

nemocných. Stejně tak je asociována s klinicky orientovanými benefity a finanční úsporou pravidelná přítomnost klinického farmaceuta během vizity [2, 4]. Naopak tato asociace chybí u mikrobiologa, kde se jeho přítomnost do klinicky relevantního výstupu nepodařilo prokázat. Přesto se řada autorit v oboru kloní k pravidelné (nikoli na denní bázi) komunikaci s mikrobiologem k dosažení lepšího antimikrobiálního stewardshipu a kultivaci předpisu antibiotik [5]. V Evropě dlouhodobě není rutinní součástí každodenní vizity na JIP široká paleta různých specialistů (fyzioterapeut, respirační specialista, nutricionista, sociální pracovník, klinický psycholog...), jako je tomu třeba ve Spojených státech. Rovněž s narůstajícím množstvím specializací se prokazatelně prodlužuje doba vizity, která ovlivňuje i pocit spokojenosti zúčastněných.

V čase se také proměňuje role leadera, vedoucího vizity. Ten by již neměl být vnímán jako jediný nositel rozhodnutí a určujícím prvkem dalšího postupu. Jeho rolí je dohled nad udržením struktury vizity, umožnění všem členům týmu být slyšeni a moderování diskuze či její směřování k umožnění informovaného a kvalifikovaného rozhodování. Je také nezbytným prvkem pro udržení kontinuity péče.

Právě udržení jasně definované struktury má na osud pacientů patrně vyšší dopad než dominance vedoucího. Pokud je dodržen určený postup, jsou jasně definovány role v týmu a vytyčeny léčebné cíle obvykle i s využitím checklistů, nedochází ke zhoršení výsledků péče i bez přítomnosti dominantního leadera [6, 7]. Právě stále hojně rozšířené dominující postavení vedoucího může naopak nabourávat týmovou spolupráci, schopnost kreativních řešení či potlačovat nezávislé myšlení jednotlivých členů týmu.

Způsob provedení

Již minimálně od doby Sira Williama Oslera se dominantní část vizity odehrává u lůžka nemocného. Tento prostor slouží k budování vztahu s nemocným, diskuzi napříč celým ošetrovatelským týmem a v neposlední řadě umožňuje předání znalostí. Ne vždy se však tento pobyt u lůžka podaří přetavit ve větší spokojenost našich pacientů. Některé observační práce jasně prokázaly, že lékařský tým se obvykle plně věnuje informacím somatického rázu a nemocnému není umožněno ventilovat své psychosociální potřeby či participovat na rozhodování o své péči, což vede ke sníženému pocitu satisfakce [8]. Nedávné dotazníkové šetření z Německa, do kterého bylo zapojeno 33 % německých nemocnic, ukázalo, že průměrná doba strávená u lůžka pacienta během vizity je přibližně 4 minuty [9]. Zámořské státy (Kanada, USA) opakovaně reportují čas přibližně okolo 15–20 minut. Prodloužení času je způsobeno především vyšším množstvím jednotlivých specializací a přítomností rodinných příslušníků během reference. Tento časový rozdíl není literárně spojen se změnou kvality péče či spokojeností jednotlivých členů ošetroujícího personálu a spíše vychází z rozdílných kulturních a socioekonomických faktorů a tradic [9].

Předchozí diskuze mimo lůžko pacienta, obvykle v oddělené místnosti, pak vede ke snížení počtu vyrušení, zkrácení doby vizity i zkvalitnění komunikace [10, 11]. Součástí této diskuze a event. i rozhodovacího procesu by však měl být přítomen i nelékařský zdravotnický personál, protože jeho vyčlenění může vést ke vzniku konfliktních situací, řady nepochopení a ztráty vnímání týmové péče. Vzhledem k průměrné

denní době, kterou lékař intenzivista tráví u lůžka nemocného (5–10 % pracovní doby), může sestra často nabídnout cenné informace (včetně tlumočení pacientových potřeb), které by jinak mohly být při vytváření denního plánu péče opomenuty. V neposlední řadě je sestra u lůžka pacienta pověřena přímým plněním mnoha prvků denního plánu projednávaného při vizitě a přímá komunikace je pro jeho úspěšné splnění klíčová.

V epidemiologicky náročných situacích, jako byla/je pandemie covidu-19 byla schopna některá pracoviště přejít do režimu telemedicíny, včetně uskutečnění multidisciplinárních vizit ve snaze nesnížit kvalitu poskytované péče [12].

Ačkoli neexistuje jediná optimální varianta, standardizace času začátku vizity (měl by být totožný 7 dní v týdnu) a místa konání zlepšuje efektivitu vizity tím, že zlepšuje a usnadňuje adherenci i účast členů týmu. Při vizitách by měl být kladen důraz na systematický přístup, zapojení jednotlivých členů týmu včetně prostoru pro dotazy a shrnutí celkových cílů péče pro daný den.

Checklisty

Zajímavým prvkem vizity může být využití checklistů. Ty pomáhají k udržení struktury vizity, zjednodušují definici některých cílů a pomohou usnadnit komunikaci v rámci týmu [13]. Jejich vliv na osud nemocných (zejména na mortalitu) není jednoznačný [14]. Pozitivním aspektem checklistů kromě definování rámce vizity může být zkrácení doby diskuze mezi členy ošetroujícího personálu [15–17].

Jednotlivé body k hodnocení obvykle zahrnují kromě zhodnocení vitálních parametrů a hemodynamických cílů také hodnocení bilance tekutin, způsob podání a dávku nutriční podpory, kontrolu glykemie, posouzení či úpravu podávané analgo/sedace, možnost redukce invazivních vstupů, potřebu podání profylaxe stresového vředu, prevenci tromboembolické nemoci atd. Pro systemizaci jednotlivých parametrů existuje ve světě několik zavedených mnemotechnických pomůcek, např. „FAST HUGS BID“ (viz tabulka 2), upravená varianta „FAST HUGS IN BED Please“ zahrnující navíc ještě zhodnocení možné psychosociální podpory, FAITH (Fluid balance, Aperiens, Investigations and results,

Tab. 1. Správná praxe denní vizity na JIP dle stupnice GRADE (adaptováno a aktualizováno z [2])

Zavedení multidisciplinárních vizit	↑↑A
Standardizace místa, času a složení týmu vizity	↑↑B
Definování jednoznačné role pro každého, kdo se vizity účastní	↑↑B
Vývoj a implementace strukturovaného nástroje (checklist)	↑↑B
Minimalizace zbytečných přerušení	↑↑C
Zaměření diskuze na určení denních cílů a zaznamenání všeho, co bylo projednáno	↑↑C
Umožnění a podpora týmového přístupu během diskuze	↑↑C
Vedení diskuze u lůžka pacienta, důraz na potřeby pacienta	↑? A
Vedení diskuze v konferenční místnosti k podpoře efektivitu a komunikaci	↑? C
Vytvoření bezpečného komunikačního prostředí	↑? C
Vytvoření vizuální prezentace informací o pacientovi	?? D

Vychází z metodiky GRADE hodnotící účinnost intervence a kvalitu důkazů. Síla doporučení: ↑↑ = silné doporučení, doporučeno provést, ↑? = slabé doporučení, doporučeno zvážit, ?? = žádné doporučení
Kvalita evidence: A = velmi silná, B = silná, C = střední, D = slabá