

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče
Diplomová práce

Vedoucí práce
PhDr. Ivanka Kohoutová

Autor práce
Bc. Jana Klimešová

2008

Abstract

The name and the topic of my thesis is evaluation of the quality of given nursing care. The quality of nursing care as integral part of quality of medical care is gaining ground not only in medics but also in public. Words like quality, standard, audit are commonly used by every nurse but do they know meaning of separate words? Do they know how to ensure high-quality care and how to evaluate it? These and other questions must be answered in order to retrieve possible insufficiencies and thus, to ensure high-quality nursing care. That's why I chose this topic for my thesis.

Theoretical part first characterizes nursing, its aims and organization of nursing care. Extensive part is devoted to quality of nursing care, systems and models to ensure and evaluate the quality. Practical part is focused on research and its interpretation. There were two research units and were created by nurses from surgical wards of Hospital in České Budějovice and Hospital in Jihlava. In order to collect needed data I chose quantitative method, when the way of data collecting was questionnaire. The aim of the thesis was to chart nurses' knowledge on evaluation of quality of given nursing care through two hypotheses. The hypothesis supposing that nurses working in Hospital České Budějovice know more about evaluation of quality of given nursing care than nurses working in Hospital Jihlava was confirmed. But it is evident from the results that both investigated units have certain reserves. The other hypothesis supposing that more than 80% nurses consider the audits helpful for improving the quality of nursing care was not confirmed. According to the results, for more than half of addressed nurses audit is only stressing matter when hospital management looks for faults in their work. I mean, this opinion results from insufficient knowledge or incorrect understanding of the audit sense.

I would like to use the thesis and its results as a base for creating scientific lectures and subsequent presentation. The head nurse asked me to present my thesis and

the results at the meeting of head nurses in autumn 2008. I was asked for the results by Jihlava Hospital management as well.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí práce PhDr. Ivance Kohoutové za metodické vedení a cenné rady při psaní této diplomové práce.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav.....	10
1.1 Charakteristika ošetrovatelství	10
1.1.1 <i>Definice a cíle ošetrovatelství</i>	10
1.2 Organizace ošetrovatelské péče	10
1.2.1 <i>Ošetrovatelský proces</i>	11
1.2.2 <i>Dokumentace ošetrovatelské péče</i>	12
1.2.3 <i>Standardy ošetrovatelské péče</i>	13
1.2.4 <i>Kvalita ošetrovatelské péče</i>	13
1.3 Kvalita péče.....	14
1.3.1 <i>Definice kvality</i>	14
1.3.2 <i>Základní podmínky kvality</i>	15
1.3.3 <i>Dimenze kvality</i>	15
1.3.4 <i>Znaky kvalitní ošetrovatelské péče</i>	16
1.3.5 <i>Znalosti ošetrovatelského personálu o kvalitě péče</i>	17
1.3.6 <i>Mezinárodní fórum o kvalitě a bezpečnosti zdravotní péče</i>	18
1.4 Program kontinuálního zvyšování kvality.....	18
1.4.1 <i>Nástroje kontinuálního zvyšování kvality</i>	20
1.5 Systém zajišťování a hodnocení kvality ošetrovatelské péče.....	20
1.5.1 <i>Indikátory kvality</i>	22
1.5.2 <i>Spokojenost pacientů/klientů</i>	24
1.5.3 <i>Mimořádné události</i>	26
1.5.3.1 <i>Odpovědnost za poskytovanou péči</i>	27
1.5.4 <i>Ošetrovatelské standardy</i>	27
1.5.5 <i>Ošetrovatelský audit</i>	30
1.6 Systémové modely pro zvyšování a hodnocení kvality zdravotní péče....	32
1.6.1 <i>ISO</i>	33
1.6.2 <i>JCAHO</i>	34
1.6.3 <i>JCI</i>	35

1.6.4	<i>SAK-ČR</i>	35
1.6.5	<i>EFQM – EQA</i>	37
1.6.6	<i>Cena kvality Malcolma Baldrige</i>	37
1.6.7	<i>ISQua a ALPHA</i>	38
1.6.8	<i>6 Sigma</i>	38
2.	Cíl práce a hypotézy	39
2.1	Cíl práce	39
2.2	Hypotézy	39
3.	Metodika	40
3.1	Metodika práce	40
3.2	Výzkumný soubor	40
4.	Výsledky	41
5.	Diskuze	73
6.	Závěr	79
7.	Seznam použitých zdrojů	80
8.	Klíčová slova	87
9.	Přílohy	88

„Kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem současného ošetrovatelství.“

(32, str. 13)

Úvod

Kvalita zdravotní péče, jejíž nedílnou součástí tvoří i kvalita ošetrovatelské péče, je v současnosti velmi aktuální a sledované téma. Kvalitní péče se stále více dostává do popředí zájmu nejen zdravotníků, ale také veřejnosti. Každé zdravotnické zařízení se snaží zkvalitňovat zdravotní péči proto, aby si zajistilo např. spokojenost a bezpečí pacientů, dobrou pověst, přiblížilo se standardu Evropské unie nebo jen přežilo v tvrdších konkurenčních podmínkách. Zda je poskytovaná péče opravdu kvalitní, hodnotí nejen samo zdravotnické zařízení, ale také externí organizace jakou jsou například Spojená akreditační komise nebo Mezinárodní organizace pro standardizaci. Protože se požadavky na kvalitu péče zvyšují, zvyšují se i nároky na práci a vzdělávání sester. Právě celoživotní vzdělávání sester je jedním ze základních pilířů kvalitní ošetrovatelské péče, kterou mohou sestry vykonávat pouze pokud umí aplikovat nabyté vědomosti do každodenní praxe.

Díky tomu, že se u nás v posledních letech výrazně změnila role ošetrovatelského personálu, jsou pojmy jako je kvalita, standard nebo audit běžně používány všemi sestrami. Znají však význam jednotlivých slov? Vědí, jak zajišťovat kvalitní ošetrovatelskou péči nebo podle čeho ji mohou hodnotit? Na tyto a mnohé další otázky je třeba znát odpovědi, abychom zjistili případné nedostatky ve vzdělání sester, napravily je a mohla tak být zajišťována kvalitní ošetrovatelská péče. A právě z tohoto důvodu jsem jako téma svojí diplomové práce zvolila: Hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče.

V teoretické části práce budou obsaženy základní údaje o cílech ošetrovatelství a organizaci ošetrovatelské péče. Rozsáhlejší část bude věnována kvalitě ošetrovatelské péče a systémům měření a zajišťování kvality ve světě i v České republice. V praktické, výzkumné, části práce budou zkoumány znalosti sester o hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Výzkumné vzorky budou tvořit sestry z chirurgických oddělení

nemocnic České Budějovice a Jihlava. Práci a její výsledky bych ráda použila jako podklad pro vytvoření odborných přednášek a jejich následnou prezentaci. Hlavní sestra českobudějovické nemocnice mě požádala, abych práci i s výsledky prezentovala na poradě vrchních sester na podzim roku 2008 a vedení jihlavské nemocnice mě požádalo o výsledky práce taktéž.

1. Současný stav

1.1 Charakteristika ošetrovatelství

Ošetrovatelství je vědní obor, který obsahuje ucelený a vědecky uspořádaný soubor poznatků, jenž jsou tvořeny teoretickými znalostmi a praktickými zkušenostmi. V péči o zdraví má ošetrovatelství své nenahraditelné místo (32, 52).

1.1.1 Definice a cíle ošetrovatelství

Ošetrovatelství není v současnosti chápáno pouze jako plnění ordinací lékaře, ale jako odborná a samostatná činnost vykonávána kompetentními a profesionálně zdatnými pracovníky, jejichž cílem je poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. Je definováno jako samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, sociálních a psychických potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (18, 31).

Základním cílem ošetrovatelství je komplexně a systematicky uspokojovat potřeby člověka, které vedou k udržení či navrácení zdraví, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocných lidí a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Dalším cílem je pomoci jednotlivci, skupině a rodinám, aby dokázali samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Ošetrovatelství se zaměřuje jak na prevenci onemocnění, tak na snižování negativního dopadu nemoci na člověka a předcházení komplikacím. Také podporuje nemocné k sebepéči a do péče se snaží zapojit celou rodinu (18, 44, 45).

1.2 Organizace ošetrovatelské péče

Organizace ošetrovatelské péče se skládá z ošetrovatelského procesu, dokumentace, standardů a kvality péče (44).

1.2.1 Ošetrovatelský proces

Moderní ošetrovatelství si žádá takové změny v organizaci a poskytování ošetrovatelské péče, které vedou k plánovité ošetrovatelské péči vycházející z individuálních potřeb a problémů každého pacienta/klienta. Ošetrovatelský proces představuje logický, systematický přístup pro poskytování ošetrovatelské péče a je hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu. Probíhá cyklicky a jeho jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují. Cílem ošetrovatelského procesu je prevence, zmírnění nebo úplné odstranění problémů v oblasti individuálních potřeb pacienta/klienta. Je složen z pěti fází (18, 21, 45, 48).

První fáze obsahuje sběr, ověřování a následné třídění informací o zdravotním stavu pacienta/klienta. Sestra získává informace rozhovorem s pacientem/klientem, fyzikálním vyšetřením, popřípadě i rámcovým screeningovým vyšetřením. Shromažďováním údajů sestava sestavuje ošetrovatelskou, sesterskou, anamnézu. Tento sběr informací začíná již při vstupu pacienta/klienta do zdravotnického zařízení a pokračuje během celé doby poskytování ošetrovatelského procesu (44, 48).

Druhou fází ošetrovatelského procesu je stanovení ošetrovatelských problémů, ošetrovatelských diagnóz. Rozdíl mezi ošetrovatelskou diagnózou a lékařskou je v zaměření. Ošetrovatelská diagnóza je zaměřena na stanovení potřeb a problémů pacienta/klienta z hlediska sestry, tedy z hlediska ošetrovatelské péče. Zatímco lékařská diagnóza je zaměřena na stanovení diagnózy onemocnění. Ošetrovatelská diagnóza se zabývá aktuálními nebo potencionálními problémy pacienta/klienta. Aktuální problém existuje u pacienta/klienta právě teď, potenciální problém vyjadřuje riziko, jímž je pacient/klient ohrožen. Jedinec může mít více ošetrovatelských diagnóz, ale každá musí vyjadřovat pouze jeden problém (18, 44, 48).

Plánování ošetrovatelské péče představuje třetí fázi ošetrovatelského procesu. Sestra a pacient/klient by si měli nejdříve vytýčit priority podle aktuálního zdravotního stavu. Následuje seřazení diagnóz od důležitých k méně důležitým. Jakmile má sestra diagnózy seřazené, stanovuje si cíle ošetrovatelské péče, výsledná kritéria, strategii a plánuje ošetrovatelské zásahy, intervence. Poté by měla sestra stanovit individuální plán péče. Cílem, neboli žádoucím výsledkem ošetrovatelské péče by mělo být zmírnění

nebo úplné odstranění problému, který byl definován v ošetrovatelské diagnóze (44, 48).

Čtvrtou fází je realizace plánu péče. V této fázi sestra provádí ošetrovatelské intervence. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra získává další informace o pacientovi/klientovi, díky kterým může operativně modifikovat ošetrovatelskou péči (44, 45, 48).

Pátou, konečnou fází je vyhodnocování výsledků péče. Sestra hodnotí, zda dosáhla očekávaných výsledků. Někdy je nutné ošetrovatelské intervence změnit či upravit, aby bylo očekávaných výsledků dosaženo. Při vyhodnocení naplnění fází ošetrovatelského procesu dochází k posuzování kvality dosaženého výsledku v porovnání se stanovenými normami (44, 48).

1.2.2 Dokumentace ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská (sesterská) dokumentace tvoří spolu s dokumentací lékařskou celkovou zdravotnickou dokumentaci. Vedení, zpracování, uchovávání a skartace zdravotnické dokumentace stanovuje novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, která vstoupila v platnost v dubnu roku 2007. Podle této vyhlášky jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci všechna zdravotnická zařízení. Zdravotnická dokumentace musí obsahovat identifikační číslo, název, sídlo a telefonní číslo daného zdravotnického zařízení, a jestliže je zařízení rozděleno, má být ve zdravotnické dokumentaci uveden i název oddělení. Zápis do dokumentace musí být zakončen podpisem osoby, jenž zápis provedla. Záznamy ve zdravotnické dokumentaci mají být čitelné, věcně správné a celá dokumentace má být vedena pravdivě a přehledně, s co největší vypovídající schopností. Jestliže je ošetrovatelská a lékařská dokumentace vedena odděleně, musí si vzájemně korespondovat a nesmí si protirečit (33, 42, 44).

Kvalitně vedená ošetrovatelská dokumentace je nebytnou součástí ošetrovatelského procesu. Základ dokumentace tvoří vstupní ošetrovatelský záznam, plán péče, záznamy o různých ošetrovatelských testech a výstupní ošetrovatelská zpráva. Význam ošetrovatelské dokumentace spočívá v zajištění návaznosti péče a v chronologickém přehledu o poskytnuté péči. Dále je zdrojem informací o potřebách

pacienta/klienta, plánu ošetrovatelské péče a umožňuje také hodnotit účinnost nebo neúčinnost ošetrovatelských intervencí. Dokumentace poskytuje hodnověrné údaje pro účely právního vyšetřování a význam má i z hlediska kontroly kvality ošetrovatelské péče a výzkumu v ošetrovatelství. Dobře vedená ošetrovatelská dokumentace není zbytečnost, protože poskytuje informace sloužící k bezpečné péči o pacienta/klienta a také k ochraně ošetrovatelského personálu například při šetření stížností (20, 31, 41).

Pro vedení ošetrovatelské dokumentace neexistuje jednotná předloha. Dokumentace má smysl, pokud vyhovuje potřebám oddělení. Proto mají v dnešní době různá oddělení odlišné dokumentace. Správně vedená ošetrovatelská dokumentace by měla být stručná, věcná, přehledná a srozumitelná. Povinností staničních a vrchních sester je pravidelná kontrola a hodnocení úrovně dokumentace. Dobře vedená dokumentace je dokladem, že ošetrovatelská péče byla kvalitní a poskytnutá lege artis. Také je důležitým nástrojem zvyšování kvality ošetrovatelské péče (6, 41, 42).

1.2.3 Standardy ošetrovatelské péče

Ošetrovatelský standard definuje přijatelnou ošetrovatelskou péčí a určuje dohodnutou profesní úroveň kvality. Vymezuje rozsah, obsahovou náplň činností sestry, místo působení, kompetenční vztahy a etická a vzdělávací kritéria její práce. Pro zvyšování kvality mají ošetrovatelské standardy klíčový význam, protože jasně a jednoznačně vymezují minimální úroveň poskytované péče. Jestliže není ošetrovatelský standard dodržován, stává se péče rizikovou, neboť ohrožuje pacientův zdravotní stav. Hluběji se problematikou standardů zabývá kapitola 1.5.4 (7, 8).

1.2.4 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalitní ošetrovatelskou péčí se rozumí shoda mezi poskytovanou péčí a mezi existujícími standardy. Na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je v současnosti kladen velký důraz. Přispívá k tomu i fakt, že 16. cílem Zdraví 21, dlouhodobého programu zlepšování kvality zdravotního stavu obyvatelstva České republiky, je Řízení v zájmu kvality péče. Díky tomuto cíli, byla vytvořena Rada pro kvalitu ve

zdravotnictví, Centra pro řízení kvality ve zdravotnictví a následně byly definovány klíčové programy kvality. Na úrovni vlády tak byly vytvořeny institucionální podmínky pro měření kvality. Podrobně se kvalitou péče zabývá následující kapitola (20, 28, 44).

1. 3 Kvalita péče

1.3.1 Definice kvality

Kvalita zdravotní péče se řadí mezi nejvýznamnější tradiční hodnoty zdravotní péče. Avšak definovat kvalitu není jednoduché, protože kvalita je intuitivně vnímaný a dynamický pojem s mnoha rozměry. Neznamená pouze soubor metod, technik a pracovních postupů, ale je vnímána jako filozofie. Proto je pojetí kvality vždy dáno sociálním a kulturním prostředím a ovlivněno hodnotovým systémem a stupněm znalostí jedince. Definování kvality je dále ovlivněno převládajícími hodnotami dané společnosti a individuálními hodnotami lidí, kteří definice vytvářejí (9, 21, 36, 46).

Pro lepší pochopení předchozího textu, je zde uvedeno hned několik definic kvality:

„Kvalita zdravotní péče je schopnost uspokojovat zdravotní potřeby těch, kteří jsou na péči závislí.“
(13, str. 66)

„Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.“
(46, str. 36)

„Kvalita je měřítko shody mezi vytýčenými cíli a poskytovanou péčí.“
(17, str. 113)

Podle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO) je kvalita zdravotní péče definována jako stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje (10).

1.3.2 Základní podmínky kvality

Organizace, která chce poskytovat svým pacientům/klientům vysoce kvalitní zdravotní péči, musí zajistit vysoké vzdělání a následné kontinuální vzdělávání svých zaměstnanců. Důvod je zřejmý. Kvalita péče ve velké míře závisí na celoživotním vzdělávání těch, kdo jsou za její poskytování zodpovědní. Dále musí zajistit technické zajištění, což znamená lepší využití a centralizaci některých diagnostických a léčebných technologií, organizační zajištění péče tak, aby na sebe vhodně navazovaly léčebné a diagnostické postupy. Důležitým faktorem, který musí organizace zajistit je frekvence výkonů na pracovišti, skrze získávání zkušeností zdravotníků, a zpětná vazba o jejich správném počínání (1, 17).

1.3.3 Dimenze kvality

Kvalita péče má několik dimenzí, podle kterých je hodnocena. Dimenze se postupně vyvíjely, v roce 1995 definovala Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) devět dimenzí kvality, které vyžadovala od zdravotnických organizací, jenž usilovaly o akreditaci. Patřily tam dostupnost péče, přiměřenost, soustavnost, účinnost, očekávaná účinnost péče, hospodárnost, pacientova/klientova spokojenost a autonomie, bezpečnost a včasnost péče. V následujících letech se za stávajícího obsahu měnila terminologie a byly definovány další dimenze. Škrlovi uvádějí již jedenáct dimenzí kvality (9, 46).

Dostupnost péče je vyjádřena snadností, s níž mohou pacienti/klienti získat potřebné a přiměřené služby, když je potřebují. Tím je myšlena ekonomická, časová a prostorová dostupnost. Nejvíce je dostupnost ovlivňována pokrytím území zdravotnickými zařízeními, jejich kapacitou a systémem financování zdravotní péče. *Kompetence* souvisí s požadavkem, aby dovednosti a znalosti pracovníků ve zdravotnictví byly v souladu s nabízenou péčí a zákroky. *Vhodnost* je myšlena relevantnost a vhodnost péče a služeb vůči potřebám pacientů/klientů. Veškerá poskytovaná péče musí být podložena standardy. *Přijatelnost* souvisí s péčí, která má odpovídat požadavkům jedince, obce a plátce. Péče a služby pro ně musí být přijatelné.

Ekonomičnost vyjadřuje požadavek, aby péče, služeb, zákroků a veškerých procedur bylo dosahováno s minimálními výdaji a tedy s co nejekonomičtějším využitím zdrojů. *Efektivností* je myšlena úspěšnost, s jakou byly splněny očekávané cíle poskytované péče. *Bezpečnost péče* je orientována na zajištění minimálního rizika poškození pacientů/klientů, popřípadě úplného vyloučení rizika. Stupeň bezpečnosti závisí na odborných kompetencích pracovníků ve zdravotnictví a na faktorech technické povahy. *Kontinuita* vyjadřuje schopnost nabízet koordinovanou péči mezi poskytovateli péče a také návaznost péče v čase a prostoru. To znamená takzvanou „bezešvou péči“. Důležitým rysem kontinuity je udržování záznamů o minulých nálezech a rozhodnutích a jejich používání v průběžné péči způsobem, demonstrujícím stabilitu cílů zařízení a metod. *Včasnost* vyjadřuje požadavek, aby byla péče poskytována pacientům/klientům v době, kdy jí potřebují a kdy je pro ně nejvíce prospěšná. *Přiměřeností péče* je myšlena péče, která vychází ze současné úrovně vědeckého poznání a odpovídá zdravotnímu stavu a potřebám pacienta/klienta. *Úcta a vnímavost* souvisí s mírou zapojení pacientů/klientů a jejich rodin do rozhodovacích procesů v záležitostech, které se týkají jejich zdraví. Dále sem patří způsob respektování lidské důstojnosti, soukromí, studu a individuality pacientů/klientů zdravotním personálem (9, 43, 46, 54).

1.3.4 Znaký kvalitní ošetrovatelské péče

Kvalitní ošetrovatelská péče je nejčastěji charakterizována následujícími znaky. Podmínkou kvalitní péče je existence jasné koncepce ošetrovatelství v zemi, tedy i v konkrétním zdravotnickém zařízení. Ošetrovatelská péče musí reagovat na potřeby pacienta/klienta a metodou poskytování ošetrovatelské péče je ošetrovatelský proces. Dalším znakem je týmová práce ošetrovatelského personálu, který je dobře motivovaný, odborně připravený a stanovuje si reálné cíle. Kvalitní ošetrovatelská péče je také vyjádřena dodržováním profesionálního etického kodexu ošetrovatelským týmem a respektováním práv pacienta/klienta. Kvalitu charakterizuje i aktivní spolupráce pacienta/klienta a rodiny s ošetrovatelským týmem při poskytování ošetrovatelské péče. Veškerá péče má být prováděna podle nejnovějších vědeckých poznatků a za účinné mezioborové spolupráce (7, 8).

1.3.5 Znalosti ošetrovatelského personálu o kvalitě péče

Na zlepšování kvality ve zdravotnickém zařízení se podílí zaměstnanci, a proto je nutné, aby pochopili filozofii kvality, získali sebevědomí a cílevědomost. Samozřejmě musí být motivováni a mít dostatečné dovednosti a znalosti, jejichž součástí je i celoživotní vzdělávání. Potřebné jsou i nové dovednosti, mezi které patří například schopnost aplikace systémového přístupu a metody řešení problémů, schopnost komunikace a spolupráce v multidisciplinárním týmu a dovednosti při získávání a analýze informací (25).

Právě spolupráce v multidisciplinárním týmu je důležitá z hlediska každodenní efektivity práce a její kvality. Členové jednotlivých profesí v týmu musí mít dané kompetence. Jestliže má reprezentant určité profese určené jasné kompetence, může převzít konkrétní odpovědnost a pravomoc při rozhodování a plnění úkolů na svěřeném úseku práce. Kompetence k rozhodování se získávají dosažením příslušné profesní kvalifikace. V České republice je vydán zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povolání). Ten upravuje podmínky pro získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Dále stanovuje podmínky pro uznávání způsobilosti k výkonu povolání, zaručuje celoživotní vzdělávání nelékařských profesí ve zdravotnictví a udává povinnost registrace. Jedním z hlavních cílů registrace je zvyšování kvality poskytované péče díky celoživotnímu vzdělávání. Souvisejícím předpisem je vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (25, 53, 55).

Mezi zásadní znalosti, dovednosti a postoje, které má mít ošetrovatelský personál patří mimo jiné následující. Ošetrovatelský personál musí chápat, co to vůbec kvalita je a uvědomovat si její důležitost pro odbornou práci. Kvalita nestojí pouze na jednom členu týmu, ale každý z týmu je součástí řetězce kvality a práce jednoho člena, ovlivňuje druhé a především ovlivňuje kvalitu služby jako celku. Kvalita nepředstavuje

pouze vzájemnou koordinaci práce mezi lékařem, sestrou a pacientem/klientem, ale i všechny procesy, co stojí za tím. Ošetrovatelský personál si musí uvědomit, kolik ho stojí chybování, plýtvání a zbytečná práce a měl by přemýšlet i o chybách a problémech, které mu několikrát za den komplikují život. Tím, že personál změní způsob myšlení a eliminuje chyby, plýtvání a problémy, může dosáhnout zlepšení se stávajícími zdroji. Mezi klíčové dovednosti a postoje patří i vytvoření prostředí zaměřeného na pacienta/klienta, jeho potřeby a aktivní naslouchání ošetrovatelského personálu pacientům/klientům. Důležité je, aby měl personál takové znalosti, které mu umožní správně používat i vytvářet nástroje a metody měření kvality nejen v jeho vlastní práci, ale v širším kontextu i v práci celé organizace (25).

1.3.6 Mezinárodní fórum o kvalitě a bezpečnosti zdravotní péče

V dubnu roku 2006 se v Praze konala konference, která se zabývala kvalitou zdravotní péče. Název 11. Evropské fórum o zlepšování kvality zdravotní péče (11th European Forum on Quality Improvement in Health care), byl změněn na Mezinárodní fórum o kvalitě a bezpečnosti zdravotní péče (International Forum on Quality and Safety in Health Care). Důvodem změny názvu byl fakt, že se na konferenci přihlásili i účastníci z jiných než Evropských zemí. Byli to například účastníci z USA, Kanady, Austrálie či Nového Zélandu. Akci organizovala British Medical Journal (BMJ) Publishing Group, což je publikační divize Britské lékařské asociace (British Medical Association) (12).

Konference byla pojata nejen jako fórum pro výměnu zkušeností účastníků, ale také jako školicí akce, protože některé sekce byly koncipovány jako minikurzy. Příspěvků bylo mnoho a týkaly se např. přístupů ke zlepšování kvality péče, zavádění systémů hlášení incidentů při poskytování akutní i chronické péče, zkušenostmi s programy zlepšování kvality péče ve světě, indikátory kvality zdravotních služeb (12).

