo sledování dalších indikátorů kvality. Získaná data poukazují na nedostatečnou orientaci respondentů v této problematice.

Obr. 6: Kdo je oprávněn nahlásit vznik nežádoucí události na Vašem pracovišti?

Obrázek 6 znázorňuje odpovědi na otázku, kdo je oprávněn nahlásit vznik nežádoucí události na pracovišti. 50,00 %, (n = 47) respondentů uvedlo jakýkoli zaměstnanec, 23,40 %, (n = 22) respondentů označilo nadřízeného pracovníka, 21,28 %, (n = 20) respondentů si myslí, že vrchní a staniční sestra, 3,19 %, (n = 3) respondentů uvedlo jako odpověď sloužící lékař a 2,13 %, (n = 2) respondentů neznalo odpověď na položenou otázku.



Obrázek 7 znázorňuje varianty odpovědí na otázku jakým způsobem je nežádoucí událost vzniklá na pracovišti hlášena. 84,04 %, (n = 79) respondentů uvedlo pomocí intranetu, 2,13 %, (n = 2) respondentů uvedlo možnost hlášení nežádoucí události telefonicky a písemně, 2,13%, (n = 2) respondentů odpovědělo, že nežádoucí událost nahlašuje nadřízený pracovník, 1,06 %, (n = 1) respondentů uvedlo, že nahlášení nežádoucí události je povinností lékaře, 7,45 %, (n = 7) respondentů uvedlo možnost nahlášení prostřednictvím intranetu a osobně a 2,13 %, (n = 2) respondentů na otázku neodpovědělo a 1,06 %, (n = 1) respondentů neznalo správnou odpověď.

Tab. 9: Odpovědnost kontroly vyplnění údajů v PBP

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
správná odpověď	47	50,00
nesprávná odpověď	47	50,00
Celkem	94	100,00

Z tabulky 9. je patrné, že na otázku, kdo kontroluje kompletní vyplnění údajů v dokumentaci „Předoperačního bezpečnostního procesu“ uvedlo správnou odpověď pouze 50,00 %, (n = 47) respondentů, kteří uvedli jako osobu zodpovídající za kontrolu kompletního vyplnění všech údajů obíhající perioperační sestru, 50,00 %, (n = 47)

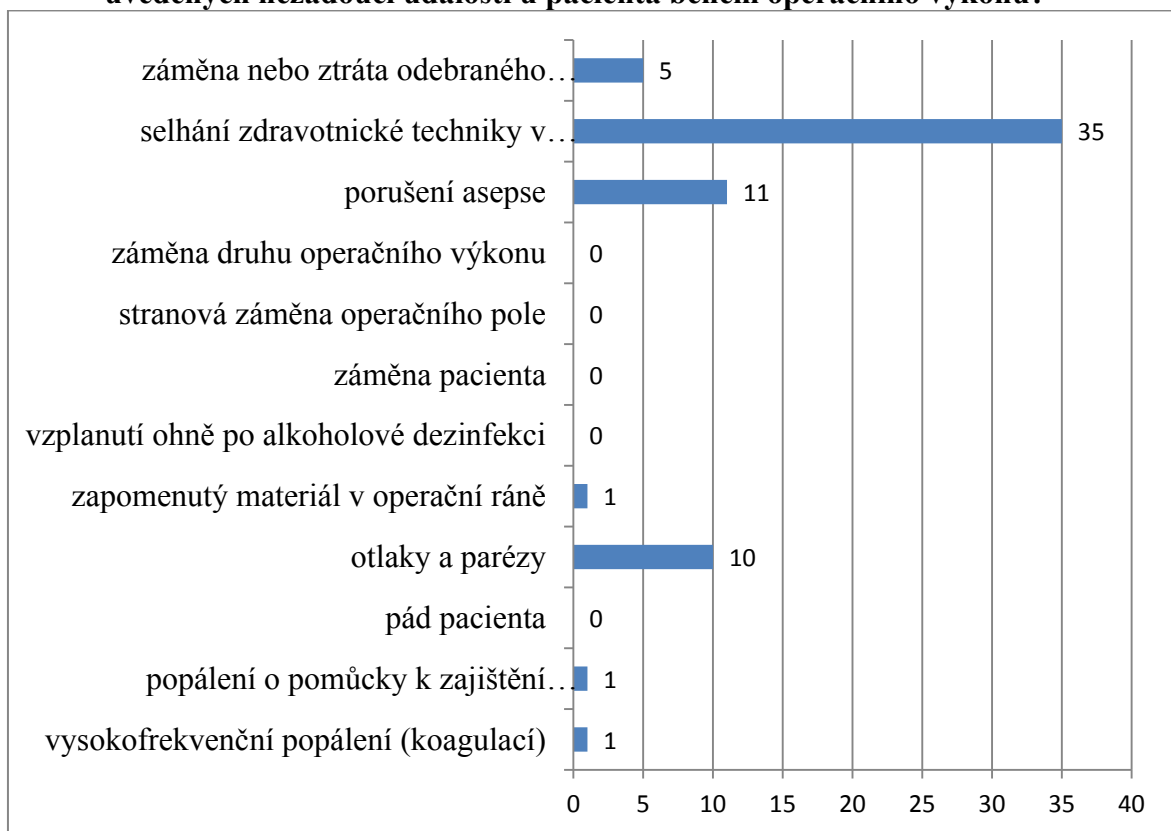
respondentů uvádělo více členů operačního týmu a prokázalo tím neznalost správné odpovědi na tuto otázku.

Tab. 10: Odpovědnost za předoperační bezpečnostní proces

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
lékař - operatér	10	10,64
všichni členové operačního týmu	78	82,98
neví	6	6,38
Celkem	94	100,00

Tabulka 10 obsahuje odpovědi respondentů na otázku, kdo zodpovídá za správný postup Předoperačního bezpečnostního procesu. Pouze 10,64 %, (n = 10) respondentů vybralo správnou možnost lékař operatér, dalších 82,98 %, (n = 78) respondentů uvedlo všechny členy operačního týmu a 6,38 %, (n = 6) respondentů neznalo odpověď na položenou otázku.

Obr. 8: Setkal/a jste se na svém pracovišti za uplynulých 6 měsíců s některou z níže uvedených nežádoucích událostí u pacienta během operačního výkonu?



Z obrázku 8. je patrné, že mezi nežádoucí události, se kterými se respondenti na operačním sále nejčastěji setkají (za posledních 6 měsíců), patří selhání zdravotnické techniky v průběhu operace, porušení asepse a výskyt otlaků a paréz u pacientů po operaci. Z celkového počtu oslovených respondentů 100 %, (n = 94) se setkala 54,69 %, (n = 35) selháním zdravotnické techniky v průběhu operace, 17,19%, (n=11) respondentů s porušením asepse, 15,63%, (n=10) s výskytem otlaků a paréz u pacientů po operaci, 7,81%, (n=5) respondentů se záměnou nebo ztrátou odebraného biologického materiálu, 1,56%, (n=1) s popálením pacienta koagulací, 1,56%, (n=1) respondentů s popálením o pomůcky k zajištění tepelného komfortu pacienta a 1,56%, (n=1) respondentů se zapomenutým materiálem v operační ráně. S dalšími uvedenými nežádoucími událostmi se nesetkal nikdo z respondentů.

Tab. 11: Způsob kontroly totožnosti pacienta

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
dotazem na příjmení pacienta	2	2,13
dotazem na jméno a příjmení pacienta	4	4,26
dotazem na jméno, příjmení a rodné číslo pacienta	9	9,57
dotazem na jméno, příjmení, rodné číslo a kontrolou identifikačního náramku a dokumentace pacienta	79	84,04
Celkem	94	100,00

Z tabulky 11. je patrné, že na otázku způsobu kontroly identifikace pacienta odpovědělo správně 84,04 %, (n = 79) respondentů - kontrolu provádí dotazem na jméno, příjmení, rodné číslo a kontrolou identifikačního náramku a dokumentace pacienta, 9,57 %, (n = 9) respondentů provádí kontrolu dotazem na jméno, příjmení a rodné číslo, 4,26 %, (n = 4) respondenti se dotazují na jméno a příjmení a 2,13 %, (n = 2) respondentů ověřuje pouze příjmení pacienta.

Tab. 12: Představíte se při prvním kontaktu s pacientem na operačním sále a podáte mu informaci o Vaší pozici v rámci operačního týmu?

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ano	57	60,64
Ne	16	17,02
podle časových možností	21	22,34
Celkem	94	100,00

Z tabulky 12. je patrné, že při prvním kontaktu s pacientem na operačním sále se představí a podá informaci o své pozici v rámci operačního týmu 60,64 %, (n = 57) respondentů, 17,02 %, (n = 16) respondentů se pacientovi nepředstaví a 22,34 %, (n = 21) respondentů se představí pacientovi pouze podle časových možností.

Tab. 13a : Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - sanitář

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ano	13	13,83
Ne	81	86,17
Celkem	94	100,00

Tab. 13b : Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - perioperační sestra

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ano	44	46,81
Ne	50	53,19
Celkem	94	100,00

Tab. 13c : Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - sanitář i perioperační sestra

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ano	33	35,11
Ne	61	64,89
Celkem	94	100,00

Tab. 13d : Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - lékař operatér

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ano	37	39,36
Ne	56	59,57
Celkem	94	100,00

Tab. 13e : Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - anesteziologická sestra

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ano	13	13,83
Ne	81	86,17
Celkem	94	100,00

Tab. 13f : Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - nejsem si jistá/ý

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ano	6	6,38
Ne	88	93,62
Celkem	94	100,00

Tabulky 13a – 13f zobrazují varianty odpovědí na otázku, kdo zodpovídá na operačním sále za bezpečné a správné polohování pacienta na operačním stole. Správnou odpověď perioperační sestra uvedlo z celkového počtu respondentů 46,81 %, (n = 44). Ostatní respondenti uváděli jako osoby zodpovědné za polohování pacienta ostatní členy operačního týmu, nebo si nebyli jistí správnou odpovědí.

Tab. 14: Kontrola správné polohy pacienta

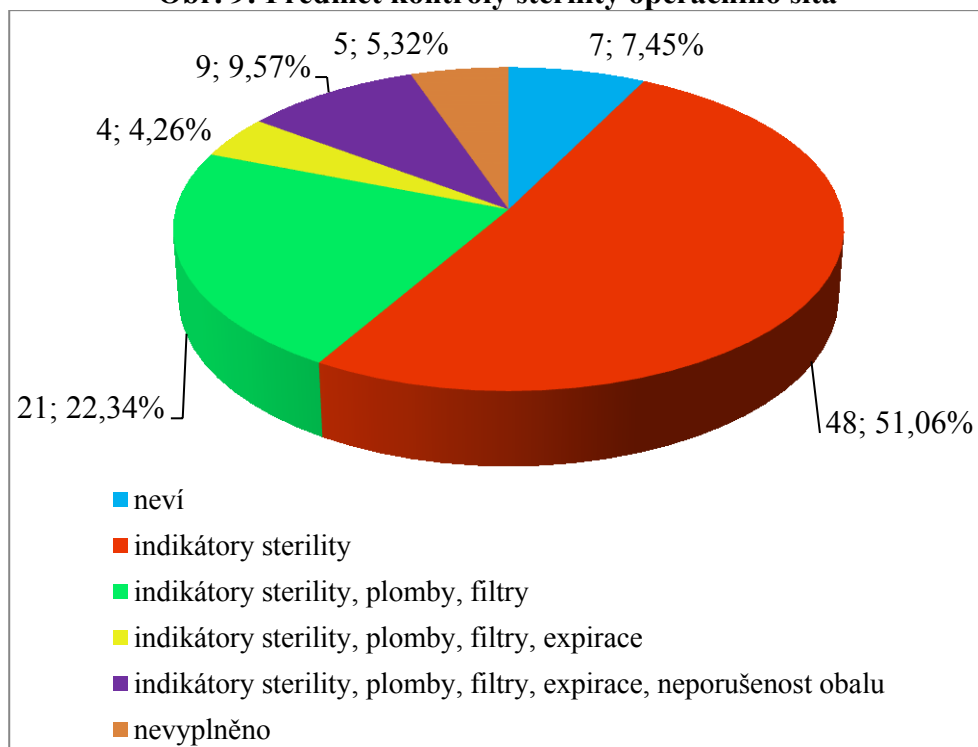
Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
ano vždy	84	89,36
jen někdy	5	5,32
jen při změně polohy	2	2,13
ne nikdy	3	3,19
Celkem	94	100,00

Z tabulky 14 vyplývá, že kontrolu správné polohy pacienta na operačním stole před začátkem a v průběhu operace provádí vždy 89,36 %, (n = 84) respondentů, jen někdy 5,32 %, (n = 5) respondentů, jen při změně polohy 2,13 %, (n = 2) respondentů a nikdy 3,19 %, (n = 3) respondentů.

Tab. 15: Odpovědnost za přikládání neutrální elektrody

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
sanitář	24	25,53
perioperační sestra	66	70,21
nejsem si jistý/á	4	4,26
Celkem	94	100,00

Z tabulky 15. vyplývá, že za přikládání neutrální elektrody na operačním sále je podle 25,53 %, (n = 24) respondentů zodpovědný sanitář, dalších 70,21 %, (n = 66) respondentů se správně domnívá, že zodpovědná za přikládání neutrální elektrody je perioperační sestra a 4,26 %, (n = 4) respondentů si není jista, kdo za přikládání neutrální elektrody zodpovídá.

