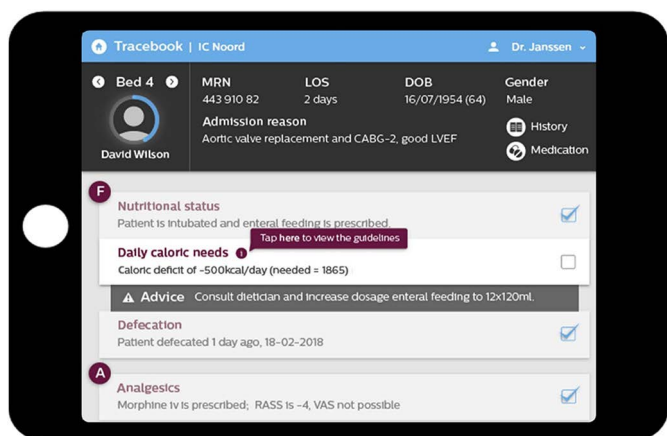


Tab. 2. Mnemotechnická pomůcka pro denní hodnocení pacienta

FAST HUGS BID	
Feeding/fluids	Zhodnocení/zahájení enterální výživy/ kontrola bilance tekutin
Analgesia	Posouzení kontroly bolesti
Sedation	Minimalizace dávky sedace dle definovaného cíle
Thromboprophylaxis	Zvážení profylaxe hluboké žilní trombózy
Head up position	Elevace trupu k snížení rizika vzniku pneumonie
Ulcer prophylaxis	Zvážení profylaxe stresové vředové léze
Glycemic control	Posouzení kontroly glykemie
Spontaneous breathing trial	Posouzení možnosti extubace
Bowel care	Prevence obstipace/péče o stolici
Indwelling catheter removal	Přehodnocení potřeby invazivních vstupů
Deescalation of antibiotics	Zvážení vysazení/deeskalace antimikrobiální léčby

Obr. 1. Inteligentní JIP checklist generovaný dle NIS. Náhled automatizovaného checklistu z Catharina Hospital Eindhoven (se svolením autorů [21])

Therapies and Hydration), FAVOURITE THUGS (Feeding – Analgesia – Volume Status – OT/PT – Respiratory – Infection – Transfusion – Embolic – Tubes/Drains – Heart – Ulcer – Glucose Control – Spine/Special/Statins), DANISH BUG FEST a další.

Důležitý je i checklist samotný. Ten by měl být dostatečně jednoduchý a srozumitelný a zároveň respektovat specifikum konkrétního pracoviště. Z dotazníkového šetření na Brazílských JIP vyplynulo, že na 188 pracovištích je využíván naprosto totožný checklist. V případě, že není checklist dostatečně zjednodušený a obsahuje velký počet bodů k hodnocení, významně klesá ochota personálu checklist vůbec vyplňovat a stává se byrokratickou komplikací [14]. Ve státech, které disponují sofistikovanějšími nemocničními informačními systémy než my, je možné checklist již automaticky předvyplnit dle aktuálních ordinací a laboratorních výsledků (Obr. 1) [18–21]. Tím by mohly být zboženy minimálně některé bariéry spojené s jejich rutinním využitím.

Právě vygenerovaná data k vizitě či alespoň vytištěné laboratorní výsledky jsou nezbytností. Diskuze aktuálních výsledků je jedním z integrovaných prvků každé vizity a v případě pouze slovní reference výsledků je více než třetina dat podána chybně či dezinterpretována [22]. Přesto ani možnost zhotovení jednoduchého reportu denních výsledků většina NIS v ČR nedisponuje. Prokázaný pozitivní efekt má i tabule sloužící k sepsání denních cílů [23]. Slouží k uzavření komunikační smyčky, lepšímu pochopení směřování všemi členy ošetrovatelského týmu,

v některých případech i určení jednotlivých kompetencí. V případě, že jsou denní cíle viditelně umístěny v blízkosti nemocného, mohou pomoci informovat např. také rodinné příslušníky.

Rodina a blízcí

Stále častěji diskutovanou otázkou je přítomnost rodinných příslušníků přímo na vizitě. Kromě jednotek intenzivní péče pracujících s pediatrickými pacienty se jedná o něco v našich končinách nezvyklého a vybočujícího z tradičního pojetí vizity. Zastánci přítomnosti rodinných příslušníků během vizity (což je běžná praxe v USA, některých kanadských či izraelských nemocnicích) argumentují tím, že jejich účast obecně neprodlužuje dobu trvání vizity, nebrání prognostickým diskuzím, ani nezhoršuje celkovou kvalitu vizity na JIP, naopak posiluje důvěru a upevňuje vztahy s lékaři, usnadňuje výměnu informací a přispívá k vyšší míře profesionality při vizitách. Oponenti a mnohdy také naše zaužívaná praxe mají obavy ze snížení efektivity vizity, vzniku potenciálně zavádějících závěrů při použití medicínského žargonu a omezení některých informací ve snaze chránit „city“ příbuzných či narušení výuky [24]. V našich podmínkách nejsou fyzické přítomnosti rodiny obvykle také nakloněny logistické podmínky a zejména prostorové uspořádání JIP, kdy mnoho JIP rutinně nedisponuje ani komunikační místností pro setkávání s příbuznými, natož dostatečným prostorem kolem lůžka nemocného. Je však možné, že tlak či požadavek na přítomnosti rodiny (např. ve virtuální podobě formou videokonference) bude narůstat. Protože žijeme v době, kdy řada nemocných, a také jejich blízkých si přeje být více zakomponována do rozhodování o vlastní integritě a určování diagnosticko-terapeutického procesu.

Výuka

Zcela specifickou oblastí je pak výuka u lůžka nemocného. Nejedná se pouze o pregraduální výuku studentů lékařské fakulty na univerzitních pracovištích, ale i umožnění kontinuálního procesu vzdělávání všech zdravotníků. Výuka samotná klade velké nároky na osobu vyučujícího. Předpokládá u něj potřebnou míru předchozí přípravy, schopnost přizpůsobit výuku úrovni vzdělávaného a vše zakomponovat do struktury vizity. Samotných konceptů vzdělávání i způsobů jejich provedení existuje celá řada [25], obvykle je vhodné se soustředit pouze na 1 klíčový prvek u jednotlivých nemocných, tak aby nedošlo ke snížení plynulosti procesu vizity a snížení satisfakce dalších členů týmu [26]. Výbornou pomůckou pro výuku se může stát ultrazvukový přístroj. S jeho pomocí lze vizualizovat celou řadu patologií, vysvětlit hemodynamické zákonitosti i zvýšit bezpečnost nemocného při invazivních výkonech. Ultrazvuk může posloužit ke každodenní evaluaci stavu pacientů na JIP, pro jeho přímé zavzetí do každodenní reference a procesu vizity však není dostatečné množství důkazů. V tuto chvíli se zdá, že ultrazvukové vyšetření, zejména pokud není provedeno zkušeným operátorem, může proces definování denních cílů spíše narušit či zkeslit. V důsledku toho je vhodné provádět tato vyšetření již před vizitou samotnou [27].

Závěr

Ideální vizita na JIP dle současné EBM je strukturovaná a systematizovaný proces, kdy celý ošetřující tým skládající se z několika lékařů