

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2011

Bc. Anna Kultová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Připravenost Nemocnice České Budějovice, a.s. na akreditační
šetření ve vybraných oblastech akreditačních standardů.**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce:
doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.

Autor:
Bc. Anna Kultová

2011

Readiness of the České Budějovice Hospital for accreditation audit in selected fields of accreditation standards

Great attention is paid to health care quality nowadays. Accreditation of a health care facility means “recognition that the facility is capable of providing quality health care and has developed a functional and efficient system for assessment of performance and improvement of the provided care quality.

The main goal of the research was to map whether nurses in the České Budějovice Hospital are duly prepared for the accreditation audit by the United Accreditation Board of the CR, whether nurses adhere to the internal regulation of the Hospital defining the correct procedure of ordering, storage, administration and disposal of medicines, know the qualification requirements for administering medicines and keep the medicine administration records in the prescribed way.

Quantitative research was performed, for which four goals and six hypotheses had been set. The methods of questioning and observation during an internal audit were applied to the research. Structured observation, followed by a record to a record sheet was performed at 23 ICUs. 139 randomly selected nurses answered the questions.

Hypothesis 1, which says: Nurses adhere to the hospital’s internal regulation on medicine ordering, was confirmed. Graph 1 refers to this fact. Hypothesis 2, Nurses adhere to the hospital’s internal regulation on medicine storage was confirmed (graph 2, more than 100 nurses of 139 answered the questions correctly). H3 was confirmed too: Nurses adhere to the hospital’s internal regulation on medicine disposal. The research show that nurses’ knowledge of medicine liquidation is at high level and they adhere to the hospital’s regulation (graph 3). H4 Nurses adhere to the hospital’s methodology arranging medicine administering was also confirmed (graph 4, not just nurses but the involved workplaces as well follow the regulation). H5 Nurses know the qualification requirements for medicine administering was confirmed too (graph 5). H6 Nurses keep the medicine

administration records correctly was confirmed (graph 6, no negative answers were recorded).

The obtained information will definitely contribute to nursing care quality improvement. Although the nurses succeeded attention has still to be paid to the individual partial topics contained in the UAB audits to eliminate possible mistakes or failure.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Přípravenost Nemocnice České Budějovice, a.s. na akreditační šetření ve vybraných oblastech akreditačních standardů 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Poděkování

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování paní doc. PhDr. Sylvě Bártlové, PhD. za odborné vedení a cenné připomínky při psaní mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem svým blízkým za trpělivost a podporu, kterou mi poskytovali po celou dobu mého studia.

OBSAH

Seznam použitých zkratek

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Nemocnice České Budějovice, a.s.....	9
1.1.1 Jednotka intenzivní péče.....	13
1.2 Management v ošetrovatelství	14
1.3 Kvalita poskytované péče.....	15
1.3.1 Program kontinuálního zvyšování kvality.....	15
1.3.2 Indikátory kvality ošetrovatelské péče.....	16
1.4 Akreditace zdravotnického zařízení.....	19
1.4.1 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization.....	20
1.4.2 Spojená akreditační komise ČR.....	21
1.5 Standardizace zdravotní péče.....	22
1.5.1 Národní akreditační standardy pro nemocnice.....	25
1.5.2 Standardy ošetrovatelské péče.....	28
1.5.3 Metodika tvorby standardů ošetrovatelských postupů v Nemocnici České Budějovice, a.s.....	31
1.6 Audit ve zdravotnickém zařízení.....	33
1.6.1 Audit ošetrovatelské péče.....	35
1.6.2 Interní audit.....	40
2 Cíle práce a hypotézy.....	44
2.1 Cíl práce.....	44
2.2 Hypotézy práce.....	44
3 Metodika.....	45
3.1 Metodika a techniky sběru dat.....	45
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	45
3.2.1 Statistické zpracování dat.....	46

4 Výsledky	47
4.1 Výsledky interního auditu o objednávání léků.....	47
4.2 Výsledky interního auditu o skladování léků.....	54
4.3 Výsledky interního auditu o likvidaci léků	62
4.4 Výsledky interního auditu o podávání léků.....	69
4.5 Výsledky interního auditu kvalifikační požadavky na podávání léčiv.....	76
4.6 Výsledky interního auditu o správném záznamu podaného léku v dokumentaci.....	81
5 Diskuse	90
6 Závěr	101
7 Seznam použitých zdrojů	103
8 Klíčová slova	111
9 Přílohy	112

Seznam použitých zkratek

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČAS	Česká asociace sester
ČIA	Český institut pro akreditaci
DySSSy	Dynamic Standard Setting System
EFQM	European Foundation for Quality Management
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis
ISO	International Organization for Standardization (Mezinárodní organizace pro normalizaci)
ISQua	International Society for Quality in Health Care Inc.
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCIA	Joint Commission International on Accreditation
JIP	Jednotka intenzivní péče
KZK	Program kontinuálního zvyšování kvality
NCB	Nemocnice České Budějovice, a.s.
NL	Návykové látky
OL	Omamné látky
RCA	Root Cause Analysis
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
SPC	Summary Product Content,
WHO	World Health Organization

ÚVOD

„Nic není tak dokonalé, aby se to nedalo zlepšit“

Peter Drucker

Kvalita zdravotnických služeb je velmi aktuální a zároveň citlivé téma, které zajímá státní správu, provozovatele zdravotnických zařízení i zdravotnický personál a širokou veřejnost, především pacienti.

Otázkou dobré přípravy na akreditaci v Nemocnici České Budějovice, a.s. jsem se rozhodla zabývat hlouběji již od okamžiku, kdy v našem zdravotnickém zařízení začal tento proces zvyšování kvality. V nemocnici zastávám funkci vrchní sestry v kardiocentru kardiologického oddělení a stejně jako všichni vedoucí pracovníci jsem se aktivně zapojila do přípravy svého oddělení na akreditační šetření Spojené akreditační komise České republiky. Považuji to za smysluplnou a přínosnou činnost, která se pozitivně projevuje na chodu celého zdravotnického zařízení, kvalitě a bezpečnosti poskytované péče a hlavně na spokojenosti pacienta.

Cílem mé práce bylo vyhodnotit znalosti a dovednosti zdravotních sester, které vyplynuly z interních auditů v oblasti manipulace s léčivými a to na vybraných odděleních jednotek intenzivní péče v českobudějovické nemocnici.

Teoretická část byla věnována rozboru pojmů jako management kvality, indikátory kvality poskytované péče, akreditace, standardy a audity. V další části práce bylo provedeno statistické zpracování dat, získaných z auditů, a jejich celkové vyhodnocení tak, aby z nich jednoznačně vyplynula úroveň připravenosti zdravotnických sester na akreditaci.

Zjištěné výsledky nemají trvalou hodnotu, ukazují pouze aktuální stav. Je proto zapotřebí s nimi pracovat a využívat je jako podklad pro dosažení dalších stupňů procesu zvyšování kvality. Ráda bych je proto poskytla náměstkyni pro ošetrovatelskou péči a prodiskutovala je. Považuji za důležité seznámit s nimi i další vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení, abychom společně nejen dosáhli akreditace, ale zabezpečili i další zvyšování úrovně kvality poskytované péče.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Nemocnice České Budějovice, a.s.

V současné době se klade velký důraz na kvalitu zdravotní péče. Slovo kvalita je proto skloňováno ve všech pádech, avšak její definice je velice obtížná, jedná se totiž o pojem velmi relativní a zároveň komplexní. O kvalitě mluvíme v souvislosti jak s věcmi, tak se službami.

V oblasti zdravotnictví dochází ke zvyšování nároků na zdravotní péči na jedné straně a snižování ekonomických možností zdravotnických zařízení na straně druhé. Vzniká tak potřeba vytvořit skutečně efektivní a zároveň kvalitní zdravotnický systém. Velký posun nastal se vstupem České republiky do Evropské unie. Změny se objevují nejen v oblasti vzdělávání zdravotnických pracovníků, ale také v oblasti kvality ošetrovatelské péče. Kvalitní ošetrovatelská péče je tvořena v souladu s normami a standardy. Dochází také ke změně role ošetrovatelského personálu a výrazy jako je kvalita, standard či audit se stávají běžnou součástí každodenní praxe v neustále narůstajícím počtu zdravotnických zařízení.

Nemocnice České Budějovice, a.s. (dále NCB) je jedna z největších nemocnic v České republice, a proto je i její příprava na akreditace náročnější nejen po stránce finanční, ale také po stránce zvládnání předepsaných postupů. Celý proces přípravy je rovněž časově náročnější než u menších zdravotnických zařízení, kterých byla v Jihočeském kraji za posledních 5 let už akreditována celá řada. Jedná se o nemocnice Písek, Tábor, Český Krumlov, Jindřichův Hradec a Strakonice. Všechna tato zařízení získala akreditaci SAK, která je v České republice nejrozšířenější. Právě díky rozšíření akreditací SAK na území ČR je možné zajistit jednotné hodnocení úrovně kvality a bezpečí poskytované péče.

Od roku 2009 se NCB aktivně a cílevědomě připravuje na akreditační šetření a to pod vedením náměstka ředitele pro řízení kvality a bezpečí poskytované péče MUDr. Josefa Filky, který má podporu vedení nemocnice. V současné době je ustanoven tým auditorů složený jak z lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků,

tak z odborníků pro daný obor. Hlavním úkolem tohoto týmu je dobře připravit nemocnici jako celek na akreditační šetření, které by mělo proběhnout v polovině roku 2012.

Nemocnice České Budějovice, a.s. se nachází v Jihočeském kraji, který je také jediným akcionářem tohoto zdravotnického zařízení a zároveň akciové společnosti, která nemocnici spravuje. Jedná se o jedno z největších zdravotnických zařízení v České republice. V NCB je poskytována základní, specializovaná i vysoce specializovaná péče prakticky ve všech medicínských oborech.

Počátky zdravotnické a sociální péče v Českých Budějovicích sahají až do 14. století. Jako první zaopatřovací ústav ve městě zde sloužil špitál s kostelem svatého Václava, který poskytoval péči nemajetným nebo zestárlým občanům. Útočiště zde mohli nalézt nejen chudí a nemocní, přijímali se zde také lidé s tělesnou vadou či choromyslní. Tato instituce provozovala svoji činnost až do 18. století, kdy byl roku 1796 špitál s kostelem zrušen a později také zbourán (12).

V 70. letech 18. století byla pro armádní příslušníky zřízena vojenská nemocnice. Ta byla původně postavena pro posádku českobudějovických dělostřelců v nynější ulici Dr. Stejskala. V 19. století se posádková nemocnice přemístila na Lidickou třídu, kde přetrvala téměř sto let (12).

Záchrannou službu dříve zajišťovali speciálně vycvičení členové hasičského sboru zvaní samaritáni. Sanitní oddíl založil jeden člen hasičského sboru v roce 1896. O sedm let později získal oddíl označení „městská záchranná sanitace“. K transportu pacientů byl zprvu používán vůz Landauer s koňským potahem. První sanitní automobily Laurin & Klement město pořídilo roku 1924 (12).

První samostatná městská nemocnice byla však uvedena do provozu až roku 1829 a stávala na Senovážném náměstí v místech dnešní Hlavní pošty. Od roku 1850 převzaly vnitřní správu nemocnice řádové sestry Kongregace milosrdných sester svatého Karla Boromejského. Později bylo rozhodnuto zrušit původní význam občanské městské nemocnice a přejmenovat ji na instituci „všeobecnou a veřejnou“. Jména bylo opět změněno v roce 1909 na „Jubilejní nemocnici císaře Františka Josefa“. Už roku 1886 byla zřízena navíc infekční nemocnice jako pomocný provizorní špitál. Existence

takové nemocnice v samém středu města ale počátkem 20. století narazila na odpor občanů. Proto se v roce 1906 shodlo městské i okresní zastupitelstvo na stavbě nové nemocniční budovy mimo centrum města. Vznikl tak dnešní Horní areál. Kolaudace proběhla na podzim roku 1913. V hlavní budově bylo celkem 138 lůžek, v infekčním pavilonu 21. Ve svých počátcích až do roku 1914 byla nemocnice monoprimaryární, v čele s MUDr. Wilhelmem Mautnerem. Hned na začátku roku 1915 získala nemocnice povolení vytvořit samostatný interní chirurgicko-gynekologický primariát. Další, jako např. oční, dětské, kožní, ortopedické, traumatologické apod., pak vznikají především po roce 1945 (12).

Do konce první světové války se zvedl počet ročně hospitalizovaných z 2315 na 3613. Na konci roku 1918 navíc Obecní správní komise v Českých Budějovicích rozhodla odstranit dosavadní označení „Jubilejní nemocnice Františka Josefa“ ze jména nemocnice i městského chudobince, které dostaly název „Všeobecná veřejná nemocnice“ a „Městský chudobinec“ (12).

Za druhé světové války byla kapacita nemocnice navýšena až na 1040 lůžek a v posledních letech války zde bylo hospitalizováno až 13 tisíc nemocných za rok (12).

Po válce bylo zařízení krátce přejmenováno na „Státní oblastní nemocnice České Budějovice“, ale později se opět vrátil původní název „Všeobecná veřejná nemocnice České Budějovice“. V listopadu 1945 byla při nemocnici slavnostně otevřena první Dvouletá škola pro ošetřovatelky při nemocnicích, Prvních 17 absolventech odešlo s titulem tzv. diplomované ošetřovatelky (12, 30, 44).

Ke dni 1. 1. 1952 se ze Všeobecné veřejné nemocnice stala Krajská nemocnice s poliklinikou a začlenila se pod nově vzniklý Krajský ústav národního zdraví. Zařízení se dále rozvíjelo a přibývaly samostatné primariáty a oddělení, včetně nejmodernějšího technologického vybavení. Od roku 1987 bylo např. uvedeno do provozu speciální centrum s počítačovou tomografií, angiografickou jednotkou s digitální subtrakcí a pracoviště centrální celotělové ultrasonografie (12, 53).

V roce 1991 byla Krajská nemocnice s poliklinikou přejmenována na Nemocnici s poliklinikou III. typu jako samostatná příspěvková organizace řízená Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Z Vojenské nemocnice se stala roku 1996 civilní

Okresní nemocnice ve správě Okresního úřadu České Budějovice.

K dalším výrazným změnám patří registrace Nemocnice České Budějovice k 1. 6. 1996, jež o dva roky později začíná využívat také objekty bývalé Vojenské nemocnice. Pro komplex nově připojených budov se používá název Dolní areál, do něhož přesídlila řada oddělení z tzv. Horního areálu v ul. Boženy Němcové. V roce 2000 se stal zřizovatelem nemocnice Jihočeský kraj (30, 53).

Ke dni 1. 1. 2004 byla v českobudějovickém zdravotnickém zařízení dokončena transformace z příspěvkové organizace na akciovou společnost s názvem, od té doby tedy nese oficiální označení Nemocnice České Budějovice, a.s.

V roce 2005 byl MUDr. Břetislav Šon jmenován předsedou představenstva Nemocnice České Budějovice, a.s, svoji funkci zastává doposud.

Českobudějovická nemocnice patří bez nadsázky mezi největší zdravotnická zařízení v České republice. Se svou kapacitou přes 1 600 lůžek je čtvrtou největší nemocnicí v ČR. Akutní péče je poskytována na 1 260 lůžkách a následné péče na 260 lůžkách. Nemocnice poskytuje základní, specializovanou i vysoce specializovanou péči prakticky ve všech medicínských oborech pro celý jihočeský region a v některých oblastech i regionů sousedících. Ročně je zde hospitalizováno v průměru 52 000 pacientů, provádí se zde bezmála 27 000 operačních zákroků a přes 600 000 ambulantních vyšetření. Za rok se zde narodí okolo 2 500 dětí (53).

Nemocnice má 40 zdravotních oddělení s řadou specializací a podoborů. Některá oddělení spolupracují napříč nemocnicí v centrech specializované péče.

Se 2 350 zaměstnanci (stav z roku 2010) se jedná o jednoho z největších zaměstnavatelů v Jihočeském kraji. Z toho je 400 lékařů a 1 370 nelékařských zdravotnických pracovníků (53).

Nemocnice se podílí na řadě vědecko-výzkumných projektů a jednotlivá oddělení jsou řešiteli různých grantů. Zdejší lékaři významně spolupracují s doškolovacími centry praktických lékařů v celých jižních Čechách a připravují pro ně komplexně zaměřené přednášky. Významná je i spolupráce s univerzitami a fakultami celé ČR, zejména spolupráce s Jihočeskou univerzitou zdravotně sociální fakultou , pro kterou jsme základnou pro praktickou výuku v oblasti bakalářského a magisterského

studia (53).

Významný je také fakt, že nemocnice organizuje řadu konferencí a seminářů pro zvyšování kvalifikace všeobecných sester z celého regionu. Každý rok také pořádá ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi několik celostátních kongresů a sympozií. Velmi kladně jsou hodnoceny tzv. workshopy, během nichž mají tuzemští i zahraniční lékaři možnost osvojit si některé praktické dovednosti. Zaměstnanci nemocnice, především lékaři a sestry, přednášejí často na mezinárodních a celostátních kongresech. Výsledky jejich klinické i vědecké práce přijímá odborná veřejnost s velkým uznáním (53).

V souvislosti s naším tématem nesmíme opomenout, že zde probíhá také řada klinických studií léčiv.

V roce 2010 získala NCB certifikát potvrzující aplikaci a trvalý rozvoj Systému řízení informační bezpečnosti, jenž splňuje požadavky mezinárodního standardu ISO/IEC 27001:2005. Je také držitelkou akreditace Ministerstva zdravotnictví ČR pro systém specializačního vzdělávání v řadě oborů. Nemocnice dále obdržela akreditaci České lékařské komory pro systém kontinuálního vzdělávání.

1.1.1 Jednotky intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče (dále jen JIP) je součástí nemocničních oddělení, které je vybaveno k léčbě pacientů, jejichž stav vyžaduje trvalý dozor a intenzivní péči. Bývá součástí různých oddělení.

Pacient umístěný na JIP je trvale monitorován, kontrolují se jeho vitální funkce (tzn. dech, činnost srdce, EKG, krevní tlak a další podle souvislosti oddělení). K tomuto účelu je JIP vybavena odpovídajícími přístroji, které umožňují zvládat akutní stavy (např. řízené dýchání, defibrilaci aj.), přičemž je možné nastavit hraniční hodnoty (maximální a minimální), při nichž se spouští zvuková a vizuální signalizace (VLS).

Na JIP se smí pohybovat pouze speciálně vyškolení lékaři a nelékařský zdravotnický personál se specializovaným vzděláním pro daný obor.

Předchůdci JIP byly pooperační pokoje a oddělení, resp. anesteziologicko-resuscitační lůžkové oddělení (dále jen ARO). Jedná se o oddělení nemocnice

zabezpečující kvalifikovanou resuscitační péči u akutních stavů ohrožujících život, tedy bezvědomí, šok, těžké úrazy, otravy apod. Lékaři specialisté z tohoto oddělení zabezpečují celkovou anestézii při operačních výkonech. Teprve později začaly vznikat kardiologické JIP (jednalo se o koronární, příp. i tzv. antiarytmické jednotky), následně jednotky poskytující intenzivní péči metabolickou, hematologickou, neurologickou, psychiatrickou, neonatologickou aj. Rozvinutá síť JIP je charakteristickým znakem moderních systémů zdravotnictví (VLS).

K zajištění personálního vybavení jednotlivých JIP se používají různé metodiky.

Co do poměru pacientů, připadajících na jednu sestru, na ARO je poměr přesně jedna ku jedné, na JIP připadají na jednu sestru tři pacienti. V případě standardních lůžek, resp. lůžek následných je poměr pacientů na jednu sestru několikanásobně vyšší.

1.2 Management v ošetrovatelství

Management v ošetrovatelství lze definovat podle Kilíkové a Jakušové jako „súbor overených postupov, skúseností a metód, ktoré používajú sestry-manažérky ošetrovatelstva na zvládnutie činností potrebných na vytvorenie optimálnych podmienok na poskytovanie kvalitných ošetrovateľských služieb“ (27, s. 22). Tytéž autorky hovoří o managementu v ošetrovatelství dále jako o procesu vykonávání práce, které probíhá prostřednictvím druhých a to důsledně, včas a v rámci určitého rozpočtu. Do managementu ošetrovatelství patří také shromažďování, analýza, třídění a syntéza výsledků výzkumů a také zevšeobecňování zkušeností s řídicí činností. Nesmíme zapomínat, že management je v první řadě „koordinační činností skupiny pracovníků za účelem dosažení určitých výsledků, kterých nelze dosáhnout individuální prací, smyslem managementu je dosáhnout produktivní práce lidí.“ (32, s. 21).

Problematika ošetrovatelského managementu se skládá ze dvou hlavních otázek. První je obsah nebo náplň toho, co se má řídit, druhá metody, jak takové řízení provádět. Základním principem je pak změna ošetrovatelské praxe (27).

Kilíková a Jakušová dále uplatňují termín *nový*, tzv. moderní ošetrovatelský management, který se má zakládat na aplikaci poznatků nově konstituovaných věd (informatika, statistika, operační analýza nebo ekonomika) právě na proces řízení.

V ošetrovatelském managementu se podobně jako v kterémkoli jiném uplatňují tři dominantní přístupy či hlavní směry, tedy rozhodovací, matematický a systémový (27).

Ústřední postavou každého managementu je manažer, který zodpovídá za dosažení cílů organizace a aktivní účasti na jejich tvorbě. Právě manažer přebírá zodpovědnost za výsledky práce jiných, a proto by měl být nositelem určitého spektra vlastností, činností a schopností, které lze dělit na odborné, interpersonální, koncepční, diagnostické a analytické. Samotného manažera pak můžeme označit jako subjekt řízení, managementu, který vydává nařízení a požaduje jejich realizaci, tj. rozhoduje. Jinými slovy řídí činnost objektu managementu- pracovníka zařízení – a nejen to. Jeho tři základní úkoly v kterékoli organizaci jsou: řídit práci a organizaci, řídit pracovníky a řídit produkci a operace (27, 32).

1.3 Kvalita poskytované péče

Kvalita poskytované péče ve zdravotnictví sice patří mezi tradiční hodnoty zdravotní péče, ale ani dnes nelze říci, že by její chápání a definice byly jednotné. Navíc se často její vnímání u zdravotníků a pacientů a liší. Navíc nelze opomínat dvě dimenze kvality, tedy subjektivní (osobní pohled, spokojenost) a objektivní, která představuje sledování určitých přesně stanovených hodnot a kritérií. Jiří Madar nabízí několik definic kvality (srov. 32, s. 30), jejichž společným prvkem je stanovení zákazníka a jeho požadavků na výrobek jako hlavního hodnotitele kvality. Míra hodnocení kvality tak zůstává velmi subjektivní a je ovlivňována mnoha faktory (demografické, sociální, biologické ad.). Požadavky na kvalitu dále vznáší společnost, resp. stát, ve formě zákonů, nařízení a vyhlášek, které musí organizace nutně dodržovat. Nicméně asi nejspokojivější definici kvality lze nalézt v normě ISO 9001: 2000. Jakost (kvalita) je stupeň plnění požadavků souborem inherentních znaků (32).

1.3.1 Program kontinuálního zvyšování kvality

Cílem každé moderní nemocnice má být sledování a vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče včetně zavádění programu kontinuálního zvyšování kvality

(dále KZK) do praxe. Tento program vznikl na základě poznatků a zkušeností japonských a amerických firem, které se orientují na zabezpečování jakosti, a klade důraz na neustálé zlepšování. Důsledně a uspořádaně k tomu využívá několik univerzálních principů a prověřených nástrojů kvality v rámci celé nemocnice za dobrovolného přispění všech jejích zaměstnanců. Model programu zvyšování kvality se skládá ze čtyř „P“, která neustále cirkulují v pomyslném kruhu v následujícím pořadí – plánovat, provádět, překontrolovat a pokračovat (26, 54).

Hlavní principy strategie KZK v systému zdravotní péče jsou orientovány na uživatele této péče, týmovou spolupráci, odstranění profesionálních bariér a řízení lidských zdrojů. Hlavní myšlenkou kontinuálního zvyšování kvality je uspokojování potřeb pacienta, stejně jako překonávání jeho očekávání, na něž je vynaloženo co nejmenší úsilí, nejnižší náklady na potřebné zdroje. Toho lze docílit aplikováním strukturovaných procesů, jež kontinuálně identifikují a zlepšují veškeré aspekty péče. Je důležité si uvědomit, že program KZK nelze nařídit „shora“, tedy jej zaměstnancům vnutit. Úspěšná implementace tohoto programu vyžaduje angažovanost a nadšení ze strany zaměstnanců. Zavádění principů kvality bude nutně selhávat, dokud management zdravotnického zařízení nevezme na vědomí, že kvalita je určitý postoj, způsob myšlení a chování. Před zaváděním programu kontinuálního zvyšování kvality je proto nutné zaměřit se na přípravu zaměstnanců a změny, které se po zavedení programu na daném oddělení projeví (9, 54).

K hlavním úkolům manažerů při řízení programu kvality patří tvorba koncepce dané organizace zaměřená na uspokojování zdravotních potřeb pacientů, trvalý zájem o kvalitu poskytované péče a také vytváření vhodných podmínek pro kvalitní a efektivní péči. Manažer má rovněž motivovat zaměstnance k tomu, aby se zajímali o kvalitu a efektivitu, zároveň obojí monitorovat a zajišťovat přiměřené zdroje pro provoz a rozvoj daného zařízení. Jeho úkol je také neustálá péče o racionální využívání všech zdrojů, zajištění efektivní komunikace a široká delegace kompetencí a odpovědností (21, 22).

1.3.2 Indikátory kvality ošetrovatelské péče

Podle zakladatele programu KZK Deminga existuje pouze to, co lze měřit, proto také měření a vyhodnocování považujeme za integrované dimenze kvality. V programu KZK tak existují čtyři zdroje dat, s jejichž pomocí můžeme měřit a vyhodnocovat kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče či jiných služeb poskytovaných zdravotnickým zařízením. Jedná se o informace, které jsou získávány z nebo od pacientů a jiných externích klientů, externích odborníků, auditů a právě indikátorů kvality, přičemž poslední dvě skupiny jsou využívány nejčastěji (54).