Obr. 9: Předmět kontroly sterility operačního sítá

Obrázek 9. znázorňuje co je podle perioperačních sester předmětem kontroly sterility operačního sítá. 51,06 %, (n = 48) respondentů uvedlo kontrolu indikátorů sterility, dalších 22,34 %, (n = 21) respondentů uvedlo kontrolu indikátorů sterility společně s celistvostí pojistné plomby na kontejneru a kontrola filtrů na víku operačního sítá. 9,57 %, (n = 9) respondentů kontroluje indikátory sterility, plomby, filtry, expiraci a neporušenost obalu, 4,26 %, (n = 4) respondentů kontrolují indikátory sterility,

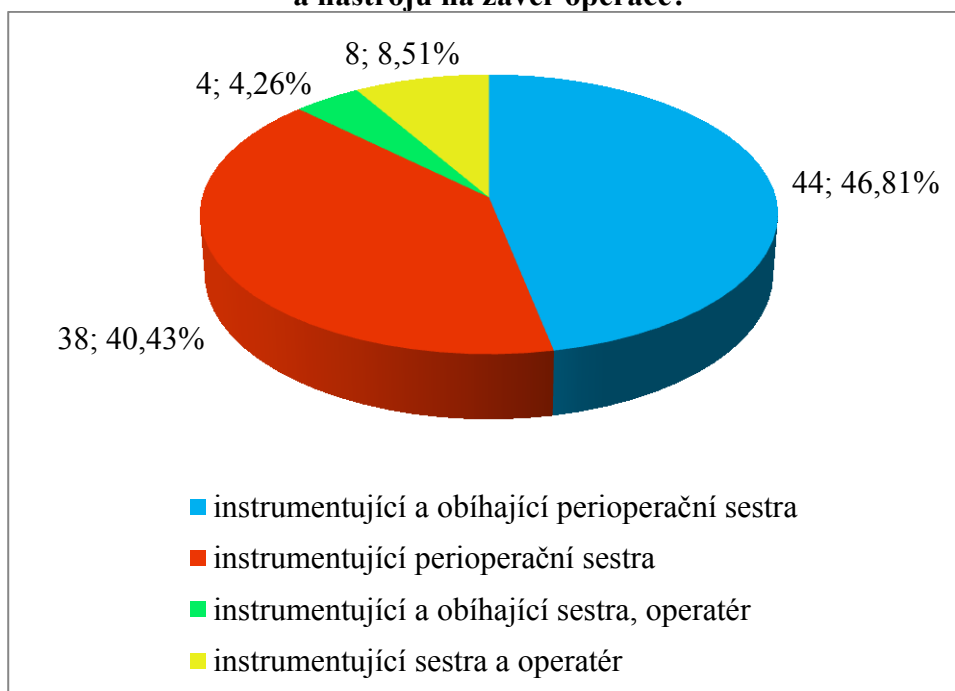
plomby, filtry a expiraci. 7,45 %, (n = 7) respondentů neznalo odpověď na otázku a 5,32 %, (n = 5) respondentů na otázku neodpovědělo.

Tab. 16: Kdy kontrolujete počet nástrojů na operačních sítích?

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
jen před ukončením operace	1	1,06
před zahájením, v průběhu a při ukončení operace	93	98,94
Celkem	94	100,00

Podle tabulky 16. provádí početní kontrolu nástrojů na operačních sítích 98,94 %, (n = 93) respondentů správně před zahájením, v průběhu a při ukončení operace, pouze 1,06 %, (n = 1) respondentů zvolilo variantu odpovědi „jen při ukončení operace“.

Obr. 10: Kdo provádí kontrolu počtu operačních roušek, sušení, jehel a nástrojů na závěr operace?



Obrázek 10. znázorňuje varianty odpovědí na otázku: „Kdo provádí kontrolu počtu operačních roušek, sušení, jehel a nástrojů na závěr operace.“ 46,81 %, (n = 44) respondentů uvedlo instrumentující a obíhající perioperační sestru, 40,43 %, (n = 38) respondentů uvedlo pouze instrumentující perioperační sestru, 4,26 %, (n = 4) respondentů uvedlo pouze instrumentující perioperační sestru, obíhající perioperační sestru a

lékaře operátora a 8,51 %, (n = 8) uvedlo instrumentující perioperační sestru a lékaře operátora.

Tab. 17: Kdo je informován o výsledku početní kontroly roušek, sušení, jehel a nástrojů v průběhu operace?

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
celý operační team	1	1,06
operatér	81	86,17
obíhající sestra	3	3,19
operatér, obíhající sestra	6	6,38
nevyplněno	2	2,13
operatér, anesteziolog	1	1,06
Celkem	94	100,00

Tabulka 17. zobrazuje varianty odpovědí respondentů na otázku kdo je informován o výsledku početní kontroly operačních nástrojů, roušek, sušení a jehel na závěr operace. 86,17 %, (n = 81) respondentů vybralo správnou možnost lékař operatér, 6,38 %, (n = 6) respondentů uvedlo možnost lékař operatér a obíhající perioperační sestra, 3,19 %, (n = 3) respondentů uvedlo odpověď obíhající perioperační sestra, 1,06 %, (n = 1) respondentů uvedlo lékař operatér a lékař anesteziolog, 1,06 %, (n = 1) respondentů uvedlo celý operační tým a 2,13 %, (n = 2) respondentů na otázku neodpovědělo.

Tab. 18: Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojové vybavení na operačním sále?

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
perioperační sestra	54	57,45
perioperační sestra a sálový technik	11	11,70
nevyplněno	1	1,06
perioperační sestra a sanitář	11	11,70
sanitář	2	2,13
proškolený sálový technik	5	5,32
perioperační sestra a lékař	2	2,13
perioperační sestra, technik, operatér	4	4,26
instrumentářka, anesteziologická sestra	1	1,06
neví	2	2,13
staniční sestra	1	1,06
Celkem	94	100,00

Tabulka 18. zobrazuje varianty odpovědí respondentů na otázku kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojového vybavení na operačním sále. Z celkového počtu oslovených respondentů uvedlo jako osobu zodpovědnou za přípravu a obsluhu přístrojového vybavení na operačním sále správně perioperační sestru 57,45 %, (n = 54). 11,70 %, (n = 11) respondentů uvedlo perioperační sestru a sálového technika, 11,70 %, (n = 11) respondentů uvedlo perioperační sestru a sanitáře, 2,13 %, (n = 2) respondentů uvedlo sanitáře, 5,32 %, (n = 5) respondentů uvedlo sálového technika, 2,13 %, (n = 2) respondentů uvedlo perioperační sestru a lékaře, 4,26 %, (n = 4) respondentů uvedlo perioperační sestru, technika a operátora, 1,06 %, (n = 1) respondentů instrumentářku a anesteziologickou sestru, 1,06 %, (n = 1) respondentů staniční sestru, 1,06 %, (n = 1) neodpovědělo a 2,13 %, (n = 2) respondentů neznalo odpověď na položenou otázku. Široká škála různých variant odpovědí svědčí o nedostatečné informovanosti perioperačních sester o pracovních kompetencích.

Tab. 19: Označujete do perioperační dokumentace použitou zdravotnickou techniku v průběhu operace?

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ano	94	100,00
Celkem	94	100,00

Tabulka 19. zobrazuje, že na otázku zda respondenti označují použitou zdravotnickou techniku do perioperační dokumentace odpovědělo 100 %, (n = 94) respondentů kladně.

Tab. 20: Probíhá na Vašem pracovišti pravidelné školení v oblasti správné hygieny rukou?

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
Ano	84	89,36
Ne	10	10,64
Celkem	94	100,00

Jak uvádí tabulka 20, na otázku zda probíhá na pracovišti pravidelné školení v oblasti hygieny rukou, odpovědělo z celkového počtu oslovených respondentů 89,36 %, (n = 84) ano a 10,64 %, (n = 10) respondentů uvedlo odpověď ne.

Tab. 21: Provádějí se na Vašem pracovišti namátkové stěry na mikrobiologické vyšetření z rukou personálu?

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
nevyplněno	2	2,13
Ano	86	91,49
Ne	6	6,38
Celkem	94	100,00

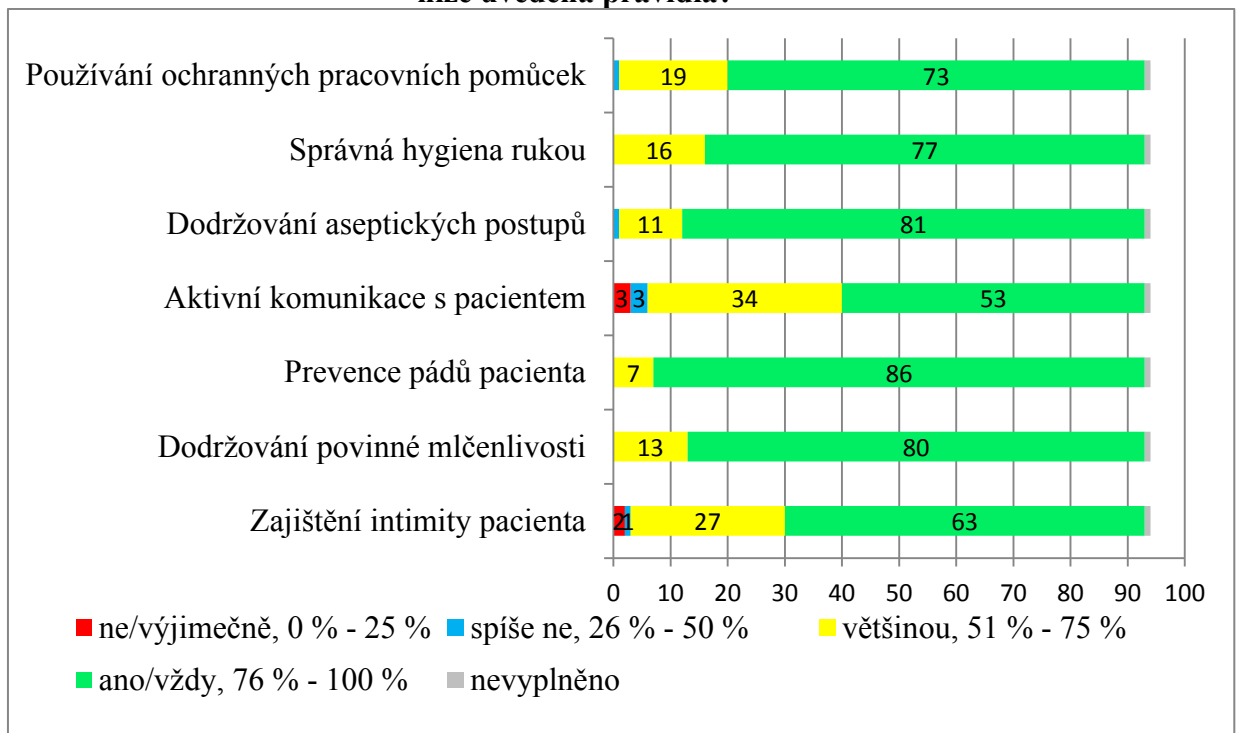
Na otázku zda se provádějí na pracovišti namátkové stěry z rukou personálu, jak zobrazuje tabulka 21, uvedlo z celkového počtu oslovených respondentů ano 91,49 %, (n = 86), ne odpovědělo 6,38 %, (n = 6) respondentů a 2,13 %, (n = 2) respondentů na otázku neodpovědělo.

Tab. 22: Kdy provádíte hygienickou dezinfekci rukou?

Kategorie	Četnost (n)	Rel.četnost (v %)
částečná znalost	48	51,06
nedostatečná znalost	28	29,79
dobrá znalost	14	14,89
nevyplněno	1	1,06
výborná znalost	3	3,19
Celkem	94	100,00

Jak uvádí tabulka 22. na otázku: „Kdy respondenti provádějí hygienickou dezinfekci rukou“, prokázalo z celkového počtu oslovených respondentů svou odpovědí částečnou znalost situací vyžadujících provedení hygienické dezinfekce rukou 51,06 %, (n = 48) respondentů, nedostatečnou znalost 29,79 %, (n = 28) respondentů, dobrou znalost 14,89 %, (n = 14) respondentů a výbornou znalost pouze 1,06 %, (n = 1) respondentů.

Obr. 11: Do jaké míry dle Vašeho názoru se na vašem pracovišti daří dodržovat níže uvedená pravidla?



Z obrázku 11. je patrné, na kolik procent jsou podle oslovených respondentů dodržovány jednotlivé pracovní postupy na pracovišti.

3.5 Diskuse

Nejprve budou diskutovány výsledky vlastní práce ve vztahu ke stanoveným hypotézám, následně budou komparovány výsledky vlastního šetření s výsledky dříve realizovaných studií na podobné téma.

3.5.1 Výsledky vlastního šetření

V této podkapitole budou diskutovány výsledky vlastního šetření. Nejprve jsou komentovány výsledky šetření ve vztahu ke stanoveným pracovním hypotézám. Pracovní hypotézy byly definovány jako nulové, tudíž předpokládám, že mezi nimi nebudou významné rozdíly. K testování hypotéz byl použit statistický test významnosti metodou Pearsonova chí-kvadrátu. Výsledky výpočtu Pearsonova chí-kvadrátu jsou uvedeny v níže uvedené tabulce 23 v podobě p hodnot. Statisticky významné položky jsou ty, pro které platí, že hodnota p je nižší než stanovená hladina významnosti 0,05. Mezi těmito jevy jsou pozorovány významné rozdíly.

Byly statisticky testovány tyto pracovní hypotézy:

- Hypotéza 1: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle jejich věku.
- Hypotéza 2: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle toho, v jakých zdravotnických zařízeních respondenti pracují.
- Hypotéza 3: Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle délky jejich praxe na operačním sále.
- Hypotéza 4: Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit dle stupně dosaženého odborného vzdělání.

Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o poměrně malý soubor respondentů ($n = 94$), byla provedena kategorizace souboru respondentů dle následujících kritérií:

A) Rozdělení podle věku respondentů do dvou kategorií na základě vypočítaného mediánu:

1. první skupina je mladší a zahrnuje respondenty ve věku do 39 let včetně, ($n=46$)

2. druhá skupina je starší a zahrnuje respondenty ve věku nad 40 let, (n=48)

B) Rozdělení respondentů podle zdravotnických zařízení do dvou kategorií:

1. FN Motol, (n=43)
2. VFN v Praze, (n=51)

C) Rozdělení respondentů podle délky praxe na operačním sále do dvou kategorií na základě vypočítaného mediánu:

1. první skupina zahrnuje respondenty s délkou praxe na operačním sále do 11 let včetně, (n=45)
2. druhá skupina zahrnuje respondenty s délkou praxe na operačním sále 12 let a více, (n=49)

D) Rozdělení respondentů podle stupně dosaženého odborného vzdělání do dvou kategorií bylo logickým krokem z důvodu odlišné přípravy v průběhu sekundárního a terciálního vzdělávání:

1. první skupina zahrnuje respondenty s úplným středním vzděláním (n=49)
2. druhá skupina zahrnuje respondenty s úplným vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním (n=45)

Tab. 23: Přehled vypočítaných p-hodnot Pearsonova Chí-kvadrátu

p.č.	položka	p - hodnoty			
		zdravotnické zařízení	věk respondentů	délka praxe na oper. Sále	nejvyšší stupeň dosaženého odborného vzdělání
1	Přehlednost standardů	0,04759	0,93165	0,79673	0,19579
2	Srozumitelnost standardů	0,2941	0,38164	0,90656	0,14909
3	Dostupnost standardů	0	0,2193	0,11513	0,24495
4	Znalost indikátorů kvality na pracovišti	0,62774	0,42673	0,77595	0,31559
5	Respondent navrhuje nové indikátory kvality	0,18151	0,97406	0,19158	0,8961
6	Respondent nenavrhuje nové indikátory kvality	0,04339	0,30325	0,82698	0,82698
7	Kdo je oprávněn nahlásit vznik nežádoucí události na Vašem pracovišti?	0,80264	0,97229	0,53839	0,63406

8	Jakou formou je nežádoucí událost hlášena?	0,21073	0,4986	0,39038	0,28313
9	Kontrola předoperačního bezpečnostního procesu - lékař, operatér	0,00190	0,67985	0,14837	0,83642
10	Kontrola předoperačního bezpečnostního procesu - lékař, anesteziolog	0,25002	0,39051	0,27394	0,13095
11	Kontrola předoperačního bezpečnostního procesu - anesteziologická sestra	0,83598	0,67985	0,30191	0,06313
12	Kontrola předoperačního bezpečnostního procesu - obíhající perioperační sestra	0,97455	0,32748	0,28797	0,09678
13	Kontrola předoperačního bezpečnostního procesu - nejsem si jistá/ý	0,2877	0,95703	0,34086	0,91413
14	Odpovědnost za předoperační bezpečnostní proces	0,14818	0,47561	0,02837	0,57592
15	Výskyt nežádoucí události - vysokofrekvenční popálení (koagulací)	0,35593	0,30443	0,29414	0,29414
16	Výskyt nežádoucí události - popálení o pomůcky k zajištění tepelného komfortu pacienta	0,35593	0,32502	0,33532	0,33532
17	Výskyt nežádoucí události - otlaky a parézy	0,01639	0,20508	0,23138	0,41672
18	Výskyt nežádoucí události - zapomenutý materiál v operační ráně	0,27356	0,30443	0,29414	0,29414
19	Výskyt nežádoucí události - porušení asepse	0,19063	0,80582	0,07907	0,26536
20	Výskyt nežádoucí události - selhání zdravotnické techniky v průběhu operace	0,66514	0,02863	0,45344	0,747
21	Výskyt nežádoucí události - záměna nebo ztráta odebraného biologického materiálu	0,23501	0,18345	0,71724	0,71724
22	Způsob kontroly totožnosti pacienta	0,00968	0,99399	0,3121	0,1753
23	Představíte se při prvním kontaktu s pacientem na operačním sále a podáte mu informaci o Vaší pozici v rámci operačního týmu?	0,09026	0,24411	0,18275	0,71625
24	Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - sanitář	0,07718	0,82884	0,18358	0,8937

25	Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - perioperační sestra	0,63987	0,14416	0,65979	0,10337
26	Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - sanitář i perioperační sestra	0,09036	0,35291	0,03794	0,10041
27	Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - lékař operatér	0,3705	0,96727	0,28773	0,28773
28	Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - anesteziologická sestra	0,00244	0,41571	0,18358	0,46434
29	Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - nejsem si jistá/ý	0,8288	0,36922	0,07232	0,46124
30	Kontrola správné polohy pacienta	0,56048	0,18274	0,12014	0,25953
31	Odpovědnost za přikládání neutrální elektrody	0,86461	0,44378	0,03861	0,2757
32	Předmět kontroly sterility operačního síta	0,00033	0,06034	0,60048	0,20187
33	Kdy kontrolujete počet nástrojů na operačních sítích?	0,35593	0,32502	0,33532	0,29414
34	Kdo provádí kontrolu počtu operačních roušek, sušení, jehel a nástrojů na závěr operace?	0,006	0,27686	0,64789	0,4988
35	Kdo je informován o výsledku početní kontroly roušek, sušení, jehel a nástrojů v průběhu operace?	0,25827	0,0353	0,25986	0,085
36	Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojové vybavení na operačním sále?	0,0028	0,70117	0,41021	0,03353
37	Probíhá na Vašem pracovišti pravidelné školení v oblasti správné hygieny rukou?	0,00296	0,45907	0,41672	0,59807
38	Provádějí se na Vašem pracovišti namátkové stěry na mikrobiologické vyšetření z rukou personálu?	0,48956	0,16853	0,15437	0,40407
39	Kdy provádíte hygienickou dezinfekci rukou?	0,33334	0,69966	0,30555	0,69851
40	Dodržování pravidel - Zajištění intimity pacienta	0,34319	0,28117	0,32119	0,13667
41	Dodržování pravidel - Dodržování povinné mlčenlivosti	0,5475	0,0503	0,00125	0,57444
42	Dodržování pravidel - Prevence pádů pacienta	0,54471	0,07152	0,0616	0,55968

43	Dodržování pravidel - Aktivní komunikace s pacientem	0,00397	0,2942	0,36184	0,0438
44	Dodržování pravidel - Dodržování aseptických postupů	0,63001	0,18411	0,03867	0,56507
45	Dodržování pravidel - Správná hygiena rukou	0,11283	0,46468	0,09731	0,54913
46	Dodržování pravidel - Používání ochranných pracovních pomůcek	0,47539	0,50233	0,18611	0,52627

p-hodnoty uvedené tučně jsou nižší než statistická hladina významnosti 0,05. Jde o položky, u nichž byly zjištěny statisticky významné rozdíly, kterým bude věnována pozornost v další části diskuse.

Hypotéza č. 1:

Ve shora uvedené tabulce jsou výsledky statistického testování hypotéz. Z výše uvedeného vyplývá, že **hypotézu č. 1:** „Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle jejich věku,“ lze na základě provedené analýzy a s platností pro vlastní soubor respondentů přijmout, avšak s výjimkou následujících položek, u kterých byla vypočítána p hodnota nižší než je stanovená statistická hodnota významnosti 0,05. U níže uvedených položek byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentů podle věkových kategorií.

První statisticky významnou položku podle tabulky 23. ve vztahu k věkovým kategoriím, jsem se rozhodla nekomentovat. Jedná se o „Výskyt nežádoucí události – selhání zdravotnické techniky v průběhu operace“, a to z důvodu, že věk respondentů nemá žádný vliv na vyšší výskyt selhání zdravotnické techniky v průběhu operačního výkonu.

Tab. 24: Kdo je informován o výsledku početní kontroly na závěr operace

Kdo je informován o výsledku početní kontroly roušek, sušení, jehel a nástrojů v průběhu operace?	Pozorované četnosti		
	věk ktg.	věk ktg.	Řádkově
	do 39 let včetně	nad 40 let	součty
operatér	36	45	81
Sloupcově	78,26%	93,75%	
Řádkově	44,44%	55,56%	
obíhající sestra	3	0	3
Sloupcově	6,52%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
operatér, obíhající sestra	6	0	6
Sloupcově	13,04%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
operatér, anesteziolog	0	1	1
Sloupcově	0,00%	2,08%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
nevyplněno	1	1	2
Sloupcově	2,17%	2,08%	
Řádkově	50,00%	50,00%	
celý operační team	0	1	1
Sloupcově	0,00%	2,08%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
Celkem	46	48	94

Tabulka 24. zobrazuje zjištěný statisticky významný rozdíl podle věkových kategorií na otázku „Kdo je informován o výsledku početní kontroly roušek, sušení, jehel a nástrojů v průběhu operace?“ Získaná hodnota p je 0,0353. Z uvedených údajů v tabulce 24. vyplývá fakt, že vyšší procento správných odpovědí (operatér), je ve věkové skupině nad 40 let 93,75 % (n = 45). Ve věkové skupině do 39 let uvedlo správnou odpověď pouze 78,26 % (n = 36) respondentů.

Hypotéza č. 2:

V tabulce 23 jsou výsledky statistického testování hypotéz. Z výše uvedeného vyplývá, že **hypotézu č. 2:** „Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle toho, v jakých zdravotnických zařízeních respondenti pracují.“ lze na základě provedené analýzy a s platností pro vlastní soubor

respondentů přijmout, avšak s výjimkou následujících položek, u kterých byla vypočítána p hodnota nižší než je stanovená statistická hodnota významnosti 0,05. U níže uvedených položek byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentů podle zdravotnických zařízení, ve kterých respondenti pracují.

Tab. 25: Přehlednost standardů

přehlednost standardů	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení Motol	zdravotnické zařízení VFN	Řádkově součty
určitě ano	8	19	27
Sloupcově	18,60%	37,25%	
Řádkově	29,63%	70,37%	
spíše ano	24	24	48
Sloupcově	55,81%	47,06%	
Řádkově	50,00%	50,00%	
spíše ne	7	8	15
Sloupcově	16,28%	15,69%	
Řádkově	46,67%	53,33%	
určitě ne	4	0	4
Sloupcově	9,30%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
Celkem	43	51	94

Z tabulky 25 vyplývá, že respondenti pracující ve FN Motol jsou výrazně kritičtější k hodnocení přehlednosti standardů na jejich pracovišti, než respondenti pracující ve VFN v Praze. Získaná hodnota p je 0,04759. Na otázku zda jsou standardy na pracovišti přehledné, odpovědělo určitě ano ve FN Motol 18,60%, (n=8) respondentů, oproti tomu ve VFN v Praze využilo tuto možnost odpovědi 37,25%, (n=19) respondentů. Variantu odpovědi spíše ano označilo ve FN Motol 55,81%, (n=24) a ve VFN 47,06%, (n=24) respondentů. Odpověď spíše ne uvedlo ve FN Motol 16,28%, (n=7), ve VFN 15,69%, (n=8), možnost odpovědi určitě ne uvedlo 9,30%, (n=4) respondentů z FN Motol a žádný respondent z VFN.

Tab. 26: Dostupnost standardů

dostupnost standardů	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení Motol	zdravotnické zařízení VFN	Řádkově součty
intranet	6	32	38
Sloupcově	13,95%	62,75%	
Řádkově	15,79%	84,21%	
sesterna	16	8	24
Sloupcově	37,21%	15,69%	
Řádkově	66,67%	33,33%	
intranet, sesterna	3	10	13
Sloupcově	6,98%	19,61%	
Řádkově	23,08%	76,92%	
intranet, u staniční sestry	1	0	1
Sloupcově	2,33%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
neví	5	1	6
Sloupcově	11,63%	1,96%	
Řádkově	83,33%	16,67%	
před operačním sálem	7	0	7
Sloupcově	16,28%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
u staniční sestry	3	0	3
Sloupcově	6,98%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
bez odpovědi	2	0	2
Sloupcově	4,65%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
Celkem	43	51	94

Z tabulky 26. vyplývá, že na otázku týkající se místa uložení standardů na pracovišti odpovědělo překvapivě pouze 13,95%, (n=6) respondentů ve FN Motol na intranetu, ve VFN zvolilo tuto variantu odpovědi 62,75%, (n=32) dotázaných respondentů. Respondenti pracující ve VFN v Praze prokázali lepší znalost místa uložení standardů na pracovišti. Získaná hodnota p je 0.

Respondenti uváděli i další varianty odpovědi. Jako další místa uložení standardů uváděli sesternu, kombinace uložení intranet a sesterna, intranet a u staniční

sestry a před operačním sálem. Neznalost místa uložení standardů na pracovišti uvedlo 11,63%, (n=5) respondentů ve FN Motol a 1,96%, (n=2) respondentů ve VFN.

