

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Standardizace ošetrovatelské péče jako nedílná součást přípravy na
akreditační šetření**

Diplomová práce

Ing. Iva Brabcová

Bc. Alexandra Šimáčková

2010

Abstract

Standardization of nursing care as an integral part of preparation for the accreditation survey

The Diploma thesis deals with standardisation of nursing care in the context of preparatory work for accreditation survey, i.e. a mutual harmony between standards developed in health care institutions and those developed by the SAK accreditation commission. Standardisation is a process of setting essential rules which should guarantee providing a high quality nursing care. These rules (standards) enable to evaluate the quality of all nursing activities. Nurses should be aware of standardisation process and be actively engaged in it.

The theoretical part describes the part of Czech nursing system concept focused on the quality of nursing care, defines the quality itself, maps the systems which help improve the quality of nursing care in health care institutions and refers to the formation of nursing standards.

Practical part deals with five aims stated at the beginning: To map the quality of standardisation in nursing care as a preparatory part of accreditation survey. To find out if nursing care in hospitals is carried out through the method of nursing process. To find out if nursing care is supported by properly kept documentation. To find out if the needs of education were considered for all patients. To find out if nurses are aware of the importance of nursing care standardisation. We chose a quantitative research method. To collect the research data we used anonymous questionnaires. Each of the hospitals was given 50 questionnaires, i.e. 250 in total as the research group was made by respondents from the hospitals in Jindřichův Hradec, Pelhřimov, Tábor, Písek a Havlíčkův Brod. 230 completed questionnaires were returned and 204 of them represented then the research group. Within the research, we accomplished the aims stated, and proved these hypotheses: Hypothesis 1 (H1): The hospitals meet all requirements of accreditation survey of nursing care standardisation. H2: Nursing care in the hospitals is carried out through the method of nursing process. H3: Nursing care in the hospitals is supported by properly kept

documentation. H4: The needs of education were considered for all patients and recorded in the nursing documentation. H5: The nurses are aware of the importance of nursing care standardisation.

The quantitative research resulted into the statement that all hospitals meet the requirements of accreditation survey of nursing care standardisation. Nursing care in the hospitals is carried out through the method of nursing process which is properly recorded in nursing documentation. It was also found out that the needs of education were considered for all patients and properly recorded in the nursing documentation. The nurses are aware of the importance of nursing care standardisation.

The facts resulted from the research prove that the quality of nursing care in the chosen hospitals is very high and meets the requirements of accreditation standards. The research findings will be offered to the hospital managements as an educational material for nurses and midwives.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Standardizace ošetrovatelské péče jako nedílná součást přípravy na akreditační šetření“ 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 a na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, 24. 5. 2010

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Ing. Ivě Brabcové za její čas, připomínky a cenné rady při zpracování diplomové práce. Současně děkuji hlavním sestřám za umožnění realizace výzkumu a veškerému zdravotnickému personálu za trpělivost a vstřícnost. Velké poděkování patří i mojí rodině za toleranci a podporu.

Obsah

Úvod.....	4
1. SOUČASNÝ STAV.....	6
1.1 Koncepce českého ošetrovatelství.....	6
1.1.1 Definice ošetrovatelství.....	7
1.1.2 Cíle a charakteristické rysy moderního ošetrovatelství.....	8
1.1.3 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče.....	9
1.2 Kvalita ve zdravotnickém zařízení.....	9
1.2.1 Kvalita zdravotnických služeb.....	10
1.2.2 Systémy řízení a zajišťování kvality.....	11
1.3 Akreditační řízení ve zdravotnických zařízeních prostřednictvím SAK ČR.....	14
1.3.1 Národní akreditační standardy pro nemocnice.....	15
1.3.2 Přínosy akreditace pro ošetrovatelství.....	22
1.4 Standardizace kvality ošetrovatelské péče.....	23
1.4.1 Osobnost sestry.....	24
1.4.2. Identifikace rizik ošetrovatelské péče.....	26
1.4.3. Indikátory kvality ošetrovatelské péče.....	28
1.4.4 Ošetrovatelské standardy.....	29
1.4.4.1 Historie vzniku ošetrovatelských standardů.....	29
1.4.4.2 Dělení ošetrovatelských standardů.....	30
1.4.4.3 Typy ošetrovatelských standardů.....	31
1.4.5 Metodika tvorby ošetrovatelských standardů.....	32
1.4.5.1 Tvorba standardu ošetrovatelského postupu.....	32
1.4.5.2 Tvorba standardu metodou DySSy.....	33
1.4.6 Ošetrovatelský audit.....	34
1.4.7 Sledování spokojenosti pacientů.....	35
1.4.8. Stanovení počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu.....	36
1.4.9 Dodržování protiepidemiologických opatření.....	37

1.4.9.1	Prevence nozokomiálních infekcí.....	37
1.4.9.2	Hygiena rukou.....	38
1.5	Standardizace ošetrovatelské péče o pacienta.....	39
1.5.1	Potřeby pacienta v souvislosti s ošetrovatelskou péčí.....	40
1.5.2	Ošetrovatelský proces v prostředí zdravotnického zařízení.....	40
1.5.3	Ošetrovatelská dokumentace.....	42
1.5.3.1	Zápisy sestry do ošetrovatelské dokumentace.....	43
1.5.3.2	Dokumentace kontinuity ošetrovatelské péče.....	44
1.5.3.3	Kontroly ošetrovatelské dokumentace.....	44
1.6	Standardizace edukace pacienta sestrou.....	45
1.6.1	Edukace.....	46
1.6.2	Edukační proces.....	47
2.	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	49
2.1	Cíle práce.....	49
2.2	Hypotézy.....	49
3.	METODIKA.....	50
3.1	Metodika sběru dat.....	50
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	38
4.	VÝSLEDKY.....	52
4.1	Výsledky dotazníkového šetření - popisná statistika (třídění prvního stupně).....	52
4.2	Výsledky dotazníkového šetření - popisná statistika (třídění druhého stupně).....	105
4.3	Výsledky ošetrovatelského auditu "Komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace".....	119
4.3.1	Audit uzavřené ošetrovatelské dokumentace.....	119
4.3.2	Audit otevřené ošetrovatelské dokumentace.....	122
5.	DISKUSE.....	125
6.	ZÁVĚR.....	143

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	145
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	150
9. PŘÍLOHY.....	151

Úvod

Standardizace ošetrovatelské péče je nedílnou součástí systému řízení kvality a nelze jí oddělit od standardizace všech ostatních oblastí potřebných pro kvalitní činnost zdravotnického zařízení. Standardy jsou prostředkem k neustálému zvyšování kvality ošetrovatelské péče, ale i její kontroly. Při přípravě na akreditační šetření je důležitá standardizace všech oblastí a nejen ošetrovatelské péče, tak aby vyhovovala národním akreditačním standardům SAK ČR, legislativním požadavkům a hlavně provozu a reálným možnostem každého zdravotnického zařízení, které se k akreditaci dobrovolně přihlásí.

Diplomová práce je tvořená praktickou a teoretickou částí. Teoretická část popisuje koncepci českého ošetrovatelství v souvislosti s kvalitou ošetrovatelské péče, definuje kvalitu jako takovou, mapuje systémy určené pro její zvyšování ve zdravotnických zařízeních, popisuje vznik ošetrovatelských standardů a charakterizuje národní akreditační standardy pro nemocnice. V praktické části jsem se zaměřila na výzkum v oblasti standardizace ošetrovatelské péče jako součástí přípravy na akreditační šetření.

Cílem práce je zmapovat úroveň standardizace ošetrovatelské péče jako součástí přípravy na akreditační šetření, zjistit, zda je ošetrovatelská péče v nemocnici realizována metodou ošetrovatelského procesu, zjistit, jestli je ošetrovatelská péče v nemocnici zajištěná řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací, zjistit, zda jsou u každého pacienta posouzeny potřeby edukace a zjistit, jestli si sestry uvědomují důležitost standardizace ošetrovatelské péče.

Toto téma jsem si vybrala, protože se mě osobně velmi dotýká. V rámci předakreditačního šetření SAK ČR v nemocnici, kde pracuji, vyvstal požadavek na důslednější sledování a plánování kontinuity kvality poskytované ošetrovatelské a celkově i zdravotní péče v rámci zdravotního zařízení. V současnosti teda pracuji jako auditor ošetrovatelské péče a přímo se podílím na zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Osobně jsem vytvořila několik standardů pro poskytování ošetrovatelské péče. Proces spojený s akreditačním šetřením a tím pádem i se zvyšováním kvality ošetrovatelské péče

nebyl jednoduchý a přístup sester na různých úrovních řízení se značně lišil. Ve způsobu jejich myšlení, ale došlo k výraznému posunu a přestaly považovat ošetrovatelské standardy za ztrátu času na úkor pacienta, ale spíš je berou jako zdroj informací a samé vybízejí k vypracování standardu z oblastí, o kterých se domnívají, že nejsou dostatečně zmapované. Ošetrovatelský audit, který je následně zaměřený na porovnání kvality ošetrovatelské péče s ošetrovatelským standardem jako minimální normou kvality ošetrovatelské péče už nepředstavuje „povinné zkoušení“, ale vzájemnou výměnu informací a zkušeností, často přináší i aktualizaci zavedených postupů, vzhledem k moderním požadavkům nebo výzkumům v oblasti ošetrovatelské péče. Všeobecná snaha zdravotního personálu naší nemocnice o neustálé zvyšování kvality ošetrovatelské péče byla odměněná v loňském roce udělením akreditačního certifikátu SAK ČR.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Koncepce českého ošetrovatelství

Ministerstvo zdravotnictví vydává metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče v lůžkových nebo ambulantních zdravotnických zařízeních, v sociálních zařízeních, ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin nebo skupin osob. Koncepce českého ošetrovatelství z roku 2004 vychází z Koncepce ošetrovatelství České republiky z roku 1998 a respektuje všechna doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, Mezinárodní rady sester, Mezinárodní rady porodních asistentek a Mezinárodní organizace práce, přičemž všechny tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetrovatelství a porodní asistence ve 21. století. Určuje perspektivu vývoje českého ošetrovatelství od pojetí ošetrovatelské péče zaměřené na plnění lékařských ordinací a zajištění základní ošetrovatelské péče, o náročnější a samostatnější práci sester orientovanou na podporu zdraví člověka a na uspokojování jeho potřeb. Současně ukazuje směr, kterým je potřebné pokračovat v transformaci vzdělávání ošetrovatelských pracovníků a zdůrazňuje nutnost zavedení ošetrovatelského procesu, společně s ošetrovatelskou dokumentací, jako základního metodického postupu sester při poskytování ošetrovatelské péče nemocnému nebo zdravému člověku, jeho rodině nebo komunitě. Vede sestry cestou zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů a stanovuje kritéria k jejímu hodnocení, současně navrhuje systém registrace sester. Systematická koncepce českého ošetrovatelství by se měla významně odrazit na zkvalitnění celkové ošetrovatelské péči v nemocniční a domácí ošetrovatelské péči, stejně tak i v terénní praxi na úseku prevence a výchovy ke zdraví (25).

1.1.1 Definice ošetrovatelství

Pojem ošetrovatelství může být vysvětlován jako odborná péče o nemocné. Ošetrovatelství by však mělo zahrnovat nejen odbornou péči o pacienty, ale také komplexní péči ve zdraví nebo nemoci a to o všechny věkové kategorie lidí. Ošetrovatelství nepředstavuje jenom praktické ošetrovatelské postupy, jde hlavně o složitý myšlenkový proces. Specifičnost ošetrovatelství spočívá ve skutečnosti, že se dotýká každého člověka od narození až do konce života. Právě proto plní jednu z nejrozsáhlejších úkolů zdravotní péče. Ošetrovatelství je moudrost, láska a pomoc. Aby mohlo plnit tyto tři nejhumánnější očekávání, musí intenzivně pracovat na své vlastní podstatě. Ošetrovatelství by mělo pomáhat nemocným i zdravým jedincům vykonávat činnosti prospívající zdraví, uzdravování nebo zajištění klidné smrti, které by vykonávali bez pomoci, kdyby měli potřebnou sílu nebo vědomosti. Stejně tak je úkolem sester pomáhat nemocným získat co nejrychleji soběstačnost. Ošetrovatelství je stejně tak humanitní věda, které schopnosti a praxe se zakládají na vědeckých poznacích. Ošetrovatelská praxe má nezávislé a kooperativní funkce, které napomáhají jedincům, skupinám a rodinám k dosažení optimálního biologického, sociálního, osobního a duchovního stavu. Ošetrovatelství se může rámcově označit i jako věda o uspokojování potřeb jedinců a skupin, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a podmínkám prostředí, přičemž toto označení zahrnuje v sobě nejen metaparadigmatické koncepce ošetrovatelství, ale taky jeho integrující zaměření na uspokojování potřeb. Ošetrovatelství je jednou z nejvíce rozšířených činností v lidské společnosti a zahrnuje široký rozsah a rozličný odborný stupeň činností (3).

Ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína, která je zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Je zaměřeno na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocných, zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství má významný podíl na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetrovatelství pomáhá jednotlivcům i rodinám při samostatném naplňování svých bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb. Vede

nemocného jedince k sebezpečí, edukuje jeho blízké v poskytování laické ošetrovatelské péče. Nemocným, kteří se o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči (25).

1.1.2 Cíle a charakteristické rysy moderního ošetrovatelství

Jedním z hlavních cílů ošetrovatelství je všestranně a systematicky uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví vhodnými metodami nebo potřeby vzniklé či jinak pozmeněné jeho onemocněním. K dosažení tohoto cíle sestra spolupracuje s lékaři a dalšími zdravotnickými a odbornými pracovníky. Cílem ošetrovatelství je tedy podpora a upevňování zdraví, podílení se na navrácení zdraví, zmírňování utrpení nemocného člověka a zajištění klidného umírání a důstojné smrti (10).

Moderní ošetrovatelství je charakterizováno poskytováním aktivní ošetrovatelské péče, která je prováděna tvůrčím způsobem, činorodě a se zájmem, přičemž je dominující vyhledávání a uspokojování potřeb nemocného člověka, jeho aktivizace a získání zájmu na uzdravení. Individualizovaná ošetrovatelská péče je založená na holistickém přístupu sestry k nemocnému a předpokládá stanovení a systematické uspokojování základních životních potřeb, což probíhá metodou ošetrovatelského procesu a poskytováním kvalitní ošetrovatelské péče na základě moderních vědeckých poznatků podložených výzkumem. Úspěšná holistická péče bere v úvahu interakci psychofyziologických potřeb a předpokládá, že každý nemocný člověk má zkušenost se stavem její nerovnováhy nebo s poruchou homeostázy. Moderní ošetrovatelství dále představuje preventivní charakter péče, kdy se primární prevence zabývá předcházením vzniku nemoci nebo jiného zdravotního problému prostřednictvím zdravotní výchovy, očkování, zlepšení výživy, zlepšení životního prostředí a přiměřené prenatální péče, sekundární prevence předcházením zhoršování soběstačnosti a závislosti člověka na jeho okolí a terciární prevence zabraňuje nebo snižuje rizika komplikací probíhajícího onemocnění pomocí správné a včasné ošetrovatelské péče. Poskytování víceúrovňové péče znamená poskytování péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků, když s rostoucí specializací medicíny

a ošetrovatelské péče se péče o nemocné stává záležitostí společně pracující skupiny zdravotníků, kteří jsou ve funkčně závislém postavení. Týmová práce předpokládá schopnost sestry spolupracovat s ostatními členy týmu a dovednosti v předávání informací o nemocných mezi členy týmu (10, 21, 25).

1.1.3 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče

V koncepci českého ošetrovatelství je zahrnuto i hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Kvalitní ošetrovatelská péče je v současnosti základním cílem moderního ošetrovatelství. Její kvalitu určují ošetrovatelské standardy, které současně stanovují její měřitelná kritéria. Vedoucím pracovníkům je dána povinnost kontrolovat a průběžně hodnotit probíhající ošetrovatelskou péči, stejně tak i zpětně hodnotit poskytnutou péči na základě studia ošetrovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů. Posuzováním a hodnocením úrovně kvality ošetrovatelské péče se zabývají i odborníci v ošetrovatelství v rámci soudního znaleství. Během poskytování ošetrovatelské péče jsou všichni zdravotničtí pracovníci povinni dodržovat Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařských profesí a Úmluvu o lidských právech a biomedicíně. Každá sestra by měla ale mít dostatek profesionální zodpovědnosti a sebereflexe, aby svojí prací přispěla ke zkvalitňování ošetrovatelské péče. Existuje rozdíl mezi posuzováním kvality technické a morální, přičemž v ošetrovatelství dominuje morální kvalita a základní ukazatel kvality představuje spokojenost s poskytovanými službami. Metodami hodnocení kvality ošetrovatelské péče jsou následně pozorování nemocného, rozhovory s ním, dotazníky spokojenosti pacientů nebo konfrontace ošetrovatelské dokumentace (10, 13).

1.2 Kvalita ve zdravotnickém zařízení

Kvalita nebo jakost se řadí mezi frekventované pojmy současnosti, je doslova skloňována ve všech pádech. Kvalita se buduje, zavádí, řídí a certifikuje. V minulosti byla definována především v technické sféře, nyní proniká do všech oblastí lidského konání, dalo by se konstatovat, že z kvality se stal hit až módní záležitost. Prožitek z kvality je zcela

subjektivní a jedinečný pro každého z nás a v tom tkví problém. Kvalita má dvě dimenze. První dimenzí je subjektivní stránka, která vyjadřuje jedince jako originální já, které je spokojeno s péčí. Druhou dimenzí je objektivní stránka, která představuje sledování určitých přesně nastavených a dohodnutých kritérií (4, 18, 41).

Kvalitu definovalo mnoho různých autorů, například Juran, Crosby, Freigenbaum nebo společnost ISO, kteří uvádějí, že kvalita nebo jakost je celkový soubor znaků entity, které ovlivňují schopnosti uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby nebo definují kvalitu jako způsobilost pro užití nebo uvádějí, že jakost je shoda s požadavky. Další tvrdí, že jakost je to, co za ni považuje zákazník nebo stupeň plnění požadavků souborem inherentních znaků. Množství definic jednotlivých autorů vycházejí z oblasti, na kterou se zaměřují. Jedním společným znakem, který je ve všech definicích znatelné, je zákazník a jeho požadavky na výrobek či službu, který je hlavním hodnotitelem kvality. Míra jeho hodnocení je subjektivní a ovlivněná demografickými, sociálními či biologickými faktory. Dalším subjektem, který vnáší požadavky na kvalitu, je společnost ve formě zákonů, nařízení a vyhlášek, které musí být bezpodmínečně plněné. Pro kvalitní výrobek či službu je nutné řídit kvalitu systémově a na všech úrovních. Můžeme následně mluvit o kvalitě či jakosti výrobku, služby, procesu, zdrojů a systému managementu (18).

1.2.1 Kvalita zdravotnických služeb

Světová zdravotnická organizace definovala v roce 1966 kvalitu zdravotní péče jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“ (18, str. 33). Donabedian zas definoval kvalitu zdravotní péče jako takový druh péče, při kterém můžeme očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu. Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je citlivým tématem, které kromě provozovatelů léčebné péče zajímá i širokou veřejnost. Rozeznáváme nejméně tři dimenze kvality zdravotních služeb. První dimenze je kvalita z hlediska pacienta, kdy za důležité charakteristiky kvality jsou považovány prevence zdravotních

problémů, schopnost diagnostikovat zdravotní problémy, účinek na tělesné, biologické, duševní a společenské funkce člověka, shoda mezi diagnózou, prognózou a léčbou, trvání léčby, dostupnost léčby, osobní interakce, úroveň obav a strachu ve vztahu k léčbě a informace použitelné pro řízení individuální zdravotní péče. Druhou dimenzí je kvalita služeb z hlediska profesionálního ošetřovatelství a třetí dimenzí je kvalita z hlediska řízení (5, 18).

1.2.2 Systémy řízení a zajišťování kvality

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je předmětem různých přístupů, které se snaží o vyhodnocování kvalitativní úrovně zdravotnických činností. Jedním ze základních systémů je systém neustálého zvyšování kvality TQM (Total Quality Management) v systému zdravotní péče, který je zaměřený na uživatele péče, týmovou spolupráci, odstranění profesionálních bariér a řízení lidských zdrojů. Hlavním cílem TQM je transformace celého systému zdravotní péče tak, aby služby, personál i všechny ostatní činnosti byly zaměřeny na uspokojování potřeb klientů. Ostatní přístupy můžeme rozdělit do čtyř základních systémů (18).

Prvním systémem jsou modely akreditačních standardů. Systémy managementu kvality musí splňovat podmínky vyhodnocování a dokumentování, k čemuž slouží především mezinárodní programy akreditací zdravotnických institucí. Akreditace představuje uznání oficiálně pověřenou autoritou, že je zdravotnické zařízení způsobilé k poskytování kvalitní zdravotní péče a má vytvořený funkční a účinný způsob pro posuzování a kontinuální zvyšování kvality poskytované péče. Cílem akreditace je standardizovat a zvyšovat kvalitu zdravotnické péče, ale sama akreditace a především příprava na ní, má hlavně vzdělávací, organizačně kultivační, standardizační a ověřovací charakter. Akreditační standardy jsou konstruovány tak, aby byly přínosem nejen pro zdravotnickou instituci, ale zejména pro pacienty a to hlavně v zaručení bezpečnosti a spokojenosti, předcházení chybám, zaměření se na potřeby pacientů. Směřují také ke měření různých kritérií. Velký význam pro hospitalizované pacienty má kvalita

ošetřovatelské péče. Při hodnocení její kvality se manažeři lůžkových oddělení zaměřují na to, jak je zajištěná péče o osobní hygienu nemocných, jestli jsou sestry dostupné pro pacienty v naléhavých případech okamžitě, jak je zajištěna prevence dekubitů a pádů, zejména u starších pacientů nebo u pacientů dlouhodobě upoutaných na lůžko. Dále se zaměřují na podávání léků, zda je přesně dle ordinace lékařů, jakým způsobem je zajištěné vhodné stravování pacientů a jejich pitný režim, jestli je čas zdravotních sester využíván k prospěchu nemocných, jestli je komunikace s pacienty adekvátní. Nezapomínají ani na správnou a dostatečnou dokumentaci, nebo jestli jsou sestry považovány za plnohodnotnou součást zdravotnických týmů a jejich poznatky plně respektovány. Důležitou součástí zvyšování kvality je rozvoj komunikace uvnitř zdravotnických týmů a rozvoj komunikace s pacienty (4).

Patří sem Spojená akreditační komise, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), organizace, která byla založena v USA a úroveň kvality zdravotnictví sleduje od roku 1951. V současnosti je největší akreditující organizací v USA a v rámci dobrovolného akreditačního procesu akredituje skoro 20 000 zařízení. Dceřinou společností je Joint Commission International (JCI), jejímž cílem je zvyšovat kvalitu péče v mezinárodním prostředí pomocí mezinárodní akreditace. Cílem projektu je pomocí standardů a indikátorů kvality vzniklých na základě mezinárodního konsenzu umožnit zdravotnickým zařízením, aby prokázala svou podporu kontinuálnímu zvyšování kvality. JCI vydala v roce 1999 mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic, které se týkají jednak potřeb pacienta, jednak funkce zdravotnického zařízení jako instituce (11, 45).

V posledních letech ale existuje hlavně v USA trend, že nemocnice od akreditací JCAHO ustupují. Důvodem je cena akreditace, její přínos pro nemocnici, ale hlavně neexistence žádné veřejné instituce, která by činnost komise kontrolovala a garantovala, že komise provádí svoji činnost odpovídajícím způsobem. Její činnost není dána žádnou zákonnou normou. Systém hodnocení JCAHO sice napomáhal zlepšování špatných nemocnic, ale nemotivoval dobré. Byl příliš byrokratický a zaměřený více na dokumentaci než na

procesy. Tento trend se v současnosti začíná měnit a důraz se klade na procesy a trvalé zlepšování kvality (18).

Akreditace je oficiální uznání, že subjekt akreditace, certifikační orgán je způsobilý provádět posuzování neboli certifikaci systému jakosti ve shodě s akreditačními požadavky norem EN řady 45 000. V širším měřítku to znamená, že subjekt může hodnotit někoho jiného a je oprávněný k posuzování. Ve zdravotnictví je termín akreditace vnímaný jinak. Spojená akreditační komise České republiky (SAK ČR) vznikla v roce 1998. Jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečnost zdravotní péče v České republice pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. Hlavními prostředky pro plnění cílů SAK ČR je vydávání národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky, pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, specifikace metodiky dle typů zdravotnických zařízení, poradenství, organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí zaměřených na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů, publikační činnost. Komise stanovila standardy, původně členěné do deseti oblastí a byly vydány jako metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví České republiky. Druhé vydání akreditačních standardů bylo zveřejněno v roce 2008, které vešly v platnost 1. 9. 2009. Největší nevýhodou je, že osvědčení vydané touto komisí má platnost pouze pro oblast zdravotnictví České republiky, což ale není zakotveno v žádné právní normě (18, 38).

Dalším systémem řízení a zajišťování kvality je Mezinárodní organizace pro normalizaci, International Organization for Standardization (ISO). ISO certifikace spočívá v posouzení, do jaké míry dokumentovaný a fakticky zavedený systém jakosti splňuje požadavky kritériální evropské normy. Certifikace se provádí nezávislou stranou akreditovanou certifikační organizací. Pro oblast zdravotnictví byla vypracovaná modifikace ISO 9001:2000 a jejím cílem byla snaha pomoci v rozvoji základního systému managementu kvality ve zdravotnických zařízeních. Modifikace pro zdravotnictví byla diskutována v roce 2001 v Detroitu (18).

Mezi modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů patří Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví, The International Society for Quality in Health Care (ISQua), která pracuje v oblasti rozvoje kvality ve zdravotnictví. Členy této organizace jsou téměř v sedmdesáti zemích. ISQua vznikla v roce 1985 během setkání odborníků ve zdravotnictví v Italském městě Adine. Dceřinou společností ISQua je Agenda pro vedení programů akreditace zdravotní péče, Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation (Alpha). Organizace pomáhá jednotlivým zemím vytvořit nebo zlepšit jejich vlastní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení (9).

Posledním systémem k zajištění a řízení kvality jsou Modely excellence neboli světové ceny za kvalitu. Od roku 1995, kdy byl zveřejněn návrh kritérií pro hodnocení primární zdravotní péče, se mohou ke kritériím národní ceny za jakost přihlašovat kromě průmyslových podniků i zdravotnická zařízení. Účelem národní ceny je podporovat uvědomění významu kvality a jejího zlepšování pro národní ekonomiku, rozpoznání a zveřejnění těch organizací, které zlepšení dosáhly a předávání informací o způsobu řízení. Cena Malcolm Baldrige se uděluje v USA, udělování ceny v Evropě je v začátcích. Evropská nadace, European Foundation for Quality Management (EFQM) pro řízení kvality byla založená v roce 1998 a jejím posláním je povzbuzovat evropské instituce k dosažení vysokého stupně spokojenosti jejich zákazníků i zaměstnanců a podporovat postupy, které vnímají kvalitu jako zásadní faktor k dosažení konkurenčních výhod. EFQM poskytuje strategickou osnovu a kritéria pro řízení organizace (2, 18).

1.3 Akreditační řízení ve zdravotnických zařízeních prostřednictvím SAK ČR

Akreditace je dobrovolný proces přinášející zdravotnickému zařízení standardy, jejichž zavedení a realizace zajišťuje zlepšení kvality a je zárukou pro pacienty, že nemocnice splňuje základní požadavky na kvalitu. Organizace, která o akreditaci požádá, dává do souladu své vlastní standardy s akreditačními standardy SAK ČR. Inspekční komise pak zkoumá organizaci asi 2 – 3 dny, hovoří se zaměstnanci i pacienty, sleduje činnosti, srovnává realitu s platnými směrnici, při vyhovění všem požadavkům národních

akreditačních standardů vydá organizaci akreditační certifikát (Příloha 6). V současnosti, ke konci měsíce květen 2010, je v systému SAK ČR akreditováno 41 zdravotnických zařízení. Obvykle je certifikát propůjčován na tři roky. Ještě před uplynutím tohoto období, musí zdravotnické zařízení, pokud má zájem, opět požádat o přezkoumání a prokázat kontinuální zlepšování kvality. Aby byl certifikát SAK ČR udělen, musí vyhovět akreditačním standardům všechny auditované části organizace. Jestliže nevyhoví byť i jedna část, není akreditace udělena celé instituci (20, 41).

Pro zdravotnická zařízení představuje akreditace vyrovnávání rozdílů mezi jednotlivými organizacemi prostřednictvím jednotných standardů a současně zlepšování kvality a kontinuity péče. Pro pacienty je certifikát zárukou, že zdravotnické zařízení poskytuje kvalitní zdravotní péči, je schopné zajistit bezpečnou péči o pacienty a dobré pracovní podmínky pro zaměstnance. Výhody, které jsou důležité pro plátce, představují jistotu, že finanční prostředky vyplacené za péči pro jejich klienty jsou investovány v organizaci, která má měřitelné a prokazatelné standardy poskytování služeb. V řadě zemí je právě proto získání akreditace podmínkou k uzavření smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. V České republice je zatím akreditace pouze dobrovolný proces a nijak nepodmiňuje smluvní vztah s jakoukoli zdravotní pojišťovnou. Pro komunitu nebo obec je akreditace zárukou, že zdravotnické zařízení sloužící jejich občanům, poskytuje vysoce kvalitní zdravotní péči (4, 41).

1.3.1 Národní akreditační standardy pro nemocnice

Aktualizované Národní akreditační standardy pro nemocnice Spojené akreditační komise ČR vyšly v červnu 2008 s účinností od 1. 9. 2009 a přinášejí zdravotnickým zařízením moderní a efektivní nástroj ke zvyšování kvality a bezpečné poskytování ošetrovatelské péče. Celkový počet z původních padesáti standardů se zvýšil na 74 a vyšší je i počet indikátorů jednotlivých standardů. Změna je způsobená snahou o upřesnění požadavků na některé oblasti upravované akreditačními standardy, ale také zařazením nových oblastí, jejichž hodnocení v souladu se zahraničními zkušenostmi vede ke zvyšování kvality

a bezpečí při poskytování zdravotní péče. Nové oblasti se týkají kontinuity poskytované péče a edukace pacientů. Standardy jsou rozčleněny v deseti oblastech (30).

První oblast se týká standardy pro řízení kvality a bezpečí a zahrnují standardy č. 1 až č. 7. Standard č. 1 stanovuje skutečnost, že v nemocnici je zaveden program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, standard č. 2 definuje program zvyšování kvality, když určuje, že program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb je plánovaný a rozšířený do celé nemocnice, ve standardu č. 3 je dané, že v nemocnici probíhá interní auditní činnost, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby, ve standardu č. 4 se určuje že v nemocnici probíhá sběr dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb, standard č. 5 je zaměřený na sledování nežádoucích událostí, když definuje, že v nemocnici je zaveden účinný proces sledování mimořádných (nežádoucích událostí), systém sledování spokojenosti pacientů a účinný proces řešení stížností, který je v nemocnici zavedený, řeší standard č. 6, ve standardu č. 7 se uvádí, že nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování účinnosti standardních doporučených diagnostických, léčebných, ošetrovatelských a dalších postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.

Druhý okruh národních akreditačních standardů SAK ČR zahrnuje standardy diagnostické péče, které jsou označené č. 8 – č. 16. Ve standardu č. 8 je dáno, že příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetrovatelské, psychologické a sociální potřeby každého pacienta v časovém intervalu stanoveném vnitřním předpisem, a to v míře odpovídající charakteru oddělení, standard č. 9 definuje skutečnost, že každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vstupní ošetrovatelské vyšetření ošetřující sestrou do 24 hodin po přijetí, standard č. 10 se věnuje příjmovému vyšetření a to tak, že určuje, že každý hospitalizovaný pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření, v rozsahu anamnézy a fyzikálního vyšetření, ošetřujícím lékařem do 24 hodin po přijetí, standard č. 11 se týká ambulantní péče, když stanovuje, že každý pacient v ambulantní péči bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vyšetření, a to anamnézu a fyzikální vyšetření, v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem, zdravotnickou

dokumentací se zaobírá standard č. 12 a definuje, že nemocnice určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace pro všechny obory, ve standardu č. 13 se stanovuje, že nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů, standard č. 14 říká, že každý pacient bude vyšetřen lékařem nejméně jedenkrát denně se zápisem do dokumentace, předávání pacienta mezi kvalifikovaným personálem řeší standard č. 15 a to tak, když definuje, že každé předání pacienta bude provedeno kvalifikovanou sestrou, kvalifikované sestře. Při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným pracovníkem, kvalifikovanému pracovníkovi, ve standardu č. 16 se uvádí, že pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestezii, má provedeno předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny a v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice nebo oddělení.

Třetí okruh národních akreditačních standardů je zaměřený na standardy péče o pacienty, patří sem standardy označené č. 17 – č. 34. Ve standardu č. 17 je stanoveno, že pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče, standard č. 18 definuje, že v dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikríza s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení, standard č. 19 se věnuje ošetrovatelské péči, když stanovuje, že ošetrovatelská péče se v nemocnici poskytuje metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací, standard č. 20 určuje, že u každého pacienta jsou během anestézie a po ní monitorovány základní vitální funkce a to v rozsahu určeném pro příslušné oddělení, standard č. 21 je zaměřený na operační protokol a stanovuje, že operační protokol je vypsán bez zbytečného odkladu po operaci, obsahuje jméno operátora, asistenta, nálezy, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu, Standard č. 22 definuje, že pooperační dokumentace u pacientů obsahuje informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci, včetně podaných infuzí, o aplikaci krve a krevních derivátů a všech komplikacích a jiných závažných okolnostech,

na léčiva je zaměřený standard č. 23, když stanovuje, že nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při objednávání, skladování a likvidaci léčiv, nutnost písemně vypracované metodiku upravující podávání léků u hospitalizovaných pacientů je vyjádřena ve standardu č. 24, který dále říká, že v nemocnici je vypracovaná metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léky, ve standardu č. 25 je obsažený požadavek, že v dokumentaci pacienta jsou zaznamenána předepsaná a podaná léčiva, standard č. 26 definuje, že nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při použití bezplatných vzorků léčiv a užívání jakýchkoliv léčiv donesených do nemocnice pacienty nebo jejich blízkými, standard č. 27 stanovuje, že nemocnice specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy. Personál je školený k podávání léčiv a užívání přístrojů a pomůcek neodkladné péče. Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně jedenkrát týdně a o provedené kontrole následně učiní zápis, standard č. 28 určuje, že nemocnice má vypracován standard podávání stravy pacientům. Strava pro pacienty se podává jen bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným nutričním terapeutem a také standard č. 29, když stanovuje, že na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a podávání stravy a výživových produktů, standard č. 30 definuje, že personál připravující stravu pro pacienty je zaškolen. Každý pacient dostává jídlo podle svých potřeb a standard č. 31 říká, že jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, odpovídají dietě stanovené lékařem a jsou bezpečně skladovány, ve standardu č. 32 se určuje, že zdravotní stav personálu v kuchyni se sleduje podle platných předpisů, standard č. 33 definuje, že organizace a dostupnost laboratorních služeb odpovídá potřebám pacientů a požadavkům národní legislativy, podzákonných norem a národních či nemocničních odborných standardů a standard č. 34 určuje, že organizace a dostupnost radiodiagnostických služeb a zobrazovacích vyšetření odpovídá potřebám pacientů a požadavkům národní legislativy, podzákonných norem a národních či nemocničních odborných standardů.

Čtvrtou oblastí národních akreditačních standardů SAK ČR jsou standardy kontinuity zdravotní péče, označené č. 35 – č. 40. Standard č. 35 určuje, že nemocnice stanoví a realizuje postup pro zajištění kontinuity péče pacientům a pro zajištění koordinace činnosti zdravotnických pracovníků, standard č. 36 definuje, že při poskytování zdravotní péče nemocnice odstraňuje mechanické, jazykové, kulturní a ostatní bariéry bránící dostupnosti zdravotní péče či jejímu vlastnímu poskytování, standard č. 37 zas určuje, že při propouštění či při zajišťování další péče jsou pacienti, případně jejich blízcí srozumitelným způsobem informováni, ve standardu č. 38 se definuje, že všichni propouštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou, která je předběžná nebo definitivní, jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány vnitřním předpisem, ve standardu č. 39 je učeno, že zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi mezi nemocnicemi, je před transportem stabilizován. Když jsou pacienti překládáni do jiného zařízení, pak s potvrzením tohoto zařízení, že pacienta přijme; toto potvrzení bude zajištěno ještě před vlastním transportem, kde výjimku tvoří případy bezprostředního nebezpečí z prodlení. Dokumentace musí být jednoznačná a musí obsahovat popis, jak a proč se pacient do nemocnice dostal a co bylo obsahem nemocniční péče, případná doporučení pro přebírajícího lékaře, odhad prognózy s předpokladem kvality života pacienta a ve standardu č. 40 se stanovuje, že nemocnice spolupracuje s ambulantními zdravotnickými zařízeními, s lékaři primární péče, agenturami domácí péče s cílem zajistit svým pacientům včas a správně další péči.