Indikátory kvality lze chápat jako měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem (viz kap. 1.5 Standardizace zdravotní péče), směrnici nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo těchto norem dosaženo. Podle Škrlových patří k důležitým vlastnostem indikátorů jejich smysluplnost a neomylnost. Indikátor je vždy kvalita, která nám říká něco o kvantitě, jedná se o číslo, ale zároveň i marker, který nám ukazuje, že něco není v pořádku. Výhodou je, že mohou být zaměřeny na negativní i pozitivní jevy, dále na lékařský proces, klinickou událost nebo celý systém. Výsledek indikátoru pak musí být zanesen do numerického kontextu, který umožňuje položky vzájemně porovnávat. Je důležité si uvědomit, že bez kontextu jsou indikátory pouze statistikou a ne prostředkem rozvíjení kvality (26, 54).

Obecně rozlišujeme dva druhy indikátorů, poměrové a strážní (sentinelové). Indikátory vztahu / poměru jsou založeny na sběru a agregaci dat o jevech, které se vyskytují s určitou frekvencí a mohou tak být vyjádřeny jako poměry či průměry (např. císařské řezy, opakované rentgenové snímky, dekubity apod.). Naopak strážní (sentinelové) indikátory kvality se vztahují převážně na mimořádné nežádoucí události (např. smrt pacienta během chirurgického zákroku, požár, soudní proces aj.). Jejich úkolem je identifikovat takové jevy a fenomény, jejichž výskyt má za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčin. Využívá se jich proto nejčastěji v managementu rizik (26, 54).

Indikátory se mohou týkat struktury, procesu a výstupu. Do struktury patří kvalifikace lékařů a sester, počet zaměstnanců, technické vybavení pracoviště, prostorové nároky na péči a protipožární vybavení. V oblasti procesu jde o měření jeho

efektivitu nebo správnosti, např. čekací doba na příjem, procento nozokomálních nákaz, fyzických stav oddělení podle specifických kritérií, úroveň zdravotnické dokumentace, tedy shoda či neshoda s danými ošetrovatelskými standardy. Platí Posledně jmenovaný příklad platí i pro úroveň ošetrovatelské péče. Do výstupů patří mimo jiné náklady na lůžko za den, počet stížností na kvalitu péče na 1000 lůžkodnů nebo mobilita po propuštění v porovnání se stavem, v němž byl pacient přijat. Indikátory kvality nabízejí dále dva druhy výstupů – srovnání úrovně kvality v čase a srovnání různých jednotek. Právě první typ je vhodný pro projekt KZK ve zdravotnických zařízeních, zatímco druhý tvoří základ metody benchmarkingu. Tato metoda propojuje několik nástrojů zvyšování kvality měření (výkonu, kvality, efektivity), proces učení a následnou intervenci, tedy aplikaci získaných poznatků a zkušeností za účelem dosáhnout stejné úrovně také u ostatních (26, 54).

Aby bylo možné využívat indikátory kvality v programu KZK, musí se manažer daného zařízení nejprve zamyslet nad tím, zda vybraný indikátor skutečně vypovídá skutečně něco podstatného o kvalitě jeho sledování tak opravdu pomůže kvalitu práce a péče. Indikátory je proto potřeba kategorizovat do skupin a stanovit limit na množství indikátorů kvality, s nimiž chceme pracovat. Indikátory se kategorizují podle jejich priorit. První prioritu tvoří indikátory rizik, u nichž je důležité, aby byly vždy dokumentovány a vyhodnoceny co nejdříve (např. pacientova smrt, kriminální příhoda, požár apod.). Druhou prioritou jsou tzv. klíčové indikátory, které musí být dostatečně senzitivní, neboť vypovídají o práci oddělení. Zde se jedná např. o počet stížností, délku pobytu pacienta nebo nemocnost zaměstnanců. Měly by být sledovány pravidelně každý měsíc. Popisné indikátory jsou třetí prioritou. Jejich sledování má význam především tehdy, pokud se jejich výsledná data mění nebo se na určitou dobu stanou klíčovými indikátory. Poslední prioritu tvoří nedůležitá data, kam spadají indikátory, které nabízejí ne příliš důležité informace. Mohou sice prohloubit celkový obraz, ale pro kvalitu péče oddělení jsou postradatelné (54).

Při výběru indikátoru kvality se řídíme kritérii jako je důležitost, validita, senzitivita a profesionální aspekt. Nasbíraná data musí být pro nemocnici důležitá, proto musí měřit především to, o čem mají vypovídat. Zvolený indikátor musí být také

senzitivní na změny ve výkonu, z něhož data získává. Tyto změny musí být spojeny s kvalitou péče a nikoliv ovlivněny jinými faktory. Profesionální aspekt klade důraz na to, aby byly vybírány nejen indikátory vytvořené na vybraném, daném oddělení, ale i jinými profesními organizacemi či takové, jež se všeobecně užívají na zdravotnických zařízeních. Jedině tehdy mohou manažery porovnávat s jinými odděleními nebo zařízeními. Indikátory kvality nesmíme chápat jako další byrokratický nástroj v existujícím komplexním programu kontinuálního zvyšování kvality péče, ale jako nástroj základní, který přináší výsledky, bez jejichž efektivního využívání si dnes jen sotva můžeme představit kvalitní léčebnou nebo ošetrovatelskou péči. Smysluplné sledování indikátorů kvality je ostatně integrovanou součástí všech systémových modelů, které se zabývají rozvojem a řízením kvality, jako jsou akreditace či ISO, a je nedílnou součástí managementu NCB (30, 54).

1.4 Akreditace zdravotnického zařízení

Akreditací zdravotnického zařízení se rozumí „uznání, že zdravotnické zařízení či laboratoř jsou způsobilé k poskytování kvalitní zdravotnické péče a mají vytvořen funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče“ (27, 40).

Jedná se o dobrovolný proces, při němž externí organizace (obvykle nestátní) hodnotí a posuzuje, do jaké míry zdravotnické zařízení odpovídá předem stanoveným kritériím pro akreditaci. Zdravotnická zařízení mohou být akreditována na národní i mezinárodní úrovni (1, 26).

Akreditací se hodnocené zařízení zavazuje k tomu, že bude nejen zvyšovat kvalitu péče o pacienty a zajišťovat bezpečné prostředí, kde je tato péče poskytována, ale také systematicky snižovat množství rizik pro pacienty i pro zaměstnance, zlepšovat zprávu zdravotnického systému a v souvislosti s tím také redukovat náklady na zdravotní péči a celkově tak posilovat důvěru veřejnosti (Kareš). Lze také říci, že akreditace zdravotnického zařízení je v oblasti péče o pacienta a zajištění jeho bezpečnosti při zdravotnických úkonech maximum, čeho lze v oblasti péče a kvality dosáhnout (39).

Je sice pravdou, že přímé výhody ze získání akreditace neplynou nemocnici okamžitě. Jedná se o dlouhodobou investici, jež se promítne mimo jiné do postavení nemocnice na mezinárodním poli a v budoucnu bude zřejmě stále častěji zohledňována při platbách od pojišťoven. Nemocnice, která by neakceptovala akreditační standardy, jež jsou chápány jako optimální a dosažitelné, a nezískala tak akreditační certifikát kvality, by tím riskovala nejen ztrátu důvěry pacientů, ale i případnou ztrátu trhu a snížila by svoji schopnost obstát v konkurenčním boji o získání nových pacientů z Evropské unie (1, 26, 54).

1.4.1 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

Historie akreditace se začala psát v USA již v roce 1920. Za skutečně přelomovou událost byl avšak považován až rok 1951, kdy se Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (dále jen JCAHO), tedy Spojená komise pro akreditaci, stala neziskovou organizací provádějící dobrovolné akreditace.

Kromě hodnocení a akreditace se organizace neustále snaží rozpracovat soubor kritérií pro hodnocení úrovně a kvality zdravotnické péče poskytované v nemocnicích. Poslední aktualizace jejich standardů byla provedena v roce 1994, v níž jsou již obsaženy metody kontinuálního zvyšování kvality. V posledních letech se ale četné nemocnice nejen v USA od akreditace JCAHO ustupují, nejen kvůli vysoké ceně za akreditaci, ale především z toho důvodu, že JCAHO není kontrolována žádnou jinou veřejnou organizací a její činnost není dána žádnou zákonnou formou (32).

Systémů hodnocení kvality je celá řada. Přestože se řídí podobnými standardy, panuje mezi nimi určitá nejednotnost. Hlavní rozdíl spočívá v tom, kdo a jak je uznává. Zatím jedinou organizací, která má oprávnění udělovat mezinárodně uznávané osvědčení o akreditaci zdravotnického zařízení je Joint Commission International on Accreditation (dále jen JCIA). Jedná se o dceřinnou společnost JCAHO. Roku 1999 vydala JCIA mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic. Standardy, kterých je více než 300 vznikly na základě mezinárodního konsenzu a vycházejí z principů řízení kvality a kontinuálního zvyšování kvality. Dělí se do dvou skupin a to zaprvé na standardy týkající se potřeb pacientů a zadruhé na standardy věnované funkci

zdravotnického zařízení jako instituce. přičemž se JCI snažila respektovat odlišnosti jednotlivých států, jejich právní prostředí a kulturu. Zástupci této akreditační komise vycházejí z místního výzkumu přímo ve zdravotnickém zařízení a z přímých rozhovorů se zaměstnanci i pacienty. Pozornost komisařů je věnována také vnitřním předpisům nemocnice. Velkou výhodou akreditací JCI je jejich světová jednotnost, ale zároveň takové nastavení, které umožňuje komisařům v každé zemi přihlížet k místnímu kulturnímu a právnímu kontextu (1, 23, 32).

1.4.2 Spojená akreditační komise ČR

V českém zdravotnictví se s akreditací započalo až po roce 1989, kdy mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními byly patrné značné rozdíly nejen ve fyzickém stavu a technické vybavenosti, ale také v personálním obsazení a způsobu, jakým tento personál poskytoval lékařskou a ošetrovatelskou péči (26).

Roku 1994 vznikl projekt s názvem „Akreditace nemocnic v ČR“, jenž byl inspirován modelem JCAHO. Když byl projekt v roce 1998 ukončen, svoji činnost právě zahajovala Spojená akreditační komise ČR (dále jen SAK ČR). Tato organizace vznikla pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR a jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotnické péče v ČR za pomoci akreditací zdravotnických zařízení, poskytováním poradenské činnosti a publikační aktivity. K hlavním prostředkům, jimiž SAK naplňuje toto posláním patří vydávání národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky, organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí se zaměřením na problematiku kvality péče a bezpečí pacientů nebo vydávání publikací pojednávajících o zvyšování kvality péče o pacienty a jejich bezpečí. Komise také spolupracuje s ostatními organizacemi na národní i mezinárodní úrovni, jež sledují stejný cíl. Rovněž poskytuje vzdělání konzultantů a auditorů akreditačního procesu (26, 32, 36, 54).

V roce 1998 vydala SAK pro zdravotnickou veřejnost akreditační standardy, při jejichž tvorbě se řídila mimo jiné mezinárodními standardy JCI (32, 54). Spojená akreditační komise původně vydala 50 standardů rozdělených do deseti tematických oblastí. Jednalo se o standardy kvality, diagnostických postupů, péče o pacienty,

kontinuity péče, dodržování práv pacientů, podmínek poskytování péče, managementu, péče o zaměstnance, sběru a zpracování dat a konečně protiepidemických opatření. Tyto standardy byly vydány jako metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR. Akreditace SAK je platná po dobu tří let, po jejichž uplynutí může zdravotnické zařízení požádat o reakreditaci (26, 32, 54, 60).

Jak upozorňuje J. Madar (32), práce podle těchto standardů ovšem není systémová; jednotlivé položky totiž nejsou mezi sebou provázány. Největší nevýhodu pak vidí v tom, že SAK nemá akreditaci v rámci ČR, potažmo EU. V praxi to pak znamená, že osvědčení vydané touto komisí má platnost pouze pro oblast zdravotnictví České republiky, avšak zakotvení v jakékoliv právní normě zatím chybí. Posledním negativem SAK má být poměrně vysoká cena za akreditaci jednotlivých oddělení, která se téměř vyrovnává částce za evropsky uznávaný certifikát dle normy ISO.

Některé z těchto problémů by mohl odstranit nový návrh zákona, který je v současnosti připraven k projednání. Na změnách a vylepšování standardů pracuje tým odborníků ze SAK neustále, důkazem je nové vydání národních akreditačních standardů. Někteří z čelních představitelů SAK jsou také členy výše zmiňovaných mezinárodních organizací JCAHO a JCI, popř. u nich absolvovali stáže (36).

Druhé vydání národních akreditačních standardů pro nemocnice připravila SAK v roce 2008 s platností od 1. 9. 2009. O tomto novém vydání bude podrobně pojednáno v kapitole *Národní akreditační standardy pro nemocnice* (36).

1.5 Standardizace zdravotní péče

Standardizace je podle Márie Kilíkové definována jako „proces vytváření standardu struktúry, procesu a výsledku.“ (27, s. 107) Jak autorka dále uvádí, tyto tři aspekty najdeme u Donabediána, jehož předpokladem bylo, že „adekvátní struktúra zvyšuje pravdepodobnosť adekvátneho procesu a adekvátny proces zvyšuje pravdepodobnosť adekvátneho výsledku.“ (27 s.107).

Pojem standard lze definovat z více úhlů pohledu. Následujících několik definic standardu pochází z díla výše zmiňované autorky Kilíkové (27, s. 107). Z normativního hlediska (podle Ivanové-Šalingové, 1988, s. 477) je standard „dosiahnutá, ustálená

úroveň, vzor, jednotná form, s ktorou porovnáваме konkrétny výkon.“. Podobně se vyjadřuje i Kurucová (2001, s. 26), podle níž standard „určuje, čo je nevyhnutnou základnou normou, potrebnou pre poskytovanie kvalitných služieb.“. Další definice si potom všímají vztahu k praxi. Např. Mádlová (2000, s. 7) vidí standardy jako „komplexnejšie pravidlá, ktoré vznikajú na základe v praxi zistených nedostatkov. Ide o pravidla správania, ktoré sú podmienkou právneho ručenia.“. Podle Di Kampa (2000, s. 187) jsou standardy „kritériom úspešného plnenia úloh.“

Standardizace je úzce svázána se systémy managementu kvality; proces jejich budování a udržování totiž zahrnuje právě vytváření a zavádění standardních postupů pro všechna funkční místa (27). Podle Viery Jakušové můžeme ve zdravotnických službách rozlišovat tři dimenze kvality. První je kvalita služeb z pohledu pacienta, která se orientuje na jeho očekávání. Druhá dimenze se týká kvality služeb z profesionálního hlediska. Zde se zájem soustřeďuje na to, zda mají poskytované služby profesionální charakter, jestli jsou poskytovány vhodnými pomůckami a zdravotnickou technikou. Zohledňuje se zde i skutečnost, zda poskytované služby obsahují vše, co pacient očekává vzhledem k uspokojování svých potřeb. Třetí dimenze se zabývá kvalitou služeb z hlediska řízení. Zde platí požadavek, aby byly zdroje využívány v rámci limitů a direktiv nadřízených co nejefektivněji (27).

Jaromír Pešek (40) zase hovoří o systému jakosti, jenž má být přednostně zaměřen na úplnost dodržování přesných postupů v medicínské (i nemedicínské) oblasti. Při zavádění systému jakosti má zdravotnické zařízení podle Peška usilovat o zvýšení spokojenosti pacientů, uspokojování potřeb a očekávání pacientů. Dále o zajištění kvality a kontinuity všech činností probíhajících v tomto zařízení včetně vnesení větší transparentnosti a efektivity do provozních činností. Důraz má být kladen také na efektivní využívání finančních i lidských zdrojů, prokazování způsobilosti plnit požadavky zákazníků, tj. pacientů a konečně také na interní a externí hodnocení této způsobilosti. Systém jakosti vychází z politiky jakosti, kterou si konkrétní zařízení definuje, a zahrnuje tři oblasti. První je identifikace jednotlivých činností, druhou tvoří stanovení odpovědnosti za výkon činností a třetí oblastí je zajišťování koordinace mezi těmito činnostmi. Realizace systému jakosti ve zdravotnickém zařízení má pak podle

autora za úkol dosáhnout „shody v zabezpečování jakosti v činnosti tohoto zařízení s požadavky pacientů a jiných zainteresovaných stran (státu, Ministerstva zdravotnictví, Zdravotní pojišťovny, zdravotnického personálu, dodavatelů, zaměstnavatelů pacientů atd.) s příslušnými normami řady ISO.“ (40, s. 14).

Právě normy International Organisation for Standardization (Mezinárodní organizace pro standardizaci, zkratka ISO) jsou páteří celého systému jakosti. Programem této organizace je studovat procesy v organizaci z pohledu kvality. Normy mají dnes již univerzální charakter. Jejich prioritou je prevence zabezpečování kvality a výhodou fakt, že je lze aplikovat jak ve výrobních organizacích, tak i v podnicích služeb bez ohledu na jejich velikost. Právě aplikovatelností poskytovatelům služeb se mj. zabývá zatím poslední revize ISO 9001: 2000. Ta rozčleňuje systémové požadavky do čtyř kapitol: odpovědnost vedení, řízení zdrojů, řízení procesů a měření, analýza a zlepšování. Tyto nové normy platí o 1. 1. 2001 (40).

V návaznosti na výše řečené je potřeba znovu zdůraznit, že normy ISO 9000 se ze své podstaty zaměřují spíše na zabezpečování bezchybného chodu a prevenci chyb než na jejich odstraňování. Normy ISO neurčují přesná pravidla, ale pouze definují, co má být kontrolováno prostřednictvím množství požadavků, které norma vyžaduje (40).

Charakteristické rysy normy ISO jsou podle Peška zaměření na stabilitu jakosti, zavádění pořádku a disciplíny do zabezpečování jakosti a detailní dokumentace všech postupů zabezpečování jakosti. Dále pak dokladovost (tedy evidence a záznamy) včetně realizace postupů, zpětná vazba a na jejím základě uskutečněná náprava. Důležité je také maximální dosažení spokojenosti zákazníka, prevence neshod a nepřetržité zlepšování.

Při sestavování normy ISO bylo uplatněno sedm základních principů řízení jakosti, jak dále píše Pešek. Jedná se o orientaci organizace na zákazníka, vedení, zapojení pracovníků, procesní přístup, neustálé zlepšování, věcný přístup při přijímání rozhodnutí a také oboustranně výhodné dodavatelsko-odběratelské vztahy. Princip vedení klade požadavek na vedoucí pracovníky, aby prosazovali jednotnost účelu a směru a interního prostředí v organizaci, dále aby vytvářeli takové prostředí, v němž by byli ostatní pracovníci plně zapojeni a zainteresováni na dosahování cílů daného

zařízení a aby byli aktivními tvůrci efektivního a účinného systému managementu jakosti. Princip procesního přístupu souvisí s řízením vzájemně spjatých zdrojů a činností jako by se jednalo o proces, protože touto cestou lze dosáhnout výsledků mnohem účinněji. Systémový přístup k managementu přináší požadavek identifikovat, porozumět a řídit systém vzájemně souvisejících procesů zaměřených na daný cíl. Výsledkem je vyšší efektivnost a účinnost organizace. Poslední princip zdůrazňuje schopnost organizace a jejích dodavatelů kooperovat na základě vzájemně výhodných vztahů kooperovat a navíc tyto vztahy neustále zlepšovat (40).

Ačkoliv využití normy ISO není povinné, NCB se ji zavedla a aktivně se jí řídí.

1.5.1 Národní akreditační standardy pro nemocnice

V roce 2008 vydala SAK ČR nové Národní akreditační standardy pro nemocnice platné od 1. 9. 2009, jak jsme se již zmiňovali dříve. Tento krok byl zcela v souladu s obecnými požadavky na zvyšování kvality jako kontinuální proces (36).

Oproti první sbírce akreditačních standardů SAK, jak byla popisována výše, bylo nové vydání rozšířeno na 74 standardů při zachování deseti tematických okruhů. Navýšil se také počet indikátorů standardů. Tyto změny byly motivovány jednak snahou o zpřesnění požadavků na některé oblasti, jež jsou upravovány standardy (především se jedná o ošetrovatelský proces, dodržování práv pacientů, provoz zdravotnického zařízení atd.) a jednak přidáním oblastí nových, které je také potřeba hodnotit, aby se zvyšovala kvalita a bezpečí zdravotní péče. Zásahy proběhly v souladu se zahraničními zkušenostmi (36).

V nové sbírce akreditačních standardů SAK byla také pozměněna jejich struktura. Nyní je u každého standardu uveden jeho účel, popis možností jeho naplnění a také indikátory standardu, tedy měřitelné parametry naplnění. V porovnání s první sbírkou z roku 1998 byly tentokrát vypuštěny oddíly týkající se odkazů na jednotlivé legislativní normy, které se vztahují k problematice upravované standardem. Tyto informace by měly být vzhledem k neustálé proměnlivosti národní legislativy průběžně aktualizovány na internetových stránkách SAK ČR (36).

Vzhledem k cílům a hypotézám naší práce jsme se rozhodli vybrat z deseti

oblastí akreditačních standardů pouze jednu a tu zevrubněji popsat. Jedná se o třetí tematický okruh s názvem Standardy péče o pacienty. Do něj jsou zahrnuty standardy s číslem sedmnáct až třicet pět, přičemž pro naši práci jsou adekvátní standardy číslem dvacet tři až dvacet pět.

Standard číslo dvacet tři nese název „Nemocnice upraví vnitřním předpisem postup při objednávání, skladování a likvidaci léčiv.“ (36, s. 32). Nemocnice naplní tento standard tehdy, pokud stanoví přesně podmínky objednávání léků. Může např. omezit okruh osob oprávněných k hromadné preskripci. Tyto podmínky se ale mohou týkat jen určitého okruhu léků podle obecného nebo skupinového kritéria, popř. cenové relace. V postupu pro objednávání léků jsou zahrnuta řešení neobvyklých situací. Vnitřní předpis pak upravuje postupy u zvláštních léčiv jako jsou návykové a cytotoxické látky tak, aby byly v souladu s platnou legislativou. Postup při objednávání léků a jeho omezení, která si konkrétní nemocnice zvolí sama, by měly být pravidelně vyhodnocování a taktéž upravovány. Skladování léků v lékárně a na jednotlivých pracovištích, stejně jako rozsah příslušné dokumentace a kontroly rovněž stanoví předpis. V předepsaném postupu pro skladování léků je také zahrnuto řešení neobvyklých situací v podobě výpadků elektrického proudu nebo evidence teplot v lednicích na pracovištích, kde není nepřetržitý provoz. Indikátory k tomuto standardu jsou čtyři. Podle prvního se očekává, že nemocnice upraví postup při objednávání a skladování léčiv a to buď obecně nebo pro stanovené skupiny léčiv. Podle druhého, že tento postup bude zahrnovat řešení neobvyklých situací při objednávání a skladování léčiv a taktéž při jejich likvidaci. Třetí indikátor zjišťuje, zda je tento postup skutečně dodržován a poslední, zda je stanovený postup pravidelně vyhodnocován (36).

Následující akreditační standard s číslem dvacet čtyři byl označen jako „Nemocnice má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léků u hospitalizovaných pacientů. V nemocnici je vypracována metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léky.“ (36, s. 33). Jak je zřejmé z názvu, nemocnice naplní tento standard, pokud vypracuje vnitřní předpis, který bude podle platné legislativy upravovat konkrétní postupy při objednávání, skladování, předepisování a podávání léků, přičemž se zdůrazňuje, že nestačí pouhý odkaz na

příslušný předpis, ale je nutno specifikovat, jak je aplikován v konkrétní nemocnici. Vnitřní předpis pak navazuje na standard č. 23 a v souladu s ním upravuje způsob objednávání léků pro pacienty nemocnice včetně neobvyklých situací. Předpis také stanoví, kteří lékaři jsou oprávněni léky ordinovat a zda získají toto oprávnění i lékaři, kteří jsou v dané nemocnici pouze na stáži. Předpisem je také stanoveno, které osoby jsou oprávněny léky pacientům podávat a jaké jsou požadavky na jejich odbornou nebo specializovanou způsobilost. Zde lze specificky upravit podávání určitých skupin léků (např. opiátů) nebo specifikovat skupiny pacientů (děti, zmatení senioři, psychiatričtí pacienti). Předpis taktéž stanoví, jaký má být postup při používání neregistrovaných léčebných přípravků, postup hlášení, pokud budou zaznamenány závažné nebo neočekávané nežádoucí účinky léčiv. Mají zde být také stanoveny pokyny pro takový způsob podávání léčiv, který není uveden v souhrnu údajů o přípravku (Summary Product Content, zkr. SPC), jako např. drcení a pülání tablet, které by bylo v rozporu se SPC. K tomuto standardu se váže šest indikátorů, z nichž první předpokládá, že nemocnice má vypracované vnitřní předpisy upravující postupy při předepisování a podávání léků. Podle druhého se očekává, že pouze osoby uvedené v předpisu ordinují pacientům léčiva. Podle třetího se očekává totéž v oblasti podávání léčiv pacientům. Čtvrtý indikátor předpokládá, že nemocnice předpisy dodržuje. Pátý, že nemocnice má stanovené postupy při hlášení nežádoucích účinků léčiv a podle posledního indikátoru se opět očekává, že v nemocnici je tento postup dodržován (36).

Poslední standard, který je pro naši práci relevantní, je dvacátý pátý s označením „V dokumentaci pacienta jsou zaznamenána předepsaná léčiva.“ (36, s. 34). Tento standard bude naplněn, pokud ve zdravotnické dokumentaci každého pacienta, který dostává jakoukoliv medikaci, je přesně uvedeno, která léčiva dostává, jaké je jejich dávkování, způsob podání a frekvence podávání, a to včetně léčiv podávaných podmínečně. V případě, že jsou tyto informace uvedeny na samostatném záznamu (např. medikační list), zakládá se tento záznam do chorobopisu při propuštění nebo přeložení pacienta. Je také potřeba, aby nemocnice stanovila vnitřním předpisem přijatelnost ústních nebo telefonických ordinací a postup při těchto ordinacích. Indikátory standardu jsou v tomto případě pouze tři. První prověřuje, zda lékař uvedl do dokumentace

každého pacienta ordinaci léčiv. Druhý předpokládá, že podání každé dávky léčiva je zaznamenáno v dokumentech pacienta. Třetí indikátor sleduje, zda je záznam o podané medikaci součástí pacientova chorobopisu (36).