Tab. 27: Respondent nenavrhuje nové indikátory kvality

respondent nenavrhuje nové indikátory kvality	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení	zdravotnické zařízení	Řádkově
	Motol	VFN	součty
Nenavrhuje	40	39	79
Sloupcově	93,02%	78,00%	
Řádkově	50,63%	49,37%	
Navrhuje	3	11	14
Sloupcově	6,98%	22,00%	
Řádkově	21,43%	78,57%	
Celkem	43	50	93

Z tabulky 27. je patrné, že na otázku zda respondenti navrhují sledování dalších indikátorů kvality na pracovišti, nenavrhovalo nové indikátory 93,02 % (n = 40) respondentů ve FN Motol a 78,0 % (n = 39) respondentů ve VFN v Praze. Nový návrh na sledování indikátorů kvality uvedlo 6,98 % (n = 3) respondentů ve FN Motol a 22,00 % (n = 11) respondentů ve VFN v Praze. Ze zjištěných údajů je patrné, že respondenti pracující ve VFN v Praze podávali více nových návrhů na sledování dalších indikátorů kvality na pracovišti. Získaná hodnota p je 0,04339.

Tab. 28: Kontrola předoperačního bezpečnostního procesu

Kontrola předoperačního bezpečnostního procesu - lékař, operatér	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení	zdravotnické zařízení	Řádkově
	Motol	VFN	součty
Ano	14	33	47
Sloupcově	32,56%	64,71%	
Řádkově	29,79%	70,21%	
Ne	29	18	47
Sloupcově	67,44%	35,29%	
Řádkově	61,70%	38,30%	
Celkem	43	51	94

Z tabulky 28. vyplývá, že jako odpověď na otázku „Kdo kontroluje na pracovišti kompletní vyplnění údajů v dokumentaci Předoperačního bezpečnostního procesu“ uvedlo jako jednu z možných osob lékaře operátora 32,56 % (n = 14) respondentů ve FN Motol a 64,71 % (n = 33) respondentů ve VFN v Praze. Poměrně vysoké procento nesprávných odpovědí na tuto otázku svědčí o nedostatečné znalosti perioperačních sester o pracovních kompetencích. Lepší znalosti v tomto případě prokázali respondenti v FN Motol. Získaná hodnota p je 0,0019.

Tab. 29: Výskyt nežádoucí události – otlaky a parézy

výskyt události - parézy	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení Motol	zdravotnické zařízení VFN	Řádkově součty
Ano	1	9	10
Sloupcově	2,33%	17,65%	
Řádkově	10,00%	90,00%	
Ne	42	42	84
Sloupcově	97,67%	82,35%	
Řádkově	50,00%	50,00%	
Celkem	43	51	94

Z tabulky 29. je patrné, že s výskytem nežádoucí události na operačním sále jako jsou otlaky a parézy se setkalo 2,33 % (n = 1) respondentů ve FN Motol a 17,65 % (n = 9) respondentů ve VFN v Praze. Zjištěné údaje informují o lepší kontrole polohování pacientů před operačním výkonem ve FN v Motole. Získaná hodnota p je 0,01639.

Tab. 30: Způsob kontroly totožnosti pacienta

Způsob kontroly totožnosti pacienta	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení Motol	zdravotnické zařízení VFN	Řádkově součty
dotazem na příjmení pacienta	0	2	2
Sloupcově	0,00%	3,92%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
dotazem na jméno a příjmení pacienta	3	1	4
Sloupcově	6,98%	1,96%	
Řádkově	75,00%	25,00%	
dotazem na jméno, příjmení a rodné číslo pacienta	0	9	9
Sloupcově	0,00%	17,65%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
dotazem na jméno, příjmení, rodné číslo a kontrolou identifikačního náramku a dokumentace pacienta	40	39	79
Sloupcově	93,02%	76,47%	
Řádkově	50,63%	49,37%	
Celkem	43	51	94

Tabulka 30. zobrazuje jakým způsobem je prováděna kontrola totožnosti pacienta na operačním sále před operačním výkonem. Dotazem na jméno, příjmení, rodné číslo a kontrolou identifikačního náramku a dokumentace pacienta kontroluje 93,02 % (n = 40) respondentů ve FN Motol a 76,47 % (n = 39) respondentů ve VFN v Praze. Odpovědi uváděné na další způsoby kontroly totožnosti byly méně časté. Ze zjištěného vyplývá fakt, že respondenti ve FN Motol jsou důslednější při kontrole totožnosti pacientů před operačním výkonem, než respondenti ve VFN v Praze. Získaná hodnota p je 0,00968.

Tab. 31: Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta

Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - anesteziologická sestra	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení	zdravotnické zařízení	Řádkově
	Motol	VFN	součty
Ano	11	2	13
Sloupcově	25,58%	3,92%	
Řádkově	84,62%	15,38%	
Ne	32	49	81
Sloupcově	74,42%	96,08%	
Řádkově	39,51%	60,49%	
Celkem	43	51	94

Z tabulky 31. je patrné, že na otázku „Kdo zodpovídá za bezpečné a správné polohování pacienta na operačním stole“ uvedlo jako jednu z odpovědných osob anesteziologickou sestru 25,58 % (n = 11) respondentů ve FN Motol a 3,92 % (n = 2) respondentů ve VFN v Praze. Lepší znalost pracovních kompetencí u této otázky prokázali respondenti z VFN v Praze, jelikož odpovědnou osobou za polohování pacienta na operačním stole je perioperační sestra. Získaná hodnota p je 0,00244.

Tab. 32: Předmět kontroly operačního síta

předmět kontroly sterility operačního síta	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení Motol	zdravotnické zařízení VFN	Řádkově součty
indikátory sterility	12	36	48
Sloupcově	27,91%	70,59%	
Řádkově	25,00%	75,00%	
indikátory sterility, plomby, filtry	16	5	21
Sloupcově	37,21%	9,80%	
Řádkově	76,19%	23,81%	
indikátory sterility, plomby, filtry, expirace	3	1	4
Sloupcově	6,98%	1,96%	
Řádkově	75,00%	25,00%	
bez odpovědi	3	2	5
Sloupcově	6,98%	3,92%	
Řádkově	60,00%	40,00%	
indikátory sterility, plomby, filtry, expirace, neporušenost obalu	3	6	9
Sloupcově	6,98%	11,76%	
Řádkově	33,33%	66,67%	
neví	6	1	7
Sloupcově	13,95%	1,96%	
Řádkově	85,71%	14,29%	
Celkem	43	51	94

Z tabulky 32. je patrné, že respondenti pracující ve FN Motol jsou pečlivější při kontrole sterility operačního síta oproti respondentům pracujícím ve VFN v Praze. Provádění pouze kontroly indikátorů sterility uvedlo ve své odpovědi 27,91%, (n=12) respondentů ve FN Motol, zatímco ve VFN v Praze zvolilo tuto odpověď 70,59%, (n=36) respondentů. Provádění kontroly indikátorů sterility, plomby a filtrů uvedlo 37,21%, (n=16) respondentů ve FN Motol a 9,80%, (n=5) respondentů ve VFN. Kontrolu indikátorů sterility, plomb, filtrů a expirace operačního síta uvedlo 6,98%, (n=3) respondentů ve FN Motol a 1,96%, (n=1) respondentů ve VFN. Kontrolu indikátorů sterility, plomb, filtrů, expirace a neporušenosti obalu uvedlo 6,98%, (n=3) respondentů ve FN Motol a 11,76%, (n=6) respondentů ve VFN. Co je předmětem

kontroly sterility operačního síta nevědělo 13,98%, (n=6) respondentů ve FN Motol a 1,96%, (n=1) respondentů ve VFN. Na otázku vůbec neodpovědělo 6,98%, (n=3) respondentů ve FN Motol a 3,92%, (n=2) respondentů ve VFN. Získaná hodnota p je 0,00033.

Tab. 33: Kdo provádí kontrolu počtu operačního materiálu a nástrojů na závěr operace?

Kdo provádí kontrolu počtu operačních roušek, sušení, jehel a nástrojů na závěr operace?	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení	zdravotnické zařízení	Řádkově
	Motol	VFN	součty
instrumentující sestra a operátér	0	8	8
Sloupcově	0,00%	15,69%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
instrumentující a obíhající perioperační sestra	21	23	44
Sloupcově	48,84%	45,10%	
Řádkově	47,73%	52,27%	
instrumentující perioperační sestra	22	16	38
Sloupcově	51,16%	31,37%	
Řádkově	57,89%	42,11%	
instrumentující a obíhající sestra, operátér	0	4	4
Sloupcově	0,00%	7,84%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
Celkem	43	51	94

Z tabulky 33. je patrné, že na otázku „Kdo provádí kontrolu počtu operačního materiálu a nástrojů na závěr operace“ uváděli respondenti více různých variant odpovědí. Instrumentující a obíhající perioperační sestru uvedlo 48,84 % (n = 21) respondentů ve FN Motol a 45,10 % (n = 23) respondentů ve VFN v Praze. Pouze instrumentující perioperační sestru uvedlo 51,16 % (n = 22) respondentů ve FN Motol a 31,37 % (n = 16) respondentů ve VFN v Praze. Lepší informovanost prokázali respondenti z FN Motol. Získaná hodnota p je 0,006.

Tab. 34: Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojového vybavení na operačním sále?

Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojové vybavení na operačním sále?	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení	zdravotnické zařízení	Řádkově
	Motol	VFN	součty
perioperační sestra	24	30	54
Sloupcově	55,81%	58,82%	
Řádkově	44,44%	55,56%	
perioperační sestra a sanitář	11	0	11
Sloupcově	25,58%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
perioperační sestra, technik, operatér	0	4	4
Sloupcově	0,00%	7,84%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
perioperační sestra a sálový technik	4	7	11
Sloupcově	9,30%	13,73%	
Řádkově	36,36%	63,64%	
sanitář	2	0	2
Sloupcově	4,65%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
perioperační sestra a lékař	0	2	2
Sloupcově	0,00%	3,92%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
proškolený sálový technik	1	4	5
Sloupcově	2,33%	7,84%	
Řádkově	20,00%	80,00%	
neví	0	2	2
Sloupcově	0,00%	3,92%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
staniční sestra	0	1	1
Sloupcově	0,00%	1,96%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
instrumentářka, anesteziologická sestra	0	1	1
Sloupcově	0,00%	1,96%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
bez odpovědi	1	0	1
Sloupcově	2,33%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
celkem	43	51	94

Z tabulky 34. je patrné poměrně velkého počtu různých variant odpovědí, že respondenti nemají dobré znalosti o pracovních kompetencích. Správně zvolilo jako osobu zodpovědnou za přípravu a obsluhu přístrojového vybavení na operačním sále 55,81 % (n = 24) respondentů ve FN Motol a 58,82 % (n = 30) respondentů ve VFN v Praze. Další uváděné možnosti byly méně časté. Lepší znalost prokázali respondenti pracující ve VFN v Praze. Získaná hodnota p je 0,0028.

Tab. 35: Školení hygieny rukou

Probíhá na Vašem pracovišti pravidelné školení v oblasti správné hygieny rukou?	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení Motol	zdravotnické zařízení VFN	Řádkově součty
ano	34	50	84
Sloupcově	79,07%	98,04%	
Řádkově	40,48%	59,52%	
ne	9	1	10
Sloupcově	20,93%	1,96%	
Řádkově	90,00%	10,00%	
Celkem	43	51	94

Z tabulky 35. je patrné, že respondenti pracující ve VFN v Praze jsou lépe informováni o průběhu pravidelných školení v oblasti správné hygieny rukou oproti respondentům pracujícím ve FN Motol. Na otázku zda na pracovišti probíhají pravidelná školení hygieny rukou vybralo odpověď ano 79,07%, (n=34) respondentů ve FN Motol a 98,04%, (n=50) respondentů ve VFN. Odpověď „ne“ zvolilo 20,93%, (n=9) respondentů ve FN Motol a 1,96%, (n=1) respondentů ve VFN. Získaná hodnota p je 0,00296.

Tab. 36: Dodržování pravidel – Aktivní komunikace s pacientem

Dodržování pravidel - Aktivní komunikace s pacientem	Pozorované četnosti		
	zdravotnické zařízení Motol	zdravotnické zařízení VFN	Řádkově součty
ne/výjimečně	0	3	3
Sloupcově	0,00%	5,88%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
spíše ne	0	3	3
Sloupcově	0,00%	5,88%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
většinou	10	24	34
Sloupcově	23,26%	47,06%	
Řádkově	29,41%	70,59%	
ano/vždy	33	20	53
Sloupcově	76,74%	39,22%	
Řádkově	62,26%	37,74%	
bez odpovědi	0	1	1
Sloupcově	0,00%	1,96%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
Celkem	43	51	94

Z tabulky 36. je patrné, že aktivně komunikuje s pacientem vždy 76,74 % (n = 33) respondentů ve FN Motol a pouze 39,22 % (n = 20) respondentů ve VFN v Praze. Většinou aktivně komunikuje s pacientem 23,26 % (n = 10) respondentů ve FN Motol a 47,06 % (n = 24) respondentů ve VFN v Praze. Aktivnější v komunikaci s pacienty jsou podle získaných informací respondenti ve FN Motol. Získaná hodnota p je 0,00397.

Hypotéza č. 3:

V tabulce 23. jsou výsledky statistického testování hypotéz. Z výše uvedeného vyplývá, že **hypotézu č. 3:** „Lze očekávat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle délky jejich praxe na operačním sále.“ lze na základě provedené analýzy a s platností pro vlastní soubor respondentů přijmout, avšak s výjimkou následujících položek, u kterých byla vypočítána p hodnota nižší než je stanovená statistická hodnota významnosti 0,05. U níže uvedených položek byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentů podle délky jejich praxe na operačním sále.