Pátým okruhem jsou standardy dodržování práv pacientů, označené od č. 41 – č. 45. Kde se ve standardu č. 41 definuje skutečnost, že každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace, ve standardu č. 42 se určuje, že informovaný souhlas pacientů se odebírá v souladu s postupem, který nemocnice stanoví vnitřním předpisem. Informovaný souhlas s pacienty sepisuje příslušně způsobilý pracovník, standard č. 43 stanovuje, že pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a o poskytovatelích zdravotní péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na

rozhodování o poskytované péči, standard č. 44 se věnuje edukaci pacienta, když říká, že u každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace a standard č. 45 určuje, že imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR.

Šestým okruhem národních akreditačních standardů SAK ČR jsou standardy dodržování práv pacientů, které jsou zařazené od standardu č. 46 – č. 51. Standard č. 46 definuje, že vedení nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, a to národní a oborovou legislativu, standard č. 47 stanovuje, že nemocnice je uspořádána ve shodě s příslušnými stavebními a hygienickými předpisy Českých technických norem (ČSN) a registruje seznam provozů, které aktuálním normám nevyhovují, ve standardu č. 48 se určuje, že v nemocnici se pravidelně kontroluje dodržování stavu protipožární ochrany v souladu příslušnou legislativou, standard č. 49 zas stanovuje, že personál je seznámen s řešením požárních a jiných havarijních situací v nemocnici, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány včetně praktického nácviku, ve standardu č. 50 se říká, že nemocnice má náhradní elektrický zdroj minimálně pro operační sály a jednotky intenzivní péče, standard č. 51 stanovuje, že nemocnice stanoví vnitřním předpisem plán preventivních prohlídek zdravotnické techniky, kde plán musí být v souladu s platnou legislativou.

Sedmá oblast národních akreditačních standardů je věnovaná standardům managementu, které jsou číslované od čísla 52 – 56. Standard č. 52 hovoří, že ředitel nemocnice vydává organizační řád, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení, standard č. 53 určuje, že každé oddělení nemocnice má písemně zpracované spektrum péče poskytované pacientům, standard č. 54 definuje, že každý vedoucí oddělení nebo kliniky dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality a rozvoj spolupráce a kooperace s jinými odděleními, ve standardu č. 55 se stanovuje, že vedení nemocnice a personál jsou seznámeni s posláním, cíli a se strategií

řízení organizace, standard č. 56 určuje, že vedení nemocnice má stanovenou metodiku zapracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů organizace.

Osmá oblast národních akreditačních standardů se zaobírá standardy z oblasti řízení lidských zdrojů, jsou zařazené od standardu č. 57 – č. 63. Standard č. 57 stanovuje, že vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky, standard č. 58 určuje, že nemocnice vede pro každého pracovníka osobní spis, který obsahuje důležité informace o jeho dosažené kvalifikaci a další informace požadované zákonem a podzákonnými normami, ve standardu č. 59 je definováno, že povinnosti každého pracovníka nemocnice jsou stanoveny v platné náplni práce, standard č. 60 stanovuje, že všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni dle potřeb nemocnice a s ohledem na jejich specifickou pracovní náplň, standard č. 61 určuje, že všichni pracovníci nemocnice, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanovenou aktuální spektrum svých kompetencí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny, standard č. 62 definuje, že nemocnice má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci pro všechna pracoviště včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek a standard č. 63 stanovuje, že nemocnice sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.

Devátý okruh národních akreditačních standardů se týká Standardů pro sběr a zpracování informací, které jsou označené číslem od 64 – 69. Standard č. 64 stanovuje, že nemocnice shromažďují informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro NZIS, standard č. 65 definuje, že zdravotnická dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby, standard č. 66 určuje, že nemocnice eviduje včasnost vyhotovení definitivní propouštěcí zprávy. Všechny předběžné propouštěcí zprávy budou vyhotoveny v čase propuštění. Vyhotovení definitivních propouštěcích zpráv bude provedeno nejpozději do deseti dnů po propuštění, ve standardu č. 67 se určuje, že nemocnice provádí kontrolu zdravotnické dokumentace včetně úplnosti

a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv, standard č. 68 definuje, že nemocnice zachovává důvěrnost informací a jejich utajení a standard č. 69 stanovuje, že nemocnice zajistí zabezpečení informací včetně integrity dat.

Desátý okruh národních akreditačních standardů, zahrnující standard č. 70 – 74, se věnuje protiepidemiologickým opatřením, když standard č. 70 určuje, že nemocnice má vytvořen a zaveden do praxe koordinační proces k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik nozokomiálních infekcí pacientů a profesionálních infekcí personálu, standard č. 71 definuje, že v nemocnici se dodržuje hygiena rukou, standard č. 72 stanovuje, že nemocnice dodržuje hygienické požadavky pro příjem a ošetřování fyzických osob do zdravotnického zařízení, standard č. 73 určuje, že nemocnice stanoví metody a postupy spojené s rizikem infekcí a určí jednotný postup pro hygienicko-epidemiologicky významné situace za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i personál a standard č. 74 definuje, že nemocnice provádí školení personálu v oblasti hygienicko-epidemiologické problematiky (30, 38).

1.3.2 Přínosy akreditace pro ošetrovatelství

Sestry se účastní celého procesu akreditace jako rovnocenné partnerky lékařů a manažerů, což představuje významný posun v českém zdravotnictví. Akreditace představuje zlepšení kvality ošetrovatelské péče a ošetrovatelské dokumentace na všech odděleních zdravotnického zařízení, snižuje se variabilita v pracovních a ošetrovatelských postupech. Proces akreditace napomáhá i k vytvoření bezpečnějšího prostředí pro sestry i pacienty. Dochází k efektivnějšímu využívání zdrojů, překonání „provozní slepoty“. Zlepšují se vztahy mezi jednotlivými členy multidisciplinárního týmu a tím i snížení fluktuace na pracovišti. Budování organizační kultury, ve které existuje dimenze osobní odpovědnosti za kvalitu a efektivitu práce. Nemaleým přínosem akreditace je i lepší image zdravotnických pracovníků (4, 41).

Standardizace ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních předpokládá vzájemnou propojenost se standardizací lékařské péče, standardizací řízení kvality

a bezpečí, standardizací diagnostické péče, standardizací veškeré péče o pacienty, standardizací kontinuity zdravotní péče, standardizací dodržování práv pacientů, standardizací podmínek poskytované péče, standardizací managementu, standardizací řízení lidských zdrojů, standardizací pro sběr a zpracování informací a standardizací protiepidemiologických opatření. Všechny standardy vydává zdravotnické zařízení jako celek v rámci přípravy na akreditační řízení a podílí se na nich odborníci různých profesí a pracovního zařazení. Při jejich tvorbě vychází z národních akreditačních standardů SAK ČR a to tak, aby splňovaly indikátory kvality uvedené v popisu každého ze 74 akreditačních standardů. Na ošetrovatelském personálu a nejen na něm, je pak stanovené standardy beze zbytku dodržovat, pracovat podle nich a řídit se jimi. Za ošetrovatelské standardy pak lze považovat standardy ošetrovatelské péče, které určují míru minimální péče o pacienta prostřednictvím ošetrovatelského procesu, se záznamem v ošetrovatelské a lékařské dokumentaci pacienta, za předpokladu řádné informovanosti pacienta, kdy je ošetrovatelská péče poskytována vzdělaným, kvalitním, plně kompetentním a proškoleným ošetrovatelským personálem, který se při práci řídí standardy pracovních postupů a dodržuje všechny zásady bezpečnosti a opatření stanovené legislativou v kvalitním zdravotnickém zařízení, které splňuje všechny požadavky potřebné k udělení akreditace SAK ČR. Při přípravě na akreditační šetření je důležitá standardizace všech oblastí a nejen ošetrovatelské péče, tak aby vyhovovala národním akreditačním standardům SAK ČR, legislativním požadavkům a hlavně provozu a reálným možnostem každého zdravotnického zařízení, které se k akreditaci dobrovolně přihlásí. Standardizace ošetrovatelské péče nelze oddělit od standardizace všech ostatních oblastí potřebných pro kvalitní činnost zdravotnického zařízení. Standardizaci ošetrovatelské péče jsme se snažili logicky rozčlenit na tři hlavní okruhy, kterým se budeme věnovat podrobněji v následujícím textu (30).

1.4 Standardizace kvality ošetrovatelské péče

Kvalita ošetrovatelské péče může být chápána jako celkové zkvalitňování ošetrovatelské péče a v tomto smyslu má následně zlepšování kvality ošetrovatelské péče stejný význam

jako zlepšování ošetrovatelské péče. Kvalita ošetrovatelské péče je shoda mezi poskytovanou ošetrovatelskou péčí a existujícími kritérii optimální péče.

Docenění významu ošetrovatelské péče v komplexní péči o pacienta musí být součástí procesu zvyšování kvality zdravotní péče. Kvalitní ošetrovatelská péče je poskytována v zemi i konkrétním zařízení, kde existuje jasná koncepce ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče o pacienta je poskytovaná formou ošetrovatelského procesu a je odvozená od potřeb pacienta. Práce ošetrovatelského personálu je týmová, ošetrovatelský personál je dobře motivován a odborně připraven, stanovuje si jasné cíle a vždy dodržuje profesionální etický kodex. Poskytovaná ošetrovatelská péče musí být vědecky podložená. Do ošetrovatelské péče jsou aktivně zapojováni pacienti a existuje účinná meziodborová spolupráce. Kvalita ošetrovatelské péče může být posuzována v závislosti na tom, kdo hodnocení provádí. Lékař hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče podle způsobu zajištění diagnosticko-terapeutického plánu pacienta. Pacient používá především subjektivní kritéria. Kvalitu ošetrovatelské péče posuzuje podle míry uspokojování svých základních potřeb v době nemoci, podle míry profesionální citlivosti a všímavosti sester k jeho potřebám nebo podle aktivity a jednání sester, jejich úpravy zevnějšku, případně kultivovanosti projevu. Sestra ohodnotí kvalitu vlastní práce a ošetrovatelské péče podle koncepce ošetrovatelství představující koncepci ošetrovatelského procesu a individualizovanou péči o pacienta, se kterou se ztotožnila a tím pádem jsou její kritéria kvality mnohem širší. Pracovníci managementu na všech úrovních usilují o stanovení takových kritérií, které jim umožní objektivně zhodnotit a kontrolovat kvalitu ošetrovatelské péče, případně srovnávat jednotlivá pracoviště mezi sebou (10, 25).

1.4.1 Osobnost sestry

Kvalitní ošetrovatelská péče o pacienta je poskytována za předpokladu, že sestra má teoretické znalosti, praktickou zručnost a je seznámená s moderními trendy v ošetrovatelství v evropském i celosvětovém měřítku, což je věcí základního i dalšího vzdělávání sestry nejen institucionálního charakteru, ale i prostřednictvím odborných

společností, profesních organizací nebo přístupností odborné literatury. Sestra by měla mít praktické dovednosti jak manuální tak i komunikační, aby uměla i prakticky využít svoje teoretické znalosti. Při realizaci tohoto požadavku je možné využít odborné stáže, ale pro úspěch může být užitečné i pracoviště sestry a přístupnost managementu na různých stupních řízení. Sestra by měla znát a řídit se Etickým kodexem zdravotnických pracovníků nelékařských profesí, základním etickým pravidlem je, že zdravotnický pracovník nelékařských oborů při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení, dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicině, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí, dále je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti. Současně poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů a při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své, dále je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány, vede pečlivě a pravdivě povinnou zdravotnickou dokumentaci, chrání ji před zneužitím a znehodnocením, aktivně si prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a zároveň je dodržuje. Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví. Sestra by měla být dostatečně motivovaná k lepším výkonům a měla by využít všech svých schopností a postojů ve prospěch pacienta a jeho rodiny. Tato skutečnost je podmíněná osobními vlastnostmi sestry, ale do určité míry je ovlivněna i dobrou organizací práce, vhodnými podmínkami pro aktivní práci a finančním ohodnocením. K poskytování kvalitní ošetrovatelské péče musí mít sestra vytvořené podmínky, aby mohla kvalitní péči poskytnout (8, 26).

1.4.2. Identifikace rizik ošetrovatelské péče

Pojem riziko je ve zdravotnictví spojeno s úsilím globálního zdravotnictví zajistit bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče a tím i její kvalitu. Rizika ošetrovatelské péče vycházejí taky ze systémových a osobních důvodů pochybení a omylů ošetrovatelského personálu. Můžeme sem zařadit nedostatečnou orientaci nových sester, nedostatečnou nebo nevhodnou komunikaci, nedostatečnou informovanost sester, nedostatečnou supervizi, špatně zajištěné bezpečí pro pacienta nebo nepozornost v důsledku narušení soustředěnosti. Ze studií pochybení v ošetrovatelské péči vyplývá, že nejzávažnějšími pochybeními jsou medikační omyly, které tvoří více než 19 % ze všech pochybení ošetrovatelského personálu, dále neposkytnutí důležité péče včas nebo provádění procedur bez dostatečných znalostí či dovedností. Vysoké procento pochybení sester, vycházející z výzkumů, poukazuje na souvislost pochybení u sester a závažnou újmu na zdraví u mnoha pacientů, končící někdy i smrtí. Počet medikačních omylů má stoupající tendenci i vzhledem k počtu pacientů, o které sestra musí pečovat, s obložeností daného oddělení, s únavou a počtem odpracovaných přesčasových hodin. Spolupráce manažera rizik s ošetrovacím týmem by měla být zaměřená na vytvoření takového systému ošetrovatelské péče, který je odolný vůči zátěži a chybám. Zaměření se na rychlou nápravu při výskytu pochybení, důsledné sledování pochybení a minimalizace následků pochybení. Úlohou sestry manažerky na oddělení je důležitá a nepostrádatelná, nese zodpovědnost za spektrum aktivit spojených s kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péčí. Když sestra nevykonává zodpovědně některou ze svých funkcí, která zahrnuje především výběr kompetentního a spolehlivého personálu, výchovu tohoto personálu ve smyslu schopnosti poskytovat kvalitní a bezpečnou péči, řízení provozu na oddělení a koordinaci ošetrovatelského personálu a kontinuální monitorování a hodnocení kvalifikace, výkonu a kompetencí ošetrovatelského personálu, riziko incidentů úměrně narůstá. Hlášení a prevence nežádoucích událostí je součástí programu řízení rizik. Výzkumy poukazují na skutečnost, že ve vyspělých zemích je ve zdravotnických zařízeních identifikováno jenom 5 – 30 % všech nežádoucích událostí. Důsledné monitorování nežádoucích událostí pomáhá identifikovat problémy, které se

často opakují, a které mohou ovlivnit kvalitu a bezpečí poskytované péče. Rychlé předání formuláře nežádoucích událostí napomáhá k rychlému vyhodnocení situace z hlediska možného soudního sporu. Důvodem k nenahlášení nežádoucí události mohou být obavy z možného soudního postihu, strach z potrestání, falešná hrdost, solidarita, nedostatek času na administrativu a nepochopení toho, jak může efektivní hlášení pomoci při zlepšování bezpečnosti a péče na oddělení. V moderním ošetřovatelství představuje hlášení nežádoucích událostí důležitý výukový prvek a zpětnou vazbu sloužící ke korektivním opatřením v systému. Cílem procesu není hledání viníka a jeho následné potrestání, ale hlavně úsilí každého člena ošetřovatelského týmu o nápravu vadných procesů a systémů. Nežádoucí nebo mimořádnou událostí se nazývá kterákoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby, výkonu nebo vyšetření. Řadíme sem také ošetřovatelské intervence, které neproběhly podle plánovaných postupů, standardů nebo směrnic ošetřovatelské péče. Nežádoucí události, které neohrožily nebo nepoškodily zdraví pacienta, by měly být kvalifikované jako incident. Způsob klasifikace nežádoucích událostí není zatím v České republice standardizována, proto má každé zdravotnické zařízení možnost vytvoření svého vlastního systému, případně využít systém, který nabízí například SAK ČR. Po rozhodnutí pro konkrétní klasifikaci jí musí závazně zanést do vnitřní směrnice. Každý zaměstnanec, který se stane svědkem nežádoucí události nebo je v ní implikován, je v rámci svých kompetencí a v případě, že to situace vyžaduje, povinen poskytnout okamžitou pomoc a následně událost okamžitě nahlásit nadřízenému pracovníkovi. Odpovědný pracovník oddělení je následně povinen iniciovat tři základní akce. Zajistit postiženému optimální péči a minimalizovat škody. Veškeré úsilí musí být směřované k zajištění optimální lékařské a ošetřovatelské péče. Minimalizace škod zahrnuje mimo jiné i diplomatické úsilí managementu oddělení s cílem zabránit poškození pověsti zdravotnického zařízení. Druhá část iniciativy je zaměřená na správné vyplnění formuláře „Hlášení mimořádné respektive nežádoucí události“, která musí být standardizována v rámci zdravotnického zařízení (Příloha 5). Zajištění důkazu, bezpečné uchování jakékoli zdravotnické techniky, pomůcek, materiálů, které mohly být příčinou

nebo přispívajícím faktorem nežádoucí události, je třetí fází hlášení nežádoucí události, kdy je důležité zjistit její skutečnou příčinu. Důležitá oblast řízení a prevence rizik je ošetrovací jednotka, kde pacient stráví většinu času své hospitalizace. Proto musí mít ošetrovatelský personál vytvořený systém rizik, který musí dobře znát a na jeho základě tak předcházet rizikům a ohrožení stavu pacienta během hospitalizace, což je prevencí proti poškození či zhoršení jeho zdravotního stavu. Můžeme sem zahrnout především riziko pádu a dekubitů, riziko nutričního deficitu, riziko alergické reakce a další (40, 42, 49, 51).

1.4.3. Indikátory kvality ošetrovatelské péče

Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria. Donabedian jako první použil při měření kvality tři základní pojmy. Prvek představuje základní údaj, kterého množina dovoluje popsat jako poruchu zdraví nebo kvalitu poskytované péče. Kritériem je jasně definovaný prvek nemoci nebo péče, který popisuje strukturu, proces nebo výsledek a má specifický vztah ke kvalitě a kdy můžeme definovat kritérium strukturální, procesová a výsledková. Pojem „kritérium“ je v současné době nahrazován pojmem „indikátor kvality“. Třetím základním pojmem je standard. Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria. Musí být smysluplná. Indikátor představuje kvantitu, která nám něco říká o kvalitě a jeho výsledkem je vždy číslo. Můžou se zaměřovat na negativní nebo pozitivní jevy, na lékaře, sestru, proces, klinickou událost nebo systém. Výsledek indikátoru musí být zasazen do numerického kontextu, který umožní srovnání, protože bez kontextu zůstává indikátor pouhým statistickým údajem a ne nástrojem zvyšování kvality péče. Vždy je důležité mít na paměti, že indikátory kvality nejsou neomylné. Mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče můžeme zařadit personální obsazení a kvalifikační strukturu sester pracujících v nemocnici, prevalenci dekubitů, sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou a zdravotní péčí, hlášení nežádoucích událostí, pádů nebo katetrálních infekcí (4, 5, 41, 48).

1.4.4 Ošetrovatelské standardy

Ve vyspělých zemích je samozřejmostí, že pacienti a plátcí pojišťovny očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby. Navíc se od nich očekává, že budou schopni kdykoliv předložit důkazy o kvalitě jimi poskytované péče. Z těchto důvodů je pro činnost zdravotnických zařízení strategicky důležité používání systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality a efektivity poskytované péče. Zdravotnictví, vzhledem ke své komplexnosti, vyžaduje standardizaci v daleko větší míře než průmysl. Standard podle Donabediana znamená přesně popsanou kvalitativní nebo kvantitativní úroveň kritéria péče, která je v daném okamžiku či době považována za výraz dobré kvality péče. Standard představuje autoritativní stanovení minimální úrovně přijatelného provedení péče nebo jejího výsledku, vynikající úroveň poskytnutí péče nebo jejího výsledku a celkový rozsah přijatelné úrovně poskytnuté péče nebo jejího výsledku. Ošetrovatelský standard je dohodnutá profesní norma a určuje nutnou, nezbytnou a základní normu potřebnou pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Znamená tedy vodítko, podle kterého můžeme hodnotit, jestli ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni (5, 10, 14).

1.4.4.1 Historie vzniku ošetrovatelských standardů

Standardy zapadají do širšího procesu řízení kvality ošetrovatelské péče. První náznak standardů sestavila již v roce 1860 Florence Nightingalová a uveřejnila je ve své knize „Notes on Nursing“. Byly zaměřené na kvalitu prostředí, prevenci infekcí a sledování efektivity ošetrovatelské péče a inspirované péčí o vojáky během krymské války. Systematicky se standardizací zdravotní péče začal zabývat profesor Avedis Donabedian z Ann Arbor v USA. První ošetrovatelské standardy vznikli v 70. letech 20. století jako odezva zdravotnických pracovníků na vyhlášení první Charty práv v nemocnicích. Standardy, vypracované Komisí pro ošetrovatelské služby Americké asociace sester (ANA), určovaly správnou zdravotnickou praxi a konkretizovaly péči, na kterou měli pacienti právo. Každá země při tvorbě standardů vychází z vlastních podmínek, ale pro

všechny státy s vyspělým ošetrovatelstvom jsou společné obecné normy pro poskytování individualizované ošetrovatelské péče cílené na uspokojování potřeb nemocného a prováděné prostřednictvím ošetrovatelského procesu, spojené se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Tyto standardy slouží jako obecný návod, který se soustřeďuje na důležité úkoly, které jsou sestřám svěřené. Soubory profesních standardů slouží k usnadnění kontroly ošetrovatelské praxe. Jednotlivé organizace prostřednictvím standardů ošetrovatelské péče tato očekávání upravují nebo detailněji propracovávají. V České republice bylo pověřeno přípravou podkladů pro proces tvorby standardů odborné zdravotní péče Odborné fórum pro tvorbu standardů, které bylo ustanoveno v roce 2008 jako poradní orgán Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven (6, 32, 53).

1.4.4.2 Dělení ošetrovatelských standardů

Ošetrovatelské standardy můžeme rozdělit na dva druhy. Centrální standardy vydává ministerstvo zdravotnictví jako zákonné nebo podzákonné normy ve formě vyhlášek a nařízení nebo jako rámcové standardy sloužící jako podklady pro tvorbu lokálních standardů. Zpravidla se neoznačují termínem „standard“, ale určují zásadní cíle oboru, strukturální a procesní kritéria pro jeho realizaci. Lokální standardy jsou zpracované a přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení nebo na konkrétním pracovišti. Vycházejí z doporučení rámcových standardů a nikdy nesmí být v rozporu s centrálními standardy. Každý pracovník by měl být s lokálními standardy seznámen a následně se písemně zavázat v rámci pracovní smlouvy k jejich dodržování. Do vytváření lokálních standardů by měly být zapojené sestry na všech úrovních, dochází tak nejen k jejich profesnímu rozvoji, ale je patrná i větší ochota řídit se jimi v praxi. Každé zdravotnické zařízení je povinno písemně vypracovat a přijmout vlastní ošetrovatelské standardy, které vycházejí z rámcových standardů doporučených samostatným oddělením ošetrovatelské péče Ministerstva zdravotnictví České republiky a respektovat podmínky jednotlivých pracovišť. Tyto standardy jsou pak pro zdravotnické zařízení závazné a zajišťují kvalitu ošetrovatelské péče současně s možností jejího objektivního hodnocení a měření (4, 10, 41).

1.4.4.3 Typy ošetrovatelských standardů

Standardy výkonu ošetrovatelské profese určují kategorie ošetrovatelského personálu a vymezují podmínky opravňující k výkonu povolání. Určují kompetence a rámcové pracovní náplně jednotlivých kategorií pracovníků. Jsou tvořené legislativními normami. Patří sem také Etický kodex sester určující morální a etické normy sester při výkonu jejich povolání.

Standardy ošetrovatelské péče se zaměřují na realizaci ošetrovatelského procesu v konkrétních podmínkách pracoviště. Vycházejí z koncepce ošetrovatelství a určují kvalitu ošetrovatelské péče. Jsou vytvořené pro všechny ošetrovatelské výkony.

Standardy ošetrovatelské dokumentace určují základní typy ošetrovatelské dokumentace, kterou je nutné vést, a kterou vydává zdravotnické zařízení. Nejčastěji to bývá plán ošetrovatelské péče nebo ošetrovatelský záznam, ale oddělení může používat i jinou ošetrovatelskou dokumentaci.

Standardy jsou normou pro vybavení určitého pracoviště z hlediska dosažení optimální kvality ošetrovatelské péče. Standardy vydává zdravotnické zařízení na základě rámcových standardů ministerstva zdravotnictví.

Standardy personálního obsazení různých typů pracovišť stanovují normu pro vybavení pracoviště ošetrovatelským personálem z hlediska počtu a složení a to tak, aby bylo možné zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči. Standardy respektují zvláštnosti ošetřování nemocných v jednotlivých klinických oborech a nemohou být vydávány centrálně.

Standardy pracovních postupů vypracovávají jednotlivá zdravotnická pracoviště a při jejich tvorbě vycházejí ze základních standardů uvedených v odborných učebnicích s přihlédnutím ke zvláštnostem jednotlivých pracovišť.

Standardy pro vzdělávání ošetrovatelských pracovníků jsou dané legislativními normami, vycházejí z potřeb státu a jsou vydávány na národní úrovni. Vyhláška MZ 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnost zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (10, 13, 15).

1.4.5 Metodika tvorby ošetrovatelských standardů

Každý standard musí přesně vymezovat požadovanou normu, což je určité minimum kvality, která musí být zajištěna. Cílem je nikdy neposkytovat služby pod míru stanovenou standardem, protože by mohlo dojít k ohrožení bezpečnosti nebo zdraví pacienta. Vytvoření standardu je prvním krokem ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče, ale také jenom jednou činností z celého cyklu aktivit při řízení a zlepšování kvality ošetrovatelské péče (10).

Vytváření standardů je náročný úkol a vyžaduje dostatek času. Následně po určení a inventarizaci konkrétních problémů je ustanovená ve zdravotnickém zařízení skupina pro tvorbu ošetrovatelských standardů, v jejímž čele stojí koordinátor, který si vybírá spolupracovníky a zodpovídá za práci celé skupiny. Skupinu by měly tvořit aktivní a změnám nakloněné sestry, porodní asistentky případně jiný zdravotničtí pracovníci z různých oborů. Všichni členové týmu by měli být proškoleni a seznámeni s metodikou tvorby a významem standardů. Na standardu může pracovat více členů skupiny nebo každý člen skupiny může vypracovat svůj konkrétní standard. Samozřejmostí je důkladné obeznámení s odbornou literaturou a spolupráce s pracovníky klinických oborů, kterých se bude standard dotýkat. Pokud standard projde odsouhlasením ve skupině a managementem, je předložen sestrám do praxe. V prvním kroku se posoudí, jestli se standardem sestry souhlasí, jestli odpovídá vědeckým poznatkům a je reálný. Ošetrovatelský standard prochází pilotní studií. Tato fáze je velmi důležitá, protože se ověřuje využitelnost standardu a pracovníci, kteří s ním přicházejí do kontaktu, mají možnost podávat připomínky, žádat úpravu nebo vyjádřit své požadavky, které potřebují k tomu, aby podle standardů mohli skutečně pracovat. Podle získaných připomínek a námětů je možné ošetrovatelský standard upravit do konečné podoby, která bude brána jako oficiální a závazná. Finální standard je možné revidovat obvykle v intervalu 1- 3 roky (34).

1.4.5.1 Tvorba standardu ošetrovatelského postupu

Správně vytvořený standard ošetrovatelské péče obsahuje 7 částí (Příloha 4). První část obsahuje zaměření, které určuje jaké oblasti ošetrovatelství nebo ošetrovatelské péče se

standard konkrétně týká. Obvykle je vyjádřeno v názvu standardu. Následuje míra závaznosti, která vymezuje kompetence pro koho je standard určený a kdo je povinný se jím řídit. Dalším bodem je určený cíl nebo výsledek, který vyjádří požadovanou výslednou kvalitu. Má být jasný, reálný, srozumitelný a měřitelný. Následující výčet kritérií, které vedou k zajištění cíle standardu, a které rozlišujeme na strukturální, procesuální a výsledkovou. Další částí standardu ošetrovatelského postupu je kontrolní mechanismus, který bude určovat osobu oprávněnou kontrolovat, frekvenci kontrol, případně sankce při nedodržení standardu. Důležité je určení způsobu hodnocení nebo měření dosažené kvality. V poslední části se uvádí autor standardu a použité zdroje literatury (4, 10, 41).

1.4.5.2 Tvorba standardu metodou DySSSy

Metodu DySSSy neboli dynamický systém sestavování standardů (Dynamic Standard Setting System) vyvinula profesorka Alison Kitsonová z Royal College. Patří mezi nejčastěji využívanou metodu při tvorbě lokálních ošetrovatelských standardů. V České republice se problematikou tvorby standardů DySSSy nejdéle zabývá, a to od roku 1995 Fakultní nemocnice v Plzni.

Prvním krokem je vytvoření komise pro sestavování standardů, stanovení oblasti sledované péče, hlavního tématu standardu a další klasifikace témat, kategorizaci standardu a dalších kontrolních mechanismů. Je potřebné stanovit si cíle a požadovanou úroveň kvality.

Ve druhém kroku se specifikují strukturální kritéria, označovaná písmenem „S“, přičemž S1 stanoví teoretické znalosti sester, S2 praktické dovednosti sester, S3 potřebné pomůcky a S4 ošetrovatelskou dokumentaci. Procesuální kritéria označovaná písmenem „P“ řeší odpověď na otázku: „Co je nutné udělat, aby bylo stanovených cílů dosaženo?“ Od otázky se odvíjí i počet procesuálních kritérií označovaných „P1, P2“. Výsledková kritéria jsou odpovědí na otázku: „Které kvality musí splňovat výsledek?“ a ve standardu je rozlišíme písmenem „V1, V2“.

Třetím krokem je ověřování přijatelnosti připraveného standardu pro sestry a to metodami diskuse v pracovním kolektivu, kde každý z členů dostane prostor pro svůj názor, připomínky nebo nové návrhy řešení problému.

Čtvrtý krok představuje vyzkoušení navrženého standardu v praxi a vyhodnocení jeho osvědčení. Veškeré nedostatky a slabiny zjištěné v době ověřování se musí v konečném znění standardu opravit nebo doplnit.

Pátým krokem se definitivní verze nově vypracovaného standardu přijme jako závazná pro zdravotnické zařízení. Standard se jasně vyznačí a zařadí do systému a archivace standardů.

Šestý krok představuje vyhlášení platnosti standardu a měl by splňovat tzv. RUMBA pravidlo, kde písmeno „R“ znamená „relevant“ čili odpovídající, „U“ znamená „understandable“ čili pochopitelný, „M“ je označení pro „measurable“ čili měřitelný, „B“ znamená „behaviourable“ nebo akceschopný a „A“ znamená „achievable“ čili dosažitelný.

Sedmý krok tvorby standardů představuje vypracování schématu kontrol a hodnocení prostřednictvím auditu. Doporučuje se hodnotit všechna kritéria, k čemuž je vhodné sestavit kontrolní list.

Osmý krok představuje pravidelnou kontrolu a aktualizaci standardu.

Správně vytvořený ošetrovatelský standard má být jasně a srozumitelně formulován, měl by odpovídat potřebám a možnostem příslušného zdravotnického zařízení a cíle standardu musí být jasné, dosažitelné a reálné (31).

1.4.6 Ošetrovatelský audit

Ošetrovatelský interní audit představuje vyhodnocení ošetrovatelských postupů a praxe, s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Je založený na standardech ošetrovatelské péče a sleduje, jak dalece se ošetrovatelský proces s nimi shoduje, řídí nebo rozchází. Cílem ošetrovatelského auditu není nikdy hledání chyb nebo udělování disciplinárních opatření. Jde o nalezení slabých míst v systému a jejich rychlou nápravu. Jednou z hlavních podmínek úspěchu ošetrovatelského auditu je ochota oddělení realizovat potřebné změny. Účelem ošetrovatelského auditu je odůvodnění nákladů na personální a materiální zdroje,

průběžné nebo zpětné sledování a hodnocení kvality a efektivity ošetrovatelské péče. Neméně důležitá je podpora kritického myšlení směřující u sester k analýze vlastní práce a skutečných potřeb pacienta. Metodami ošetrovatelského auditu pak je zejména pozorování sestry při práci, kontrola ošetrovatelské dokumentace, sběr statistických údajů, dotazování pacientů na spokojenost s využívanými ošetrovatelskými službami, zjišťování, jak je ošetrovatelská péče o pacienta hodnocena spolupracovníky a současně jak sestra hodnotí svoji práci, dále sledování předávání nemocných a služeb mezi sestrami, měření účinnosti ošetrovatelské péče, zjišťování, jak je ošetrovatelská péče hodnocena zvenčí a provádění inspekčních kontrol zástupci ministerstva zdravotnictví (4, 10, 41).

1.4.7 Sledování spokojenosti pacientů

Zdravotní péče je služba. A kvalita služby se nejčastěji měří dotazováním dostatečného množství uživatelů této služby, jak jsou s ní spokojeni. Nejen ve zdravotnictví platí, že spokojenost klientů je důležitým ukazatelem kvality poskytované služby. Není to jistě jediný zdroj informací o kvalitě, který bychom měli mít k dispozici, ale určitě patří k těm nejdůležitějším a veřejnosti nejsrozumitelnějším. Spokojený pacient se léčí rychleji a růst spokojenosti pacientů tak podporuje zkracování pracovní neschopnosti a tím i růst výkonnosti ekonomiky. Zvyšování kvality zdravotní péče a spokojenosti pacientů je proto zájmem státu, zdravotních pojišťoven a politické reprezentace také z důvodů ekonomických. Nejčastěji používaná metoda pro sledování spokojenosti pacientů je dotazníkové šetření, které slouží k hromadnému získání informací. Dotazník používá otevřené otázky, které umožňují respondentovi vyjádřit se vlastními slovy a uzavřené otázky nabízející volbu mezi možnostmi, kde existuje možnost využití škálování položek. Z metodologického hlediska je klíčovým faktorem kvalita dotazníku, která se hodnotí podle toho, zda dotazník splňuje kritéria reliability a validity. Dotazník by měl být jednoduchý, vstřícný ke klientovi, snadno aplikovatelný a ne příliš dlouhý. Všechny otázky musí být formulované srozumitelné, stručně, jasně, jednoznačně, přičemž tato formulace nesmí být sugestivní a zbytečně se překrývající, současně pořadí položek má mít obsahovou logiku.

Od 1. 1. 2006 je na základě příkazu ministra zdravotnictví č. 52/ 2005, ve znění pozdějších předpisů, stanovena jednotná metodika sledování spokojenosti hospitalizovaných pacientů, závazná pro všechny nemocnice přímo řízené MZ ČR. Její součástí je dotazník sestavený a vyzkoušený společností STEM/MARK, který umožní srovnání kvality péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních (1, 32).