1.5.2 Standardy ošetrovatelské péče

V oblasti zdravotnické péče lze standard obecně popsat jako odborníkem vytvořenou závaznou normu, která umožňuje objektivní hodnocení poskytované péče. Jinými slovy lze říci, že standardy ošetrovatelské péče se hodnotí, zda ošetrovatelská činnost odpovídá dohodnuté profesní úrovni kvality. Tyto standardy mají proto velký význam pro zvyšování kvality péče, určují totiž její minimální úroveň. Dodejme ještě, že kvalitní ošetrovatelská péče je taková, která uspokojuje individuální potřeby pacientů. Na druhou stranu tam, kde není standard dodržován, stává se ošetrovatelská péče rizikovou, protože je tím ohrožován pacient a jeho zdraví. Zdravotnická zařízení jsou pak povinna dodržovat nejen standardy dané právními předpisy, ale také přijmout vlastní ošetrovatelské standardy, jež vychází z rámcových standardů ministerstva zdravotnictví či doporučení SAK (14, 22, 34, 35).

První standardy ošetrovatelské péče vznikaly v 70. letech 20. století v USA, tedy zhruba ve stejné době jako standardy lékařské, a jednalo se o odezvu zdravotníků na vyhlášení první Charty práv pacientů. Historie ošetrovatelských standardů ovšem sahá ještě hlouběji do minulosti, do období krymské války (1853–1856), kdy Florence Nightingalová sestavila první standardy týkající se ošetrovatelského procesu a zároveň stanovila první indikátory kvality péče. Tyto standardy byly zveřejněny v její knize *Notes on Nursing* a jedná se především o standardy zaměřené na čistotu prostředí, prevenci infekcí a sledování efektivity ošetrovatelské péče. V 50. letech dvacátého století se pokusila skupina amerických lékařů iniciovaná chirurgy o sestavení jakési standardizované péče. Lékaři si totiž uvědomili, že je nutné zachovávat určitá pravidla při radikálním zásahu do integrity pacienta. Začaly tak postupně vznikat první standardy péče a zároveň tak byl položen i základ procesu akreditace (19, 33, 35.)

V současné době existuje celá řada obecných norem pro poskytování ošetrovatelské péče, která je prováděna pomocí ošetrovatelského procesu a je

zaznamenána v ošetrovatelské dokumentaci. K nim se počítají normy doporučené organizacemi jako např. Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, zkr. WHO), Mezinárodní rada sester nebo Evropská unie. Vedle těchto norem existují některé mezinárodní i národní organizace a komise, jež vydávají své standardy pro zdravotnickou péči. Mezi ně patří především JCAHO a International Organization for Standardization (dále jen ISO) na úrovni mezinárodní a SAK ČR na úrovni národní. Ve standardech zdravotnické péče je zaručeno, že zajišťují lékařské postupy *lege artis* a jsou neoddelitelnou součástí systémů řízení kvality. Jejich dalším důležitou funkcí je, že poskytují ochranu sestřím před neoprávněným postihem. V takovém případě se totiž sestra bude moci odvolat, že postupovala v souladu s konkrétním standardem (19, 33, 35).

Shrňme nyní, co bylo doposud řečeno o rozdělení standardu. Rozeznáváme dva základní druhy standardů – centrální a lokální - podle toho, kdo je jejich vydavatelem. Centrální standardy vydává ministerstvo zdravotnictví jako zákonné a podzákonné normy, jež určují cíle oboru a strukturální a procesní kritéria pro jeho realizaci. V tomto případě se tedy nemělo hovořit přímo o standardech, protože se jedná spíše o směrnice pro výkon povolání, oficiální koncepce zdravotnictví, dále hygienické předpisy, etické kodexy apod. Ministerstvo zdravotnictví může ale vydávat i tzv. rámcové standardy, které pak slouží jako doporučené podklady při tvorbě druhého typu standardů, jimiž jsou standardy lokální. Tyto centrální rámcové standardy určují např. typy a kompetence ošetrovatelských pracovníků, jejich vzdělání, pracovní náplně a ošetrovatelský proces jako základní normu pro poskytování ošetrovatelské péče. Lokální standardy si obvykle zpracovává konkrétní zdravotnické zařízení, popř. jednotlivá pracoviště, podle svých specifik. Jak už bylo řečeno výše, vychází přitom z centrálních rámcových standardů a mezi oběma skupinami by neměly vznikat rozpory. S lokálními standardy musí být seznámen každý pracovník a svým podpisem v rámci pracovní smlouvy stvrdit jejich dodržování (15, 18, 22).

Standardy lze podle jiných kritérií také obecně rozdělit, podobně jako charakteristiku kvality, do tří skupin, přičemž toto rozdělení vychází ze systému Avedise Donabediána. První tvoří standardy strukturální, jež se zabývají organizací a

regulací ošetrovatelské praxe a organizací služeb, nábořem a výběřem pracovnřků a jejich rozdělenřm na jednotlivá pracoviřtř, dále vybavenřm ořetrovatelského zařizenř včetně všech pracoviřtř a budov a neopomřejř ani předpoklady pracovnřků k výkonu pěče (19, 35).

Dřouhou skupinu tvořř procesuální standardy, jeř se třkajř specifických ořetrovatelských činností a určujř kvalitu ořetrovatelské pěče. Rozdělujř se dále na dvě oblasti. Prvnř z nich tvořř standardy ořetrovatelských postupů při jednotlivých výkonech. Do druhé oblasti spadajř standardy ořetrovatelské činnosti, které nelékařský zdravotnický personál provádř v rámci ořetrovatelského procesu. Tyto standardy se tedy věnujř jednotlivým ořetrovatelským problémům jako např. pěče o vyprazdňování, spánek, rozvoj soběstačnosti apod. Dále vycházejř ze specifických onemocnění a pokrřvajř tak např. pěči o diabetiky, pěči o pacienta se stomiř ad. Právě tyto procesuální standardy obsahujř kritéria, jeř je nutné splnit pro dosaženř cíle standardů (19, 35).

Do poslední skupiny patřř standardy výsledkové či hodnocení výsledků, které se zabřvajř celkovým hodnocenřm kvality poskytované pěče. Pro hodnocení se pouřřvajř standardizované metody včetně ověřování spokojenosti pacientů s pěči. Důřaz je kladen na to, aby byly uspokojeny potřeby pacientů (19, 35).

Vydáváním a tvorbou standardů se zabřřvává také Česká asociace sester (dále jen ČAS), která se při své práci řídř myřlenkou, že nikoli kvalita, ale nekvalita je drahá. Díky činnosti ČAS majř české sestřř v současné době šest nejnovějších standardů, které jsou přřstupné online na oficiálních webových stránkách této asociace a některé z nich vyšly v brořžovaném vydání nakladatelství Galén. V přřpadě tiřtěné verze se jedná o následujřící standardy, z nichř některé se přřmo dotřkajř těmatu této práce: *Metoda pro stanovenř počtu a kvalifikačního zastoupenř ořetrovatelského personálu na standardních ořetrovacích jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ořetrovatelských a pobytových lůžkách jako východisko pro vytvořenř standardu personálního vybavenř daného pracoviřtř* (Galén, 2008), dále *Prevence pádů a zraněnř klienta a jejich řešenř* (Galén, 2008), *Vřřřiva hospitalizovaných klientů* (Galén, 2008), *Pěče o neklidného klienta*, *Proces sociální práce ve zdravotnických zařizeních* a konečně také *Pracovní postup. Preanalytická fáze*

laboratorního vyšetření (Galén, 2008) (25, s. 9).

Vedle tvorby standardů se ČAS profiluje jako tzv. správkyňe národního indikátoru zdravotní péče, která sleduje kvalitu ošetrovatelské péče ve 35 zdravotnických zařízeních ČR.

Audity se rovněž zabývá Česká asociace sester. Koncepti ČAS v této otázce se budeme zevrubněji věnovat v příslušné kapitole o auditech.

1.5.3 Metodika tvorby standardů ošetrovatelských postupů v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Jednou z vhodných a užívaných metod při tvorbě standardů ošetrovatelské péče se v současné době jeví tzv. dynamický systém sestavování standardů (Dynamic Standard Setting System (dále jen DySSSy). Tento postup vyvinula profesorka Alison Kitsonová z britské Royal College of Nursing. Metoda DySSSy se skládá z osmi kroků, které na sebe vzájemně navazují (33).

Prvním krokem je výběr a popsání určitého problému, kterým je potřeba se zabývat. Dále se stanoví cíl, jehož má být po vyřešení problému dosaženo včetně úrovně požadované kvality. Ve druhém kroku se ke standardu připojují kritéria. Vzhledem k tomu, že metoda DySSSy vychází ze systému A. Donabediána, přiřazujeme ke standardu právě kritéria strukturální, procesuální a výsledková, jejichž specifika byla popsána v předchozí kapitole. Každé z těchto kritérií dostane svůj kód a je očíslováno. Pro určení strukturálních kritérií je důležitá si položit otázku, které předpoklady musí být splněny, aby bylo standardu dosaženo. Při vymezení procesuálních kritérií by se pomocná otázka měla zaměřovat na to, co je potřeba udělat, aby bylo stanoveného standardu dosaženo. Pro stanovení výsledkových kritérií si lze pomoci otázkou, které kvality musí splňovat výsledek. Při volbě kritérií je důležitá jejich dosažitelnost. V praxi to znamená, že je potřeba vycházet z podmínek konkrétního zdravotnického zařízení a zároveň se vyhnout tomu, aby byly lokální standardy nastaveny příliš nízko. Z toho důvodu je mnohdy nutné zapojit do tvorby standardů management zodpovědný za materiální vybavení. V případě NCB, stejně jako i v jiných zdravotnických zařízeních, se na tvorbě standardů podílela komise pro tvorbu

standardů ve spolupráci s tzv. oponentem. V komisi zasedly všeobecné sestry nemocnice, které v případě odborných medicínských témat konzultovaly problematiku s lékaři z daného oboru (32, 33).

Takto vytvořený standard je potřeba ve třetím kroku znovu prodiskutovat v pracovním kolektivu a znovu posoudit jednotlivá kritéria a cíle. V této fázi je možné použít tzv. brainstorming, kdy každý člen pracovního týmu dostane slovo a věcně vyjádří svůj názor, připomínky a návrhy k problému.

Výsledný standard ošetrovatelské péče musí obsahovat následující povinné části. Na úvodní listě musí být znak zdravotnického zařízení, číslo a název standardu, o kterou skupinu je pečováno, jakým zákonem je standard určován, kde je používán, kdo jej sestavil, oponoval, na kterou kontaktní osobu je možné se obrátit v případě nejasností ze strany sester a jméno náměstka pro ošetrovatelskou péči (např. hlavní sestra). Dále je zde určen den, jímž standard nabývá platnosti a den, kdy má být zkontrolována tato platnost stejně jako datum revize. Vlastní text standardu pak uvádí definice oblasti, na níž se standard vztahuje, a cíl. Následuje vlastní popis a specifikace, kde jsou rozepsány pomůcky, detailně stanovený postup a také soupis možných komplikací. Důležitou součástí jsou zvláštní upozornění, která často obsahují zásadní pokyny. Součástí standardu ošetrovatelské péče jsou také informace o tom, jak provádět a archivovat dokumentaci. Závěrečnou část tvoří seznam literatury, která byla na tvorbu standardu použita včetně příslušné legislativy, soupis příloh a samozřejmě také kontrolní mechanismy, v nichž je přesně stanoveno, který pracovník a jak často provádí danou kontrolní činnost. Přiložen je také seznam zaměstnanců, kteří svým podpisem potvrdili, že byli s příslušným ošetrovatelským standardem seznámeni. Dále mohou být připojeny také např. inventární a jiné protokoly. Při tvorbě standardu je kladen důraz na explicitu, srozumitelnost a přehlednost dokumentu. Důležité části textu je vhodné psát tučně, popř. podtrhávat, nežádoucí jsou fádní a rozvleklé formulace. Tato práce se opírá především o standardy ošetrovatelské péče vytvořené v NCB pod číslem 001 (50) a číslem 015 (51) včetně příslušné dokumentace, vydané tímto zdravotnickým zařízením.

Čtvrtý krok představuje uvedený standardu do praxe ještě před jeho konečným vyhlášením. Jedině tak je možné zjistit, zda byl standard stanoven srozumitelně, zda je

možné jej realizovat a dosáhnout požadované úrovně a především, je-li takový standard měřitelný, tzn. kontrolovatelný. V pátém kroku je standardu přidělen jasný název, který by vyjadřoval co nejpřesněji jeho obsah. Vzhledem k neustále narůstajícímu počtu standardů je nutná jejich archivace a systematické třídění.

Po splnění předchozích požadavků je možné v šestém kroku konečně vyhlásit platnost standardu. Ten by měl splňovat tzv. RUMBA pravidlo. Jedná se o iniciálovou zkratku z následujících anglických výrazů: **relevant** - odpovídající, **understandable** - pochopitelný, **measurable** - měřitelný, **behaviourable** - akceschopný, **achievable** - dosažitelný (33).

Předposledním krokem je vytvoření schéma kontroly či hodnocení standardu, v našem případě hovoříme o auditech. Zde můžeme vybírat z více postupů. Jednou z možností je zaměřit se na výsledky a pokud jich je dosaženo, předpokládá se splnění struktury i procesu. Nevýhodou tohoto postupu je, že není možné zjistit, zda bylo postupováno podle stanovených kritérií ve struktuře a procesu a pokud se objeví nedostatky ve výsledcích, nelze zpětně analyzovat, ve které části došlo k chybě. Z těchto důvodů se spíše doporučuje postup, při němž se hodnotí všechna kritéria. V takovém případě je nutné připravit ke každému standardu list s kontrolními kritérii, který musí mimo jiné obsahovat metodu monitorování, kontrolní kritéria vztahující se k jednotlivým kritériím struktury, procesu a výsledku a také způsob hodnocení jednotlivých kritérií. Konkrétní a přesnější informace k tomuto bodu obsahuje kapitola o auditech ošetrovatelské péče.

Osmým krokem je pravidelná kontrola standardu a vypracování jeho změn v případě nových poznatků, popř. na základě názorů na jeho platnost, a samozřejmě také na základě výsledků auditů, jež mohou ve standardu odhalit chyby či nedostatky. I v této fázi by měly veškeré změny projít diskusí (33).

1.6 Audit ve zdravotnickém zařízení

Dalším krokem a významným mezníkem na cestě k akreditaci každého zdravotnického zařízení je jeho audit, který navazuje na předchozí proces tvorby standardů a jejich zavádění do praktického chodu nemocnice.

Audit představuje „generický pojem, který podle naučného slovníku znamená důkladné vyhodnocení nebo průzkum.“ (54, s. 108). Ve zdravotnickém zařízení pak označuje proces, „jehož cílem je objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí, porovnat, zda realita odpovídá standardu, zjistit, zda je standardu v praxi dosahováno.“ (26, s. 119).

Audity jsou proto měření kvality probíhajících procesů také v NCB. Poskytují totiž analýzu úspěchu oddělení, lékařů a ošetřujícího personálu tím, že porovnávají data pátrají po shodě a odchylkách mezi tím, co bylo v rámci standardu určeno a vytyčeno a mezi skutečným stavem, který byl k datu provádění auditu dosažen (26, 54). Také mezinárodní normy ISO 9000 a ISO 14000 „zdůrazňují význam auditů jako nástroje managementu pro monitorování a ověřování efektivního uplatňování politiky jakosti a/nebo enviromentální politiky organizace. Audity jsou také nedílnou součástí posuzování shody jak při externí certifikaci / registraci, tak i při hodnocení dodavatelské řetězce a dozoru nad ním.“ (13, s. 7).

Je potřeba zdůraznit, že předmětem auditu není pouhá snaha odhalit za každou cenu nějakou chybu či nedostatek, ale spíše pomoci odhalit systémové oblasti, jež vyžadují pozornost tak, aby celý systém poskytování zdravotnické péče fungoval co nejlépe a na požadované úrovni. Pozitivní výsledky auditu lze také použít jako motivační příklad pro ostatní (26, 54). V této souvislosti je třeba dodat, že se audit logicky zdaleka netýká pouze lékařů a sester, ale všech zaměstnanců zdravotnického zařízení (26, 54). Zcela v souladu se zaměřením naší práci Škrlovi dále poznamenávají, že audity se týkají rovněž kvality chorobopisů, dokumentace, kvality práce na operačním sále nebo politiky předepisování léčiv (26, 54).

Audity se opírají jednak o státní legislativu (sem lze zařadit zákony, vyhlášky, směrnice Ministerstva zdravotnictví ČR a dalších institucí), vypracované standardy a standardní postupy (např. sbírka standardů SAK ČR nebo ČAS) a jednak o příkazy a metodické pokyny ředitele dané nemocnice.

Audity se zpravidla provádějí v šesti oblastech, přičemž hovoříme o předmětech auditu. Je to audit ošetřovatelské péče, zdravotnické dokumentace, dále audit finanční, personální, účetní a ekonomický (26, 54).

Rozeznáváme dva základní typy auditů. Prvním typem je tzv. interní audit, který si organizace provádí sama. V tomto případě jsou tedy postupy na daném oddělení kontrolovány kolegy. Toto se týká především auditu ošetrovatelské péče, zdravotnické péče a finančního auditu). Druhý typ je tzv. externí audit, který přicházejí provádět auditoři zvenčí jako členové nejrůznějších kontrolních organizací, např. SAK ČR. V ideálním případě by měl interní audit pokrývat co nejširší škálu výkonů nebo práce a měl by být prováděn dostatečně systematicky, aby nebylo nutné provádět tak často audit externí (26, 54).

Českobudějovická nemocnice se v současné době (jaro 2011) nachází ve stadiu, kdy zde teprve probíhá interní audit. Jeho výsledky budou předány SAK, která, shledá-li zdravotnické zařízení dostatečně způsobilým, navrhne jej k akreditačnímu šetření a zvolí také externího auditora. Záměrem NCB je podrobit se akreditačnímu šetření na jaře roku 2012.

1.6.1 Audit ošetrovatelské péče

V případě auditu ošetrovatelské péče hovoříme o systematickém „vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče.“ (54, s. 108). Tento audit je založen na profesionálních standardech a má za úkol zjistit, do jaké míry se ošetrovatelský proces, tedy péče o pacienta a práce či výkon sestry, řídí těmito standardy nebo jak se s nimi slučuje. I v tomto případě platí, že se v žádném případě nejedná o hledání chyb v práci sester vedoucích k disciplinárním opatřením, ale stejně jako v případě celého auditu obecně se má jednat spíše o odhalování nedostatků a tzv. slabých míst v systému, aby byla zajištěna co nejrychlejší náprava. Je důležité si uvědomit, že úspěšný ošetrovatelský audit vyžaduje schopnosti a ochotu spolupracovat a zlepšovat se od celého oddělení, tedy včetně směnných a staničních sester, primářů i lékařů). Jestliže oddělení nechce nebo neumí pružně reagovat na problémy identifikované auditem, nemá pro něj tento audit velkou hodnotu (54).

Shrneme-li účely ošetrovatelského auditu do tří základních bodů, jedná se o odůvodnění nákladů na personální a materiální zdroje, dále sledování efektivity práce a také podpora kritického myšlení u sester tak, aby vedla k analýze vlastní práce a

odhalování skutečných potřeb pacientů (54).

Podle Škrlových lze hovořit o jedenácti základních principech, jimiž se má ošetrovatelský audit řídit. K nim patří uvědomění si, že se jedná především o partnerský postup. Předmět auditu má být vždy předem oznámen a nelze jej delegovat a realizovat bez potřebného „know-how“. Dalším principem je týmové provádění auditu spolu s manažerkou programu kontinuálního zvyšování kvality. Audit zahrnuje porovnávání skutečné ošetrovatelské praxe s přijatými standardy, jak už jsme ostatně poznamenali výše. Stejně tak už bylo několikrát zdůrazněno, že cílem auditu je najít „slabá místa“ a odchylky od směrnic nebo standardů za účelem jejich zlepšení. Na opatřeních směřujících k nápravě identifikovaných nedostatků a odchylek pracuje v rámci oddělení, kde byl audit proveden, tým sester. Důležitým principem je také to, že výsledky auditu jsou fakta uznaná těmi, jichž se audit týká. Výsledky nejsou zveřejňovány, informováno je pouze oddělení, na němž audit proběhl. V případech, kdy je zveřejnění obsahu dokumentů auditu vyžadováno, musí být klient auditu a auditová organizace co nejdříve informováni. Podle posledního principu má být kopie formuláře o výsledku auditu, vypracování plánu náprav a dokumentace jejich realizace předána manažerce programu kontinuálního zlepšování kvality a také hlavní sestře (13, 54).

Z praktického hlediska rozlišujeme čtyři druhy ošetrovatelského auditu. Prvním je retrospektivní revize ošetrovatelských záznamů a chorobopisů propuštěných pacientů. Druhým je audit implementace ošetrovatelských standardů (lze použít i akreditační, v případě, že se dané oddělení připravuje na akreditaci) s cílem přesvědčit se o tom, zda se tyto standardy skutečně dodržují. Třetím druhem je algoritmový audit, jehož cílem je vyhodnotit strategii péče z perspektivy zachování dohodnutých procesů a jejich možných alternativ (zde se jedná např. o mapy péče či odlišné klinické postupy). Poslední druh představuje audit výsledků péče. Ten se nespokojuje pouze se zjištěním, komu kým a jak byly poskytnuta péče, ale klade si podstatnou otázku, zda to bylo k něčemu dobré (54).

Podle Škrlových audity představují jeden z nejefektivnějších nástrojů programu kontinuálního zvyšování. Audit ale nelze realizovat, pokud není jasně definována kvalita. Již dříve bylo uvedeno, že kvalita je v praxi definována standardy, dále

směrnicemi, příkazy ředitele a platnými zákony.

Audity lze hodnotit jednak probíhající péči, pak se jedná o tzv. průběžné hodnocení. O zpětném hodnocení hovoříme, když je hodnocena již poskytnutá péče a to na základě studia ošetrovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů (26, 54).

Při provádění samotného auditu je potřeba se držet pevně stanoveného desatera (26, s. 120-121). Prvním bodem je volba členů auditorského týmu. Auditory jmenuje hlavní sestra, která vybírá většinou vrchní a staniční sestry, eventuelně sestry směnové. Někdy jsou přizváni i další specialisté jako např. oboroví lékaři, hygienici, fyzioterapeuté aj. Ve druhém bodě je stanovena sledovaná oblast, přičemž předmět auditu musí být relevantní, důležitý a měřitelný a je vždy předem ohlášen včetně času konání auditu. Třetí bod se týká stanovení standardu, aby bylo možné ověřit, zda je standardu v praxi dosahováno. Ve čtvrtém kroku je sestavován kontrolní list s hodnotícími kritérii podle existujících standardů, směrnic apod. Jinými slovy, jedná se o otázky, které budou předmětem auditorského šetření. Kontrolní list se skládá ze dvou hlavních částí, kontrolní hlavičky a vlastního kontrolního listu. Hlavička musí obsahovat název sledované oblasti (např. Aplikace a manipulace s návykovými látkami), sledované časové rozmezí, jakého oddělení se audit týká a jméno/a auditorů. Povinné prvky této kontrolní hlavičky tedy do určité míry kopírují součásti úvodní strany standardu ošetrovatelské péče (viz. *1.5.3 Metodika tvorby standardů ošetrovatelských postupů v Nemocnici České Budějovice, a.s.*). Na vlastním kontrolním listu je pak uvedena metoda sledování (specifikace toho, zda se jedná o dotaz na sestru, pacienta nebo jeho rodinu či vizuální kontrolu pomůcek nebo sledování výkonu či kontrola dokumentace), dále čísla kontrolních kritérií (ve formě 1, 2, 3, 3a, 3b apod.) a samozřejmě také samotná kontrolní kritéria, která musí být jasná, srozumitelná a musí na ně existovat jednoznačná odpověď (tj. ano/ne), proto je vhodné, dát je před použitím přečíst druhé osobě. Kontrolní kritéria se musí vztahovat k cíli, abychom se skutečně dozvěděli, zda bylo tohoto vytyčeného cíle dosaženo. Kontrolní list musí také obsahovat informaci o hodnocení (např. 1, 0, A/N a x – nelze hodnotit), které bude dodržováno všemi, jež provádějí zápis do kontrolního listu. Pátý bod se týká určení počtu sledovaných osob (tedy pacientů, sester, eventuelně výkonů). Aby byl audit

hodnotitelný, je potřeba získat dostatečně velký vzorek hodnocených osob, popř. výkonů. Šestý bod je věnován určení časového rozmezí auditu, jenž závisí na počtu sledovaných osob/výkonů a na charakteru sledované oblasti, na její náročnosti, frekvenci činnosti apod. Časové rozmezí sledované auditem tak může trvat od jednoho dne až po půl rok i déle. Harmonogram auditů je vypracován hlavní sestrou na celý rok pro všechna oddělení a je vždy k dispozici pro nahlédnutí vrchní nebo staniční sestrou. O sběru a analýze dat hovoří sedmý bod, v němž je doporučován jako nejjednodušší způsob práce s daty PC program Excel. Výhodné je převést konečné výsledky na procenta, přičemž se zde opět ukazuje důležitost dostatečného počtu údajů). Osmý bod je zápis do tzv. Protokolu o provedení auditu, kam se sepisují výsledky, popř. nálezy. Je důležité stanovit, do kdy budou odstraněny nedostatky a také kdo zodpovídá za jejich řešení. V předposledním bodě jsou interpretována data a navržena nápravná opatření. V tomto případě je vhodné, veřejně prezentovat výsledky obecné včetně nedostatků, ale individuální prořešky probírat s dotyčným pracovníkem v soukromí. Veřejné pranýřování není pro podřízené motivující. Po interpretaci je třeba navrhnout v týmu vhodná opatření, provést finanční kalkulaci a informovat všechny osoby a pracoviště, kterých se řešení problému týká (např. lékaře, hlavní sestry, laboratoře apod.). Poslední, desátý bod se týká zpětné vazby, tedy jednoho z nejdůležitějších kroků celého auditu. Je totiž potřeba si ověřit, zda skutečně došlo k odstranění nedostatků a to ve stanoveném termínu, zda jsou navržená opatření efektivní a jsou klienti i personál spokojeni (26).

Úlohou auditů je „získat všechny informace, které jsou nezbytné pro vytvoření názoru na způsob a úroveň kvality ošetrovatelských procesů auditovaného pracoviště a jejich návaznost a dodržování základních legislativních norem“ (25, s. 9). V případě auditu ošetrovatelské péče uvádí ČAS následující hlavní body (25): Kontrola jednoho otevřeného chorobopisu, včetně zpracování jedné ošetrovatelské kazuistiky, kontrola deseti uzavřených chorobopisů a to včetně chorobopisů zemřelých. Dále je to účast na ošetrovatelské vizitě, popř. prohlídka celého pracoviště, pohovor s pracovníky úseku ošetrovatelské péče, pohovor se sestrami a dalšími pracovníky při denní službě a také pohovor s hospitalizovanými pacienty/klienty. Předposledním bodem je prohlídka všech

prostor auditovaného zařízení a nesmí chybět ani prostudování vnitroorganizačních norem.