1.4 Program kontinuálního zvyšování kvality

Zvyšování kvality péče o pacienta/klienta je v současnosti snahou většiny zdravotnických institucí. Důvody, proč tomu tak je, jsou různé. Zdravotnická zařízení si

tím snaží zajistit dobrou pověst, udržet nebo navýšit počet pacientů/klientů a přežít tak v tvrdších konkurenčních podmínkách. Dalšími motivy mohou být snahy o uspokojení požadavků akreditačních standardů či nutnost přiblížit se standardu Evropské unie (46).

Pro program kontinuálního zvyšování kvality jsou používány dvě anglické zkratky, TQM (Total Quality Management/ Celkové řízení kvality) a CQI (Continuous Quality Improvement/ Kontinuální zvyšování kvality).

Program TQM byl vytvořen na základě zkušeností amerických a japonských firem zaměřených na zabezpečování jakosti. Jeho obsahem nejsou žádné neznámé nebo revoluční prvky, ale jde o systematické využívání několika univerzálních principů a prověřených nástrojů kvality v rámci celého zdravotnického zařízení. Strategie TQM je vytvořena tak, aby fungovala s co nejmenšími náklady, ale s maximální efektivitou a výkonností za využití veškerých možných lidských a materiálních zdrojů ve všech oblastech, které je tvoří. V systému zdravotní péče má TQM čtyři hlavní principy. Je zaměřen na uživatele, tedy pacienty/klienty, dále to je multidisciplinární spolupráce, odstranění profesionálních a oborových bariér a lepší řízení a využití lidských i materiálních zdrojů. Cílem strategie TQM je definice kvality, která říká, že v systému zdravotní péče je kvalita uspokojení potřeb uživatelů. To znamená, že personál, služby a ostatní činnosti jsou zaměřeny na vyhledávání a uspokojování potřeb pacientů/klientů (22, 27, 46).

Pro TQM je důležité znát informace o kvalitě zdravotní péče v organizaci. Zdravotnické zařízení tyto údaje získává od pacientů/klientů a jiných interních nebo externích klientů, od externích odborníků, z indikátorů kvality a z výsledků auditů. Nástroje, které program TQM používá jsou standardizace, audity, sledování a vyhodnocování indikátorů kvality zdravotní péče a akreditace (17).

Strategii není možné zaměstnancům jenom vnutit nebo nařídít, ale její úspěšná implementace se musí opírat o angažovanost zaměstnanců a jejich nadšení. TQM je zaměřen na kontinuální zvyšování kvality, nikoliv na dosažení pevně stanovených, neměnných cílů (46).

1.4.1 Nástroje kontinuálního zvyšování kvality

Mezi čtyři důležité elementy TQM patří metodologie, která popisuje logistiku programu, nástroje, jako pomůcky, které identifikují a zlepšují kvalitu. Dále jsou to techniky představující návody jak používat nástroje kvality a výuka představuje proces uschopňující sestry jak v chápání, tak v používání technik a nástrojů.

Pro úspěšné zavedení programu TQM jsou nástroje nezbytné a jejich cílem je dokumentovat existenci a rozsah variability, tedy odchylek. Zdravotnický personál si musí uvědomit, že větší část problémů na jejich oddělení je způsobena právě nekontrolovanou variabilitou. To znamená, že každý zaměstnanec, ať už sestra nebo lékař, dělá věci po svém. Jinak vede zdravotnickou dokumentaci, provádí zákroky atd. Tyto nástroje variabilitu kontrolují, analyzují a zabraňují tak výkyvům kvality. Sestry i ostatní personál to musí pochopit a naučit se standardizovat, kontrolovat a zlepšovat. Nástroje používané tímto programem se nazývají skupinové nástroje řešení problémů, protože proces řešení problémů probíhá ve skupinách. Řadíme mezi ně například Paretovu analýzu, Ishikawův diagram, histogram, vývojový diagram (46).

1.5 Systém zajišťování a hodnocení kvality ošetrovatelské péče

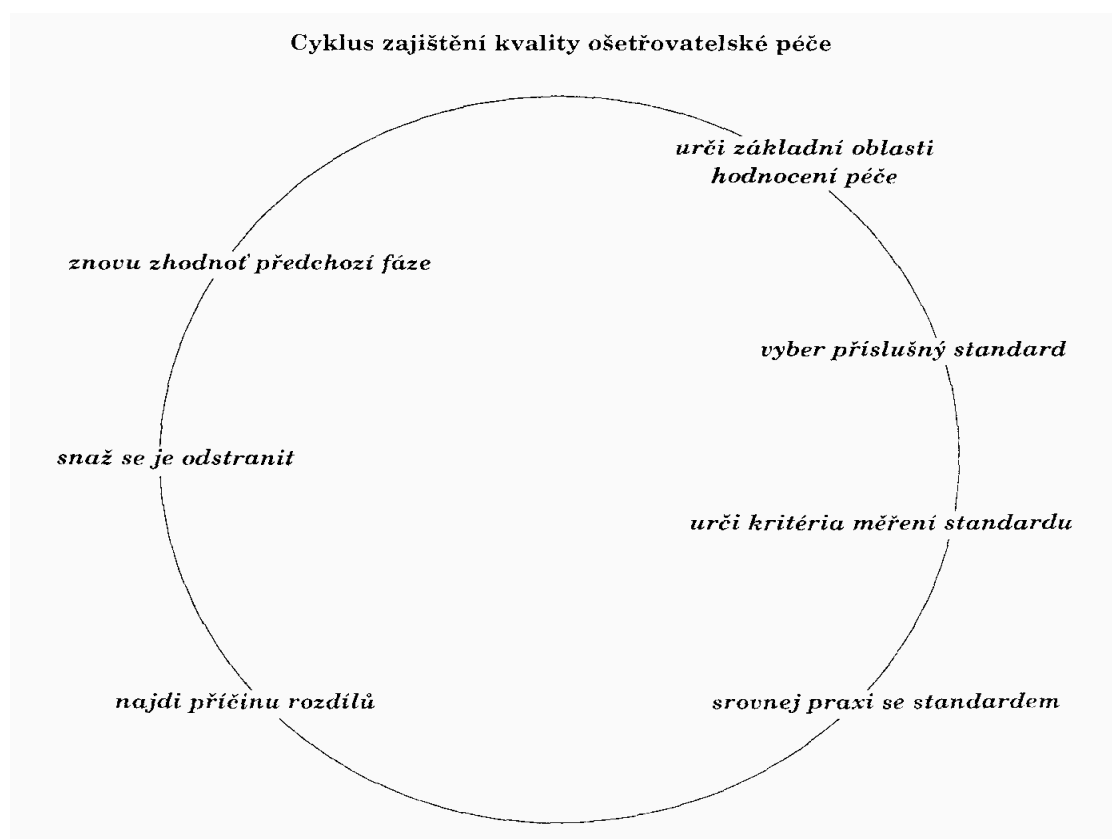
Úroveň ošetrovatelské péče tvoří spolu s úrovní péče lékařské pilíř, o který se opírá celková úroveň poskytované péče v každém zdravotnickém zařízení. Proto je důležité docenit význam ošetrovatelské péče v komplexní péči o pacienta/klienta při procesu zajišťování a zvyšování kvality péče v nemocnicích. Sestry zcela samostatně vykonávají specifické činnosti, které se podílejí na konečných výsledcích poskytované léčebné péče (9).

Pro dosažení kvalitní péče je potřeba vytvořit určitý systém zajišťování a hodnocení kvality. Cílem tohoto systému je neustálé zlepšování kvality poskytované ošetrovatelské péče. Mezi základní části systému zajišťování kvality patří definování jasných cílů, profesionálních hodnot a stanovení definice požadované kvality. Dalším elementem je vypracování standardů ošetrovatelské péče, které by měly zaručit požadovanou kvalitu a následné vytvoření systému kontroly dodržování standardů. Také je nutné zajistit personální a organizační faktory nezbytné pro dosažení standardní

práce a případného přehodnocování standardů v souvislosti k požadované úrovni kvality. Poslední částí systému je definovat, jak hodnotit dosažený efekt (7, 21).

System zajišťování kvality péče je proces, který v sobě zahrnuje neustálé sledování skutečné praxe. Důvodem je případné odstraňování problémů takovým způsobem, aby praxe odpovídala dohodnutým standardům a mohla tak být hodnocena kvalita ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského auditu. Dále se musí stanovit konkrétní kroky v systému zajišťování kvality ošetrovatelské péče. To se označuje termínem Cyklus zajišťování kvality ošetrovatelské péče (viz. obrázek č.1).

Obrázek č.1



(21, str. 101)

Nejdříve je potřeba identifikovat klíčové oblasti pro stanovení standardů. Počet klíčových oblastí může být omezen například časově nebo personálním obsazením. Je vhodné vybrat takové oblasti ošetrovatelské péče, které jsou na nejnižší úrovni a je třeba

jejich zlepšení. Priority jednotlivých zdravotnických zařízení se mohou ve výběru oblastí lišit. Jakmile jsou stanoveny klíčové oblasti, začíná fáze definování standardů. Ty jasně vymezují přiměřenou úroveň péče. Obvykle se stanovuje jeden nebo dva standardy pro jednotlivou klíčovou oblast. Následně se musí stanovit kritéria, podle kterých se standardy budou měřit. Kritéria by měla být měřitelná, splnitelná, logická, pozorovatelná a formulována jasně, aby přesně stanovila nezbytnou úroveň péče odpovídající standardu. Důležité je porovnat ošetrovatelskou praxi se stanovenými standardy. Musí být zřetelně určeno, kdy, kým a jak bude hodnocení prováděno. Jestliže bude při hodnocení zjištěn rozpor mezi skutečnou praxí a stanovenými standardy, je nutné provést rozbor tohoto stavu. S výsledky rozboru mají být seznámeni hodnocení pracovníci. Jakmile je zjištěna příčina rozporu mezi standardy a skutečností, musí se zajistit náprava v podobě plánovaných změn. Někdy se stane, že dosažení změny není v silách týmu, a proto musí být změněny standardy tak, aby odpovídaly prostředí nebo charakteru práce. Poslední fází cyklu je zhodnocení všech předchozích fází. Celkové zhodnocení používaných standardů a způsobu měření kvality péče musí být prováděno v pravidelných intervalech, například jednou ročně. Důvodem je zjistit, zda je celý cyklus s provedenými úpravami účinný (7, 21).

System zajišťování kvality ošetrovatelské péče snižuje možnosti pro poskytování nevhodné a nedbalé péče a zajišťuje poskytování nejvhodnější možné péče s využíváním současných vědeckých poznatků. Slouží k zaručení větší důvěryhodnosti, zodpovědnosti a informovanosti v multidisciplinárních týmech, díky potřebě celoživotního vzdělávání sester (8).

1.5.1 Indikátory kvality

Indikátor kvality je definován jako měřitelné kritérium, které při porovnání s určitým požadavkem, směrnicí nebo standardem ukazuje, do jaké míry bylo daného standardu dosaženo. Představuje tedy vodítko pro monitorování, hodnocení a zlepšování kvality (16, 46).

Indikátory mají důležité vlastnosti. Indikátor je vždy číslo a je smysluplný, protože pomáhá zvyšovat kvalitu. Představuje kvantitu, která vypovídá něco o kvalitě,

ale není neomylný. Také slouží jako signál, který varuje, že něco není v pořádku. Může být zaměřen na negativní nebo pozitivní jevy, stejně jako na lékaře, sestru, proces nebo systém. Výsledek indikátoru musí být dosazen do numerického kontextu proto, aby bylo možné porovnat „něco s něčím“. Jestliže není indikátor dosazen do kontextu, není nástrojem zvyšování kvality, ale pouze statistikou (17, 46).

Indikátory se mohou týkat struktury, procesu nebo výstupu zdravotní péče. Mezi indikátory *struktury* se řadí například technické vybavení pracoviště, prostorové nároky na péči, kvalifikace lékařů a sester, počet zaměstnanců. U *procesu* představuje indikátor míru efektivity nebo správnosti. Patří sem čekací doba na příjem nebo operaci, procento nozokomiálních nákaz, shoda či neshoda ošetřovatelské péče se specifickými ošetřovatelskými standardy atd. Mezi indikátory *výstupu* se řadí náklady na lůžko/den, spokojenost pacientů/klientů s poskytovanou péčí, počet stížností na kvalitu péče a jiné (17, 46).

Je nutné kategorizovat indikátory podle jejich priority. Nejvíce prioritní jsou *indikátory rizik*. Ty jsou důležité vždy a musí být hodnoceny a dokumentovány co nejdříve. Jedná se například o smrt pacienta/klienta, infekci pooperační rány, požár. Na druhém místě jsou indikátory důležité a vysoce senzitivní, *indikátory klíčové*. Říkají něco o práci oddělení a mají být sledovány každý měsíc. Řadí se sem délka pobytu pacienta/klienta, počet stížností, nemocnost zaměstnanců a jiné. *Popisné indikátory* jsou prioritně na třetím místě. Nemají takovou důležitost, ale jsou užitečné a mohou se i důležitými stát, pokud se výrazně změní jejich výsledná data. Potom se stávají klíčovými indikátory. Na posledním místě jsou *data nedůležitá*, sem patří indikátory, jejichž informace neříká nic důležitého. Pro kvalitu péče oddělení jsou postradatelná, avšak v kontextu jiných indikátorů mohou rozšířit celkový obraz (46).

K výběru nejlepších indikátorů existují určitá kritéria. Data musí být důležitá pro dané oddělení a mají korespondovat s praxí oddělení. To znamená, že například důležitým indikátorem na chirurgii nebo operačním sále jsou pooperační infekce. Podstatná je validita, platnost. Musí se zajistit, aby data měřila přesně to, o čem mají vypovídat. Dokumentace by proto neměla být považována za ošetřovatelskou péči nebo stížnosti pacientů/klientů za jejich spokojenost. Kritériem pro výběr indikátorů je také

senzitivita. To znamená, že indikátor musí být citlivý na změny v činnosti, výkonu nebo procesu ze kterého jsou data získávána. Tyto změny musí být spojeny s kvalitou péče, nikoliv ovlivněním jinými faktory. Profesionální respekt představuje kritérium, kdy je důležité používat indikátory všeobecně užívané zdravotnickými institucemi nebo nabízené profesionálními organizacemi, nejen pouze indikátory vytvořené pro dané oddělení. Důvod pro používání všeobecných indikátorů zdravotnických zařízení je porovnání práce s jinými odděleními nebo zdravotnickými zařízeními (46).

Mezi indikátory kvality léčebné péče patří mimořádné události jako jsou náhlá smrt nebo selhání zdravotnické techniky a konkrétní indikátory kvality jednotlivých oddělení, například komplikace pacientů/klientů během předanestetického vyšetření, počet pooperačních infekcí k celkovému počtu operací, průměrná délka hospitalizace, čekací doby na operace a jiné. Mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče patří spokojenost pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí, s tlumením bolesti, s množstvím poskytovaných informací, spokojenost sester, personální obsazení a kvalifikační struktura, prevalence dekubitů, počet nehod, úrazů a dalších poškození pacientů/klientů, tedy hlášení mimořádných událostí a další (17, 49).

1.5.2 Spokojenost pacientů/klientů

Výzkum spokojenosti pacientů/klientů s poskytovanou péčí je důležitý indikátor kvality. Jeho předností je jasné a přehledné srovnání kvality péče ve zdravotnických zařízeních. Je možné podle něj porovnat i vývoj kvality v čase. Zkušenosti ukazují, že tam kde je spokojený zdravotnický personál, jsou obvykle spokojeni také pacienti/klienti (35).

Pro zjišťování spokojenosti pacientů/klientů se používají kombinace kvantitativních a kvalitativních metod výzkumu. Mezi nejpoužívanější metody patří přímé pozorování, zúčastněné pozorování, rozbor kritických případů, např. stížností, poštovní a telefonické ankety, dotazník a cílené rozhovory, neboli focus groups. Při přímém pozorování sleduje kompetentní osoba chování a jednání mezi zdravotnickým personálem a pacientem/klientem, zatímco v zúčastněném pozorování je pozorovatel postaven do role pacienta/klienta. Dotazník pro pacienty/klienty je nejlevnější zdroj

informací pro zdravotnické zařízení. Pacient/klient v něm vyjadřuje svůj názor, spokojenost či nespokojenost s poskytovanou péčí a může vyjádřit i problémy, které ho mohly v nemocnici potkat. Zpravidla dotazníky sledují prostředí a komfort oddělení, denní režim, organizaci pobytu, ošetřování a stravování. Dále dostupnost informací ze strany sester i lékařů a celkovou spokojenost s vlastní péčí sester a lékařů. Při výzkumech bylo zjištěno, že požadovat informace o spokojenosti či nespokojenosti pacientů/klientů s péčí během hospitalizace není zcela optimální. Souvisí to s negativními pocity pacientů/klientů během hospitalizace. Pacient/klient proto nemusí být zdrojem objektivních informací. Dotazníky předkládané pacientům/klientům, kteří jsou propuštěni ze zdravotnického zařízení, také nejsou spolehlivým ukazatelem kvality péče. Pacienti/klienti na dotazníky většinou odpovídají kladně a důvodem je jejich radost, že mohou jít domů a mají pobyt v nemocnici za sebou. Proto takto vyplněné dotazníky také nepředstavují objektivní informace. Důležitým nástrojem pro získání zpětné vazby od pacientů/klientů se stávají cílené rozhovory, neboli focus groups, kdy jsou informace získávány od citlivě vybrané skupiny pacientů/klientů. Rozhovor se uskutečňuje v konečné fázi jejich hospitalizace. Cílené rozhovory by neměly trvat déle než 90 minut a probíhají formou neformální, ale cílené diskuze za účelem získání informací o kladných i záporných aspektech péče, která jim byla poskytnuta. Pro focus groups je vhodné vybrat homogenní skupinu pacientů/klientů. Tedy skupinu 6-12 lidí přibližně stejného věku. Do skupiny by se neměli dostat pacienti/klienti agresivní, nekomunikativní a antagonističtí. Důležité je, aby se lidé ve skupině cítili příjemně a pohodově. Cílené rozhovory mají vždy svou moderátorku, kterou může být sestra, sociální pracovnice, psychologka nebo jiná členka multidisciplinárního týmu. Na znalostech a zkušenostech moderátorky vždy závisí kvalita získaných informací. Ona musí umět udržet zájem skupiny a její dynamiku, správně se ptát, dobře naslouchat a vhodně interpretovat získané výsledky managementu zdravotnického zařízení (9, 46).

Průzkumy spokojenosti pacientů/klientů formou dotazníků a focus groups mají své silné a slabé stránky. Proto je pro zdravotnické zařízení nejlepší kombinovat obě tyto metody (46).

1.5.3 Mimořádné události

Management mimořádných událostí je součástí managementu rizik a představuje důležitou součást kontinuálního zvyšování kvality. Management rizik se týká incidentů, které byly způsobené zanedbáním povinné lékařské a ošetrovatelské péče, tedy péčí non lege artis. Hlášení mimořádných událostí se řadí mezi indikátory kvality a v moderním ošetrovatelství představuje velmi důležitý výukový prvek. Pro systém, v němž mimořádná událost vznikla, je zpětnou vazbou sloužící k nápravným opatřením. Mimořádná událost je definována jako událost, při které došlo k pochybení při proceduře nebo péči o pacienta/klienta, kdy intervence ze strany lékaře či sestry neproběhla podle plánů, směrnic nebo ošetrovatelských standardů. Následkem této péče došlo k poškození zdraví pacienta/klienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku (11, 17, 46, 47).

Mimořádnou událost je možné dělit podle závažnosti na incident a závažný incident. Incident představuje událost neohrožující život pacienta/klienta, návštěvy nebo zaměstnance. Tato událost se neslučuje s praxí, směrnicemi ani s předpisy zdravotnické organizace. Jejím následkem může být zvýšení rizika poškození zdraví, samotné zranění, poškození majetku či ohrožení dobré pověsti zdravotnické organizace. Závažný incident představuje kritickou událost, kdy je ohrožen život pacienta/klienta, návštěvy nebo zaměstnance. Následkem může být újma na zdraví nebo dokonce smrt osoby. Závažný incident se neslučuje s praxí a předpisy zdravotnické organizace a často končí soudním řízením nebo kriminálním vyšetřováním. Řadí se sem pochybení ve strategii léčby, medikační chyby, pády, neopatrné nebo nebezpečné chování zaměstnanců nebo pacientů/klientů a další (46, 47).

Dojde-li k mimořádné události, je potřeba zajistit optimální péči postiženému. Jestliže byl v mimořádné události implikován ošetřující lékař postižené osoby, péči o něj přebírá jiný lékař. Musí se zajistit všechny pomůcky, materiál nebo zdravotní technika, jenž se mohly podílet na vzniku mimořádné události. Poté je mimořádná událost zdokumentována zápisem na formulář s názvem Hlášení o mimořádné události (46, 47).

Zdravotnické organizace přistupují k řešení problematiky mimořádných událostí různými způsoby. Neexistuje totiž jedno správné řešení nebo cesta. Je potřeba vytvořit a zavést do praxe smysluplný proces řešení mimořádných událostí (46, 47).

1.5.3.1 Odpovědnost za poskytovanou péči

V současnosti se poskytování ošetrovatelské péče stává mnohem více složitější, citlivější a hlavně rizikovější oblastí zdravotní péče. Na sestry jsou kladeny čím dál větší požadavky týkající se jejich odbornosti a také jsou vystaveny větším požadavkům na odpovědnost za poskytovanou péči. Odpovědností je myšlena povinnost strpět sankce za protiprávní jednání, kterým může být u pracovníků ve zdravotnictví myšlen i postup non lege artis. Ošetrovatelskou péči sestra poskytuje v souladu se svou pracovní náplní a dle pokynů nadřízeného zaměstnance podle své kvalifikace. Jestliže sestra pracuje v souladu s předpisy, upravujícími poskytování zdravotní péče a v souladu s ošetrovatelskými standardy, poskytuje péči lege artis. Sestra má oprávnění odmítnout výkon provést, když je v rozporu s postupem lege artis, nebo ordinace lékaře není čitelná, či je-li lék ordinován chybně a dále také u výkonu, který by pacienta/klienta evidentně poškodil (50, 51).

1.5.4 Ošetrovatelské standardy

Ošetrovatelský standard je definován jako dohodnutá profesní norma kvality. Standard stanovuje přijatelnou úroveň ošetrovatelské péče a může představovat vodítko, podle kterého lze hodnotit, zda ošetrovatelská činnost odpovídá dané úrovni. Již Florence Nigtingalová se jako první pokusila o hodnocení úrovně lékařské a ošetrovatelské péče a zmínila se o potřebě dosažení standardu. První rozpracované ošetrovatelské standardy vznikaly v 70. letech 20. století v USA. Byly odezvou zdravotníků na vyhlášení Charty práv pacientů. Standardy přesně vyjadřovaly na jakou péči mají pacienti/klienti nárok a byla v nich definována správná zdravotnická praxe. Díky vývoji ve vědě, technice i praxi, se standardy stále zdokonalují (7, 18, 19).

Význam ošetrovatelských standardů je zřejmý. Standardy vymezují minimální úroveň poskytované péče, a tím mají klíčový význam pro zvyšování kvality. Jestliže není standardu dodržováno, ošetrovatelská péče se stává rizikovou, neboť je ohrožen zdravotní stav pacienta/klienta. Standard jasně definuje kompetence sestry, místo jejího působení a také etická a vzdělávací kritéria její práce. Definuje závaznou normu pro kvalitní péči a je možné podle něj objektivně hodnotit kvalitu poskytované péče. Význam standardů dále spočívá v možnosti porovnávání úrovně ošetrovatelské péče mezi jednotlivými odděleními, popřípadě mezi různými zdravotnickými zařízeními. Tím, že zajišťuje minimální hranici kvalitní péče, umožňuje pacientovi/klientovi cítit se bezpečně a jistě. Standard slouží jako ochrana sester před neoprávněným postihem, jestliže jej dodržují. V neposlední řadě standardy představují kvalitu poskytovanou zdravotnickým zařízením vnějšmu okolí. Jestliže standardy neslouží ke zlepšení přímé péče, není sledováno jejich dodržování nebo nejsou realizována nápravná opatření při jejich nedodržování, jsou zbytečné (7, 8, 19).

Nejčastěji se standardy dělí podle A. Donabediana na strukturální, procesuální a výsledkové. Strukturální standardy jsou na národní úrovni definovány legislativou. Ta stanovuje požadavky na zajištění kvality pomocí kvalifikace jednotlivých profesí, úrovní celoživotního vzdělávání, definováním kompetencí pracovníků a také stanovuje minimální počet zaměstnanců podílejících se na péči. Strukturální standardy určují kromě personálního obsazení také optimální technickou a hygienickou vybavenost pracoviště tak, aby mohla být dosažena stanovená kritéria. Procesuální standardy se zaměřují na popis specifických ošetrovatelských činností. Rozdělují se na standardy ošetrovatelských postupů a standardy ošetrovatelských činností. Standardy ošetrovatelských postupů jsou definovány především z důvodu zajištění jednotné péče o pacienta/klienta, protože vymezují přesný postup jednotlivých ošetrovatelských výkonů. Standardy ošetrovatelských činností jsou zaměřeny na jednotlivé ošetrovatelské problémy nebo vycházejí z onemocnění. Procesuální standardy tvoří nejpodrobnější část standardu, neboť obsahují kritéria, jenž je nutné splnit pro dosažení cíle daného standardu a také kritéria zaměřená na kvalitu. Standardy výsledků jsou zaměřeny na hodnocení konečných výsledků poskytované ošetrovatelské péče. Pro objektivní

zjištění, zda-li péče skutečně odpovídá požadované úrovni se používá především ošetrovatelského auditu nebo hodnocení pomocí porovnávání vzájemné souvislosti mezi strukturou, procesem a výsledkem (7, 8, 11, 26, 49, 30).