1.4.8. Stanovení počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu

Počty ošetrovatelského personálu úzce souvisí s kvalitou a jedním z hlavních úkolů managementu je optimální rozmístování pracovníků v rámci zařízení a oddělení. Metodika kvantifikace ošetrovatelské péče, které respektují specifika českého ošetrovatelství, je obsažená ve Vyhlášce č. 472/2009 Sb., ze dne 18. prosince 2009, kterou se mění Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Podkladem pro stanovení metody byly závěry grantového úkolu IGA MZ ČR č. 3192-3, jehož výsledkem byla „Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče“ a grantového úkolu IGA MZ ČR č. NR/7960, jehož výsledkem bylo stanovení průměrné časové hodnoty ošetrovatelské péče na 1 pacienta za 24 hodin. Na základě výsledků obou grantů byla zpracována tato přímá metoda jednoduchého výpočtu ošetrovatelského personálu. Metoda dále umožňuje stanovit standard personálního vybavení standardních ošetrovacích jednotek pro dospělé a jeho naplněním vytvořit časové podmínky pro provádění kvalitní ošetrovatelské péče. Propočet potřebného počtu ošetrovatelského personálu lze aplikovat na jakoukoliv organizační jednotku, oddělení, nemocnici. Metoda byla zveřejněna v roce 1996. Výpočty diferencují náročnost ošetrovatelské péče na jednotlivých pracovištích a dokazují, že stanovení poměru sester k lůžku není nejvhodnější metodou. Základní ošetrovatelská péče má uvedené časové hodnoty ve čtyřech kategoriích podle soběstačnosti pacientů a speciální ošetrovatelská péče má bodové ohodnocení jednotlivých činností ošetrovatelské péče a stanovenou časovou hodnotu jednoho bodu 2,5 minuty. Spojením obou částí vznikla kombinovaná metoda

a jejím použitím lze stanovit jak ošetrovatelskou zátěž, tak i potřebu ošetrovatelského personálu (26, 32).

1.4.9 Dodržování protiepidemiologických opatření

V rámci kvality ošetrovatelské péče je důležité dodržovat protiepidemiologická opatření, jejichž cílem je obecně snížení výskytu infekčních onemocnění na minimální hodnoty a trvalé udržení příznivé situace s konečným cílem eliminace nákazy dodržováním všech hygienických požadavků při příjmu a ošetrování nemocných, při odběru biologického materiálu, dezinfekci, sterilizaci a antisepsi rukou a pokožky. Protiepidemiologická opatření mají charakter preventivních opatření, vždy s cílem předejít vzniku infekčního onemocnění a represivních opatření, kterých cílem je potlačit výskyt a zabránit šíření již vzniklé infekce. Na preventivních protiepidemiologických opatřeních v zdravotnických zařízeních, která jsou zaměřená proti vzniku nákazy, se uplatňují účinná hygienická opatření jako vstupní filtr, dezinfekční postupy a sterilizační metody, vytváření aseptického prostředí operačních sálů nebo klimatizace ovzduší, hygienické zásady stravovacího provozu a likvidace odpadu. Jednoznačně pozitivní efekt přináší v rámci preventivních opatření aktivní a pasivní imunizace, realizace čehož je ale v případě mnoha pacientů až nereálná. Tato preventivní protiepidemiologická opatření jsou prováděna jako součást běžných režimových opatření a taky na pracovištích s vyšším rizikem vzniku infekce. Dodržování protiepidemiologických opatření je dáno i legislativně a to prostřednictvím Zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů a Vyhlášky č. 195/2005 Sb., která upravuje podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na ZZ a ústavy sociální péče, ve znění pozdějších předpisů (24).

1.4.9.1 Prevence nozokomiálních infekcí

Nozokomiální nákaza vzniká vždy v souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení a postihuje pacienty. Pro určení nozokomiální nákazy není důležité místo, kde je nákaza

zjištěná, ale rozhodující je místo přenosu původce nákazy. Proto sem zařazujeme i nákazy, které se projevily po přeložení, propuštění pacienta nebo po ukončení jeho léčby. Zásady režimových opatření jsou součástí provozního řádu každého pracoviště, kde jsou specifikované pracovní postupy při příjmu a ošetřování pacientů, především dezinfekční postupy a sterilizační metody uplatňované v prevenci nozokomiálních nákaz. Řídí se jimi všichni pracovníci na konkrétních pracovištích, a to tak, že při vyšetřování a péči o pacienty mají zdravotničtí pracovníci povinnost dodržovat hygienické zásady a osvojit si znalosti, které se týkají hygienických a bezpečnostních předpisů, vycházejících z platných vyhlášek a zákonů. Ošetřování a péče o pacienty vyžaduje bariérovou ošetrovací techniku, která se musí zásadně používat na jednotkách intenzivní a neodkladné péče, kdy má pacient pro svojí potřebu přidělené individuální pomůcky, teploměr, mísy a další pomůcky, které musí být po celou dobu léčení pro každého pacienta totožné nebo jsou využívané pomůcky na jedno použití (24, 43).

1.4.9.2 Hygiena rukou

Čistota rukou vyžaduje trvalou péči. Porušení kožní bariéry, ragádám nebo mikrotraumatům je možné zabránit přiměřeným kosmetickým ošetřením. Péče o čistotu rukou patří do komplexu návyků zdravého chování a ve zdravotnických zařízeních hraje nespornou roli jako jedna z prvních bariér při přenosu nozokomiálních infekcí, proto je nutné věnovat hygieně rukou zvýšenou pozornost. K vyšetřování nebo fyzickému kontaktu s pacientem by se mělo přistupovat až po omytí rukou. K utírání používat jenom jednorázový materiál. Po rizikových výkonech u osob s infekčním onemocněním nebo po manipulaci s biologickým materiálem nebo použitým prádlem se musí provést i dezinfekce rukou (24).

Ministerstvo zdravotnictví ČR ve Věstníku MZ, částka 9, z 9. září 2005, ve znění pozdějších předpisů, vydalo platný metodický pokyn, kde stanoví zásady osobní hygieny, péče o ruce a jejich bezpečnou přípravu ke zdravotnickým úkonům v rámci ošetrovatelské

a léčebné péče o pacienty, přesně definuje dílčí postupy při mytí a dezinfekci rukou a uvedené postupy standardizuje.

Mechanické mytí rukou můžeme charakterizovat jako součástí osobní hygieny, když se jedná se o mechanické odstranění nečistoty a částečně i přechodné mikroflóry z pokožky rukou. Provádí se před a po běžném kontaktu s pacientem nebo fyzikálním vyšetření pacienta, po sejmutí rukavic vždy, když jsou ruce viditelně znečištěné, před manipulací s jídlem a léky, nebo před jídlem a kouřením a samozřejmě po použití toalety. Mechanické mytí rukou před chirurgickou dezinfekcí rukou spočívá v mechanickém odstranění nečistoty a částečně přechodné mikroflóry z pokožky rukou a předloktí před chirurgickou dezinfekcí a provádí se před zahájením operačního programu. Hygienická dezinfekce rukou redukuje množství přechodné mikroflóry z pokožky rukou s cílem přerušování cesty přenosu mikroorganismů. Pak se provádí jako součást bariérové ošetrovatelské techniky, součást hygienického filtru, po náhodné kontaminaci rukou biologickým materiálem nebo v případě protržení rukavic během výkonu. Hygienická dezinfekce rukou je při běžném kontaktu mezi ošetřováním jednotlivých pacientů vhodnější než mechanické mytí rukou. Chirurgická dezinfekce rukou redukuje množství přechodné i trvalé mikroflóry na pokožce rukou a předloktí a provádí se před zahájením operačního programu, mezi jednotlivými operacemi a při porušení celistvosti nebo výměně rukavic během operace. Hygienické mytí rukou znamená odstranění nečistoty a snížení množství přechodné mikroflóry na pokožce rukou mycími přípravky s dezinfekční přísadou. Je účinnější než mechanické mytí rukou ale méně účinné než hygienická dezinfekce rukou a provádí se při přípravě a výdeji pokrmů a při osobní hygieně, přičemž není vhodné pro rutinní používání ve zdravotnictví. A doporučuje se používat při ošetřování osob v ústavech sociální péče nebo v domácí péči (19, 22, 24).

1.5 Standardizace ošetrovatelské péče o pacienta

Ošetrovatelská péče o pacienta ve zdravotnických zařízeních, které se přihlásí k akreditačnímu šetření, probíhá na základě identifikace potřeb pacienta, formou ošetrovatelského procesu a se zápisem v ošetrovatelské dokumentaci (30).

1.5.1 Potřeby pacienta v souvislosti s ošetrovatelskou péčí

Potřeba je projevem nedostatku nebo chybění něčeho, kterého odstranění je žádoucí. Potřeba vede k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, případně k vyhýbání se určité podmínce. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého člověka jinak. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvantity i kvality. Podle teorie potřeby podle Maslowa, potřeby na jedné úrovni je nutné uspokojit dříve, než se začnou uspokojovat potřeby na následující úrovni. Sestry napomáhají pacientům v uspokojování fyziologických a psychických potřeb, s postupem uzdravování klesá potřeba jejich pomoci, dále narušené mezilidské vztahy, především k příbuzným a blízkým. Sestra pomáhá při navazování zdravých způsobů uspokojování potřeb. Narušená sebekoncepce oslabuje schopnost uspokojit základní potřeby a také schopnost uvědomování si, jestli byly uspokojené nebo nikoli. Dalším důležitým faktorem je vývojové stádium člověka a dosažení vývojové role a okolnosti, za kterých nemoc vznikla. Poznatky o potřebách člověka pomáhají sestřím především v pochopení sebe sama, aby mohli uspokojovat své osobní potřeby. Přes pochopení potřeb jiných lidí mohou sestry lépe pochopit jejich chování. Odkrytí příčin určitého chování pomáhá sestřím k jejich větší objektivitě. Poznatky o základních potřebách mohou poskytnout rámec pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci u jednotlivců i rodin. Potřeby lidí mohou také sloužit jako rámec pro posuzování pacienta, řazení problémů do priorit a plánování ošetrovatelských zásahů. Sestra může znalost lidských potřeb využívat na pomoc lidem v jejich vývoji a růstu. Někdy lidé o svých potřebách buď vůbec nevědí, nebo jejich dostatečně neznají. Sestra může často pomoci pacientovi k seberealizaci i tak, že mu pomůže najít smysl v nemoci, kterou trpí (46, 55).

1.5.2 Ošetrovatelský proces v prostředí zdravotnického zařízení

Ošetrovatelský proces je komplexní výkon ošetrovatelské činnosti s důrazem, co nejvíce přihlížet na individuální potřeby nemocného, řešit jeho problémy nebo jim předcházet. Samotný proces představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřené na dosažení

určitého výsledku a tyto ošetrovatelské činnosti umožňují, aby sestra samostatně zvolila co nejvhodnější způsob péče, dosáhla stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého pacient dosáhl za jejího přispění. V České republice se do ošetrovatelské praxe zavádí pětifázový proces, který je také nejčastěji uváděný v evropské literatuře. Zaměřením ošetrovatelského procesu je sběr dat a jejich zhodnocení nebo posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení dosažených stanovených cílů. Než se sestra rozhodne pro nejvhodnější způsob ošetřování, musí být o pacientovi co nejlépe informována, a to nejen z hlediska jeho aktuálního stavu, ale i z hlediska vývoje včetně sociální situace nebo charakteristiky jeho osobnosti ve vztahu k jeho zdraví a nemoci. K okamžitému zahájení ošetrovatelské péče tedy sestra potřebuje zjistit identifikační údaje o pacientovi, jeho současný zdravotní stav a podrobné anamnestické údaje (35, 44).

Pro objektivní zhodnocení aktuálního stavu nemocného využívá sestra, kromě měření fyziologických funkcí různé další měřicí techniky, které pomáhají relativně objektivně změřit riziko vzniku dekubitů, stupeň soběstačnosti, stupeň bolesti, psychický stav, poruchy paměti, riziko respiračních komplikací. Posouzení potřeb pacienta a písemné sestavení plánu ošetrovatelské péče je v akreditačních standardech SAK ČR opatřený časovou hranicí 24 hodin, která musí být dodržena. Ošetrovatelský plán je přehledem, co nemocný potřebuje, jaká péče mu má být vzhledem k jeho zdravotnímu stavu poskytována. Písemně se zaznamenává skutečné provedení jednotlivých výkonů, spolu s poznámkou o úspěšnosti poskytnuté ošetrovatelské péče. Stručný a přehledný ošetrovatelský plán je mnohem účelnější než plán, který sestřám zabere víc času než samotné ošetřování pacienta. Ošetrovatelský plán není cílem sesterského snažení, ale pouze podkladem k jeho realizaci. Plán ošetrovatelské péče se sestavuje na základě analýzy získaných informací, kde se zařadí aktuální i potencionální problémy pacienta, kterým je nutné věnovat pozornost z hlediska zajištění celkové kvality péče a vyloučení možných rizik zhoršujících pacientův zdravotní stav. Ošetrovatelský plán vždy obsahuje stanovené ošetrovatelské diagnózy, očekávané výsledky čili cíle, kterých by mělo být dosaženo ošetrovatelskými intervencemi. Dále ošetrovatelské intervence, kterých je potřeba k dosažení cílů u jednotlivých

ošetřovatelských diagnóz a vyhodnocení, kde se stručně zaznamenává dosažený výsledek (16, 29, 36, 47).

1.5.3 Ošetřovatelská dokumentace

Vedení ošetřovatelské dokumentace je dáno Vyhláškou č. 385/2006 Sb., ze dne 21. července 2006 o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

Ošetřovatelská činnost je dokumentována v tiskopisech nebo formulářích a zaznamenává proces tvorby ošetřovatelského plánu a jeho plnění. Prostřednictvím kvalitní ošetřovatelské dokumentace se může sledovat onemocnění pacienta z pohledu sester. Ošetřovatelská dokumentace a lékařská dokumentace jsou součástí jednotné zdravotnické dokumentace. Ošetřovatelská dokumentace slouží k zajištění kontinuity ošetřovatelské péče, což znamená předávání informací v týmu, který ošetřovatelskou péči poskytuje. Dále je důležitá jako doklad, že ošetřovatelská péče byla poskytována dle ordinace, že poskytovaná péče byla správná vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta nebo že ošetřovatelská péče byla poskytována v souladu se stanovenými postupy lege artis a tím i dle ošetřovatelských standardů. Může sloužit i jako podkladový materiál pro vědu, výzkum v ošetřovatelské péči. Ošetřovatelská péče je prováděna podle ordinace ošetřujícího lékaře a podle rozhodnutí sestry, která ošetřovatelskou péči poskytuje. Ošetřovatelská dokumentace dokládá, že ji sestra provedla správně, v určeném čase a způsobem, jak bylo ordinováno. Ošetřovatelská, potažmo i zdravotnická dokumentace obsahuje osobní údaje pacienta v rozsahu, který je nezbytný pro identifikaci pacienta a tím i zjištění anamnézy. Dále informace o onemocnění pacienta, průběhu a výsledku vyšetření nebo dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování ošetřovatelské a zdravotní péče. K identifikaci nemocného slouží křestní jméno, příjmení, rodné číslo, případně datum narození a bydliště, přičemž každá samostatná část ošetřovatelské i zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje nemocného v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a také označení zdravotnické organizace, které ji vyhotovilo. U každého zápisu je nutné uvést datum, kdy byl zápis vyhotoven (39, 50, 52).

1.5.3.1 Zápisy sestry do ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace, stejně jako dokumentace lékařská, aby plnila svoji funkci a odpovídala platným předpisům a legislativě, musí být vedená průkazně, pravdivě a čitelně. Kromě pravdivosti údajů je zápis vždy opatřen datem a časem, spolu s podpisem a jmenovkou osoby, která zápis provedla. Čitelnost, srozumitelnost a použití českého jazyka spolu s věcností, jednoduchostí a stručností patří k dalším zásadám při jejím vedení. Ošetrovatelská dokumentace musí být pravidelně doplňovaná, bez zbytečných zkratek a vždy dostupná. Zápisy od sestry do ošetrovatelské dokumentace se provádějí během pracovní směny a při ukončení směny. Mají obsahovat důvod vyhledání péče nebo jiné informace, které pacient či člen rodiny sestře sdělí, faktické a měřitelné údaje, jako jsou pozorovatelné příznaky a symptomy, životní funkce nebo laboratorní hodnoty, závěry založené na subjektivních a objektivních údajích, které jsou formulované jako problém pacienta čili ošetrovatelské diagnózy, dále plán zmírnění problému pacienta včetně krátkodobých a dlouhodobých intervencí, které sestra přijala k dosažení očekávaných výsledků, analýza účinnosti těchto intervencí nebo změna plánu ošetrovatelské péče. Kromě zápisů do ošetrovatelské dokumentace sestra provádí zápisy i do lékařské dokumentace a to hlavně při záznamech plnění ordinací lékaře v medikačním listu, který je součástí chorobopisu každého pacienta a je hlavním dokumentem o podávání léků. Na prvním místě je seznámení se zásadami a postupy zdravotnického zařízení při zápisu ordinací a záznamu o podávání léků a jejich dodržování. Všechny pokyny ohledně léků vždy obsahují celé jméno pacienta, datum a název léku, dávkování, způsob podávání a frekvenci. Po podání léčiva je nutné označení splnění ordinace celým jménem a podpisem a to ihned po podání. Samotný ošetrovatelský postup při podávání léků se dále řídí příslušným standardem, který dále upravuje způsob podávání léků, správnou manipulaci s léčivem, vytvoření podmínek k podávání a další náležitosti (12, 52).

1.5.3.2 Dokumentace kontinuity ošetrovatelské péče

K tomu, aby dokumentace sloužila také pro zachování kontinuity poskytované ošetrovatelské péče, dokazují především záznamy při propouštění nebo překládání pacienta. Sestra do dokumentace uvádí datum a čas překlada, spolu s názvem oddělení, na které je pacient předán. Zaznamenává, že obdržela ordinaci o překlada, popíše stav pacienta v době překlada spolu s popisem životních funkcí, incizí, ran, kanyl nebo přístrojů, které pacient má. Popisuje významné události týkající se pacienta, jakých cílů se u něj dosáhlo nebo nedosáhlo. Důležité je poučení pacienta v souvislosti s překladem formou vysvětlení. Některá zařízení mohou k záznamům všech informací používat překládovou zprávu. Formulář nemá obsahovat doporučení příslušící výhradně lékaři, údaje, které jsou vágní nebo duplicitní. Současně nemá obsahovat připomínky pacienta k poskytované ošetrovatelské péči, stravování nebo úklidu, což by následně odpovídalo charakteru stížnosti. Sestra vždy předává pacienta pouze kvalifikovanému pracovníkovi a písemně to potvrdí otiskem razítka a svým podpisem, stejně tak sestra nebo kvalifikovaný pracovník přebírající pacienta (12, 50, 52).

1.5.3.3 Kontroly ošetrovatelské dokumentace

Význam ošetrovatelské a lékařské dokumentace dokládá oprávnění provádět pravidelné kontroly zápisů do zdravotnické dokumentace a současně i požadavky na odstranění zjištěných závad. Kontrolu provádějí vedoucí zaměstnanci, což vyplývá z jejich povinností organizovat, řídit, kontrolovat a posuzovat práci podřízených stanovených zákoníkem práce nebo osoby pověřené kontrolou zdravotnické dokumentace. Z tohoto ustanovení pak vyplývá oprávnění a povinnost vrchní i staniční sestry kontrolovat formální a obsahovou stránku vedení ošetrovatelské dokumentace a podle výsledků kontroly přijímat nápravná opatření. Kontrola ošetrovatelské dokumentace má být zahrnutá v náplni práce vrchní a staniční sestry. Také primář oddělení je oprávněn kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci, přičemž ošetřující lékař pacienta může vznášet oprávněné námitky, pokud jde o obsahovou stránku konkrétního zápisu u pacienta, kterého má v péči. Nepřísluší mu však

kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci jako celek. Primář, stejně jako vrchní sestra, může povinnost kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci přenést na jinou osobu. Je vhodné, aby termíny kontrol zdravotnické dokumentace byly uvedeny v plánu činnosti vedoucích pracovníků, především staniční, vrchní či hlavní sestry a primáře oddělení. Zápis o provedené kontrole uschovává vrchní nebo staniční sestra ve své dokumentaci o oddělení nebo stanici. Kontrola ošetrovatelské dokumentace musí obsahovat stránku formální zahrnující čitelnost, úpravu, identifikaci záznamu, provádění oprav, tak i věcnost a obsah záznamu. Při jejich kontrolách je vždy nutné porovnávat záznamy v ošetrovatelské a lékařské dokumentaci (50, 52).

1.6 Standardizace edukace pacienta sestrou

Informovanost pacienta o způsobu poskytování ošetrovatelské péče vychází z Kodexu práv pacienta, kterého česká verze byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů, zveřejněných v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod. Definitivní verze byla formulována 25. 12. 1992. Ve formě, jak je prezentován, Kodex pacientů není sám o sobě právně vymahatelný. Pacient má právo na náležitou informaci o svém zdravotním stavu a získání od svého ošetrujícího personálu potřebných údajů k tomu, aby byl schopen před zahájením dalšího nového diagnostického nebo terapeutického výkonu se rozhodnout, jestli s ním souhlasí. Kromě případů akutního ohrožení zdraví má být náležitě informovaný i o rizicích, která jsou s postupem spojená. Informace má být podána srozumitelnou formou a zdravotník se musí přesvědčit, že rozhovor je vnímán s důvěrou. Pacient má také právo znát jména osob, které se účastní léčebných a ošetrovatelských postupů týkajících se jeho osoby. Pacientovi a jeho rodině má být poskytnuto poučení, i když někdy toto poučení může odmítnout. Poučení se obvykle zaznamenává písemnou formou. V legislativě je povinnost informovat nemocného dána jednoznačně lékaři. Nelékařský pracovník musí respektovat svoje omezené kompetence, ale vždy musí rozumět podstatě a spolupracovat s lékařem, aby mohl následně pomoci pacientovi informace utřídit, ověřit nebo vyvodit z nich praktické závěry. Osobní informace o pacientovi chrání všichni zdravotníci

pracovníci jako důvěrné, kdy je povinná mlčenlivost uložena zákonem a každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání (7, 8, 12, 17).

1.6.1 Edukace

Edukace je v širší souvislosti chápána jako proces výchovy a vzdělávání. Edukace probíhá v rámci edukačního procesu v různých edukačních prostředích. Ve smyslu filozofie lze edukaci chápat i jako proces celé výchovy vztahující se na člověka. Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti působením formálních institucí a neformálního prostředí. Je to kontinuální systémový proces. Vytváří prostor pro osvojení nových poznatků, nalezení nových zručností, vytváření hodnotových, postojových, emocionálních a volných struktur osobnosti a dosažení pozitivní změny chování. V edukačním procesu rozlišujeme subjekt edukace označovaný jako edukant a edukátor, což je osoba podílející se na edukační aktivitě. Edukace pacientů lze označit i jako zdravotní výchovu nebo výchovu ke zdraví. Edukace obsahuje informace, které si pacient osvojí v průběhu poskytování ošetrovatelské péče, informace které musí znát po propuštění ze zdravotnického zařízení, informace týkající se zdrojů zdravotní péče v okolí svého bydliště, o rozsahu nezbytných kontrol nebo způsobu řešení případných akutních stavů. Edukace je velmi důležitým aspektem ošetrovatelské praxe, protože představuje významný způsob zlepšení kvality života jedince nebo skupiny. V moderním ošetrovatelství je zdůrazňována právě edukační role sestry, kterou se podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím a předcházení komplikací z omezeného pohybu člověka, případně na rozvoji sebeobslužných činností. Dalším faktorem je pomoc pacientům a jejich rodinám, naučit se žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním a při nácviu potřebných praktických dovedností (27, 28, 37, 54).

1.6.2 Edukační proces

Edukační proces v ošetrovatelství představuje formu předávání konkrétních informací, která se uskutečňuje ve specificky upraveném prostředí v rámci vzájemné interakce sestry a pacienta. V tomto případě je edukační proces vytvořený záměrně proto, aby se někdo něco učil. Je to dynamický vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem a je potřeba jej chápat jako výchovně – vzdělávací proces, který může být i součástí ošetrovatelského procesu. Na dosažení stanovených cílů edukačního procesu je potřebné stanovení takových cílů, které vycházejí z potřeby jednotlivce nebo skupiny, udržování neustálého kontaktu mezi sestrou a pacientem, protože konstruktivní vztah podporuje edukaci. Je důležité využít předešlé vědomosti jednotlivce nebo skupiny, povzbuzovat jej a pomáhat mu při osvojování si nových návyků nebo zručností. Komunikace má být jasná, stručná a srozumitelná a informace omezené pouze na oblast edukace, v opačném případě mohou informace, které přímo nesouvisí s edukačními cíli, působit rušivě a odpoutávat pozornost. Edukace je považovaná za jednu z funkcí ošetrovatelství, přičemž edukační proces a ošetrovatelský proces mají některé společné prvky. Edukace je záměrný, cílevědomý a plánovaný proces, který probíhá ve třech fázích. Fáze projektování je přípravní fáze, kdy edukátor sleduje odpovědi na otázky proč a koho edukovat, co a jak edukovat, v jakých podmínkách a s jakým efektem. Fáze realizace spočívá ve schopnostech motivovat pacienta k účinné spolupráci při učení se. Sestra musí reagovat na chyby, nepřesnosti, modifikovat původně naplánovaný postup, regulovat pozornost pacienta, sledovat jeho pochopení informací a následně od nich rozvíjet další individualizovaný postup. Důležitá je průběžná motivace pacienta, posilování volní složky osobnosti. Expozice, fixace a aplikace učiva představuje praktické využití, slovní, názorné, praktické nebo alternativní metody s metodami individuálními, skupinovými nebo hromadné edukace. Ve třetí, hodnotící fázi sestra zjišťuje a posuzuje stav dosažený edukačním procesem. Pokud by ke zhodnocení nedošlo, nezjistí se jeho efektivita. Tato etapa vyžaduje systematičnost, spolehlivé metody, monitorování projevů pacienta a vědomosti o indikátorech dosažené změny. K hodnocení je potřebný čas a prostor, což představuje ověření existence požadované kvality za určitých

okolností nebo situací za časovou jednotku. Na základě hodnocení je možné rozhodnout o změnách. Edukační proces se zaznamenává a dokumentuje v ošetrovatelské dokumentaci (50, 54).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

- C1: Zmapovat úroveň standardizace ošetrovatelské péče jako součást přípravy na akreditační šetření.
- C2: Zjistit, zda je ošetrovatelská péče v nemocnici realizována metodou ošetrovatelského procesu.
- C3: Zjistit, jestli je ošetrovatelská péče v nemocnici zajištěná řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací.
- C4: Zjistit, zda jsou u každého pacienta posouzeny potřeby edukace.
- C5: Zjistit, jestli si sestry uvědomují důležitost standardizace ošetrovatelské péče.

2.2 Hypotézy

- H1: Nemocnice splňuje všechny podmínky akreditačního šetření v oblasti standardizace ošetrovatelské péče.
- H2: Ošetrovatelská péče v nemocnici je zajištěna prostřednictvím ošetrovatelských standardů metodou ošetrovatelského procesu.
- H3: Ošetrovatelská péče v nemocnici je zajištěna řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací.
- H4: U každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace.
- H5: Sestry si uvědomují důležitost standardizace ošetrovatelské péče.

3. METODIKA

3.1 Metodika sběru dat

K realizaci výzkumu jsme zvolili kvantitativní metodu výzkumu formou anonymních dotazníků. Před zahájením samotného výzkumu jsme oslovili hlavní sestry vybraných nemocnic v Jindřichově Hradci, Pelhřimově, Táboře, Písku a Havlíčkovým Brodu, které se způsobem výzkumu souhlasily.

Vypracovali jsme anonymní dotazník určený všeobecným sestrám a porodním asistentkám. Účast na výzkumu byla pro sestry dobrovolná a plně anonymní. Dotazník obsahoval 60 otázek (Příloha 1). 52 otázek bylo uzavřených, 6 polouzavřených a 2 otevřené. Výsledky byly zpracovány pomocí tabulek v programu SPSS č. 12 a pomocí grafů v programu Microsoft Office Excel. Určili jsme kontrolní kritéria k auditu ošetrovatelské dokumentace a zkoumali kvalitu ošetrovatelské dokumentace a to tak, že v uzavřené ošetrovatelské dokumentaci prostřednictvím 19 kontrolních kritérií (Příloha 2) a v otevřené ošetrovatelské dokumentaci prostřednictvím 14 kontrolních kritérií (Příloha 3).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry a porodní asistentky v nemocnicích Jindřichův Hradec, Pelhřimov, Tábor, Písek a Havlíčkův Brod, přičemž jsme nerozlišovali oddělení, na kterém pracovaly ani jejich profesním zařazení (Tabulka 52).

Výzkum probíhal v časovém období od prosince 2009 do konce března 2010.

Bylo rozdáno 250 dotazníků, v každé nemocnici 50 dotazníků. Vrátilo se 230 vyplněných dotazníků, ale ve 26 dotaznicích nebyly označené všechny odpovědi na 60 dotazníkových otázek, proto jsme je museli vyřadit. Návratnost dotazníku byla 92%. Výzkumný soubor nakonec tvořilo 204 respondentů.

Auditem jsme vyhodnotili kvalitu uzavřené a otevřené ošetrovatelské dokumentace za měsíc leden 2010 v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. Při sledování komplexnosti a úplnosti vedení uzavřené ošetrovatelské dokumentace jsme náhodným vygenerováním

čísel chorobopisů získaly 40 chorobopisů z 10 oddělení a to z dětského, interního, chirurgického, ARO a intenzivní péče, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. a při zkoumání kvality otevřené ošetrovatelské dokumentace jsme náhodným výběrem přímo na 15 jednotkách, dětských, interních, chirurgických, ARO a intenzivní péče, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s, získali 56 chorobopisů. Každý kontrolovaný chorobopis byl vyhodnocený podle jednotlivých kritérií.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníkového šetření – popisná statistika (třídění prvního stupně)

Tabulka 1 Zastoupení nemocnic ve výzkumném šetření

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s	40	19,6	19,6	19,6
Nemocnice Pelhřimov, p.o.	42	20,6	20,6	40,2
Nemocnice Havlíčkův Brod, a.s.	43	21,1	21,1	61,3
Nemocnice Tábor, a.s	38	18,6	18,6	79,9
Nemocnice Písek, a.s.	41	20,1	20,1	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) se výzkumného šetření účastnilo 40 respondentů (19,6 %) z Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., 42 respondentů (20,6 %) z Nemocnice Pelhřimov, p. o., 43 respondentů (21,1 %) z Nemocnice Havlíčkův Brod, a. s., 38 respondentů (18,6 %) z Nemocnice Tábor, a.s. a 41 respondentů (20,1 %) z Nemocnice Písek, a. s.

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Středoškolské s maturitou	84	41,2	41,2	41,2
Středoškolské s maturitou a PSS	64	31,4	31,4	72,5
Vyšší odborné	27	13,2	13,2	85,8
Vysokoškolské – Bc.	25	12,2	12,3	98,0
Vysokoškolské – Mgr.	2	1,0	1,0	99,0
Specializační	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) mělo 84 respondentů (41, 5 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 64 respondentů (31, 4 %) středoškolské vzdělání a PSS, 27 respondentů (13, 2 %) vyšší odborné vzdělání, 25 respondentů (12, 2 %) vysokoškolské vzdělání s dosaženým titulem Bc. , 2 respondenti (1 %) měli vysokoškolské vzdělání s dosaženým titulem Mgr. a 2 respondenti (1 %) měli jiné, specializační vzdělání.

Tabulka 3 Délka praxe

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Méně než 5 let	34	16,7	16,7	16,7
6 – 10 let	40	19,6	19,6	36,3
11 – 20 let	46	22,5	22,5	58,8
21 let a více	84	41,2	41,2	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) byla délka praxe u 34 respondentů (16, 7%) menší než 5 let, u 40 respondentů (19, 6 %) byla délka jejich praxe od 6 do 10 let, u 46 respondentů (22, 5 %) byla délka jejich praxe od 11 let do 20 let a u 84 respondentů (41, 2 %) byla délka jejich praxe delší než 21 let.

Tabulka 4 Pracovní zařazení

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sestra lůžkového oddělení	143	70,1	70,1	70,1
Staniční sestra	38	18,6	18,6	88,7
Vrchní sestra	16	7,9	7,9	96,6
Jiné	7	3,4	3,4	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 143 respondentů (70, 1 %) pracuje jako sestra lůžkového oddělení, 38 respondentů (18, 6 %) pracuje jako staniční sestra, 16 respondentů (7, 9 %) pracuje jako vrchní sestra, 7 respondentů (3, 4 %) uvedlo jiné pracovní zařazení, výzkumného šetření se neúčastnila žádná hlavní sestra.

Tabulka 5 Délka zavedení standardů ošetrovatelské péče

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Méně než 1 rok	4	2,0	2,0	2,0
1 – 3 let	21	10,3	10,3	12,3
4 – 5 let	130	63,7	63,7	76,0
Více než 5 let	39	19,1	19,1	95,1
Nevím	10	4,9	4,9	100,0
Total	204	100,0	100,0	

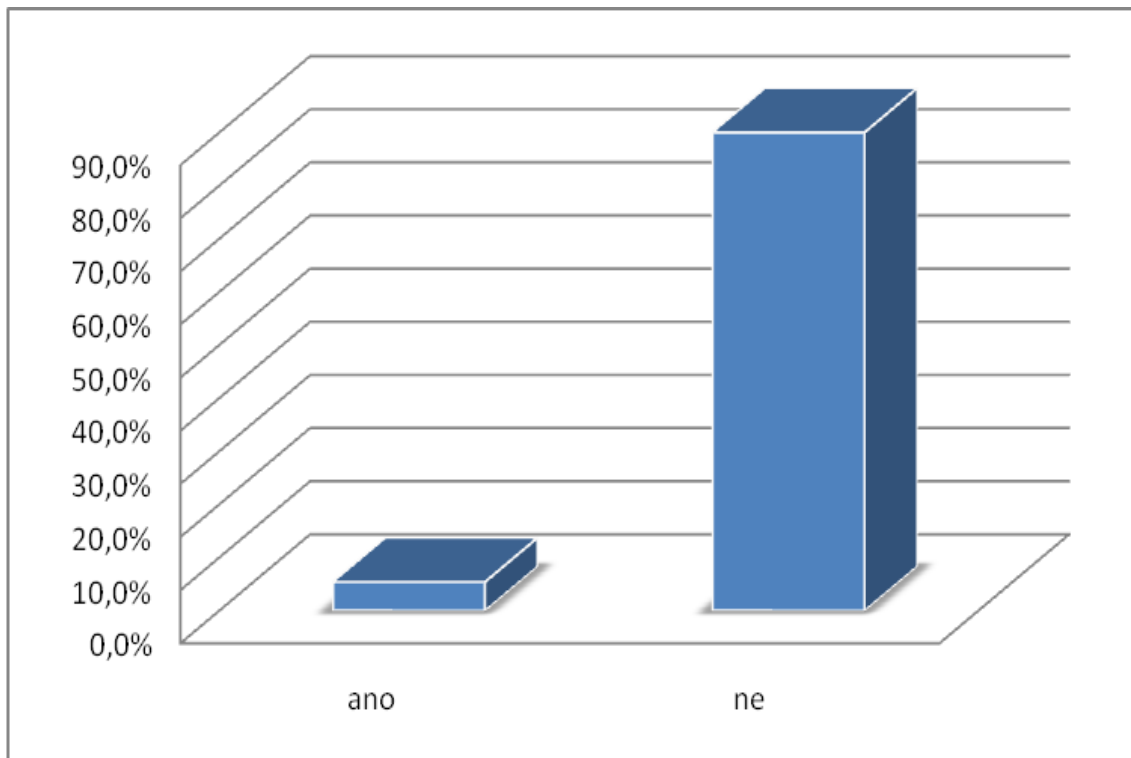
Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) uvedli 4 respondenti (2 %), že v nemocnici, ve které pracují jsou standardy pro ošetrovatelskou péči zavedené méně než rok, 21 respondentů (10, 3 %) uvedlo, že standardy pro ošetrovatelskou péči mají zavedené 1 až 3 roky, 130 (63, 7 %) respondentů uvedlo, že standardy pro ošetrovatelskou péči mají zavedené 4 až 5 let, 39 respondentů (19, 1 %) uvedlo, že standardy pro ošetrovatelskou péči mají zavedené více než 5 let, 10 respondentů (4, 4 %) nevědělo jak dlouho mají v nemocnici, ve které pracují zavedené standardy pro ošetrovatelskou péči.

Tabulka 6 Standard pro všechny oblasti ošetrovatelské péče

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	90	44,1	44,1	78,9
Spíše ano	71	34,8	34,8	34,8
Těžko rozhodnout	30	14,7	14,7	93,6
Spíše ne	12	5,9	5,9	99,5
Ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 90 respondentů (44, 1 %) uvedlo, že všechny oblasti ošetrovatelské péče v jejich nemocnici jsou definované standardem, 71 respondentů (34, 8 %) uvedlo, že všechny oblasti ošetrovatelské péče v jejich nemocnici spíše jsou definované standardem, 30 respondentů (14, 7 %) se nemohlo rozhodnout, 12 respondentů (5, 9 %) uvedlo, že všechny oblasti ošetrovatelské péče v jejich nemocnici spíše nejsou definované standardem a 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že všechny oblasti ošetrovatelské péče v jejich nemocnici nejsou definované standardem.