Každý auditor, který do zdravotnického zařízení přijde provést buď namátkový nebo cílený audit, musí mít plnou moc zřizovatele, je povinen podepsat prohlášení mlčenlivosti a o jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace musí být proveden zápis. Teprve po splnění těchto podmínek může proběhnout audit (24).

Auditoři obvykle posuzují technické podmínky, tj. vybavení oddělení, jak je manipulováno s odpady a jedy, jakým způsobem probíhá dezinfekce, úklid apod. Dále organizaci provozu oddělení, sem spadají vizity, běžné denní aktivity, rehabilitace, organizace návštěv aj. Posuzována je samostatná realizace ošetrovatelského procesu, tedy stanovení ošetrovatelských diagnóz, správné plánování ošetrovatelských intervencí jako je péče o výživu, bolest, vyprazdňování, prevence chronických ran ad. Dále pak provádění ošetrovatelských výkonů lege artis. Sem patří podávání léků, injekcí, infuzí, péče o rány, omezovací prostředky, záležitosti související s informovanými souhlasy, manipulací s cennostmi a bezpečí pacientů. Pozornost auditorů se také zaměřuje na hodnocení indikátorů kvality, např. výskyt dekubitů, pádů a dalších mimořádných událostí. Posuzována je zdravotnická dokumentace i personální podmínky (24).

Výstupem auditů je „písemná zpráva, jejíž součástí je i doporučení k nápravě, dále vypracovaný protokol ke každému chorobopisu, protokol provozní části a protokol personálního auditu. Součástí hodnocení je i osobní konzultace k nápravě zjištěných nedostatků.“ (25, s. 9).

Na základě předchozích zkušeností došla ČAS k několika konkrétním závěrům. Doporučení, která z nich plynou jsou obecně platná a je žádoucí, aby se jimi řídila i NCB. Jedná se o důsledné vyžadování odpovědnosti vedoucího ošetrovatelského pracovníka, který je vybaven dostatečnými pravomocemi. Nezbytná je důsledná a soustavná kontrola kvality poskytované péče a organizace práce v souladu se všemi platnými předpisy. Oddělení mají být vybavena tak, aby byla vhodná pro hospitalizovanou skupinu klientů i personál. Dále je potřeba investovat odpovídající finanční prostředky na výživu klientů, léčbu chronických ran, rehabilitaci i psychoterapii. Cílem každého zdravotnického zařízení by měla být jeho akreditace a

zavedení standardizovaných, snadno kontrolovatelných postupů. Ošetřovatelský personál by měl být pravidelně proškolen. Pro udržení kvality ošetřovatelské péče je důležité nezapomínat na hrozící syndrom vyhoření ošetřovatelského personálu a podporovat v něm dobrou atmosféru. S příbuznými hospitalizovaných klientů je potřeba jednat otevřeně a vstřícně a podporovat spolupráci při péči o klienty. Banalitou není ani požadavek na odpovídající zaplacení ošetřovatelského personálu, včetně sester. Lůžková kapacita by měla být využívána efektivně, tj. zavírat nevyužitá lůžka. Posledním doporučením je naslouchat v komunitním plánu i sestřím a nezapomínat na podporu ústavní péče o dlouhodobě nemocné (LDN), sociální péči (ÚSP, DD) a péči v domácím prostředí.

1.6.2 Interní audit

Účelem interního auditu je stanovit, zda systém managementu jakosti, který byl vytvořen v daném zdravotnickém zařízení je v souladu s požadavky norem ISO a zda byl skutečně efektivně zaveden a je stále udržován. Základní myšlenkou pro pochopení podstaty tohoto auditu je fakt, že auditor není kontrolor a jeho cílem není odhalovat nedostatky v procesu, ale hodnotit tzv. dosaženou úroveň jakosti, jinými slovy, jedná se o zjišťování faktů, nikoliv chyb (26, 40).

Interní audit je vnímán jako základní podmínka pro zabezpečení aktuálnosti systému. Jedná se o hloubkové prověřování a hodnocení systému jakosti, které probíhá vzhledem k tzv. referenčním standardům nebo speciálním aplikacím pro tuto službu. Interní audit, resp. kontrola každého článku modelové normy ISO 9000: 2000, by se měl provádět minimálně jednou za rok, ale pro stanovení skutečné četnosti provádění těchto auditů je potřeba zohlednit hodnocení účinnosti systému jakosti ve vedení zdravotnického zařízení. V každém případě jsou interní audity plánované a provádí se na základě sjednaného a odsouhlaseného ročního plánu daného zdravotnického zařízení (40).

Během interního auditu jsou sledovány následující oblasti: Existence přiměřené dokumentace a způsobu jejího vedení, efektivní uplatňování procesů, identifikace neshod mezi normou a skutečným stavem, stav dokumentace výsledků léčebné péče,

odborná způsobilost personálu a způsobilost procesů, používání informačních technologií, odpovědnosti a pravomoci personálu a přesnost měření. Předpokladem pro provádění auditu je plán, podle něhož bude audit realizován odborně vyškolenými a přezkoušenými interními auditory. Tito auditoři musí být na kontrolovaném pracovišti a prověřované činnosti nezávislí.

Při auditu se obecně provádí následujících šest činností, přičemž konkrétnější informace a některá další specifika jsou uvedeny v oddíle o auditech ošetrovatelské péče. První činností je zahájení samotného auditu, které předpokládá jmenování vedoucího týmu auditorů, stanovení cílů, předmětu a kritérií auditu, dále určení proveditelnosti auditu a výběr konkrétního týmu auditorů. V případě externího auditu, který zatím ponecháváme stranou sem patří ještě navázání úvodního kontaktu s auditovanou organizací, resp. zdravotnickým zařízením. Druhou činností je přezkoumání odpovídajících dokumentů systému managementu auditovaného a to včetně záznamů a určení jejich dostatečnosti s ohledem na kritéria auditu. V pořadí třetí aktivitou je příprava činnosti při auditu na místě. Jedná o přípravu plánu auditu, přidělení práce týmu auditorů a přípravu pracovních dokumentů. Poté následuje samotné provedení auditu na místě. Tato činnost zahrnuje úvodní jednání, komunikaci v průběhu auditu, rozdělení úloh a odpovědnosti průvodců a pozorovatelů, samozřejmě shromažďování a ověřování informací, zjištění z auditu, přípravu závěrů z auditu a závěrečná jednání. Pátou činností tvoří příprava zprávy z auditu spolu se schválením a distribucí zprávy z auditu. Posledním krokem je dokončení auditu. Ten lze považovat za dokončený jedině tehdy, jestliže byly provedeny všechny činnosti popsané v plánu auditu a byla distribuována a schválena zpráva z auditu (13, 40).

Po provedení auditu je jeho výsledek dokumentován v závěrečném protokolu, aby pak mohl vedoucí prověřovaného oddělení zpracovat návrh nápravy neshod a zajistit jejich realizaci do určitého data. Na řadu pak přichází audity následné, jejichž úkolem je ověřit a zaznamenat, jaká efektivní opatření k nápravě neshod byla přijata a jak jsou uplatňována. Do procesu nápravných opatření se řadí stanovení příčin neshod a vad, včetně stížností pacientů/klientů a odstraňování těchto nedostatků. Dále odpovídající opatření, která mají zabránit, aby se problémy vyskytovaly opakovaně,

záznamy o činnosti a jejích výsledcích a konečně také přezkoumání přijatých opatření (40).

Další důležitou složkou interního auditu, resp. následného auditu, je identifikace preventivních opatření. Ta slouží k tomu, aby se zabránilo opakovanému výskytu nehod a jejich příčin. Na jejich tvorbě by se měli podílet příslušní vedoucí pracovníci zdravotnického zařízení. Postup pro preventivní opatření musí dokumentovat požadavky na identifikaci možných neshod a jejich příčin, stanovení a zajištění pro uplatňování potřebných preventivních opatření, dále zaznamenávání výsledků přijatých opatření a také požadavky na přezkoumání přijatého preventivního opatření (40).

Oba výše uvedené návrhy, tedy opatření k nápravě a prevenci, „vyplývají jednak ze zjištěných neshod z interních prověrek systému jakosti, jednak z rozborů vývoje jakosti a hodnocení účinnosti systému řízení jakosti vedením.“ (40, s. 64). Návrhy na opatření, které vyplývají z interního auditu, mají dvojí charakter. Zaprvé se jedná o operativní návrhy, které je třeba řešit ihned po jejich zjištění a jež spadají do kompetence přímého nadřízeného. Zadruhé jsou to systémová opatření, která jsou navrhována, a po schválení, ukládána vedoucím prověřovaného oddělení. Tato opatření již vyžadují zásah do dokumentace systému jakosti. Návrhy na preventivní opatření, jež vyplývají ze sledování vývoje jakosti a hodnocení účinnosti systému jakosti, stanovuje vedení zdravotnického zařízení a ukládá je tzv. manažer jakosti daného zařízení. Pod pojmem management jakosti rozumíme „všechny činnosti celého vedení, které stanovují politiku jakosti, cíle a odpovědnosti a realizují je takovými prostředky, jako je plánování jakosti, řízení jakosti, zabezpečování jakosti a zlepšování jakosti v rámci systému jakosti“ (40, s. 28).

Nápravná systémová opatření a opatření preventivní se ukládají písemně a musí být sledována manažerem jakosti, který dohlíží na jejich plnění a také účinnost. Sledování všech opatření je u konce teprve ve chvíli, kdy bylo zjištěno, že se podařilo dosáhnout potřebné účinnosti. Celý proces postupuje podle Peška od vstupní informace, kterou reprezentuje závěrečný audit a specifikaci neshod, přes opatření až po realizaci. V prostřední fázi je klíčové, zda po specifikaci nápravných zařízení jsou opatření systémová nebo ne. Pokud ano, lze přistoupit k poslední fázi, v níž jsou nápravná

systemová opatření realizována a dochází k závěrečné kontrole. Jestliže z protokolu o kontrole nápravných zařízení vyplývá, že došlo k jejich realizaci, lze považovat proces odstraňování neshod zjištěných během auditu za ukončený. Pokud zjistíme v některé fázi nedostatek, vracíme se vždy o několik kroků zpět, dokud nejsou všechna nápravná zařízení realizována a tím odstraněny veškeré neshody. Po celou dobu zároveň od první fáze probíhá rozbor vývoje jakosti a účinnosti systému jakosti (40).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Hlavním předmětem výzkumného šetření bylo vyhodnotit, zda Nemocnice České Budějovice, a.s. postupuje ve shodě s požadavky SAK ČR na skladování, manipulaci a likvidaci léčiv. Na základě hlavního záměru výzkumu jsme stanovili tyto dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit, zda sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice, který stanovuje správný postup při objednávání, skladování a likvidaci léčiv.

Cíl 2: Zmapovat, zda sestry dodržují metodiku nemocnice upravující podávání léků u hospitalizovaných pacientů.

Cíl 3: Zjistit, zda sestry znají kvalifikační požadavky na podávání léků.

Cíl 4: Zmapovat, zda sestry v dokumentaci zaznamenávají podání léčiv předepsaným způsobem.

2.2 Hypotézy práce

H 1: Sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice pro objednávání léků.

H 2: Sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice pro skladování léků.

H 3: Sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice pro likvidaci léků.

H 4: Sestry dodržují metodiku nemocnice upravující podávání léků.

H 5: Sestry znají kvalifikační požadavky na podávání léků.

H 6: Sestry zaznamenávají do dokumentace podání léčiv správným způsobem.

3 METODIKA

3.1 Metodika techniky sběru dat

K dosažení cílů diplomové práce, byla zvolena metoda kvantitativního šetření. Výzkum byl proveden metodou dotazování a pozorování při interním auditu. Pozorování proběhlo strukturovaným způsobem a následným zápisem do záznamového archu. Šetření k diplomové práci probíhalo od října 2010 do března 2011. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči byla informována o prováděném výzkumu kvality ošetrovatelské péče v oblasti skladování, manipulace a likvidace léčiv na JIP odděleních nemocnice České Budějovice, a.s. S jejím svolením byly ve výzkumu použity standardy ošetrovatelské péče č. 001 Aplikace a manipulace s návykovými látkami. Dále jsme pracovaly se Standardem ošetrovatelské péče č. 015 Podávání léků. Se souhlasem managementu byly použity vnitřní dokumenty Nemocnice České Budějovice, a.s. V auditech je užitá metoda dotazování a pozorování. (Přílohy 1,2,3,4,5) Podkladem pro sestavení interních auditů byly příslušné standardy, metodické pokyny nemocnice a kontrolní kritéria k pro tvorbu auditů.

Rozhovor byl skupinový standardizovaný, na základě předem připravených otázek. Záznamový arch pro pozorování byl strukturován dle vyslovených hypotéz do oblastí uložení léků, manipulace s nimi, zápis do dokumentace a likvidace léků.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor pro všechny interní audity tvořily všeobecné sestry stanic JIP Nemocnice České Budějovice, a.s., celkem se jednalo o 139 (100 %) sester. Z celkového počtu byl proveden interní audit na 23 záměrně vybraných stanicích JIP, kde jsou i náhodně dotazovány přítomné sestry ve službě. Rozhovor probíhal ve skupině dvou až osmi sester, jak to umožňoval provoz stanice. V průběhu šetření jsme nahlížely na každém z náhodně zvoleném oddělení JIP i do dvou až třech chorobopisů. Pozorování proběhlo skrytě, pouze s vědomím vrchních sester daného oddělení. Po ukončení jednotlivých auditů a pozorování, byly sestry informovány o jeho průběhu a mohly diskutovat o dané problematice.

3.2.1 Statistické zpracování dat

V programu SPSS 16,0 byla data zpracována frekvenčními statistickými ukazateli prvního stupně třídění. Data byla zpracována procentuálně. Sebraná data z interních auditů jednotlivých oblastí byla zpracována a vyhodnocena pomocí programu Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky interního auditu o objednávání léků

Tabulka 1 Informovanost sester o vnitřním předpisu nemocnice pro objednávání léků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	117	84,3	84,3	84,3
	Částečně správně	18	12,9	12,9	97,1
	Částečně nesprávně	2	1,4	1,4	98,6
	Ne	2	1,4	1,4	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 1 zobrazuje informovanost sester o vypracovaném vnitřním předpisu nemocnice pro objednávání léků. Z celkového počtu 139 (100 %) uvedlo 117 (84,3 %) dotazovaných sester správnou odpověď, částečně správně odpovědělo 18 (12,9 %) sester, 2 sestry (1,4 %) odpověděly částečně nesprávně a špatně odpověděly 2 sestry (1,4 %).

Tabulka 2 Objednávání léků na oddělení

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	107	77,0	77,0	77,0
	Částečně správně	30	21,6	21,6	98,6
	Částečně nesprávně	2	1,4	1,4	100,0
	Ne	0	0		100,0
	Total	139	100,0	100,0	

Data v tabulce 2 zobrazují informovanost sester o tom, který zaměstnanec smí objednávat na oddělení léky. Z celkového počtu 139 (100 %) uvedlo nejčastěji správnou odpověď 107 (77,0 %) sester, částečně správně odpovědělo 30 (21,6 %) respondentů, a částečně nesprávně odpovědělo 2 (1,4 %) sester. Odpověď ne nebyla uvedena. Správná odpověď - léky na oddělení objednává staniční lékař.

Tabulka 3 Způsob objednávání omamných a psychotropních látek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	131	94,2	94,2	94,2
	Částečně správně	8	5,8	5,8	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

V tabulce 3 jsou zpracovaná data zobrazující informovanost sester o způsobu objednávání omamných a psychotropních látek. Z celkového počtu 139 (100 %) uvedlo nejčastěji správnou odpověď 131 (94,2 %) dotazovaných sester, částečně správně odpovědělo 8 (5,8 %) dotazovaných sester. Záporné odpovědi a odpovědi částečně nesprávně se neobjevily.

Tabulka 4 Objednávání návykových látek staniční sestrou v neodkladném případě

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	94	67,6	67,6	67,6
	Částečně správně	30	21,6	21,6	89,2
	Částečně nesprávně	15	10,8	10,8	
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

V tabulce 4 jsou data o informovanosti sester, zda smí v neodkladném případě staniční sestra sama objednat návykové látky. Celkový počet sester byl 139 (100 %). Správnou odpověď uvedlo 94 (67,6 %) dotazovaných sester, částečně správně odpovědělo 30 (21,6 %) sester a částečně nesprávně odpovídá 15 (10,8 %) respondentů. Odpověď ne není uvedena.

Tabulka 5 Znalost jména vedoucího lékaře stanice podepisujícího léčiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	134	96,4	96,4	96,4
	Částečně správně	5	3,6	3,6	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulková data 5 informují, zda sestry znají jméno vedoucího lékaře stanice, který může podepisovat objednávání léčiv. Celkový počet sester 139 (100 %), nejčastější odpověď ano, uvedlo 134 (96,4 %) sester, částečně správně odpovědělo 5 (3,6 %) sester. Odpověď částečně nesprávně a ne není uvedena žádná.

Tabulka 6 Objednávání léčiv dle naléhavosti vydání z lékárny

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	103	74,1	74,1	74,1
	Částečně správně	36	25,9	25,9	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Data 6 zobrazují informovanost sester o typech léčiv dle naléhavosti jejich vydání z lékárny. Správnou odpověď uvedlo 103 (74,1 %) sester z celkového počtu 139 (100 %). Částečně správná odpověď je uvedena u 36 (25,9 %) dotázaných. Záporné odpovědi nejsou uvedeny.

Tabulka 7 Způsob objednávání antibiotik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	99	71,2	71,2	71,2
	Částečně správně	34	24,5	24,5	95,7
	Částečně nesprávně	6	4,3	4,3	100,0
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 7 zobrazuje informovanost respondentů o způsobu objednávání antibiotik na oddělení. Respondentů bylo 139 (100 %). Ano - správně uvedlo 99 (71,2 %) dotazovaných sester a částečně správně odpovědělo 34 (24,5 %) sester. Odpověď částečně nesprávně byla uvedena 6x (4,3 %), ne není uvedeno.

Tabulka 8 Objednávání léků přes intranet

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	112	80,6	80,6	80,6
	Částečně správně	22	15,8	15,8	96,4
	Částečně nesprávně	5	3,6	3,6	100,0
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 8 informuje o tom, zda sestry věděly, že se dají léky objednávat přes intranet a kdo tak smí učinit. Dotázaných celkem bylo 139 (100 %), správná odpověď 112 (80,6 %) dotazovaných, částečně správně bylo 22x (15,8 %), částečně nesprávně odpovídá 5 (3,6 %) sester. Odpověď ne není zaznamenaná žádná.

Tabulka 9 Náležitosti žádanky k objednávání léků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	125	89,9	89,9	89,9
	Částečně správně	14	10,1	10,1	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

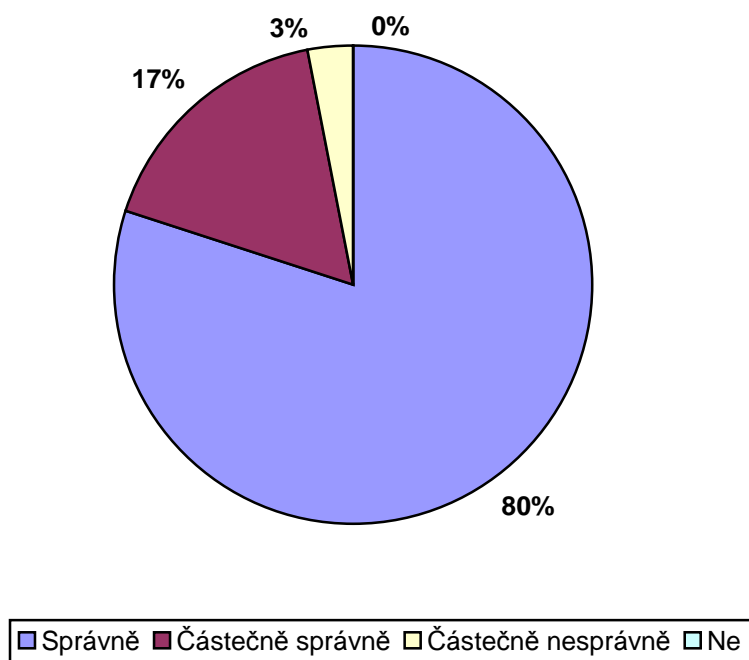
Data zobrazená v tabulce 9 informují o znalosti sester, jaké náležitosti obsahuje žádanka k objednávání léků. Celkový počet odpovídajících byl 139 (100 %) a záporné odpovědi nejsou uvedené žádné. Správně odpovědělo 125 (89,9 %) dotazovaných sester, částečně správně uvádí odpověď 14 (10,1 %) respondentů.

Tabulka 10 Pozorování objednávání/ přebírání léků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	20	14,4	87,0	87,0
	Částečně správně	3	2,2	13,0	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	23	16,5	100,0	
Missing	Systém	116	83,5		
Total		139	100,0		

Data v tabulce 10 podávají informaci o pozorování, jak a která sestra správně objednává/přebírá léčiva. Celkový počet stanic byl 23 (100 %). Správně je výkon proveden na 20ti (87,0 %) pracovištích, částečně správně je vykonán proveden na 3 (13,0 %) pracovištích, nesprávné odpovědi nejsou zaznamenány.

Graf 1 Dodržování vnitřního předpisu nemocnice pro objednávání léků



Graf 1 ukazuje celkové shrnutí odpovědí u interního auditu pro objednávání léků. Na výšečovém grafu je patrné, že z celkového počtu 139 (100 %) sester, správně odpovídalo 80%, částečně správnou uvedlo 17 % dotazovaných, částečně nesprávně 3 % sester a zcela nesprávná odpověď se neobjevila.

Celková úspěšnost sester v auditu byla 80%.

4.2 Výsledky interního auditu o skladování léků

Tabulka 11 Standard „ Aplikace a manipulace s návykovými látkami“

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	139	100,0	100,0	100,0
	Částečně právně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0		

Data tabulky 11 zobrazují informaci, zda sestry vědí o standardu „Aplikace a manipulace s návykovými látkami“. Celkem odpovídalo 139 (100 %) sester. Správnou odpověď uvedly všechny dotazované. Odpověď částečně správně, částečně nesprávně a ne nebyla zaznamenána.

Tabulka 12 Zodpovědnost za uložení léčiv

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	100	71,9	71,9	71,9
	Částečně správně	39	28,1	28,1	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

V tabulce 12 uvedená data zobrazující informovanost sester, kdo je zodpovědný za správné uložení léčiv na oddělení. Z celkového počtu 139 (100 %), uvedlo nejčastěji správnou odpověď 100 (71,9 %) sester, částečně správnou odpověď 39 (28,1 %) sester, částečně nesprávně nebo odpověď ne není uvedena.

Tabulka 13 Uložení léčiv po převzetí z lékárny

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	102	73,4	73,4	73,4
	Částečně správně	37	26,6	26,6	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Data v tabulce 13 zobrazující informovanost, jak se ukládají léčivé přípravky na oddělení, po převzetí z lékárny. Z celkového počtu 139 (100 %) dotazovaných uvedlo správnou odpověď 102 (73,3 %) sester, částečně správně odpovědělo 37 (26,6 %) sester. Částečně nesprávně či ne není zaznamenáno.

Tabulka 14 Kontrola expirační doby léčiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	137	98,6	98,6	98,6
	Částečně správně	2	1,4	1,4	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 14 zobrazuje data, zda sestry ví, jak často se kontroluje expirační doba léčiva v lékárně na oddělení. Z celkového počtu 139 (100 %) dotázaných, správně odpovědělo 137 (98,6 %) dotázaných, částečně správně odpověděly 2 (1,4 %) dotazované sestry. Jiná odpověď nebyla uvedena.

Tabulka 15 Uzamykání skříní s léčivý

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	139	100,0	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0		

Data v tabulce 15 zobrazují informovanost sester o tom, zda musí na oddělení být uzamčená skřín s léčivý, pokud ano, kde najdeme klíče. Z celkového počtu 139 (100 %) uvedly všechny sestry správnou odpověď. Odpovědi částečně správně, částečně nesprávně a ne nabyly uvedeny.

Tabulka 16 Uložení návykových látek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	139	100,0	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0		

Tabulka 16 zobrazuje data o informovanosti respondentů, jak ukládáme návykové látky. Správně odpověděly všechny sestry z celkového počtu 139 (100 %). Částečně správně, částečně nesprávně a odpověď ne nabyly zaznamenaná.

Tabulka 17 Uložení návykových látek pod dvojitým zámkem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	23	16,5	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	23	16,5		
Missing	Systém	116	83,5		
Total		139	100,0		

V tabulce 17 jsou zobrazena data o informaci, zda jsou na stanici návykové látky uloženy pod dvojitým zámkem. Celkový počet stanic byl 23 (100 %) a na všech jsou návykové látky uloženy správně to znamená 100,0 %, další odpovědi nejsou tedy uvedeny.

Tabulka 18 Uložení jednotlivých lékových skupin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	23	16,5	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	23	16,5		
Missing	Systém	116	83,5		
Total		139	100,0		

Data v tabulce 18 zobrazují informaci o stanicích, zda mají správně uložené jednotlivé lékové skupiny. Celkový počet stanic byl 23 (100 %) a všude bylo uložení léků podle skupin správně, tedy 23 (100 %). Odpověď částečně správně, částečně nesprávně a ne nebyla žádná.

Tabulka 19 Vizuální kontrola expirace léků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	18	12,9	78,3	78,3
	Částečně správně				
	Částečně nesprávně				
	Ne	5	3,6	21,7	100,0
	Total	23	16,5	100,0	
Missing	System	116	83,5		
Total		139	100,0		

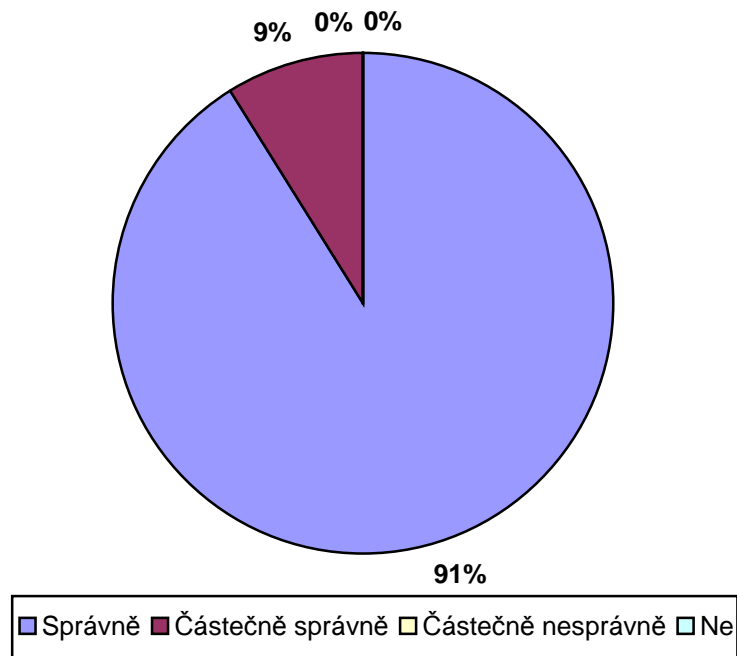
Data v tabulce 19 zobrazují informaci, jak dopadla kontrola expirační doby léků. Celkový počet 23 (100 %) stanic, správná odpověď ano byla u 18ti (78,3 %), na dalších 5ti (21,7 %) stanicích byla odpověď záporná ne. Částečně správně a částečně nesprávně nebylo uvedeno.