Tab. 37: Odpovědnost za předoperační bezpečnostní proces

Odpovědnost za předoperační bezpečnostní proces	Pozorované četnosti		
	délka praxe na operačním sále, ktg. do 11 let včetně	délka praxe na operačním sále, ktg. nad 12 let	Řádkově součty
lékař operatér	5	5	10
Sloupcově	11,11%	10,20%	
Řádkově	50,00%	50,00%	
všichni členové operačního týmu	34	44	78
Sloupcově	75,56%	89,80%	
Řádkově	43,59%	56,41%	
neví	6	0	6
Sloupcově	13,33%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
Celkem	45	49	94

Z tabulky 37. je patrné, že správně uvedlo jako osobu odpovědnou za správný postup v průběhu celého Předoperačního bezpečnostního procesu lékaře operátéra pouze 11,11 % (n = 5) respondentů s délkou praxe do 11 let a 10,20 % (n = 5) respondentů s délkou praxe nad 12 let. Odpověď všichni členové operačního týmu vybralo 75,56 % (n = 34) respondentů s délkou praxe do 11 let a 89,80 % (n = 44) respondentů s délkou praxe nad 12 let. Správnou odpověď na uvedenou otázku neznalo 13,33 % (n = 6) respondentů s délkou praxe do 11 let. Z výše uvedeného je patrné, že většina respondentů neznala správnou odpověď. Lepší výsledky však byly zjištěny v kategorii s delší praxí na operačním sále. Získaná hodnota p je 0,02837.

Tab. 38: Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta – sanitář i perioperační sestra

Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - sanitář i perioperační sestra	Pozorované četnosti		
	délka praxe na operačním sále, ktg. do 11 let včetně	délka praxe na operačním sále, ktg. nad 12 let	Řádkově součty
Ano	11	22	33
Sloupcově	24,44%	44,90%	
Řádkově	33,33%	66,67%	
Ne	34	27	61
Sloupcově	75,56%	55,10%	
Řádkově	55,74%	44,26%	
Celkem	45	49	94

Jak zobrazuje tabulka 38., jako osoby odpovědné za bezpečné a správné polohování pacienta na operačním stole uvedlo z nabízených možností sanitáře i perioperační sestru 24,44 % (n = 11) respondentů s délkou praxe do 11 let a 44,90 % (n = 22) respondentů s délkou praxe nad 12 let. Odpovědnou osobou je pouze perioperační sestra - lepší znalost prokázali respondenti s délkou praxe do 11 let. Získaná hodnota p je 0,03794.

Tab. 39: Odpovědnost za přikládání neutrální elektrody

Odpovědnost za přikládání neutrální elektrody	Pozorované četnosti		
	délka praxe na operačním sále, ktg. do 11 let včetně	délka praxe na operačním sále, ktg. nad 12 let	Řádkově součty
sanitář	8	16	24
Sloupcově	17,78%	32,65%	
Řádkově	33,33%	66,67%	
perioperační sestra	33	33	66
Sloupcově	73,33%	67,35%	
Řádkově	50,00%	50,00%	
nejsem si jistá/ý	4	0	4
Sloupcově	8,89%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
Celkem	45	49	94

Jak popisuje tabulka 39., jako osobu odpovědnou za přikládání neutrální elektrody uvedlo správně perioperační sestru 73,33 % (n = 33) respondentů s délkou praxe do 11 let a 67,35 % (n = 33) respondentů s délkou praxe nad 12 let. Sanitáře uvedlo jako odpovědnou osobu 17,78 % (n = 8) respondentů s délkou praxe do 11 let a 32,65 % (n = 16) respondentů s délkou praxe nad 12 let. Lepší znalosti prokázali respondenti s kratší délkou praxe. Získaná hodnota p je 0,03861.

Tab. 40: Dodržování pravidel povinné mlčenlivosti

Dodržování pravidel - Dodržování povinné mlčenlivosti	Pozorované četnosti		
	délka praxe na operačním sále, ktg. do 11 let včetně	délka praxe na operačním sále, ktg. nad 12 let	Řádkově součty
většinou	12	1	13
Sloupcově	26,67%	2,04%	
Řádkově	92,31%	7,69%	
ano/vždy	32	48	80
Sloupcově	71,11%	97,96%	
Řádkově	40,00%	60,00%	
nevyplněno	1	0	1
Sloupcově	2,22%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
Celkem	45	49	94

Z tabulky 40. je patrné, že povinnou mlčenlivost dodržuje vždy 71,11 % (n = 32) respondentů s délkou praxe do 11 let a 97,96 % (n = 48) respondentů s délkou praxe nad 12 let. Většinou dodržuje povinnou mlčenlivost 26,67 % (n = 12) respondentů s délkou praxe do 11 let a 2,04 % (n = 1) respondentů s délkou praxe nad 12 let. Z výše uvedeného vyplývá, že důslednější v dodržování povinné mlčenlivosti jsou respondenti s delší praxí. Získaná hodnota p je 0,00125.

Tab. 41: Dodržování aseptických postupů

Dodržování pravidel - Dodržování aseptických postupů	Pozorované četnosti		
	délka praxe na operačním sále, ktg. do 11 let včetně	délka praxe na operačním sále, ktg. nad 12 let	Řádkově součty
spíše ne	1	0	1
Sloupcově	2,22%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
většinou	9	2	11
Sloupcově	20,00%	4,08%	
Řádkově	81,82%	18,18%	
ano/vždy	34	47	81
Sloupcově	75,56%	95,92%	
Řádkově	41,98%	58,02%	
nevyplněno	1	0	1
Sloupcově	2,22%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
Celkem	45	49	94

Z tabulky 41. vyplývá, že vždy dodržuje aseptické postupy 75,56 % (n = 34) respondentů s délkou praxe do 11 let a 95,92 % (n = 47) respondentů s délkou praxe nad 12 let. Většinou dodržuje aseptické postupy 20,00 % (n = 9) respondentů s délkou praxe do 11 let a 4,08 % (n = 2) respondentů s délkou praxe nad 12 let. Pečlivější v dodržování aseptických postupů jsou tedy respondenti s delší praxí. Získaná hodnota p je 0,03867.

Hypotéza č. 4:

V tabulce 23. jsou výsledky statistického testování hypotéz. Z výše uvedeného vyplývá, že **hypotézu č. 4:** „Lze předpokládat, že odpovědi respondentů na jednotlivé položky dotazníku se nebudou lišit podle stupně dosaženého odborného vzdělání.“ lze na základě provedené analýzy a s platností pro vlastní soubor respondentů přijmout, avšak s výjimkou následujících položek, u kterých byla vypočítána p hodnota nižší než je stanovená statistická hodnota významnosti 0,05. U níže uvedených položek byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi odpověďmi respondentů podle stupně dosaženého odborného vzdělání.

Tab. 42: Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojového vybavení na operačním sále

Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojového vybavení na operačním sále?	Pozorované četnosti		
	nejvyšší stupeň dosaženého odborného vzdělání, ktg středoškolské	nejvyšší stupeň dosaženého odborného vzdělání, ktg vyšší odborné, VŠ	Řádkově součty
perioperační sestra a sanitář	7	4	11
Sloupcově	14,29%	8,89%	
Řádkově	63,64%	36,36%	
sanitář	2	0	2
Sloupcově	4,08%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
perioperační sestra	26	28	54
Sloupcově	53,06%	62,22%	
Řádkově	48,15%	51,85%	
perioperační sestra a lékař	2	0	2
Sloupcově	4,08%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
proškolený sálový technik	5	0	5
Sloupcově	10,20%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
neví	2	0	2
Sloupcově	4,08%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
perioperační sestra a sálový technik	4	7	11
Sloupcově	8,16%	15,56%	
Řádkově	36,36%	63,64%	
nevyplněno	1	0	1
Sloupcově	2,04%	0,00%	
Řádkově	100,00%	0,00%	
perioperační sestra, technik, operatér	0	4	4
Sloupcově	0,00%	8,89%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
staniční sestra	0	1	1
Sloupcově	0,00%	2,22%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
instrumentářka, anesteziologická sestra	0	1	1
Sloupcově	0,00%	2,22%	

Řádkově	0,00%	100,00%	
Celkem	49	45	94

Z tabulky 42. je patrné, že respondenti uváděli mnoho různých variant odpovědí na otázku „Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojového vybavení na operačním sále.“ Perioperační sestru uvedlo správně 53,06 % (n = 26) respondentů se středoškolským vzděláním a 62,22 % (n = 28) respondentů s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním. Lepší znalost prokázali respondenti s vyšším a vysokoškolským vzděláním. Získaná hodnota p je 0,03353.

Tab. 43: Dodržování pravidel – Aktivní komunikace s pacientem

Dodržování pravidel - Aktivní komunikace s pacientem	Pozorované četnosti		
	nejvyšší stupeň dosaženého odborného vzdělání, ktg středoškolské	nejvyšší stupeň dosaženého odborného vzdělání, ktg vyšší odborné, VŠ	Řádkově součty
ne/výjimečně	0	3	3
Sloupcově	0,00%	6,67%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
spíše ne	0	3	3
Sloupcově	0,00%	6,67%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
většinou	22	12	34
Sloupcově	44,90%	26,67%	
Řádkově	64,71%	35,29%	
ano/vždy	27	26	53
Sloupcově	55,10%	57,78%	
Řádkově	50,94%	49,06%	
nevyplněno	0	1	1
Sloupcově	0,00%	2,22%	
Řádkově	0,00%	100,00%	
Celkem	49	45	94

Z tabulky 43. je patrné, jak velký počet respondentů aktivně komunikuje s pacienty v souvislosti s dosaženým stupněm odborného vzdělání. Odpověď vždy zvolilo 55,10 % (n = 27) respondentů se středoškolským vzděláním a 57,78 % (n = 26) respondentů s vyšším a vysokoškolským vzděláním. Odpověď většinou vybralo 44,90 % (n = 22) respondentů se středoškolským vzděláním a 26,67 % (n = 12) respondentů

s vyšším a vysokoškolským vzděláním. Aktivní komunikaci s pacienty uvedl vyšší počet respondentů se středoškolským vzděláním. Získaná hodnota p je 0,0438.

3.5.2 Komparace výsledků vlastního šetření s jinými odbornými pracemi

V druhé části diskuze budou komparovány výsledky vlastní práce s výsledky studií na stejné nebo podobné téma.

Štefková (2008) se ve své bakalářské práci věnuje taktéž problematice zajištění bezpečnosti pacienta a kvality poskytované ošetrovatelské péče na operačním sále v perioperačním období. Štefková ve své práci získávala informace týkající se kvality a bezpečí na operačním sále jak od perioperačních sester, tak i od pacientů po proběhlém operačním zákroku, u kterých zjišťovala zejména informace o spokojenosti s komunikací s ošetřujícím personálem a ošetrovatelskou péčí na operačním sále. Některé položky v dotazníku Štefkové určeném perioperačním sestřím se týkaly zjišťování informací na stejné nebo podobné téma jako v mém dotazníkovém šetření.

Z výsledků vlastní práce vyplývá, že respondenti na otázku zda komunikují s pacientem na operačním sále před operací uváděli, že v 53 % komunikují s pacientem vždy, dalších 34 % respondentů uvedlo aktivní komunikaci s pacientem ve většině případů, pouze 3 % respondentů spíše nekomunikují s pacienty na operačním sále a další 3 % respondentů jen výjimečně. Ve studii Štefkové bylo zjištěno, že běžně komunikuje s pacienty na operačním sále 44 % respondentů, 47 % respondentů komunikuje jen občas, 4 % respondentů uvádělo, že nemají na komunikaci s pacienty čas a 5 % respondentů komunikuje s pacienty, pouze pokud jsou dotázáni. Zjištěné výsledky obou studií jsou podobné.

Další srovnatelnou položkou v dotaznících byla otázka, zda kontrolují perioperační sestry zabezpečení správné polohy pacienta na operačním stole. Z vyhodnocení dotazníkového šetření bylo zjištěno, že vždy kontroluje zajištění správné a bezpečné polohy pacienta na operačním stole 89,36 % respondentů, někdy 5,32 % respondentů, jen při změně polohy 2,13 % respondentů a nikdy 3,19 % respondentů. Ve studii Štefkové bylo zjištěno, že kontrolu správné polohy na operačním stole provádí vždy jen 64 % respondentů, občas 22 % respondentů, jen pokud to vyžaduje situace 14 % respondentů. Variantu odpovědi nikdy nevybral žádný respondent.

Dále byly zjišťovány informace, zda se perioperační sestry setkaly během své praxe na operačním sále s výskytem konkrétních nežádoucích událostí. Z výsledků mé práce bylo zjištěno, že mezi nejčastější nežádoucí události, se kterými se respondenti setkávají, patří selhání zdravotnické techniky v průběhu operace (54,69 %), porušení asepse (17,19 %) a výskyt otlaků a paréz u pacientů po operaci (15,63 %). Menší počet respondentů se setkal se záměnou nebo ztrátou biologického materiálu (7,81 %), s popálením pacienta koagulací (1,56 %), s popálením o pomůcky k zajištění tepelného komfortu pacienta (1,56 %) a se zapomenutým materiálem v operační ráně (1,56 %).

Oproti tomu ve studii Štefkové bylo zjištěno, že 75 % respondentů se během své praxe setkalo s některou nežádoucí událostí a 25 % respondentů se nikdy neseťkalo s výskytem nežádoucích událostí. 60 respondentů uvedlo 125 nežádoucích událostí, se kterými se setkali. S výskytem popálení elektrokoagulací se setkalo 44 respondentů, s dekubity pak 12 respondentů, s otlaky se setkalo 26 respondentů, se zapomenutým materiálem v operační ráně 17 respondentů, se vzplanutím ohně po alkoholové dezinfekci 8 respondentů a s ranou infekcí v operační ráně 13 respondentů.