Graf 1 Standardem nezpracovaná oblast ošetrovatelské péče



Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 11 respondentů (5,4 %) odpovědělo, že jim osobně chybí standardem zpracovaná nějaká oblast ošetrovatelské péče a 193 respondentům (94,6 %) nechybí standardem zpracovaná žádná oblast ošetrovatelské péče.

Tabulka 7 Standardem nezpracované oblasti ošetrovatelské péče - konkrétně

Nevím, ale nějaká oblast by se určitě našla	4
Ošetrovatelská péče o pacienta s heparínovou zátkou	3
Ošetrovatelská péče o cizince	2
Ošetrovatelská péče o pacienta s prasečí chřipkou	1
Ošetrovatelská péče o agresivního pacienta	1
Celkem	11

Z celkového počtu 11 respondentů, kterým chybí standardem zpracovaná oblast ošetrovatelské péče a mohli uvést několik odpovědí, ve 4 odpovědích respondenti uvedli, že neví, ale nějaká oblast by se určitě našla, ve 3 odpovědích respondenti uvedli, že jim chybí standardem zpracovaná péče o pacienta s heparínovou zátkou, ve 2 odpovědích respondenti uvedli, že jim chybí standardem zpracovaná péče o cizince, v 1 odpovědi respondent uvedl, že mu chybí standardem zpracovaná ošetrovatelská péče o pacienta s prasečí chřipkou a v 1 odpovědi respondent uvedl, že mu chybí standardem zpracovaná ošetrovatelská péče o agresivního pacienta.

Tabulka 8 Poskytování ošetrovatelské péče dle standardů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	125	61,3	61,3	61,3
Spíše ano	67	32,8	32,8	94,1
Těžko rozhodnout	4	2,0	2,0	96,1
Spíše ne	7	3,4	3,4	99,5
Ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 125 respondentů (61,3 %) poskytuje ošetrovatelskou péči dle standardů, 67 respondentů (32,8 %) spíše poskytuje ošetrovatelskou péči dle standardů, 4 respondenti (2 %) se nemohli rozhodnout, 7 respondentů (3,4 %) spíše neposkytuje ošetrovatelskou péči dle standardů a 1 respondent (0,5 %) neposkytuje ošetrovatelskou péči dle standardů.

Tabulka 9 Dostupnost standardů pro sestry

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	192	94,1	94,1	94,1
Spíše ano	9	4,4	4,4	98,5
Těžko rozhodnout	1	0,5	0,5	99,0
Spíše ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 192 respondentů (94, 1 %) uvedlo, že standardy jsou pro ně volně přístupné a plně k dispozici, 9 respondentů (4, 4 %) uvedlo, že standardy spíše jsou pro ně volně přístupné a plně k dispozici, 1 respondent se nemohl rozhodnout a 2 respondenti (1 %) uvedli, že standardy spíše nejsou pro ně volně dostupné a plně k dispozici a žádný z respondentů neuvedl, že standardy nejsou pro něj volně dostupné a plně k dispozici.

Tabulka 10 Kontrola dodržování standardů ošetrovatelské péče auditem

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	175	85,8	85,8	85,8
Spíše ano	20	9,8	9,8	95,6
Těžko rozhodnout	6	2,9	2,9	98,5
Spíše ne	3	1,5	1,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 175 respondentů (85, 8 %) uvedlo, že dodržování standardů ošetrovatelské péče je kontrolováno audity, 20 respondentů (9, 8 %) uvedlo, dodržování standardů ošetrovatelské péče spíše je kontrolováno audity, 6 respondentů (2, 9 %) se nemohlo rozhodnout a 3 respondenti (1, 5 %) uvedli, dodržování standardů ošetrovatelské péče spíše není kontrolováno audity. Žádný respondent neuvedl, dodržování standardů ošetrovatelské péče není kontrolováno audity.

Tabulka 11 Standard definující auditní činnosti ošetrovatelské péče

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	170	83,3	83,3	83,3
Spíše ano	22	10,8	10,8	94,1
Těžko rozhodnout	2	1,0	1,0	95,1
Spíše ne	8	3,9	3,9	99,0
Ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

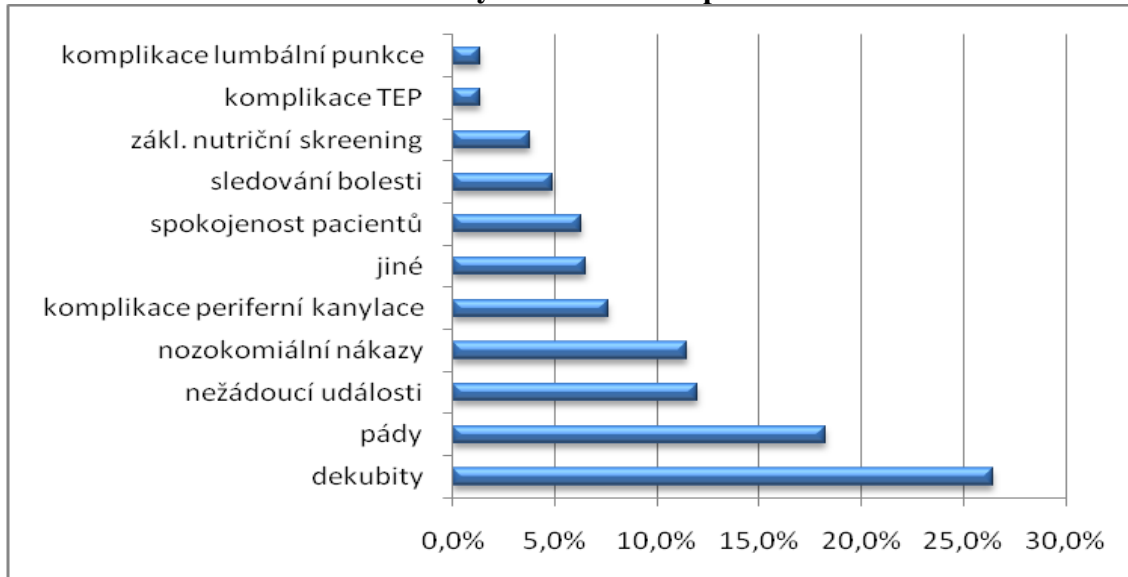
Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 170 respondentů (83, 3 %) uvedlo, že audity týkající se ošetrovatelské péče jsou definované standardem, 22 respondentů (10, 8 %) uvedlo, že audity týkající se ošetrovatelské péče spíše jsou definované standardem, 2 respondenti (1 %) se nemohli rozhodnout, 8 respondentů (3, 9 %) uvedlo, že audity týkající se ošetrovatelské péče spíše nejsou definované standardem a 2 respondenti (1 %) uvedli, že audity týkající se ošetrovatelské péče nejsou definované standardem.

Tabulka12 Standard definující sběr dat o kvalitě ošetrovatelské péči

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	183	89,7	89,7	89,7
Spíše ano	12	5,9	5,9	95,6
Těžko rozhodnout	7	3,4	3,4	99,0
Spíše ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 183 respondentů (89, 7 %) uvedlo, že sběr dat o kvalitě ošetrovatelské péči v jejich nemocnici je definovaný standardem, 12 respondentů (5, 9 %) uvedlo, že sběr dat o kvalitě ošetrovatelské péči v jejich nemocnici spíše je definovaný standardem, 7 respondentů (3, 4 %) se nemohlo rozhodnout, 2 respondenti (1 %) uvedli, že sběr dat o kvalitě ošetrovatelské péči v jejich nemocnici spíše není definovaný standardem a žádný z respondentů neuvedl, že sběr dat o kvalitě ošetrovatelské péči v jejich nemocnici není definovaný standardem.

Graf 2 Sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče



Z celkového počtu 195 respondentů, kteří odpověděli, že v rámci svojí nemocnice sledují indikátory kvality a mohli uvést několik příkladů, z celkového počtu 367 odpovědí (100 %) ve 97 odpovědích (26, 4 %) byl uvedený jako sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „dekubity“, ve 67 odpovědích (18, 3 %) byl uvedený jako sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „pády“, ve 44 odpovědích (12 %) byl uvedený jako sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „nežádoucí události“, ve 42 odpovědích (11, 4 %) byl uvedený jako sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „nozokomiální nákazy“, ve 28 odpovědích (7, 6 %) byl uvedený jako sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „komplikace periferní kanylace“, ve 24 odpovědích (6, 5 %) byly uvedené jiné indikátory kvality ošetrovatelské péče, ve 23 odpovědích (6, 3 %) byl uvedený jako sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „spokojenost pacientů“, ve 18 odpovědích (4, 9 %) byl uvedený jako sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „sledování bolesti“, ve 14 odpovědích (3, 8 %) byl uvedený jako sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „základní nutriční screening“, v 5 odpovědích (1, 4 %) byl uvedený jako sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „komplikace TEP“, v 5 odpovědích (1, 4 %) byl uvedený jako sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „komplikace lumbální punkce“.

Tabulka 13 Standard definující sledování nežádoucích (mimořádných) událostí

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	161	78,9	78,9	78,9
Spíše ano	34	16,7	16,7	95,6
Těžko rozhodnout	6	2,9	2,9	98,5
Spíše ne	3	1,5	1,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů 161 respondentů (78,9 %) uvedlo, že proces sledování nežádoucích událostí v jejich nemocnici je definovaný standardem, 34 respondentů (16,7 %) že proces sledování nežádoucích událostí v jejich nemocnici spíše je definovaný standardem, 6 respondentů (2,9 %) se nemohlo rozhodnout, 3 respondenti (1,5 %) uvedli, že proces sledování nežádoucích událostí v jejich nemocnici spíše není definovaný standardem, žádný z respondentů nevěděl, že proces sledování nežádoucích událostí v jejich nemocnici není definovaný standardem.

Tabulka 14 Znalost definice nežádoucí (mimořádné) události

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	97	47,5	47,5	47,5
Spíše ano	65	31,9	31,9	79,4
Těžko rozhodnout	20	9,8	9,8	89,2
Spíše ne	9	4,4	4,4	93,6
Ne	13	6,4	6,4	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 97 respondentů (47,5 %) ví, které události jsou označovány jako nežádoucí, 65 respondentů (31,9 %) spíše ví, které události jsou označovány jako nežádoucí, 20 respondentů (9,8 %) se nemohlo rozhodnout, 9 respondentů (4,4 %) spíše neví, které události jsou označovány jako nežádoucí a 13 respondentů (6,4 %) neví, které události jsou označovány jako nežádoucí.

Tabulka 15 Standard definující systém sledování spokojenosti pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	179	87,7	87,7	87,7
Spíše ano	19	9,3	9,3	97,1
Těžko rozhodnout	4	2,0	2,0	99,0
Spíše ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 179 respondentů (87, 7 %) uvedlo, že systém sledování spokojenosti pacientů v jejich nemocnici je definovaný standardem, 19 respondentů (9, 3 %) uvedlo, že systém sledování spokojenosti pacientů v jejich nemocnici spíše je definovaný standardem, 4 respondenti (2 %) se nemohli rozhodnout, 2 respondenti (1 %) uvedli, že systém sledování spokojenosti pacientů v jejich nemocnici spíše není definovaný standardem a žádný respondent neuvedl, že systém sledování spokojenosti pacientů v jejich nemocnici není definovaný standardem.

Tabulka 16 Standard definující výběr, tvorbu a kontrolu ošetrovatelských postupů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	171	83,8	83,8	83,8
Spíše ano	24	11,8	11,8	95,6
Těžko rozhodnout	6	2,9	2,9	98,5
Spíše ne	2	1,0	1,0	99,5
Ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 171 respondentů (83, 8 %) uvedlo, že výběr, tvorba a sledování účinnosti ošetrovatelských postupů v jejich nemocnici je definovaná standardem, 24 respondentů (11, 8 %) uvedlo, že výběr, tvorba a sledování účinnosti ošetrovatelských postupů v jejich nemocnici spíše je definovaná standardem, 6 respondentů (2, 9 %) se nemohlo rozhodnout, 2 respondent1 (1 %) uvedli, že výběr, tvorba a sledování účinnosti ošetrovatelských postupů v jejich nemocnici spíše není definovaná standardem a 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že výběr, tvorba a sledování účinnosti ošetrovatelských postupů v jejich nemocnici není definovaná standardem.

Tabulka 17 Standard definující stanovení potřeb pacienta při příjmu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	158	77,5	77,5	77,5
Spíše ano	30	14,7	14,7	92,2
Těžko rozhodnout	8	3,9	3,9	96,1
Spíše ne	8	3,9	3,9	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 158 respondentů (77, 5 %) uvedlo, že stanovení potřeb pacienta při příjmu v rámci ošetrovatelské péče a v určitém časovém intervalu v jejich nemocnici je definované standardem, 30 respondentů (14, 7 %) uvedlo, že stanovení potřeb pacienta při příjmu v rámci ošetrovatelské péče a v určitém časovém intervalu v jejich nemocnici spíše je definované standardem, 8 respondentů (3, 9 %) se nemohlo rozhodnout, 8 respondentů (3, 9 %) uvedlo, že stanovení potřeb pacienta při příjmu v rámci ošetrovatelské péče a v určitém časovém intervalu v jejich nemocnici spíše není definované standardem a žádný z respondentů neuvedl, že stanovení potřeb pacienta při příjmu v rámci ošetrovatelské péče a v určitém časovém intervalu v jejich nemocnici není definované standardem.

Tabulka 18 Standard definující vstupní vyšetření pacienta sestrou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	183	89,7	89,7	89,7
Spíše ano	12	5,9	5,9	95,6
Těžko rozhodnout	7	3,4	3,4	99,0
Spíše ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 183 respondentů (89,7 %) uvedlo, že vstupní vyšetření pacienta ošetřující sestrou při příjmu a v intervalu 24 hodin v jejich nemocnici je definované standardem, 12 respondentů (5,9 %) uvedlo, že vstupní vyšetření pacienta ošetřující sestrou při příjmu a v intervalu 24 hodin v jejich nemocnici spíše je definované standardem, 7 respondentů (3,4 %) se nemohlo rozhodnout, 2 respondenti (1 %) uvedli, že vstupní vyšetření pacienta ošetřující sestrou při příjmu a v intervalu 24 hodin v jejich nemocnici spíše není definované standardem a žádný z respondentů nevedl, že vstupní vyšetření pacienta ošetřující sestrou při příjmu a v intervalu 24 hodin v jejich nemocnici není definované standardem.

Tabulka 19 Standard definující náležitosti ošetrovatelské dokumentace

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	183	89,7	89,7	89,7
Spíše ano	14	6,8	6,8	96,6
Těžko rozhodnout	4	2,0	2,0	98,5
Spíše ne	2	1,0	1,0	99,5
Ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 183 respondentů (89, 7 %) uvedlo, že formální a věcné náležitosti ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici jsou definované standardem, 14 respondentů (6, 8 %) uvedlo, že formální a věcné náležitosti ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici spíše jsou definované standardem, 4 respondenti (2 %) se nemohli rozhodnout, 2 respondenti (1 %) uvedli, že formální a věcné náležitosti ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici spíše nejsou definované standardem a 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že formální a věcné náležitosti ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici nejsou definované standardem.

Tabulka 20 Standard definující zápisy do ošetrovatelské dokumentace

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	172	84,3	84,3	84,3
Spíše ano	24	11,8	11,8	96,1
Těžko rozhodnout	7	3,4	3,4	99,5
Spíše ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 172 respondentů (84,3 %) uvedlo, že frekvence a obsahová náplň zápisů sester do ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici je definovaná standardem, 24 respondentů (11,8 %) uvedlo, že frekvence a obsahová náplň zápisů sester do ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici spíše je definovaná standardem, 7 respondentů (3,4 %) se nemohlo rozhodnout, 1 respondent (0,5 %) uvedl, že frekvence a obsahová náplň zápisů sester do ošetrovatelské dokumentace v jeho nemocnici spíše není definovaná standardem a žádný respondent nevedlo, že frekvence a obsahová náplň zápisů sester do ošetrovatelské dokumentace v jeho nemocnici není definovaná standardem.

Tabulka 21 Standard definující předávání pacienta mezi kvalifikovanými sestrami

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	181	88,7	88,7	88,7
Spíše ano	17	8,3	8,3	97,1
Těžko rozhodnout	5	2,5	2,5	99,5
Spíše ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 181 respondentů (88, 7 %) uvedlo, že předávání pacienta kvalifikovanou sestrou, kvalifikované sestře v jejich nemocnici je definované standardem, 17 respondentů (8, 3 %) uvedlo, že předávání pacienta kvalifikovanou sestrou, kvalifikované sestře v jejich nemocnici spíše je definované standardem, 5 respondentů (2, 5 %) se nemohlo rozhodnout, 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že předávání pacienta kvalifikovanou sestrou, kvalifikované sestře v jeho nemocnici spíše není definované standardem, žádný z respondentů neuvedl, že předávání pacienta kvalifikovanou sestrou, kvalifikované sestře v jejich nemocnici není definované standardem.

Tabulka 22 Standard definující písemné vyhotovení ošetrovatelského plánu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	188	92,2	92,2	92,2
Spíše ano	9	4,4	4,4	96,6
Těžko rozhodnout	6	2,9	2,9	99,5
Spíše ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 188 respondentů (92, 2 %) uvedlo, že písemné vyhotovení ošetrovatelského plánu u každého pacienta na začátku hospitalizace v jejich nemocnici je definované standardem, 9 respondentů (4, 4 %) uvedlo, že písemné vyhotovení ošetrovatelského plánu u každého pacienta na začátku hospitalizace v jejich nemocnici spíše je definované standardem, 6 respondentů (2, 9 %) se nemohlo rozhodnout, 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že písemné vyhotovení ošetrovatelského plánu u každého pacienta na začátku hospitalizace v jejich nemocnici spíše není definované standardem a žádný respondent neuvedl, že písemné vyhotovení ošetrovatelského plánu u každého pacienta na začátku hospitalizace v jejich nemocnici není definované standardem.

Tabulka 23 Stanovení plánu ošetrovatelské péče do 24 hodin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	147	72,1	72,1	72,1
Spíše ano	48	23,5	23,5	95,6
Těžko rozhodnout	6	2,9	2,9	98,5
Spíše ne	3	1,5	1,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 147 respondentů (72,1 %) stanoví u každého pacienta na začátku jeho hospitalizace plán ošetrovatelské péče do 24 hodin, 48 respondentů (23,5 %) spíše stanoví u každého pacienta na začátku jeho hospitalizace plán ošetrovatelské péče do 24 hodin, 6 respondentů (2,9 %) se nemohlo rozhodnout, 3 respondenti (1,5 %) spíše nestanoví u každého pacienta na začátku jeho hospitalizace plán ošetrovatelské péče do 24 hodin, žádný z respondentů neuvedl, že nestanoví u každého pacienta na začátku jeho hospitalizace plán ošetrovatelské péče do 24 hodin.

Tabulka 24 Standard definující ošetrovatelskou péči poskytovanou formou ošetrovatelského procesu doprovázenou řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	187	91,6	91,6	91,7
Spíše ano	11	5,4	5,4	97,1
Těžko rozhodnout	1	0,5	0,5	97,5
Spíše ne	3	1,5	1,5	99,0
Ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 187 respondentů (91, 6 %) uvedlo, že ošetrovatelská péče poskytovaná formou ošetrovatelského procesu doprovázená řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací v jejich nemocnici je definovaná standardem, 11 respondentů (5, 4 %) uvedlo, že ošetrovatelská péče poskytovaná formou ošetrovatelského procesu doprovázená řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací v jejich nemocnici spíše je definovaná standardem, 1 respondent (0, 5 %) se nemohl rozhodnout, 3 respondenti (1, 5 %) uvedli, že ošetrovatelská péče poskytovaná formou ošetrovatelského procesu doprovázená řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací v jejich nemocnici spíše není definovaná standardem a 2 respondenti (1 %) uvedli, že ošetrovatelská péče poskytovaná formou ošetrovatelského procesu doprovázená řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací v jejich nemocnici není definovaná standardem.

Tabulka 25 Standard definující podávání léků a léčivých prostředků

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	180	88,2	88,2	88,2
Spíše ano	13	6,3	6,3	94,6
Těžko rozhodnout	3	1,5	1,5	96,1
Spíše ne	4	2,0	2,0	98,0
Ne	4	2,0	2,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 180 respondentů (88, 2 %) uvedlo, že podávání léků a léčivých prostředků v jejich nemocnici je definované standardem, 13 respondentů (6, 3 %) uvedlo, že podávání léků a léčivých prostředků v jejich nemocnici spíše je definované standardem, 3 respondenti (1, 5 %) se nemohli rozhodnout, 4 respondenti (2 %) uvedli, že podávání léků a léčivých prostředků v jejich nemocnici spíše není definované standardem a 4 respondenti (2 %) uvedli, že podávání léků a léčivých prostředků v jejich nemocnici není definované standardem.

Tabulka 26 Standard definující seznámení pacienta s jeho právy

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	166	81,4	81,4	81,4
Spíše ano	25	12,2	12,2	93,6
Těžko rozhodnout	7	3,4	3,4	97,1
Spíše ne	5	2,5	2,5	99,5
Ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 166 respondentů (81, 4 %) uvedlo, že seznámení pacienta vhodnou formou po přijetí do nemocnice s jeho právy v jejich nemocnici je definované standardem, 25 respondentů (12, 2 %) uvedlo, že seznámení pacienta vhodnou formou po přijetí do nemocnice s jeho právy v jejich nemocnici spíše je definované standardem, 7 respondentů (3, 4 %) se nemohlo rozhodnout, 5 respondentů (2, 5 %) uvedlo, že seznámení pacienta vhodnou formou po přijetí do nemocnice s jeho právy v jejich nemocnici spíše není definované standardem a 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že seznámení pacienta vhodnou formou po přijetí do nemocnice s jeho právy v jejich nemocnici není definované standardem.

Tabulka 27 Standard definující posouzení potřeb edukace pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	181	88,7	88,7	88,7
Spíše	15	7,3	7,3	96,1
Těžko rozhodnout	4	2,0	2,0	98,0
Spíše ne	3	1,5	1,5	99,5
Ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 181 respondentů (88, 7 %) uvedlo, že posouzení potřeb edukace pacienta v jejich nemocnici je definované standardem, 15 respondentů (7, 3 %) uvedlo, že posouzení potřeb edukace pacienta v jejich nemocnici spíše je definované standardem, 4 respondenti (2 %) se nemohli rozhodnout, 3 respondenti (1, 5 %) uvedli, že posouzení potřeb edukace pacienta v jejich nemocnici spíše není definované standardem a 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že posouzení potřeb edukace pacienta v jeho nemocnici není definované standardem.

Tabulka 28 Standard definující počet kvalifikovaného ošetrovatelského personálu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	154	75,5	75,5	75,5
Spíše ano	32	15,7	15,7	91,2
Těžko rozhodnout	8	3,9	3,9	95,1
Spíše ne	9	4,4	4,4	99,5
Ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 154 respondentů (75, 5 %) uvedlo, že stanovení počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu v jejich nemocnici je definované standardem, 32 respondentů (15, 7 %) uvedlo, že stanovení počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu v jejich nemocnici spíše je definované standardem, 8 respondentů (3, 9 %) se nemohlo rozhodnout), 9 respondentů (4, 4 %) uvedlo, že stanovení počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu v jejich nemocnici spíše není definované standardem a 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že stanovení počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu v jeho nemocnici není definované standardem.

Tabulka 29 Spokojenost s počtem pracovníků v nelékařských profesích na oddělení

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	52	25,5	25,5	25,5
Spíše ano	47	23,0	23,0	48,5
Těžko rozhodnout	30	14,7	14,7	63,2
Spíše ne	43	21,1	21,1	84,3
Ne	32	15,7	15,7	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 52 respondentům (25, 5 %) vyhovuje současný počet pracovníků v nelékařských profesích na oddělení, kde pracují, 47 respondentům (23 %) spíše vyhovuje současný počet pracovníků v nelékařských profesích na oddělení, kde pracují, 30 respondentů (14, 7 %) se nemohlo rozhodnout, 43 respondentům (21, 1 %) spíše nevyhovuje současný počet pracovníků v nelékařských profesích na oddělení, kde pracují a 32 respondentům (15, 7 %) nevyhovuje současný počet pracovníků v nelékařských profesích na oddělení, kde pracují.

Tabulka 30 Standard definující kontroly ošetrovatelské dokumentace

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	174	85,3	85,2	85,3
Spíše ano	22	10,8	10,8	96,1
Těžko rozhodnout	2	1,0	1,0	97,1
Spíše ne	4	2,0	2,0	99,0
Ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 174 respondentů (85,3 %) uvedlo, že kontroly ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici jsou definované standardem, 22 respondentů (10,8 %) uvedlo, že kontroly ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici spíše jsou definované standardem, 2 respondenti (1 %) se nemohli rozhodnout, 4 respondenti (2 %) uvedli, že kontroly ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici spíše nejsou definované standardem a 2 respondenti (1 %) uvedli, že kontroly ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici nejsou definované standardem.

Tabulka 31 Standard definující prevenci nozokomiálních infekcí

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	180	88,2	88,2	88,2
Spíše ano	14	6,9	6,9	95,1
Těžko rozhodnout	6	2,9	2,9	98,0
Spíše ne	4	2,0	2,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 180 respondentů (88, 2 %) uvedlo, že prevence nozokomiálních infekcí v jejich nemocnici je definovaná standardem, 14 respondentů (6, 9 %) uvedlo, že prevence nozokomiálních infekcí v jejich nemocnici spíše je definovaná standardem, 6 respondentů (2, 9 %) se nemohlo rozhodnout, 4 respondenti (2 %) uvedli, že prevence nozokomiálních infekcí v jejich nemocnici spíše není definovaná standardem a žádný z respondentů neuvedl, že prevence nozokomiálních infekcí v jeho nemocnici není definovaná standardem.

Tabulka 32 Standard definující dodržování hygieny rukou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	173	84,7	84,7	84,8
Spíše ano	23	11,3	11,3	96,1
Těžko rozhodnout	5	2,5	2,5	98,5
Spíše ne	2	1,0	1,0	99,5
Ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 173 respondentů (84, 7 %) uvedlo, že dodržování hygieny rukou v jejich nemocnici je definované standardem, 23 respondentů (11, 3 %) uvedlo, že dodržování hygieny rukou v jejich nemocnici spíše je definované standardem, 5 respondentů (2, 5 %) se nemohlo rozhodnout, 2 respondenti (1 %) uvedli, že dodržování hygieny rukou v jejich nemocnici spíše není definované standardem a 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že dodržování hygieny rukou v jeho nemocnici není definované standardem.

Tabulka 33 Dodržování hygieny rukou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	180	88,2	88,2	88,2
Spíše ano	14	6,9	6,9	95,1
Těžko rozhodnout	7	3,4	3,4	98,5
Spíše ne	3	1,5	1,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 180 respondentů (88, 2 %) dodržuje hygienu rukou, 14 respondentů (6, 9 %) spíše dodržuje hygienu rukou, 7 respondentů (3, 4 %) se nemohlo rozhodnout, 3 respondenti (1, 5 %) spíše nedodržují hygienu rukou, žádný z respondentů neuvedl, že nedodržuje hygienu rukou.

Tabulka 34 Standard definující postupy a metody spojené s rizikem infekcí

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	167	81,9	81,9	81,9
Spíše ano	29	14,2	14,2	96,1
Těžko rozhodnout	5	2,4	2,4	98,5
Spíše ne	3	1,5	1,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 167 respondentů (81,9 %) uvedlo, že postupy a metody spojené s rizikem infekcí, za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i personál v jejich nemocnici jsou definované standardem, 29 respondentů (14,2 %) uvedlo, že postupy a metody spojené s rizikem infekcí, za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i personál v jejich nemocnici spíše jsou definované standardem, 5 respondentů (2,4 %) se nemohlo rozhodnout, 3 respondenti (1,5 %) uvedli, že postupy a metody spojené s rizikem infekcí, za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i personál v jejich nemocnici spíše nejsou definované standardem a žádný respondent neuvedl, že postupy a metody spojené s rizikem infekcí, za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i personál v jeho nemocnici nejsou definované standardem.

Tabulka 35 Poskytování ošetrovatelské péče dle standardu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	172	84,3	84,3	84,3
Spíše ano	24	11,8	11,8	96,1
Těžko rozhodnout	7	3,4	3,4	99,5
Spíše ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 172 respondentů (84, 3 %) uvedlo, že poskytuje ošetrovatelskou péči pacientovi dle standardu formou ošetrovatelského procesu, 24 respondentů (11, 8 %) uvedlo, že spíše poskytuje ošetrovatelskou péči pacientovi dle standardu formou ošetrovatelského procesu, 7 respondentů (3, 4 %) se nemohlo rozhodnout, 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že spíše neposkytuje ošetrovatelskou péči pacientovi dle standardu formou ošetrovatelského procesu a žádný respondent neuvedl, že neposkytuje ošetrovatelskou péči pacientovi dle standardu formou ošetrovatelského procesu.

Tabulka 36 Spolupráce při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi se standardem

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	144	70,6	70,6	70,6
Spíše ano	47	23,0	23,0	93,6
Těžko rozhodnout	10	4,9	4,9	98,5
Spíše ne	1	0,5	0,5	99,0
Ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 144 respondentů (70, 6 %) uvedlo, že při poskytování ošetrovatelskou péče formou ošetrovatelského procesu spolupracuje se standardem, 47 respondentů (23 %) uvedlo, že při poskytování ošetrovatelskou péče formou ošetrovatelského procesu spíše spolupracuje se standardem, 10 respondentů (4, 9 %) se nemohlo rozhodnout, 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že při poskytování ošetrovatelskou péče formou ošetrovatelského procesu spíše nespolupracuje se standardem a 2 respondenti (1 %) uvedli, že při poskytování ošetrovatelskou péče formou ošetrovatelského procesu nespolupracují se standardem.

Tabulka 37 Osvojení si postupů poskytování ošetrovatelské péče

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	160	78,4	78,4	78,4
Spíše ano	36	17,7	17,6	96,1
Těžko rozhodnout	7	3,4	3,4	99,5
Spíše ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 160 respondentů (78, 4 %) uvedlo, že má osvojené postupy poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu, 36 respondentů (17, 7 %) uvedlo, že spíše má osvojené postupy poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu, 7 respondentů (3, 4 %) se nemohlo rozhodnout, 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že spíše nemá osvojené postupy poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu a žádný respondent neuvedl, že nemá osvojené postupy poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu.

Tabulka 38 Snadnost aplikace ošetrovatelského procesu v praxi pro sestry

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	138	67,6	67,6	67,6
Spíše ano	55	27,0	27,0	94,6
Těžko rozhodnout	9	4,4	4,4	99,0
Spíše ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 138 respondentů (67, 6 %) uvedlo, že ošetrovatelský proces a jeho fáze je pro ně snadné aplikovat v praxi, 55 respondentů (27 %) uvedlo, že ošetrovatelský proces a jeho fáze pro ně spíše je snadné aplikovat v praxi, 9 respondentů (4, 4 %) se nemohlo rozhodnout, 2 respondenti (67, 6 %) uvedli, že ošetrovatelský proces a jeho fáze pro ně spíše není snadné aplikovat v praxi a žádný respondent neuvedl, že ošetrovatelský proces pro něj není snadné aplikovat v praxi.

Tabulka 39 Kontrola ošetrovatelské péče dle standardu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	178	87,3	87,3	87,3
Spíše ano	19	9,2	9,2	96,6
Těžko rozhodnout	5	2,5	2,5	99,0
Spíše ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 178 respondentů (87,3 %) uvedlo, že ošetrovatelská péče o pacienta dle standardů formou ošetrovatelského procesu je kontrolována auditem, 19 respondentů (9,2 %) uvedlo, že ošetrovatelská péče o pacienta dle standardů formou ošetrovatelského procesu spíše je kontrolována auditem, 5 respondentů (2,5 %) se nemohlo rozhodnout, 2 respondenti (1 %) uvedli, že ošetrovatelská péče o pacienta dle standardů formou ošetrovatelského procesu spíše není kontrolována auditem a žádný respondent nevedl, že ošetrovatelské péče o pacienta dle standardů formou ošetrovatelského procesu není kontrolována auditem.

Tabulka 40 Zázpis do ošetrvatelské dokumentace při poskytování ošetrvatelské péče

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	188	92,2	92,2	92,2
Spíše ano	9	4,3	4,3	96,6
Těžko rozhodnout	1	0,5	0,5	97,1
Spíše ne	5	2,5	2,5	99,5
Ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

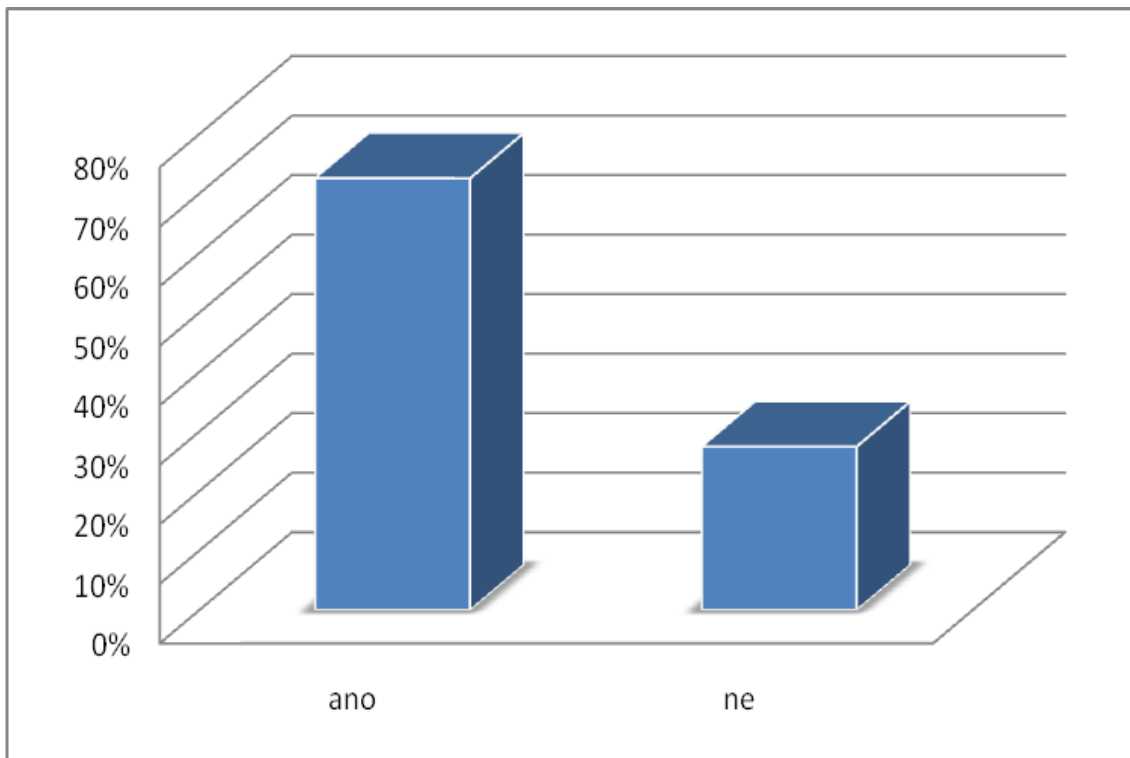
Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 188 respondentů (92, 2 %) uvedlo, že poskytuje ošetrvatelskou péči formou ošetrvatelského procesu s řádným zápisem do ošetrvatelské dokumentace, 9 respondentů (4, 3 %) uvedlo, že spíše poskytuje ošetrvatelskou péči formou ošetrvatelského procesu s řádným zápisem do ošetrvatelské dokumentace, 1 respondent se nemohl rozhodnout, 5 respondentů (2, 5 %) uvedlo, že spíše neposkytuje ošetrvatelskou péči formou ošetrvatelského procesu s řádným zápisem do ošetrvatelské dokumentace a 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že neposkytuje ošetrvatelskou péči formou ošetrvatelského procesu s řádným zápisem do ošetrvatelské dokumentace.