Tabulka 20 Vizuální kontrola evidenční knihy omamných látek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	21	15,1	91,3	91,3
	Částečně správně	2	1,4	8,7	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	23	16,5	100,0	
Missing	Systém	116	83,5		
Total		139	100,0		

Data v tabulce 20 zobrazují výsledek kontroly evidenční knihy omamných látek na stanici. Celkový počet stanic byl 23 (100 %). Správně vedly knihy na 21 (91,3 %) kontrolovaných stanicích, částečně správně byly vedeny 2 (8,7 %) evidenční knihy omamných látek, částečně nesprávně a ne nabylo zaznamenáno.

Graf 2 Zaznamenávání léčiv do dokumentace



Graf 2 zobrazuje celkové shrnutí odpovědi z auditu o dodržování vnitřního předpisu nemocnice pro skladování léků sestrami. Z celkového počtu 139 (100 %) sester je správná odpověď u 91 % dotázaných, částečně správnou odpověď uvedlo 9 % sester. Celkové hodnocení záporných odpovědi menší než 1 %.

Celková úspěšnost auditu byla 91%.

4.3 Výsledky interního auditu o likvidaci léků

Tabulka 21 Předpis pro likvidaci léků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	124	89,2	89,2	89,2
	Částečně správně	15	10,8	10,8	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

V tabulce 21 jsou uvedeny informace o znalosti předpisu pro likvidaci léčiv u sester. Celkový počet sester byl 139 (100 %) a nejčastější odpověď ano uvedly 124 (89,2 %) respondentky, částečně správně odpovědělo 15 (10,8 %) dotazovaných. Odpověď částečně nesprávně a ne nebyla uvedena.

Tabulka 22 Zneškodnění návykových látek

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	139	100,0	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0		

Tabulka 22 zobrazuje data o informovanosti sester, zda mohou zneškodnit návykové látky vylitím do odpadu. Z celkového počtu 139 (100 %) uvedlo 139 (100 %) dotazovaných sester správnou odpověď. Jiné odpovědi proto nabyly uvedeny.

Tabulka 23 Nakládání s návykovou látkou s prošlo dobou použitelnosti

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	139	100,0	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0		

Tabulka 23 zobrazuje informovanost sester, jak nakládají s návykovou látkou, která má prošlou dobu použitelnosti. Celkový počet dotázaných byl 139 (100 %) a správnou odpověď uvedly všechny dotázané sestry. Zaznamenané odpovědi částečně správně, částečně nesprávně a ne nebyly uvedeny.

Tabulka 24 Vracení znehodnoceného léku do lékárny

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	106	76,3	76,3	76,3
	Částečně správně	28	20,1	20,1	96,4
	Částečně nesprávně	5	3,6	3,6	100,0
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

V tabulce 24 lze sledovat zpracovaná data zobrazující informovanost sester, zda umí popsat vrácení znehodnoceného léku do nemocniční lékárny. Nejčastější odpověď byla správná a to u 106 (76,3 %) dotazovaných sester z celkového počtu 139 (100 %) oslovených. Částečně správně odpovědělo 28 (20,1 %) respondentů a částečně nesprávně 5 (3,6 %) dotazovaných sester. Odpověď ne není žádná.

Tabulka 25 Likvidace léčiv v nemocnici

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	115	82,7	82,7	82,7
	Částečně správně	24	17,3	17,3	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 25 zobrazuje informovanost sester o tom, kdo zodpovídá za likvidaci léčiv v naší nemocnici. Z celkového počtu 139 (100 %) sester znalo správnou odpověď, že je to lékárna 115 (82,7%) z dotazovaných. Záporné odpovědi nebyly žádné a částečně správně odpovědělo 24 (17,3 %) dotazovaných sester.

Tabulka 26 Odložení použité jehly a stříkačky

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	130	93,5	93,5	93,5
	Částečně správně	9	6,5	6,5	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulkou 26 zobrazená data informují, kolik respondentů z celkového počtu 139 (100 %), umí správně nakládat s použitou jehlou a stříkačkou. Správnou odpověď znalo 130 (93,5 %) dotazovaných sester, částečně správně odpovědělo 9 (6,5 %) sester, částečně nesprávně a ne nebylo zapsáno.

Tabulka 27 Půlení léků předem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	116	83,5	83,5	83,5
	Částečně správně	23	16,5	16,5	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		0
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Data v tabulce se 27 zobrazuje informovanost sester, zda se může v originálním balení skladovat předem na půlený lék. Z celkového počtu 139 (100 %) dotazovaných, správně odpovědělo 116 (83,5 %) dotazovaných sester, částečně správně uvedlo odpověď 23 (16,5 %) respondentů. Odpověď částečně nesprávně a ne nebyla žádná.

Tabulka 28 Uložení cytostatik s prošlou expirační lhůtou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	70	50,4	50,4	50,4
	Částečně správně	63	45,3	45,3	95,7
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	6	4,3	4,3	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 28 zobrazuje informovanost sester, jak ukládají cytostatika s prošlou expirační lhůtou. Z celkového počtu 139 (100 %) respondentů, správnou odpověď uvedlo 70 (50,4 %) dotazovaných, částečně správně odpovědělo 63 (45,3 %) dotazovaných sester, částečně nesprávně odpověď není. Správnou odpověď neznalo 6 (4,3 %) respondentů.

Tabulka 29 Kontejner na infekční odpad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	20	14,4	87,0	87,0
	Částečně správně	3	2,2	13,0	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	23	16,5	100,0	
Missing	System	116	83,5		
Total		139	139	100,0	

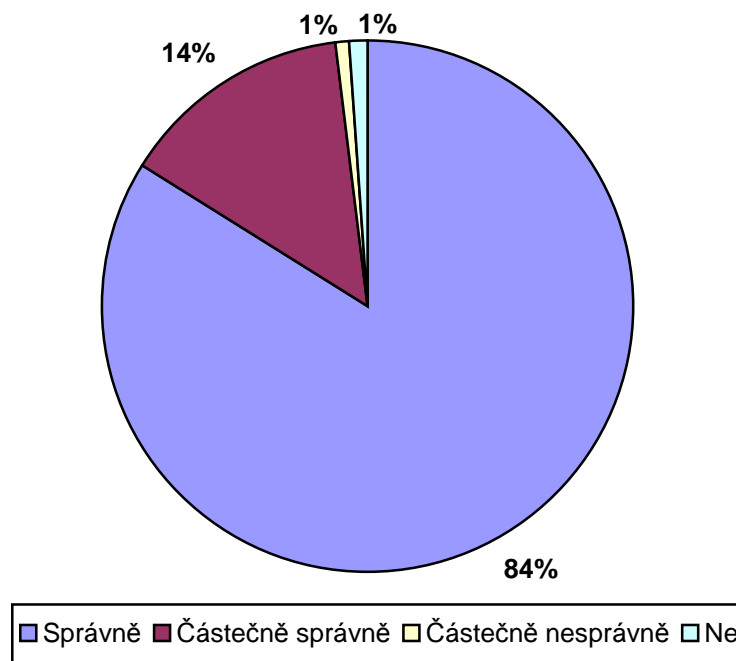
Data v tabulce 29 zobrazují výsledek kontroly kontejneru na infekční odpad. Celkem bylo prověřeno 23 (100 %) stanic. Správný obsah byl ve 20ti (87,0 %) odpadních nádobách, částečně správně dopadla kontrola na 3 (13,0%) pracovištích. Nedostatky nebyly zaznamenány.

Tabulka 30 Odepisování návykové látky

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	23	16,5	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	0	0		
Missing	Systém	116	83,5		
Total		139	139		

V tabulce 30 zpracovaná data podávají informaci o kontrole odepsané návykové látky v evidenční knize omamných látek. Na všech kontrolovaných stanicích byly odepsané návykové látky v evidenční knize omamných látek v pořádku. Další odpovědi nebyly uvedeny.

Graf 3 Dodržování vnitřního předpisu nemocnice pro likvidaci léků



Graf 3 ukazuje souhrn z interního auditu dodržování předpisu pro likvidaci léků. Správné odpovědi u pokládaných otázkách převažují, celkem u 84 % dotazovaných. Částečně správně odpovědělo 14 % dotazovaných sester, částečně nesprávná odpověď je u 1% oslovených sester a u 1 % dotazovaných je odpověď zcela nesprávná.

Celková úspěšnost byla 84 %.

4.4 Výsledky interního auditu o podávání léků

Tabulka 31 Standard „Podávání léků“

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	139	100,0	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 31 zobrazuje informovanost sester o Standardu Podávání léků, na oddělení. Z celkového počtu 139 (100 %) uvedlo správnou odpověď všech 139 (100 %) dotazovaných sester. Další odpovědi nebyly zaznamenány.

Tabulka 32 Nežádoucí lékové reakce

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	99	71,2	71,2	71,2
	Částečně správně	40	28,8	28,8	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Data v tabulce 32 představují znalosti sester o druzích nežádoucích lékových reakcích. Celkový počtu dotazovaných byl 139 (100 %). Správně odpovědělo 99 (71,2 %) , částečně správně 40 (28,8 %) dotazovaných sester. Ne a částečně nesprávně nebylo zapsáno.

Tabulka 33 Účinky léků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	101	72,7	72,7	72,7
	Částečně správně	38	27,3	27,3	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

V tabulce 33 jsou data, zobrazující znalost sester o druzích účinku léků. Celkový počet respondentů byl 139 (100 %). Správnou odpověď uvedlo 101 (72,7 %) dotázaných a částečně správně bylo 38 (27,3 %) odpovědí. Částečně nesprávně a ne v odpovědích není uvedeno.

Tabulka 34 Úkon před podáním léků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	120	86,3	86,3	86,3
	Částečně správně	19	13,7	13,7	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

V tabulce 34 jsou uvedeny znalosti sester o úkonech před podáváním léků. Správnou odpověď uvedlo 120 (86,3 %) z celkového počtu 139 (100 %) dotazovaných sester. Částečně správně uvádělo odpověď 19 (13,7 %) dotazovaných sester. Záporné odpovědi nabyly žádné.

Tabulka 35 Postup při podávání informace o nežádoucím účinku léků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	139	100,0	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Zobrazená data v tabulce 35 ukazují, že všechny dotazované uvedly správnou odpověď na otázku, jak postupovat při podávání informace o nežádoucím účinku léků, jiné odpovědi nebyly zapsány.

Tabulka 36 Třístupňová kontrola při podávání léčiv

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	93	66,9	66,9	66,9
	Částečně správně	46	33,1	33,1	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Data představují informovanost sester o třístupňové kontrole při podávání léčiv. Z celkového počtu 139 (100 %) dotazovaných, kladou odpověď uvedlo 93 (66,9 %) dotazovaných sester, částečně správně odpovědělo 46 (33,1 %) respondentů, částečně nesprávně a ne neodpověděl nikdo.

Tabulka 37 Posuzování stavu pacienta před podáváním léků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	130	93,5	93,5	93,5
	Částečně správně	9	6,5	6,5	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 37 zobrazuje znalost sester, jak posuzovat stav pacienta před podáváním léků. Z celkového počtu 139 (100 %) uvedlo 130 (93,5 %) dotázaných sester správnou odpověď, částečně správně odpovědělo 9 (6,5 %) sester a částečně nesprávně a ne neodpověděl nikdo.

Tabulka 38 Ověření totožnosti pacienta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	122	87,8	87,8	87,8
	Částečně správně	17	12,2	12,2	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Data v tabulce 38 znázorňují znalosti sester o správném postupu při ověřování totožnosti pacienta. Celkem bylo osloveno 139 (100 %) sester. Správně odpovědělo 122 (87,8 %) respondentů, částečně správně 17 (12,2 %) dotazovaných, nikdo neuvedl částečně nesprávnou a ne odpověď.

Tabulka 39 Vlastní podání léků kontrola

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	23	16,5	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	0	0		
Missing	Systém	116	83,5		
Total		139	139		

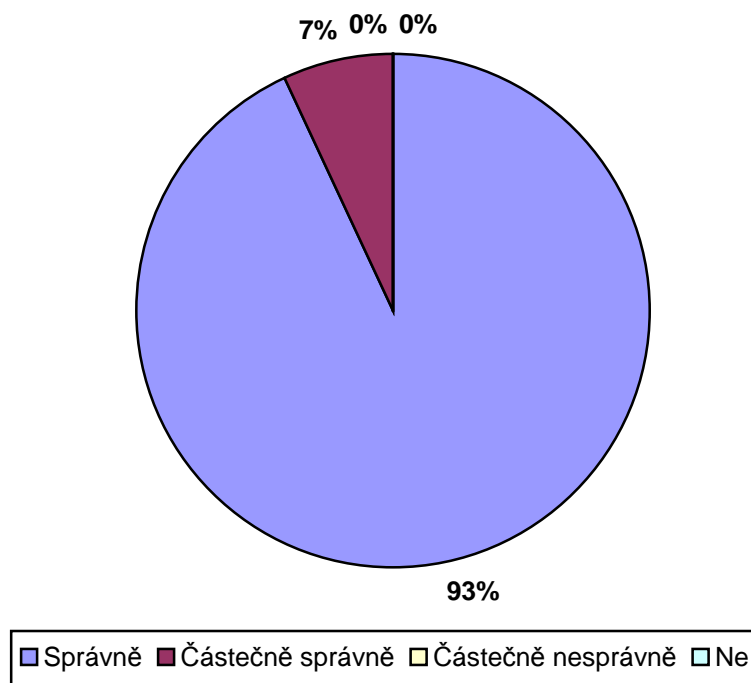
Data v tabulce 39 zobrazují výsledek pozorování vlastního postupu podávání léků. Šetření proběhlo na 23 (100 %) stanicích. Postup byl proveden všude správně, záznam částečně správně, částečně nesprávně a ne - neproveden.

Tabulka 40 Vlastní aplikace injekce a infúze

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	20	14,4	87,0	87,0
	Částečně správně	3	2,2	13,0	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	23	16,5	100,0	
Missing	Systém	116	83,5		
Total		139	139		

Tabulka 40 zobrazuje informaci o pozorování při vlastní aplikaci injekce a infúze. Z celkového počtu stanic 23 (100 %), správě výkon provádělo 20 (87 %) sledovaných, pochybení - částečně nesprávně bylo provedeno na 3 (13 %) stanicích. Částečně nesprávně nebo zcela špatně nebyl výkon proveden nikde.

Graf 4 Dodržování metodiky podávání léků



Graf 4 ukazuje shrnutí odpovědí u interního auditu pro podávání léků. Z celkového počtu 139 (100 %) dotazovaných, není žádná částečně nesprávná a zcela nesprávná odpověď. Správnou odpověď uvedlo 93 % dotázaných a částečně správně odpovědělo 7 % respondentek.

Celková úspěšnost byla 85%.

4.5 Výsledky interního auditu kvalifikační požadavky na podávání léčiv

Tabulka 41 Předpis o podávání léčiv

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	116	83,5	83,5	83,5
	Částečně správně	23	16,5	16,5	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 41 zobrazuje informovanost sester o vypracovaném vnitřním předpisu nemocnice upravující podávání léčiv. Z celkového počtu 139 (100 %), kladná odpověď byla správně u 116 (83,5 %) dotázaných, částečně správně odpovědělo 23 (16,5 %) dotazovaných sester. Odpověď částečně nesprávně a nesprávnou odpověď neuvedl nikdo.

Tabulka 42 Samostatné podávání léčiv

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	139	100,0	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Data v tabulce 42 zobrazují informovanost sester, kdo smí samostatně podávat léky. Z celkového počtu 139 (100 %) dotazovaných uvedly všechny dotazované správnou odpověď. Další z nabídek odpovědí nebyly zaznamenány.

Tabulka 43 Pověření nitrožilních aplikací injekcí a infúzí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	136	97,8	97,8	97,8
	Částečně správně	3	2,2	2,2	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

V tabulce 43 jsou zaznamenána data znázorněná, zda sestry jsou informovány o umístění pověření aplikace injekcí a infúzi na stanici. Celkový počet dotazovaných sester byl 139 (100%). Správnou odpověď uvedlo 136 (97,8 %) a částečně správně odpovídají 3 (2,2 %) sester. Záporně neodpověděl nikdo z dotazovaných.

Tabulka 44 Obsah seznamu pověřených aplikací

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	106	76,3	76,3	76,3
	Částečně správně	33	23,7	23,7	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 44 ukazuje v hodnotách informovanost respondentů o obsahu pověření aplikací. Respondentů bylo celkem 139 (100 %) Správná odpověď byla u 106 (76,3 %) dotazovaných sester, částečně správná odpověď je uvedena u 33 (28,78 %) respondentů. Ne a částečně nesprávnou odpověď nevedl nikdo.

Tabulka 45 Aktualizace seznamu pověření aplikací

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	137	98,6	98,6	98,6
	Částečně správně	2	1,4	1,4	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

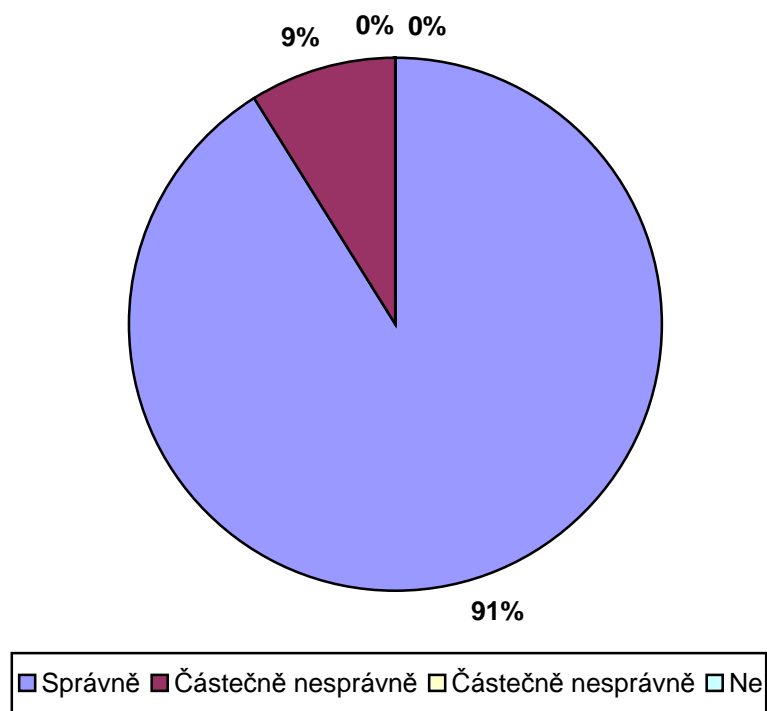
Data v tabulce 45 vyjadřují četnost odpovědí na otázku aktualizace seznamu pověření aplikací injekce a infúze. Z celkového počtu 139ti(100 %) sester, odpovědělo správně 137 (98,6 %) , částečně správně 2 (1,4 %) sestry. Nesprávné odpovědi nebyly uvedeny.

Tabulka 46 Vizuální ověření seznamu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	21	15,1	91,3	91,3
	Částečně správně	2	1,4	8,7	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	23	16,5	100,0	
Missing	System	116	83,5		
Total		139	139		

Hodnoty tabulky 46 podávají informace o správnosti vyvěšeného seznamu. Z 23 (100 %) kontrolovaných stanic je vše v pořádku, správně u 21 (91,3 %) z nich. Na 2 (8,7 %) je seznam částečně správný. Nikde nebyl částečně nesprávný či chyběl proto ne odpověď není.

Graf 5 Znalost kvalifikačních požadavků na podávání léčiv



Graf 5 shrnuje celkový výsledek auditu o znalosti sester kvalifikačních požadavků na podávání léčiv. Z celkového znázornění je patrné, že sestry na otázky správně odpovídaly v 91 %, částečně správně 9 % a záporné hodnoty nejsou.

Celkově sestry uspěly v auditu na 91 %.

4.6 Výsledky interního auditu o správném záznamu podaného léku v dokumentaci

Tabulka 47 Pravidla záznamu léčiv v dokumentaci

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	135	97,1	97,1	97,1
	Částečně správně	4	2,9	2,9	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Data v tabulce 47 zobrazují informovanost sester o znalosti pravidel záznamů léků v dokumentaci. Celek byl vzorek tvořen 139ti (100 %) dotazovanými, z kterého správně odpovídá 135 (97,1 %) a částečně správnou odpověď uvedly 4 (2,9 %) dotazovaných. Ani jedna odpověď nebyla ne či částečně nesprávná.

Tabulka 48 Kdo provede záznam o podání léků

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	139	100,0	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Informace, kdo provádí záznam o podaném léku jsou zobrazeny v datech tabulky 48. Respondentů bylo celkem 139 (100 %). Správně odpovědělo uvedlo 139 (100 %) sester. Další odpovědi se nevyskytly.

Tabulka 49 Doba záznamu podání léku v dokumentaci

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	139	100,0	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Tabulka 49 zobrazuje informaci o znalosti doby záznamu podaného léku v dokumentaci. Z celkového počtu 139 (100%) dotazovaných sester, všechny sestry odpovídaly správně.

Tabulka 50 Obsah záznamu o podání návykové látky

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	137	98,6	98,6	98,6
	Částečně správně	2	1,4	1,4	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

V tabulce 50 jsou zpracovaná data zobrazující informovanost sester o tom, co obsahuje záznam o podání návykové látky. Z 139ti (100 %) sester byla nečastější správná odpověď ano uvedena od 137 (98,6 %). Částečně správně odpověděly 2 (1,4 %) dotazované. Odpovědi částečně nesprávně a ne nebyla.

Tabulka 51 Záznam nepodaného léku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	105	75,5	75,5	75,5
	Částečně správně	34	24,5	24,5	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Data v tabulce 51 vyjadřují znalost správného záznamu o nepodaného léku. Celkový počet respondentů byl 139 (100 %). Správná odpověď byla uvedena od 105ti (75,5 %) oslovených. Částečně správnou odpověď udalo 34 (24,5 %) dotazovaných sester. Další z variant nebyla zapsána.

Tabulka 52 Postup při chybném podání léčiva

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	97	69,8	69,8	69,8
	Částečně správně	42	30,2	30,2	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	139	100,0	100,0	

Data v tabulce 52 zobrazující informovanost sester o správném postupu při chybném podání léků. Z celkového počtu 139 (100 %) respondentů zná správnou odpověď 97 (69,8 %), částečně správnou odpověď 42 (30,2 %) z nich, ale částečně nesprávně či odpověď ne uvedl nikdo.

Tabulka 53 Záznam léků v chorobopise

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	42	30,2	61,8	61,8
	Částečně správně	25	18,0	36,8	98,5
	Částečně nesprávně	1	0,7	1,5	100,0
	Ne	68	48,9	100,0	
	Total	71	51,1		
Missing	Systém	139	100,0		
Total		139	42	30,2	61,8

V tabulce 53 jsou uvedena data výsledku kontroly správného záznamu léků v chorobopise. Celkový počet chorobopisů byl 68 (100 %). Správnou odpověď ano jsme zapsaly u 42 (61,8 %) chorobopisů, částečně správně u 25ti (36,8 %) a odpověď částečně nesprávně je u 1 (1,5 %). Ne není uvedeno.

Tabulka 54 Záznam návykové látky v dokumentaci

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	19	13,7	82,6	82,6
	Částečně správně	4	2,9	17,4	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	23	16,5	100,0	
Missing	Systém	116	83,5		
Total		139	139	100,0	

Data v tabulce 54 zobrazují informaci o výsledku kontroly záznamu návykové látky v dokumentaci. Celkový počet byl 23 (100 %) pracovišť. Správný záznam a odpověď ano byla na 19ti (82,6 %) stanicích, částečně správně byly provedeny 4 (17,4 %) záznamy. Nesprávný záznam nebyl zjištěn.

Tabulka 55 Vlastní aplikace i.m injekce

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	20	14,4	87,0	87,0
	Částečně správně	3	2,2	13,0	100,0
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	23	16,5	100,0	
Missing	Systém	116	83,5		
Total		139	139	100,0	

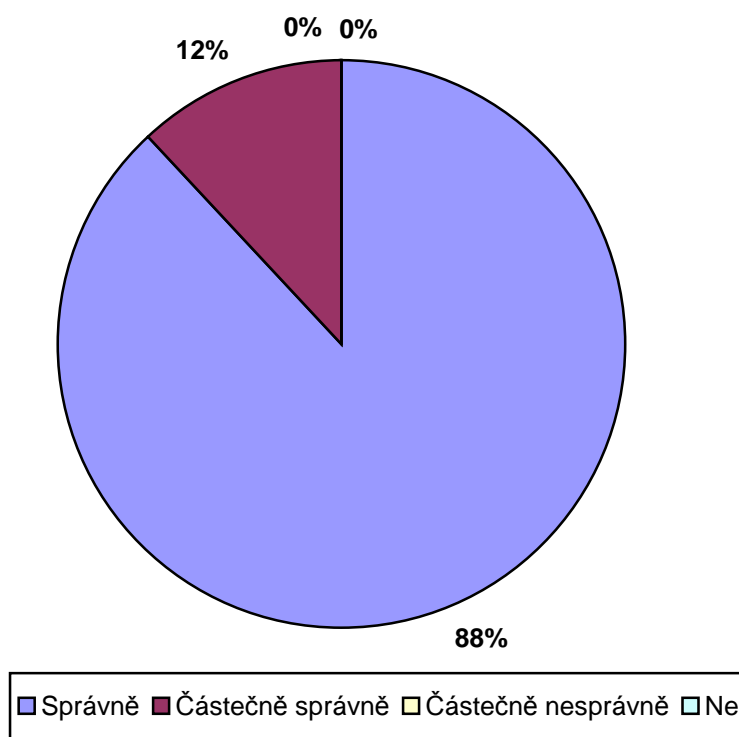
Data v tabulce 55 zobrazují informaci o výsledku šetření správnosti vlastní aplikace i.m. injekce. Z celkového počtu 23 (100 %) stanic, tento výkon správně provedlo 20 (87 %) pracovišť. Částečně správně byl proveden na 3 (13 %) a záporné odpovědi nebyly uvedeny.