Kalčíková (2012) se ve své bakalářské práci „Základy asepse a antisepte na operačních sálech“ zabývá problematikou dodržování hygienicko-epidemických postupů a porovnáním jejich dodržování perioperačními sestrami na operačních sálech ve FN Motol. Z výsledků mého šetření na otázku zda se konají na pracovišti respondentů pravidelné semináře zaměřené na hygienu rukou bylo zjištěno, že z celkového počtu oslovených respondentů odpovědělo „ano“ 89,36 %, odpověď „ne“ zvolilo 10,64 % respondentů. Oproti tomu ve studii Kalčíkové uvedlo odpověď ano 52 % respondentů a odpověď ne 48 % respondentů.

Kudrličková (2013) se ve svém článku zabývá „Riziky v intraoperační ošetrovatelské péči.“ Hlavním záměrem jejího výzkumného šetření bylo identifikovat rizika vyskytující se při poskytování ošetrovatelské péče v perioperačním období. Kudrličková zvolila pro výzkumné šetření metodu kvalitativního výzkumu. Technika sběru dat byla v jejím případě realizována formou nestandardizovaného rozhovoru s perioperačními a anesteziologickými sestrami. Bylo zjištěno, že mezi rizika, kterých se perioperační sestry při výkonu své profese obávají nejvíce, patří záměna pacienta, stranová záměna operačního pole, záměna druhu operačního výkonu, popálení pacienta a opomenutí nástroje nebo operačního materiálu v operační ráně. Dále se obávají

poranění o chirurgický materiál a operační přístroje. K rizikům souvisejícím s pobytem pacienta na operačním sále zařadily perioperační sestry i riziko pádu, které ohrožuje pacienta po celou dobu jeho pobytu na operačním sále.

Na základě nastudování informací o existenci nejobávanějších rizik v perioperační péči z výše uvedeného článku, jsem sestavila konkrétní položky v dotazníku, zjišťující údaje o informovanosti perioperačních sester o této problematice. Zjištěné údaje jsou prezentovány v kapitole „Výsledky vlastní práce.“

ZÁVĚR

Záměrem bakalářské práce bylo získat základní informace o systému řízení rizik a kvality, včetně identifikace osob pověřených jejich řízením ve vybraných lůžkových zdravotnických zařízeních. Práce byla dále zaměřena na konkrétní rizika související s poskytováním zdravotnických služeb v perioperační péči a informovanost perioperačních sester o možné prevenci vzniku nežádoucích událostí souvisejících s poskytováním perioperační ošetrovatelské péče. Pro získání relevantních informací o daném tématu byla použita metoda kvantitativního šetření pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník byl distribuován perioperačním sestřám na vybraných pracovištích dvou pražských fakultních nemocnic. Získaná data byla roztříděna, analyzována, statisticky zpracována a vyhodnocena. Ze statistického posouzení vyplývá zejména zjištění o nedostatečné informovanosti perioperačních sester o pracovních kompetencích v rámci operačního týmu a nedostatečné znalosti některých postupů úzce souvisejících s výkonem jejich profese. Jedná se zejména o neznalost konkrétních situací vyžadujících provedení hygienické dezinfekce rukou, nebo o kontrolu předmětů zaručujících sterilitu operačních sít.

Soubor respondentů byl rozdělen do čtyř kategorií, mezi kterými bylo provedeno statistické testování. Nejčtenější statisticky významné rozdíly byly zjištěny v četnosti odpovědí respondentů podle zdravotnického zařízení, ve kterém pracují. Další rozdíly souvisely s délkou praxe a věkem. Nejnižších rozdílů bylo zjištěno v kategorii nejvyššího stupně dosaženého vzdělání.

Globálně nelze z výsledků statistického testování určit, která skupina respondentů z jednotlivých zdravotnických zařízení dosáhla lepších výsledků. Byly zjištěny zejména níže uvedené výrazné rozdíly v rámci jednotlivých položek závislé na skupině respondentů náležící k vybranému zdravotnickému zařízení:

- Hodnocení přehlednosti standardů - Respondenti ve FN Motol byli výrazně kritičtější v jejich hodnocení než respondenti ve VFN v Praze.
- Dostupnost standardů na pracovišti - Bylo zjištěno, že respondenti pracující ve VFN v Praze jsou lépe informováni o místě uložení standardů než respondenti ve FN Motol.

- Četnost výskytu nežádoucích událostí otlaků a paréz na operačním sále - Lepších výsledků bylo dosaženo ve FN Motol. Zjištěné údaje informují o lepší kontrole polohování pacientů před operačním výkonem ve FN Motol.
- Provádění kontroly totožnosti pacienta - Lepších výsledků dosáhli respondenti z FN Motol. Respondenti ve FN Motol jsou důslednější při kontrole totožnosti pacientů před operačním výkonem než respondenti ve VFN v Praze.
- Dodržování aktivní komunikace s pacientem na operačním sále – Vyšší snaha o komunikaci s pacienty byla zjištěna ve FN Motol.

Vzhledem ke skutečnosti, že se jedná o mou první odbornou práci, vykazuje tato některé dílčí nedostatky. Při zpětném pohledu bych změnila zejména formulaci některých položek v dotazníku tak, aby odpovědi byly lépe vyhodnotitelné, přesnější a vhodnější pro statistické zpracování.

Vypracování této odborné práce rozšířilo mé odborné znalosti v oblasti zajištění kvality a bezpečí v perioperační péči, které následně mohu využít v rámci výkonu své profese. Zároveň jsem získala nové zkušenosti týkající se práce se zdroji, odbornou literaturou a taktéž v oblasti statistického zpracování dat a následného vyhodnocení. V neposlední řadě zpracování této práce přispělo k rozvoji mých zkušeností s použitím výpočetní techniky.

Na základě zjištěných informací je mým cílem kontinuálně zvyšovat kvalitu poskytované perioperační péče a v případě potřeby postupovat nové informace směrem k méně zkušeným kolegům. Jednoznačným doporučením pro veškeré zdravotnické pracovníky, plynoucí ze závěrů této práce, je nutnost průběžného vzdělávání v rámci svého oboru a taktéž v oblasti prevence a řízení rizik ve zdravotnictví.

Závěrem lze říci, že smyslem bakalářské práce nebylo detailně a vyčerpávajícím způsobem popsat řešenou problematiku, ale pouze přispět k poznání znalostí perioperačních sester a jejich činností, vedoucích k zajištění bezpečné a kvalitní péče na operačních sálech na vybraných pracovištích dvou pražských fakultních nemocnic.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ALFREDSDOTTIR H, BJORNSDOTTIR K. Nursing and Patient Safety in the Operating Room. JAN original research 2007; 29–37.
2. AORN. 2010. Perioperative Standards and Recommended Practices. Denver: AORN, 2010.
3. AORN Position Statement on perioperative safe staffing and on-call practices. AORN Journal [online]. 2014, 99(2), 208-18 [cit. 2016-11-15]. ISSN 18780369.
4. BERWICK D. M.: Continuous Improvement as an Ideal in Health Care, N.Engl.J. Med, 320, 1989, s. 53-56.
5. BRABCOVÁ Iva a Sylva BÁRTLOVÁ. Management v ošetrovatelské praxi. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 9788074224027.
6. DEMING W. E.: Out of Crisis. Massachusetts Institut of Technology, Cambridge, MA, 1986.
7. DUDA, Miloslav. Práce sestry na operačním sále. Praha: Grada, 2000. ISBN 8071696420.
8. FARKAŠOVÁ, Dana, Ludmila KUBICOVÁ a Mária MUSILOVÁ. Výzkum v ošetrovatelství. Martin: Vydavateľstvo Osveta, spol., 2006. ISBN 80-8063-229-4.
9. FILIPOVÁ, Monika, POKOJOVÁ, Radka, 2011. Předoperační bezpečnostní proces úskalí implementace. Sestra. Praha: Mladá fronta, roč. 21, č. 2, s. 34-36. ISSN 12-0404.
10. GLADKIJ I., SOVOVÁ E., BALEJ P.: Stav implementace řízení kvality ve fakulních nemocnicích v ČR znovu po roce a půl. Zdravotnictví v ČR, 3, 2001, 3-4: 152-155.
11. GLADKIJ, Ivan a kol., 2003. Management ve zdravotnictví. Ekonomika zdravotnictví. Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví. Kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování. 1. vydání. Brno: Computer Press. s. 380. ISBN 80-7226-996-8.
12. GRAHAM N. O.: Quality in Health Care. An Aspen Publication, Gaitersburg, 1995.
13. HEIDEMANN E.: Health Care Reform and Accreditation: Trends and Impacts. 6th European Forum on Quality Improvement in Health Care, Bologna, 2001.
14. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. Ošetrovatelská perioperační péče. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 9788070135433.
15. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Joint Commission Resources, USA 2000.
16. KALČÍKOVÁ, Pavla. *Zásady asepse a antisepte na operačních sálech* [online]. Praha, 2012 [cit. 2017-04-16]. Bakalářská práce. 2. lékařská fakulta Univerzita Karlova. Vedoucí práce PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA.

17. KAŠKA, Milan, 2009. Operační rizika a význam předoperační péče. Rozhledy v chirurgii. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, roč. 88, č. 8, s. 476-480. ISSN 0035- 9351.
18. KUDRLIČKOVÁ, Dagmar, Jana SOMROVÁ a Iva BRABCOVÁ. Rizika v intraoperační ošetrovatelské péči. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, (15), 1-4 [cit. 2017-04-16]. Dostupné z: http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201404-0015_Rizika_v_intraoperacni_oseetrovatelske_peci.php
19. LEAPE, L. L.: Error in medicine. *JAMA*, 272, 1994, 23 : 1851 - 1857.
20. MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024736426.
21. MARX, David, GLADKIJ, Ivan, 2005. Hlášení mimořádných událostí. *Zdravotnictví v České Republice*. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, roč. 8, č. 4, s. 184-186. ISSN 1213-6050.
22. MARX, David. Nástroj pro zvyšování kvality a bezpečí služeb. *Zdravotnické noviny* [online]. 2013, (7), 4 [cit. 2017-04-06]. ISSN 0044-1996. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2013/nastroj-pro-zvysovani-kvality-a-bezpeci-sluzeb-.636/>
23. MARX, David. Bezpečí pacientů: prvním krokem je přiznání, že chybovat je lidské. *Zdravotnický deník* [online]. 2015, 1-4 [cit. 2017-04-06]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/02/bezpeci-pacientu-prvnim-krokem-je-priznani-ze-chybovat-je-lidske/>
24. PORTÁL KVALITY A BEZPEČÍ: Odborník/Zdravotník. [Http://www.mzcr.cz/](http://www.mzcr.cz/) [online]. Ministerstvo zdravotnictví Palackého nám. 4 128 01 Praha 2: © 2010 MZČR, 2010 [cit. 2017-03-05]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/odbornik/zdravotnik_3291_29.html
25. SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE. Spojená akreditační komise [online]. Praha: web by SystemVision.cz, ©2010 [cit. 2017-03-05]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz/>
26. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 8071728411.
27. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 9788024726168.
28. SLEDOVÁNÍ KVALITY VE VFN. [Http://www.vfn.cz/](http://www.vfn.cz/) [online]. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, U Nemocnice 499/2, 128 08, Praha 2, ©2012 [cit. 2017-03-08]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/>
29. ŠTEFKOVÁ, Ivana. *Míra poškození pacienta v perioperační péči*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce MUDr. Peter Wendsche CSc.
30. VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ, Věstník Ministerstva zdravotnictví 1998, částka 7.
31. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, c2012. ISBN 9788072628940.
32. WHO AND QUALITY ASSURANCE. Edit: Vuori H. *Quality Assurance in Health Care, Supplement*, Pergamon Press, Oxford, 1982.

33. WICHSOVÁ, Jana. Sestra a perioperační péče. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 9788024737546.
34. WILLIAMSON, J. W.: Teaching Quality Assurance and Cost Containment in Health Care. Jossey - Bass Publishers, San Francisco, 1982.
35. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. Chirurgická propedeutika. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024737706.

SEZNAM ZKRATEK

- ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení
COS – centrální operační sály
č. – číslo
ČR – Česká republika
DRG - Diagnosis-related group
EFQM - European Foundation for Quality Management
EU – Evropská unie
FN – fakultní nemocnice
IDVPZ – Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví
INOPS – instrumentování na operačním sále
ISO – International Organization for Standardization
ISQua – The International Organization for Standardization
JCAHO - Joint commission on accreditation of health care organizations
JCI - Joint Commission International
JCIA – Joint Commission International on Accreditation
JIP – jednotka intenzivní péče
MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např. – například
NU – nežádoucí událost
Odst. – odstavce
OECD – Organization for Economic Co-Operation and Development
PBP – Perioperační bezpečnostní procedura
RBC – rezortní bezpečnostní cíle
SAK-ČR – Spojená akreditační komise České republiky
Sb. – sbírky
SMJ – Systém managementu jakosti
tzv. – takzvaně
USA – Spojené státy americké
ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací České republiky
VFN – Všeobecná fakultní nemocnice
WHO – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Přehled o vydání, návratnosti a vyhodnocení dotazníků

Tab. 2: Věk respondentů a průměrná délka praxe na operačním sále

Tab. 3: Vykonávané povolání

Tab. 4: Specializovaná způsobilost

Tab. 5: Přehlednost standardů

Tab. 6: Srozumitelnost standardů

Tab. 7: Znalost indikátorů kvality na pracovišti

Tab. 8: Respondent navrhuje nové indikátory kvality

Tab. 9: Odpovědnost kontroly vyplnění údajů v PBP

Tab. 10: Odpovědnost za předoperační bezpečnostní proces

Tab. 11: Způsob kontroly totožnosti pacienta

Tab. 12: Představíte se při prvním kontaktu s pacientem na operačním sále a podáte mu informaci o Vaší pozici v rámci operačního týmu?