Standardsy se dále dělí na centrální a lokální. Jako zákonné nebo podzákonné normy vydává Ministerstvo zdravotnictví centrální standardy, popřípadě může vydávat rámcové standardy, které jsou doporučovány jako podklad pro tvorbu standardů lokálních. Standardy vydávané Ministerstvem zdravotnictví definují základní cíle, což jsou například kompetence a vzdělávání pracovníků v ošetrovatelství. Mezi centrální standardy patří koncepce ošetrovatelství, zákony a vyhlášky týkající se ošetrovatelství, etický kodex a další. Lokální standardy vychází se standardů centrálních, ale zpracovány jsou v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Mezi standardy centrálními a lokálními nesmí být rozpor. Je nutné, aby byl každý zaměstnanec s lokálními standardy seznámen a v rámci pracovní smlouvy se zavázal k jejich dodržování. Jestliže se do tvorby lokálních standardů zapojují řadové sestry, znamená to nejen jejich profesionální rozvoj, ale hlavně větší ochotu při jejich dodržování v praxi (4, 7).

Každý standard musí jasně vymezovat požadovanou normu, což představuje jakési minimum kvality, které má být poskytnuto. Jestliže je tato minimální úroveň kvality zajištěna, je standard splněn. Kritériem pro správně vypracovaný standard jsou náležitosti, které musí obsahovat. V první řadě je to zaměření standardu, tedy určení oblasti ošetrovatelské péče, které se konkrétně týká. Zaměření bývá vyjádřeno názvem standardu. Další náležitostí standardu je míra závaznosti. Zde má být definováno pro koho je standard určen a kdo se jím musí řídit. Cíl, neboli výsledek, má vyjadřovat požadovanou výslednou kvalitu a to jasně, stručně a srozumitelně. Proto, aby mohlo být cíle dosaženo, jsou určena kritéria strukturální, která říkají, co všechno sestra k výkonu potřebuje za pomůcky, kritéria procesuální, jenž popisují postup a možné komplikace výkonu a kritéria výsledková, která se týkají výsledné kvality. Součástí správně vytvořeného standardu dále tvoří kontrolní mechanismus, kde je uvedena oprávněná osoba, která bude hodnotit dodržování standardu, popřípadě je zde také uvedeno, jak často bude kontrola prováděna. Důležité je uvést zdroje literatury, které byly použité pro vypracování standardu a autora standardu (návrh standardu viz. příloha č.4) (4, 7).

1.5.5 Ošetřovatelský audit

Slovo audit znamená důkladné vyhodnocení nebo průzkum. Audity ve zdravotnictví tvoří nedílnou součást měření a kontinuálního zvyšování kvality péče (46).

Povinností vedoucích pracovníků v ošetřovatelství je průběžně hodnotit kvalitu poskytované ošetřovatelské péče, organizaci péče a profesionální přístup ošetřovatelského personálu k pacientům/klientům. Ošetřovatelský audit je označován jako systematické hodnocení kvality poskytované ošetřovatelské péče a jeho úkolem je zjistit, do jaké míry se shoduje ošetřovatelská praxe se standardy. Cílem auditu je nalezení slabých míst v systému či procesu a jejich co nejrychlejší náprava (8,17, 32, 46).

Jednou z hlavních podmínek úspěchu ošetřovatelského auditu je schopnost a ochota realizovat potřebné změny oddělením. Audit může být interní, kdy je auditorem vyškolený zaměstnanec nemocnice nebo externí, který provádí akreditovaná firma. Ošetřovatelský audit je možné rozdělit do čtyř druhů. Prvním typem je retrospektivní revize ošetřovatelských záznamů propuštěných pacientů/klientů. Druhým typem je audit implementace ošetřovatelských standardů, jehož cílem je zjistit, zda se schválené standardy dodržují v praxi. Dále je to algoritmový audit, který hodnotí strategii péče z perspektivy zachování dohodnutých postupů a dalších možných alternativ, například mapy péče a klinické postupy. Posledním typem je audit výsledků péče. Z výše uvedeného je patrné, že audit může hodnotit péči právě probíhající nebo péči již poskytnutou (29, 32, 46).

Účelem ošetřovatelského auditu je odůvodnění nákladů na materiální a personální zdroje, sledování efektivnosti péče a podpora kritického myšlení sester vedoucí k analýze vlastní práce a k hledání skutečných potřeb pacientů/klientů. Cílem auditu nikdy není hledání chyb ve výkonu sester a musí být jasné, že jde o partnerský postup, kdy jde o nalezení slabých míst, které je potřeba zlepšit, aby péče odpovídala standardům. Je to také jedním ze základních principů ošetřovatelských auditů. To, jakou oblast ošetřovatelské péče bude audit hodnotit, má být vždy oznámeno předem. Jestliže

byla nalezena slabá místa v ošetrovatelské praxi, pracuje na nápravě tým sester daného oddělení. Výsledek auditu by měl být sdělen pouze tomu oddělení, kde audit proběhl, nikoliv veřejně. Kopie formulářů z provedeného auditu mají být předány hlavní sestře (náměstkyni ošetrovatelské péče), popřípadě také manažerce programu pro zvyšování kvality. Je to formulář o výsledku auditu, plán náprav a dokumentace jejich realizace (viz. přílohy č.2 a 3) (46).

Ošetrovatelský audit je sestavený z několika po sobě jdoucích kroků. Nejdříve je třeba stanovit členy auditorského týmu. Hlavním auditorem může být externí auditor nebo vedoucí zaměstnanec nemocnice, ale podmínkou je jeho vyškolení v oblasti ošetrovatelských auditů. Doporučený počet auditorů je dva, kdy jeden auditor se ptá a druhý zapisuje, ale vždy záleží na velikosti zdravotnického zařízení. Členem auditorského týmu by měl být i člověk, expert, který zná odbornou problematiku. Důležitým krokem je určení cíle, sledované oblasti ošetrovatelské péče a vytvoření hodnotících kritérií podle standardů, směrnic atd., která budou předmětem auditu. Následuje samotný sběr dat, jejich analýza a poté shrnutí výsledků auditu, jejichž součástí je i doporučení ke změně. Posledním krokem je kontrola, zdali došlo k doporučeným změnám (29, 46).

K auditu patří kontrolní list, na který se zapisují jednotlivé zjištěné údaje. Kontrolní list by měl obsahovat hlavičku a vlastní kontrolní list. V hlavičce musí být uveden název sledované oblasti, název oddělení a stanice, kde bude audit probíhat, jména auditorů a časové rozmezí, ve kterém bude audit probíhat. Vlastní kontrolní list by měl obsahovat metodu sledování, například dotazování, ověřování dokumentace nebo sledování postupu při určitém výkonu a dále kontrolní kritéria a jejich čísla. Kritéria musí být srozumitelná, důležitá, jasná a odpovědi mají být jednoznačné, tedy ano či ne. Samozřejmostí je stanovit hodnocení auditu, které musí dodržovat všichni auditoři (17).

Plán auditů stanovuje hlavní sestra (náměstkyně ošetrovatelské péče) na celý rok. Kromě plánovaných auditů, existují ještě audity neplánované, které ověřují provedení náprav zjištěných nedostatků. Aby organizace dobře fungovala, je audit její nezbytnou součástí. Audit patří mezi nejefektivnější nástroje TQM a jestliže je dobře

pochopen a vyhodnocen, představuje spolehlivého průvodce na nekonečné cestě k dokonalosti (5, 29, 46).

1.6 Systémové modely pro zvyšování a hodnocení kvality zdravotní péče

Zdravotnická zařízení se v současnosti zaměřují na kvalitu služeb, které poskytují. A nejen ona. Jestli je péče, poskytovaná zdravotnickým zařízením, kvalitní, zajímá ve vyspělých zemích i pacienti/klienty a plátce, tedy pojišťovny. I oni očekávají kvalitní, efektivní a standardizované služby a kdykoliv mohou chtít předložit důkaz, že péče opravdu kvalitní je. Ve světě existují různé přístupy a modely kvality a lze je rozdělit do následujících kategorií. První jsou modely systémů řízení kvality. Příkladem je Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Standards Organization = ISO). Druhé jsou modely akreditačních standardů, například Spojená akreditační komise České republiky (SAK-ČR), Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations = JCAHO), Spojená mezinárodní komise (Joint Commission International = JCI nebo také JCIA). Další jsou modely, které definují proces tvorby národních akreditačních standardů, kam patří Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (The International Society for Quality in Health Care = ISQua), ALPHA. Čtvrtou kategorií tvoří modely excellence, světové ceny za kvalitu. Sem se řadí Evropská nadace pro řízení kvality (The European Foundation for Quality Management = EFQM), cena Malcolma Baldrige a 6 Sigma (46).

Než budou charakterizovány jednotlivé modely, je potřeba si ujasnit, co znamená pojem akreditace a certifikace. Akreditace znamená proces, při kterém obvykle nestátní, nezávislá instituce posuzuje a hodnotí, do jaké míry odpovídá činnost zdravotnického zařízení stanoveným standardům zvyšování kvality péče. Pojem akreditace také znamená oficiální uznání, že zdravotnické zařízení daným standardům odpovídá. Poskytovat bezpečnou zdravotní péči na nejvyšší možné úrovni kvality je cílem akreditace. Akreditace bývá dobrovolná, ale pokud si nemocnice chce udržet např. důvěru pacientů/klientů, neměla by se jí vyhýbat. Certifikace je pojem, kdy určitá instituce hodnotí, zda organizace, jednotlivec či program, splňují stanovené požadavky.

Rozdíl mezi akreditací a certifikací je v tom, že certifikovat je možno i jednotlivce (14, 15, 23, 38, 46).

1.6.1 ISO

Mezinárodní organizace pro standardizaci (The International Organization for Standardization = ISO) vznikla v Ženevě v roce 1947 a jejím cílem bylo vytvořit technické standardy pro různá odvětví průmyslu. Zkratka ISO není seskupení začátečních písmem anglického názvu, jak by se mohlo zdát, ale je odvozena od slova řeckého původu isos, znamenající stejný. ISO je organizace představující světovou federaci národních institucí pro standardizaci (15,46).

První koncepce ISO, týkající se kvality, se začala formovat v 80. letech minulého století a v roce 1987 vznikl soubor norem řady ISO 9000. Nejvýznamnější standardy z toho byly ISO 9000 Systém řízení kvality – základy a terminologie, ISO 9001 Systém řízení kvality – požadavky a Systém řízení kvality – návod ke zlepšování výsledků, ISO 9004. Normy ISO musí být přezkoumávány a popřípadě následně přebudovány každých pět let z důvodu vhodnosti. Důležité revize norem proběhly v roce 1994 a koncem roku 2000. Revize v roce 2000, kdy byla aktualizována celá série zabývající se standardizací kvality, je v současnosti známá jako ISO 9001:2000 a zahrnuje a sjednocuje v sobě všechny standardy série 9000 (2, 46).

ISO 9001:2000 byl pro zdravotnictví modifikován roku 2001 v Detroitu s cílem pomoci rozvíjet základní systémy managementu kvality v organizacích. Pro ISO 9001:2000 existuje osm principů, které musí zdravotnické zařízení chápat a naplňovat. Prvním je zaměření na zákazníka, kdy zdravotnické zařízení vnímá, plní a překonává pacientovo/klientovo očekávání. Princip vedení a řízení zaměstnance spočívá v takovém zajištění infrastruktury zdravotnického zařízení, kde je pomocí motivace, koučování a plného zapojení zaměstnance dosahováno plánovaných cílů. Zapojení zaměstnanců je princip, který říká, že zaměstnanci jsou podstatou organizace, největším aktivem oddělení a je potřeba jejich zapojení do procesu rozhodování a plánování. Čtvrtým bodem je procesní přístup. To znamená dívat se na práci z perspektivy procesů, jenž se musí monitorovat, vyhodnocovat a neustále zlepšovat. Dále je to přístup k rozhodování,

který má vycházet z údajů, faktů a dat a nikoliv z pocitů. Neustálé zlepšování je princip spočívající v programu kontinuálního zvyšování kvality, který je třeba chápat jako cestu, nikoliv jako cíl. Dále je to princip systémového přístupu managementu, který využívá strategického myšlení, a princip prospěšných dodavatelských vztahů, jenž mají být založené na kvalitě (22, 38, 46).

Podmínkou ISO 9001:2000 certifikace je splnit normy ISO 9001, které obsahují pět kapitol. Ty se týkají managementu kvality a zdrojů, odpovědnosti za řízení zdravotnické organizace, realizace péče a měření, analýzy a zlepšování, například pomocí auditů nebo vyhodnocování spokojenosti pacientů/klientů (46).

Organizace, která získala tento certifikát, má systém managementu, jenž zajišťuje důslednost a spolehlivost a pro pacienta/klienta to znamená, že v daném zdravotnickém zařízení může očekávat stejné služby vždy a za všech okolností (46).

1.6.2 JCAHO

V roce 1951 vznikla z iniciativy Amerického svazu chirurgů (The American College of Surgeons) Společná komise pro akreditaci nemocnic a již o dva roky později, v roce 1953, publikovala svoje vytvořené standardy. Ty určovaly optimální úroveň kvality namísto úrovně minimální od roku 1970 a v roce 1976 vznikl první akreditační manuál (28, 46).

Přejmenování organizace na Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations = JCAHO) přišlo v roce 1987. Je to organizace nestátní a nezisková. JCAHO se stará o akreditaci nemocnic v USA, ale ovlivňuje akreditační modely i v ostatních zemích světa. Nejdříve JCAHO akreditovala pouze nemocnice, ale postupem času rozšiřovala svoji činnost i na ostatní zdravotnická zařízení. Zejména jde o laboratoře, zařízení dlouhodobé péče, domácí péči, hospice a péči ambulantní (25, 37, 40, 46).

1.6.3 JCI

Dceřinou společností JCAHO je Mezinárodní akreditační komise (Joint Commission International = JCI, také označovaná jako Joint Commission International Accreditation = JCIA), která vznikla v roce 1998. Důvodem byl stále se zvětšující zájem o akreditační standardy i mimo USA. Cílem JCI je tedy pomocí akreditace zvyšovat kvalitu péče v mezinárodním měřítku (15, 40, 46).

Právě díky velkému zájmu o akreditaci, byly v roce 1999 vytvořeny standardy pro mezinárodní prostředí, jenž reflektují některé odlišnosti USA. Na vytvoření těchto standardů spolupracovali zástupci z 16 důležitých zemí světa. Standardy se člení na ty, které se týkají bezprostředně potřeb pacienta/klienta a na ty, které se týkají funkce zdravotnického zařízení jako instituce. Do standardů týkající se potřeb pacienta/klienta patří práva pacienta/klienta, péče o něj, edukace pacientů/klientů a jejich rodin, diagnostický proces a kontinuita péče. Do druhé oblasti standardů patří řízení organizace a lidských zdrojů, bezpečnost zdraví při práci, informatika a protiepidemická opatření. Cíle standardů JCI jsou efektivita a kvalita péče, vytváření optimálního léčebného prostředí a řízení rizik a chyb (34, 40, 46).

Při akreditaci JCI hodnotí dodržování standardů a plnění jejich indikátorů. Nástroji hodnocení jsou rozhovory se zaměstnanci a pacienty/klienty, místní šetření hodnotitelů, které je zaměřené na poskytování zdravotní péče, posouzení interních předpisů a v neposlední řadě také výsledky vlastního hodnocení organizace, pokud je součástí akreditace. Po proběhlém akreditačním šetření rozhoduje Akreditační výbor JCI o udělení akreditace. Splňuje-li zdravotnické zařízení standardy JCI ve všech oblastech péče, je akreditace udělena. Neplní-li zdravotnické zařízení standardy JCI, je akreditace neudělena. Akreditovaná zdravotnická zařízení obdrží certifikát o akreditaci. Platnost akreditace je tři roky a poté musí být zdravotnické zařízení reakreditováno (14).

1.6.4 SAK-ČR

Spojená akreditační komise České republiky (SAK-ČR) vznikla v roce 1998 pod záštitou Ministerstva zdravotnictví. Založena byla jako právnická osoba Asociací

nemocnic České republiky a Asociací českých a moravských nemocnic. Cílem a posláním SAK-ČR je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče, což má být zajišťováno pomocí akreditace zdravotnických zařízení, publikační a poradenskou činností (17, 39).

V roce 1998 vydala SAK-ČR prvních padesát akreditačních standardů, které se týkaly péče o pacienta/klienta a aspektů provozu zdravotnického zařízení. Standardy jsou rozděleny do následně vyjmenovaných deseti oblastí. První je oblast kvality, kam patří monitorování indikátorů kvality, sledování dokumentace a tvorba standardů. Druhá oblast se týká diagnostických postupů, tedy standardizace příjmového vyšetření, standardizace zápisů zdravotnické dokumentace. Do standardů péče o pacienta/klienta patří plán péče, epikríza, standardy ošetrovatelské péče, stravování pacientů/klientů, vybavenost přístroji a pomůckami, pozitivní list a politika léčiv. Kontinuita péče zahrnuje propouštěcí zprávy, překlady pacientů/klientů na jiná oddělení nebo do jiného zdravotnického zařízení. Oblast dodržování práv pacientů/klientů se týká seznámení pacientů/klientů s Kodexem práv pacientů/klientů a imobilizace pacientů/klientů. Standard podmínek poskytované péče v sobě zahrnuje směrnice, předpisy, metodické pokyny a bezpečnostní aspekty. Standardy managementu se týkají vize organizace a jejího poslání, plánu rozvoje, organizačního řádu, komunikace a výkazů státní správě. Péče o zaměstnance je osmou oblastí a řadí se sem popis práce, stanovení kvalifikací a kontinuální vzdělávání. Standardizace zdravotnické dokumentace a spektra sbíraných dat se řadí do tématické oblasti sběru a zpracování informací. Poslední standard se týká protiepidemických opatření a zahrnuje monitoring nozokomiálních nákaz, zásady manipulace s biologickým materiálem a jeho likvidace (3, 17).

Akreditační šetření začíná pohovorem s vedením zdravotnického zařízení formou schůzky se všemi inspektory. Cílem je zhodnotit způsoby řešení záležitostí v oblasti výkonu organizace a komunikace vedoucích pracovníků mezi sebou. Následuje kontrola vnitřních předpisů, zda-li odpovídají platné legislativě a podzákonným normám. Inspektoři se s nimi seznamují také z toho důvodu, aby při vlastní kontrole provozu mohli posuzovat, zda činnost zaměstnanců odpovídá vnitřním předpisům. Také je kontrolována dokumentace za účelem zjištění, zda-li její obsah

odpovídá požadavkům. Kontrola osobních spisů zahrnuje postupy zapracování zaměstnanců, jejich hodnocení, kontrolu odborných kompetencí a způsob vedení personální agendy. Šetření pokračuje prohlídkou areálu zařízení, návštěvou lůžkového oddělení, ambulance, laboratoří, radiodiagnostického pracoviště a lékárny. Na všech místech se hodnotí činnost pracoviště a postupy péče o pacienty/klienty. Poslední částí šetření je výstupní konference s vedením zdravotnického zařízení, kdy je vedení informováno o nalezených skutečnostech (24).

Šetření inspektorů trvá zhruba tři dny a poté vyhotoví inspektoři zprávu pro představenstvo SAK-ČR. Výrok SAK-ČR o udělení či neudělení akreditace je zakončením celého procesu. SAK-ČR vydává akreditaci na dobu tří let, poté může zdravotnické zařízení požádat o reakreditaci. Ke dni 13.4.2008 byla akreditace SAK-ČR udělena 21 zdravotnickým zařízením (17, 24).

1.6.5 EFQM – EQA

Evropská nadace pro řízení kvality (The European Foundation for Quality Management = EFQM) byla založena čtrnácti prezidenty nejvýznamnějších evropských společností za podpory Rady Evropy roku 1988. Sdružuje přes 850 firem z Evropy. Pro zvýšení konkurenceschopnosti mezi firmami byla vytvořena Evropská cena za kvalitu (European Quality Awards = EQA). Udělují se ceny v kategoriích: společnosti, provozní jednotky společností, instituce v rámci veřejného sektoru, malé a střední podniky. Posláním EFQM je pomocí programu TQM řídit a vést organizace v Evropské Unii ke kvalitě. Jedním z cílů, je kromě udělování ceny společnostem, které dosáhly nejlepších výsledků, také poskytování základní metodiky k tomu, jak řídit organizaci a kritéria (standardy) k určení oblastí, v nichž je možné se zlepšit a to bez ohledu na typ a velikost organizace (15, 16, 37, 46).

1.6.6 Cena kvality Malcolma Baldrige

Cena kvality Malcolma Baldrige vznikla na počest ministra obchodu v USA v roce 1987. Zřídil ji tehdejší prezident Ronald Regan. Cenu uděluje jednou za rok

Národní institut pro standardy a technologii při Ministerstvu obchodu USA, jako uznání za excelenci v kvalitě, to znamená za nejvyšší stupeň kvality. Držitelé této ceny jsou ze zákona povinni poskytnout zájemcům informace o jejich postupu při řízení kvality. Cena kvality se týká oblastí vůdcovství, strategického plánování, zaměření na zákazníka, informatiky, lidských zdrojů, řízení procesů a kvality výstupů. Kritéria Baldrigeovy ceny pro zdravotnictví byla publikována v roce 1998 a týkají se kontinuálního zvyšování kvality z hlediska spokojenosti pacientů/klientů a kvalit provozu (15,46).

1.6.7 ISQua a ALPHA

Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (The International Society for Quality in Health Care = ISQua) vznikla při setkání odborníků z oblasti zdravotnictví v roce 1985. Společnost je ovlivněna myšlenkami A. Donabediana a těší se uznání na mezinárodní úrovni. Ve zdravotnictví nabízí ISQua výjimečné příležitosti v oblasti zvyšování kvality. ALPHA (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation) je dceřinou společností ISQua a pomáhá vyvinout nebo zlepšit akreditační standardy zdravotnických organizací v jednotlivých zemích. Standardy ALPHA jsou vytvořeny tak, aby zohledňovaly principy významných systémů kvality, například ISO nebo Baldrigeova kritéria (37, 46).

1.6.8 6 Sigma

Program 6 Sigma vznikl v roce 1987 v americké organizaci Motorola. Velkou popularitu získal, když Motorola získala Baldrigeovu cenu za kvalitu. Model 6 Sigma pomáhá organizacím, aby splňovali požadavky klientů na vysokou kvalitu, tzn. procesy bez chyb. Sigma je řecké písmeno a ve statistice se používá k určení standardní odchylky. Ta naznačuje nahromadění dat kolem průměrné hodnoty. V praxi 6 Sigma znamená mít pouze tři až čtyři vážné chyby na milion případů. Pro zdravotnictví to je nesmírně vysoký požadavek na kvalitu, ale není nespílitelný (46, 47).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce bylo zmapovat znalosti sester o hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče, a to skrze základní pojmy používané v této oblasti v souvislosti s tím, v jaké nemocnici pracují. Dále jsem zjišťovala možnosti sester obou nemocnic získat informace týkající se kvality ošetrovatelské péče a jejich zájem vzdělávat se v této oblasti. Také jsem zjišťovala, zda sestry považují audity jako přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

2.2 Hypotézy

H1. Sestry pracující v českobudějovické nemocnici mají více znalostí o hodnocení kvality ošetrovatelské péče, než sestry pracující v jihlavské nemocnici.

H2. Více než 80 % sester považuje audity jako přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

3. Metodika

3.1 Metodika práce

K získání potřebných dat jsem zvolila kvantitativní metodu, přičemž nástrojem sběru dat byl dotazník. Dotazník obsahoval otázky identifikační, dále otázky týkající se znalostí sester z oblasti kvality, používání standardů a možností získávání nových informací z dané problematiky. Dotazník byl anonymní a stejný pro oba porovnávané soubory.

Dotazník tvořilo 28 otázek, z čehož bylo 21 otázek uzavřených, 5 otázek polootevřených a 2 otázky byly otevřené (dotazník viz. příloha č. 1). Také obsahoval otázky filtrační, proto je v popiskách grafů, kterých se to týká uveden počet respondentů nebo odpovědí.

Získaná data jsem vyhodnotila graficky v programu Microsoft Excel a pro lepší názornost zvolila grafy porovnávací.

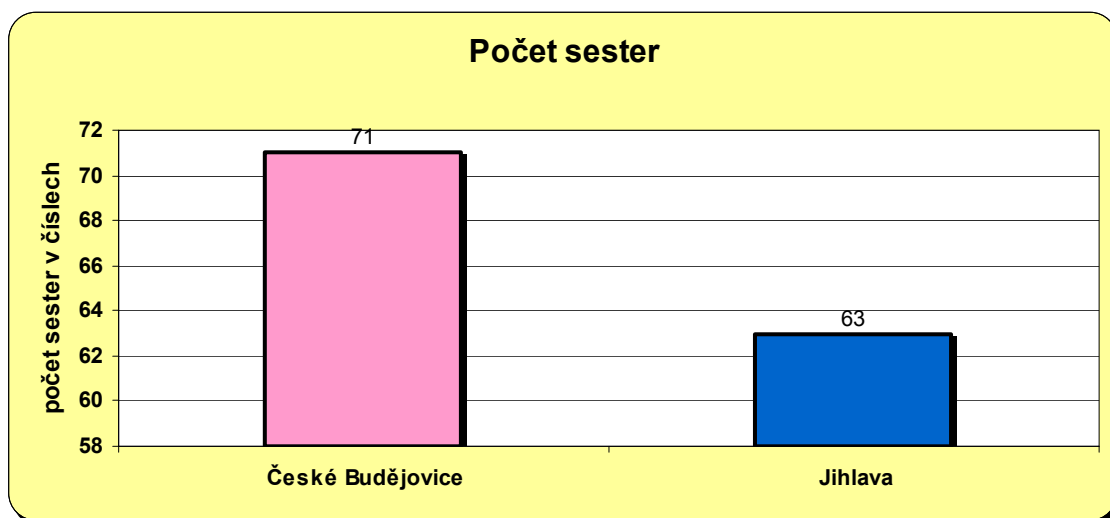
3.2 Výzkumný soubor

Výzkumné soubory byly dva. První byl tvořen sestrami z chirurgických oddělení nemocnice České Budějovice a druhý byl tvořen sestrami z chirurgických oddělení nemocnice Jihlava. Výzkumný soubor z Českých Budějovic tvořili ženy i muži, v následujícím textu bude použit souhrnný termín sestry. Snahou bylo, aby porovnávané soubory byly zhruba stejně velké. Sestrám v nemocnici České Budějovice bylo poskytnuto 103 dotazníků, vrátilo se 79, z nichž správně vyplněných bylo 71. Návratnost činila 67 %. Sestrám v nemocnici Jihlava bylo rozdáno 97 dotazníků, vrátilo se 69, z nichž správně vyplněných bylo 63. Návratnost činila 62 %. Sběr dat probíhal v lednu a únoru roku 2008.