Tabulka 56 Záznam o návykových látkách v knize hlášení sester“

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano – správně	23	16,5	100,0	100,0
	Částečně správně	0	0		
	Částečně nesprávně	0	0		
	Ne	0	0		
	Total	0	0		
Missing	Systém	116	83,5		
Total		139	139		

Poslední tabulka ukazuje výsledek kontroly záznamu návykových látek v knize hlášení sester. Celkový počet stanic a tím i knih byl 23 (100 %). Na všech byl proveden správně záznam. Jiná odpověď nebyla zaznamenána.

Graf 6 Správný záznam podávaných léčiv v dokumentaci



Graf 6 zobrazuje výsledek celkového šetření interního auditu o správném záznamu podávání léčiv do dokumentace. Správnou odpověď na otázky uvedlo 88 % sester z celkového počtu 139 (100 %), částečně správně odpovědělo 12 % dotazovaných. Záporné odpovědi se neznázornily.

Celková úspěšnost auditu byla 88%.

5 DISKUZE

Výzkumné šetření probíhalo formou kvantitativního výzkumu na základě interního auditu Nemocnice České Budějovice, a.s., který vycházel ze Standardů ošetrovatelské péče č. 001, a č. 015 (Příloha č.7, č.8). Šetření bylo sestaveno na základě na závazných metodických pokynech nemocnice, které vycházejí z příslušných zákonů, nařízení a vyhlášek.

Šetření bylo prováděno za podpory a spolupráce náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchních sester, staničních sester a jednotlivých sester oddělení JIP Nemocnice České Budějovice, a.s. Do výzkumu se zapojilo 139 sester z 23 záměrně vybraných stanic.

První interní audit obsahoval devět otázek a jedno vlastní pozorování sester se zaměřením na znalosti vnitřního předpisu jednotlivých oddělení pro objednávání léků (46,47). Vše je zformulováno do deseti přehledných tabulek. Podle mého názoru je velice důležité, aby všeobecné sestry v nepřetržitém provozu měly znalosti z oblasti objednávání léků, protože se mohou setkat s neobvyklými situacemi, které musí naléhavě řešit, ať už samy či v rámci pracovního týmu.

V tabulce 1, která se týká informovanosti sester o vnitřním předpisu nemocnice pro objednávání léků, je zarážející výsledek. Přesto, že všichni zaměstnanci stvrzovali existenci příslušného předpisu podpisem, velká většina dotazovaných sester odpověděla (84,2 %), že je vypracován. 12,9 % sester si ale není zcela jisté, odpovídá asi, 1,4 % sester si jej spletlo se standardem a 1,4 % sester netušilo, že je příslušný předpis v nemocnici vypracován. V poslední době je vydáváno velké množství nové dokumentace a myslím si, že se to stalo z tohoto důvodu.

Tabulka 2 vypovídá o tom, kdo smí objednávat léky na oddělení. Správná odpověď je primářem určený odpovědný pracovník a to odpovědělo 77,0 % dotazovaných sester. Z odpovědí bylo patrné, že některé sestry opomenuly znalost vydaných pověření – odpověď částečně správně - 21,6 %, dokonce 1,4 % dotazovaných sester se domnívalo, že objednávku léků může podepsat kterýkoliv lékař z celého oddělení.

V návykových látek. Oddělení má seznam těchto osob včetně podpisových vzorů. Tato činnost je součástí náplně práce příslušného pracovníka. Na 87,0 % stanicích je vykonáváno vše v souladu s předpisem. 13,0 % stanic vykazují malá pochybení při přebírání léků z lékárny, např. odpovědný pracovník léky složil a neověřil si přítomnost pověřené osoby. Při celkovém hodnocení prvního auditu (graf 1) byla úspěšnost odpovědí sester potvrzena správnou odpovědí u 80% dotazovaných sester, částečně správná odpověď je 17 %, částečně nesprávná odpověď je znázorněna ve 3 % a odpověď ne není žádná. Výsledek auditu potvrzuje hypotézu 1 „*Sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice pro objednávání léků.*“

Pro zhodnocení druhého interního auditu, který se týkal skladování léků na oddělení, bylo vypracováno deset otázek. Otázky obsahovaly šest dotazů na sestry a čtyři vizuální kontroly. Tabulce 11 znázorňuje, zda mají oddělení Standard ošetrovatelské péče č. 001 Aplikace a manipulace s návykovými látkami (50). Odpověď na tuto otázku byla 100% - ano a následující tabulce 3, která znázorňuje způsob objednávání omamných a psychotropních látek, pouze 5,8 % uvedlo chybně jakéhokoliv lékaře z oddělení. Zbývající sestry odpověděly správně a to v 94,2 %. Sestry ví o nutnosti objednat návykové látky na žádanku s modrým pruhem pověřenou osobou.

Tabulka 4 ukazuje, že 67,5 % sester zná správnou odpověď a to, že staniční sestra ani v neodkladném případě sama nesmí objednat návykovou látku bez souhlasu lékaře. Částečně správně odpovídalo 21,6 % sester a částečně nesprávně odpovědělo 10,8 % sester. Jelikož se jednalo o oddělení JIP, kde jsou uloženi pacienti vyžadující zvýšenou péči, měly některé sestry dojem, že by pozdní objednání návykové látky mohlo pacienta ohrozit. Při dalším rozhovoru samy sestry uznávají nesprávnost své odpovědi. Kromě 3,6 % dotazovaných sester, které uváděly jméno primáře oddělení, všechny dotazované sestry (96,4 %) znaly odpověď na následující otázku, ve které jsme se ptaly na jméno vedoucího lékaře stanice (tabulka 5). Záměrně jsme ji zařadili, přestože je podobná jedné z předchozích otázek. Důvodem bylo připomenutí jména daného lékaře dotazovaným sestram.

Rozlišení objednávaných léčiv na standardní a STATIM uvádí tabulka 6. Správně odpovědělo 74,1 % sester, zbývajících 25,9 % dotázaných popletlo léčiva s lékovými formami. Po té, co sestry slyšely správnou odpověď druhých sester, svoje odpovědi okamžitě opravily.

Sedmý dotaz pro sestry, jakým způsobem objednáváte na oddělení antibiotika (tabulka 7), byly odpovědi dle metodického pokynu – schvalování výdeje antibiotika. Bylo nutné sestrám připomenout, že je již zaveden podstatně rychlejší způsob objednávání antibiotika a to pomocí počítače. Dříve se antibiotika objednávaly ručním psaním na speciální žádanku. I když se jedná o práci lékaře, myslím si, že je dobré znát odpověď. 4,3 % sester nedokáže přesně formulovat odpověď a 71,2 % sester odpovídá správně i přesto, že převážně na stanici objednávání antibiotika zajišťuje ve spolupráci s lékařem staniční sestra.

Objednávání léků přes intranet, je znázorněno v tabulce 8. Správně odpovědělo 80,6 % dotazovaných sester. Zajímavým zjištěním je, že nově nastoupivší zaměstnankyně, které se ještě plně neseznámily s provozem, ačkoliv byly proškoleny, nedokázaly odpovědět, zda se léky objednávají počítačem přes intranet (3,6 %). 15,8 % dotazovaných sester opomenulo nutné pověření primáře při objednávání léčiv. Domnívám se, že důvodem je tisk žádanek na oddělení, který zajišťuje staniční sestra a protože se sestry soustřeďují hlavně na péči o pacienta, nebyly odpovědi uspokojivé.

Tabulka 9 nám znázorňuje náležitosti, které musí být uvedeny na žádankách při objednávání léčiv. Touto otázkou byly sestry nejdříve zaskočeny, ale po chvíli a vzájemné komunikaci, odpovídá 89,9 % dotázaných správně. Je zde uveden název oddělení, předpis, název léku, léková forma, síla léku, velikost balení, počet balení či dávka léčivého přípravku, otisk razítka oddělení, datum vystavení, podpis i jmenovka primáře oddělení nebo jeho zástupce, či pověřeného lékaře. 10,1 % odpovědí je uvedeno s opomenutím otisku razítka oddělení.

Metodou pozorování jsme hodnotili, jak a která sestra správně objednává nebo přebírá objednaná léčiva (tabulka 10). Úkon má vykonávat osoba oprávněná k manipulaci a přijímáním léčiv z lékárny, včetně odpověděly všechny sestry. Odpověď

je potěšitelná, neboť v příslušném dokumentu je možné najít všechny důležité informace týkající se návykových látek.

V tabulce 12 najdeme výsledky šetření, kdo je zodpovědný za správné uložení léčiv na oddělení. Správně odpovídá 71,9 % dotazovaných sester, částečně správná odpověď je zaznamenána u 28,1 % sester, které zapomínají na důležitou roli primáře ve vedení oddělení, který určuje zodpovědné pracovníky.

Uložení léčiv po převzetí z lékárny nám ukazuje tabulka 13. Léky se ukládají do lékárny v původních obalech, tak aby byly zachovány veškeré údaje. Správnou odpověď uvedlo 73,4 % dotazovaných sester a částečně správně odpovídá 26,6 % dotazovaných. Důvodem pro částečně správné odpovědi bylo opomenutí zachování identifikačních údajů přesto, že je vše uvedeno v metodickém pokynu nemocnice.

Četnost kontrol expirační doby léčiv (tabulka 14) mají dotazované provádět 1x měsíčně a léky připravené lékárnou 1x týdně. Zde většina sester 98,6 % uvádí, že přesto, že je uvedena kontrola 1x měsíčně, tak tuto kontrolu provádějí raději 1x týdně.

Tabulka 15 zobrazuje zamykání skříní s léčivy. Všech 100 % sester odpovídá bez zaváhání správně na otázku, zda musí být uzamčená skříň s léčivy. Klíč ukazuje sestra, která jej má při službě u sebe. Tato otázka se sestřím zdála být zbytečná, považují to za samozřejmost. Stejně jako i následující otázku (tabulka 16). Jak ukládáme návykové látky? Správná odpověď je v trezoru (tabulka 16) a pod dvojím zámkem (tabulka 17). Všechny sestry uvedly správnou odpověď. Jedna ze sester uvedla i správné číslo Zákona č. 466/2004 Sb.

Dále byly provedeny čtyři vizuální kontroly. První se týkala uložení jednotlivých lékových skupin a uložení termolabilních léků. Odděleně se ukládají léčivé přípravky na zevní a vnitřní užití, zvláště jsou uloženy léky, infúzní roztoky a léky s obsahem látky s vysokou koncentrací, které přímo ohrožují pacienta. Dále se jednalo o uložení dezinfekčních roztoků a hořlavin. I zde jsme byli příjemně překvapeni, všechna šetření byla na všech odděleních 100% (tabulka 18).

Přesto, že se v rámci opakovaných kontrol provádějí kontroly expirace léků (tabulka 19), byly nalezeny na pěti stanicích v 16,5 % léky s prošlou expirační dobou. Sestry se shodují v odpovědi, že se to prostě nedá uhlídat.

Na stanicích JIP obsahují lékárny velké množství léků nejen co do počtu, ale i do rozmanitosti. Kontrola Evidenční knihy opiátů, včetně podpisových vzorů, dopadla následovně (tabulka 20). Na 21 stanicích je vše správně (91,3 %), pouze dvě stanice (8,7 %) udělaly chybu a v tabulce zaznamenávající podpisové vzory. Některé sestry nemají např. zaznamenaný ukončený pracovní poměr. K chybě došlo proto, protože kontrola byla provedena první dny na začátku nového měsíce a vedoucí pracovník opomenul označit ukončení pracovního poměru. Po upozornění jsou chyby okamžitě odstraněny.

Výsledky šetření druhého auditu potvrzují druhou hypotézu *Sestry dodržují předpis nemocnice pro skladování léků*. Celkový přehled výsledků ukazuje graf 2.

Pro získání hodnot v rámci třetího interního auditu, který se týkal informací, zda sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice pro likvidaci léků, jsme sestavili dotazník obsahující osm otázek a dvakrát jsme provedli kontrolu na oddělení.

Tabulka 21 uvádí výsledky k otázce na vnitřní předpis pro likvidaci léků. Správnou odpověď jsme zaznamenaly u 89,2 % dotazovaných sester. 10,8 % sester si nebylo úplně jisto, zda předpis opravdu existuje. Po prodiskutování otázky, si sestry již byly jisté.

Zneškodnění návykových látek ukazuje tabulka 22. Zde jsme dostali jednoznačně správnou odpověď - ano od 100 % sester. Otázkou jsme se ptali, zda se zneškodní zbytek návykové látky vylitím do odpadu?. Správná odpověď byla, že se musí návyková látka vystříknout na vatu a potom vyhodit do infekčního odpadu (tabulka 23). Odpovědělo 100 % sester. Tyto odpovědi nás velice potěšily, neboť správná manipulace s návykovou látkou hraje důležitou roli v práci sestry.

Tabulka 24 ukazuje zpracovaná data z odpovědí k otázce ptající se na vracení znehodnoceného léku do lékárny. 3,6 % sester by tento postup provedlo zcela nesprávně, 20,1 % sester by lék špatně dopravilo do lékárny a proto byly odpovědi částečně správné a 76,3 % sester by vše provedlo bezchybně. V této otázce selhaly hlavně sestry absolventky, které se doposud s tímto výkonem neselekaly. Lék který chceme vrátit musíme dát do neprůhledné krabičky, zajištěné proti manipulaci

a s vyplněným příslušným formulářem. Jeho dopravu do lékárny zajišťuje odpovědný pracovník.

Kdo zodpovídá za likvidaci léčiv v nemocnici můžeme vidět v tabulce 25. Otázka zaskočila 17,3 % sester a tím byla odpověď částečně správná. Sestry uváděly, že by lék vyhodily do infekčního odpadu, ale to by bylo asi „divné“. Okamžitě byly na svoji chybu upozorněny svými spolupracovnicemi a byla jim sdělena odpověď, že za to zodpovídá nemocniční lékárna.

Tabulka 26 vypovídá o tom, kam se odkládají použité jehly a stříkačky. 93,5 % sester vyhazuje použité jehly a stříkačky do kontejneru, což byla správná odpověď. 6,5 % sester nevedlo, že tento odpad je infekční, což byla odpověď částečně správná.

Zda se mohou léky předem do zásoby pūlit a skladovat v originálním balení ukazuje tabulka 27. Že to nelze uvedlo správně 83,5 % dotázaných sester. 16,5 % sester v tom nevidí problém, ale raději to nedělá a proto je to odpověď částečně správná. Myslím si, že výsledky ukazují, že je třeba se opakovaně k této problematice vracet.

Tabulka 28 uvádí, jak se mají ukládat cytostatika s prošlou expirační lhůtou. Tato otázka byla hodnocena jako nejtěžší, jelikož na většině pracovišť se sestry s cytostatiky běžně nesetkají a správnou odpověď si vybavili jen někteří. 4,3 % si s odpovědí nevědělo rady a tak neodpovídalo, 45,3 % sester si odpověď odvodilo po náznaku a 50,4 % sester uvedlo, že se ukládají do červených pytlů.

Při kontrole jsme se zaměřily na kontejnery pro infekční odpad (tabulka 29) a odepsané návykové látky v opiátové knize (tabulka 30). Odpis opiátů byl proveden ve 100 % správně a to svědčí o zodpovědnosti sester při této činnosti. Co se týká kontejnerů na infekční odpad, tak jsme na třech pracovištích našly jehly s krytem, což podle příslušných nařízeních není možné. Počítáme-li všechny kontejnery dohromady, musíme hodnotit odpověď částečně správně a to vzhledem k tomu, že jehel bylo celkem pět kusů. Při každé kontrole si sestry vždy uvědomily svoji chybu.

Výsledky šetření třetího auditu potvrzují třetí hypotézu, *Zda sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice pro likvidaci léků*. Celkové zhodnocení výsledků je patrné v Grafu 3.

K určení správnosti a potvrzení čtvrté hypotézy interního auditu, zda sestry dodržují metodiku nemocnice upravující podávání léků, jsme vypracovali osm otázek na personál tj. zdravotní sestry a dvakrát jsme použili metodu pozorování. Při sestavování otázek jsme se řídili všemi již zmíněnými doporučeními a radami.

Tabulka 31 byla zaměřena na znalost toho, zda je na oddělení Standard ošetrovatelské péče č. 015 Podávání léků (51). Správné odpovědi - ano uvedly všechny sestry (100 %), jak tomu bylo již u dotazu na Standard č. 001. Je potěšitelné, že jsou sestry seznámeny s oblastmi ošetrovatelských standardů, které pro ně vytvoří v nemocnici kolektiv, který je určený pro tuto činnost. Tvorba a obsah standardů byl hodnocen z pohledu sester velice kladně.

Toxická, alergická a léková reakce se uvádí v tabulce 32. Jako správnou odpověď zhodnotilo 71,2 % sester. Neúplně uvedlo odpověď 28,8 % zdravotních sester. Z rozhovoru vyplynulo, že lékovou závislost by sem nejspíše nezařadili, ale přesnou odpověď neznají. Dotazované slíbily, že si doplnění informace.

Lékové účinky žádoucí a nežádoucí uvádí tabulka 33. Správně odpovědělo 72 % dotázaných sester. 27,3 % sester uvádí odpověď částečně správně, protože nežádoucí účinek léků je zaměněn s odpovědí vedlejší léky. Rozborem významu slova si sestry odpověď opravují.

Tabulka 34 nám ukazuje, jaké úkony musí sestra před podáním léků udělat. To, že sestra před podáním léků musí provést základní hygienu rukou, je v 13,7 % považováno za naprostou samozřejmost. 86,3 % sester také správně pojmenuje tuto činnost.

Dotaz, koho je nutno informovat pokud se vyskytl nežádoucí účinek léků, je znázorněn v tabulce 35. Všechny 100 % sester postupuje v případě výskytu nežádoucí lékové reakce správně a ihned informuje lékaře, neboť si uvědomuje závažnost vzniklé situace a potřebuje neodkladně řešit. Potěšující je, že i mladé sestry jsou správně poučené od svých služebně starších kolegyně.

Tabulka 36 zobrazuje třístupňovou kontrolu při podávání léčiv. 66,9 % sester odpovídá přesně, jak se provádí třístupňová kontrola při podávání léku. U 33,1 % sester je odpověď částečně správná. Důvodem je to, že úkon je proveden automaticky. Zde je

vidět hrozící nebezpečí možného pochybení a proto je nutné sestry upozornit, aby si dávaly větší pozor při provádění kontroly.

Zdravotní stav pacientů zhodnotí správně před podáním léku 93,5 % sester (tabulka 37). U 6,5 % sester je odpověď neúplná nebo není uvedena kontrola fyzického a psychického stavu pacienta, soběstačnost či smyslové vnímání. Vše je znázorněno v grafu 4 na sedmé výšeči.

Správný postup při ověřování totožnosti pacienta je uveden v tabulce 38. 87,8 % dotázaných sester uvedlo správnou odpověď, u 12,2 % sester byla kladená otázka na jméno sugestivní, proto odpovídaly částečně správně. Sestry slíbily, že si budou dávat větší pozor při ověřování totožnosti pacienta. Údaje na identifikačním náramku s porovnáním s údaji ve zdravotnické dokumentaci, by sestry provedly všechny.

Tabulka 39 uvádí vlastní podávání léků, kontrolu přípravy, aplikaci injekcí a infúzí. Na stanicích JIP se provádí podávání léků velmi často a sestry jsou při podávání léků zručné (100 %). Drobné pochybení jsme našli pouze na třech stanicích, kdy se jednalo o částečně správné splnění úkolu. Důvodem bylo opomenutí přípravy pomůcek na tácek. O tomto problému všichni víme, problém se stále opakuje a sestry jsou připraveny jej napravit. Vyskytuje se napříč celou nemocnicí, jak víme z dostupných informací.

Tabulka 40 nás informuje o vlastní aplikaci injekce a infúze. Správně výkon provádělo 87 % sledovaných sester a pochybení bylo zjištěno 3 stanicích. Proto částečně nesprávně bylo hodnoceno 13,0 % sester.

Výsledky šetření čtvrtého auditu potvrzují čtvrtou hypotézu, že *Sestry dodržují metodiku nemocnice upravující podávání léků* (graf 4).

Pro pátý interní audit, který se týkal znalostí sester na kvalifikační požadavky při podávání léků, jsme vypracovali pouze šest otázek, z toho pět dotazů a jednu vizuální kontrolu. V době sběru dat jsme se řídili 1 zákon č. 189/2008 Sb. o nelékařském zdravotnickém personálu, postupovali jsme v souladu s platnými metodickými pokyny nemocnice a s platnými Standardy ošetrovatelské péče České Budějovice, a.s.

Tabulka 41 ukazuje, že 83,5 % sester ví o existenci dokumentu upravující podávání léků, 16,5 % sester si není 100 % jisto. Zjišťujeme, že všechny sestry (100 %)

jsou správně informovány o samostatném podávání léčiv a řídí se daným nařízením (tabulka 42). Jedná se o lékaře, všeobecné sestry, porodní asistentky, radiologické asistenty pracující bez odborného dohledu a jsou způsobilí pro zacházení s léčivy, sestry pracující pod odborným dohledem po ukončení adaptačního procesu a jsou-li písemně pověřeny vedoucím lékařem příslušného oddělení, osoby připravující se na výkon povolání pod přímým dohledem registrované sestry či vyučujícího. O důvodu jistě není potřeba přemýšlet.

97,8 % respondentek ví, že seznam, který obsahuje jména sester pověřených aplikací nitrožilní injekce a infúze mají na oddělení (tabulka 43) a pouze 2,2 % dotazovaných sester o seznamu slyšely, ale neví, kde by ho hledaly.

O obsahu seznamu pověřených sester je 76,3 % informováno správně, 23,7 % sester uvedlo jméno pověřené sestry, datum a podpis primáře nebo vedoucího lékaře, ale je opomenuto jméno specialistek. Proto je odpověď hodnocena částečně správně (tabulka 44). I tato informace byla u sester doplněna.

Kdy se seznam pověřených osob aktualizuje, je znázorněno v tabulce 45. Mimo 1,4 % sester, které by ho měnily jedenkrát ročně, je u 98,6 % sester správná odpověď, která uvádí, že se mění při každé změně, nejméně však jedenkrát za půl roku.

Vlastní kontrola (vizuální ověření seznamu – tabulka 46) odhalila na dvou pracovištích seznamy pověřených osob nevyhovující, které byly ihned opraveny. Jedenkrát na seznamu chyběl pracovník a jedenkrát tam figuroval pracovník, který již na stanici nepracoval.

Výsledky šetření pátého auditu potvrzují pátou hypotézu, že *Sestry znají kvalifikační požadavky na podávání léků*. Snad mohlo být kladených otázek vypracováno více, ale domnívám se, že důležité body jsme do auditu zapracovali a pro naši potřebu byly dostačující (graf 5).

Poslední šestý interní auditu nás měl informovat o tom, zda sestry zaznamenávají do dokumentace podání léčiv správným způsobem. Podle rozhovorů se sestrami, byl audit jeden z náročnějších a to přesto, že v otázkách kdy a kdo tento záznam provádí a co obsahuje o podání návykové látky, všechny sestry prokázaly 100% znalost (tabulka 48, 49). V tabulce 47 jsou uvedena pravidla záznamu podávání

léčiv do dokumentace. Zde, až na 2,9 % dotazovaných sester, odpovídají ostatní správně (97,1 %).

Lék podává ten, kdo ho připravil, záznam je proveden po vlastním podání (tabulka 50) a záznam o návykové látce píšeme červeně, uvádíme datum, hodinu aplikace, dávku a způsob aplikace, nechybí identifikace sestry a podpis. Správná odpověď - ano byla uvedena v 98,6 %) a částečně správně odpovědělo 1,4 % sester.

Záznam nepodaného léku v dokumentaci uvádí tabulka 51. U této otázky se na většině oddělení rozhořela bouřlivá debata. 75,5 % sester uvádí odpověď správně, že se nepodaný lék zakroužkuje a zbývající 24,5 % sester odpověď zná, ale říkají, že se takovéto označení nelíbí lékařům a samy by raději viděly přeškrtnutí léku z důvodu lepšího označení. Proto se svými odpověďmi váhají. Já jsem se s tímto názorem lékařů na svém pracovišti již dříve setkávala a vím, že je velice náročné je přesvědčit o správném zápisu. Naši lékaři byli důrazně upozorněni na toto značení primářem oddělení.

Jak má sestra postupovat v případě chyby při podávání léku nás informuje tabulka 52. Sestra je povinna to ihned nahlásit ošetřujícímu lékaři nebo lékaři konajícímu ústavní pohotovostní službu a staniční sestře při nejbližší příležitosti. Lékař provede záznam do dokumentace pacienta a sepíše hlášení mimořádné události. Správný postup uvedlo 69,8 % a 30,2 % sester zapomíná na sepsání hlášení mimořádné události. Jelikož se podle zjištění tato událost nestává příliš často, jsou dotazované sestry rády, že se jim to připomnělo.

Poslední otázky jsou kontrolní a jedná se o kontrolu celkem šedesáti osmi dokumentů. K nahlížení do dokumentace máme povolení (tabulka 53). 30,2 % chorobopisů je správně vedeno, u 18,0 % nacházíme drobné pochybení – např. nečitelná ordinace a správné označení nepodaného léku. Závažné pochybení najdeme v 0,7 % chorobopise, kde je špatně naordinovaný lék, konkrétně jeho název. Sestra sama volí náhradu a až následně informuje lékaře. Je si vědoma svého pochybení a další kolegyně uvádějí, že někdy mají podobný problém ze strany lékařů, kdy je předepsán jiný druh léčiva než je na oddělení a lékaře nemohou následně bezprostředně sehnat.

Další dvě kontroly jsme zaměřily na kontrolu záznamu návykových látek v dokumentaci (tabulka 54) a kontrola zápisu i.m. injekce (tabulka 55). V chorobopisech a to hned ve 2,9 % zjišťujeme pochybení při záznamu návykové látky. Záznam je nečitelný, nebo chybí identifikace sestry. Ostatní chorobopisy jsou v 13,7 % v pořádku. Pouze ve 2,2 % chybí označení času aplikace i.m. injekce a ostatní aplikace jsou ve 14,4 % v dobře zaznamenány.

Tabulka 56 uvádí záznam o návykových látkách v knize hlášení sester. Všechny záznamy jsou zapsány správně, sestry si je vzájemně předávají a jejich počet stvrzují podpisem.