Tab. 13a: Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta – sanitář

Tab. 13b: Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - perioperační sestra

Tab. 13c: Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - sanitář i perioperační sestra

Tab. 13d: Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - lékař operatér

Tab. 13e: Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - anesteziologická sestra

Tab. 13f: Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta - nejsem si jistá/ý

Tab. 14: Kontrola správné polohy pacienta

Tab. 15: Odpovědnost za přikládání neutrální elektrody

Tab. 16: Kdy kontrolujete počet nástrojů na operačních sítích?

Tab. 17: Kdo je informován o výsledku početní kontroly roušek, sušení, jehel a nástrojů v průběhu operace?

Tab. 18: Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojové vybavení na operačním sále?

Tab. 19: Označujete do perioperační dokumentace použitou zdravotnickou techniku v průběhu operace?

Tab. 20: Probíhá na Vašem pracovišti pravidelné školení v oblasti správné hygieny rukou?

Tab. 21: Provádějí se na Vašem pracovišti namátkové stěry na mikrobiologické vyšetření z rukou personálu?

Tab. 22: Kdy provádíte hygienickou dezinfekci rukou?

Tab. 23: Statistický test významnosti

Tab. 24: Kdo je informován o výsledku početní kontroly na závěr operace

Tab. 25: Přehlednost standardů

Tab. 26: Dostupnost standardů

Tab. 27: Respondent nenavrhuje nové indikátory kvality

Tab. 28: Kontrola předoperačního bezpečnostního procesu

Tab. 29: Výskyt nežádoucích událostí – otlaky a parézy

Tab. 30: Způsob kontroly totožnosti pacienta

Tab. 31: Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta

Tab. 32: Předmět kontroly operačního síta

Tab. 33: Kdo provádí kontrolu počtu operačního materiálu a nástrojů na závěr operace?

Tab. 34: Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojového vybavení na operačním sále?

Tab. 35: Školení hygieny rukou

Tab. 36: Dodržování pravidel – Aktivní komunikace s pacientem

Tab. 37: Odpovědnost za předoperační bezpečnostní proces

Tab. 38: Odpovědnost za bezpečné a správné polohování pacienta – sanitář i perioperační sestra

Tab. 39: Odpovědnost za přikládání neutrální elektrody

Tab. 40: Dodržování pravidel povinné mlčenlivosti

Tab. 41: Dodržování aseptických postupů

Tab. 42: Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojového vybavení na operačním sále

Tab. 43: Dodržování pravidel – Aktivní komunikace s pacientem

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Histogram: Věková struktura respondentů

Obr. 2: Histogram: Délka praxe na operačním sále

Obr. 3: Zdravotnické zařízení

Obr. 4 : Nejvyšší stupeň dosaženého odborného vzdělání

Obr. 5: Dostupnost standardů

Obr. 6: Kdo je oprávněn nahlásit vznik nežádoucí události na Vašem pracovišti?

Obr. 7: Jakou formou je nežádoucí událost hlášena?

Obr. 8: Setkal/a jste se na svém pracovišti za uplynulých 6 měsíců s některou z níže uvedených nežádoucí událostí u pacienta během operačního výkonu?

Obr. 9: Předmět kontroly sterility operačního síta

Obr. 10: Kdo provádí kontrolu počtu operačních roušek, sušení, jehel a nástrojů na závěr operace?

Obr. 11: Do jaké míry dle Vašeho názoru se na vašem pracovišti daří dodržovat níže uvedená pravidla?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník (dotazník)

Příloha č. 2: Žádost o povolení dotazníkového šetření – FN Motol (žádost)

Příloha č. 3: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací – VFN v Praze, I. chirurgická klinika (žádost)

Příloha č. 4: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací – VFN v Praze, II. chirurgická klinika (žádost)

Příloha č. 5: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací – VFN v Praze, Gynekologicko-porodnická klinika (žádost)

Příloha č. 6: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací – VFN v Praze, Urologická klinika (žádost)

Příloha č. 7: Předoperační bezpečnostní procedura FN Motol (formulář)

Příloha č. 8: Předoperační bezpečnostní proces VFN v Praze (formulář)

Příloha č. 9: Pět základních situací pro hygienu rukou (obrázek)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego.

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství na 2. lékařské fakultě UK. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který se týká informovanosti perioperačních sester o využití a dodržování standardů, doporučených pracovních postupů a kontrole kvality ošetřovatelské péče na vašem pracovišti. Dále se dotazník zaměřuje na konkrétní rizika související s péčí o pacienty na operačních sálech.

U každé otázky označte vyhovující odpověď, případně uveďte Váš názor. U některých otázek je možné zvolit více než jednu odpověď.

Dotazník je anonymní. Získaná data budou použita výhradně v mé bakalářské práci. Po vyplnění vložte dotazník do přiložené obálky a předejte staniční sestře na Vašem pracovišti.

Předem Vám děkuji za Vaši spolupráci.

Markéta Panušková

Studentka 2. LF UK

1. Kolik je Vám let?

Doplňte:

.....
.....

2. Kolik let pracujete jako instrumentář/ka na operačním sále? (nezapočítejte mateřskou ani rodičovskou dovolenou)

Doplňte:

.....
.....

3. Uveďte nejvyšší stupeň dosaženého odborného vzdělání:

- a) Střední zdravotnická škola
- b) Vyšší odborná zdravotnická škola
- c) Vysokoškolské vzdělání – Bc. (obor Ošetřovatelství)
- d) Vysokoškolské vzdělání – Mgr.
- e) Jiné:

.....
.....

4. Jaké povolání vykonáváte?

- a) všeobecná sestra
- b) porodní asistentka
- c) jiné

Doplňte.....
.....

5. Máte specializovanou způsobilost (PSS) v oboru perioperační péče (dříve INOPS)?

- a) ano
- b) ne

6. Jsou standardy a doporučené pracovní postupy vztahující se k Vaší práci dle Vašeho názoru přehledné?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

7. Jsou standardy a doporučené pracovní postupy vztahující se k Vaší práci dle Vašeho názoru dostatečně srozumitelné?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

8. Kde jsou standardy a doporučené pracovní postupy na Vašem pracovišti uloženy?

Uveďte prosím místo
uložení.....
.....

9. Které indikátory kvality jsou sledovány na Vašem pracovišti?

Doplňte:.....
.....

10. Navrhoval/a byste sledování dalších indikátorů kvality na Vašem pracovišti?

- a) ano
 - b) ne
- Pokud ano, uveďte jakých:

.....
.....

11. Kdo je oprávněn nahlásit vznik nežádoucí události na Vašem pracovišti?

Doplňte:.....
.....

12. Jakou formou je nežádoucí událost hlášena?

Doplňte:.....
.....

13. Kdo kontroluje na vašem pracovišti kompletní vyplnění všech údajů v dokumentaci Předoperačního bezpečnostního procesu doporučeného k prevenci záměny strany, orgánu a pacienta a zajištění bezpečného průběhu operace?

- a) lékař - operatér
- b) anesteziolog
- c) anesteziologická sestra
- d) obíhající perioperační sestra
- e) nejsem si jistá/ý

14. Kdo zodpovídá za správný postup Předoperačního bezpečnostního procesu?

- a) lékař - operatér
- b) lékař anesteziolog
- c) všichni členové operačního týmu
- d) nevím

15. Setkal/a jste se na svém pracovišti za uplynulých 6 měsíců s některou z níže uvedených nežádoucí událostí u pacienta během operačního výkonu? Pokud ano, můžete označit i více variant odpovědí.

vysokofrekvenční popálení (koagulací)	
popálení o pomůcky k zajištění tepelného komfortu pacienta	
pád pacienta	
otlaky a parézy	
zapomenutý materiál v operační ráně	
vzplanutí ohně po alkoholové dezinfekci	
záměna pacienta	
stranová záměna operačního pole	
záměna druhu operačního výkonu	
porušení asepse	
selhání zdravotnické techniky v průběhu operace	
záměna nebo ztráta odebraného biologického materiálu	

16. Jakým způsobem kontrolujete totožnost pacienta?
- a) dotazem na příjmení pacienta
 - b) dotazem na jméno a příjmení pacienta
 - c) dotazem na jméno, příjmení a rodné číslo pacienta
 - d) dotazem na jméno, příjmení, rodné číslo a kontrolou identifikačního náramku a dokumentace pacienta
17. Představíte se při prvním kontaktu s pacientem na operačním sále a podáte mu informaci o Vaší pozici v rámci operačního týmu?
- a) ano
 - b) ne
 - c) podle časových možností
18. Kdo zodpovídá za bezpečné a správné polohování pacienta na operačním stole na Vašem pracovišti?
- a) sanitář
 - b) perioperační sestra
 - c) sanitář i perioperační sestra
 - d) lékař operatér
 - e) anesteziologická sestra
 - f) nejsem si jistá/ý
19. Provádíte kontrolu správné polohy pacienta na operačním stole, zabezpečení proti otlakům a popálení o kovové části operačního stolu před začátkem a v průběhu operace,?
- a) ano vždy
 - b) jen někdy
 - c) jen při změně polohy
 - d) ne nikdy
20. Kdo je u Vás na operačním sále zodpovědný za přikládání neutrální elektrody?
- a) sanitář
 - b) perioperační sestra
 - c) nejsem si jistá/ý
21. Co je předmětem kontroly sterility operačního síta na Vašem pracovišti?
- Doplňte:.....
.....
.....
22. Kdy kontrolujete počet nástrojů na operačních sítích?
- a) jen před zahájením operace
 - b) jen před ukončením operace
 - c) před zahájením, v průběhu a při ukončení operace

23. Kdo provádí kontrolu počtu operačních roušek, sušení, jehel a nástrojů na závěr operace?

Doplňte:.....
.....

24. Kdo je informován o výsledku početní kontroly roušek, sušení, jehel a nástrojů v průběhu operace?

Doplňte:.....
.....

25. Kdo je zodpovědný za přípravu a obsluhu přístrojové vybavení na operačním sále?

Doplňte:.....
.....

26. Označujete do perioperační dokumentace použitou zdravotnickou techniku v průběhu operace?

a) ano

b) ne

27. Probíhá na Vašem pracovišti pravidelné školení v oblasti správné hygieny rukou?

a) ano Jak často?

Doplňte:.....
.....

b) ne

28. Provádějí se na Vašem pracovišti namátkové stěry na mikrobiologické vyšetření z rukou personálu?

a) ano Jak často?

Doplňte:.....
.....

b) ne

29. Kdy provádíte hygienickou dezinfekci rukou?


Doplňte:.....
.....

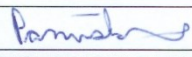
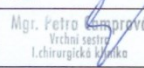
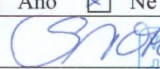
30. Do jaké míry dle Vašeho názoru se na vašem pracovišti daří dodržovat níže uvedená pravidla? Označte křížkem jednu možnost v každém řádku uvedené tabulky.

	0%-25%	25%-50%	50%-75%	75%-100%
	<i>ne/výjimečně</i>	<i>spíše ne</i>	<i>většinou</i>	<i>ano/vždy</i>
Zajištění intimity pacienta				
Dodržování povinné mlčenlivosti				
Prevence pádů pacienta				
Aktivní komunikace s pacientem				
Dodržování aseptických postupů				
Správná hygiena rukou				
Používání ochranných pracovních pomůcek				


Děkuji Vám za vyplnění dotazníku. Vyhodnocená data budou použita k návrhu zlepšení perioperační péče o pacienty.