Tabulka 41 Práce se standardem při řádném vedení ošetrovatelské dokumentace

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	157	77,0	77,0	77,0
Spíše ano	39	19,1	19,1	96,1
Těžko rozhodnout	5	2,4	2,4	98,5
Spíše ne	3	1,5	1,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

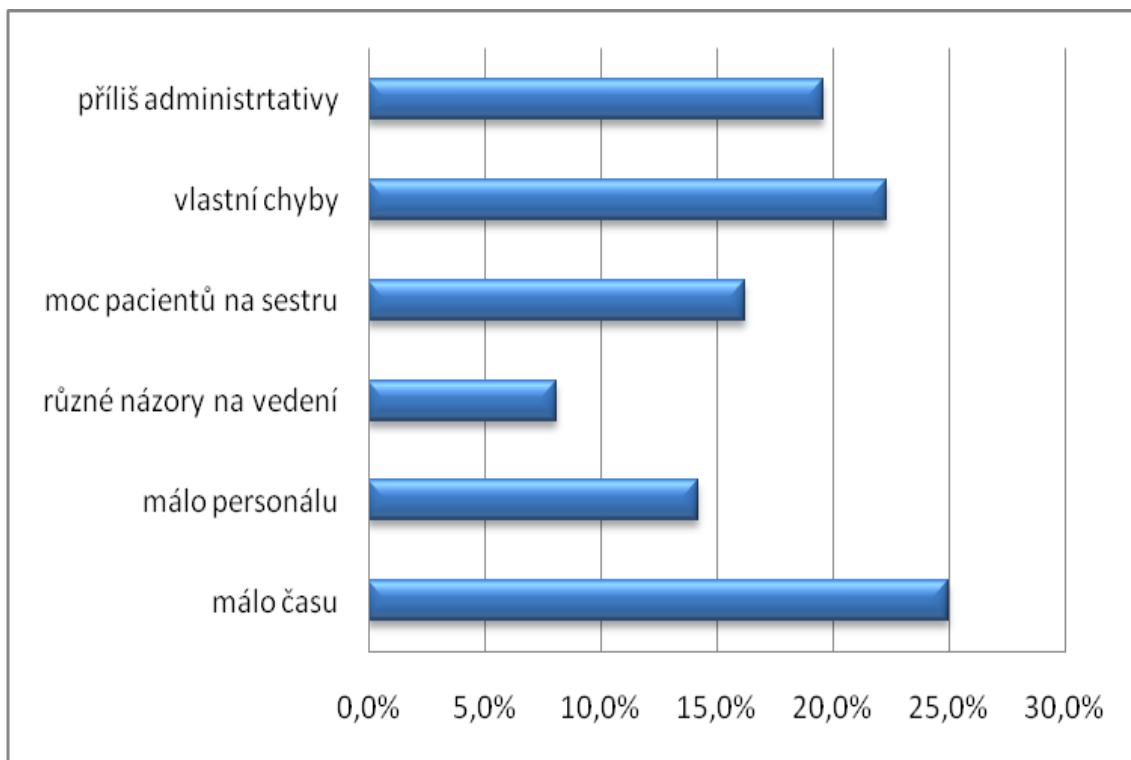
Z celkového počtu 204 respondentů 157 respondentů (77 %) uvedlo, že se řídí standardem při řádném vedení ošetrovatelské dokumentace, 39 respondentů (19, 1 %) uvedlo, že se spíše řídí standardem při řádném vedení ošetrovatelské dokumentace, 5 respondentů (2, 4 %) se nemohlo rozhodnout, 3 respondenti (1, 5 %) uvedli, že se spíše neřídí standardem při řádném vedení ošetrovatelské dokumentace, žádný s respondentů neuvedl, že se neřídí standardem při řádném vedení ošetrovatelské dokumentace.

Graf 3 Problémy s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace



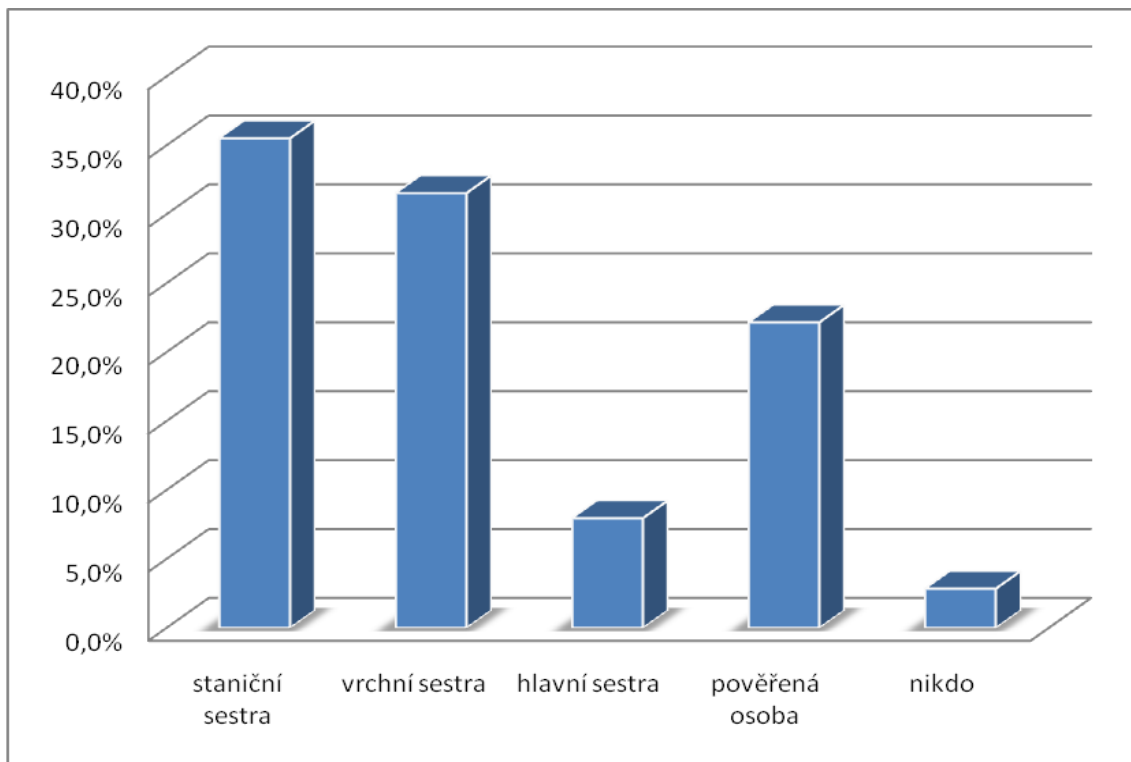
Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 148 respondentů (72, 5 %) respondentů uvedlo, že má problémy s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace a 56 respondentů (27, 5 %) uvedlo, že nemá žádné problémy s vedením ošetrovatelské dokumentace.

Graf 4 Nejčastější problémy při vedení ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu 148 respondentů, kteří uvedli, že mají problémy s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace a mohli uvést několik nejčastějších problémů, z celkového počtu 156 odpovědí (100 %), 37 odpovědí (23, 7 %) považuje za největší problémy při vedení dokumentace nedostatek času, v 33 odpovědích (21, 2 %) bylo uvedeno jako největší problém vlastní chyby a selhání, v 29 odpovědích (18, 6 %) označili respondenti jako problém přílišnou administrativní zátěž ošetrovatelské dokumentace, ve 24 odpovědích (15, 4 %) bylo uvedeno nadměrný počet pacientů na jednu sestru a tím nezvládnutí řádného vedení ošetrovatelské dokumentace, 21 odpovědí (13, 5 %) se týkalo nedostatku personálu, v 12 odpovědích (7, 6 %) byla uvedená nejednotnost názorů na řádné vedení ošetrovatelské dokumentace.

Graf 5 Pomoc při pochybnostech o správnosti vedení ošetrovatelské dokumentace



Z celkového počtu respondentů 204, kteří se vyjádřili na koho se můžou obrátit v případě pochybností o správnosti vedení ošetrovatelské dokumentace a mohli uvést několik možností, z celkového počtu 352 odpovědí (100 %) ve 125 odpovědích (35, 5 %) bylo uvedeno, že při pochybnostech o vedení dokumentace se může respondent obrátit na staniční sestru, ve 111 odpovědích (31, 5 %) bylo uvedeno, že při pochybnostech o vedení dokumentace se může respondent obrátit na vrchní sestru, ve 78 odpovědích (22, 2 %) bylo uvedeno, že při pochybnostech o vedení dokumentace se může respondent obrátit na osobu pověřenou sledováním a kontrolou dokumentace, ve 28 odpovědích (8 %) bylo uvedeno, že při pochybnostech o vedení dokumentace se může respondent obrátit na hlavní sestru a v 10 odpovědích (2, 8 %) bylo uvedeno, že respondent se nemá na koho obrátit při svých pochybnostech o vedení ošetrovatelské dokumentace.

Tabulka 42 Kontrola řádného vedení ošetrovatelské dokumentace auditem

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	190	93,1	93,1	93,1
Spíše ano	11	5,4	5,4	98,5
Těžko rozhodnout	1	0,5	0,5	99,0
Spíše ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 190 respondentů (93, 1 %) uvedlo, že řádné vedení ošetrovatelské dokumentace je kontrolováno auditem, 11 respondentů (5, 4 %) uvedlo, že řádné vedení ošetrovatelské dokumentace spíše je kontrolováno auditem, 1 respondent (0, 5 %) se nemohl rozhodnout, 2 respondenti (1 %) uvedli, že řádné vedení ošetrovatelské dokumentace spíše není kontrolováno auditem a žádný respondent neuvedl, že řádné vedení ošetrovatelské dokumentace není kontrolováno auditem.

Tabulka 43 Posouzení potřeb edukace u každého pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	171	83,8	83,8	83,8
Spíše ano	23	11,3	11,3	95,1
Těžko rozhodnout	4	2,0	2,0	97,1
Spíše ne	5	2,4	2,4	99,5
Ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 171 respondentů (83, 8 %) uvedlo, že posuzuje potřeby edukace u každého pacienta, 23 respondentů (11, 3 %) uvedlo, že spíše posuzuje potřeby edukace u každého pacienta, 4 respondenti (2 %) se nemohli rozhodnout, 5 respondentů (2, 4 %) uvedlo, že spíše neposuzuje potřeby edukace u každého pacienta a 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že neposuzuje potřeby edukace u každého pacienta.

Tabulka 44 Zázpis posouzení potřeb edukace pacienta do ošetrvatelské dokumentace

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	185	90,7	90,7	90,7
Spíše ano	11	5,3	5,3	96,1
Těžko rozhodnout	4	2,0	2,0	98,0
Spíše ne	1	0,5	0,5	98,5
Ne	3	1,5	1,5	100,0
Total	204	100,0	100,0	

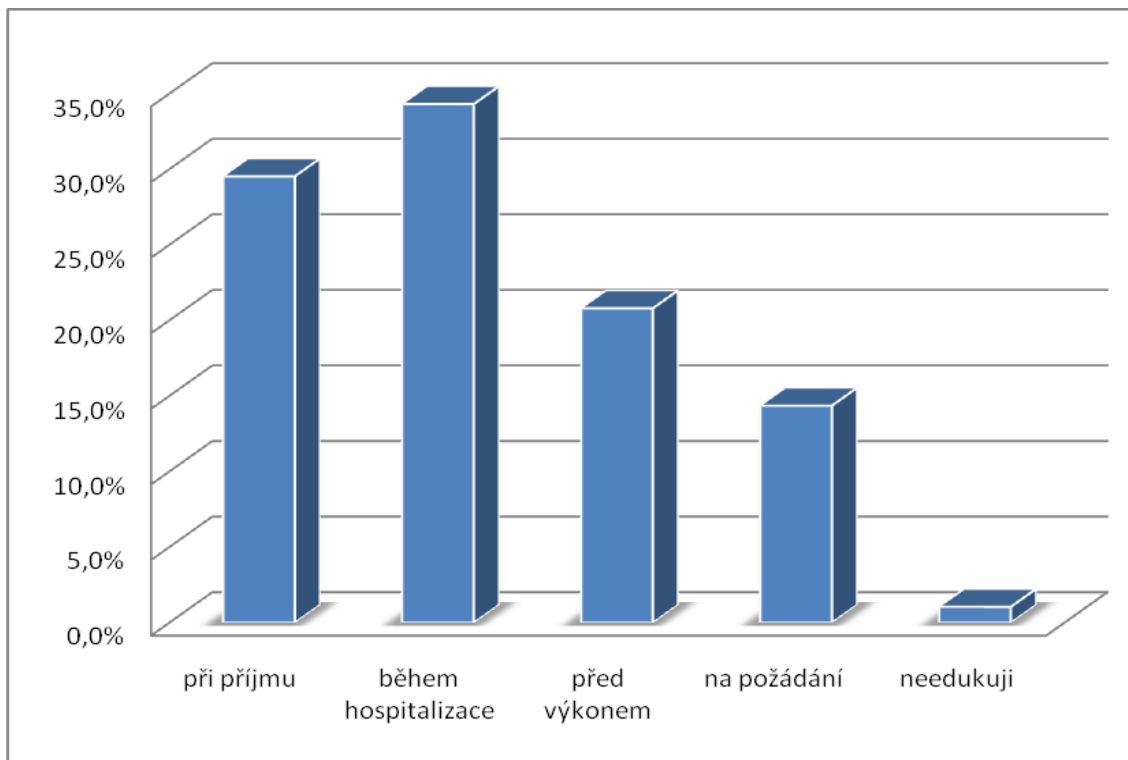
Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 185 respondentů (90, 7 %) uvedlo, že zapíše posouzení potřeb edukace pacienta do ošetrvatelské dokumentace, 11 respondentů (5, 3 %) uvedlo, že spíše zapíše posouzení potřeb edukace pacienta do ošetrvatelské dokumentace, 4 respondenti (2 %) se nemohli rozhodnout, 1 respondent (0, 5 %) uvedl, že spíše nezapíše posouzení potřeb edukace pacienta do ošetrvatelské dokumentace a 3 respondenti (1, 5 %) uvedli, že nezapíšou posouzení potřeb edukace pacienta do ošetrvatelské dokumentace.

Tabulka 45 Řízení se standardem při posuzování potřeb edukace pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	123	60,3	60,3	60,3
Spíše ano	53	26,0	26,0	86,3
Těžko rozhodnout	15	7,4	7,4	93,6
Spíše ne	7	3,4	3,4	97,1
Ne	6	2,9	2,9	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 123 respondentů (60,3 %) uvedlo, že se řídí při posuzování potřeb pacienta se zápisem v ošetřovatelské dokumentaci standardem, 53 respondentů (26 %) uvedlo, že se spíše řídí při posuzování potřeb pacienta se zápisem v ošetřovatelské dokumentaci standardem, 15 respondentů (7,4 %) se nemohlo rozhodnout, 7 respondentů (3,4 %) uvedlo, že se spíše neřídí při posuzování potřeb pacienta se zápisem v ošetřovatelské dokumentaci standardem a 6 respondentů (2,9 %) uvedlo, že se neřídí při posuzování potřeb pacienta se zápisem v ošetřovatelské dokumentaci standardem.

Graf 6 Kdy nejčastěji probíhá edukace pacienta



Z celkového počtu respondentů 204, kteří se vyjádřili kdy nejčastěji edukují pacienta a mohli uvést několik možností, z celkového počtu 481 odpovědí (100 %) ve 165 odpovědích (34, 3 %) bylo uvedeno, že respondenti edukují pacienta během celé jeho hospitalizace ve 142 odpovědích (29, 5 %) bylo uvedeno, že respondenti edukují pacienta při příjmu na oddělení, ve 100 odpovědích (20, 8 %) bylo uvedeno, že respondenti edukují pacienta před vyšetřením, operací nebo zákrokem, ve 69 odpovědích (14, 4 %) bylo uvedeno, že respondenti edukují pacienta na základě požádání lékaře nebo pacienta a v 5 odpovědích (1 %) bylo uvedené, že respondenti pacienta needukují.

Tabulka 46 Vyjádření názoru na důležitost edukace

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	162	79,4	79,4	79,4
Spíše ano	27	13,3	13,2	92,6
Těžko rozhodnout	7	3,4	3,4	96,1
Spíše ne	6	2,9	2,9	99,0
Ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

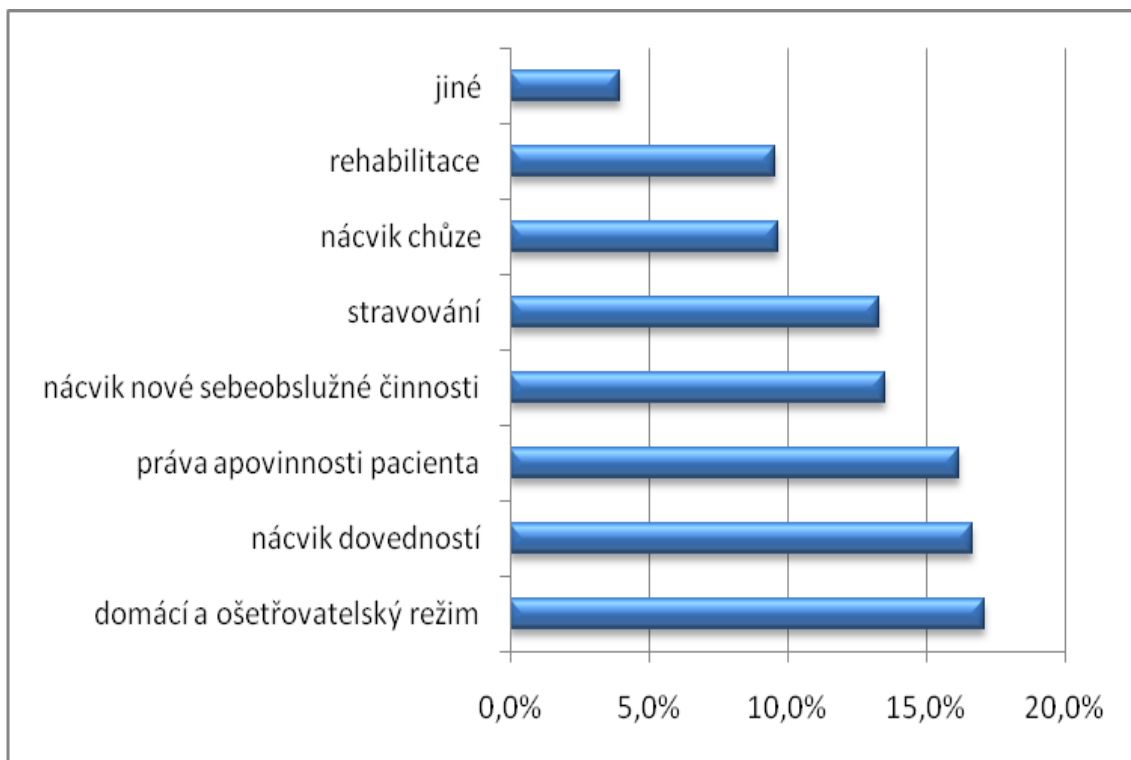
Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) považuje 162 respondentů (79, 4 %) edukaci za důležitou, 27 respondentů (13, 3 %) považuje edukaci za spíše důležitou, 7 respondentů (3, 4 %) se těžko rozhoduje, 6 respondentů (2, 9 %) edukaci spíše nepovažuje za důležitou a 2 respondenti (1 %) nepovažují edukaci za důležitou.

Tabulka 47 Názor sester na důležitost edukace - konkrétně

Lepší spolupráce pacienta	64	20, 6 %
Lepší informovanost pacienta	59	19 %
Rychlejší uzdravení pacienta	38	12, 2 %
Podíl pacienta na péči o své zdraví	36	11,6 %
Edukace je součást ošetrovatelské péče o pacienta	30	9, 6 %
Důležitá součást výsledku léčby	28	9 %
Kontakt s pacientem – objasňování průběhu ošetrovatelské péče	28	9 %
Prevence rizikového chování pacienta vzhledem ke svému zdraví	16	5, 1 %
Jiné	10	3, 3 %
Nemám čas, needukuji pacienta	2	0, 6 %
Celkem	311	100 %

Z celkového počtu 204 respondentů, kteří mohli uvést několik možností k vyjádření svého názoru na důležitost edukace pacienta z celkového počtu 311 názorů (100 %) v 64 odpovědích (20, 6 %) respondenti uvedli, že důležitost edukace vidí v lepší spolupráci pacienta, v 59 odpovědích (19 %) respondenti uvedli, že důležitost edukace vidí v lepší informovanosti pacienta, v 38 odpovědích (12, 2 %) respondenti uvedli, že důležitost edukace vidí vzhledem k rychlejšímu uzdravení pacienta, v 36 odpovědích (11, 6 %) respondenti uvedli, že důležitost edukace vidí v podílu pacienta na péči o své zdraví, v 30 odpovědích (9, 6 %) respondenti uvedli, že důležitost edukace vidí v tom, že edukace je důležitá součást ošetrovatelské péče o pacienta, v 28 odpovědích (9 %) respondenti uvedli, že důležitost edukace vidí v tom, že je důležitá součást výsledků léčby, v 28 odpovědích (9 %) respondenti uvedli, že důležitost edukace vidí, že jejím prostřednictvím udržují kontakt s pacientem vzhledem k vysvětlování a objasňování celého průběhu ošetrovatelské péče, v 16 odpovědích (5, 1 %) respondenti uvedli, že důležitost edukace vidí v prevenci rizikového chování pacienta vzhledem ke svému zdraví, v 10 odpovědích (3, 3 %) respondenti uvedli, že důležitost edukace vidí v jiných oblastech a 2 respondenti (0, 6 %) uvedli, že needukují pacienta, protože nemají čas.

Graf 7 Nejčastější oblasti edukace



Z celkového počtu 204 respondentů, kteří mohli uvést několik možností, kterými specifikují nejčastější oblasti edukace pacienta z celkového počtu 858 odpovědí (100 %) v 147 odpovědích (17, 1 %) respondenti uvedli, že edukují pacienta o domácím a ošetrovatelském režimu, ve 143 odpovědích (16, 7 %) respondenti uvedli, že edukují pacienta vzhledem k nácviku nových dovedností, v 139 odpovědích (16, 2 %) respondenti uvedli, že edukují pacienta o jeho právech a povinnostech, v 116 odpovědích (13, 5 %) respondenti uvedli, že edukují pacienta vzhledem k nácviku nové sebeobslužné činnosti, v 114 odpovědích (13, 3 %) respondenti uvedli, že edukují pacienta v oblasti stravování, v 83 odpovědích (9, 7 %) respondenti uvedli, že edukují pacienta vzhledem k nácviku chůze, v 82 odpovědích (9, 6 %) respondenti uvedli, že edukují pacienta vzhledem k rehabilitaci a v 34 odpovědích (4 %) respondenti uvedli, že edukují pacienta v jiné oblasti.

Tabulka 48 Podílení se na tvorbě standardů pro poskytování ošetrovatelské péče

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	30	14,7	14,7	14,7
Spíše ano	23	11,3	11,3	26,0
Těžko rozhodnout	3	1,5	1,5	27,5
Spíše ne	63	30,8	30,8	58,3
Ne	85	41,7	41,7	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 30 respondentů (14, 7 %) se podílelo osobně na vytváření standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, 23 respondentů (11, 3 %) se spíše podílelo na vytváření standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, 3 respondenti (1, 5 %) se nemohli rozhodnout, 63 respondentů (30, 8 %) se spíše nepodílelo na tvorbě standardů pro poskytování ošetrovatelské péče a 85 respondentů (41, 7 %) se nepodílelo na tvorbě standardů pro poskytování ošetrovatelské péče.

Tabulka 49 Přínos standardů při poskytování ošetrovatelské péče dle názoru sester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	90	44,1	44,1	66,2
Spíše ano	45	22,1	22,1	22,1
Těžko rozhodnout	39	19,1	19,1	85,3
Spíše ne	26	12,7	12,7	98,0
Ne	4	2,0	2,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 90 respondentů (44, 1 %) pociťuje přínos standardů při poskytování ošetrovatelské péči, 45 respondentů (22, 1 %) spíše pociťuje přínos standardů při poskytování ošetrovatelské péči pociťuje, 39 respondentů (19, 1 %) se nemůže rozhodnout, 26 respondentů (12, 7 %) spíše nepociťuje přínos standardů při poskytování ošetrovatelské péči a 4 respondenti (2 %) nepociťují pociťuje přínos standardů při poskytování ošetrovatelské péči.

Tabulka 50 Jednoduchost aplikace standardů do praxe dle sester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	7	3,4	3,4	3,4
Spíše ano	80	39,2	39,2	42,6
Těžko rozhodnout	69	33,8	33,8	76,5
Spíše ne	42	20,7	20,7	97,1
Ne	6	2,9	2,9	100,0
Total	204	100,0	100,0	

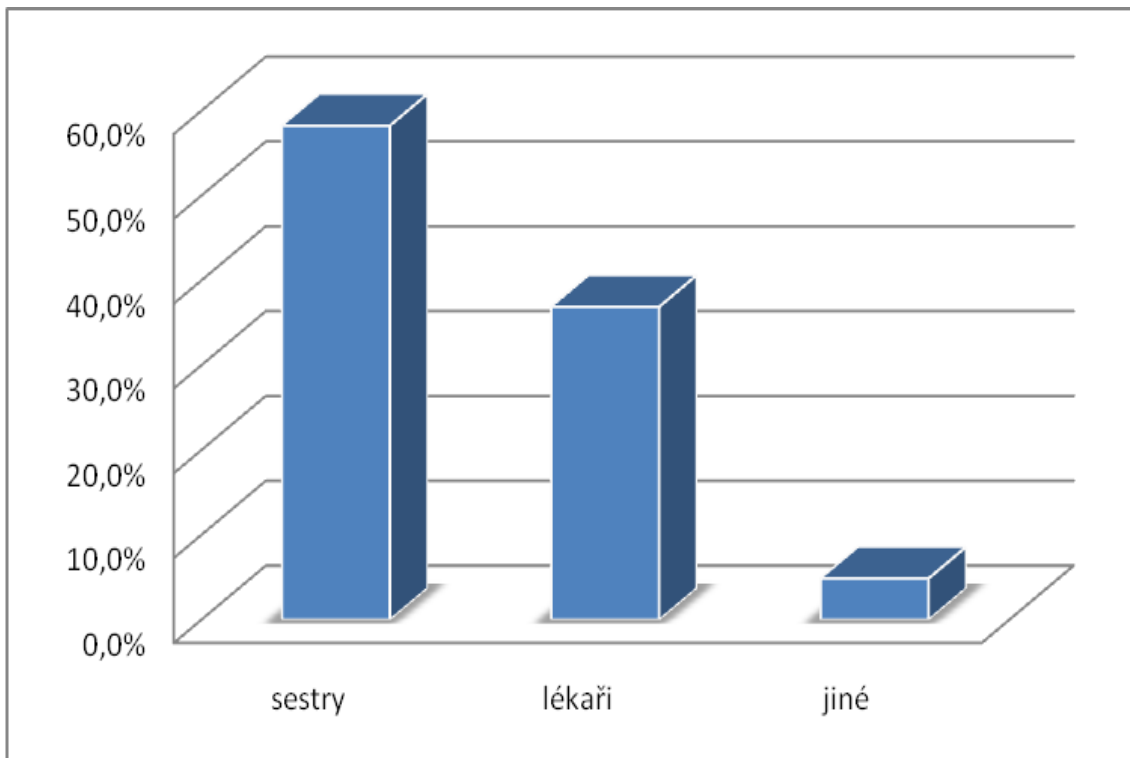
Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 7 respondentů (3, 4 %) uvedlo, že bylo jednoduché aplikovat standardy do praxe na jejich oddělení, 80 respondentů (39, 2 %) uvedlo, že bylo spíše jednoduché aplikovat standardy do praxe na jejich oddělení, 69 respondentů (33, 8 %) se nemohlo rozhodnout, 42 respondentů (20, 7 %) uvedlo, že spíše nebylo jednoduché aplikovat standardy do praxe na jejich oddělení a 6 respondentů (2, 9 %) uvedlo, že nebylo jednoduché aplikovat standardy do praxe na jejich oddělení.

Tabulka 51 Zkvalitnění péče o pacienta po zavedení standardů dle názoru sester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	37	18,1	18,1	18,1
Spíše ano	56	27,5	27,5	45,6
Těžko rozhodnout	53	26,0	26,0	71,6
Spíše ne	41	20,1	20,1	91,7
Ne	17	8,3	8,3	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 37 respondentů (18, 1 %) si myslí, že péče o pacienta se zkvalitnila po zavedení standardů pro ošetrovatelskou péči do praxe, 56 respondentů (27, 5 %) si myslí, že péče o pacienta se spíše zkvalitnila po zavedení standardů pro ošetrovatelskou péči do praxe, 53 respondentů (26 %) se nemohlo rozhodnout, 41 respondentů (20, 1 %) si myslí, že péče o pacienta se spíše nezqualitnila po zavedení standardů pro ošetrovatelskou péči do praxe a 17 respondentů (8, 3 %) si myslí, že péče o pacienta se nezqualitnila po zavedení standardů pro ošetrovatelskou péči do praxe.

Graf 8 Komplikace při zavádění standardů pro ošetrovatelskou péči do praxe



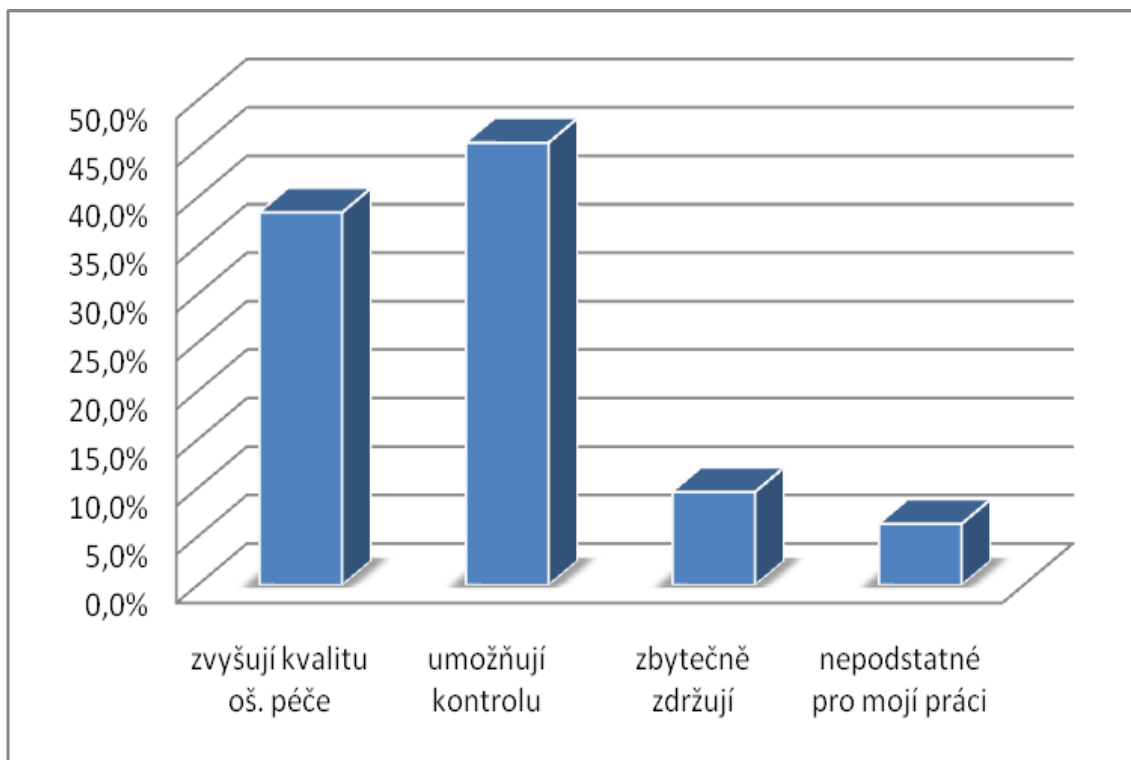
Z celkového počtu 67 respondentů, kteří uvedli, že si pamatují na komplikace při zavádění standardů pro ošetrovatelskou péči do praxe a mohli uvést více možností, bylo z celkového počtu 103 odpovědí (100%) v 60 odpovědích (58,3%) uvedené komplikace ze strany sester, v 38 odpovědích (36,9 %) uvedené komplikace ze strany lékařů a 5 odpovědích (4,8 %) uvedené jiné komplikace při zavádění standardů pro ošetrovatelskou péči do praxe.

Tabulka 52 Konkrétní problémy při zavádění standardů ošetrovatelské péče do praxe

Komplikace ze strany lékařů	38	100 %
Považování standardů za zbytečnost	16	42, 1 %
Nedůvěra ke standardům ošetrovatelské péče	9	23, 7 %
Nespokojenost se změnami	7	18, 4 %
Celkový negativní postoj	6	15, 8 %
Komplikace ze strany sester	60	100 %
Neochota přijímat nové a neznámé věci	25	41, 7 %
Nespokojenost se změnami	18	30 %
Strach z rostoucí administrativy	13	21, 7 %
Celkové obavy	4	6, 6 %

Z celkového počtu 67 respondentů, kteří uvedli komplikace při zavádění standardů ošetrovatelské péče do praxe a mohli uvést několik odpovědí, z celkového počtu 103 odpovědí, ve kterých 38 odpovědí se týkalo komplikací ze strany lékařů (100 %) v 16 odpovědích (42, 1 %) respondenti uvedli, že komplikací ze strany lékařů při zavádění standardů ošetrovatelské péče bylo považování standardů ošetrovatelské péče za zbytečnost, v 9 odpovědích (23, 7 %) respondenti uvedli, že komplikací byla nedůvěra ke standardům ošetrovatelské péče, v 7 odpovědích (18, 4 %) respondenti uvedli, že komplikací byla nespokojenost se změnami, v 6 odpovědích (15, 8 %) respondenti uvedli, že komplikací byl celkový negativní postoj. Z celkového počtu 60 odpovědí (100 %), které se týkaly komplikací a problémů ze strany sester při zavádění standardů ošetrovatelské péče do praxe v 25 odpovědích (41, 7 %) respondenti uvedli, že komplikací ze strany sester při zavádění standardů ošetrovatelské péče byla neochota přijímat nové věci, v 18 odpovědích (30 %) respondenti uvedli, že komplikací ze strany sester při zavádění standardů ošetrovatelské péče byla nespokojenost se změnami, v 13 odpovědích (21, 7 %) respondenti uvedli, že komplikací ze strany sester při zavádění standardů ošetrovatelské péče byl strach z rostoucí administrativy, ve 4 odpovědích (6, 6 %) respondenti uvedli, že komplikací ze strany sester při zavádění standardů ošetrovatelské péče byly celkové obavy.

Graf 9 Názor na standardy pro poskytování ošetrovatelské péče



Z celkového počtu 204 respondentů, kteří vyjádřili svůj názor na standardy pro poskytování ošetrovatelské péče a mohli uvést několik možností, z celkového počtu 333 odpovědí (100 %), v 152 odpovědích (45, 6 %) si respondenti myslí, že standardy pro ošetrovatelskou péči umožňují kontrolu dodržování stanovených postupů ošetrovatelské péče, v 128 odpovědích (38, 4 %) si respondenti myslí, že standardy pro poskytování ošetrovatelské péče zvyšují kvalitu ošetrovatelské péče ve 32 odpovědích (9, 6 %) si respondenti myslí, že standardy zbytečně zdržují a odvádějí pozornost od pacienta a v 21 odpovědích (6, 4 %) si respondenti myslí, že ošetrovatelské standardy jsou jen další administrativa, nepodstatná pro jejich práci.

Tabulka 53 Názor sester na důležitost standardů při poskytování ošetrovatelské péče

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Ano	165	80,8	80,8	80,9
Spíše ano	32	15,7	15,7	96,6
Těžko rozhodnout	5	2,5	2,5	99,0
Spíše ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0	

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %) 165 respondentů (80, 8 %) uvedlo, že považuje standardy pro poskytování ošetrovatelské péče za důležité, 32 respondentů (15, 7 %) uvedlo, že spíše považuje standardy pro poskytování ošetrovatelské péče za důležité, 5 respondentů (2, 5 %) se nemohlo rozhodnout, 2 respondenti (1 %) uvedli, že spíše nepovažují standardy pro poskytování ošetrovatelské péče za důležité a žádný respondent neuvedl, že nepovažuje standardy pro poskytování ošetrovatelské péče za důležité.