Výsledky šetření šestého auditu potvrzují šestou hypotézu, že *Sestry zaznamenávají do dokumentace podání léčiv správným způsobem* (graf 6).

6 ZÁVĚR

Hlavním předmětem výzkumného šetření bylo zmapovat, zda jsou sestry v Nemocnici České Budějovice, a.s. řádně připraveny na kontrolní akreditační šetření pro SAK ČR. Na základě předmětu výzkumu byly stanoven následující cíle: Zjistit, zda sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice, který stanovuje správný postup při objednávání, skladování a likvidaci léčiv. Zmapovat, zda sestry dodržují metodiku nemocnice upravující podávání léků u hospitalizovaných pacientů. Zjistit, zda sestry znají kvalifikační požadavky na podávání léků. Zmapovat, zda sestry v dokumentaci zaznamenávají podání léčiv předepsaným způsobem.

V souladu s cíli bylo stanoveno šest hypotéz. H1: Sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice pro objednávání léků. Tato hypotéza se potvrdila. Sestry dodržují pravidla nemocnice vypracované v souladu s platnými s předpisy, které byly vytvořeny v rámci přípravy na SAK ČR. H2: Sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice pro skladování léků. I tato hypotéza se potvrdila. V rámci interního auditu jsme zjistili, že sestry skladují léky podle vydaných a platných nařízení nemocnice. H3 je též potvrzena: Sestry dodržují vnitřní předpis nemocnice pro likvidaci léků. Z výzkumného šetření vyplývá, že znalosti sester v oblasti likvidace léčiv jsou na vysoké úrovni a prováděny v souladu s nařízením nemocnice. H4: Sestry dodržují metodiku nemocnice upravující podávání léků se rovněž potvrdila Sestry jsou proto i zde dostatečně seznámeny s příslušným metodickým pokynem a standardy ošetrovatelské péče. H5: Sestry znají kvalifikační požadavky na podávání léků, hypotéza se potvrdila H6: Sestry zaznamenávají do dokumentace podání léčiv správným způsobem, byla rovněž potvrzena.

Výsledky získané z výzkumného šetření jsou povzbudivé a to, jak z hlediska informovanosti a vzdělanosti sester, tak vysokého zájmu sester uspět v přípravě na šetření SAK ČR, které by se mělo v nemocnici realizovat na přelomu roku 2011 a 2012. Výsledky budou poskytnuty hlavní sestře nemocnice zároveň s vytvořenými otázkami pro interní audit. Získané informace, přispějí zajisté ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Přesto že sestry celkově uspěly, je zapotřebí se neustále věnovat jednotlivým

dílčím okruhům obsažených v auditech SAK, aby byly eliminovány případné chyby či neúspěch.

7 SEZNAM POUŽITĚ ZDROJŮ

1. Akreditace nemocnic je běh na dlouhou trať. *Komfort*, 2005, 2 [onávykové látkyine], [cit. 2011-2-2]. Dostupné z: <<http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/komfort-2-2005/27049/akreditace-nemocnic-je-beh-na-dlouhou-trat>>.
2. ADAIR, J. *Jak řídit druhé i sám sebe*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2005. 172 s. ISBN 80- 251- 0784- 1
3. ARMSTRONG, M. *Jak být ještě lepším manažerem*. 1. vyd. Praha: Ekopress, 2006. 308 s. ISBN 80-86929-00-0.
4. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. 10.vyd. Praha: Grada, 2007. 800s. ISBN 978-80-247.1407-3.
5. ARNOLD, J. a kol. *Psychologie práce pro manažery a personalisty*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. 629 s. ISBN 978- 80-251-1518-3.
6. BEDRNOVÁ, E. – NOVÝ, I. a kol. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. vyd. Praha: Management Press, 2008. 800 s. ISBN 978-80-261-200-0.
7. BLÁHOVÁ, I. *Akreditace: trnitá cesta ke kvalitě*. *Zdrav. Nov. ČR*, roč. 53, č. 27 (2004), s. 14-16. ISSN: 0044-1996.
8. BRABCOVÁ, I. et al. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu. *Kontakt*. České Budějovice: 2006, roč. 8, č. 2, s. 240-248. ISSN 1212-4117.

9. BRABCOVÁ, I. Akreditace a její přínos pro ošetrovatelství. In: Nové trendy v ošetrovatelství. *Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007, s. 48-51.
10. CEJTHAMR, V. – DĚDINA, J. *Management a organizační chování*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 340 s. ISBN 80-247-1300-4.
11. CETLOVÁ, L. *Akreditace je nekonečný příběh*. Zdrav. Nov. ČR, roč. 58, č.21 (2009), s. 24-25 ISSN. 0044-1966.
12. ČERNÝ, J. – ŠMAJCLOVÁ, D. *Dějiny českobudějovické nemocnice. I. díl, Středověk - 1948*. 1. vyd. České Budějovice : Nemocnice České Budějovice, [2007]. 102 s. ISBN 978-80-239-9471-1 (brož.).
13. Česká technická norma EN ISO 19011:2002. *Směrnice pro auditování systému managementu jakosti a/nebo systému environmentálního managementu*. Český normalizační institut 2003.
14. *České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
15. DONNELLY, J. – GIBSON, J. – IVANCEVICH, J. *Management*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997 (dotisk 2004). 824 s. ISBN 80-7169-422-3.
16. EGGER, D. – OLLIER, E., *Managing the health millennium development goals*, Geneva: World Health Organization, 2007. 34s.
17. ELLIOT, A., J. – DWECK, C., S. *Handbook of competence and motivation*. 1st. ed. New York: Guilford Press, 2005 (dotisk 2007). 704 s. ISBN 978-1-59385-123- 1.

18. EXNER, L. – RAITER, T. – STEJSKALOVÁ, D. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha : Professional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
19. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8069-227-8.
20. FRITZ, H. *Spokojeně v zaměstnání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-113-3.
21. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd., Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
22. GLADKIJ, I. et al. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: IDV PV, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
23. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice* 3.vyd. Grada, 2009. 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
24. JURÁSKOVÁ, D. *Indikátory kvality ošetrovatelské péče a jejich sledování*. [onávykové látkyine], 2006. [cit. 2011-1-19]. Dostupné z: <http://www.cskz.cz/seznamy/13_juraskova_oseetrovatelske_ind.ppt>.
25. JURÁSKOVÁ, D. – SVOBODOVÁ, D. *Kvalita jako priorita*. Florence, Praha: 2009, roč. 5, č. 4, s. 9. ISSN 1801-464X.
26. KAREŠ, J. – DRLÍKOVÁ, M. – BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.

27. KILÍKOVÁ, Mária – JAKUŠOVÁ, Viera. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*. Martin : Osveta, 2008. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8 (brož.).
28. KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů*. 4. vyd. Praha: Management Press, 2008. 400 s. ISBN 978-80-7261-168-3.
29. NELSON, J., A. – FOLBRE, N. *Why a well-paid nurse is a better nurse?* [onávykové látkyine], 2006 [cit. 2011-1-18]. Dostupné z: <<http://www.medscape.com/viewarticle/541775>>.
30. *Nemocnice České Budějovic, a.s.* : informační brožura o nemocnici [onávykové látkyine], 2010 [cit. 2011-2-1]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/_data/files/info-nemcb.pdf>.
31. NIERMEYER, R., SEYFFERT, M. *Jak motivovat sebe a své spolupracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 112 s. ISBN 80-247-1223-7.
32. MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení : vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 248 s. Avicenum. ISBN 80-247-0585-0.
33. MÁDLOVÁ, I. Sestavování standardů metodou DySSSy [online]. [cit. 2011-03-02]. Dostupné z: <<http://www.fnplzen.cz/data/prac/usek/pece/metodikadysssy.htm>>
34. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství : systémový přístup. I. díl*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 187 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0429-9.

35. MÁŠOVÁ, R. – HAVRDLÍKOVÁ, M. Standardy ošetrovateľskej péče podľa Donabediána. *Sestra*, Praha: 2009, roč. 19, č. 9, s. 19-20. ISSN 1210-0404
36. MARX, D. – VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vyd. Spojená akreditační komise ČR, 2008. 103 s. ISBN 978-80-903750-6-2.
37. *Oficiální stránky Jihočeského kraje* [online], 2011 [cit. 2011-2-1]. Dostupné z: <<http://www.kraj-jihocesky.cz/>>.
38. PAUKNEROVÁ, D. a kol. *Psychologie pro ekonomy a manažery*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 256 s. ISBN 80-247-1706-9.
39. PEPRL, J. NIAHO – nové schéma akreditace nemocnic [online], 2010 [cit. 2011-2-2]. Dostupné z: <<http://akreditacnistandard.blog.cz/1008/niaho-nove-schema-akreditace-nemocnic>>.
40. PEŠEK, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1. vyd. Praha : Grada, 2003. 110 s. Avicenum. ISBN 80-247-0551-6.
41. PLAMÍNEK, J. *Vedení lidí, týmů a firem*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2448-5.
42. ROBBINS, S., COULTER, M. *Management*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 600 s. ISBN 80-247-0495-1.
43. ROZSYPALOVÁ, M. et al. *Sestry vzpomínají: Příspěvek k historii ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 88 s. ISBN 80-247-1503-1.
44. RYCHTAŘÍKOVÁ, Y. *Kritikou a pochvalou k vyšší motivaci zaměstnanců*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 136 s. ISBN 978-80-247-2100-2.

45. Řízení dokumentace Nemocnice České Budějovice, a.s., Popis procesu: NCB_PRO_09_001 A Provozní řád nakládání s odpadem.
46. Řízení dokumentace Nemocnice České Budějovice, a.s., Popis procesu: NCB_PRO_09_002 B Skladování, evidence, předepisování a podávání léčiv obsahujících návykové látky
47. Řízení dokumentace Nemocnice České Budějovice, a.s., Popis procesu: NCB_PRO_09_003 A Objednávání, skladování, předepisování a podávání léků.
48. SCHEUER, S. *Social and economic motivation at work: theories of work motivation reassessed*. 1st ed. Copenhagen: Handelshojskolens Forlag, 2000. 222 s. ISBN 87-16-13498-2.
49. SMÍŠENÁ KOMISE AKREDITACE HEALTCAR. *Nemocnice akreditačních standardů 2010*. 1. vyd. Smíšená komise zdrojů, 2009. 400s. ISBN-10: 1599403471.
50. Standard ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice, a.s., č. 001 Aplikace a manipulace s návykovými látkami.
51. Standard ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice, a.s., č. 015 Podávání léků.
52. STRNAD, L. – GLADKIJ, I. Řízení kvality péče nemocničního oddělení [online]. [cit. 2011-1-26]. Dostupné z: <<http://www.gyne.cz/clanky/2000/200c19.htm>>.
53. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Quality improvement for mental health*. Geneva: WHO, 2003.xiii, 74s. ISBN 92-4-154597-6

54. ŠKRLA, Petr. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477, [12] s. ISBN 80-7172-841-1.
55. ŠMAJCLOVÁ, D. *Historie nemocnice České Budějovice, a.s.* [online]. [cit. 2011-1-25]. Dostupné z: <<http://www.nemcb.cz/cz/page/82/Historie-nemocnice-ceske-budejovice-as.html?detail=19>>.
56. THIEDKE, C. *What motivates staff?* [online], 2004 [cit. 2011-1-23]. Dostupné z: <<http://www.medscape.com/viewarticle/494890>>.
57. THORNE, K., – PELLANT, J. *Rozvíjíme a motivujeme zaměstnance*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2008. 152 s. ISBN 978-80-251-1686-0.
58. TURECKIOVÁ, M. *Klíč k účinnému vedení lidí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 128 s. ISBN 978-80-247-0882-9.
59. TURECKIOVÁ, M. *Řízení a rozvoj lidí ve firmách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 172 s. ISBN 80-247-0405-6.
60. VAŠÁTKOVÁ, I. *Manažerská hlediska kvality péče v nemocnicích – příklad Fakultní nemocnice v Hradci králové*. Ošetrovatelství, Hradec Králové: 2008, roč. 10, č. 1-2, s. 13-32. ISSN 1212-723X.
61. *Velký lékařský slovník* [online], 2011 [cit. 2011-2-1]. Dostupné z: <<http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem>>.
62. VONDRÁČEK, L. – WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
63. Vyhláška č. 123/2006 Sb. o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků

64. 466/2004. Úplné znění zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
65. Zákon č. 185/2001 Sb. o odpadech a o změně některých dalších zákonů ve znění pozdějších předpisů.
66. Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech).
67. Zákon č. 189/2008 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákon

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Akreditace

Audit

Indikátory kvality

Kvalita

Ošetrovatelská péče

Sestra

Standard

9 PŘÍLOHY

- Příloha č. 1 - Interní audit: Dodržování vnitřního předpisu nemocnice pro objednávání léků sestrami
- Příloha č. 2 - Interní audit: Dodržování vnitřního předpisu nemocnice pro skladování léků sestrami
- Příloha č. 3 - Interní audit: Dodržování vnitřního předpisu nemocnice pro likvidaci léků sestrami
- Příloha č. 4 - Interní audit: Dodržování metodiky nemocnice upravující podávání léků sestrami
- Příloha č. 5 - Interní audit: Znalosti sester na podávání léků
- Příloha č. 6 - Interní audit: Zaznamenání podávání léčiv do dokumentace správným způsobem sestrami
- Příloha č. 7 - Standard ošetrovatelské péče č. 001 Aplikace a manipulace s návykovými látkami
- Příloha č. 8 - Standard ošetrovatelské péče č. 015 Podávání léků

Příloha č. 1 - Interní audit: Dodržování vnitřního předpisu nemocnice pro objednávání léků sestrami

Oddělení:

Stanice:

Datum:

Staniční sestra:

INTERNÍ AUDIT					
METODA		KONTROLNÍ KRITERIA		HODNOCENÍ	
		S1	S2	S3	S4
Dotaz na personál	1. Je vypracován v nemocnici vnitřní předpis, ve kterém je uvedeno, jak se mají objednávat léky?				
Dotaz na personál	2. Kdo smí objednávat léky na Vašem oddělení?				
Dotaz na personál	3. Jak se objednávají na Vašem oddělení NL?				
Dotaz na personál	4. Může staniční sestra v neodkladném případě sama objednávat OL bez souhlasu lékaře?				
Dotaz na personál	5. Víte, kdo je vedoucím lékařem Vaší stanice a může podepisovat objednávání léčiv ?				
Dotaz na personál	6. Podle způsobu objednávání léků rozlišujeme jaké typy objednávání léčiv?				
Dotaz na personál	7. Jak je řízený způsob objednávání ATB na Vašem oddělení?				
Dotaz na personál	8. Lze objednávat lékárnou pomocí intranetu a kdo ji provádí?				
Dotaz na personál	9. Znáte náležitosti žádanky na objednávání léčiva?				
Vizuální kontrola	Jak a která sestra správně objednává/ přebírá objednaná léčiva?				
	Součet				

Hodnocení: 1- ANO 2- Částečně správně 3- Částečně nesprávně 4- NE

Auditoři:

Identifikace účastníků:

Zdroj: autor

Příloha č. 2 - Interní audit: Dodržování vnitřního předpisu nemocnice pro skladování léků sestrami

Oddělení:

Stanice:

Datum:

Staniční sestra:

INTERNÍ AUDIT					
METODA		KONTROLNÍ KRITERIA		HODNOCENÍ	
		S1	S2	S3	S4
Dotaz na personál	1. Je na oddělení Standard č. 001 „Aplikace a manipulace s OL“ ?				
Dotaz na personál	2. Kdo je zodpovědný za správné uložení léčiv na oddělení?				
Dotaz na personál	3. Jak se ukládají léčivé přípravky po převzetí z lékárny?				
Dotaz na personál	4. Jak často se kontroluje expirační doba léčiva v lékárně na oddělení?				
Dotaz na personál	5. Musí být uzamčená skříň s léčivy na oddělení, pokud ANO, kde je najdeme?				
Dotaz na personál	6. Jak ukládáme návykové látky?				
Vizuální kontrola	7. Kontrola dvojího zámku uložených NL				
Vizuální kontrola	8. Kontrola uložení jednotlivých lékových skupin				
Vizuální kontrola	9. Namátková doba kontroly expirace léků				
Vizuální kontrola	10. Kontrola Evidenční knihy OL, včetně podpisových vzorů				
	Součet				

Hodnocení: 1- ANO 2- Částečně správně 3-- Částečně nesprávně 4- NE

Auditoři:

Identifikace účastníků:

Zdroj: autor

Příloha č. 3 - Interní audit: Dodržování vnitřního předpisu nemocnice pro likvidaci léků sestrami

Oddělení:

Stanice:

Datum:

Staniční sestra:

INTERNÍ AUDIT					
METODA		KONTROLNÍ KRITERIA		HODNOCENÍ	
		S1	S2	S3	S4
Dotaz na personál	1. Má nemocnice vypracovaný vnitřní předpis pro likvidaci léků ?				
Dotaz na personál	2. Můžeme znehodnotit zbytek NL vylitím do odpadu?				
Dotaz na personál	3. Co se provede s NL s prošlou dobou použitelnosti?				
Dotaz na personál	4. Popište vrácení znehodnoceného léku do nemocniční lékárny				
Dotaz na personál	5. Kdo zodpovídá za likvidaci léčiv v naší nemocnici?				
Dotaz na personál	6. Jak se nakládá s použitými jehlami a stříkačkami?				
Dotaz na personál	7. Může se skladovat v originálním balení předem na půlený lék?				
Dotaz na personál	8. Kam ukládáme cytostatika s prošlou expirační lhůtou?				
Vizuální kontrola	9. Kontrola kontejneru na infekční odpad				
Vizuální kontrola	10. Kontrola záznamu odepsané NL v Evidenční knize OL				
	Součet				

Hodnocení: 1- ANO 2- Částečně správně 3-- Částečně nesprávně 4- NE

Auditoři:

Identifikace účastníků:

Zdroj: autor

Příloha č. 4 - Interní audit: Dodržování metodiky nemocnice upravující podávání léků sestrami

Oddělení:

Stanice:

Datum:

Staniční sestra:

INTERNÍ AUDIT					
METODA	KONTROLNÍ KRITERIA	HODNOCENÍ			
		S1	S2	S3	S4
Dotaz na personál	1. Je na oddělení Standard č. 015 „Podávání léků“?				
Dotaz na personál	2. Jaké mohou nastat nežádoucí lékové reakce?				
Dotaz na personál	3. Jak jsou účinky léků?				
Dotaz na personál	4. Co musí sestra před podáním léku provést?				
Dotaz na personál	5. Koho je nutno informovat, pokud se vyskytne nežádoucí účinek léku?				
Dotaz na personál	6. Jak provádíme třístupňovou kontrolu při podávání léku?				
Dotaz na personál	7. Co posuzuje sestra před podáním léku?				
Dotaz na personál	8. Jak postupujete při ověřování totožnosti pacienta?				
Vizuální kontrola	9. Přítomnost při vlastním podávání léku?				
Vizuální kontrola	Příprava a aplikace injekcí/ infuzí				
	Součet				

Hodnocení: 1- ANO 2- Částečně správně 3- Částečně nesprávně 4- NE

Auditoři:

Identifikace účastníků:

Zdroj: autor

Příloha č. 5 - Interní audit: Znalosti sester na podávání léků**Oddělení:****Stanice:****Datum:****Staniční sestra:**

INTERNÍ AUDIT					
METODA		KONTROLNÍ KRITÉRIA		HODNOCENÍ	
		S1	S2	S3	S4
Dotaz na personál	1. Existuje v nemocnici předpis upravující podávání léků?				
Dotaz na personál	2. Kdo smí samostatně v nemocnici NCB podávat léčiva?				
Dotaz na personál	3. Máte na oddělení seznam sester pověřených aplikací nitrožilních injekce a infúze?				
Dotaz na personál	4. Co tento seznam obsahuje?				
Dotaz na personál	5. Kdy je seznam aktualizován?				
Vizuální kontrola	6. Seznam sester, které splňují odborná i pracovní hlediska k aplikaci nitrožilní injekce a infúze				
	Součet				

Hodnocení: 1- ANO 2- - Částečně správně 3 - Částečně nesprávně 4- NE**Auditoři:****Identifikace účastníků:**

Zdroj: autor

Příloha č. 6 - Interní audit: Zaznamenání podávání léčiv do dokumentace správným způsobem sestrami

Oddělení:

Stanice:

Datum:

Staniční sestra:

INTERNÍ AUDIT					
METODA		KONTROLNÍ KRITERIA		HODNOCEMÍ	
		S1	S2	S3	S4
Dotaz na personál	1. Má záznam, podávání léčiv, do dokumentace nějaká pravidla?				
Dotaz na personál	2. Kdo provádí záznam o podání léku do dokumentace?				
Dotaz na personál	3. Kdy provádíme záznam o podání léku do dokumentace?				
Dotaz na personál	4. Co obsahuje záznam o podání NL?				
Dotaz na personál	5. Jak je zaznamenán nepodaný lék v dokumentaci?				
Dotaz na personál	6. Jak postupujete v případě chyby při podání léčiva?				
Vizuální kontrola	7. Kontrola způsobu záznamu léku v dokumentaci - tři chorobopisy				
Vizuální kontrola	8. Kontrola záznamu podání NL v dokumentaci				
Vizuální kontrola	9. Kontrola záznamu podání infúze				
Vizuální kontrola	10. Je proveden záznam o fyzickém předání NL v knize Hlášení sester				
	Součet				

Hodnocení: 1- ANO 2- Částečně správně 3-- Částečně nesprávně 4- NE

Auditoři:

Identifikace účastníků:

Zdroj: autor

Příloha č. 7 - Standard ošetrovatelské péče č. 001 Aplikace a manipulace s návykovými látkami



Standard ošetrovatelské péče č. 001

**APLIKACE A MANIPULACE
S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI**

Skupina o kterou je pečováno	Nemocní
Určeno	<i>Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání, dle § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12, § 15, § 24, § 29 (pod odborným dohledem) zákon č. 96/2004 Sb. ve znění novely zákona č. 189/2008 Sb.</i>
Místo použití	<i>Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice</i>
Sestavila	<i>Komise pro tvorbu standardů</i>
Oponenturu provedl(a)	<i>PharmDr. Miroslav Děták lékárna MUDr. Jozef Filka, CSc.</i>
Nabývá účinnosti dne	<i>15. 2. 2010</i>
Kontrola platnosti standardu	<i>Komise pro tvorbu standardů průběžně, nejdéle však 1krát za 3 roky (31. ledna 2013)</i>
Revize standardu provedena dne	<i>Revize 15.12.2009-15. 1. 2010</i>
Kontaktní osoba	<i>Mgr. Jiřina Otásková, MBA hlavní sestra Bc. Zdeňka Hlaváčová – kožní oddělení</i>
Náměstek pro ošetrovatelskou péči - hlavní sestra	<i>Mgr. Jiřina Otásková, MBA, v.r.</i>

Aplikace opiátů a jejich evidence vychází ze zákona č. 167/1998 Sb. a vyhlášky MZ ČR č. 304/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů zákona.

Cíl:

Opiáty jsou nejsilnější analgetika (léky proti bolesti), a proto se podávají ke zmírnění nebo tišení silné bolesti způsobené onemocněním nebo operací.

Opiáty se dále podávají v rámci premedikace před operačními výkony nebo při bolestivých diagnostických výkonech.

Pomůcky:

- podnos
- injekční stříkačka
- sterilní jehla
- tampón, event. čtverec buničité vaty
- dezinfekční roztok
- náplast

Postup:

- Sestra informuje nemocného o způsobu a čase aplikace, zodpoví případné dotazy.
- Aplikaci provádí sestra výhradně dle podepsané písemné ordinace lékaře ve zdravotnické dokumentaci a přesně dodrží dobu aplikace.
- Při aplikaci a po aplikaci opiátů se nemocní zdržují na lůžku do odeznění nepříznivých účinků.
- Záznam o aplikované dávce musí být v dokumentaci nemocného proveden **červeně** a vždy obsahovat: datum a hodinu aplikace, dávku, způsob aplikace, podpis sestry a lékaře, který opiát ordinoval.
- Po aplikaci provede sestra **modře** přesný odpis v knize „Záznam o spotřebě omamných látek ve zdravotnických zařízeních“ a je povinna zkontrolovat zbývající množství, které musí souhlasit se záznamem v této knize (datum, jméno a příjmení nemocného, číslo chorobopisu, množství aplikované látky, podpis sestry, která látku aplikovala).

Komplikace:

Může se objevit nevolnost, zvracení, při předávkování apatie, spavost, pokles TK, poruchy dechu - o těchto potížích sestra informuje lékaře, který provede zápis do dokumentace nemocného, a sestra neaplikuje další dávku opiátu do jeho dalšího rozhodnutí.

Zvláštní upozornění:

- Sestra je zodpovědná za provedení správné aplikace opiátu a zápisu do „Záznamu o spotřebě omamných látek ve zdravotnickém zařízení“.
- Dodržovat zásadu fyzického předávání opiátů při střídání směn a provést písemný, podepsaný záznam o počtu opiátů v „Knize hlášení“ oběma směnami. Staniční sestra kontroluje každý pracovní den při nástupu a odchodu ze zaměstnání.
- Uchovávat opiáty v kovové nepřenosné a uzamykatelné skříni (klíče má jen staniční sestra) nebo v pohotovostním příručním trezoru pevně připevněném v kovové skříni (klíče se předávají při výměně směn).
- Ztráta opiátu nebo nesouhlas s počtem se ihned hlásí lékaři, který je pověřen kontrolou omamných látek, staniční sestře nebo službu majícímu lékaři, který sepíše „Inventurní protokol - rozdíly zjištěné při inventuře omamných látek“ (viz příloha č. 1)
- Kontrolu provádí primář oddělení nebo jím pověřený lékař a staniční sestra jedenkrát týdně. Písemně kontrolu dokumentuje v „Záznamu o spotřebě omamných látek“.
- Dále pak poslední den kalendářního měsíce provádí kontrolu omamných látek vedoucí lékař ošetrovací jednotky, vrchní sestra a staniční sestra, kteří dokumentují provedení inventury do „Záznamu o spotřebě omamných látek“ – zápis čitelně a červeně.
- Omamné a psychotropní látky s prošlou dobou použitelnosti se předají k likvidaci lékárně. Při předání se vyplní formulář o předání a podepíše jej jak osoba odpovědná za evidenci na oddělení, tak odpovědný pracovník lékárny (viz příloha č. 2).
- NCB_PRO_09_002 Skladování, evidence, předepisování a podávání léčiv obsahujících návykové látky.