4. Výsledky

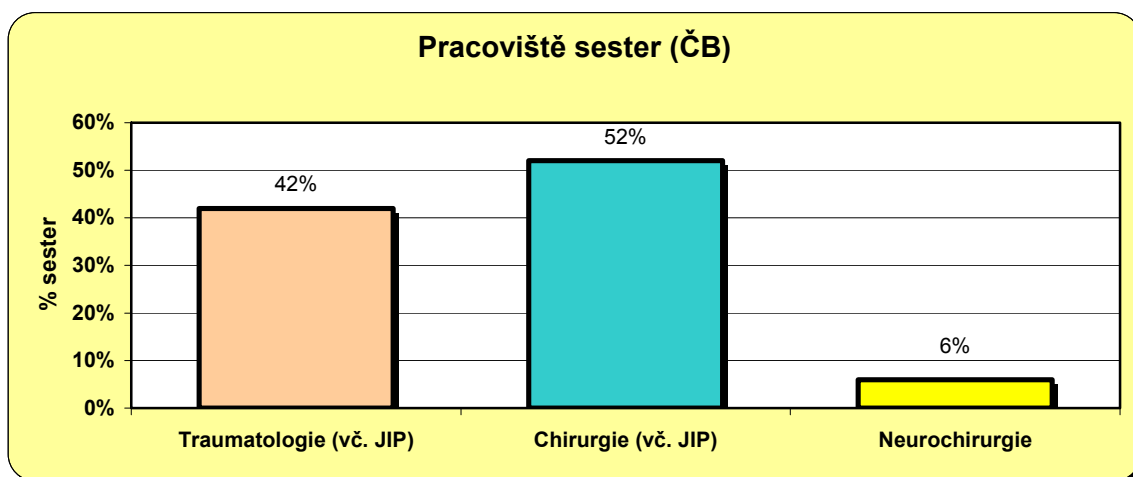
Cílem dotazníku (příloha č.1) bylo zjistit a porovnat znalosti sester o hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče, získat informace o tom, zda-li sestry považují audity jako přínos pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče a dále o možnostech získávání informací z oblasti kvality pro sestry obou nemocnic. Čísla následujících grafů odpovídají číslům otázek v dotazníku, jestliže je otázka analyzována ve více grafech, je k číslu grafu připojeno písmeno, př. 1a. Nebude-li uvedeno jinak, tvoří 100 % 71 sester z ČB a z Jihlavy 100 % tvoří 63 sester.

Graf 1



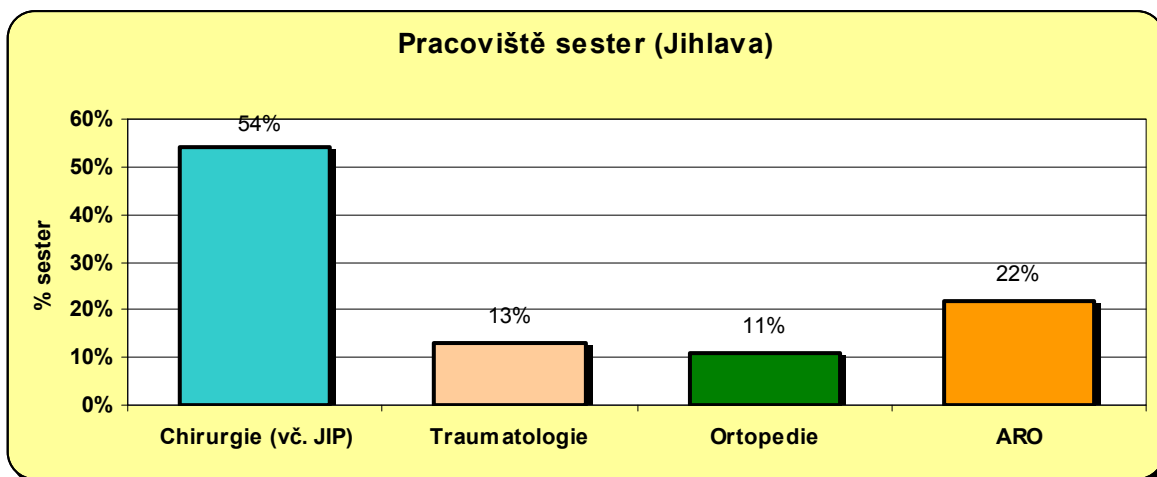
Z celkového počtu dotazovaných sester, pracuje 71 (100 %) na chirurgických odděleních nemocnice České Budějovice (dále jen ČB) a 63 (100 %) na chirurgických odděleních nemocnice Jihlava (dále jen Jihlava).

Graf 1 a)



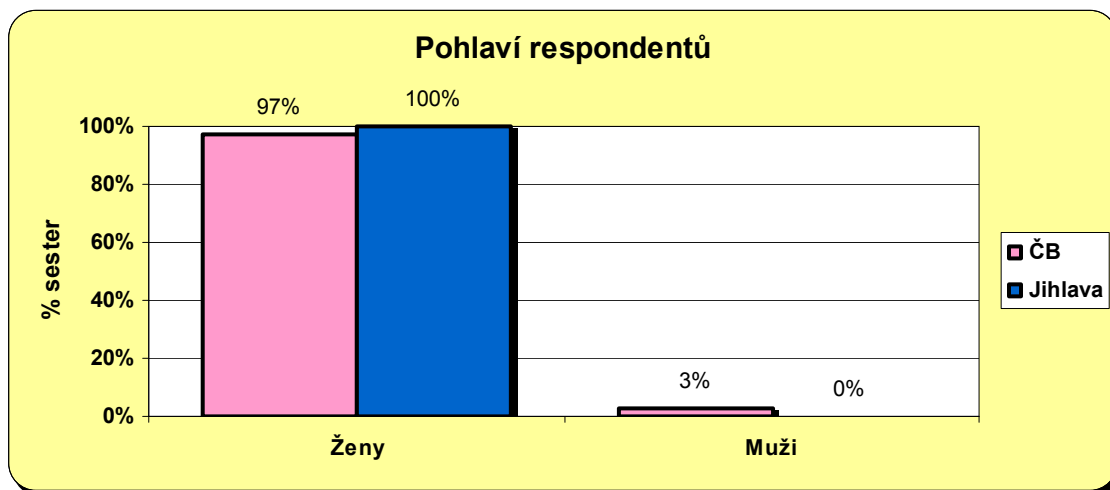
Z celkového počtu 100 % (71) dotazovaných sester v ČB, jich 42 % (30) pracuje na traumatologickém oddělení, včetně jednotky intenzivní péče (JIP), 52 % (37) pracuje na chirurgickém oddělení, včetně JIP a 6 % (4) na oddělení neurochirurgickém.

Graf 1 b)



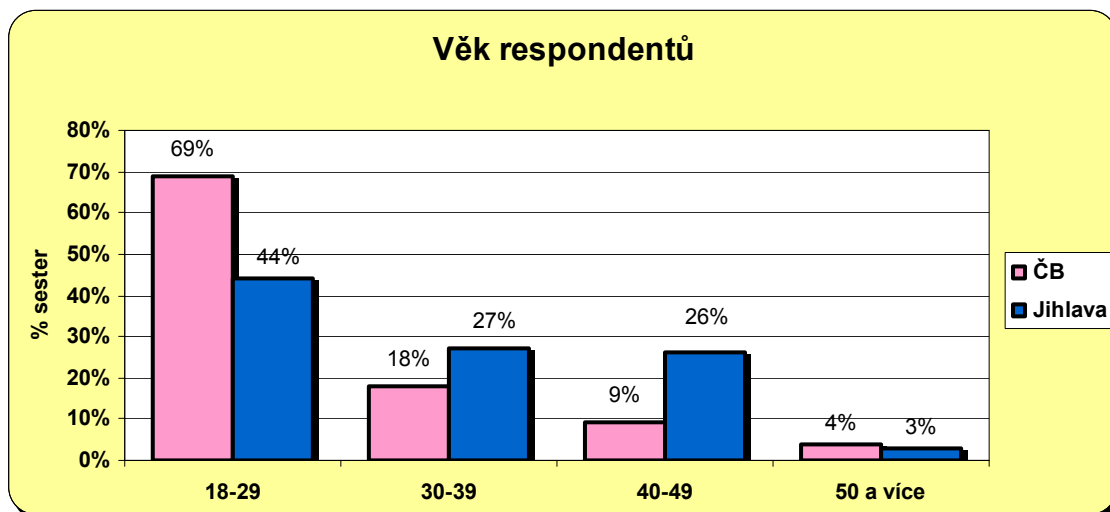
Z celkového počtu 100 % (63) dotazovaných sester v Jihlavě, jich 54 % (34) pracuje na chirurgickém oddělení, včetně (JIP), 13 % (8) pracuje na traumatologickém oddělení, 11 % (7) na oddělení ortopedickém a 22 % (14) na oddělení anesteziologicko-resuscitačním (ARO).

Graf 2



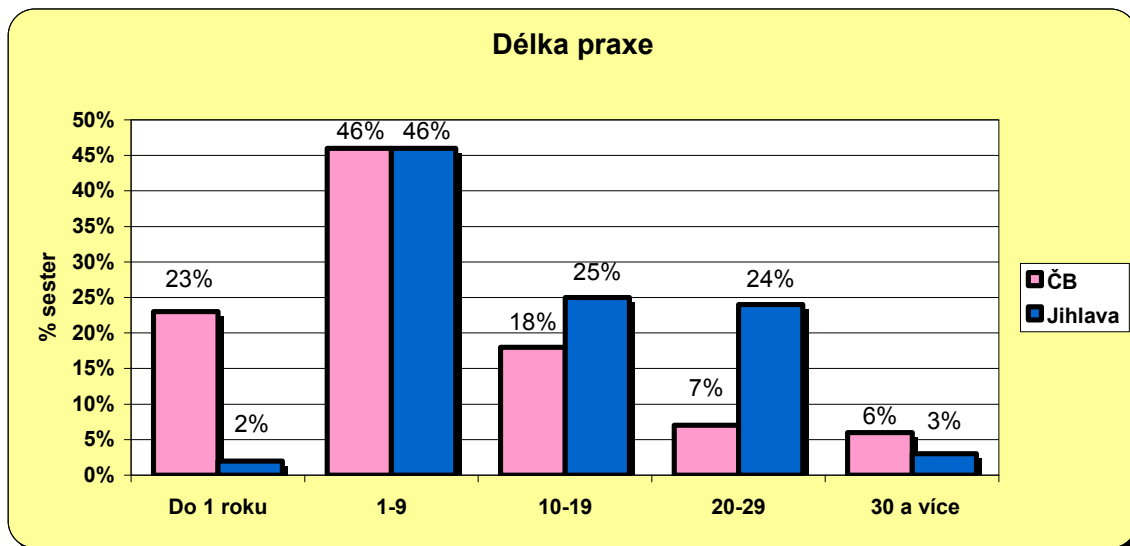
Z ČB je 97 % (69) sester pohlaví ženského a 3 % (2) pohlaví mužského. 100 % (63) sester z Jihlavy je ženského pohlaví.

Graf 3



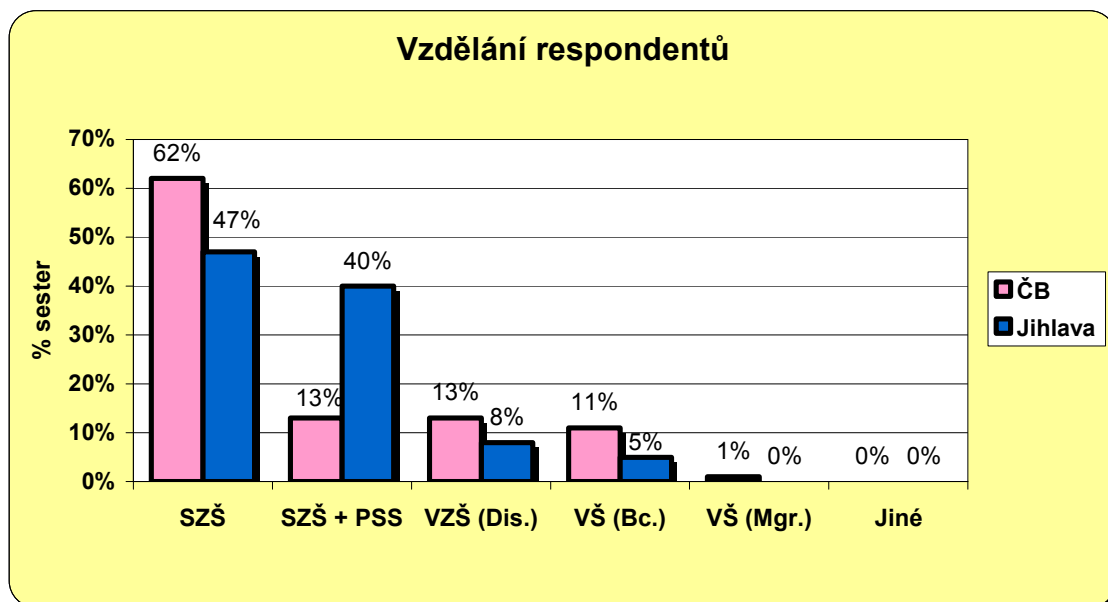
Ve věkovém rozmezí 18-29 let je 69 % (49) sester z ČB a 44 % (28) z Jihlavy. 18 % (13) z ČB a 27 % (17) sester z Jihlavy je ve věkovém rozmezí 30-39 let a v letech 40-49 se nachází 9 % (6) sester z ČB a 26 % (16) z Jihlavy. 50 a více let je 4 % (3) z ČB a 3 % (2) z Jihlavy.

Graf 4



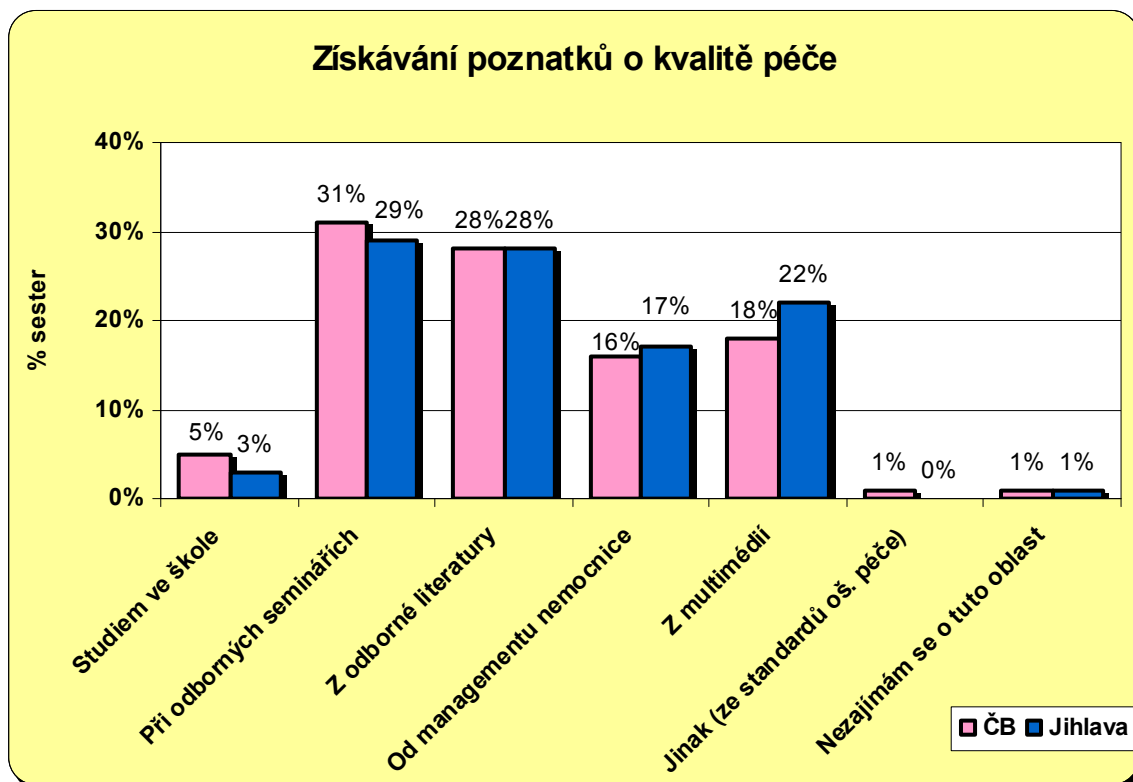
Do 1 roku působí v praxi 23 % (16) sester z ČB a 2 % (1) z Jihlavy. V rozmezí 1-9 let pracuje 46 % (33) z ČB a 46 % (29) sester z Jihlavy a v rozmezí 10-19 let působí v praxi 18 % (13) z ČB a 25 % (16) z Jihlavy. 7 % (5) sester z ČB a 24 % (15) z Jihlavy je v praxi v rozmezí 20-29 let. 30 let a více pracuje 6 % (4) sester z ČB a 3% (2) z Jihlavy.

Graf 5



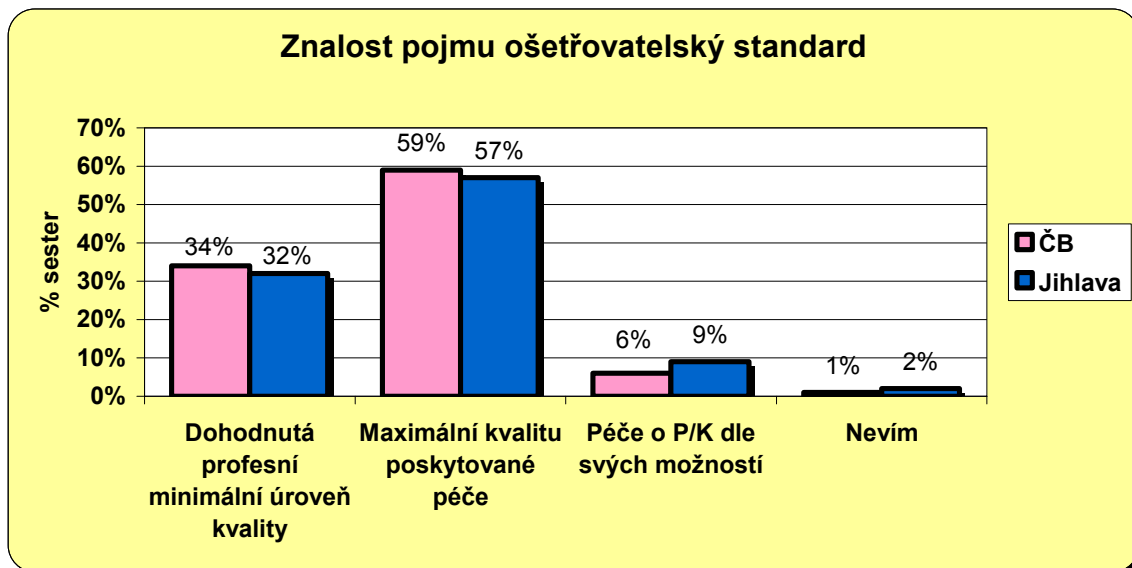
Středoškolského vzdělání dosáhlo 62 % (44) dotazovaných z ČB a 47 % (30) z Jihlavy, 13 % (9) z ČB a 40 % (25) dotazovaných z Jihlavy má vzdělání středoškolské a postgraduální specializační studium. Vyššího odborného vzdělání s titulem Dis. dosáhlo 13 % (9) z ČB a 8 % (5) dotazovaných z Jihlavy. 11 % (8) z ČB a 5 % (3) z Jihlavy uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské s titulem Bc. a s titulem Mgr. to bylo 1 % (1) dotazovaných z ČB a 0 % sester z Jihlavy. Žádná ze sester obou nemocnic neuvedla jiné vzdělání.

Graf 6



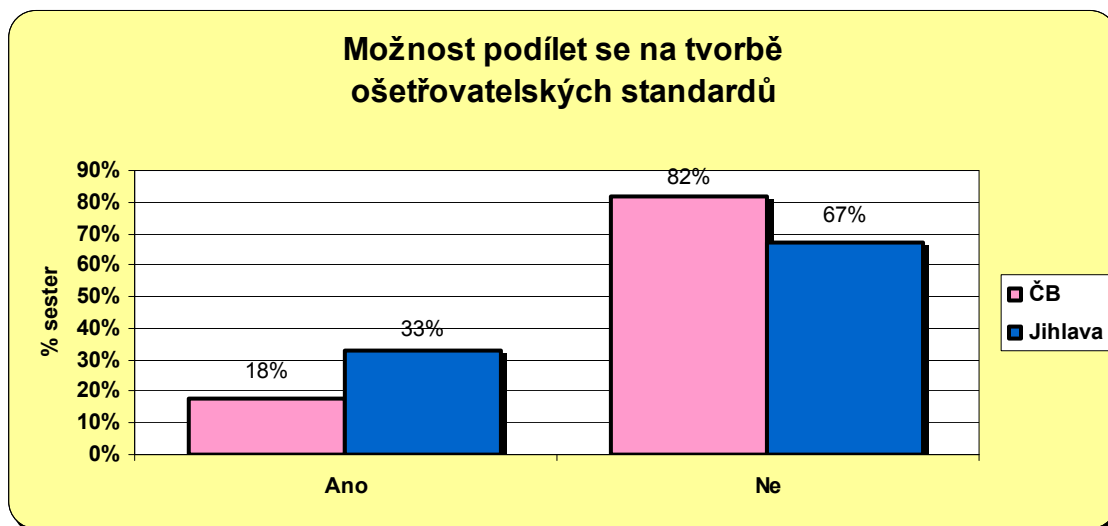
Na tuto otázku mohli sestry uvést více odpovědí, proto z ČB 100 % tvoří 193 odpovědí a z Jihlavy 100 % tvoří 155 odpovědí. Studiem ve škole získává nové poznatky z oblasti kvality ošetrovatelské péče 5 % (9) sester z ČB a 3 % (4) z Jihlavy. 31 % (61) z ČB a 29 % (45) získává poznatky z odborných seminářů. Odborná literatura je zdrojem nových informací pro 28 % (55) z ČB a 28 % (43) sester z Jihlavy. Od managementu nemocnice získává nové poznatky 16 % (32) sester z ČB a 17 % (27) z Jihlavy. Multimédia jako zdroj nových informací uvedlo 18 % (34) sester z ČB a 22 % (34) z Jihlavy. 1 % (1) sester z ČB uvedlo, že nové informace získává jinak, a to ze standardů ošetrovatelské péče. Žádná ze sester z Jihlavy neuvedla, že by poznatky získávala jinak. 1 % (1) z ČB a 1 % (2) sester z Jihlavy uvedlo, že se o tuto oblast nezajímá.

Graf 7



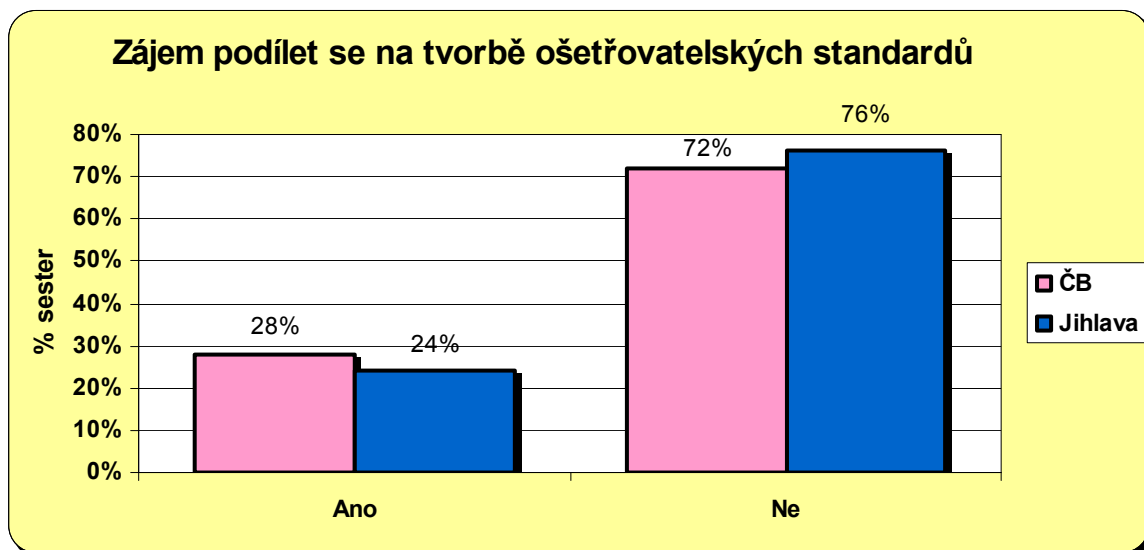
Ošetrovatelský standard určuje podle 34 % (24) sester z ČB a 32 % (20) sester z Jihlavy dohodnutou profesní minimální úroveň kvality. 59 % (42) z ČB a 57 % (36) sester z Jihlavy uvedlo, že určuje maximální kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Péči o pacienta/klienta dle svých možností zvolilo jako odpověď 6 % (4) sester z ČB a 9 % (6) z Jihlavy. Možnost nevím odpovědělo 1 % (1) sester z ČB a 2 % (1) z Jihlavy.