Tabulka 54 Názor sester na důležitost standardů ošetrovatelské péče

Jednotný postup	89	14, 9 %
Zvýšení kvality ošetrovatelské péče	82	13, 8 %
Zdroj informací	76	12, 8 %
Kontrola ošetrovatelské péče	75	12, 6 %
Možnost osobní kontroly při pochybnostech	73	12, 2 %
Předcházení chybám a omylům	69	11, 6 %
Nepotřebuji standardy při své práci	53	8, 9 %
Dodržování standardů – právní ochrana sestry	28	4, 7 %
Zvyšování odbornosti a profesionality při poskytování ošetrovatelské péče	26	4, 4 %
Jiné	25	4, 1 %
Celkem	596	100 %

Z celkového počtu 204 respondentů, kteří vyjádřili svůj názor na důležitost standardů týkajících se poskytování ošetrovatelské péče a mohli uvést několik odpovědí, z celkového počtu 596 odpovědí (100 %) v 89 odpovědích (14, 9 %) respondenti uvedli, že jejich důležitost vidí v jednotném postupu při poskytování ošetrovatelské péče, v 82 odpovědích (13, 8 %) ve zvýšení kvality poskytované ošetrovatelské péče, v 76 odpovědích (12, 8 %) respondenti uvedli, že jejich důležitost vidí v tom, že standardy považují za zdroj informací, v 75 odpovědích (12, 6 %) respondenti uvedli, že jejich důležitost vidí v tom, že umožňují kontrolu ošetrovatelské péče, v 73 odpovědích (12, 2 %) respondenti uvedli, že jejich důležitost vidí v tom, že umožňují osobní kontrolu správnosti poskytované ošetrovatelské péče při pochybnostech, v 69 odpovědích (11, 6 %) respondenti uvedli, že díky nim předchází chybám a omylům při poskytování ošetrovatelské péče, v 53 odpovědích (8, 9 %) respondenti uvedli, že nevidí jejich důležitost, protože je při své práci nepotřebují, v 28 odpovědích (4, 7 %) respondenti uvedli, že jejich dodržování jim zajistí právní ochranu, v 26 odpovědích (4, 4 %) respondenti uvedli, že jejich důležitost vidí ve zvyšování odbornosti a profesionality při poskytování ošetrovatelské péče a v 25 odpovědích (4, 1 %) respondenti uvedli, že jejich důležitost vidí v jiných oblastech.

4.2 Výsledky dotazníkového šetření - popisná statistika (třídění druhého stupně)

Kontingenční tabulka 1 Délka praxe – Problémy s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace

Count		Délka praxe				Total
		Méně než 5 let	6 – 10 let	11 – 20 let	21 let a více	
Problémy s vedením ošetrovatelské dokumentace	Ano	4 17,4 %	5 21,7 %	4 17,4 %	10 43,5 %	23 100 %
	Spíše ano	5 16,1 %	3 9,7 %	9 29 %	14 45,2 %	31 100 %
	Těžko rozhodnout	1 5,3 %	3 15,8 %	10 52,6 %	5 26,3 %	19 100 %
	Spíše ne	12 16 %	16 21,3 %	12 16 %	35 46,7 %	75 100 %
	Ne	12 21,4 %	13 23,3 %	11 19,6 %	20 35,7 %	56 100 %
	Total	34 16,7 %	40 19,6 %	46 22,5 %	84 41,2 %	204 100%

Z celkového počtu 23 respondentů (100 %), kteří uvedli, že mají problém s vedením ošetrovatelské dokumentace, bylo 10 respondentů (43,5 %) s délkou praxe 21 let a více, 5 respondentů (21,7 %) s délkou praxe 6 – 10 let, 4 respondenti (17,4 %) s délkou praxe méně než 5 let a 4 respondenti (17,4 %) s délkou praxe 11 – 20 let.

Z celkového počtu 31 respondentů (100 %), kteří uvedli, že spíše mají problém s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace, bylo 14 respondentů (45,2 %) s délkou praxe 21 let a více, 9 respondentů (29 %) s délkou praxe 11 – 20 let, 5 respondentů (16,1 %) s délkou praxe méně než 5 let a 3 respondenti (9,7 %) s délkou praxe 6 – 10 let).

Z celkového počtu 19 respondentů (100 %), kteří uvedli, že se nemůžou rozhodnout, bylo 10 respondentů (52,6 %) s délkou praxe 11 – 20 let, 5 respondentů (26,3 %) s délkou praxe 21 let a více, 3 respondenti (15,8 %) s délkou praxe 6 – 10 let a 1 respondent (5,3 %) s délkou praxe méně než 5 let.

Z celkového počtu 75 respondentů (100 %), kteří uvedli, že spíše nemají problém s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace, bylo 35 respondentů (46, 7 %) s délkou praxe 21 let a více, 16 respondentů (21,3 %) se s délkou praxe 6 – 10 let, 12 respondentů (16 %) s délkou praxe méně než 5 let a 12 respondentů (16 %) s délkou praxe 11 – 20 let.

Z celkového počtu 56 respondentů (100 %), kteří uvedli, že nemají problémy s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace, bylo 20 respondentů (35, 7 %) s délkou praxe 21 let a více, 13 respondentů (23, 3 %) s délkou praxe 6 – 10 let, 12 respondentů (21, 4 %) s délkou praxe méně než 5 let a 11 respondentů (19, 6 %) s délkou praxe 11 – 20 let.

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %), kteří se vyjádřili k problémům s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace, bylo 84 respondentů (41, 2 %) s délkou praxe 21 let a více, 46 respondentů (22, 5 %) s délkou praxe 11 – 20 let, 40 respondentů (19, 6 %) s délkou praxe 6 – 10 let a 34 respondentů (16, 7 %) s délkou praxe méně než 5 let.

Kontingenční tabulka 2 Pracovní zařazení – Problémy s řádným vedením

ošetřovatelské dokumentace

Count						
		Pracovní zařazení				
		Sestra u lůžka	Staniční sestra	Vrchní sestra	Jiné	Total
Problémy s vedením ošetřovatelské dokumentace	Ano	14 60,9 %	7 30,4 %	2 8,7 %	0 0 %	23 100 %
	Spíše ano	25 80,7 %	4 12,9 %	1 3,2 %	1 3,2 %	31 100 %
	Těžko rozhodnout	17 89,5 %	0 0 %	1 5,3 %	1 5,3 %	19 100 %
	Spíše ne	44 58,7 %	17 22,7 %	10 13,3 %	4 5,3 %	75 100 %
	Ne	43 76,8 %	10 17,9 %	2 3,5 %	1 1,8 %	56 100 %
	Total	143 70,1 %	38 18,6 %	16 7,8 %	7 3,5 %	204 100 %

Z celkového počtu 23 respondentů (100 %), kteří uvedli, že mají problém s řádným vedením ošetřovatelské dokumentace, bylo 14 respondentů (60,9 %) v pracovním zařazení jako sestra lůžkového oddělení, 7 respondentů (30,4 %) pracuje jako staniční sestra, 2 (8,7 %) respondenti pracují jako vrchní sestra a žádný z respondentů neuvedl jiné pracovní zařazení.

Z celkového počtu 31 respondentů (100 %), kteří uvedli, že spíše mají problémy s řádným vedením ošetřovatelské dokumentace, bylo 25 respondentů (80,7 %) v pracovním zařazení jako sestra u lůžka, 4 respondenti (12,9 %) pracují jako staniční sestra, 1 respondent (3,2 %) pracuje jako vrchní sestra a 1 respondent (3,2 %) uvedl jiné pracovní zařazení.

Z celkového počtu 19 respondentů (100 %), kteří se nemohli rozhodnout, bylo 17 respondentů (89,5 %) v pracovním zařazení jako sestra u lůžka, 1 respondent (5,3 %) pracuje jako vrchní sestra a 1 respondent (5,3 %) uvedl jiné pracovní zařazení.

Z celkového počtu 75 respondentů (100 %), kteří uvedli, že spíše nemají problémy s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace, bylo 44 respondentů (58, 7 %) v pracovním zařazení jako sestra u lůžka, 17 respondentů (22, 7 %) pracuje jako staniční sestra, 10 respondentů (13, 3 %) pracuje jako vrchní sestra a 4 respondenti (5, 3 %) uvedli jiné pracovní zařazení.

Z celkového počtu 56 respondentů (100 %), kteří uvedli, že nemají problémy s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace, bylo 43 respondentů (76, 8 %) v pracovním zařazení jako sestra u lůžka, 10 respondentů (17, 9 %) pracuje jako staniční sestra, 2 respondenti (3, 5 %) pracují jako vrchní sestra a 1 respondent (1, 8 %) uvedl jiné pracovní zařazení.

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %), kteří se vyjádřili k problémům s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace, bylo 143 respondentů (70, 1 %) v pracovním zařazení jako sestra lůžkového oddělení, 38 respondentů (18, 6 %) pracuje jako staniční sestra, 16 respondentů (7, 8 %) pracuje jako vrchní sestra a 7 respondentů (3, 5 %) uvedlo jiné pracovní zařazení.

Kontingenční tabulka 3 Vzdělání – Důležitost edukace dle sester

Count								
		Nejvyšší dosažené vzdělání						
		SŠ maturita	SŠ+ PSS	Vyšší odborné	VŠ Bc.	VŠ Mgr.	Special.	Total
Důležitost edukace dle sester	Ano	65 40,1 %	50 30,9 %	21 13 %	24 14,8 %	1 0,6 %	1 0,6 %	162 100 %
	Spíše ano	13 48,1 %	10 37 %	3 11,2 %	0 0 %	1 3,7 %	0 0 %	27 100 %
	Těžko rozhodnout	2 28,6 %	3 42,8 %	0 0 %	1 14,3 %	0 0 %	1 14,3 %	7 100 %
	Spíše ne	3 50 %	0 0 %	3 50 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	6 100 %
	Ne	1 50 %	1 50 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 100 %
	Total	84 41,2 %	64 31,3 %	27 13,2 %	25 12,3 %	2 1 %	2 1 %	204 100 %

Z celkového počtu 162 respondentů (100 %), kteří uvedli, že považují edukaci za důležitou, mělo 65 respondentů (40,1 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 50 respondentů (30,9 %) středoškolské vzdělání s maturitou a PSS, 24 respondentů (14,8 %) vysokoškolské vzdělání – Bc, 21 respondentů (13 %) vyšší odborné vzdělání, 1 respondent (0,6 %) vysokoškolské vzdělání – Mgr. a 1 respondent (0,6 %) specializační vzdělání.

Z celkového počtu 27 respondentů (100 %), kteří uvedli, že spíše považují edukaci za důležitou, mělo 13 respondentů (48,1 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 10 respondentů (37 %) středoškolské vzdělání s maturitou a PSS, 3 respondenti (11,2 %) vyšší odborné vzdělání, 1 respondent (3,7 %) vysokoškolské vzdělání – Mgr.

Z celkového počtu 7 respondentů (100 %), kteří se nemohli rozhodnout, měli 3 respondenti (42,8 %) středoškolské vzdělání s maturitou a PSS, 2 respondenti (28,6 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 1 respondent (14,3 %) vysokoškolské vzdělání – Bc. a 1 respondent (14,3 %) specializační vzdělání.

Z celkového počtu 6 respondentů (100 %), kteří uvedli, že spíše nepovažují edukaci za důležitou, měli 3 respondenti (50 %) středoškolské vzdělání s maturitou a 3 respondenti (50 %) vyšší odborné vzdělání.

Z celkového počtu 2 respondentů (100 %), kteří uvedli, že nepovažují edukaci za důležitou, měl 1 respondentů (50 %) středoškolské vzdělání s maturitou a 1 respondentů (50 %) středoškolské vzdělání s maturitou a PSS.

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %), kteří se vyjádřili k důležitosti edukce, mělo 84 respondentů (41, 2 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 64 respondentů (31, 3 %) středoškolské vzdělání s maturitou a PSS, 27 respondentů (13, 2 %) vyšší odborné vzdělání, 25 respondentů (12, 3 %) vysokoškolské vzdělání – Bc. , 2 respondenti (1 %) vysokoškolské vzdělání – Mgr. a 2 respondenti (1 %) specializační vzdělání.

Kontingenční tabulka 4 Délka praxe – Důležitost edukace dle sester

Count						
		Délka praxe				
		Méně než 5 let	6 – 10 let	11 – 20 let	21 let a více	Total
Důležitost edukace dle sester	Ano	25 15,4 %	34 21 %	34 21 %	69 42,6 %	162 100 %
	Spíše ano	6 22,2 %	4 14,8 %	8 29,5 %	9 33,3 %	27 100 %
	Těžko rozhodnout	1 14,3 %	1 14,3 %	2 28,6 %	3 42,8 %	7 100 %
	Spíše ne	2 33,3 %	1 16,7 %	2 33,3 %	1 16,7 %	6 100 %
	Ne	0 0 %	0 0 %	0 0 %	2 100 %	2 100 %
	Total	34 16,7 %	40 19,6 %	46 22,5 %	84 41,2 %	204 100 %

Z celkového počtu 162 respondentů (100 %), kteří považují edukaci za důležitou, bylo 69 respondentů (42,6 %) s délkou praxe 21 let a více, 34 respondentů (21 %) s délkou praxe 11- 20 let, 34 respondentů (21 %) s délkou praxe 6 – 10 let a 25 respondentů (15,4 %) s délkou praxe méně než 5 let.

Z celkového počtu 27 respondentů (100 %), kteří spíše považují edukaci za důležitou, bylo 9 respondentů (33,3 %) s délkou praxe 21 let a více, 8 respondentů (29,5 %) s délkou praxe 11- 20 let, 6 respondentů (22,2 %) s délkou praxe méně než 5 let a 4 respondenti (14,8 %) s délkou praxe 6 – 10 let.

Z celkového počtu 7 respondentů (100 %), kteří se nemohli rozhodnout, byli 3 respondenti (42,8 %) s délkou praxe 21 let a více, 2 respondenti (28,6 %) s délkou praxe 11- 20 let, 1 respondent (14,3 %) s délkou praxe 6 – 10 let a 1 respondent (14,3 %) s délkou praxe méně než 5 let.

Z celkového počtu 6 respondentů (100 %), kteří spíše nepovažují edukaci za důležitou, byli 2 respondenti (33,3 %) s délkou praxe méně než 5 let, 2 respondenti (33,3 %) s délkou

praxe 11- 20 let, 1 respondent (16, 7 %) s délkou praxe 6 – 10 let a 1 respondent (16, 7 %) s délkou praxe 21 let a více.

Z celkového počtu 2 respondentů (100 %), kteří nepovažují edukaci za důležitou, byli 2 respondenti (100 %) s délkou praxe 21 let a více.

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %), kteří se vyjádřili k důležitosti edukace, bylo 84 respondentů (41, 2 %) s délkou praxe 21 let a více, 46 respondentů (22, 5 %) s délkou praxe 11- 20 let, 40 respondentů (19, 6 %) s délkou praxe 6 – 10 let a 34 respondentů (16, 7 %) s délkou praxe méně než 5 let.

Kontingenční tabulka 5 Pracovní zařazení – Osobní podíl na tvorbě ošetrovatelských standardů

Count		Pracovní zařazení				
		Sestra u lůžka	Staniční sestra	Vrchní sestra	Jiné	Total
Osobní podíl na tvorbě ošetrovatelských standardů	Ano	9 30 %	15 50 %	4 13,3 %	2 6,7 %	30 100 %
	Spíše ano	10 43,5 %	7 30,4 %	5 21,8 %	1 4,3 %	23 100 %
	Těžko rozhodnout	3 100 %	0 0 %	0 0 %	0 0 %	3 100 %
	Spíše ne	49 77,8 %	9 14,3 %	4 6,3 %	1 1,6 %	63 100 %
	Ne	72 84,7 %	7 8,3 %	3 3,5 %	3 3,5 %	85 100 %
	Total		143 70,1 %	38 18,6 %	16 7,8 %	7 3,5 %

Z celkového počtu 30 respondentů (100 %), kteří se osobně podíleli na vytváření standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, 15 respondentů (50 %) pracuje jako staniční sestra, 9 respondentů (30 %) bylo v pracovním zařazení jako sestra lůžkového oddělení, 4 respondenti (13,3 %) pracují jako vrchní sestra a 2 respondenti (6,7 %) uvedli jiné pracovní zařazení.

Z celkového počtu 23 respondentů (100 %), kteří se osobně spíše podíleli na vytváření standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, 10 respondentů (43,5 %) bylo v pracovním zařazení jako sestra lůžkového oddělení, 7 respondentů (30,4 %) pracuje jako staniční sestra, 5 respondentů (21,8 %) pracuje jako vrchní sestra a 1 respondent (4,3 %) uvedl jiné pracovní zařazení.

Z celkového počtu 3 respondentů (100 %), kteří se nemohli rozhodnout, 3 respondenti (100 %) byli v pracovním zařazení jako sestra lůžkového oddělení.

Z celkového počtu 63 respondentů (100 %), kteří se osobně spíše nepodíleli na vytváření standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, 49 respondentů (77, 8 %) bylo v pracovním zařazení jako sestra lůžkového oddělení, 9 respondentů (14, 3 %) pracuje jako staniční sestra, 4 respondentů (6, 3 %) pracují jako vrchní sestra a 1 respondent (1, 6 %) uvedl jiné pracovní zařazení.

Z celkového počtu 85 respondentů (100 %), kteří se osobně nepodíleli na vytváření standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, 72 respondentů (84, 7 %) bylo v pracovním zařazení jako sestra lůžkového oddělení, 7 respondentů (8, 3 %) pracuje jako staniční sestra, 3 respondenti (3, 5 %) pracují jako vrchní sestra a 3 respondenti (3, 5 %) uvedli jiné pracovní zařazení.

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %), kteří se vyjádřili v otázce osobního podílu na vytváření standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, 143 respondentů (70, 1 %) bylo v pracovním zařazení jako sestra lůžkového oddělení, 38 respondentů (18, 6 %) pracuje jako staniční sestra, 16 respondentů (7, 8 %) pracuje jako vrchní sestra a 7 respondentů (3, 5 %) uvedlo jiné pracovní zařazení.

Kontingenční tabulka 6 Vzdělání - Přínos standardů při poskytování ošetrovatelské péče dle názoru sester

Count								
		Nejvyšší dosažené vzdělání						
		SŠ maturita	SŠ+ PSS	Vyšší odborné	VŠ Bc.	VŠ Mgr.	Special.	Total
Přínos standardů při poskytování ošetrovatelské péče dle názoru sester	Ano	15 33, 3 %	18 40 %	3 6, 7 %	9 20 %	0 0 %	0 0 %	45 100 %
	Spíše ano	36 40 %	26 28, 9 %	19 21, 1 %	9 10 %	0 0 %	0 0 %	90 100 %
	Těžko rozhodnout	17 43, 6 %	14 35, 9 %	2 5, 1 %	3 7, 7 %	2 5, 1 %	1 2, 6 %	39 100 %
	Spíše ne	14 53, 8 %	5 19, 2 %	3 11, 6 %	3 11, 6 %	0 0 %	1 3, 8 %	26 100 %
	Ne	2 50 %	1 25 %	0 0 %	1 25 %	0 0 %	0 0 %	4 100 %
	Total	84 41, 2 %	64 31, 3 %	27 13, 2 %	25 12, 3 %	2 1 %	2 1 %	204 100 %

Z celkového počtu 45 respondentů (100 %), kteří pocítují přínos standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, mělo 18 respondentů (40 %) středoškolské vzdělání s maturitou a PSS, 15 respondentů (33, 3 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 9 respondentů (20 %) vysokoškolské vzdělání – Bc. a 3 respondenti (6, 7 %) vyšší odborné vzdělání.

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %), kteří spíše pocítují přínos standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, mělo 36 respondentů (40 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 26 respondentů (28, 9 %) středoškolské vzdělání s maturitou a PSS, 19 respondentů (21, 1 %) vyšší odborné vzdělání, 9 respondentů (10 %) vysokoškolské vzdělání – Bc.

Z celkového počtu 39 respondentů (100 %), kteří se nemohli rozhodnout, mělo 17 respondentů (43, 6 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 14 respondentů (35, 9 %)

středoškolské vzdělání s maturitou a PSS, 3 respondenti (7, 7 %) vysokoškolské vzdělání – Bc. , 2 respondenti (5, 1 %) vyšší odborné vzdělání, 2 respondenti (5, 1 %) vysokoškolské vzdělání – Mgr. a 1 respondent (2, 6 %) specializační vzdělání.

Z celkového počtu 26 respondentů (100 %), kteří spíše nepocítují přínos standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, mělo 14 respondentů (53, 8 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 5 respondentů (19, 2 %) středoškolské vzdělání s maturitou a PSS, 3 respondenti (11, 6 %) vyšší odborné vzdělání, 3 respondenti (11, 6 %) vysokoškolské vzdělání – Bc. a 1 respondent (3, 8 %) specializační vzdělání.

Z celkového počtu 4 respondentů (100 %), kteří nepocítují přínos standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, měli 2 respondenti (50 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 1 respondent (25 %) středoškolské vzdělání s maturitou a PSS, 1 respondent (25 %) vysokoškolské vzdělání – Bc.

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %), kteří se vyjádřili k přínosu standardů pro poskytování ošetrovatelské péče pro svoji práci, mělo 84 respondentů (41, 2 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 64 respondentů (31, 3 %) středoškolské vzdělání s maturitou a PSS, 27 respondentů (13, 2 %) vyšší odborné vzdělání, 25 respondentů (12, 3 %) vysokoškolské vzdělání – Bc. , 2 respondenti (1 %) vysokoškolské vzdělání – Mgr. a 2 respondenti (1 %) specializační vzdělání.

Kontingenční tabulka 7 Délka praxe - Přínos standardů při poskytování

ošetřovatelské péče dle názoru sester

Count						
		Délka praxe				
		Méně než 5 let	6 – 10 let	11 – 20 let	21 let a více	Total
Přínos standardů při poskytování ošetřovatelské péče dle názoru sester	Ano	7 15, 6 %	12 26, 6 %	9 20 %	17 37, 8 %	45 100 %
	Spíše ano	18 20 %	19 21, 1 %	15 16, 7 %	38 42, 2 %	90 100 %
	Těžko rozhodnout	6 15, 4 %	5 12, 8 %	12 30, 8 %	16 41 %	39 100 %
	Spíše ne	3 11, 5 %	4 15, 4 %	9 34, 6 %	10 38, 5 %	26 100 %
	Ne	0 0 %	0 0 %	1 25 %	3 75 %	4 100 %
	Total	34 16, 7 %	40 19, 6 %	46 22, 5 %	84 41, 2 %	204 100 %

Z celkového počtu 45 respondentů (100 %), kteří pocítují přínos standardů pro poskytování ošetřovatelské péče, bylo 17 respondentů (37, 8 %) s délkou praxe 21 let a více, 12 respondentů (26, 6 %) s délkou praxe 6 – 10 let, 9 respondentů (20 %) s délkou praxe 11- 20 let a 7 respondentů (15, 6 %) s délkou praxe méně než 5 let.

Z celkového počtu 90 respondentů (100 %), kteří spíše pocítují přínos standardů pro poskytování ošetřovatelské péče, bylo 38 respondentů (42, 2 %) s délkou praxe 21 let a více, 19 respondentů (21, 1 %) s délkou praxe 6 – 10 let, 18 respondentů (20 %) s délkou praxe méně než 5 let a 15 respondentů (16, 7 %) s délkou praxe 11- 20 let.

Z celkového počtu 39 respondentů (100 %), kteří se nemohli rozhodnout, bylo 16 respondentů (41 %) s délkou praxe 21 let a více, 12 respondentů (30, 8 %) s délkou

praxe 11- 20 let, 6 respondentů (15, 4 %) s délkou praxe méně než 5 let a 5 respondentů (12, 8 %) s délkou praxe 6 – 10 let.

Z celkového počtu 26 respondentů (100 %), kteří spíše nepocítují přínos standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, bylo 10 respondentů (38, 5 %) s délkou praxe 21 let a více, 9 respondentů (34, 6 %) s délkou praxe 11- 20 let, 4 respondenti (15, 4 %) s délkou praxe 6 – 10 let a 3 respondenti (11, 5 %) s délkou praxe méně než 5 let.

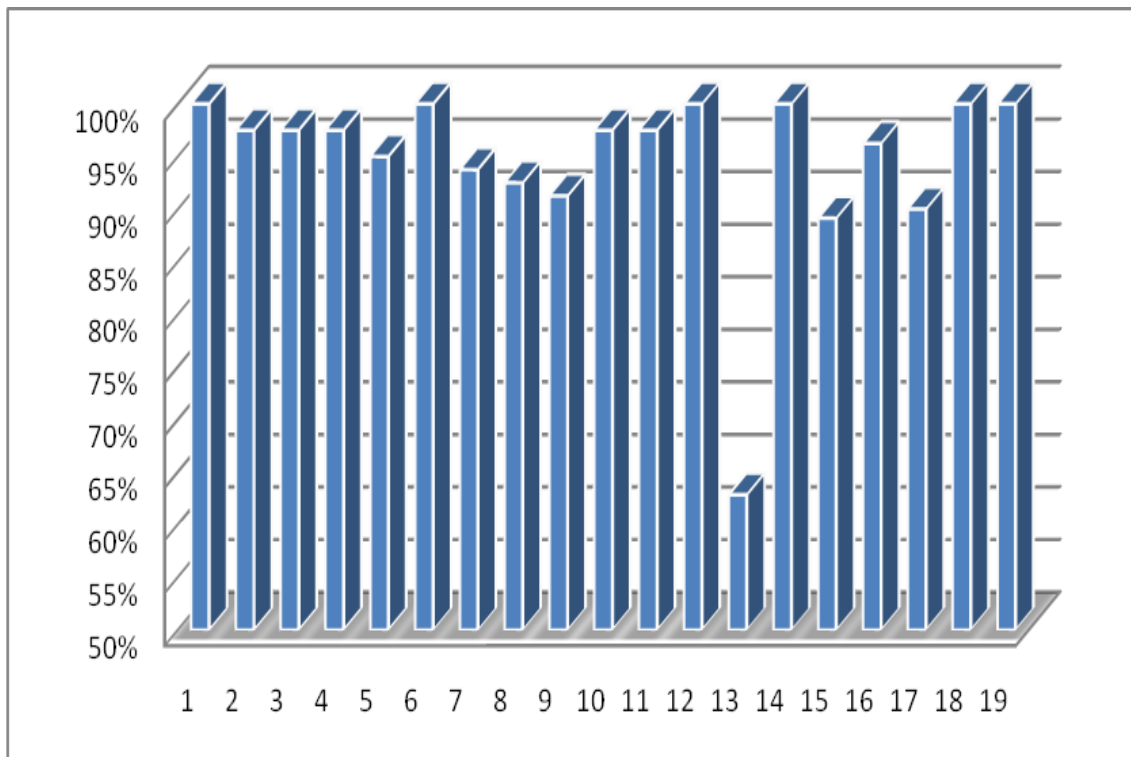
Z celkového počtu 4 respondentů (100 %), kteří nepocítují přínos standardů pro poskytování ošetrovatelské péče, byli 3 respondentů (75 %) s délkou praxe 21 let a více a 1 respondent (25 %) s délkou praxe 11- 20 let.

Z celkového počtu 204 respondentů (100 %), kteří se vyjádřili k přínosu standardů pro poskytování ošetrovatelské péče pro svoji práci, bylo 84 respondentů (41, 2 %) s délkou praxe 21 let a více, 46 respondentů (22, 5 %) s délkou praxe 11- 20 let, 40 respondentů (19, 6 %) s délkou praxe 6 – 10 let a 34 respondentů (16, 7 %) s délkou praxe méně než 5 let.

4.3 Výsledky ošetřovatelského auditu „Komplexnost a úplnost vedení ošetřovatelské dokumentace“

4.3.1 Audit uzavřené ošetřovatelské dokumentace

Graf 10 Vyhodnocení kontrolních kritérií uzavřené ošetřovatelské dokumentace



Kontrolní kritéria auditu:

1. Zápisy sester do ošetřovatelské a lékařské dokumentace
2. Výběr a použití tiskopisů, jejich označení plnou identifikací pacienta
3. Opravy v sesterské části zdravotnické dokumentace: dle směrnice NJH, legislativy
4. Podávání léků - plnění ordinace lékaře
5. Nepodání léku - nesplnění předepsané ordinace
6. Dodržování kontinuity péče o pacienta

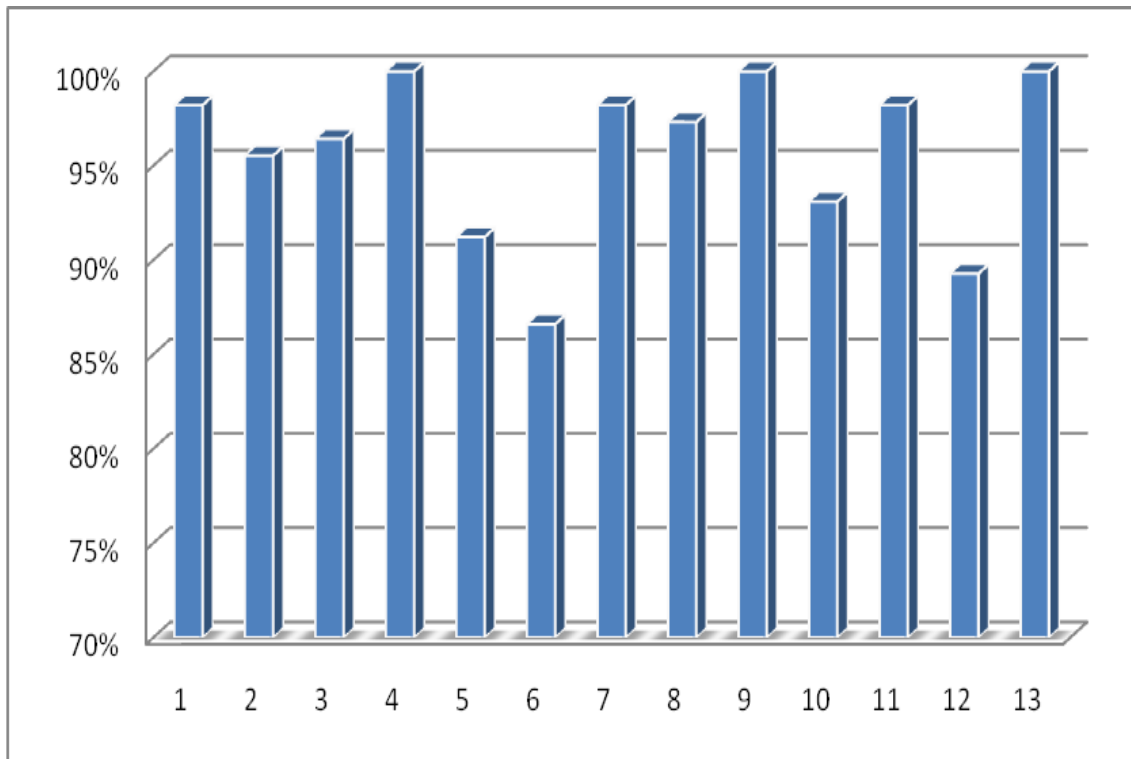
7. Ošetrovatelská anamnéza, interval vyhotovení
8. Ošetrovatelský plán, interval vyhotovení, obsahová náplň
9. Ošetrovatelský plán, formální stránka
10. Realizace ošetrovatelské péče
11. Hodnocení ošetrovatelské péče, formální a obsahová stránka
12. Předoperační péče o pacienta/pacienta před výkonem/transfuzí
13. Pooperační péče o pacienta/o pacienta po vyšetření/po transfuzi
14. Edukace, posouzení potřeb edukace a zápis v ošetrovatelské dokumentaci
15. Překladová ošetrovatelská zpráva
16. Sledování pacientů v riziku: pád, porucha kožní integrity
17. Bolest: záznam, sledování, výběr tiskopisů, zhodnocení VAS
18. Použití omezovacích prostředků
19. Použití zdravotnických prostředků: záznam přístrojové techniky 2. b a vyšší

Audit vyhodnocuje kvalitu ošetrovatelské dokumentace za měsíc leden 2010. Náhodným vygenerováním čísel chorobopisů bylo získaných 40 chorobopisů z 10 oddělení a to dětského, interního, chirurgického, ARO a intenzivní péče, nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. Každý kontrolovaný chorobopis byl vyhodnocený podle jednotlivých kritérií, přičemž splnění sledovaného kritéria bylo označené číslem 1, částečné splnění sledovaného kritéria bylo označené číslem 0, 5 a nesplnění sledovaného kritéria bylo označené číslem 0. Kritérium, které nemohlo být v chorobopise hodnocené, bylo označené „x“. Průměrem byla stanovená úspěšnost jednotlivých sledovaných kritérií v rámci celé nemocnice. Z celkového počtu 40 chorobopisů bylo kritérium, ve kterém se sledovaly zápisy sester do ošetrovatelské a lékařské dokumentace splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledoval výběr a použití tiskopisů, jejich označení plnou identifikací pacienta splněné na 97, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovaly opravy sester v ošetrovatelské a lékařské dokumentaci bylo splněné na 97, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovalo plnění ordinace lékaře, bylo splněné na 97, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovalo nesplnění předepsané

lékařské ordinace bylo splněné na 95 %, kritérium, ve kterém se sledovalo dodržování kontinuity péče o pacienta bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita ošetřovatelské anamnézy bylo splněné na 93, 8 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita vyhotovení ošetřovatelského plánu po obsahové stránce a vzhledem k intervalu vypracování bylo splněné na 92, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita ošetřovatelského plánu vzhledem k formální stránce bylo splněné na 91, 3 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita realizace ošetřovatelského plánu bylo splněné na 97, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita hodnocení ošetřovatelské péče po obsahové i formální stránce bylo splněné na 97, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovala předoperační péče o pacienta, případně péče o pacienta před výkonem nebo transfuzí, bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledovala pooperační péče o pacienta, případně péče o pacienta po výkonu nebo transfuzi, bylo splněné na 62, 8 %, kritérium, ve kterém se sledovala edukace a posouzení potřeb edukace se zápisem v ošetřovatelské dokumentaci, bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita překladové zprávy, bylo splněné na 89, 1 %, kritérium, ve kterém se sledovala péče o pacienty v riziku, bylo splněné na 96, 3 %, kritérium, ve kterém se sledovala ošetřovatelská péče o pacienta s bolestí, bylo splněné na 90 %, kritérium, ve kterém se sledovalo použití omezovacích prostředků u pacienta, bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledoval záznam přístrojové zdravotnické techniky, bylo splněné na 100 %, přičemž o kvalitě naplňování sledovaného požadavku v ošetřovatelské dokumentaci rozhoduje hranice určená na 90%. Celková úspěšnost auditu uzavřené ošetřovatelské dokumentace byla 94, 6 %.

4.3.2 Audit otevřené ošetrovatelské dokumentace

Graf 11 Vyhodnocení kontrolních kritérií otevřené ošetrovatelské dokumentace



Kontrolní kritéria auditu:

1. Zápisy do ZD
2. Podávání léků - plnění ordinace lékaře
3. Nepodání léků - nesplnění předepsané ordinace lékaře
4. Předoperační péče o pacienta nebo o pacienta po vyšetření/ transfuzi
5. Pooperační péče o pacienta, nebo o pacienta po vyšetření/ transfuzi
6. Ošetrovatelská anamnéza, obsahová a formální stránka, časový interval
7. Ošetrovatelský plán, obsahová a formální stránka, časový interval
8. Realizace ošetrovatelské péče
9. Hodnocení ošetrovatelské péče, obsahová a formální stránka

10. Edukace, posouzení potřeb edukace a zápis v ošetrovatelské dokumentaci
11. Překladová ošetrovatelská zpráva, kontinuita ošetrovatelské péče o pacienta
12. Sledování pacientů v riziku/Použití omezovacích prostředků
13. Bolest: záznam, sledování, výběr tiskopisů, zhodnocení VAS
14. Použití zdravotnických prostředků: záznam přístrojové techniky 2.b a vyšší

Audit vyhodnocuje kvalitu ošetrovatelské dokumentace za měsíc leden 2010. Náhodným výběrem přímo na 15 jednotkách, dětských, interních, chirurgických, ARO a intenzivní péče, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s, bylo získaných 56 chorobopisů. Každý kontrolovaný chorobopis byl vyhodnocený podle jednotlivých kritérií, přičemž splnění sledovaného kritéria bylo označené číslem 1, částečné splnění sledovaného kritéria bylo označené číslem 0, 5 a nesplnění sledovaného kritéria bylo označené číslem 0. Kritérium, které nemohlo být v chorobopise hodnocené, bylo označené „x“. Průměrem byla stanovená úspěšnost jednotlivých sledovaných kritérií v rámci celé nemocnice. Z celkového počtu 56 chorobopisů bylo kritérium, ve kterém se sledovaly zápisy sester do ošetrovatelské a lékařské dokumentace splněné na 98, 2 %, kritérium, ve kterém se sledovalo plnění ordinace lékaře, bylo splněné na 95, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovalo nesplnění předepsané lékařské ordinace bylo splněné na 95 %, kritérium, ve kterém se sledovala předoperační péče o pacienta, případně péče o pacienta před výkonem nebo transfuzí, bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledovala pooperační péče o pacienta, případně péče o pacienta po výkonu nebo transfuzi, bylo splněné na 96, 4 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita ošetrovatelské anamnézy bylo splněné na 91, 2 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita vyhotovení ošetrovatelského plánu po obsahové i formální stránce a vzhledem k intervalu vypracování bylo splněné na 86, 6 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita realizace ošetrovatelského plánu bylo splněné na 98, 2 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita hodnocení ošetrovatelské péče po obsahové i formální stránce bylo splněné na 97, 3 %, kritérium, ve kterém se sledovala edukace a posouzení potřeb edukace se zápisem v ošetrovatelské dokumentaci, bylo splněné na 100 %,

kritérium, ve kterém se sledovala kvalita překladové zprávy a kontinuita péče o pacienta, bylo splněné na 93, 1 %, kritérium, ve kterém se sledovala péče o pacienty v riziku a použití omezovacích prostředků, bylo splněné na 98, 2 %, kritérium, ve kterém se sledovala ošetrovatelská péče o pacienta s bolestí, bylo splněné na 89,3 %, kritérium, ve kterém se sledoval záznam přístrojové zdravotnické techniky, bylo splněné na 100 %, přičemž o kvalitě naplňování sledovaného požadavku v ošetrovatelské dokumentaci rozhoduje hranice určená na 90%. Celková úspěšnost auditu otevřené ošetrovatelské dokumentace byla 95, 6 %.