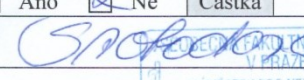
**Příloha č. 3: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací –
VFN v Praze, I. chirurgická klinika**

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	---


Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Panušková Markéta		
Kontaktní adresa	U Výkupního střediska 935/8, Praha 5 155 00		
Telefon	604 428 413	e-mailová adresa	marketapanuskova(zavináč)seznam.cz
Škola / fakulta	2. LF UK		
Obor studia	Všeobecná sestra		
Téma závěrečné práce	Bezpečí a kvalita poskytovaných zdravotnických služeb v oblasti perioperační péče.		
Termín sběru dat	Prosinec 2016, leden 2017		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Gynekologicko-porodnická klinika Urologická klinika I. Chirurgická klinika hrudní, břišní a úrazové chirurgie II. Chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie		
Zjišťované informace	Informovanost perioperačních sester o využití a dodržování standardů, doporučených pracovních postupů a kontrole kvality ošetrovatelské péče na operačních sálech.		
Forma prezentace dat:	Bakalářská práce.		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none"> Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN. 		
Datum:	12. 12. 2016	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	13. 12. 2016	Podpis	 Mgr. Petra Komprková Vrchtní sestra I. chirurgická klinika
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum	13 -12- 2016	Podpis	 NÁMĚSTEK PRO NELEKÁŘSKÁ ZDRAVOTNICKÁ POVLÁNÍ A KVALITU 128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2


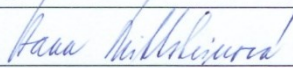
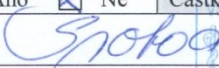
**Příloha č. 4: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací –
VFN v Praze, II. chirurgická klinika**


	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	--

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Panušková Markéta		
Kontaktní adresa	U Výkupního střediska 935/8, Praha 5 155 00		
Telefon	604 428 413	e-mailová adresa	marketapanuskova(zavináč)seznam.cz
Škola / fakulta	2. LF UK		
Obor studia	Všeobecná sestra		
Téma závěrečné práce	Bezpečí a kvalita poskytovaných zdravotnických služeb v oblasti perioperační péče.		
Termín sběru dat	Prosinec 2016, leden 2017		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Gynekologicko-porodnická klinika Urologická klinika I. Chirurgická klinika hrudní, břišní a úrazové chirurgie II. Chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie		
Zjišťované informace	Informovanost perioperačních sester o využití a dodržování standardů, doporučených pracovních postupů a kontrole kvality ošetrovatelské péče na operačních sálech.		
Forma prezentace dat:	Bakalářská práce.		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN. 		
Datum:	12. 12. 2016	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	13. 12. 2016	Podpis	 Průchová Jana
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum	13 -12- 2016	Podpis	 Náměstek pro nelekářská zdravotnická povolání a kvalitu 128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2


**Příloha č. 5: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací –
VFN v Praze, Gynekologicko-porodnická klinika**





	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Panušková Markéta		
Kontaktní adresa	U Výkupního střediska 935/8, Praha 5 155 00		
Telefon	604 428 413	e-mailová adresa	marketapanuskova(zavináč)seznam.cz
Škola / fakulta	2. LF UK		
Obor studia	Všeobecná sestra		
Téma závěrečné práce	Bezpečí a kvalita poskytovaných zdravotnických služeb v oblasti perioperační péče.		
Termín sběru dat	Prosinec 2016, leden 2017		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Gynekologicko-porodnická klinika Urologická klinika I. Chirurgická klinika hrudní, břišní a úrazové chirurgie II. Chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie		
Zjišťované informace	Informovanost perioperačních sester o využití a dodržování standardů, doporučených pracovních postupů a kontrole kvality ošetrovatelské péče na operačních sálech.		
Forma prezentace dat:	Bakalářská práce.		
Poučení žadatele:	1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. 2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. 3. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. 4. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.		
Datum:	12. 12. 2016	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	13. 12. 2016	Podpis	
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum	13 -12- 2016	Podpis	



 VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
 V PRAZE
 ÚSTAV PRO NELEKÁŘSKÁ
 ZDRAVOTNICKÁ PŮVOLÁNÍ A KVALITU
 128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2
 Mgr. Dita Svobodová, Ph.D.

**Příloha č. 6: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací –
VFN v Praze, Urologická klinika**


	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	--

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Panušková Markéta		
Kontaktní adresa	U Výkupního střediska 935/8, Praha 5 155 00		
Telefon	604 428 413	e-mailová adresa	marketapanuskova(zavináč)seznam.cz
Škola / fakulta	2. LF UK		
Obor studia	Všeobecná sestra		
Téma závěrečné práce	Bezpečí a kvalita poskytovaných zdravotnických služeb v oblasti perioperační péče.		
Termín sběru dat	Prosinec 2016, leden 2017		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Gynekologicko-porodnická klinika Urologická klinika I. Chirurgická klinika hrudní, břišní a úrazové chirurgie II. Chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie		
Zjišťované informace	Informovanost perioperačních sester o využití a dodržování standardů, doporučených pracovních postupů a kontrole kvality ošetrovatelské péče na operačních sálech.		
Forma prezentace dat:	Bakalářská práce.		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none"> Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN. 		
Datum:	12. 12. 2016	Podpis žadatele	
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Datum	13. 12. 2016	Podpis	 Olga KRPAŤOVÁ vrchní sestra
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím		
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Částka		
Datum	13 -12- 2016	Podpis	 

Příloha č. 7: Předoperační bezpečnostní procedura FN Motol



Předoperační bezpečnostní procedura



World Health Organization
A World Alliance for Safer Health Care

Patient Safety

Vede anesteziologická sestra

Před úvodem do anestézie

(účastní se: alespoň anesteziologická sestra a anesteziolog)

Vede perioperační sestra

Před provedením incize

(účastní se: perioperační sestra, anesteziolog, chirurg)

Vede perioperační sestra

Před ukončením operace

(účastní se: perioperační a anesteziologická sestra, anesteziolog, operatér)

Byla provedena kontrola léků a anesteziologického přístroje?

Ano

Potvrdil/a pacient/ka svoji identitu, místo, výkon a souhlas s ním?

Ano

Nehodí se pro tento případ

Má pacient/ka známou alergii?

Ano

Ne

Byla s pacientem/kou dodána antibiotika?

Ano

Nehodí se pro tento případ

Má pacient/ka obříže s dýchacími cestami nebo riziko aspirace?

Ne

Ano, příslušné přístroje, pomůcky a případné asistence jsou k dispozici

Jsou v případě předpokládané vyšší krevní ztráty (500ml nebo u dětí 7ml/kg) nebo inotropní podpory zajištěny adekvátní vstupy do cévního řečiště?

Ano

Ne, budou zajištěny později

Byla ověřena dostupnost a spojení na samitáře pověřeného donáškou TP?

Ano

Ne

Má pacient/ka nasazen pulsní oximetr, který funguje?

Ano

Nehodí se pro tento případ

Byla ověřena identita pacienta/ky, operační výkon, případně strana?

Ano

Byla podána prolyticky antibiotika v průběhu posledních 60 minut?

Ano

Nehodí se pro tento případ

Otázky pro chirurga:

Jsou předpokládány komplikace?

Ne

Ano ➔ **Očekáváte nutnost spolupráce jiného odborníka?**

Ne

Ano ➔ **Je ověřena jeho dostupnost?**

Ano

Ne

Otázky pro perioperační sestru:

Byla potvrzena sterilita (včetně výsledků indikátorů)?

Ano

Ne

Je veškeré vybavení funkční a k dispozici?

Ano

Ne

Je nezbytná obrazová dokumentace dostupná?

Ano

Ne

Nehodí se pro tento případ

Perioperační sestra ústně potvrdí:

Spočítání nástrojů, mluivého materiálu a lehel

Provedení označení odebraných vzorků

Případné problémy s vybavením, které je potřeba řešit

Chirurg, anesteziolog

Operatér je seznámen s klinickým stavem pacienta po operaci


Ano

Anesteziologem a operátorem byla dohodnuta pooperační péče, která je popsána v Anesteziologické průvodce

Ano

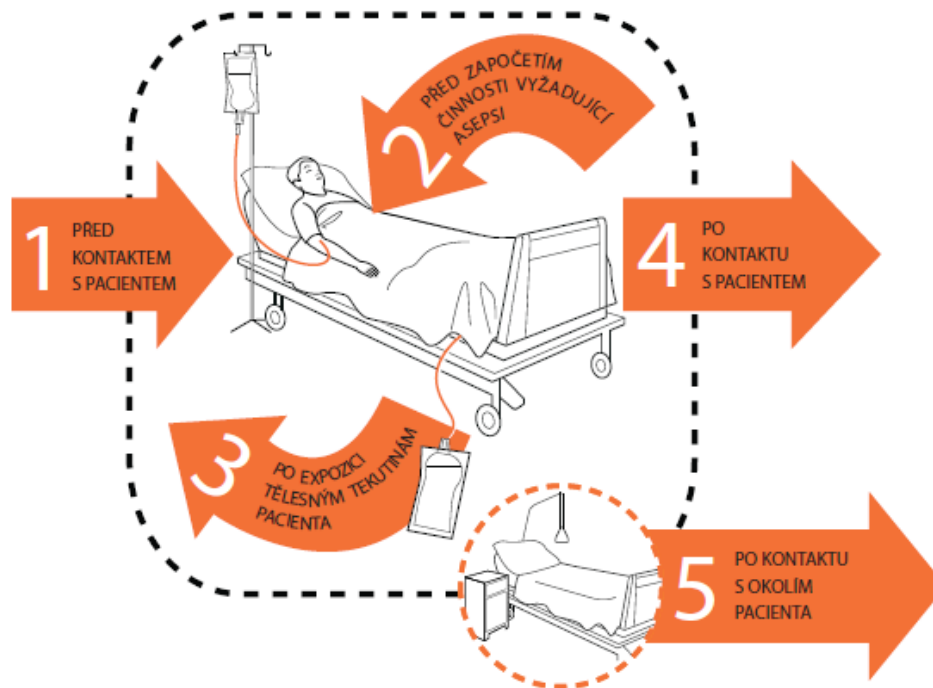
Ne

Příloha č. 8: Předoperační bezpečnostní proces VFN v Praze

	<p>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2; IČ: 00064165; tel.: 224 961 111</p> <p>PERIOPERAČNÍ BEZPEČNOSTNÍ PROCES</p> <p>Datum: příjezd pacienta na operační sál: odjezd pacienta z operačního sálu:</p> <p>Šítek pacienta</p>	<p>F-VFN-133 strana 1 z 1 verze číslo 5</p> <p>hod. hod.</p>
<p>Před úvodem do anestézie Zapisuje: anesteziolog / anesteziologická sestra</p>		
<p>Byla ověřena identita pacienta, místo, výkon a souhlas s výkonem a anestézií? <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Byla provedena kontrola potřebných léčivých přípravků, jsou příslušné přístroje a pomůcky k dispozici a funkční? <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Má pacient známou alergii? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Má pacient obtíže s dýchacími cestami nebo riziko aspirace? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p>	<p>Před zahájením výkonu Zapisuje: operátor / perioperační sestra</p> <p>Otázky pro operátora: Byla ověřena identita pacienta, druh operačního výkonu a místo výkonu? <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Je místo výkonu označeno? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> nehodí se pro tento případ</p> <p>Byla pacientovi v průběhu posledních 60 minut profylakticky podána ATB? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Očekávají se komplikace? Pokud ano, bude nutná spolupráce jiného odborníka? Je ověřena jeho dostupnost? Je k dispozici dokumentace zobrazovacích metod? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	<p>Před zahájením výkonu perioperační sestra ústně potvrdí počet: <input type="checkbox"/> roušek <input type="checkbox"/> sušení <input type="checkbox"/> nástrojů <input type="checkbox"/> nepočítá se</p> <p>Byla potvrzena sterilita (včetně výsledků indikátorů)? <input type="checkbox"/> ano (záznam viz sterilizační deník)</p> <p>Je veškeré vybavení funkční a k dispozici? <input type="checkbox"/> ano (záznam viz přílohy ve ZD pacienta)</p> <p>Druh antiseptise:</p> <p>Čas záznamu: (před zahájením výkonu)</p> <p>..... Anesteziologická sestra Anesteziolog</p>
<p>Před / Po ukončení výkonu Zapisuje: operátor / perioperační sestra</p>		
<p>Před ukončením výkonu perioperační sestra ústně potvrdí počet: <input type="checkbox"/> roušek <input type="checkbox"/> sušení <input type="checkbox"/> nástrojů <input type="checkbox"/> nepočítá se</p> <p>Odběr biologického materiálu / počet nádob <input type="checkbox"/> cytologické vyšetření ks <input type="checkbox"/> histologické vyšetření ks <input type="checkbox"/> bakteriologické vyšetření ks <input type="checkbox"/> rychlá biopsie ks</p>	<p>Otázky pro perioperační sestru: Před zahájením výkonu perioperační sestra ústně potvrdí počet: <input type="checkbox"/> roušek <input type="checkbox"/> sušení <input type="checkbox"/> nástrojů <input type="checkbox"/> nepočítá se</p> <p>Byly změny na kůži po výkonu <input type="checkbox"/> byl zaveden permanentní močový katetr</p> <p>Operátor je seznámen s klinickým stavem pacienta po operaci a anesteziologem a operátorem byla dohodnuta pooperační péče. <input type="checkbox"/> ano</p>	<p>Čas záznamu: (před ukončením výkonu)</p> <p>..... Perioperační sestra Operátor</p>

Příloha č. 9: Pět základních situací pro hygienu rukou

Pět základních situací pro hygienu rukou



1	PŘED KONTAKTEM S PACIENTEM	KDY? PROČ?	Při kontaktu s pacientem si před přímým dotykem dezinfikujte ruce. Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy přenášenými na Vašich rukou.
2	PŘED ZAPOČETÍM ČINNOSTI VYŽADUJÍCÍ ASEPSI	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce bezprostředně před prováděním jakýchkoli aseptických výkonů. Z důvodu ochrany pacienta před nebezpečnými mikroorganismy včetně jeho vlastních, které by mohly vniknout do jeho těla.
3	PO EXPOZICI TĚLESNÝM TEKUTINÁM PACIENTA	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce bezprostředně po vystavení riziku styku s tělesnými tekutinami (a po sejmutí rukavic). Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
4	PO KONTAKTU S PACIENTEM	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku pacienta nebo jeho bezprostředního okolí ve chvíli, kdy pacienta opouštíte. Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.
5	PO KONTAKTU S OKOLÍM PACIENTA	KDY? PROČ?	Dezinfikujte si ruce po přímém dotyku jakéhokoli předmětu nebo kusu nábytku v bezprostředním okolí pacienta ve chvíli, kdy ho opouštíte, a to i v případě, že nedošlo k dotyku pacienta. Z důvodu Vaší ochrany i ochrany zdravotnického prostředí před nebezpečnými mikroorganismy pacienta.



Vydáno Sesterskou zdravotnickou organizací v roce 2007 pod názvem Your 5 moments for hand hygiene

© World Health Organization 2009

Česká lékařská společnost zdravotnické organizace uvalil Ministerstvu zdravotnictví ČR právo k přeložení dokumentu do českého jazyka. Ministerstvo zdravotnictví ČR plně zodpovídá za českou verzi dokumentu. Česká verze.

© Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2011

květen 2009