Graf 8



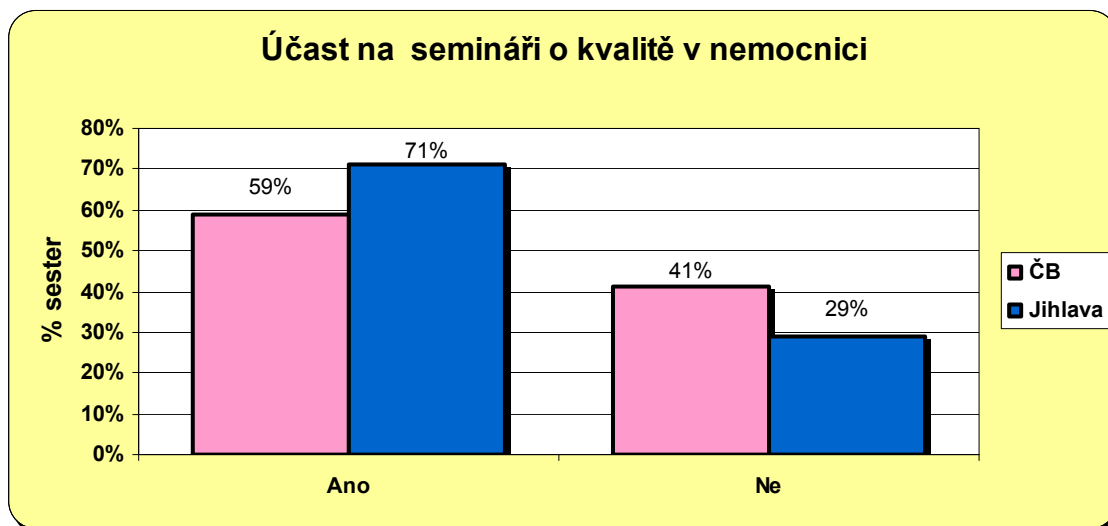
Možnost podílet se na tvorbě ošetrovatelských standardů má 18 % (13) sester z ČB a 33 % (21) z Jihlavy. Tuto možnost nemá 82 % (58) z ČB a 67 % (42) sester z Jihlavy.

Graf 9



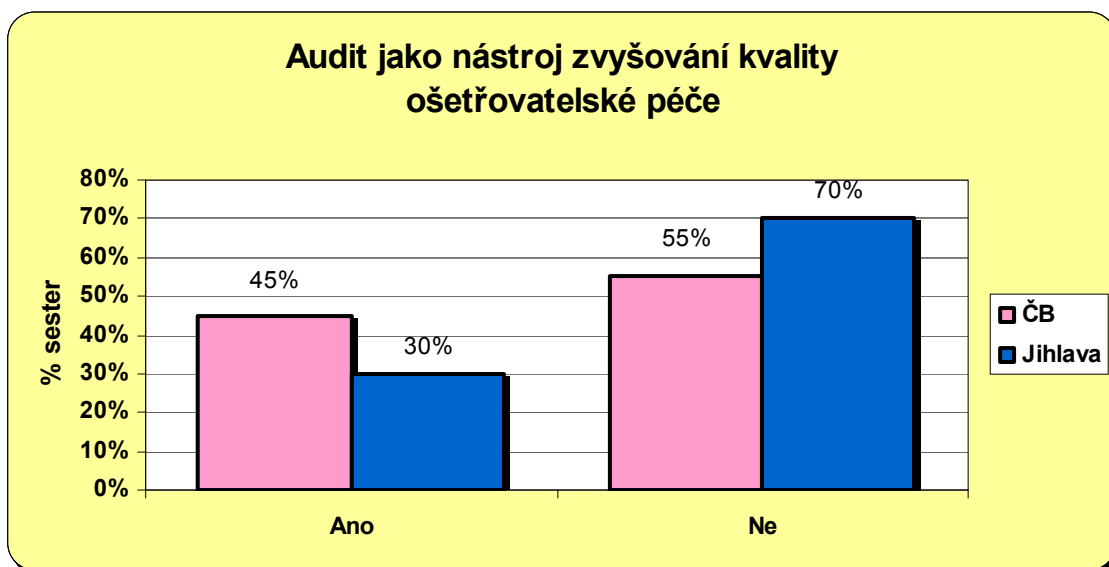
Na tuto otázku odpovídaly pouze sestry, které nemají možnost účastnit se tvorby ošetrovatelských standardů, proto z ČB 100 % tvořilo 58 sester a z Jihlavy 100 % tvořilo 42 sester. Zájem podílet se na tvorbě ošetrovatelských standardů by mělo 28 % (16) sester z ČB a 24 % (10) z Jihlavy. Nezájem vyjádřilo 72 % (42) sester z ČB a 76 % (32) sester z Jihlavy.

Graf 10



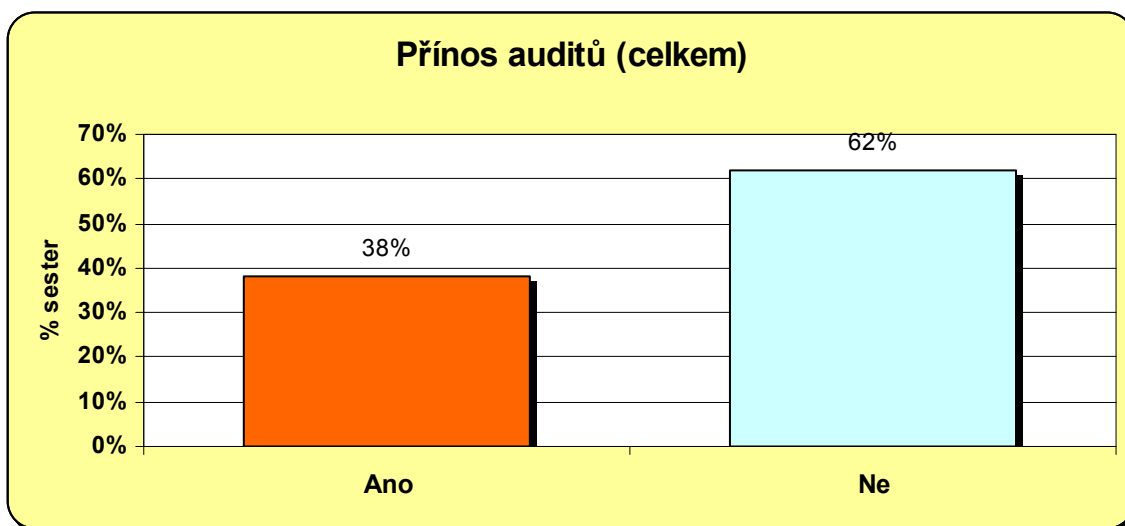
Možnost zúčastnit se odborného semináře z oblasti kvality ošetrovatelské péče mělo 59 % (42) dotazovaných z ČB a 71 % (45) dotazovaných z Jihlavy. Tuto možnost nemělo 41 % (29) dotazovaných z ČB a 29 % (18) z Jihlavy.

Graf 11



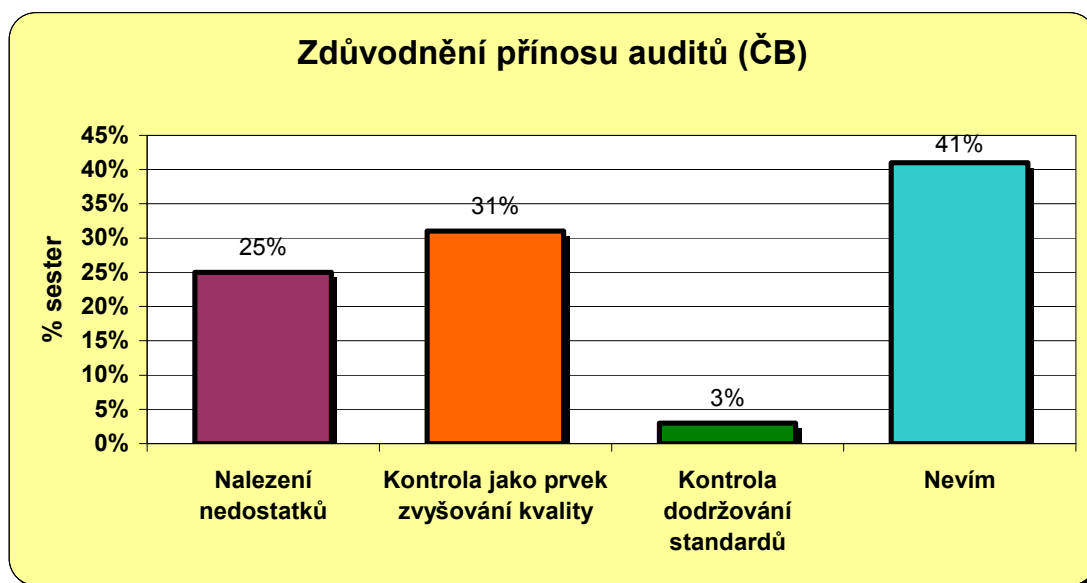
Audit jako přínos pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče považuje 45 % (32) sester z ČB a 30 % (19) sester z Jihlavy. 55 % (39) z ČB a 70 % (44) sester z Jihlavy audity jako přínos nepovažuje.

Graf 11 a)



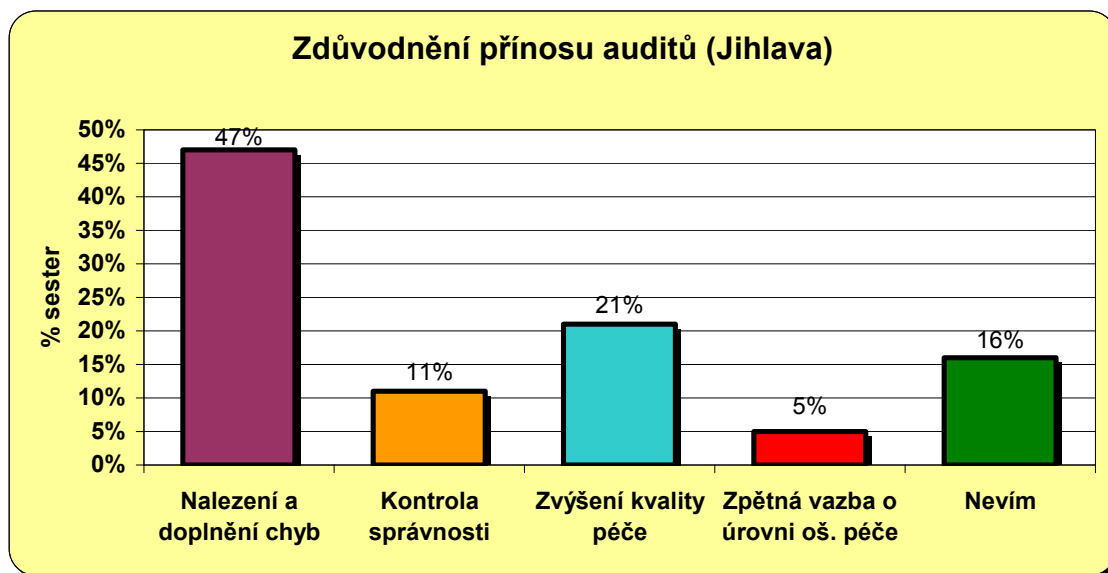
Ze všech dotazovaných vnímá ošetrovatelský audit jako přínosný pro zvyšování kvality péče 38 % (51) sester. 62 % (83) sester audit za přínos nepovažuje.

Graf 11 b)



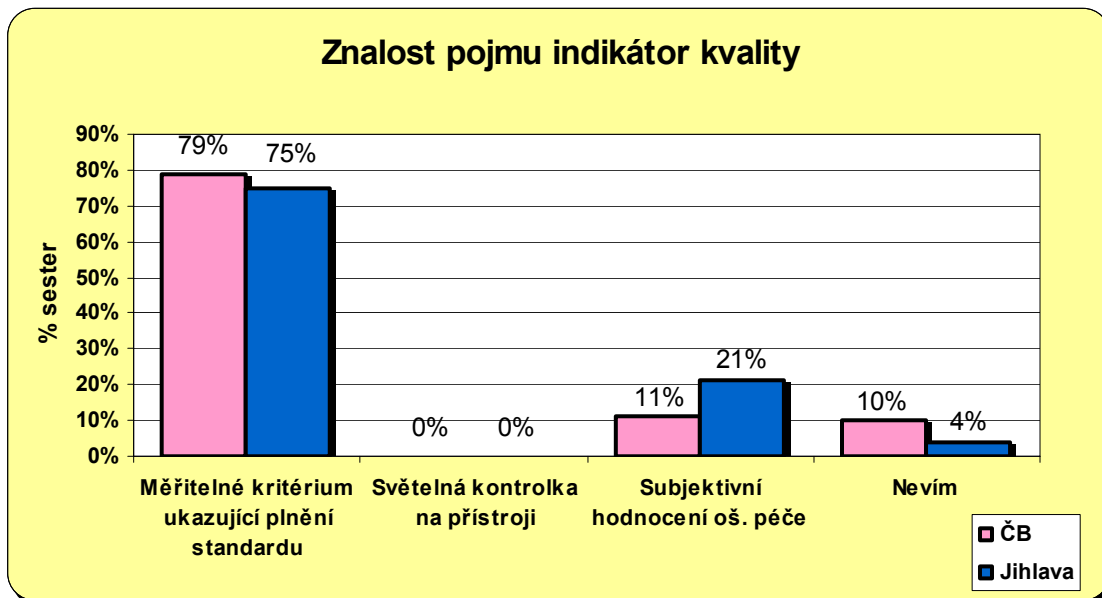
100 % (32) sester z ČB zdůvodnily, proč považují audity jako přínosné následovně. 25 % (8) uvedlo, že důvodem je nalezení nedostatků, audit jako kontrolní prvek bez něhož nelze kvalitu zvyšovat uvedlo 31 % (10). Pro 3 % (1) je důvodem kontrola dodržování standardů a 41 % (13) sester důvod neznalo.

Graf 11 c)



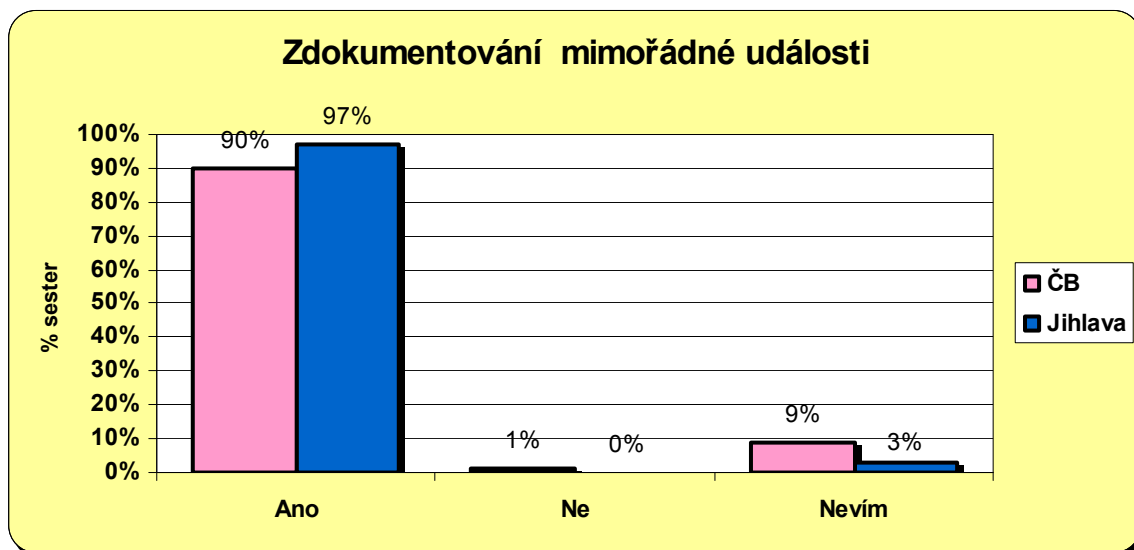
100 % (19) sester z Jihlavy považuje audity jako přínosné z následujících důvodů. 47 % (9) vidí jako důvod nalezení a doplnění chyb, pro 11 % (2) je důvodem kontrola správnosti. 21 % (4) sester uvedlo, že je audit přínosem díky zvýšení kvality péče a pro 5 % (1) je to přínos skrze zpětnou vazbu o úrovni ošetrovatelské péče na oddělení. 16 % (3) důvod neznalo.

Graf 12



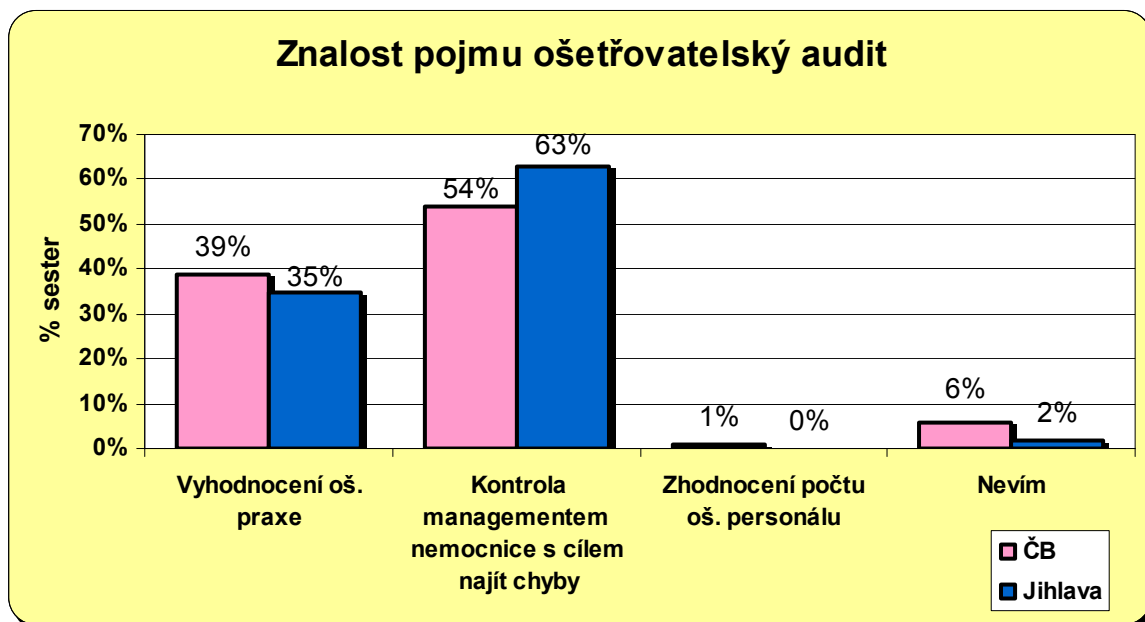
Indikátor kvality znamená podle 79 % (56) sester z ČB a 75 % (47) sester z Jihlavy měřitelné kritérium ukazující, jak je plněn určitý standard. Žádná ze sester ne zvolila možnost světelné kontrolky na sterilizačním přístroji. 11 % (8) sester z ČB a 21 % (13) z Jihlavy uvedlo, že indikátor kvality znamená subjektivní hodnocení ošetrovatelské péče a 10 % (7) sester z ČB a 4 % (3) z Jihlavy nevěděla, co tento pojem znamená.

Graf 13



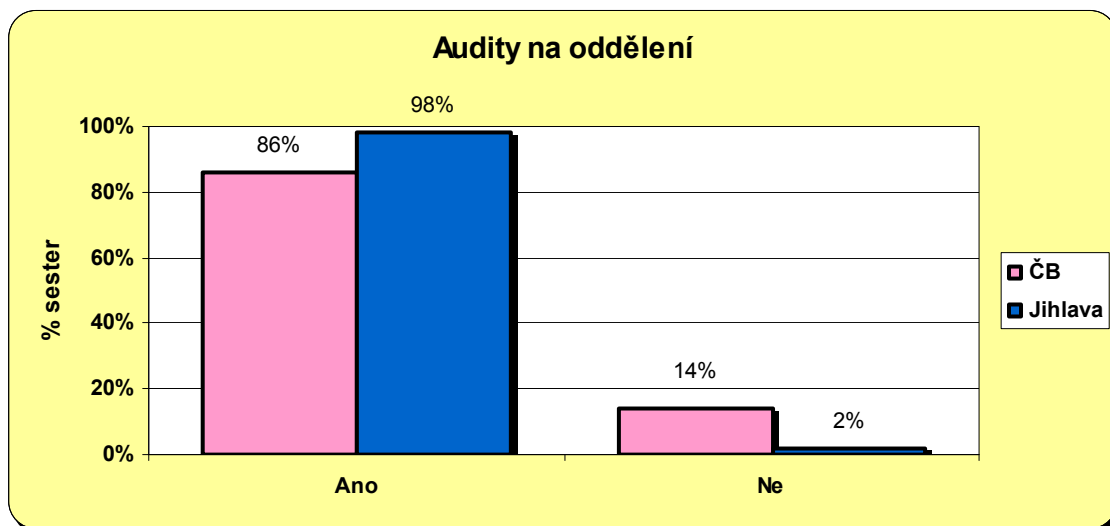
90 % (64) sester z ČB a 97 % (61) sester z Jihlavy dokumentuje mimořádnou událost na příslušný formulář, 1 % (1) z ČB mimořádnou událost takto nedokumentuje. Z Jihlavy tuto možnost ne zvolila žádná sestra. Možnost nevím zvolilo 9 % (6) sester z ČB a 3 % (2) sester z Jihlavy.

Graf 14



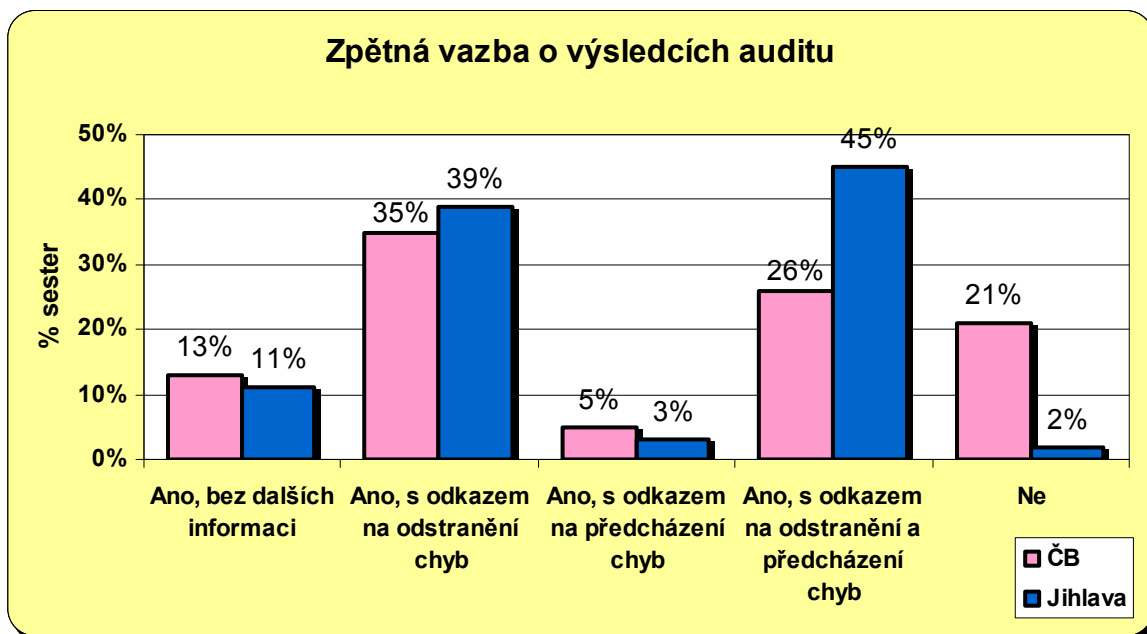
Pod pojmem ošetrovatelský audit rozumí 39 % (28) sester z ČB a 35 % (22) sester z Jihlavy vyhodnocení ošetrovatelské praxe. Audit jako kontrolu managementem nemocnice s cílem najít chyby ve své práci vnímá 54 % (38) sester z ČB a 63 % (40) z Jihlavy. Odpověď zhodnocení počtu ošetrovatelského personálu zvolilo 1 % (1) z ČB a žádná sestra z Jihlavy. Možnost nevím odpovědělo 6 % (4) sester z ČB a 2 % (1) z Jihlavy.