5. DISKUSE

Pro účely výzkumu byl zhotovený anonymní dotazník určený sestřám a porodním asistentkám ve vybraných nemocnicích, který obsahoval 60 otázek, z čehož bylo 52 otázek uzavřených, 6 polouzavřených a 2 otevřené. Cílem bylo zmapovat úroveň standardizace ošetrovatelské péče jako součást přípravy na akreditační šetření, zjistit, zda je ošetrovatelská péče v nemocnici realizována metodou ošetrovatelského procesu a zajištěná řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací, zda jsou u každého pacienta posouzeny potřeby edukace a jestli si sestry uvědomují důležitost standardizace ošetrovatelské péče.

Dotazníky byly rozdány v celkovém počtu 250 dotazníků, rovnoměrně na oddělení v nemocnicích Jindřichův Hradec, Pelhřimov, Tábor, Písek a Havlíčkův Brod. Návratnost dotazníku byla 92% a výzkumný soubor nakonec tvořilo 204 respondentů. Výzkum probíhal v časovém období od prosince 2009 do konce března 2010.

Pro účely auditu ošetrovatelské dokumentace se stanovila kontrolní kritéria a zkoumala se kvalita ošetrovatelské dokumentace a to tak, že v uzavřené ošetrovatelské dokumentaci prostřednictvím 19 kontrolních kritérií a v otevřené ošetrovatelské dokumentaci prostřednictvím 14 kontrolních kritérií. Auditem jsme vyhodnotily kvalitu uzavřené a otevřené ošetrovatelské dokumentace za měsíc leden 2010 v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. Při sledování komplexnosti a úplnosti vedení uzavřené ošetrovatelské dokumentace se náhodným vygenerováním čísel chorobopisů získalo 40 chorobopisů z 10 oddělení a to z dětského, interního, chirurgického, ARO a intenzivní péče, nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. a při zkoumání kvality otevřené ošetrovatelské dokumentace se náhodným výběrem přímo na 15 jednotkách, dětských, interních, chirurgických, ARO a intenzivní péče, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s, získalo 56 chorobopisů. Každý kontrolovaný chorobopis byl vyhodnocený podle jednotlivých kritérií.

V dotazníku bylo prvních pět otázek identifikačních. Zjišťovalo se, ve které nemocnici sestry pracují (Tabulka 1), nejvyšší dosažené vzdělání (Tabulka 2), délka praxe sester (Tabulka 3), pracovní zařazení sester (Tabulka 4) a délka zavedení standardů ošetrovatelské

péče v nemocnici, kde sestry pracují (Tabulka 5). Bylo zjištěno, že nejvíc dotazovaných respondentů 41, 5 % má středoškolské vzdělání s maturitou, u většiny z nich 41, 2 % je délka jejich praxe delší než 21 let a nejvíc respondentů 70, 1 % pracuje jako sestra lůžkového oddělení. Délka zavedení standardů ošetrovatelské péče do praxe byla nejčastěji uváděná v rozmezí 4 – 5 let, což tvrdilo 63, 7 % respondentů. Při ověřování Hypotézy 1: *Nemocnice splňuje všechny podmínky akreditačního šetření v oblasti standardizace ošetrovatelské péče*, se stanovilo, které oblasti akreditačních standardů a konkrétní akreditační standardy se budou posuzovat, zda je nemocnice naplňují či nikoliv a které by se týkaly ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče je podle Šamánkové „systém typických činností týkajících se jednotlivce, rodiny a celého společenství, v němž tito žijí, které jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu“ (39, str. 25), což nám potvrzuje široké spektrum péče, které sestra poskytuje a není jednoduché vyčlenit některé činnosti jako čistě ošetrovatelské a jiné, které by s ošetrovatelskou péčí vůbec nesouvisely. Jednoznačně mezi standardy ošetrovatelské péče patří ty, která i jak říká a potvrzuje Jarošová: „jsou zaměřené na specifické ošetrovatelské činnosti (realizace ošetrovatelského procesu)“ (10, str.76). Proto jsme si k ověření Hypotézy 1 vybraly jako první národní akreditační standard č. 7, kde se uvádí, že nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování účinnosti standardních doporučených diagnostických, léčebných, ošetrovatelských a dalších postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje, dále standard č. 8 kde je dáno, že příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetrovatelské, psychologické a sociální potřeby každého pacienta v časovém intervalu stanoveném vnitřním předpisem, a to v míře odpovídající charakteru oddělení, standard č. 9, který definuje skutečnost, že každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vstupní ošetrovatelské vyšetření ošetřující sestrou do 24 hodin po přijetí, standard č. 17, ve kterém je stanovené, že pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče a standard č. 19, který se věnuje ošetrovatelské péči, když stanovuje, že ošetrovatelská péče se v nemocnici poskytuje metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou

ošetřovatelskou dokumentací. Uvedené standardy úzce souvisí s ošetřovatelským procesem. Se záznamem ošetřovatelského procesu je spojené řádné vedení ošetřovatelské dokumentace, proto byl k ověřování první hypotézy vybrán i akreditační standard č. 12, který definuje, že nemocnice určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace pro všechny obory, standard č. 13, kde se stanovuje, že nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů, standard č. 15, který řeší předávání pacienta mezi kvalifikovaným personálem a to tak, že každé předání pacienta bude provedeno kvalifikovanou sestrou, kvalifikované sestře. Při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným pracovníkem, kvalifikovanému pracovníkovi, standard č. 38, kde se definuje, že všichni propouštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou, která je předběžná nebo definitivní, jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány vnitřním předpisem a standard č. 67, který určuje, že nemocnice provádí kontrolu zdravotnické dokumentace včetně úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv. Zmíněné standardy souvisí s ošetřovatelskou dokumentací a s kontinuitou ošetřovatelské péče o pacienta. Oblasti, které popisují další zvolené akreditační standardy, se mají spojitost s kvalitou poskytování ošetřovatelské péče a patří sem akreditační standard č. 3, kde je dané, že v nemocnici probíhá interní auditní činnost, tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby, standardu č. 4, který určuje že v nemocnici probíhá sběr dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb, standard č. 5, který je zaměřený na sledování nežádoucích událostí, když definuje, že v nemocnici je zaveden účinný proces sledování mimořádných - nežádoucích událostí, standard č. 6, který řeší systém sledování spokojenosti pacientů a účinný proces řešení stížností, který je v nemocnici zavedený, standard č. 24, který dále říká, že v nemocnici je vypracovaná metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léky, standard č. 41, který definuje skutečnost, že každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy, o tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace, standard č. 44,

který se věnuje edukaci pacienta, když říká, že u každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace, standard č. 57, který stanovuje, že vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky, standard č. 70, který určuje, že nemocnice má vytvořen a zaveden do praxe koordinační proces k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik nozokomiálních infekcí pacientů a profesionálních infekcí personálu, standard č. 71, který definuje, že v nemocnici se dodržuje hygiena rukou, standard č. 73, který určuje, že nemocnice stanoví metody a postupy spojené s rizikem infekcí a určí jednotný postup pro hygienicko-epidemiologicky významné situace za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i personál. Hypotéza 1: *Nemocnice splňuje všechny podmínky akreditačního šetření v oblasti standardizace ošetrovatelské péče*, se potvrdila, což je doloženo Tabulkou 10 - 34, které se přímo vztahují k existenci standardů, odpovídajících národním akreditačním standardům uvedeným výše, ale hlavně Tabulkou 6, Grafem 1 a Tabulkou 8. V anonymním dotazníku 44, 1 % respondentů uvedlo, že všechny oblasti ošetrovatelské péče v jejich nemocnici jsou definované standardem a 34, 8 % respondentů uvedlo, že všechny oblasti ošetrovatelské péče v jejich nemocnici spíše jsou definované standardem (Tabulka 6), jen 5, 9 % respondentů uvedlo, že všechny oblasti ošetrovatelské péče v jejich nemocnici spíše nejsou definované standardem a 0, 5 % respondentů uvedlo, že všechny oblasti ošetrovatelské péče v jejich nemocnici nejsou definované standardem. Sestry se mohly vyjádřit, jestli jim osobně chybí nějaká oblast ošetrovatelské péče, která není zpracovaná standardem (Graf 1), tady 5, 4 % sester sdělilo, že jim chybí standardem zpracovaná oblast například (Tabulka 7) ošetrovatelské péče o pacienta s heparinovou zátkou, o cizince, o pacienta s prasečí chřipkou nebo si přímo nemohly vzpomenout, ale nějaká oblast by se dle jejich mínění rozhodně našla. Sestry poskytují ošetrovatelskou péči svým pacientům dle jejich sdělení podle standardů, což uvedlo 61, 3 % respondentů (Tabulka 8), jen 3, 4 % respondentů spíše neposkytuje ošetrovatelskou péči dle standardů a 0, 5 % respondentů neposkytuje ošetrovatelskou péči dle standardů. Sestry ve

sledovaných nemocnicích, dle svého názoru tedy poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči taky v souladu s tvrzením Jarošové, že „standard určuje, co je nutnou, nezbytnou, základní normou potřebnou pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče“ (10, str. 75-76), a protože sestry poskytují ošetrovatelskou péči dle standardu, je jejich péče kvalitní, k tomuto tvrzení přispívá i skutečnost, že jak sestry uvedly v Tabulce 9, jsou standardy na pracovišti přístupné a plně sestrám k dispozici, jen 1 % respondentů uvedlo opak a dodržování standardů je podle tvrzení 85, 8 % respondentů kontrolováno audity (Tabulka 10). Kvalitní ošetrovatelská péče je jedním z mnoha předpokladů, aby se zdravotnické zařízení mohlo zařadit, jak uvádí Marx a Vlček mezi „zdravotnická zařízení usilující o potvrzení úrovně kvality a bezpečí certifikátem o akreditaci“ (30, str. 6). Zmapováním toho, jestli jsou vybrané oblasti ošetrovatelské péče definované standardem, jsou odpovědi sester, kde 83, 3 % respondentů tvrdí, že audity týkající se ošetrovatelské péče jsou definované standardem (Tabulka 11), což se vztahuje k naplňování akreditačního standardu 3, 89, 7 % respondentů tvrdí, že sběr dat o kvalitě ošetrovatelské péči v jejich nemocnici je definovaný standardem (Tabulka 12), což se vztahuje k naplňování akreditačního standardu č. 4, který určuje že v nemocnici probíhá sběr dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb, přičemž respondenti dále specifikují, kterých konkrétních indikátorů kvality se sběr dat týká (Graf 2). Škrla uvádí, že mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče patří: „ 1. Personální obsazení a kvalifikační struktura, 2. Prevalence dekubitů, 3. Sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů s poskytnutou péčí “ (41, str. 227), sestry naproti tomu uvádějí na prvních místech, co se týče počtu odpovědí jako nejčastěji sledovaný indikátor kvality ošetrovatelské péče „dekubity“ ve 26, 4 % odpovědích, „pády“ v 18, % odpovědích a „nežádoucí události“ v 26, 4 % odpovědích.

Zmínění právě nežádoucích událostí na předních pozicích v odpovědích, značí o jejich důkladném sledování sestrami, které ve 47, 5 % odpovědích tvrdí, že ví, co pojem nežádoucí událost je a ve 31, 9 % spíše vědí, co pojem „nežádoucí událost“ v sobě zahrnuje (Tabulka 14), současně 78, 9 % respondentů uvedlo, že proces sledování nežádoucích událostí je v jejich nemocnici definovaný standardem (Tabulka 13). Vysoká aktuálnost,

znalost a standardizace tohoto sledování a jeho podíl na kvalitě ošetrovatelské péče dokazuje i tvrzení Škrly, že „management mimořádných událostí je součástí kontinuálního zvyšování kvality zdravotnických zařízení a stoupá zájem o správné definování mimořádných událostí, o vytvoření a zavedení standardizovaných protokolů k jejich hlášení a šetření“ (40, str. 58), sledované nemocnice již této podmínce vyhověly. Sledované nemocnice prostřednictvím respondentů, kteří v 87, 7 % uvedli, že systém sledování spokojenosti pacientů v jejich nemocnici je definovaný standardem (Tabulka 15), tvrzením dokazují i existenci standardu vytvořeného dle požadavků akreditačního standardu 6. S kvalitou ošetrovatelské péče souvisí i akreditační standard č. 24, který dále říká, že v nemocnici je vypracovaná metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léky a tvrzením 88, 2 % respondentů (Tabulka 25), že podávání léků a léčivých prostředků v jejich nemocnici je definované standardem, je doloženo jeho vypracování i ve sledovaných nemocnicích. Na akreditační standard č. 41, který definuje skutečnost, že každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy, odkazuje 81, 4 % respondentů, kteří uvedli, že seznámení pacienta vhodnou formou po přijetí do nemocnice s jeho právy v jejich nemocnici je definované standardem (Tabulka 26). Standardem je podle tvrzení 75, 5 % respondentů určen počet kvalifikovaného ošetrovatelského personálu v jejich nemocnici, což odkazuje na akreditační standard 57, který stanovuje, že vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky. Nižší procentuální povědomí o existenci tohoto standardu v rámci nemocnice, může zapříčinit i okolnost, že všeobecně převládá nespokojenost s počtem pracovníků v nelékařských profesích na pracovišti nebo fakt, že naplňováním tohoto standardu se řídí především management zdravotnického zařízení, který nebyl zastoupený v nejčetnějším počtu, kdy 18, 6 % respondentů pracuje jako staniční sestra, 7, 9 % respondentů pracuje jako vrchní sestra (Tabulka 4), ve výzkumném souboru. Dle Pochylé se k stanovení počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu na pracovišti hodí: „dvě samostatné metody, pomocí kterých lze kvantifikovat ošetrovatelskou péči

jednak na standardních ošetrovacích jednotkách, jednak na ARO a JIP“ (25, str. 6). I když se zdravotnické zařízení řídí standardem, nespokojenost s počtem pracovníků na oddělení převládá, na co poukazuje i Tabulka 29, kde jen 25, 5 % respondentům vyhovuje současný počet pracovníků v nelékařských profesích na oddělení. Ke kvalitě poskytované ošetrovatelské péče patří i důsledné dodržování preventivních opatření, které jsou zmíněné v akreditačním standardu č. 70 a to tak, když určuje, že nemocnice má vytvořen a zaveden do praxe koordinační proces k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik nozokomiálních infekcí pacientů a profesionálních infekcí personálu a 88, 2 % respondentů uvedlo, že prevence nozokomiálních infekcí v jejich nemocnici je definovaná standardem (Tabulka 31), 84, 7 % respondentů uvedlo, že dodržování hygieny rukou v jejich nemocnici je definované standardem (Tabulka 32), přičemž i vysoké procento respondentů 88, 2 % tvrdí, že skutečně hygienu rukou i dodržuje (Tabulka 33) a uvedené výsledky se vztahují k akreditačnímu standardu č. 71, který definuje, že v nemocnici se dodržuje hygiena rukou. Akreditační standard č. 73, který určuje, že nemocnice stanoví metody a postupy spojené s rizikem infekcí a určí jednotný postup pro hygienicko-epidemiologicky významné situace za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i personál a jeho vyhotovení v rámci sledovaných nemocnic je potvrzeno odpovědí 81, 9 % respondentů, kteří uvedli, že postupy a metody spojené s rizikem infekcí, za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i personál v jejich nemocnici jsou definované standardem (Tabulka 34).

Standardizace ošetrovatelské péče, v užším kontextu s ošetrovatelskou péčí formou ošetrovatelského procesu je dokazována existencí standardu, který definuje výběr, tvorbu a sledování účinnosti ošetrovatelských postupů, což uvedlo 83, 8 % respondentů (Tabulka 16) a odkazuje na akreditační standard č. 7, kde se uvádí, že nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování účinnosti standardních doporučených diagnostických, léčebných, ošetrovatelských a dalších postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje dále existencí standardu, který definuje stanovení potřeb pacienta v rámci ošetrovatelské péče a v určitém časovém intervalu v jejich nemocnici, což uvedlo

77, 5 % respondentů (Tabulka 17) a odkazuje na akreditační standard č. 9, který definuje skutečnost, že každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vstupní ošetřovatelské vyšetření ošetřující sestrou do 24 hodin po přijetí, a existenci standardu, který definuje písemné vyhotovení ošetřovatelského plánu u každého pacienta na začátku hospitalizace v jejich nemocnici, uvedlo 92, 2 % respondentů (Tabulka 22) a odkazuje na akreditační standard č. 17, ve kterém je stanoveno, že pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetřovatelské péče. V souvislosti s vypracování ošetřovatelského plánu nás zaujímalo, jestli sestry dodržují limit jeho vyhotovení určený na 24 hodin (Tabulka 23) a jen 1, 5 % respondentů se vyjádřilo, že spíše nestanoví u každého pacienta na začátku jeho hospitalizace plán ošetřovatelské péče do 24 hodin, přičemž žádný z respondentů neuvedl, že uvedený limit nedodrží. Dokladem toho, že ošetřovatelská péče je poskytována formou ošetřovatelského procesu je záznam v ošetřovatelské dokumentaci, která jak uvádí Vondráček „ při řešení problémů, stížností, požadavků na odškodnění a obvinění zdravotníků ze spáchání trestního činu, vystupuje její význam stále častěji do popředí“ (52, s. 9). Její důležitost je potvrzená samostatným akreditačním standardem č. 19, který se věnuje ošetřovatelské péči, když stanovuje, že ošetřovatelská péče se v nemocnici poskytuje metodou ošetřovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou ošetřovatelskou dokumentací a až 91, 6 % respondentů uvedlo, že ošetřovatelská péče poskytována formou ošetřovatelského procesu doprovázená řádně vedenou ošetřovatelskou dokumentací je i v jejich nemocnici je definovaná standardem (Tabulka 24). Definované standardem jsou i formální a věcné náležitosti ošetřovatelské dokumentace v jejich nemocnici, což uvedlo 84, 3 % respondentů (Tabulka 19) a vztahuje se na akreditační standard č. 12, který definuje, že nemocnice určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace pro všechny obory, frekvence a obsahová náplň zápisů sester do ošetřovatelské dokumentace je řešená akreditačním standardem č. 13, když je stanoveno, že nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů a přítomnost standardu v jejich nemocnici, který definuje uvedené skutečnosti, uvedlo 84, 3 % respondentů (Tabulka 20).

Další oblast definovaná standardem v sledovaných nemocnicích a akreditačním standardem č. 15, který řeší předávání pacienta mezi kvalifikovaným personálem a to tak, že každé předání pacienta bude provedeno kvalifikovanou sestrou, kvalifikované sestře a při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným pracovníkem, kvalifikovanému pracovníkovi souvisí s ošetrovatelskou péčí o pacienta a zápisem do ošetrovatelské dokumentace, existenci standardu, který definuje předávání pacienta kvalifikovanou sestrou kvalifikované sestře v jejich nemocnici, uvedlo 88, 7 % respondentů (Tabulka 21). Přítomnost standardu definujícího kontroly ošetrovatelské dokumentace v jejich nemocnici, uvedlo 85, 3 % respondentů (Tabulka 30), což se vztahuje k akreditačnímu standardu č. 67, který určuje, že nemocnice provádí kontrolu zdravotnické dokumentace včetně úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv. Jak ukázalo další šetření, nedílnou součástí ošetrovatelské péče je výchova ke zdraví, čili edukace pacienta, což je ošetřeno v akreditačním standardu č. 44, který se věnuje edukaci pacienta, když říká, že u každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace, a přítomnost standardu definujícího posouzení potřeb edukace pacienta v jejich nemocnici uvedlo 88, 7 % respondentů (Tabulka 27). Tím se prokázala přítomnost standardů, které souvisí s poskytováním ošetrovatelské péče v sledovaných zdravotnických zařízeních, které jsou vypracované na základě národních akreditačních standardů SAK ČR, zmapovala se úroveň standardizace ošetrovatelské péče a zjistil se, vycházejíc z názorů sester čili účastníků výzkumného šetření, že nemocnice splňuje všechny podmínky, stanovené na začátku výzkumu, pro zahájení akreditačního šetření v oblasti standardizace ošetrovatelské péče. Aby byly podpořené názory sester na přítomnost zmiňovaných standardů v jejich zdravotnickém zařízení, přistoupilo se následně k ověření jejich tvrzení, aspoň v některých oblastech, k auditnímu šetření. (Graf 10, Graf 11). Oblasti, sledované ošetrovatelským auditem, byly vybírané z pohledu možnosti jejich záznamu v ošetrovatelské dokumentaci. Komplexnost a úplnost vedení uzavřené ošetrovatelské dokumentace se hodnotila na základě 19 kontrolních kritérií (Graf 10). Z celkového počtu

40 chorobopisů bylo kritérium, ve kterém se sledovaly zápisy sester do ošetřovatelské a lékařské dokumentace splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledoval výběr a použití tiskopisů, jejich označení plnou identifikací pacienta splněné na 97, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovaly opravy sester v ošetřovatelské a lékařské dokumentaci bylo splněné na 97, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovalo plnění ordinace lékaře, bylo splněné na 97, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovalo nesplnění předepsané lékařské ordinace bylo splněné na 95 %, kritérium, ve kterém se sledovalo dodržování kontinuity péče o pacienta bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita ošetřovatelské anamnézy bylo splněné na 93, 8 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita vyhotovení ošetřovatelského plánu po obsahové stránce a vzhledem k intervalu vypracování bylo splněné na 92, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita ošetřovatelského plánu vzhledem k formální stránce bylo splněné na 91, 3 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita realizace ošetřovatelského plánu bylo splněné na 97, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita hodnocení ošetřovatelské péče po obsahové i formální stránce bylo splněné na 97, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovala předoperační péče o pacienta, případně péče o pacienta před výkonem nebo transfuzí, bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledovala pooperační péče o pacienta, případně péče o pacienta po výkonu nebo transfuzi, bylo splněné na 62, 8 %, kritérium, ve kterém se sledovala edukace a posouzení potřeb edukace se zápisem v ošetřovatelské dokumentaci, bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita překladové zprávy, bylo splněné na 89, 1 %, kritérium, ve kterém se sledovala péče o pacienty v riziku, bylo splněné na 96, 3 %, kritérium, ve kterém se sledovala ošetřovatelská péče o pacienta s bolestí, bylo splněné na 90 %, kritérium, ve kterém se sledovalo použití omezovacích prostředků u pacienta, bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledoval záznam přístrojové zdravotnické techniky, bylo splněné na 100 %, přičemž o kvalitě naplňování sledovaného požadavku v ošetřovatelské dokumentaci rozhoduje hranice určená na 90%. Celková úspěšnost auditu uzavřené ošetřovatelské dokumentace byla 94, 6 %. Komplexnost a úplnost vedení otevřené ošetřovatelské dokumentace se hodnotila na základě 14 kontrolních kritérií

(Graf 11). Z celkového počtu 56 chorobopisů bylo kritérium, ve kterém se sledovaly zápisy sester do ošetrovatelské a lékařské dokumentace splněné na 98, 2 %, kritérium, ve kterém se sledovalo plnění ordinace lékaře, bylo splněné na 95, 5 %, kritérium, ve kterém se sledovalo nesplnění předepsané lékařské ordinace bylo splněné na 95 %, kritérium, ve kterém se sledovala předoperační péče o pacienta, případně péče o pacienta před výkonem nebo transfuzí, bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledovala pooperační péče o pacienta, případně péče o pacienta po výkonu nebo transfuzi, bylo splněné na 96, 4 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita ošetrovatelské anamnézy bylo splněné na 91, 2 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita vyhotovení ošetrovatelského plánu po obsahové i formální stránce a vzhledem k intervalu vypracování bylo splněné na 86, 6 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita realizace ošetrovatelského plánu bylo splněné na 98, 2 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita hodnocení ošetrovatelské péče po obsahové i formální stránce bylo splněné na 97, 3 %, kritérium, ve kterém se sledovala edukace a posouzení potřeb edukace se zápisem v ošetrovatelské dokumentaci, bylo splněné na 100 %, kritérium, ve kterém se sledovala kvalita překládové zprávy a kontinuita péče o pacienta, bylo splněné na 93, 1 %, kritérium, ve kterém se sledovala péče o pacienty v riziku a použití omezovacích prostředků, bylo splněné na 98, 2 %, kritérium, ve kterém se sledovala ošetrovatelská péče o pacienta s bolestí, bylo splněné na 89,3 %, kritérium, ve kterém se sledoval záznam přístrojové zdravotnické techniky, bylo splněné na 100 %, přičemž o kvalitě naplňování sledovaného požadavku v ošetrovatelské dokumentaci rozhoduje hranice určená na 90%. Celková úspěšnost auditu otevřené ošetrovatelské dokumentace byla 95, 6 %. Vzhledem k tomu, že audit probíhá vždy v návaznosti na existující standardy zdravotnického zařízení a platnou legislativu, může se objektivně prokázat existence standardů v oblasti ošetrovatelské péče, které se týkají ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské dokumentace, edukace pacienta, dodržování kontinuity péče o pacienta a ošetrovatelských postupů ve vybraném zdravotnickém zařízení. Na základě uvedených výsledků byla potvrzena Hypotéza 1.

Prokázaná přítomnost standardů (Tabulka 16 – 18 a Tabulka 22 - 23), kterých se dotýká poskytování ošetrovatelské péče, se uplatnila při prokazování Hypotézy 2: *Ošetrovatelská péče v nemocnici je zajištěná prostřednictvím ošetrovatelských standardů metodou ošetrovatelského procesu*, která se potvrdila, což dále dokazujeme Tabulkou 35 - 39. Zjistilo se a 84, 3 % respondentů uvedlo, že ošetrovatelská péče se pacientovi poskytuje dle standardu formou ošetrovatelského procesu (Tabulka 35), žádný respondent neuvedl, že neposkytuje ošetrovatelskou péči pacientovi dle standardu formou ošetrovatelského procesu, což je, si myslím pozitivní. To znamená, že sestry dodržují i legislativní nařízení, protože, jak uvádí Pochylá „ošetrovatelský proces jako základní celostátní metodická norma poskytování ošetrovatelské péče se řídí metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví ČR“ (25, str. 11). Sestry dále uvedly, že se při poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu standardem spolupracují, což bylo vysvětleno v souvislosti s funkcí standardu jako zdrojem informací a bylo zjištěno, že 70, 6 % respondentů tímto způsobem se standardem spolupracuje (Tabulka 36), což úzce souvisí už se zmiňovanou skutečností v Tabulce 9, že standardy jsou podle 94, 1 % respondentů volně dostupné a plně k dispozici. Zajímalo nás také přístupu sester k poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu, zda mají postupy a jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu osvojené nebo zažité a jestli je pro ně snadné aplikovat je v praxi, protože jak ošetrovatelský proces definuje Tóthová: „je to nikdy nekončící vztah mezi sestrou a pacientem“ (44, str. 19) Sestry jej tedy zákonitě musí v praxi aplikovat neustále a možná i proto 78, 4 % respondentů uvedlo, že má osvojené postupy poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu (Tabulka 37) a 67, 6 % respondentů uvedlo, že ošetrovatelský proces a jeho fáze je pro ně snadné aplikovat v praxi (Tabulka 38). Kvalita poskytované ošetrovatelské péče je kontrolována ošetrovatelskými audity, což Jarošová přesně definovala, když tvrdí, že „ ošetrovatelský audit je hodnocení realizačních postupů, které zabezpečí kvalitu ošetrovatelské péče“ (10, str. 79), a že se ve sledovaných nemocnicích dbá i na zpětnou vazbu při poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu, je zřejmé i z odpovědí sester, kdy 87, 3 %

respondentů uvedlo, že ošetrovatelská péče o pacienta dle standardů formou ošetrovatelského procesu je kontrolována auditem. Tento audit může být realizovaný i formou kontroly ošetrovatelské dokumentace, protože ta slouží k záznamu jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu, tento audit byl využit v rámci tohoto výzkumného šetření (Graf 10, Graf 11). Na základě uvedených výsledků se potvrdila Hypotéza 2.

Právě na řádné vedení ošetrovatelské dokumentace byla zaměřena Hypotéza 3: *Ošetrovatelská péče v nemocnici je zajištěná řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací*, která byla potvrzena, což především potvrzují odpovědi sester v Tabulce 40, kde až 92, 2 % respondentů uvedlo, že poskytuje ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu s řádným zápisem do ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace, jako součást zdravotnické dokumentace, je jak říká Vondráček „upravena řadou obecně závazných předpisů různé právní síly, které stanovují jak povinnost zdravotnickou dokumentaci vést, tak i formu a obsah a jiné náležitosti zdravotnické dokumentace“ (sestra a dok, str. 11). Proto nás zajímalo, jestli sestry využívají standard, který definuje řádné vedení ošetrovatelské dokumentace i jako zdroj informací a spolupracují s ním, skutečnost se ukázala jako pravdivá, protože až 77 % uvedlo, že se řídí standardem při řádném vedení ošetrovatelské dokumentace (Tabulka 41). Při zavádění řádné ošetrovatelské dokumentace a s tím související i zdravotnické dokumentace ve zdravotnických zařízeních je vyořuje řada problémů, spojená hlavně s potřebou jednotné zdravotnické dokumentace a přizpůsobováním se požadavkům obsažených ve standardu v rámci specifík jednotlivých oddělení. Problémy s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace přiznává 72, 5 % respondentů (Graf 3), přičemž nejčastěji spíše problémy s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace uvádí 80, 7 % sester u lůžka (Kontingenční tabulka 2) s praxí 21 let a více, s to v 45, 2 % (Kontingenční tabulka 2). Jako nejčastější problémy uvedli respondenti ve svých odpovědích v 23, 7 % nedostatek času, v 21, 2 % odpovědích vlastní chyby a selhání, v 18, 6 % odpovědích přílišnou administrativní zátěž ošetrovatelské dokumentace (Graf 4). Kromě možnosti spolupráce se standardem definujícím ošetrovatelskou dokumentaci, se mohou sestry obrátit o pomoc nebo radu i na jiné, kompetentní pracovníky. Jak se uvádí v

Grafu 5, sestry nejčastěji využijí možnost obrátit se na staniční sestru, což bylo uvedeno ve 35, 5 % odpovědích, na vrchní sestru, což bylo uvedeno v 31, 5 % odpovědích, na osobu pověřenou sledováním kvality ošetrovatelské dokumentace, což bylo uvedeno v 22, 2 % odpovědích, na hlavní sestru, což bylo uvedeno v 8 % odpovědích a jen v 2, 8 % odpovědích bylo uvedeno, že respondent se nemá na koho obrátit při svých pochybnostech o vedení ošetrovatelské dokumentace. Kvalita vedení ošetrovatelské dokumentace je sledována a kontrolována prostřednictvím auditů a tuto skutečnost potvrdilo 93, 1 % respondentů (Tabulka 43). Na základě uvedených výsledků se potvrdila Hypotéza 3.

Důležitou součástí kvality ošetrovatelské péče je širším slova smyslu komunikace s pacientem, všeobecná informovanost pacienta a povědomí o tom, co se s ním bude během hospitalizace dít a s tím spojená i edukace pacienta v nejrozmanitějších oblastech, v tomto smyslu si edukaci nejčastěji vysvětlují i sestry když mají popsat, v čem ony vidí důležitost edukace (Tabulka 47). V 20, 6 % odpovědích respondenti uvedli, že důležitost edukace vidí v lepší spolupráci pacienta, v 19 % odpovědích v lepší informovanosti pacienta, 12, 2 % vidí její důležitost vzhledem k rychlejšímu uzdravení pacienta, v 11, 6 % odpovědích v podílu pacienta na péči o své zdraví, v 9, 6 % odpovědích v tom, že edukace je důležitá součástí ošetrovatelské péče o pacienta, v 9 % odpovědích vidí její důležitost v tom, že je důležitou součástí výsledků léčby, v 9 % odpovědích v tom, že jejím prostřednictvím udržují kontakt s pacientem vzhledem k vysvětlování a objasňování celého průběhu ošetrovatelské péče, v 5, 1 % odpovědích v prevenci rizikového chování pacienta vzhledem ke svému zdraví. Chápání edukace pacienta v těchto souvislostech vysvětluje i Závodná, když tvrdí že „ edukácia pacientov a ich blízkých je nástrojom na zabezpečenie ich lepšej účasti na procese poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti“(54, str. 83). Tyto skutečnosti jsou součástí ověřování Hypotézy 4: *U každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace*, která se potvrdila. Kromě Tabulky 47 to dokládáme i tvrzením 83, 8 % respondentů, kteří uvedli, že posuzují potřeby edukace u každého pacienta (Tabulka 43) a skutečností, že 90, 7 % respondentů uvedlo, že zapíše posouzení potřeb edukace pacienta do ošetrovatelské dokumentace (Tabulka 44).

Při posuzování potřeb pacienta se zápisem v ošetrovatelské dokumentaci se 60, 3 % respondentů řídí standardem (Tabulka 45) a důležitost edukace vyjádřilo 79, 4 % respondentů (Tabulka 46). Z této skupiny respondentů bylo 40, 1 % respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolským s maturitou (Kontingenční tabulka 3) a 42, 6 % respondentů s délkou praxe 21 let a více (Kontingenční tabulka 4). Cílem diagnostiky edukace je podle Závodné „určenie potreby učiť sa, zistenie doležitých údajov a diagnostikovanie potrieb“ (54, str. 93). Sestry zjišťují potřeby pacienta z hlediska edukace neustále a během celé jeho hospitalizace, to byla taky nejčastější v 34, 3 %, odpověď respondentů, když se zjišťovalo kdy nejčastěji sestry edukují pacienta (Graf 6). V 29, 5 % odpovědích bylo uvedeno, že respondenti edukují pacienta při příjmu na oddělení, ve 20, 8 % odpovědích bylo uvedeno, že edukace probíhá před vyšetřením, operací nebo zákrokem, ve 14, 3 % odpovědích bylo uvedeno, že na základě požádání lékaře nebo pacienta a v 1 % odpovědích bylo uvedené, že respondenti pacienta needukují. V Grafu 7 jsou uvedené nejčastější oblasti, kterých se edukace pacienta sestrou týká a to 17, 1 % odpovědích edukace o domácím a léčebném režimu, ve 16, 7 % odpovědích edukace vzhledem k nácviku nových dovedností, ve 16, 7 % odpovědích edukace vzhledem k nácviku nových dovedností a 16, 2 % odpovědích edukace o právech a povinnostech pacienta. Z uvedeného vyplývá, že edukace je důležitou a neoddelitelnou součástí ošetrovatelské péče a většina sester jej považuje za základ své péče o pacienta. Uvedené výsledky dokazují, že Hypotéza 4 byla potvrzená.

Hypotéza 5: *Sestry si uvědomují důležitost standardizace ošetrovatelské péče*, se potvrdila, což je doloženo Tabulkou 53, kde 80, 8 % respondentů uvedlo, že považuje standardy pro poskytování ošetrovatelské péče za důležité a jen 1 % respondentů uvedlo, že standardy pro poskytování ošetrovatelské péče spíše nepovažují za důležité, přičemž žádný z respondentů nevedl, že standardy pro poskytování ošetrovatelské péče nepovažuje za důležité. Zjišťováním důležitosti standardů ošetrovatelské péče se ve své práci zabývala i Hálková, která zkoumala toto tvrzení v nemocnicích v Břeclavi a Kyjově a ve svém výzkumu píše, že „potvrdily se mi hypotézy, že většina sester podle těchto standardů

pracuje a že jsou podle nich důležité“ (33, str. 111). Tato skutečnost byla potvrzena i ve sledovaných nemocnicích v tomto výzkumném šetření. Na samotném vytváření standardů se však podílelo 14, 7 % respondentů, z čehož 50 % respondentů pracuje jako staniční sestra a spíše podílelo 11, 3 % respondentů, což představuje jen 26 % respondentů (Tabulka 48, Kontingenční tabulka 5), kteří se aktivně podíleli na tvorbě standardů, což představuje malé zapojení sester do procesu tvorby standardů, i když je možné, že mohly podcenit míru svého podílu na procesu tvorby standardu, protože „ napsaný standard je nutno znovu prodiskutovat v pracovním kolektivu a znovu posoudit jednotlivá kritéria a tím si potvrdit, že byla stanovena taková úroveň péče, která je žádoucí a současně reálná“ (31, bez č. str.), takže i diskuse je účast na tvorbě standardu. Přínos standardů pro poskytování ošetrovatelské péče pro svojí práci vyjádřilo 44, 1 % respondentů, kdy z této skupiny mělo 40 % respondentů středoškolské vzdělání s absolvovaným pomaturitním specializačním studiem a 37, 8 % respondentů s délkou praxe 21 let a déle (Tabulka 49, Kontingenční tabulka 6 – 7). Proces aplikace standardů do praxe není jednoduchý, představuje obvykle náročný proces s předpokladem spolupráce, motivace a chutí ke změnám u všech na pracovišti, což uvedlo i 20, 7 % respondentů, pro které spíše nebylo jednoduché aplikovat standardy do praxe na jejich oddělení a 2, 9 % respondentů uvedlo, že nebylo jednoduché aplikovat standardy do praxe na jejich oddělení (Tabulka 50). Nejčastější problémy při zavádění standardů do praxe byly v 58, 3% odpovědích komplikace ze strany sester a 36, 9 % odpovědích uvedené komplikace ze strany lékařů (Graf 8), přičemž konkrétní problémy nebo komplikace jsou souhrnně uvedené v Tabulce 52 a jako nejčastější ze strany sester je v 41, 7 % odpovědích právě neochota přijímat nové věci. I když sestry uvedly v nabízených definicích v 38, 4 % odpovědích, že standardy pro poskytování ošetrovatelské péče zvyšují kvalitu ošetrovatelské péče (Graf 9), současně jen 18, 1 % respondentů si myslí, že péče o pacienta se zkvalitnila po zavedení standardů pro ošetrovatelskou péči do praxe (Tabulka 51). V tomto zdánlivém paradoxu je ale zřejmé, že sestry se snaží poskytovat pacientovi kvalitní ošetrovatelskou péči i v situacích, kdy standardy ošetrovatelské péče by vypracované nebyli a přínos standardů ošetrovatelské péče vidí spíš jako dlouhodobý

proces se zachováním její kvality na stejné nebo zvyšující se úrovni. Ve svých názorech, které mohli volně vyjádřit v 14, 9 % odpovědích respondenti uvedli, že důležitost standardů vidí v jednotném postupu při poskytování ošetrovatelské péče, 13, 8 % ve zvýšení kvality poskytované ošetrovatelské péče, v 12, 8 % ve zdroji informací, v 12, 6 % v umožnění kontroly ošetrovatelské péče, v 12, 2 % v umožnění osobní kontroly správnosti poskytované ošetrovatelské péče při pochybnostech, v 11, 6 % v tom, že díky nim se předchází chybám a omylům při poskytování ošetrovatelské péče, 8, 9 % nevidí jejich důležitost, protože je při své práci nepotřebují, v 4, 7 % v tom, že jejich dodržování zajišťuje právní ochranu, v 4, 4 % ve zvyšování odbornosti a profesionality při poskytování ošetrovatelské péče. Z výše uvedených výsledků je patrné, že Hypotéza 5 byla potvrzena.

Z výsledků výzkumu, jehož cílem bylo zmapovat úroveň standardizace ošetrovatelské péče jako součásti přípravy na akreditační šetření, je zřejmé, že sledované nemocnice splňují všechny podmínky akreditačního šetření v oblasti standardizace ošetrovatelské péče, které byly posuzované ve stanovených oblastech a v předem vybraných akreditačních standardech, a které se týkají ošetrovatelské péče.

Druhý cíl, který měl zjistit, zdali je ošetrovatelská péče v nemocnici realizována metodou ošetrovatelského procesu, byl splněn a vedl k zjištění, že sestry ve sledovaných nemocnicích aplikují všechny fáze ošetrovatelského procesu v praxi bez problémů, postupy a metody jsou u nich zažitá a osvojená a spolupracují se standardem, který ošetrovatelský proces definuje, jako se zdrojem informací.

Třetí cíl, který zjišťoval, jestli je ošetrovatelská péče v nemocnici zajištěná řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací, byl splněn a je jednoznačné, že sestry ve sledovaných nemocnicích zajišťují ošetrovatelskou péči řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací, při nejasnostech s jejím vedením se mají na koho obrátit, vedou jí řádně, na základě standardu, který definuje práci s ní a kvalita ošetrovatelské dokumentace je kontrolována audity.

Splněním čtvrtého cíle, jehož úkolem bylo zjistit, zda jsou u každého pacienta posouzeny potřeby edukace, je zřejmé, že u každého pacienta v sledovaných nemocnicích

jsou posouzeny potřeby edukace hned při příjmu a následně i během celé hospitalizace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace. Sestry pocítují důležitost edukace i vzhledem k naplňování všech potřeb pacienta, aktivně přistupují k edukaci a považují jí za nedílnou součást ošetrovatelské péče o pacienta.

Pátý cíl zjišťoval, jestli si sestry uvědomují důležitost standardizace ošetrovatelské péče, byl splněn a potvrdil, že sestry považují standardy ošetrovatelské péče za důležité, vnímají je jako zdroj informací, nástroj k posuzování a kontrole kvality ošetrovatelské péče a podílejí se i na procesu jejich tvorby.

6. ZÁVĚR

Kvalita ošetrovatelské péče je prvořadým požadavkem všech, kteří se na ní podílejí. Neoddělitelnou součástí systému řízení kvality jsou standardy, jejichž prostřednictvím je zajištěno neustálé zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Slouží i jako akreditační nástroj k posuzování úrovně péče nemocnic a zdravotnických zařízení. Tato diplomová práce se věnovala standardizaci ošetrovatelské péče jako nedílné součásti přípravy na akreditační šetření. Stanovenými cíli bylo zmapovat úroveň standardizace ošetrovatelské péče jako součást přípravy na akreditační šetření, zjistit, zda je ošetrovatelská péče v nemocnici realizována metodou ošetrovatelského procesu, zjistit, jestli je ošetrovatelská péče v nemocnici zajištěna řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací, zjistit, zda jsou u každého pacienta posouzeny potřeby edukace a zjistit, jestli si sestry uvědomují důležitost standardizace ošetrovatelské péče.

Na základě cílů byly stanoveny tyto hypotézy. První hypotéza: Nemocnice splňuje všechny podmínky akreditačního šetření v oblasti standardizace ošetrovatelské péče. Druhá hypotéza: Ošetrovatelská péče v nemocnici je zajištěna prostřednictvím ošetrovatelských standardů metodou ošetrovatelského procesu. Třetí hypotéza: Ošetrovatelská péče v nemocnici je zajištěna řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací. Čtvrtá hypotéza: U každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace. Pátá hypotéza: Sestry si uvědomují důležitost standardizace ošetrovatelské péče.

Výzkum ukázal, že všechny nemocnice splňují podmínky akreditačního šetření v oblasti standardizace ošetrovatelské péče. Tím je první hypotéza potvrzena. Ošetrovatelská péče je v nemocnicích zajišťována prostřednictvím ošetrovatelských standardů metodou ošetrovatelského procesu, který je řádně zaznamenáván v ošetrovatelské dokumentaci. Tím se potvrdila druhá a třetí hypotéza. V šetření bylo dále zjištěno, že u každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace, což je řádně zaznamenáno

ve zdravotnické dokumentaci. Tím se potvrdila čtvrtá hypotéza. Sestry si uvědomují důležitost standardizace ošetrovatelské péče a tím se potvrdila i pátá hypotéza.

Standardizaci ošetrovatelské péče je věnovaná velká pozornost, sestry umí se standardy pracovat a využívají je jako zdroj informací. Současně se ale většinou nepodílejí na jejich realizaci, což je škoda, vzhledem k jejich vědomostem a praktickým zkušenostem. Výsledky šetření budou poskytnuty vedoucím sestřám v nemocnicích, kde výzkum probíhal a zároveň bych je ráda použila při prezentacích na odborných seminářích pro sestry. Práce může být využita při výuce na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, publikována na internetu nebo v odborných časopisech. Sestry by mohly využít této práce jako edukační materiál, může jim poskytnout návod při tvorbě ošetrovatelských standardů, upřesnění nebo porovnání stávajících standardů v rámci jejich zdravotnického zařízení s národními akreditačními standardy SAK ČR. Doporučením pro sestry, vyplývajícím z tohoto výzkumného šetření, by mohlo být, aby se aktivně podílely na zvyšování kvality ošetrovatelské péče a řídily se standardy při své práci ve stejném rozsahu jako doposud.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1 BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
- 2 *Baldrige Homepage*, [on-line], 2010, [citováno 2010 – 03 - 12]. Dostupné z: <http://www.baldrige.nist.gov/>
- 3 FARKAŠOVÁ, D., a kol. *Ošetrovatel'stvo-teória*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0
- 4 GLADKIJ, I., et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
- 5 GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8
- 6 GROHAR-MURRAY, M.E., DICROCE, H.R., *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3
- 7 HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
- 8 IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Ostravská univerzita, 2005. 94 s. ISBN 80-7368-069-6
- 9 *ISQua: improving healthcare worldwide*, [on-line], 2010, [citováno 2010 – 04 - 12]. Dostupné z: <http://www.isqua.org/isquaPages/General.html>
- 10 JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 134 s. ISBN 80-85866-55-2.
- 11 JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, komentovaný oficiální překlad*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 288 s. ISBN 80-247-0629-6

- 12 KOLEKTIV AUTORŮ, *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 392 s. ISBN 80-247-0278-9
- 13 *Koncepce ošetrovatelské péče*, [online] , 2010 ,[citováno 2010 - 3 - 12]. Dostupné z [www_http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/373-vestnik-92004.html?menu=696](http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/373-vestnik-92004.html?menu=696)
- 14 KONTROVÁ, L., BORBÉLYOVÁ, V. *Ošetrovatelské štandardy v nefrológii*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 83 s. ISBN 80-8063-237-5
- 15 KONTROVÁ, L., ZÁČEKOVÁ, M., HULKOVÁ, V. *Štandardy v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-198-0
- 16 KOZIEROVA, B., ERBOVA, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 2*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
- 17 KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2
- 18 MADAR, J. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0
- 19 MAĐAR, R., PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 178 s. ISBN 80-247-1673-9
- 20 MARX, D., VLČEK, F. Národní akreditační štandardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče. *Zdravotnické noviny*. 2010, ročník 56, č. 11, s. 6-7. ISSN 1214-5602. ISSN 1214-7664
- 21 MASTILIAKOVÁ, D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 2003. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
- 22 *Metodický návod na mytí rukou*, [on-line], 2010, [citováno 2010 – 05 - 12]. Dostupné z: <http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/13-Metodicky-navod-na-myti-rukou-MZ.html>)
- 23 *Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.*, [on-line], 2010, [citováno 2010 – 05 - 1]. Dostupné z: http://www.hospitaljh.cz/images/sakcr_certifikat_20090518.jpg

- 24 PODSTATOVÁ, H. *Hygiena provozu zdravotnických zařízení a nová legislativa*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2002. 267 s. ISBN 80-86297-10-1
- 25 POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8
- 26 POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 48 s. ISBN 80-7013-290-6
- 27 PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 3. vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-7367-047-X
- 28 PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8
- 29 ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I, pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
- 30 SAK, *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2008. 103 s. ISBN 978-80-903750-6-2
- 31 *Sestavování standardů metodou DySSSy*, [online], Dostupné z [www:http://www.fnplzen.cz](http://www.fnplzen.cz) [cit. 2009 – 04 - 30]
- 32 *Standardy ošetrovatelské péče*, [online], 2010, [citováno 2010 – 05 - 1]. Dostupné z: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/> (Internet MZ 2)
- 33 *Standardy ošetrovatelské péče v českých nemocnicích*, [online], 2010, [citováno 2010 – 04 - 1]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/214737/lf_b/?lang=en
- 34 STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5
- 35 STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 3: Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 49 s. ISBN 80-7013-282-5

- 36 STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
- 37 STAŇKOVÁ, M. *Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6
- 38 *Stránky SAK*, [on-line], 2010, [citováno 2010 – 04 - 12]. Dostupné z <http://www.sakcr.cz/about.php>
- 39 ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinium, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
- 40 ŠKRLA, P., *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: Mikadapress, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4
- 41 ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1
- 42 ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8
- 43 ŠRÁMOVÁ, H. *Nozokomiální nákazy II*. 1. vyd. Praha. Maxdorf, 2001. 303 s. ISBN 80-85912-25-2
- 44 TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
- 45 *The Joint Commission*,, [on-line], 2010, [citováno 2010 – 04 - 10]. Dostupné z: <http://www.jointcommission.org/>
- 46 TRACHTOVÁ, E., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Mikadapress, 2004, 186 s. ISBN 57-851-02
- 47 VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 43 s. ISBN 80-7013-327-9

- 48 VLČEK, F. Indikátory kvality jako nástroj řízení a kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnickém zařízení. *Onkologická péče*. 2006, ročník 10, č. 4, s. 3-6. ISSN 1214-5602.
- 49 VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2003. 74 s. ISBN 80-7013-376-7
- 50 VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7
- 51 VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5.
- 52 VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada. 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9
- 53 WENSLEY, M. *Quality of nursing care*, [online], Dostupné z: <http://www.ciap.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/1992/a04.html> [cit. 2009 – 04 - 22]
- 54 ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin: Osveta. 2005. 117 s. 80-8063-193-X
- 55 ŽIAKOVÁ, K., *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2009. 322 s. ISBN 978-80-8063-304-2

8. KLÍČOVÁ SLOVA

AKREDITACE

KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

STANDARDIZACE

STANDARDSY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 Anonymní dotazník

Příloha 2 Kontrolní list k auditu uzavřené ošetrovatelské dokumentace

Příloha 3 Kontrolní list k auditu otevřené ošetrovatelské dokumentace

Příloha 4 Šablona standardu SOP

Příloha 5 Formulář „Hlášení nežádoucí/mimořádné události“

Příloha 6 Certifikát akreditační komise SAK

Příloha 1 Anonymní dotazník

Dobrý den, jmenuji se Alexandra Šimáčková a studuji 2. ročník magisterského oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Věnuji se výzkumu na téma „Standardizace ošetrovatelské péče jako nedílná součást přípravy na akreditační šetření“ a vyplněním dotazníku, který je anonymní a bude sloužit jen k výzkumným účelům, Vás prosím o Vaší laskavou spolupráci. Předem velice děkuji za jeho vyplnění. *Označte, prosím, vždy jen jednu odpověď, pokud nebude uvedeno jinak*

1. V jaké nemocnici pracujete:

- a) Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s
- b) Nemocnice Pelhřimov, p.o
- c) Nemocnice Havlíčkův Brod, a.s
- d) Nemocnice Tábor, a.s
- e) Nemocnice Písek, a.s

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské s maturitou
- b) středoškolské s maturitou a PSS
- c) vyšší odborné
- d) vysokoškolské - Bc.
- e) vysokoškolské – Mgr.
- f) specializační, napište prosím jaké

3. Jaká je délka Vaší praxe:

- a) méně než 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 20 let

d) 21 let a více

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- a) sestra lůžkového oddělení
- b) sestra ambulantní péče
- c) staniční sestra
- d) vrchní sestra
- e) hlavní sestra
- f) jiné

5. Jak dlouho jsou ve Vaší nemocnici zavedené standardy pro ošetrovatelskou péči

- a) méně než 1 rok
- b) 1 – 3 let
- c) 4 - 5 let
- d) více než 5 let
- e) nevím

6. Jsou všechny oblasti poskytování ošetrovatelské péče ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

7. Chybí Vám osobně standardem zpracovaná oblast ošetrovatelské péče?

- a) ano, napište prosím jaká.....

b) ne

8. Poskytujete ošetrovatelskou péči pacientům dle standardů?

a) ano

b) spíše ano

c) těžko rozhodnout

d) spíše ne

e) ne

9. Jsou standardy pro Vás volně přístupné a plně k dispozici?

a) ano

b) spíše ano

c) těžko rozhodnout

d) spíše ne

e) ne

10. Je dodržování standardů pro ošetrovatelskou péči kontrolováno audity?

a) ano

b) spíše ano

c) těžko rozhodnout

d) spíše ne

e) ne

11. Je auditní činnost týkající se ošetrovatelské péče ve Vaší nemocnici definovaná standardem?

a) ano

b) spíše ano

c) těžko rozhodnout

d) spíše ne

e) ne

12. Je sběr dat o kvalitě ošetrovatelské péči (indikátory kvality) ve Vaší nemocnici definovaný standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

13. Sledujete ve Vaší nemocnici indikátory kvality ošetrovatelské péče?

- a) ne
- b) ano, napište prosím které.....

14. Je proces sledování nežádoucích (mimořádných) událostí ve Vaší nemocnici definovaný standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

15. Víte, které události jsou označovány za nežádoucí (mimořádné)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

16. Je systém sledování spokojenosti pacientů ve Vaší nemocnici definovaný standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

17. Jsou ošetrovatelské postupy, jejich výběr, tvorba a sledování účinnosti ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

18. Je stanovení potřeb pacienta při příjmu v rámci ošetrovatelské péče a v určitém časovém intervalu ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

19. Je vstupní vyšetření pacienta ošetřující sestrou při příjmu a v intervalu 24 hodin ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano

- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

20. Jsou formální a věcné náležitosti ošetrovatelské dokumentace ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

21. Je frekvence a obsahová náplň zápisů sester do ošetrovatelské dokumentace ve Vaší nemocnici definovaná standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

22. Je předávání pacienta kvalifikovanou sestrou, kvalifikované sestře ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

23. Je písemné vyhotovení ošetrovatelského plánu u každého pacienta na začátku hospitalizace ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

24. Vypracujete u každého pacienta na začátku jeho hospitalizace plán ošetrovatelské péče do 24 hodin?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

25. Je ošetrovatelská péče poskytovaná formou ošetrovatelského procesu doprovázená řádně vedenou ošetrovatelskou dokumentací ve Vaší nemocnici definovaná standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

26. Je podávání léků a léčivých prostředků ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano

- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

27. Je seznámení pacienta vhodnou formou po přijetí do nemocnice s jeho právy ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

28. Je posouzení potřeb edukace pacienta ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

29. Je stanovení počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu ve vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

30. Vyhovuje Vám současný počet pracovníků v nelékařských profesích na Vašem oddělení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

31. Jsou kontroly ošetrovatelské dokumentace ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

32. Je prevence nozokomiálních infekcí ve Vaší nemocnici definovaná standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

33. Je dodržování hygieny rukou ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout

- d) spíše ne
- e) ne

34. Dodržujete hygienu rukou?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

35. Jsou postupy a metody spojené s rizikem infekcí, za účelem snižování rizika infekce pro pacienty i personál ve Vaší nemocnici definované standardem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

36. Poskytujete ošetrovatelskou péči pacientovi dle standardu formou ošetrovatelského procesu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

37. Spolupracujete při poskytování ošetrovatelskou péče formou ošetrovatelského procesu se standardem (ve smyslu zdroje informací)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

38. Máte osvojené postupy poskytování ošetrovatelské péče formou ošetrovatelského procesu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

39. Je pro vás snadné ošetrovatelský proces a jeho fáze aplikovat v praxi?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

40. Je ošetrovatelská péče o pacienta dle standardů formou ošetrovatelského procesu kontrolována auditem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

41. Poskytujete ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu s řádným zápisem do ošetrovatelské dokumentace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

42. Spolupracujete při řádném vedení ošetrovatelské dokumentace se standardem (ve smyslu zdroje informací)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

43. Máte problémy s řádným vedením ošetrovatelské dokumentace?

- a) ne
- b) ano, napište prosím jaké.....

44. Při pochybnostech o správnosti vedení ošetrovatelské dokumentace se můžete obrátit: (můžete označit víc odpovědí)

- a) na staniční sestru
- b) na vrchní sestru
- c) na hlavní sestru
- d) osobu pověřenou sledováním kvality dokumentace
- e) nemám se na koho obrátit

45. Je řádné vedení ošetrovatelské dokumentace kontrolováno auditem?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

46. Posoudíte u každého pacienta potřeby edukace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

47. Zapišete posouzení potřeb edukace pacienta do ošetrovatelské dokumentace?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

48. Posuzujete potřeby edukace pacienta se zápisem v ošetrovatelské dokumentaci dle standardu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

49. Kdy nejčastěji edukujete pacienty? (můžete označit víc odpovědí)

- a) při příjmu na oddělení
- b) během celé hospitalizace
- c) před výkonem/operací/základem
- d) na požádání lékaře/pacienta
- e) needukuji

50. Považujete edukaci za důležitou?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

51. Vysvětlete prosím, proč považujete edukaci za důležitou?

.....

52. Jaké oblasti se Vaše edukace pacienta týká? (můžete označit víc odpovědí)

- a) domácí a ošetrovatelský režim
- b) práva a povinnosti pacienta
- c) nácvik dovednosti (například soběstačnost)
- d) nácvik nové sebeobslužné činnosti (například aplikace inzulínu)
- e) nácvik chůze
- f) rehabilitace
- g) stravování
- h) jiné.....

53. Podílela jste se osobně na vytváření standardů pro poskytování ošetrovatelské péče?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

54. Pociťujete přínos standardů při poskytování ošetrovatelské péče?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

55. Bylo jednoduché aplikovat standardy do praxe na Vašem oddělení?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

56. Myslíte si, že se péče o pacienta zkvalitnila po zavedení standardů pro ošetrovatelskou péči do praxe?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne

e) ne

57. Pamatujete si na komplikace při zavádění standardů pro ošetrovatelskou péči do praxe? (můžete označit víc odpovědí)

- a) ze strany sester, napište jaké.....
- b) ze strany lékařů, napište jaké.....
- c) jiné, napište jaké.....
- d) ne

58. Standardy pro poskytování ošetrovatelské péče: (můžete označit víc odpovědí)

- a) zvyšují kvalitu ošetrovatelské péče
- b) umožňují kontrolu dodržování stanovených postupů ošetrovatelské péče
- c) zbytečně zdržují a odvádějí pozornost od pacienta
- d) jsou další administrativa, nepodstatná pro moji práci

59. Považujete standardy pro poskytování ošetrovatelské péče za důležité?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) těžko rozhodnout
- d) spíše ne
- e) ne

60. V čem vy osobně považujete standardy týkající se poskytování ošetrovatelské péče za důležité

Děkuji za Váš čas a cenné informace

Zdroj: vlastní

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Sledování kvality uzavřené ošetrovatelské dokumentace

dokumentace

Směrnice, standardy N/H, standardy SAK, legislativa

Měsíc: Leden 2010

Vyvěřili ky:

1 - požadavek splněný, 0 - požadavek nesplněný, 0,5 - požadavek splněný částečně

Příloha 2 Kontrolní list k auditu uzavřené ošetrovatelské dokumentace

číslo	Požadavky na dokumentaci	číslo chorobopis =																			
1	Zápis do ošetrovatelské a zdravotnické dokumentace																				
2	Vyběr a použití tiskopisů, jejich označení plnou identifikací pacienta																				
3	Opravy v ošetrovatelské a zdravotnické dokumentaci																				
4	Plnění ordinace lékaře																				
5	Nesplnění předepsané ordinace																				
6	Dodržování kontinuity péče o pacienta																				
7	Ošetrovatelská anamnéza, obsahová a formální stránka, časový interval																				
8	Ošetrovatelský plán, obsahová stránka, časový interval																				
9	Ošetrovatelský plán, formální stránka																				
10	Realizace ošetrovatelské péče																				
11	Hodnocení ošetrovatelské péče, obsahová a formální																				
12	Předoperační péče o pacienta nebo o pacienta po vyšetření/transfuzi																				
13	Pooperační péče o pacienta nebo o pacienta po vyšetření/transfuzi																				
14	Edukace, posouzení potřeb edukace a zápis v ošetrovatelské dokumentaci																				
15	Příkladová ošetrovatelská zpráva																				
16	Sledování pacientů v riziku: pád, porucha kožní integrity																				
17	Bolest: záznam, sledování, výběr tiskopisů, zhodnocení VAS																				
18	Použití omezovacích prostředků																				
19	Použití zdravot. prostředků: záznam přístrojové techniky																				

Zdroj: vlastní

Příloha 3 Kontrolní list k auditu otevřené ošetrovatelské dokumentace

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Sledování kvality otevřené ošetrovatelské dokumentace

dokumentace

Směrnice standardů NÚH, standardy SAK, legislativa

MĚSÍC: Leden 2010

Vysvětlivky:

1 - požadavek splněný; 0 - požadavek nesplněný; 0,5 - požadavek splněný částečně

číslo	Požadavky na dokumentaci	číslo chorobopisu																				
1	Zápisy do ošetrovatelské a zdravotnické																					
2	Plnění ordinace lékaře																					
3	Nesplnění předepsané ordinace lékaře																					
4	Předoperační péče o pacienta nebo o pacienta po vyšetření/transfuzi																					
5	Pooperační péče o pacienta nebo o pacienta po vyšetření/transfuzi																					
6	Ošetrovatelská anamnéza, obsahová a formální stránka, časový interval																					
7	Ošetrovatelský plán, obsahová a formální stránka, časový interval																					
8	Realizace ošetrovatelské péče																					
9	Hodnocení ošetrovatelské péče, obsahová a formální stránka																					
10	Edukace, posouzení potřeb edukace a zápis v ošetrovatelské dokumentaci																					
11	Překladová ošetrovatelská zpráva, kontinuita ošetrovatelské péče o pacienta																					
12	Sledování pacientů v riziku/Použití omezovacích prostředků																					
13	Bolest: záznam, sledování, výběr nástrojů, zhodnocení VAS																					
14	Použití zdravot. prostředků: záznam nástrojové techniky 2.b a vyšší																					

Zdroj: vlastní

Příloha 4 Šablona standardu SOP

Standardní ošetrovatelský postup

Návrh šablony

Znak nemocnice [Název]

Vydání:[Číslo]

Frekvence kontroly: [Datum]

Název útvaru a číslo střediska, kde byl SOP vypracován:

Připomínkové řízení do: [Datum]

[*Připomínkující*]

Průběh schvalování standardního ošetrovatelského postupu:

Odborný garant: Datum:

Schválil: [Schvalovatel – vedoucí zaměstnanec. úseku] Datum:

Ověřil: [Ověřovatel – kontrolní osoba ze skupiny] Datum:

Kontaktní osoba: [Z úseku ošetrovatelské péče]

Nabývá účinnosti dne:

Držitel dokumentu: (číslo úseku/ číslem pořadového čísla paré přiděleného správcem dokumentace)

DEFINICE SOP

[Text] *Definování postupu stručně a výstižně*

VYMEZENÍ VYBRANÝCH POJMŮ

[Text] *Vysvětlení základních pojmů, popř. zkratk používaných v SOP*

CÍL

[Text] *Proč je standardní ošetrovatelský postup zpracován, čeho je zpracováním daného tématu dosaženo. Stručné stanovení rozsahu zpracovávaného SOP a jeho zasazení do širšího rámce ostatních činností s činností popisovanou v SOP související. Indikace a kontraindikace.*

KOMPETENTNÍ OSOBY (kompetence zaměstnanců)

[Text] *profese, popř. definovaný stupeň kvalifikace, které opravňují nelékařské zdravotnické pracovníky k provádění úkonů popisovaných v SOP*

POMŮCKY (přístroje)

[Text] *výčet pomůcek, přístrojů materiálu – prostředků nutných k provedení postupu v SOP popisovaného*

OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

[Text] - popis vlastního provedení výkonu zahrnující chronologicky seřazené kroky

a) Povinnosti před výkonem

[Text] *Přípravná fáze. Příprava pacienta. Poučení pacienta, souhlas pacienta. Příprava pomůcek a prostředí. Sledování pacienta, co má sestra znát a umět, co sleduje a kontroluje, na co se zaměřuje*

b) Povinnosti při vlastním výkonu

[Text] *Popis konkrétního postupu včetně použití pomůcek, spolupráce pacienta. Sledování pacienta, co má sestra znát a umět, co sleduje a kontroluje, na co se zaměřuje.*

c) Povinnosti po výkonu

[Text] *Ukončení činnosti, za jakých podmínek (stavu pacienta) může sestra úkon ukončit. Uklidnění pacienta, úprava pacienta, péče po zákroku, úklid pomůcek.*

d) Provedení záznamu do dokumentace

[Text] *Výčet a rozsah informací zaznamenávaných sestrou do 24 hodinového záznamu a dalších dokumentů.*

KOMPLIKACE

[Text] *Stavy, které hlásí lékaři (komplikace – jaké – změny – jaké)*

ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ

[Text] *Upozornění na speciální úkony, které je nutno provést. Na co se nesmí v žádném případě zapomenout (např. způsob informovaného souhlasu pacienta se zákrokem). Případná související legislativa a další.*

PŘÍLOHY [Měřicí škály, protokoly apod.]

POUŽITÁ LITERATURA

ZPRACOVATELÉ [Seznam osob, které na SOP spolupracovaly]


KRITÉRIA K AUDITU

Zdroj: Sestavování standardů metodou DySSSy, [online], Dostupné z

www: <http://www.fnplzen.cz> [cit. 2009 – 04 – 30]

Příloha 5 Formulář „Hlášení nežádoucí/mimořádné události“

Strana 1

Jméno: _____ Příjmení: _____ P.č.: _____		Hlášení mimořádné události			
04 001 oddělení: ONKOLOGIE 030/A		Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. U nemocnice 380/III, 377 01 Jindřichův Hradec Tel: 384 330 811 - 828 521 oddělení: ONKOLOGIE 030/A		list č.: _____	
Datum mimořádné události: _____ <input type="checkbox"/> Pacienta/ky <input type="checkbox"/> Zaměstnanec <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Návštěva <input type="checkbox"/> Ostatní		Čas: _____ Funkční zařazení: _____ Funkční zařazení: _____ Čas: _____		Jméno, kdo mimořádnou událost zjistil: _____ Svědek mimořádné události: _____ Datum zjištění mimořádné události: _____	
1. DRUH MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI					
TYP I <input type="checkbox"/> Selhání zdravotnické techniky <input type="checkbox"/> Popáleniny <input type="checkbox"/> Pokus o sebevraždu/dokonaná sebevražda pacienta/ky, jiné osoby <input type="checkbox"/> Sebepoškození pacienta/ky, zaměstnance nebo jiné osoby <input type="checkbox"/> Ohrožení zaměstnance (slovní nebo fyzické) <input type="checkbox"/> Zranění pacienta/ky jiným pacientem/ky <input type="checkbox"/> Komplikace medikace <input type="checkbox"/> Incident spojený s výkonem <input type="checkbox"/> Nepředvídatelné úmrtí pacienta/ky při diagnostickém či terapeutickém výkonu <input type="checkbox"/> Zranění pacienta/ky přístrojovou technikou <input type="checkbox"/> Napadení pacienta/ky jinou osobou <input type="checkbox"/> Napadení zaměstnance jinou osobou			TYP II <input type="checkbox"/> Náraz na pevný objekt s následným zraněním <input type="checkbox"/> Ztráta nebo poškození nemocničního majetku <input type="checkbox"/> Ztráta nebo poškození majetku pacienta/ky <input type="checkbox"/> Ztráta nebo poškození majetku personálu <input type="checkbox"/> Svévolný odchod pacienta/ky z nemocnice <input type="checkbox"/> Problém se souhlasem k léčbě nebo zákroku <input type="checkbox"/> Problém s identifikací pacienta/ky <input type="checkbox"/> Jiné incidenty (vysvětlete) <input type="checkbox"/> Selhání techniky (jiné)		
Typ III PROBLÉM SE ZDRAVOTNICKOU DOKUMENTACÍ <input type="checkbox"/> Ztráta části dokumentace <input type="checkbox"/> Ztráta celé dokumentace <input type="checkbox"/> Opožděné zápis do dokumentace <input type="checkbox"/> Nedovolená změna/přepisování záznamu v dokumentaci provedena jiným zdravotnickým pracovníkem		2. LOKALITA MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI <input type="checkbox"/> Název oddělení: _____ <input type="checkbox"/> Pokoj pacienta/ky * WC <input type="checkbox"/> Koupelna <input type="checkbox"/> Chodba <input type="checkbox"/> Jídelna <input type="checkbox"/> Jiné místo <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Operační sál <input type="checkbox"/> Schodiště		<input type="checkbox"/> Výtah <input type="checkbox"/> Venkovní areál <input type="checkbox"/> Laboratoř <input type="checkbox"/> Rentgen <input type="checkbox"/> Lékárna <input type="checkbox"/> Jiné místo (vysvětlete)	
3. MEDIKAČNÍ INCIDENTY <input type="checkbox"/> Lék nepodán <input type="checkbox"/> Lék podán jinému pacientovi/ce <input type="checkbox"/> Nesprávná rychlost podání <input type="checkbox"/> Nesprávná dávka/konzentrace <input type="checkbox"/> Špatný čas podání léku <input type="checkbox"/> Špatný způsob/místo podání <input type="checkbox"/> Nesprávná metoda podání <input type="checkbox"/> Nesprávný lék <input type="checkbox"/> Nežádoucí účinek (alergická reakce) <input type="checkbox"/> Neshoda v počtu návykových látek <input type="checkbox"/> Pochybení při podání krve a krevních derivátů <input type="checkbox"/> Jiné (vysvětlete)			4. INCIDENT LÉČEBNÉHO PROCESU <input type="checkbox"/> Výkon nebyl proveden <input type="checkbox"/> Výkon proveden nesprávně <input type="checkbox"/> Výkon byl proveden na nesprávném pacientovi/ce <input type="checkbox"/> Nesprávný výkon <input type="checkbox"/> Problém s diagnostickým vzorkem (krev, moč) <input type="checkbox"/> Problém se zdravotnickou technikou <input type="checkbox"/> Jiný problém (vysvětlete)		

Zdroj: Interní materiál Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s

Příloha 5 Formulář „Hlášení nežádoucí/mimořádné události“

Strana 2

5. STAV PACIENTA/TKY PŘED MIMOŘÁDNOU UDÁLOSTÍ	6. VYSLEDEK MIMOŘÁDNE UDÁLOSTI
<input type="checkbox"/> U ústí je cítit alkohol <input type="checkbox"/> Orientován <input type="checkbox"/> Pod vlivem sedativ <input type="checkbox"/> Pod vlivem drog <input type="checkbox"/> Pod vlivem anestezie <input type="checkbox"/> Dezorientován <input type="checkbox"/> V bezvědomí <input type="checkbox"/> Ostatní (vysvětlete)	<input type="checkbox"/> Žádné zjevné zranění <input type="checkbox"/> Psychické trauma <input type="checkbox"/> Popáleniny <input type="checkbox"/> Zlomenina <input type="checkbox"/> Zranění s potřebou šití <input type="checkbox"/> Ostatní (vysvětlete)
7. STRUČNÝ A VECNÝ POPIS MIMOŘÁDNE UDÁLOSTI	
.....	
Navrhovaná opatření (specifikuje odpovědný pracovník oddělení):	
Klasifikace mimořádné události: <input type="checkbox"/> závažná <input type="checkbox"/> bez následků <input type="checkbox"/> nelze klasifikovat jako mimořádnou událost Událost byla hlášena: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Komu: <input type="checkbox"/> Náčelník LPP <input type="checkbox"/> Bezpečnostní technik <input type="checkbox"/> Policie	
Doporučená a nápravná opatření:	
Mimořádná událost byla vyhodnocena kým: Dne: Prof. št.: Jméno: Podpis: <input type="checkbox"/> Vyhodnocení předáno dne:	
<input type="checkbox"/> Rozhodnutí ředitele ze dne:	

Zdroj: Interní materiál Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s

Příloha 6 Certifikát akreditační komise SAK ČR



Zdroj: *Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.*, [on-line], 2010, [citováno 2010 – 05 - 1].

Dostupné z: http://www.hospitaljh.cz/images/sakcr_certifikat_20090518.jpg