Graf 15



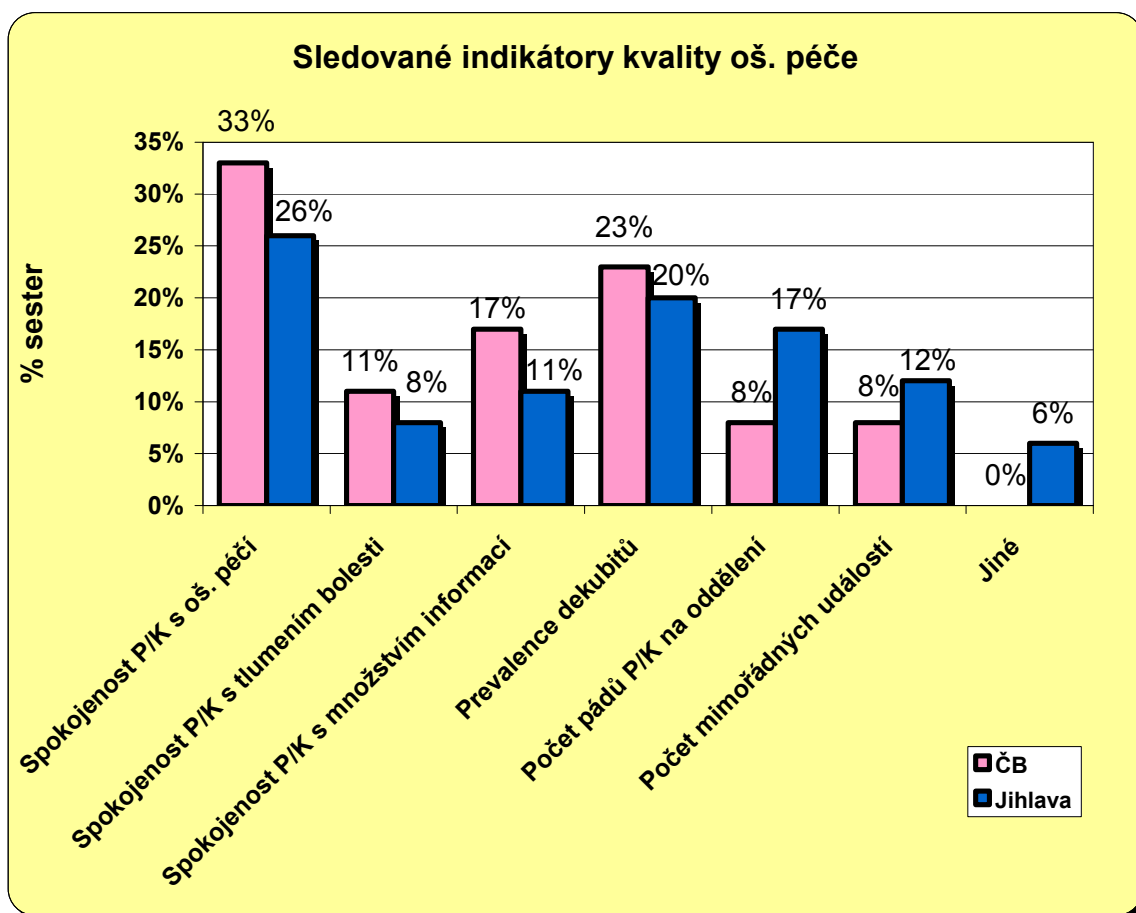
Audity jsou na oddělení prováděny u 86 % (61) dotazovaných z ČB a 98 % (62) z Jihlavy. 14 % (10) z ČB a 2 % (1) dotazovaných z Jihlavy uvedlo, že u nich na oddělení audity prováděny nejsou.

Graf 16



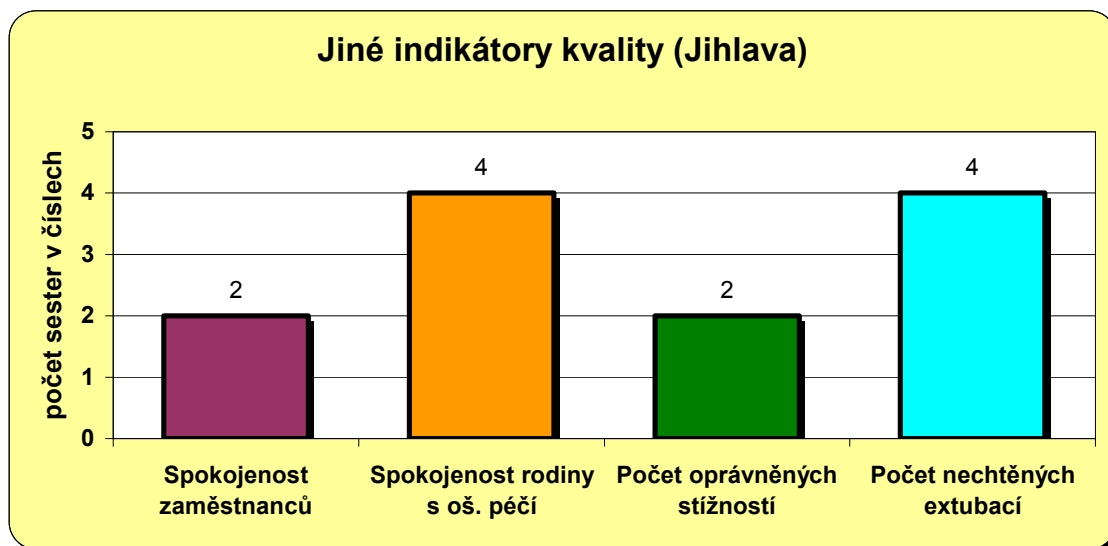
Vzhledem k předcházející otázce, zde 100 % tvořilo 61 sester z ČB a z Jihlavy 100 % tvořilo 62 sester. Zpětnou vazbu o výsledcích auditu bez dalších informací dostává 13 % (8) sester z ČB a 11 % (7) z Jihlavy. Zpětnou vazbu s odkazem na odstranění chyb dostává 35 % (21) sester z ČB a 39 % (24) z Jihlavy, s odkazem na předcházení chyb 5 % (3) z ČB a 3 % (2) z Jihlavy. 26 % (16) sester z ČB a 45 % (28) z Jihlavy dostává zpětnou vazbu s odkazem na odstranění a předcházení chyb. Zpětnou vazbu o výsledcích auditu nedostává 21 % (13) sester z ČB a 2 % (1) z Jihlavy.

Graf 17



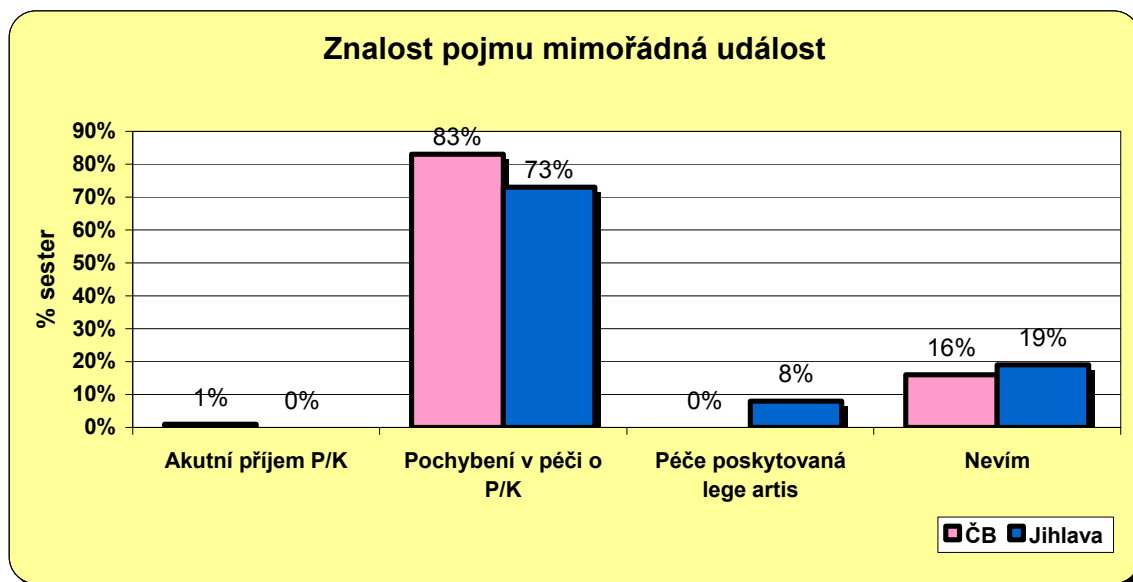
Sestry zde mohly uvést více odpovědí, proto 100 % tvořilo 215 odpovědí z ČB a z Jihlavy 100 % tvořilo 209 odpovědí. 33 % (70) sester z ČB a 26 % (54) z Jihlavy uvedlo, že se u nich na oddělení sleduje indikátor kvality spokojenost pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí, spokojenost pacientů/klientů s tlumením bolesti uvedlo 11 % (23) z ČB a 8 % (16) sester z Jihlavy. 17 % (37) sester z ČB a 11 % (23) z Jihlavy uvedlo, že indikátor kvality který sledují je spokojenost pacientů/klientů s množstvím informací. Prevalenci dekubitů sleduje 23 % (51) z ČB a 20 % (41) z Jihlavy, 8 % (17) sester z ČB a 17 % (37) z Jihlavy sleduje počet pádů pacientů/klientů na oddělení a počet mimořádných událostí sleduje 8 % (17) sester z ČB a 12 % (26) z Jihlavy. Možnost jiných indikátorů zvolilo pouze 6 % (12) sester z Jihlavy.

Graf 17 a)



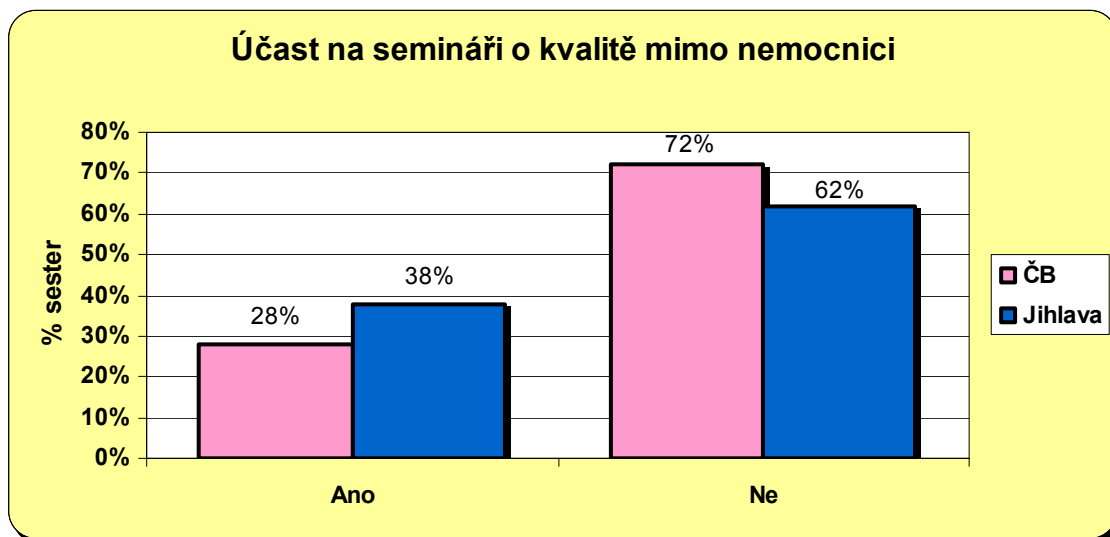
Další indikátory kvality ošetrovatelské péče, které sledují sestry z Jihlavy jsou: spokojenost zaměstnanců (2), spokojenost rodiny s ošetrovatelskou péčí (4), počet oprávněných stížností (2) a počet nechtěných extubací (4).

Graf 18



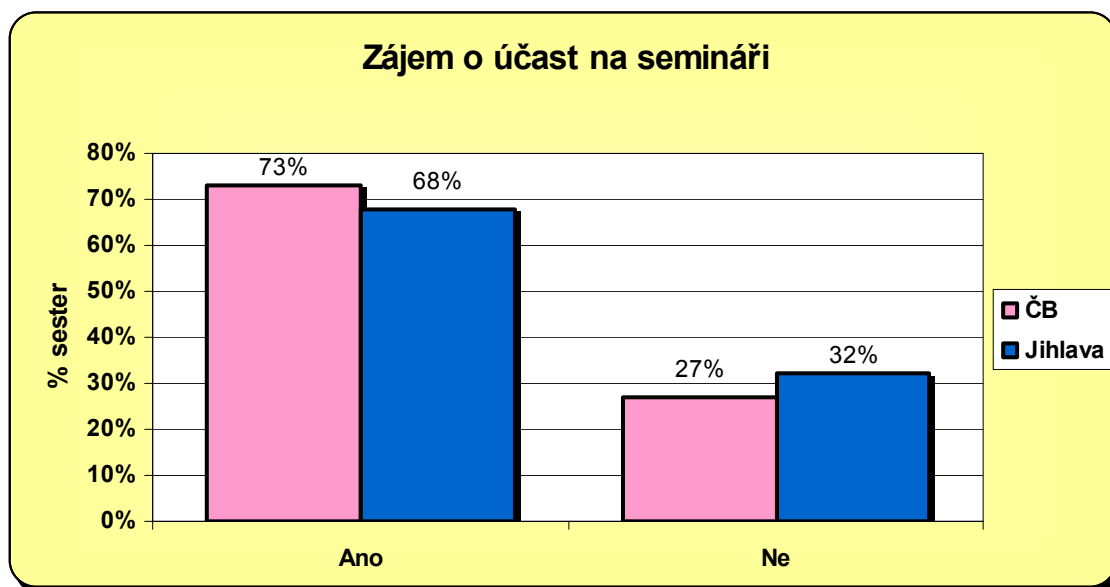
Mimořádná událost představuje pro 1 % (1) sester z ČB akutní příjem pacienta/klienta, žádná sestra z Jihlavy tuto možnost nezvolila. Možnost pochybení v péči o pacienta/klienta zvolilo 83 % (59) sester z ČB a 73 % (46) z Jihlavy. Podle 8 % (5) sester z Jihlavy znamená mimořádná událost péči poskytovanou lege artis, tuto možnost nezvolila žádná sestra z ČB. Co tento pojem znamená nevědělo 16 % (11) sester z ČB a 19 % (12) z Jihlavy.

Graf 19



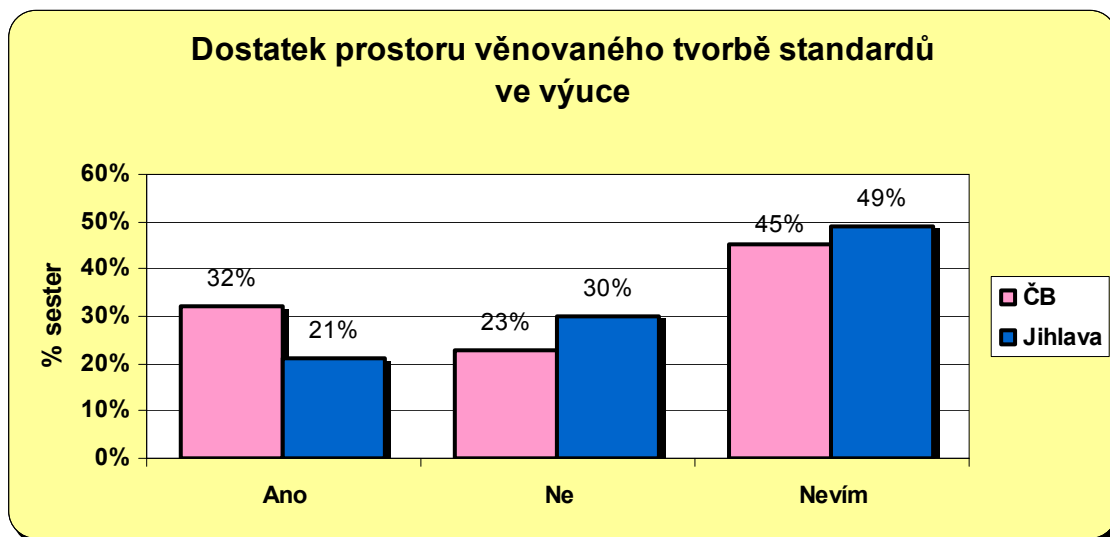
Semináře týkajícího se kvality ošetrovatelské péče mimo jejich nemocnici se zúčastnilo 28 % (20) dotazovaných z ČB a 38 % (24) dotazovaných z Jihlavy. Nezúčastnilo se jej 72 % (51) z ČB a 62 % (39) z Jihlavy.

Graf 20



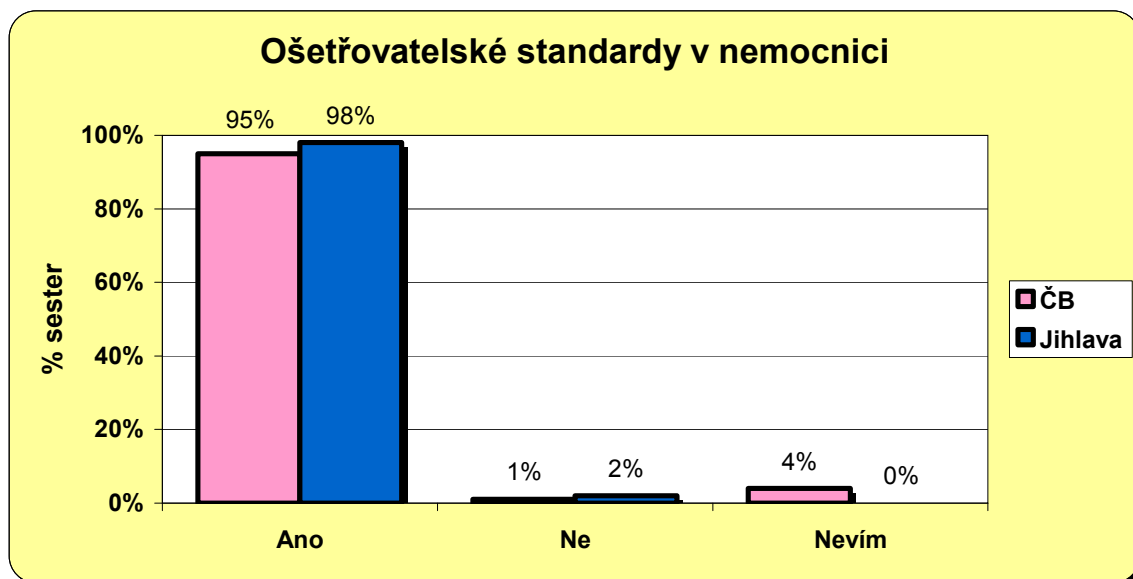
73 % (52) sester z ČB a 68 % (43) z Jihlavy by mělo zájem zúčastnit se semináře z oblasti kvality ošetrovatelské péče. Nezájem projevilo 27 % (19) sester z ČB a 32 % (20) sester z Jihlavy.

Graf 21



Podle 32 % (23) sester z ČB a 21 % (13) sester z Jihlavy, je tvorbě standardů věnován dostatečný prostor ve výuce při získávání kvalifikace všeobecná sestra. 23 % (16) sester z ČB a 30 % (19) z Jihlavy si myslí, že prostor dostatečný není a 45 % (32) z ČB a 49 % (31) sester z Jihlavy nevědělo.

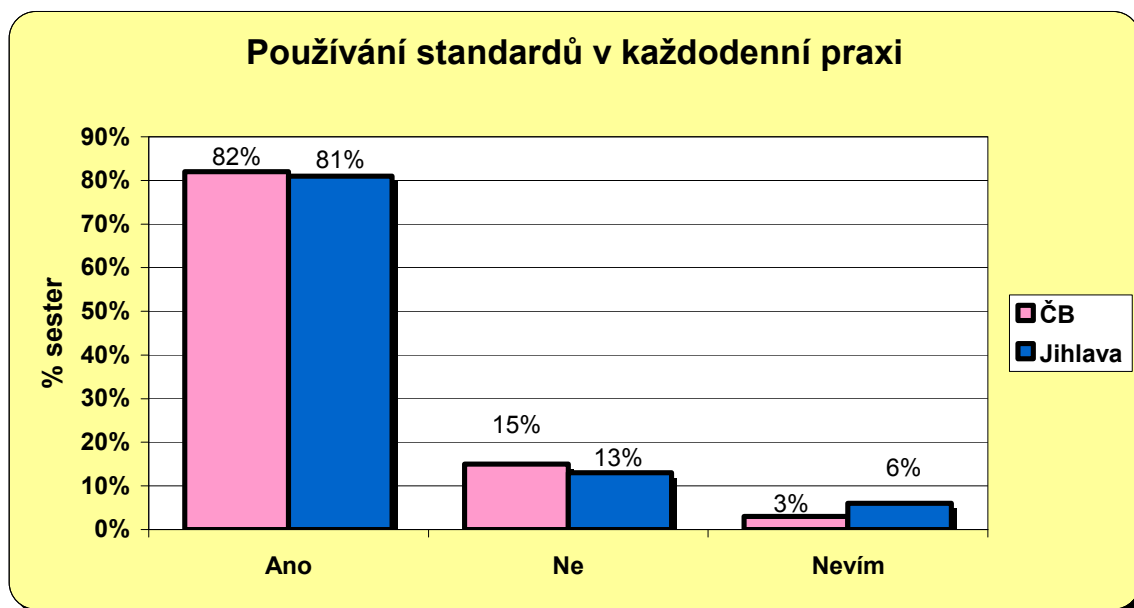
Graf 22



95 % (67) dotazovaných z ČB a 98 % (62) z Jihlavy pracuje podle ošetřovatelských standardů. Dle ošetřovatelských standardů nepracuje 1 % (1) z ČB a 2 % (1) z Jihlavy. 4 % (3) z ČB nevěděla, zda podle ošetřovatelských standardů pracuje. Žádná sestra z Jihlavy nezvolila možnost nevím.

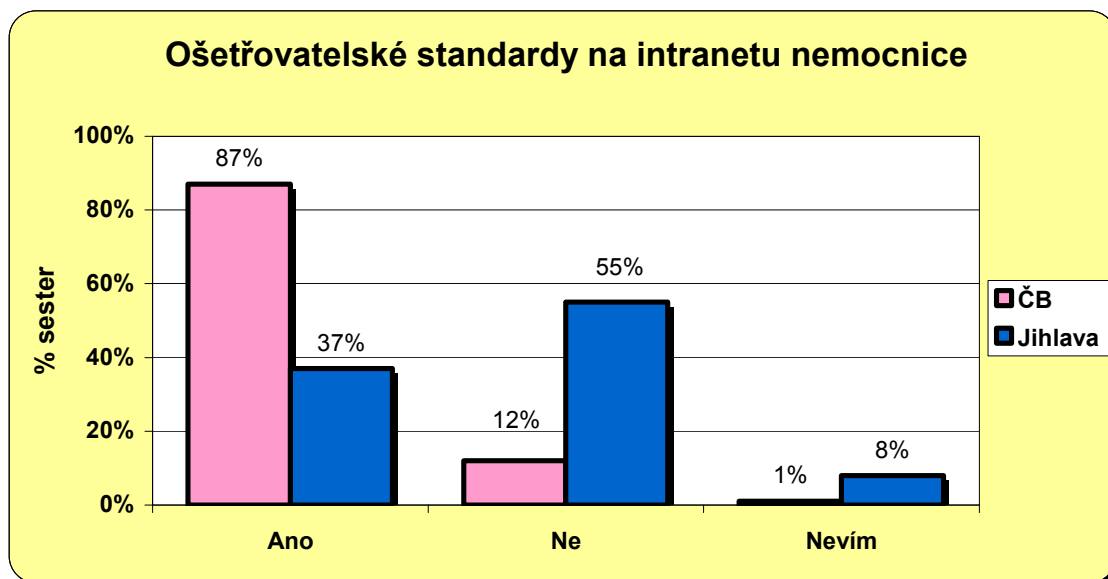
U zbývajících grafů, kromě grafů 28a a 28b, představuje 100 % 67 sester z ČB a 100 % 62 sester z Jihlavy.

Graf 23



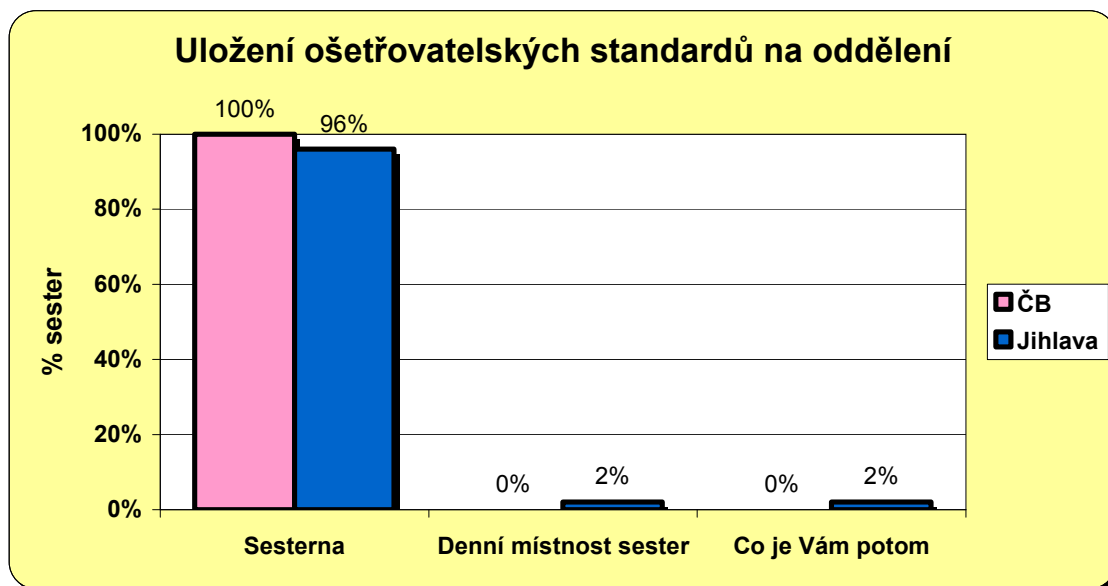
Ošetrovatelské standardy ve své každodenní praxi používá 82 % (55) sester z ČB a 81 % (50) z Jihlavy. Nepoužívá je 15 % (10) sester z ČB a 13 % (8) z Jihlavy a 3 % (2) z ČB a 6 % (4) sester z Jihlavy neví, zda používá ošetrovatelské standardy v každodenní praxi.

Graf 24



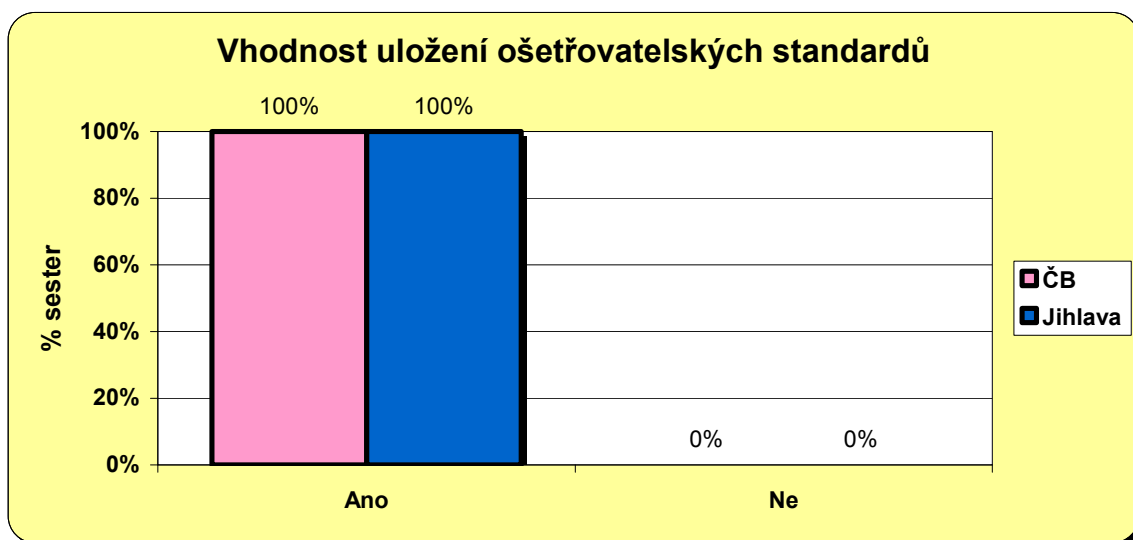
87 % (58) sester z ČB a 37 % (23) z Jihlavy uvedlo, že jsou ošetrovatelské standardy k dispozici na intranetových stránkách nemocnice. Podle 12 % (8) z ČB a 55 % (34) sester z Jihlavy standardy k dispozici na intranetu nejsou a 1 % (1) z ČB a 8 % (4) sester z Jihlavy nevědělo.

Graf 25



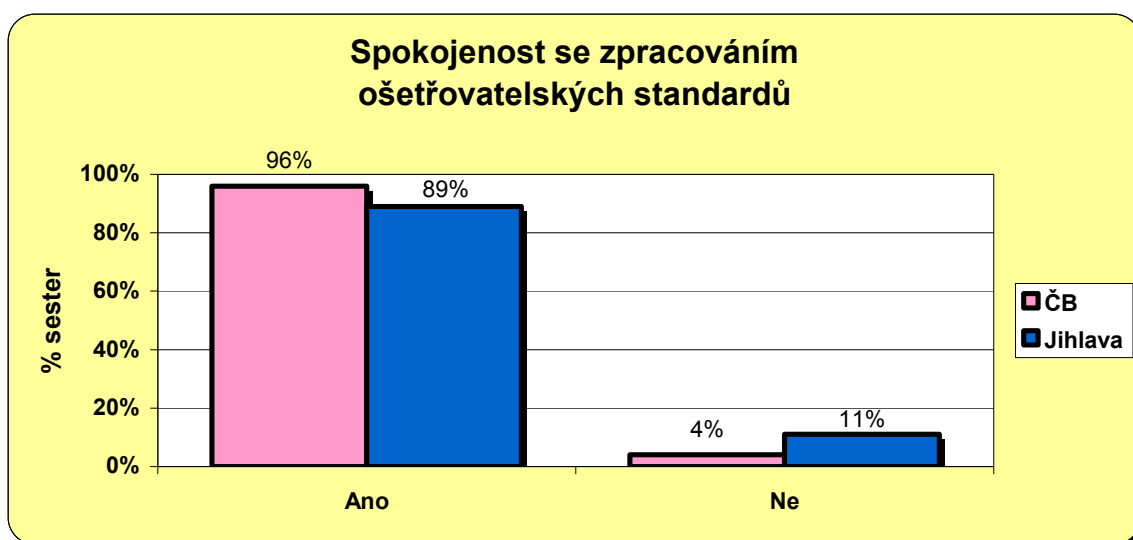
100 % (67) dozařovaných z ČB a 96 % (60) z Jihlavy uvedlo, že mají vypracované standardy uložené na „sesterně“. 2 % (1) z Jihlavy uvedly jako místo uložení denní místnost sester a odpověď 2 % (1) sester z Jihlavy zněla: „Co je Vám potom“.

Graf 26



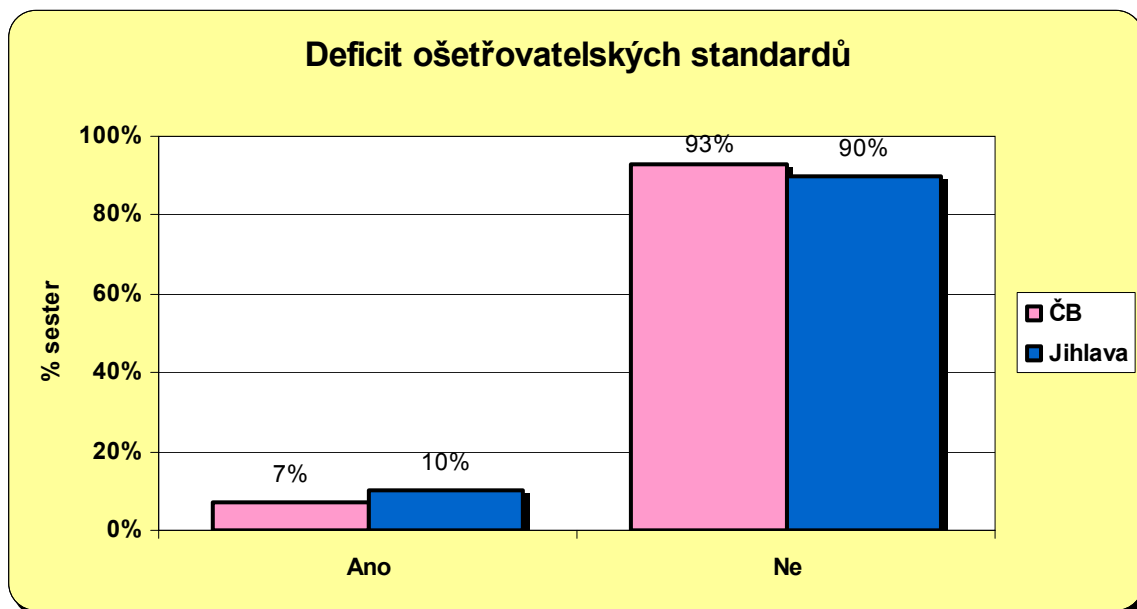
Vhodnost uložení ošetrovatelských standardů pro jejich okamžité použití zvolilo 100 % (67) sester z ČB a 100 % (62) z Jihlavy. Možnost ne, neodpověděla žádná sestra.

Graf 27



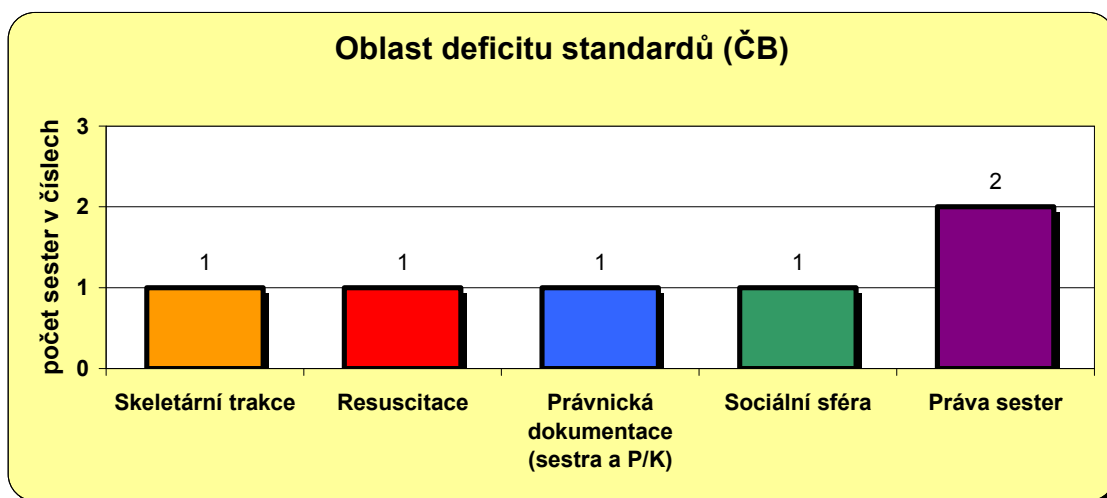
Způsob zpracování ošetrovatelských standardů na oddělení vyhovuje 96 % (64) z ČB a 89 % (55) z Jihlavy. Takto vypracované standardy nevyhovují 4 % (3) sestrám z ČB a 11 % (7) z Jihlavy.

Graf 28



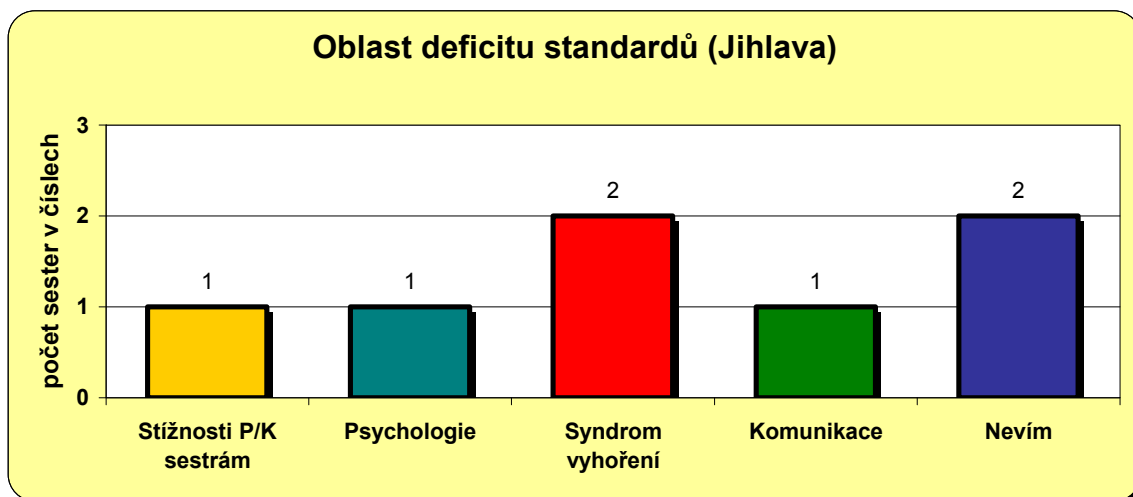
Deficit ošetrovatelských standardů z určité oblasti ošetrovatelství vidí 7 % (5) sester z ČB a 10 % (6) z Jihlavy. 93 % (62) z ČB a 90 % (56) sester z Jihlavy nepostrádá ošetrovatelské standardy z žádné oblasti ošetrovatelství.

Graf 28 a)



Oblasti ošetřovatelství ze kterých sestry z ČB postrádají ošetřovatelské standardy jsou následující: skeletární trakce (1), resuscitace (1), právnícká dokumentace – sestra a pacient/klient (1), sociální sféra (1) a práva sester (2) .

Graf 28 b)



Sestry z Jihlavy postrádají standardy z následujících oblastí ošetřovatelství: postup při stížnostech pacienta/klienta sestře (1), psychologie (1), syndrom vyhoření (2), komunikace (1). (2) sestry přesnou oblast nevěděly.

5. Diskuze

Dotazník vytvořený pro tento výzkum obsahoval 28 otázek. Byly použity otázky uzavřené, polootevřené a otevřené. Záměrem dotazníku bylo zmapovat a porovnat znalosti sester o hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče skrze základní pojmy používané v této oblasti. Dále zjistit možnosti sester obou nemocnic při získávání nových informací týkající se kvality ošetrovatelské péče a také zjistit, zda-li sestry považují ošetrovatelské audity jako přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Výzkumné soubory byly dva a snahou bylo, aby byly zhruba stejně velké. První soubor byl tvořen 71 sestrami z chirurgických oddělení nemocnice České Budějovice a druhý soubor tvořilo 63 sester z chirurgických oddělení jihlavské nemocnice. V úvodní části dotazníku byly zařazeny otázky identifikační, které charakterizovaly výzkumné soubory a byly použity i v dalším zkoumání. Co se týká vzdělání dotazovaných, převládají sestry se středoškolským vzděláním, kdy toto vzdělání jako nejvyšší dosažené uvedlo 62 % sester z ČB a 47 % z Jihlavy. Vysokoškolsky vzdělaných sester je pouze 12 % sester z ČB a 5 % z Jihlavy. Dále jsem se ptala sester, jakým způsobem získávají nové poznatky z oblasti kvality ošetrovatelské péče. Nejvíce nových informací získávají sestry z ČB i Jihlavy při odborných seminářích a také z odborné literatury. Zaujala mě odpověď jedné sestry z ČB, která napsala, že nové poznatky získává i ze standardů ošetrovatelské péče. Mohu jen vyjádřit lítost nad tím, že takových sester není více. 1 % sester z ČB i Jihlavy uvedlo, že se o tuto oblast nezajímá. Otázkou potom zůstává, jak kvalitní ošetrovatelskou péči tyto sestry poskytují.

Hypotéza č. 1, která zněla, že sestry pracující v českobudějovické nemocnici mají více znalostí o hodnocení kvality ošetrovatelské péče, než sestry pracující v jihlavské nemocnici, se potvrdila. První otázka týkající se této hypotézy, se ptala na to, co určuje ošetrovatelský standard (graf č.7). Podle knihy České ošetrovatelství 2 je standard dohodnutá profesní úroveň kvality a jednoznačně vymezuje minimální úroveň péče. Ovšem 59 % sester z ČB a 57 % z Jihlavy se domnívá, že ošetrovatelský standard určuje maximální kvalitu poskytované ošetrovatelské péče (7). Ještě více zarážející je

odpověď 6 % sester z ČB a 9 % z Jihlavy, pro které ošetřovatelský standard představuje péči o pacienta/klienta dle svých možností.

Správnou odpověď na otázku co znamená pojem indikátor kvality ošetřovatelské péče uvedlo 79 % dotazovaných z ČB a 75 % z Jihlavy (graf č. 12). 11 % sester z ČB a 21 % sester z Jihlavy odpovědělo, že indikátor kvality znamená subjektivní hodnocení ošetřovatelské péče a ostatní sestry nevěděly, co tento pojem vůbec znamená. V dnešní době již každé oddělení určité indikátory kvality ošetřovatelské péče sleduje, a proto si myslím, že by i řadové sestry tento pojem měly znát a orientovat se v tom, jaké indikátory jsou u nich na oddělení sledovány. Oblastí indikátorů kvality byla věnována ještě jedna otázka, která zjišťovala, jaké indikátory dotazované sestry sledují (graf č. 17). Na žádném oddělení obou nemocnic se sestry přesně neshodly na stejných indikátorech kvality. Z toho mohu usuzovat, že buď opravdu neví, jaké indikátory se u nich na oddělení sledují, nebo sestry pouze nevěnovaly dostatečnou pozornost při vyplňování dotazníku. Sestry z ČB i Jihlavy se shodly v tom, že nejvíce je sledován indikátor spokojenosti pacientů/klientů s ošetřovatelskou péčí a druhým nejsledovanějším indikátorem kvality ošetřovatelské péče v obou nemocnicích je prevalence dekubitů. Právě zmiňovaná spokojenost pacientů/klientů s ošetřovatelskou péčí je podle článku RNDr. Raitera významnou metodou hodnocení kvality péče (35). Výhodou sledování tohoto indikátoru je nejen přehledné srovnání kvality péče ve zdravotnickém zařízení, ale také možnost pozorování vývoje kvality v čase (35). Jestliže je navíc spokojenost sledována formou dotazníků, je také podle Škrlových nejlevnějším zdrojem informací o kvalitě (46).

Následující otázka, která měla prověřit a porovnat znalosti sester se týkala ošetřovatelského auditu (graf č.14). Škrlovi ve své knize uvádějí, že audit je vyhodnocení ošetřovatelské praxe, ovšem z řad dotazovaných takto odpovědělo pouze 39 % z ČB a 35 % z Jihlavy (46). Více jak polovina sester z obou nemocnic vidí audit jako kontrolu, jejímž cílem je najít chyby v jejich práci. Škrlovi uvádějí, že nikdy není cílem auditu hledání chyb, ale pouze nalezení slabých míst (46). Otázkou zůstává, proč mají sestry tento názor. Myslím si, že možným důvodem je malá informovanost sester o účelu auditu nebo pouze jeho nesprávné pochopení. Určitě ale také záleží na

tom, jak audit v dané nemocnici probíhá a jaké má výstupy v případě nalezený slabých míst.

Další otázkou jsem se ptala sester, co se z daných možností dá zahrnout pod pojem mimořádná událost (graf č. 18). 83 % sester z ČB a 73 % z Jihlavy zvolilo možnost pochybení v péči pacienta/klienta. Zarážející bylo, že 16 % sester z ČB a 19 % z Jihlavy na tuto otázku neznalo odpověď a dokonce 8 % sester z Jihlavy uvedlo, že mimořádná událost je péče poskytovaná lege artis. Tyto odpovědi moc nekorelují s odpovědí sester u otázky, ve které jsem se ptala, zda-li poté co se stane mimořádná událost je zdokumentována na příslušný formulář (graf č. 13), kde mi 90 % sester z ČB a 97 % z Jihlavy uvedlo, že takto mimořádnou událost dokumentují. Opět se mohu pouze domnívat, zdali sestry nevěnovaly řádnou pozornost vyplňování dotazníku, nebo opravdu neví, co pojem mimořádná událost znamená a jak má být zdokumentována.

Se znalostmi sester souvisí i vzdělávání na odborných seminářích, které musí absolvovat všechny sestry v rámci celoživotního vzdělávání. Odborného semináře z oblasti kvality ošetrovatelské péče v nemocnici se zúčastnilo 59 % sester z ČB a 71 % z Jihlavy (graf č. 10). Mimo nemocnici takový seminář absolvovalo 28 % z ČB a 38 % sester z Jihlavy (graf č. 19). Zájem o účast na odborném semináři, který by se týkal kvality ošetrovatelské péče projevil více než 2/3 sester z obou nemocnic (graf č. 20). Mnoho sester by mělo zájem zúčastnit se daného semináře i přesto, že již odborný seminář o kvalitě absolvovaly, ale byly i sestry, které neprošly žádným seminářem z oblasti kvality a zájem o jeho absolvování nejeví.

Hypotéza č. 2, že více než 80 % sester považuje ošetrovatelské audity jako přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče, se nepotvrdila. Ošetrovatelský audit vnímá jako přínos pouze 38 % všech dotazovaných z obou nemocnic (graf č. 11a). Z ČB vnímá ošetrovatelský audit jako přínos 45 % sester a z Jihlavy 30 % sester (graf č. 11). Některé z důvodů, pro které sestry považují ošetrovatelský audit jako přínos, byly nalezení a doplnění chyb, kontrola jako prvek zvyšování kvality péče, kontrola dodržování standardů, zvyšování kvality ošetrovatelské péče či zpětná vazba o úrovni ošetrovatelské péče (grafy 11b a 11c). Bylo zajímavé porovnat otázku o přínosu ošetrovatelských auditů s otázkami dalšími. První otázka, která byla takto porovnána,

byla již zmíněna v předchozím textu a týkala se znalostí pojmu ošetřovatelský audit. Ze všech sester, které vidí ošetřovatelský audit jako přínos pro zvyšování kvality ošetřovatelské péče, jich 57 % vnímá audit jako kontrolu, jejímž cílem je najít chyby v jejich práci. Mylně jsem předpokládala, že sestry které vnímají ošetřovatelský audit jako přínosný, budou vědět, co daný pojem přesně znamená a právě díky tomu jej budou vnímat jako přínos.

Následující otázka, která se týkala zpětné vazby o výsledcích provedeného auditu bude zmíněna hned dvakrát: poprvé ve spojitosti pouze se sestrami s kladným míněním o auditu a podruhé v souvislosti s porovnáním zpětné vazby u všech sester z ČB a Jihlavy, které uvedly, že u nich na oddělení ošetřovatelské audity probíhají. Domnívala jsem se, že sestry vnímají přínos ošetřovatelských auditů i díky perfektní zpětné vazbě po proběhlém auditu, ale pouze 15 % sester dostává zpětnou vazbu s odkazem na odstranění stávajících chyb a jejich následné předcházení. 14 % sester dostává holou zpětnou vazbu bez dalších informací a 10 % dokonce žádnou zpětnou vazbu nedostává. V dotazníku byla otázka zpětné vazby položena všem sestram z ČB a Jihlavy, které uvedly, že u nich na oddělení ošetřovatelské audity probíhají (graf č. 16). Důvodem bylo porovnání informací o zpětné vazbě v obou nemocnicích. Necelá polovina sester z Jihlavy uvedla, že zpětnou vazbu o proběhlém auditu dostává, a to s odkazem na odstranění chyb i jejich předcházení. U sester z ČB takto odpověděla pouze necelá 1/3. Žádnou zpětnou vazbu nedostává 21 % dotazovaných z ČB a 2 % z Jihlavy.

Vzhledem k tomu, že se standardy ošetřovatelské péče přímo týkají ošetřovatelských auditů, byl prostor v dotazníku věnován i používání ošetřovatelských standardů. Všechna zdravotnická zařízení jsou povinna písemně vypracovat a přijmout vlastní ošetřovatelské standardy, které vycházejí z rámcových standardů (4). Zajímalo mě, zda-li si sestry uvědomují, že podle ošetřovatelských standardů pracují. 95 % sester z ČB a 98 % z Jihlavy odpovědělo, že podle ošetřovatelských standardů pracuje. 1 % z ČB a 2 % dotazovaných z Jihlavy uvedla, že podle standardů nepracují a 4 % sester z ČB to neví (graf č. 22). Sestry z ČB, které odpověděli, že podle ošetřovatelských standardů nepracují, nebo to neví, jsou všechny kromě jedné v praxi

teprve krátce a to do 1 roku. Ale ani tento údaj podle mne neomlouvá neznalost natolik zásadní věci.

Další otázkou jsem zjišťovala používání ošetrovatelských standardů v každodenní praxi sester (graf č. 23). Více jak 80 % sester obou nemocnic standardy v každodenní praxi používá. Výsledek považuji za pozitivní a do budoucna doufám, že ošetrovatelské standardy v každodenní praxi budou používat všechny sestry. Otázka, která se týkala uložení standardů na oddělení ukázala, že 100 % sester z ČB a 96 % z Jihlavy má uloženo standardy na přiděleném místě na „sesterně“ (graf č. 25). Mnoho dotazovaných uložení standardů navíc charakterizovalo tím, že jsou v tvrdých deskách, šanonech. Na tomto místě bych chtěla vyzdvihnout odpověď jedné sestry z Jihlavy, jenž mi do dotazníku napsala: „Co je Vám potom“. Odpověď mě udivila a otázkou pro mě zůstává, zda-li nemá sestra obdobný přístup i k lidem o něž pečuje.

Zajímalo mne také, jak sestrám vyhovuje zpracování ošetrovatelských standardů. Správně vytvořený standard ošetrovatelské péče by měl obsahovat určené náležitosti, ale jeho grafické zpracování záleží pouze na daném zdravotnickém zařízení (4). V ČB vyhovuje zpracování standardů 96 % sester a v Jihlavě 89 % sester (graf č. 27). Ostatní sestry z obou nemocnic spokojeny nejsou, ale pouze jedna z nich by se chtěla podílet na tvorbě ošetrovatelských standardů. Ostatní sestry zájem nemají, i když se jim nynější zpracování standardů nelíbí.

Poslední otázkou v dotazníku jsem zjišťovala, jestli sestry postrádají z nějaké oblasti ošetrovatelství standardy, které by potřebovaly pro svou praxi (graf č. 28). Přesto, že valná většina sester uvedla, že jim z žádné oblasti ošetrovatelství standardy nechybí, byly i sestry, které deficit cítí a to v následujících oblastech: skeletární trakce, resuscitace, právnícká dokumentace – sestra a pacient/klient, práva sester, sociální sféra, syndrom vyhoření aj. (grafy č. 28a a 28b). Vzhledem k tomu, že obě nemocnice, kde výzkum probíhal budou znát jeho výsledky je možné, že se zde inspirojí a deficitní standardy doplní. Myslím, že by to mohl být jeden z užitečných přínosů této práce do praxe.

Celkově výzkum ukázal, že i když mají sestry z ČB více znalostí než sestry z Jihlavy, jsou u obou zkoumaných souborů zásadní rezervy ve znalostech, které by

bylo potřeba doplnit a možná by se posléze změnil i názor sester na ošetrovatelské audity, které zatím považuje za přínosné pouze 1/3 dotazovaných.

6. Závěr

Kvalita ošetrovatelské péče, jako nedílná součást kvality léčebné péče je bedlivě sledované téma. V současné době se sestry ve své každodenní praxi setkávají se slovy jako jsou kvalita, standard či audit, a proto by o nich měly mít alespoň základní znalosti a chápat jejich smysl. Tím, se také zvyšuje šance, že budou lépe přijímat hodnocení jejich péče a ochotněji snášet změny, které s sebou přináší tato doba, v zájmu zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče.

Cílem práce bylo zmapovat znalosti sester o hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče. Cíl byl splněn. Hypotéza, jenž předpokládala, že sestry pracující v českobudějovické nemocnici mají více znalostí o hodnocení kvality ošetrovatelské péče, než sestry pracující v jihlavské nemocnici, se potvrdila. Ovšem z výsledků je patrné, že určité rezervy ve znalostech mají oba zkoumané soubory. Druhá hypotéza, která předpokládala, že více než 80 % sester považuje audity jako přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče, se nepotvrdila. Z výsledků vyplynulo, že audit je pro více než polovinu dotazovaných sester pouze stresová situace, při které management nemocnice hledá chyby v jejich práci.

Práci a její výsledky bych ráda použila jako podklad pro vytvoření odborných přednášek a jejich následnou prezentaci. Hlavní sestra českobudějovické nemocnice mě požádala, abych práci i s výsledky prezentovala na poradě vrchních sester na podzim roku 2008 a vedení jihlavské nemocnice mě také požádalo o výsledky práce.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S. Význam celoživotního vzdělání pro sestry a zdravotnické organizace. *Florence*. Praha: 2006, roč. II, č. 4, s. 48-49. ISSN 1801-464 x.
2. BĚLOHLÁVEK, F. *Management*. 1. vyd. Brno: Computer Press a.s., 2006. 724 s. ISBN 80-251-0396-X.
3. BRABCOVÁ, I. Akreditace a její přínos pro ošetrovatelství. In Nové trendy v ošetrovatelství. *Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí: VI. jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 48-51.
4. BRABCOVÁ, I. *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb*. Distanční text pro magisterskou formu studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, 2006. 106 s.
5. BRABCOVÁ, I. et al. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu. *Kontakt*. České Budějovice: 2006, roč. 8. č. 2. s. 240-248. ISSN 1212-4117.
6. Česká asociace sester. *Vedení ošetrovatelské dokumentace*[online]. c2005, [cit. 2007-10-19]. Dostupné z WWW: <http://www.cnna.cz/vedeni_dokumentace.php?PHPSESSID=19da061ca108fbc6f9a05ccd341afa03>.
7. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.

8. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
9. GLADKIJ, I. et al. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
10. GLADKIJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
11. GROHAR-MURRAY, M., E., DICROCE, H., R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
12. HNILICOVÁ, H. Mezinárodní fórum o kvalitě a bezpečnosti zdravotní péče. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2006, roč. 9, č. 2, s. 81-83. ISSN 1213-6050.
13. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
14. Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. Přel. D. Marx., V. Di Cara. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 248 s. Přeloženo z: Joint Commission International Accreditation Standards for the Care Continuum. ISBN 80-247-1001-3.
15. Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Přel. D. Marx, I. Staněk. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 287 s. Přeloženo z: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital. ISBN 80-247-0629-6.

16. JURÁSKOVÁ, D. Kvalita ošetrovateľskej péče a management rizik. *Sestra*. Praha: 2004, roč. XIV, č. 3, s. 18-20. ISSN 1210-0404.
17. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
18. *Koncepce ošetrovateľství. Metodické opatření*. Věstník č. 9 – MZ ČR 2004 [online]. [cit. 2007-10-19]. Dostupné z WWW: <http://www.nspm.cz/koncepce_ospece.asp>.
19. KOŇOŠOVÁ, H. Úlohy štandardov ošetrovateľskej starostlivosti. *Ošetrovateľ'ský obzor*. Bratislava: 2005, roč. 2, s. 39-42. ISSN 1336-5606.
20. KŘEMENOVÁ, E. Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
21. *Lemon 1: Učení texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-243-5.
22. MADAR, J. et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
23. MARX, D. Akreditace nemocnic: Současný stav v ČR a ve světě. *Onkologická péče*. Brno: 2006, roč. 5, č. 4, s. 1-3. ISSN 1214-5602.
24. MARX, D. *Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise ČR* [online]. [cit. 2007-11-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.sakcr.cz/files/Pruvodce-akr-setrenim-2007.pdf>>.
25. MASTILIAKOVÁ, D. Kvalita ošetrovateľskej péče (I.část). *Ošetrovateľství*. Hradec Králové: 2001, č. 3-4, s. 69-73. ISSN 1212-723X.

26. MASTILIAKOVÁ, D. Kvalita ošetrovatelské péče (II.část). *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2002, č. 1-2, s. 9-17. ISSN 1212-723X.
27. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství - II. díl: Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
28. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR*. 1. vyd. Praha: MZ ČR, 2003. 124 s. ISBN 80-85047-99-3.
29. MÜLLEROVÁ, Nina. *Sestra v roli auditorky*. Florence. Praha: 2006, č. 7-8, roč. 2, s 27-28. ISSN 0801-464x.
30. MÜLLEROVÁ, N. *Standardy ošetrovatelské péče* [online]. [cit. 2007-10-19]. Dostupné z WWW:
<<http://www.nase-zdravi.cz/cz/Content/HtmlPage.aspx?folderid=184>>.
31. *Ošetrovatelství* [online]. [cit. 2007-10-13]. Dostupné z WWW:
<<http://www.fnmotol.cz/html/nemocnice/sestry.php?lang=cz#odkaz4>>.
32. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství I: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
33. POLICAR, R. Nová regulace zdravotnické dokumentace. *Onkologická péče*. Brno: 2007, roč. 6, č. 2, s. 19-20. ISSN 1214-5602.
34. Quality management system. *Systémové modely zvyšování kvality zdravotní péče* [online]. c 2002, [cit. 2007-11-17]. Dostupné z WWW:
<<http://msz.qmshc.cz/dokumenty/2d.html>>.

35. RAITER, T. *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů* [online]. [cit. 2007-11-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.nase-zdravi.cz/cz/Content/HtmlPage.aspx?folderid=177>>.
36. SOVOVÁ, E. *Kvalita je výzva...* [online]. [cit. 2007-10-18]. Dostupné z WWW: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/05_2003/kvalita.html>.
37. SOVOVÁ, E. *Historie programů kvality zdravotní péče* [online]. [cit. 2007-11-19]. Dostupné z WWW: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_2003/historie.html>.
38. SOVOVÁ, E. *Základní rozdělení programů kvality – program zabezpečení jakosti* [online]. [cit. 2007-04-19]. Dostupné z WWW: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/07_2003/kvalita.html>.
39. Spojená akreditační komise České republiky. *O nás* [online]. [cit. 2007-11-24]. Dostupné z WWW: <<http://www.sakcr.cz/about.php>>.
40. STANĚK, Ivan. *Akreditační standardy JCI pro nemocnice* [online]. [cit. 2007-10-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5058&mode=thread&order=0>>.
41. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
42. STAŇKOVÁ, M. et al. *České ošetřovatelství 13: Sestra a pacient. Zdravotnické právo v ošetřovatelské praxi II*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.

43. STRNAD, L., GLADKIJ, I. *Řízení kvality péče nemocničního oddělení* [online]. [cit. 2007-07-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.gyne.cz/clanky/2000/200cl9.htm>>.
44. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
45. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
46. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
47. ŠKRLA, P. *Především neublížit (Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči)*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
48. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454X.
49. VAŠÁTKOVÁ, Ivana. Kvalita ošetrovatelské péče. *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2003, č. 1-2, s. 26-31. ISSN 1212-723X.
50. VONDRÁČEK, J., VONDRÁČEK, L. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5.

51. VONDRÁČEK, J., VONDRÁČEK, L. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.
52. VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1996. 72 s. ISBN 80-7168-151-2.
53. *Vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit. 2007-10-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=424%2F2004&refid=0&key=20040916DSG6ZQW7TDqqWGOL&zdroj=sb04424&cd=76&typ=r>>.
54. WAN, T., T., H. *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče*. 2. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. 254 s. ISBN 80-7067-834-8.
55. Zákon 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [online]. [cit. 2007-10-26]. Dostupné z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=96%2F2004&zdroj=sb04096&cd=3&typ=r>>.

8. Klíčová slova

Kvalita ošetrovatelské péče

Všeobecná sestra

Ošetrovatelský standard

Ošetrovatelský audit

9. Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník pro sestry

Příloha č. 2 – Protokol k provedení auditu

Příloha č. 3 – Navržená nápravná opatření

Příloha č. 4 – Standard ošetrovatelské péče

Příloha č. 1: Dotazník pro sestry

Dotazník

Vážené sestry, jmenuji se Jana Klimešová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je důležitou součástí mé diplomové práce na téma: Hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče. Dotazník je anonymní a slibuji, že nedojde k jeho zneužití. Týká se hodnocení kvality ošetrovatelské péče.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji. Jana Klimešová

Každou otázku si důkladně přečtěte a pokud není určeno jinak, zakřížkujete jednu odpověď. Jestliže jsou v odpovědi tečky, dopište vlastní názor

1. Na jakém oddělení pracujete?

.....

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

3. Kolik Vám je let?

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50 a více

4. Kolik let již působíte v praxi?

- do 1 roku
- 1-9
- 10-19
- 20-29
- 30 a více

5. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- SZŠ + PSS
- VZŠ (DiS.)
- VŠ (Bc.)
- VŠ (Mgr.)
- jiné.....

6. Jakým způsobem získáváte nové poznatky z oblasti kvality ošetrovatelské péče?

(můžete označit více odpovědí)

- studiem ve škole
- při odborných seminářích
- z odborné literatury (knihy, časopisy...)
- od managementu nemocnice (staniční sestry, vrchní sestry, hlavní sestry)
- z multimédií (internet, televize, rozhlas...)
- jinak.....
- nezajímám se o tuto oblast

7. Co podle Vás určuje ošetrovatelský standard?

- dohodnutou profesní minimální úroveň kvality
- maximální kvalitu poskytované ošetrovatelské péče
- péči o pacienta/klienta dle svých možností
- nevím

8. Máte možnost podílet se na tvorbě ošetrovatelských standardů?

- ano
- ne

Jestliže ne, odpovězte na následující otázku. Jestliže ano, přejděte k otázce č. 10.

9. Měl(a) by jste zájem se podílet na tvorbě ošetrovatelských standardů?

- ano
- ne

10. Měl(a) jste možnost zúčastnit se odborného semináře z oblasti kvality ošetrovatelské péče ve vaší nemocnici?

- ano
- ne

11. Považujete audity jako přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

- ano
- ne

Jestliže ano, napište proč:

.....

.....

.....

12. Co podle Vás znamená pojem indikátor kvality?

- měřitelné kritérium ukazující jak je plněn určitý standard
- světelná kontrolka na sterilizačním přístroji
- subjektivní hodnocení ošetrovatelské péče
- nevím

13. Stane-li si na vašem oddělení mimořádná událost, je zdokumentována na příslušný formulář s názvem Hlášení o mimořádné události?

- ano
- ne
- nevím

14. Co rozumíte pod pojmem ošetrovatelský audit?

- vyhodnocení ošetrovatelské praxe
- kontrola managementem nemocnice s cílem najít chyby ve vaší práci
- zhodnocení počtu ošetrovatelského personálu
- nevím

15. Jsou na vašem oddělení prováděny audity?

- ano
- ne

Jestliže ano, odpovězte na následující otázku. Jestliže ne, přejděte k otázce č. 17.

16. Dostáváte zpětnou vazbu o výsledcích auditu?

- ano, bez dalších informací
- ano, s odkazem na odstranění chyb
- ano, s odkazem na předcházení chyb
- ano, s odkazem na odstranění chyb a jejich předcházení
- ne

17. Jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče sledujete na vašem oddělení?

(můžete označit více odpovědí)

- spokojenost pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí
- spokojenost pacientů/klientů s tlumením bolesti
- spokojenost pacientů/klientů s množstvím poskytnutých informací
- prevalence dekubitů
- počet pádů pacientů/klientů na oddělení
- počet mimořádných událostí
- jiné.....

18. Z níže uvedených možností vyberte, co znamená pojem mimořádná událost?

- akutní příjem pacienta/klienta
- pochybení v péči o pacienta/klienta
- péče poskytovaná lege artis
- nevím

19. Zúčastnil(a) jste se někdy semináře týkajícího se kvality ošetrovatelské péče mimo vaši nemocnici?

- ano
- ne

20. Pokud by jste měl(a) možnost, zúčastnila by jste se semináře z oblasti kvality ošetrovatelské péče ?

- ano
- ne

21. Myslíte si, že je tvorbě standardů věnován dostatečný prostor ve výuce při získávání kvalifikace všeobecná sestra?

- ano
- ne
- nevím

22. Pracujete ve vaší nemocnici dle ošetrovatelských standardů?

- ano
- ne
- nevím

*Jestliže **ano**, odpovězte na všechny následující otázky. Jestliže **ne** nebo **nevím**, dotazník zde pro Vás končí.*

23. Používáte ošetrovatelské standardy ve své každodenní praxi?

- ano
- ne
- nevím

24. Jsou ošetrovatelské standardy k dispozici na intranetových stránkách vaší nemocnice?

- ano
- ne
- nevím

25. Kde jsou na vašem oddělení uloženy vypracované ošetrovatelské standardy?

.....

.....

.....

26. Je místo uložení ošetrovatelských standardů vhodné pro jejich okamžité použití?

- ano
- ne

27. Vyhovuje Vám jak jsou zpracovány ošetrovatelské standardy na vašem oddělení?

- ano
- ne

28. Je nějaká oblast ošetrovatelství, ze které postrádáte standardy potřebné pro vaši praxi?

ano

ne

Jestliže ano, ze které oblasti ošetrovatelství standardy postrádáte?

.....

.....

.....

Příloha č. 2: Protokol k provedenému auditu



PROTOKOL K PROVEDENÉMU AUDITU

Oddělení:	Datum auditu:
Sledovaná oblast:	Auditor:

1. Zjištěné nedostatky:

Datum:

Zpracovala:

1x archivuje staniční sestra oddělení, na kterém se audit prováděl

1x zaslat hlavní sestře

Zdroj: Protokol k provedenému auditu nemocnice České Budějovice

Autor: Bc. Petra Papoušková

Příloha č. 3: Navržená nápravná opatření



NAVRŽENÁ NÁPRAVNÁ OPATŘENÍ

Oddělení:	Datum auditu:
Za řešení nedostatků odpovídá:	Nedostatky budou odstraněny do:
Staniční sestra:	Zpracováno dne:

Přijatá opatření:

1x archivuje staniční sestra oddělení, na kterém se audit prováděl
1x zaslat hlavní sestře

Zdroj: Navržená nápravná opatření nemocnice České Budějovice

Autor: Bc. Petra Papoušková

Příloha č. 4: Ošetřovatelský standard



Sdružení fakultních nemocnic České republiky

Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2

Integrovaný program implementace managementu kvality českých fakultních nemocnic – kritická analýza jeho metod, procesů a výsledků

hlavní řešitel: Prof. MUDr. Ivan Gladkij, DrSc.

podpora: IGA MZ ČR NO 7723-3, e-mail: grant@centrum.cz

Standardní ošetřovatelský postup

PÉČE O ZEMŘELÉHO

Název útvaru:

Číslo NS:

Připomínkové řízení do:

Průběh schvalování SOP:

Odborný garant:

Ověřil:

Datum:

Schválil:

Datum:

Kontaktní osoba:

Nabývá účinnosti dne:

Držitel dokumentu:

Definice

Po konstatování smrti lékařem je provedena očista, úprava a identifikace těla zemřelého a následné činnosti související s úmrtím a transportem těla zemřelého.

Cíl

Ošetřit tělo zemřelého s úctou ke skončenému životu

Kompetentní osoby:

Sestry všech oborů a stupňů vzdělání, porodní asistentky, NZP ,PZP, sociální pracovník / sestra

Pomůcky:

- rukavice, obinadlo, mulové čtverce, leukopor
- pomůcky k očištění těla, čisté prádlo
- materiál k převazu ran
- dermatograf (popisovač kůže)
- dokumentace dle směrnic /dokumentů FN např. oznámení úmrtí, identifikační kartička pro označení těla zemřelého, kniha pozůstalostí, kniha příjmů a odchodů pacientů, případně doklad o uložení cenností, hlášení pro obvodní soud, formulář pro zaslání telegramu

Ošetrovatelský postup:

1. Upravujte tělo zemřelého po konstatování úmrtí lékařem.
2. Zajistěte intimitu zemřelého.
3. Ponechte na lůžku pouze prostěradlo.
4. Svlékněte zemřelého a uložte do vodorovné polohy.
5. Vyjměte snímatelnou zubní protézu a zaznamenejte tuto skutečnost do dokumentace; má-li pacient nesnímatelnou zubní náhradu ze žlutého nebo bílého kovu, nahlase počet zubů lékaři, který provede zápis do dokumentace.
6. Odstraňte všechny ozdobné předměty, s cennostmi zacházejte dle pokynů zdravotnického zařízení.
7. Odstraňte katétry (močový a periferní žilní) ostatní až po domluvě s lékařem
8. Drény ponechte v ráně
9. Proveďte očištění těla.
10. Zajistěte, aby zemřelý měl zavřené oči, případně přelepené šetrně leukoporem / zakryté navlhčeným tampónem zavřená ústa podvázáním / podložením dolní čelisti (pokud zůstávají ústa otevřená), horní končetiny položené na břicho nebo podél těla.
11. Převažte rány novým krytím k tomu určeným.

12. Zajistěte identifikaci těla zemřelého dle zvyklostí FN např. popisovačem na kůži popište levou dolní končetinu (při amputaci pravou dolní končetinu, případně levou paži a předloktí) následujícími údaji:

- jméno a příjmení zemřelého
- rodné číslo (identifikace pacienta)
- datum a hodina úmrtí
- oddělení

U novorozence, kojence, batolete a dítěte do 6 let napište údaje na hrudník.

13. Na palec druhé dolní končetiny připevňte identifikační kartičku. Novorozenci a kojenci se kartička nedává.

14. Zakryjte tělo zemřelého prostěradlem a uložte tělo zemřelého do příslušného obalu.

15. Vyrozumějte příbuzné telegramem (před odesláním telegramu zkontrolujte, zda není v dokumentaci uveden jiný způsob vyrozumění příbuzných). Telefonicky informuje příbuzné lékař.

16. Při prvním jednání s rodinou zemřelého zajistěte kontakt s lékařem

17. V případě, že dojde k úmrtí pacienta v přítomnosti příbuzných, zajistěte, aby se mohli se svým zemřelým o samotě rozloučit, budou li si to přát.

18. Jde-li o osamělou osobu, podejte zprávu sociální sestře / pracovníci, která vyrozumí obecní úřad v místě bydliště zemřelého (nebo DD, ÚSP) a odešle OP do místa jeho vydání a průkaz pojištěnce do příslušné pojišťovny.

19. Jde-li o cizince bez příbuzných na území ČR, podejte zprávu příslušnému konzulátu (dodržujte pravidla stanovená zdravotnickým zařízením).

20. Dle zvyklostí FN proveďte další administrativní úkony, např. odepíšte pacienta ze stavu a stravy.

21. Do „Hlášení sester“ zaznamenejte hodinu a minutu úmrtí, čas hlášení odvozu zemřelého (případně urgency odvozu), způsob oznámení o úmrtí.

22. Ponechte zemřelého po dobu nezbytně nutnou na oddělení (2 hodiny) - pokud možno využijte zvláštní místnosti k tomu určené.

23. Zajistěte odvoz zemřelého:

- postupujte dle pokynů zdravotnického zařízení

24. K převozu připravte:

- Vyplněný List o prohlídce mrtvého, ev. Průvodní list ke klinické pitvě dospělých (příp. Průvodní list k pitvě dětí do 7 dnů života)

- Příkaz k přepravě pacienta
25. Předávání pozůstalosti osobě blízké provádějte dle směrnice / dokumentů FN:
- provádějte v důstojném a klidném prostředí
 - zapište do Knihy pozůstalosti:
 - číslo občanského průkazu osoby, která pozůstalost přebírá
 - její příbuzenský vztah
 - vyžádejte podpis
 - pokud byly pacientovi cennosti uloženy do trezoru, informujte osobu, která vyzvedává pozůstalost, aby si cennosti vyzvedla v centrálním trezoru na základě realizačního poukazu, který vystaví notářství vyřizující pozůstalost zemřelého
 - předejte příbuzným či nejbližším Informace pro pozůstalé

Dokumentace dle potřeby FN, např.:

- List o prohlídce mrtvého
- Průvodní list ke klinické pitvě dospělých (příp. Průvodní list k pitvě dětí do 7 dnů života)
- Oznámení úmrtí (příloha č.1)
- Identifikační kartička (příloha č.2)
- Kniha pozůstalostí
- Doklad o uložení cenností (příloha č.3)
- Hlášení pro obvodní soud
- Příkaz k přepravě pacienta pro pojištěnce VZP
- Příkaz ke zdravotnímu transportu pro pojištěnce ostatních zdravotních pojišťoven
- Kniha příjmů a odchodů pacientů
- Informace pro pozůstalé
- Chorobopis
- Sčítací lístek

Přílohy

1. Oznámení úmrtí
2. Identifikační kartička
3. Doklad o uložení cenností

4. Kritéria k auditu (příloha č.4)

Literatura:

- Zákon č. 19/1988 Sb.
- Práva pacientů
- Kozierová, B. – Erbová, G. – Olivierová, R. Ošetrovatelstvo. Martin: Osveta 1995
- Haškovcová, H., Thanatologie, nauka o umírání a smrti, Galén, Praha 2000
- standard FN Plzeň, FN Motol Praha, FN na Bulovce, FTN

Zpracoval:

Bc. Nina Müllerová

Bc. Ivana Mádlová, červen 1999

Bc. Martina Pátá, srpen 2002

Seznam osob, které na SOP spolupracovaly:

A. Chrzová, R. Wágnerová, J. Pokorná, D. Jurásková, P. Fribertová, H. Ulrychová, N. Müllerová, I. Mádlová., M. Pátá

Příloha č. 1



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

OZNÁMENÍ ÚMRTÍ

Příjmení a jméno: Identifikace pacienta:

Den a hodina úmrtí:

Oznámení předáno kanceláří dne: v hodin.

Příbuzným podána zpráva na adresu:

.....

telegramem

jiným způsobem:

Oddělení: Podpis sestry:

Příloha č. 2

Identifikační kartička

Vyplňte strojem	
Odd.	Nar.
.....	
Jméno	
zemřel-a dne	19.....
v hod.	
Příbuzní zemřelého uvědoměni: ano ne	
Podpis zdravotní sestry:	
SEVT - 14 035 0	1/89
	včt 30 89 - 4115

Příloha č. 3

Potvrzení o úschově cenných věcí

..... číslo účtu	
Potvrzení o úschově cenných věcí	
k: obn:	
Odd:	rodné číslo
Poř. d. denku úschovy:	
Cenné věci (popis a počet kusů):	
Peněžní hodnota v částce Kč	
tj. slovy	
V dne	
..... podpis přejímajícího podpis odevzdávajícího
..... datum výdeje potvrzení převzetí

Příloha č. 4

Kritéria k auditu

Klinika, oddělení:

iniciály sestry							
iniciály pacienta							
datum auditu							

metoda	kontrolní kritéria						
pohledem do místnosti	Intimita zemřelého (Z) byla zajištěna (závěsy, zástěny, odvoz do vhodné místnosti).						
pohledem na zemřelého	Na lůžku bylo ponecháno pouze prostěradlo.						
	Svlečené tělo Z bylo uloženo do vodorovné polohy.						
	Zubní protézy byly vyjmuty; měl-li pacient nesnímatelnou zubní náhradu ze žlutého nebo bílého kovu, byl nahlášen počet zubů lékaři, který provedl zápis do dokumentace.						
	Všechny ozdobné předměty byly odstraněny, s cennostmi bylo zacházeno dle pokynů zdravotnického zařízení.						
	Z měl zavřené oči, zavřená ústa, horní končetiny položené na břicho nebo podél těla.						
	Katétry (močový a periferní žilní) byly odstraněny, ostatní až po domluvě s lékařem.						
	Drény byly ponechány v ráně.						
	Byla provedena očista těla.						
	Rány byly převázány novým krytím k tomu určeným.						
	Byly provedena identifikace těla zemřelého následujícími údaji:						
	▪ jménem a příjmením zemřelého						
	▪ rodným číslem						
▪ datem a hodinou úmrtí							
▪ oddělením							

	U novorozence, kojence, batolete a dítěte do 6 let byly napsány údaje na hrudník.								
	Na palec druhé dolní končetiny byla připevněna identifikační kartička. Novorozenci a kojenci nebyla kartička připevněna.								
	Tělo Z bylo zakryto prostěradlem.								
dotazem na sestru, sledováním	Příbuzní byli vyrozuměni telegramem (před odesláním bylo zkontrolováno, zda není v dokumentaci uveden jiný způsob vyrozumění příbuzných).								
	Jde-li o osamělou osobu, zpráva byla podána sociální sestře / pracovníci.								
	Jde-li o cizince bez příbuzných na území ČR, byla zpráva podána Přijímací kanceláři (včetně informací o pozůstalosti a jejím uložení).								
dotazem do Pokladny, sledováním	Pokud má zemřelý uložené cennosti v trezoru, byla informována Pokladna o úmrtí (zemře-li pacient v odpoledních či nočních hodinách, předání informace zajistila v nejbližší pracovní den staniční sestra).								
pohledem do příslušné dokumentace	Byly provedeny nezbytné administrativní úkony.								
pohledem na zemřelého	Z byl ponechán po dobu nezbytně nutnou na oddělení (2 hodiny) - pokud možno ve zvláštní místnosti k tomu určené.								
pohledem do dokumentace	Seznam věcí a cenností byl sepsán do Knihy pozůstalostí za přítomnosti svědka – Zápis obsahoval podpis dvou osob.								
pohledem na zemřelého	Tělo Z je transportováno v PVC vaku / prostěradle.								
pohledem do formulářů	K převozu byl připraven: <ul style="list-style-type: none"> ▪ List o prohlídce mrtvého 3x a Průvodní list ke klinické pitvě dospělých 1x (příp. Průvodní list k pitvě dětí do 7 dnů života) 								
	▪ Příkaz k přepravě pacienta								
pohledem do místnosti, sledováním	Předávání pozůstalosti je prováděno v klidném a důstojném prostředí.								

pohledem do Knihy pozůstalosti	Do Knihy pozůstalosti je zapsáno:							
	▪ číslo občanského průkazu osoby, která pozůstalost přebírá							
	▪ její příbuzenský vztah							
	▪ podpis přebírající osoby							
sledováním, dotazem na pozůstalé	Pokud byly pacientovi cennosti uložené do trezoru, osoba vyzvedávající pozůstalost byly informována o vyzvednutí cenností z centrálního trezoru FN na základě realizačního poukazu, který byl vystaven notářským vyřizující pozůstalost zemřelého.							
	Příbuzným či nejbližším byly předány Informace pro pozůstalé							

Zdroj: Standardní ošetrovatelský postup

Autor: Sdružení fakultních nemocnic České republiky