Evidence návykových látek, přípravků a prekursorů.

Společná ustanovení o vedení evidence:

1. Evidence musí být vedena **úplně, čitelně, průkazným způsobem tak, aby pravdivě zobrazovala skutečnosti, které jsou jejím předmětem.**
2. Návykové látky hromadně vyráběné se označují jen registrovaným názvem.
3. Evidence se vede ve **vázaných knihách s očíslovanými listy.** Evidenční záznamy se do evidenčních knih zapisují v den (ihned), kdy nastala evidovaná skutečnost.
4. Soulad evidenčních záznamů se skutečným stavem se **ověřuje inventurou.** Inventura se provádí **měsíčně podle stavu k poslednímu dni kalendářního měsíce.** Provedení inventury se **zaznamenává do evidenční knihy s uvedením data inventury, jmen, příjmení, funkcí a podpisů osob, které prováděly inventuru.** Dále se uvede počáteční stav, celkový příjem a výdej a stav ke dni inventury u všech sledovaných položek. Zjistí-li se při inventuře rozdíl mezi skutečným a evidenčním stavem, sepíše se **inventurní protokol**, ve kterém se uvedou zjištěné rozdíly včetně jejich zdůvodnění, dále datum, jméno a příjmení, funkce a podpis osob, které prováděly inventuru.
5. **Opravy evidenčních záznamů** se provádějí tak, aby bylo možno zjistit obsah původního záznamu a opravený záznam se opatří datem, jménem, příjmením, funkcí a podpisem osoby, která opravu záznamu provedla.

Evidenční knihy (Záznam o spotřebě omamných látek ve zdravotnických zařízeních).

Musí obsahovat:

1. Obchodní jméno nebo název a bydliště fyzické osoby nebo sídlo právnické osoby, která provozuje činnost.
2. Jméno a příjmení fyzických osob, které zapisují evidenční záznamy do evidenčních knih, jejich bydliště a podpisový vzor a datum, od kdy a do kdy tyto osoby provádějí evidenční záznamy (na list vnitřní strany).
3. Datum předání evidenční knihy do používání a ukončení používání.
4. Počet listů s uvedením čísla prvního a posledního listu.
5. Seznam evidovaných návykových látek, přípravků a prekursorů s uvedením čísel listů vyhrazených pro evidování jednotlivých návykových látek, přípravků a prekursorů.

Dokumentace:

Dokumentaci zacházení s návykovými látkami, přípravky a prekursory tvoří:

1. Evidenční knihy (Záznam o spotřebě omamných látek ve zdravotnických zařízeních).
2. Protokol o předání omamné a psychotropní látky s prošlou dobou použitelnosti.
3. Protokoly o ztrátě nebo zničení návykové látky, přípravku nebo prekursoru.
4. Zápisy o provedených kontrolách a inventurách.
5. Veškerá úřední rozhodnutí týkající se zacházení s návykovými látkami.
6. Stejnopisy hlášení.
7. Dodací listy a doklady o příjmu nebo výdeji návykových látek.

Uchovávání dokumentace:

Dokumentace se uchovává po dobu 5ti let od pořízení dokumentu, popřípadě od posledního záznamu v něm, podle toho, která z těchto skutečností nastala později.

Likvidace nespotřebovaných návykových látek

Zneškodňování nepoužitelných návykových látek, přípravků a prekursorů (dále jen NL) se řídí zejména těmito právními předpisy:

- zákon č. 185/2001 Sb. o odpadech a o změně některých dalších zákonů ,a znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (ust. § 50 a § 51),
- zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů (ust. § 5 odst. 1 písm. B), ust. § 6 odst. 1 písm. c), ust. § 14),
- vyhláška č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků.

Aplikace NL a manipulace s nimi se řídí Standardem ošetř. péče č. 001 Aplikace a manipulace s opiáty a Standardem ošetř. péče č. 015 Podávání léků. K nepoužitelným NL se kromě jiných řadí ve smyslu tohoto standardu NL nespotřebované. Pokud nedojde ke spotřebování celého obsahu ampule s NL, musí být jeho zbylé množství zlikvidováno jedním z následujících postupů:

1. Nespotřebovaný zbytek z ampule se nakape na buničitou vatou, skleněná ampule se vhodí do odpadního kontejneru vyčleněného pro

- sklo a buničitá vata se vhodí do kontejneru, který je vyčleněný pro tento druh odpadu (infekční odpad).
2. Nespotřebovaný zbytek z ampule se natáhne do použité injekční stříkačky, obsah se vystříkne do buničité vaty a dále se postupuje jako v bodě jedna.

Jiná možnost likvidace je nepřípustná!

V knize „Záznam o spotřebě omamných látek ve zdravotnických zařízeních“ (dále jen „Záznam o spotřebě NL“) musí být proveden zápis o likvidaci NL. Musí být v souladu s výše jmenovanými zákonnými ustanoveními.

Jednotkou množství v „Záznamu o spotřebě NL“ mohou být mililitry (ml), nebo ampule.

Modře se do „Záznamu o spotřebě NL“ zapíše datum, jméno a příjmení nemocného, číslo chorobopisu, množství aplikované látky, podpis sestry, která látku aplikovala a zbylé množství zlikvidovala. Neaplikované množství sestra píše červeně do závorky v kolonce výdej (např. kolonka výdej – 6 ml (4 ml) nebo 0,6 amp. (0,4 amp.)).

Likvidace probíhá pod kontrolou svědka, který se rovněž do „Záznamu o spotřebě NL“ a do dekurzu podepíše. Pokud na ošetrovací jednotce je ve službě je jedna sestra, uchová načatou ampuli s NL v uzamčené lékárně a likvidaci výše popsaným způsobem provede za přítomnosti svědka, tj. sestry příchozí do následující služby.

Systém likvidace NL (zbytkového množství) po ukončení operačního programu je stejný a zápis se provede do dalšího řádku v „Záznamu o spotřebě NL“. Ve sloupci „nemocný“ se uvede pod jméno posledního nemocného červeně „znehodnoceno“, ve sloupci „výdajů“ se uvede znehodnocené množství (např. 0,4 ampule). Ve výjimečných případech je možno provést likvidaci nejpozději do 24 hodin.

Likvidace probíhá pod kontrolou svědka, který potvrdí svým podpisem správnost údajů.

V dekurzu musí souhlasit skutečně aplikované množství NL. Pokud sestra neaplikuje celý obsah ampule, musí provést záznam také do dekurzu červeně (např. Dolsin 100 mg – aplikováno 1,5 ml, (znehodnoceno 0,5 ml) nebo Dolsin 100 mg – aplikováno 0,75 amp., znehodnoceno 0,25 amp.).

Vše musí být zaznamenáno v anesteziologickém záznamu či dekurzu a „Záznamu o spotřebě NL“.

Pokud si nemocný přinese do nemocnice přípravku obsahující NL, nebereme je do evidence, ale sepíšeme protokol (viz příloha č.3), který obsahuje osobní údaje nemocného, název přípravku, sílu, přinesené množství, datum a podpisy

zúčastněných (nemocný, sestra, svědek). Protokol provedeme ve dvojitěm vyhotovení (jedenkrát uložit do chorobopisu, a jedenkrát nemocnému).
Při propuštění nemocný předloží kopii protokolu a na oba dokumenty se originálně stvrdí podpisem vrácení NL ve stejném množství v jakém byla do úschovy přijata.
Nesmí zde chybět podpis svědka.
V případě úmrtí nemocného sepíšeme protokol (viz příloha č. 2) a zajistíme likvidaci.

APLIKACE A MANIPULACE S NÁVYKOVÝMI LÁTKAMI NA ANESTEZIOLOGICKÝCH STANICÍCH

Aplikace a manipulace s návykovými látkami na anesteziologických stanicích se řídí zvláštním režimem.

Režim pro anesteziologické stanice

Anesteziologické stanice umístěné v horním a dolním areálu nemocnice budou mít k dispozici návykové látky dle potřeby v trezorech na určených místech a operačních sálech.

Rozmístění trezorů dle budov a operačních sálů:

Horní areál:

Budova chirurgie:

1. trezor - přízemí, urgentní příjem ARO - zásoba návykových látek zde bude sloužit pro odloučená pracoviště, ambulance, vyšetřovny
2. trezor - 1. patro, operační sály traumatologického oddělení
3. trezor - 1. patro, septický operační sál chirurgického oddělení
4. trezor - 2. patro, operační sály chirurgického oddělení

Centrální budova:

5. trezor - 3. patro, operační sály urologického oddělení

Budova ženského oddělení:

6. trezor - 1. patro, operační sály ženského oddělení
7. trezor - 2. patro, operační sály ženského oddělení

Dolní areál:

Budova G:

8. trezor - přízemí, ARO ambulance bolesti – režim dle platných standardů

Budova ortopedického oddělení:

9. trezor - 4. patro, operační sály ortopedického oddělení
10. trezor - 1. patro, septický operační sál ortopedického oddělení

Budova E:

11. trezor - 2. patro, operační sály očního oddělení
12. trezor - 4. patro, operační sály ORL oddělení
13. trezor - 4. patro, operační sál stomatochirurgického oddělení

Klíče od trezorů jsou uloženy na služebnách anesteziologických sester v uzamykatelné zásuvce. Služební místnost je pod dvojitým uzamčením.

Dokumentace:

U každého trezoru je uložen potřebný počet knih „Záznam o spotřebě omamných látek ve zdravotnickém zařízení“.

Zdravotnický pracovník, který aplikoval návykovou látku odepíše podané množství a napíše jméno ordinujícího lékaře.

Kontrolní mechanismus na anesteziologických stanicích:

1. Při začátku operačního programu nebo akutní anestézie první pracovník ARO na operačním sále provede kontrolu počtu NL, zda souhlasí skutečnost se záznamem.
2. Po ukončení operačního programu nebo akutní anestézie, provede kontrolu zbývajících počtu NL anesteziologický tým (lékař a sestra), o kontrole provedou zápis do knihy „Záznam o spotřebě omamných látek ve zdravotnických zařízeních“ (modře) a pravdivost zápisů stvrdí svými podpisy.
3. Množství NL v jednotlivých trezorech bude zapsáno na příslušných úsecích v „knize - hlášení sester“.
4. Staniční sestra provádí kontrolu 3krát týdně (pondělí, středa, pátek), o kontrolách provede zápis (modře) do „Záznamu o spotřebě NL“.
5. Vrchní sestra se kontroly účastní 1krát za 14dní včetně inventury 1krát měsíčně.
6. Lékař pověřený vedením opiátů, staniční nebo vrchní sestra 1krát měsíčně provádí inventuru opiátů dle standardu nemocnice.

Seznam literatury:

1. Červinková E., Ošetrovatelské diagnózy, IDVPZ Brno, 2001
2. České ošetrovatelství, praktické příručky pro sestry, IDVPZ Brno, 2001
3. Fendrychová J., Ošetrovateľské diagnózy v neonatologii, IDVPZ Brno, 2001
4. Fendrychová J. a kol., Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii, IDVPZ Brno, 2001
5. Kapesní průvodce zdravotní sestry, ČAS, Praha 2001
6. Kozierová B., Erbová G., Olivierová R., Ošetrovatelstvo 1.,2., Osveta, Martin, 1995
7. Zákon č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, ve znění pozdějších předpisů
8. Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (ust. § 50 a § 51)
9. Zákon č. 123/1998 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových a přípravků
10. Zákon č. 167/1998 Sb., vyhláška MZ ČR č. 304/1998 Sb.
11. Zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech a o změně některých dalších zákonů, a znění pozdějších předpisů
12. Zákon č. 223/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů
13. Zákon č. 466/2004 Sb., úplné znění zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách
14. Vyhláška MZ ČR č. 304/1998 Sb.
15. Marečková J., Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, Avicenum Grada Publishing a.s., Praha, 2006
16. Otásková J. a kolektiv: Praktické využití ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách, Nemocnice České Budějovice, a. s. 2007, 1. vydání, ISBN 978-80-239-9072-0
17. Řízená dokumentace NCB_PRO_09_002

18. Intranet – Směrnice Nemocnice České Budějovice, a.s.

19. Standardy ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice, a.s.

Přílohy:

- č. 1 - vzor „Inventurní protokol“ - rozdíly zjištěné při inventuře omamných látek
- č. 2 - vzor „Protokol o předání omamné a psychotropní látky s prošlou dobou použitelnosti“
- č. 3 - vzor „Protokol o předání omamné látky a psychotropní látky hospitalizovaného nemocného do úschovy oddělení“

KONTROLNÍ MECHANISMUS

PRACOVNÍK	ČETNOST
primář oddělení nebo jím pověřený lékař	1krát týdně kontrola 1krát měsíčně písemný záznam do evidenční knihy – inventura viz zvláštní upozornění
staniční sestra	2krát denně mimo pracovní volno
sestra ve službě	Při střídání směn zápis do „Knihy hlášení“ s podpisem
lékárník	1krát ročně



INVENTURNÍ PROTOKOL
rozdíly zjištěné při inventuře omamných látek

Oddělení, jednotka

Datum provedení inventury

Zjištěné rozdíly:

Zdůvodnění zjištěných rozdílů:

Datum

Inventuru provedl:

.....
(jméno, příjmení, titul, funkce, podpis)

.....
(jméno, příjmení, titul, funkce, podpis)

.....
(jméno, příjmení, titul, funkce, podpis)



PROTOKOL O PŘEDÁNÍ OMAMNÉ A PSYCHOTROPNÍ LÁTKY
S PROŠLOU DOBOU POUŽITELNOSTI

Oddělení:

Předává k likvidaci do lékárny nemocnice přípravek s prošlou dobou použitelnosti.

.....v množství

datum použitelnostičíslo šarže

Předávající pracovník oddělení.....

(jméno, titul, funkce, podpis)

Přebírající pracovník lékárny.....

(jméno, titul, funkce, podpis)

V Českých Budějovicích dne:



**PROTOKOL O PŘEDÁNÍ OMAMNÉ A PSYCHOTROPNÍ LÁTKY
HOSPITALIZOVANÉHO NEMOCNÉHO DO ÚSCHOVY ODDĚLENÍ**

Oddělení:

Osobní údaje nemocného (jméno, příjmení, rodné číslo, bydliště)

.....

Předává do úschovy oddělení návykovou látku – název

.....v množství

.....

datum použitelnosti číslo šarže

v Českých Budějovicích dne: hod.

.....

(razítko oddělení)

Předávající nemocný

.....

(podpis)

Přebírající pracovník oddělení

.....

(jméno, titul, funkce, podpis)

Svědék

.....

(jméno, titul, funkce, podpis)

Vráceno dne hod.

.....

Přebírající nemocný

.....

(podpis)

Předávající pracovník oddělení

.....

(jméno, titul, funkce, podpis)

Svědék

.....

(jméno, titul, funkce, podpis)

Příloha č. 8 - Standard ošetrovatelské péče č. 015 Podávání léků



Standard ošetrovatelské péče č. 015

PODÁVÁNÍ LÉKŮ

Skupina o kterou je pečováno	Nemocní
Určeno	<i>Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání, dle § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12, § 15, § 24, § 29 (pod odborným dohledem) zákon č. 96/2004 Sb. ve znění novely zákona č. 189/2008 Sb.</i>
Místo použití	<i>Lůžková oddělení a ambulantní provozy nemocnice</i>
Sestavila	<i>Komise pro tvorbu standardů</i>
Oponenturu provedl(a)	<i>MUDr. Jozef Filka, CSc. Mgr. Jiřina Otásková, MBA Mgr. Anna Bláhová, RN</i>
Nabývá účinnosti dne	<i>1. 2. 2010</i>
Kontrola platnosti standardu	<i>Komise pro tvorbu standardů průběžně, nejdéle však 1krát za 3 roky (31. leden 2013)</i>
Revize standardu provedena dne	<i>II. 15. 9.-22. 12. 2009</i>
Kontaktní osoba	<i>Bc. Vladimíra Přítasilová infekční oddělení</i>
Náměstek pro ošetrovatelskou péči - hlavní sestra	<i>Mgr. Jiřina Otásková, MBA, v.r.</i>

Definice:

Podávání léků je nedílnou součástí léčebného procesu. Léky ordinuje lékař. Sestra lék nejen podává, ale také sleduje, jak podaný lék na nemocného působí.

Všechna léčiva, která jsou v České republice registrována a mohou být používána, jsou uvedena v Českém lékopisu a v AISLP.

Účinek léků:

žádoucí - účinek, který je po podání léku očekávaný

nežádoucí - nepříznivá reakce, která se vyskytla v souvislosti s podáním léku

- toxická - projevuje se prakticky u všech léků po překročení určité dávky
- alergická reakce - vyrážka, dechové potíže v souvislosti s podáním léku
- léková závislost - stav, kdy opakované požití určitého léku vyvolá psychickou pohodu

interakce léků:

- může k ní dojít, je-li současně podáno více léků
- snížení nebo zvýšení klinického účinku jednoho léku
- vzájemné rušení při vstřebávání
- neočekávané účinky z kombinace léků

Dávka léčiva:

terapeutická - vyvolává žádoucí účinek

- nárazová - je-li třeba dosáhnout rychle vysoké koncentrace léku v organismu
- nasycovací - příznivý účinek léku se dostaví po dosažení nasycení organismu
- udržovací - po nasycení se udržuje terapeutická hladina léčiva

toxická - má za následek toxické příznaky

smrtelná - může přivodit smrt

Lékové formy:

tuhé	tekuté	polotuhé
- prášky	- roztoky	- čípky
- tablety	- směsi	- vaginální globule a čípky
- draže	- nálevy, odvary	- mýdla
- šumivé tablety	- tinktury	- masti, pasty
- pilulky	- injekční roztoky	- gely, želé
- zrníčka, granule	- výtažky	- pěny
- zásypy, pudry	- spreje	- náplasti
	- kapky	

Cíl:

Odstranit příčinu onemocnění, hovoříme o **kausální léčbě**

Nahradit chybějící látku v organismu, hovoříme o **substituční léčbě**

Zmírnění nebo odstranění příznaků nemoci, hovoříme o **symptomatické léčbě**

Mírnění nebo odstranění potíží u nevléčitelných onemocnění, hovoříme o **paliativní léčbě**

Povinnosti před výkonem:

- řídit se ordinací lékaře zapsanou v dekurzu (název léku, forma léku, doba podání, způsob podání, množství jednotlivé dávky)
- umýt si ruce
- nemocného poučit o užívání léku
- léky podáváme pravidelně ve stejnou denní dobu podle harmonogramu činnosti oddělení
- provedeme identifikaci pacienta podle Metodického pokynu – NCB_MP_08_001
- léky podáváme z originálního balení přímo na pokoji nemocných, léku se nedotýkáme rukou
- před podáním léku provedeme trojí kontrolu, že se jedná o správný lék

Povinnosti po výkonu:

Po podání léku se sestra vždy přesvědčí, zda nemocný lék opravdu užil a zda nedošlo k některému z nežádoucích účinků.

Provedení záznamu do dokumentace:

- o podání léku provede záznam ten, kdo lék podal
- záznam do zdravotnické dokumentace - odškrtnutím
- splnění ordinace a podání, respektive nepodání léků pacientovi stvrdí sestra svým podpisem a jmenovkou. Z dokumentace musí být patrné, která sestra lék podala

V ostatních bodech se řídíme dle směrnice NCB_PRO_09_003 Objednávání, skladování, předepisování a podávání léčiv

- nepodání léku vyznačí sestra tak, že předepsanou dávku léků označí kroužkem a uvede důvod nepodání

1 - 1 - 1

Komplikace:

Nastane-li po podání léku některý z nežádoucích účinků - svědění kůže, vyrážka, nevolnost, zvracení, průjem, pocit bušení srdce a podobně - **sestra ihned informuje lékaře!**

Zvláštní upozornění:

- nezaměňujeme ordinovanou formu léku (ani generický název) za jinou
- sledujeme účinek podaného léku
- nedáváme léky, které nejsou v originálním balení
- všechny aplikované krémy, kapky, masti, pasty, pudry, kloktadla musí být čerstvé, je nutné sledovat expirační dobu - pozor bývá krátká !!!!
- nutno dodržet druh a koncentraci podávaného léku
- vozík s léky musí být vždy pod kontrolou
- nečitelné nebo nejasné ordinace vždy konzultujeme s ordinujícím lékařem
- dbáme na správné uložení léků dle pokynů výrobce a příslušné směrnice
- objednávání, skladování, předepisování a aplikace radiofarmak se řídí zvláštním předpisem, za jejich dodržování odpovídá lékař, případně pověřená osoba
- je nutné sledovat Intranet lékárny Nemocnice České Budějovice, a.s.
- odpad na oddělení třídíme – postupujeme podle Standardu ošetrovatelské péče č. 065 Nakládání s odpady

Každé manipulaci s léky, jejich přípravě a podání musí sestra věnovat maximální pozornost!

PODÁVÁNÍ LÉKŮ ÚSTY (per os):

Jde o nejběžnější, snadno proveditelný způsob podávání léků. Účinek léku po podání nastává za 15-20 minut, při podání léku pod jazyk nastupuje účinek do 1 minuty.

Postup:

- platí výjimka pro oddělení infekční, dětské, psychiatrické, oddělení nukleární medicíny a oddělení následné péče - příprava léků probíhá na inspekčním pokoji do označených lékovek, nejdříve však **2 hod.** před podáním a poté následuje podání léků jednotlivým nemocným sestrou, která léky připravila
- zajistíme nemocným dostatečné množství tekutin na zapití léku
- nemocní, kteří obtížně polykají nebo malým dětem tablety rozdrtíme v třecí misce (nebo mezi dvěma lžičkami), smícháme s čajem a podáme lžičkou rovnou do úst, stejně postupujeme při aplikaci léku sondou
- zkontrolujeme, zda nemocný lék opravdu spolkl
- pokud nespolkne celý lék, je nutné jej rozdrtit a podat po lžičce (též do sondy)
- do zdravotnické dokumentace zaznamenáváme, že lék byl podán
- odmítnutí léku ohlásíme lékaři a zaznamenáme do dokumentace
- léky „na spaní“ podáváme dle harmonogramu oddělení

Pomůcky:

- dokumentace
- vozík na léky
- podnos
- čisté lékovky
- lžičky, odměrky
- půlič tablet
- pinzeta
- čtverečky buničiny
- emitní miska

Zvláštní upozornění:

- léky půlíme půličem tablet – půlič udržujeme v čistotě

PARENTERÁLNÍ APLIKACE LÉKŮ:

Způsob podání léčiva, při němž se obchází trávicí ústrojí.

Injekce:

Vpravení léčivého nebo diagnostického roztoku do tkáně, cévního systému nebo do tělních dutin pomocí injekční stříkačky a jehly.

Podle způsobu aplikace rozeznáváme injekce:

- intradermální	do kůže	<u>i.d.</u>	účinek je individuální
- subkutánní	pod kůží	<u>s.c.</u>	účinek za 15-20 minut
- intramuskulární	do svalu	<u>i.m.</u>	účinek za 5-10 minut
- intravenózní	nitrožilní	<u>i.v.</u>	účinek do 1 minuty
- intraarteriální	nitrotepenné	<u>i.a.</u>	účinek okamžitě
- intrakardiální	do srdce	<u>i.c.</u>	účinek okamžitě

Pomůcky:

- dokumentace
- podnos
- injekční stříkačka a injekční jehla
- ampulky a lahvičky s ordinovanými léky
- pilník na ampulky
- čtverečky buničiny
- tampon
- desinfekční roztok
- rukavice
- náplast
- emitní miska

Postup:

- označíme injekční stříkačku
- štítek na stříkačce obsahuje:
 - jméno pacienta
 - číslo pokoje
 - název ordinovaného léku
 - způsob aplikace
- bezprostředně před aplikací vyměníme krycí jehlu za jehlu sterilní
- sledujeme a měníme místa vpichu
- použité jehly a stříkačky uložíme do kontejneru a nakládáme s nimi jako s infekčním odpadem (viz. Standard č. 065 Nakládání s odpadem)

i.d. - do kůže (očkování, testovací látky)

místo vpichu - kůže předloktí, paže, zad, břicha
při správné aplikaci se vytvoří bělavý pupen

s.c. - pod kůží

místo vpichu - kůže na vnější straně paže, břicho
při správné aplikaci se vytvoří vyvýšenina, která zmizí po vstřebání léku

i.m. - do svalu

místo vpichu - hýžďový sval, vnější horní třetina stehenního svalu
nutno dbát, aby roztok byl vpraven až do svalu, nikoli jen do tukového polštáře v podkoží - vhodná délka jehly
před vstříkáním injekčního roztoku se vždy aspirací ujistit, že nebyla napíchnuta žádná céva

i.v. - intravenózně

(viz. Standard č. 016 Aplikace infuze a intravenózních léků)

Zvláštní upozornění:

- při napíchnutí cévy výkon přerušíme a po výměně jehly lék znovu aplikujeme

APLIKACE LÉKŮ DO KONEČNÍKU (per rectum):

- čípky, klyzma, nástup účinku - 15 minut

Cíl:

léčebný

- čípky: analgetický, tlumí křeče, snižují TT, potlačují nauseu, umožňují vyprazdňování
- klyzma: (viz. Standard č. 009)

Pomůcky:

- podnos
- gumové rukavice
- buničitá vata
- emitní miska

Postup:

- poučíme nemocného, jak a kam čípek zavést, pokud nemocný není schopen zavede čípek sestra
- upozorníme na dobu zadržení čípku (asi 10 minut)
- dodržujeme hygienu rukou i okolí konečníku

VÝPLACH A APLIKACE LÉKŮ DO POCHVY:

- *aplikují se ve formě poševních globulí, čípků, krémů, želé, gely, které působí protiinfekčně nebo tlumí symptomy - bolest, svědění*

Cíl:

- výplach - prevence infekce s použitím antimikrobiálních roztoků
- odstranění dráždivého páchnoucího výtoku
- léčba zánětu

Pomůcky:

- podnos
- gumové rukavice
- aplikátor
- hadička
- svorka
- nádoba na roztok
- infúzní stojan
- podložní mísa
- buničitá vata
- emitní miska

Postup:

- připravíme nemocnou – vysvětlíme výkon
- pomůžeme zaujmout správnou polohu - vhodně zakryjeme (dodržit intimitu)
- očistíme perianální oblast
- aplikujeme ordinovaný výplach či lék

APLIKACE LÉKŮ KŮŽÍ:

- masti, krémy, tekuté pudry, zásypy, tinktury

Cíl:

Lokální aplikace léku.

Pomůcky:

- podnos
- ordinovaný lék
- gumové rukavice
- lopatky
- štětičky
- buničitá vata
- čtverce mulu
- obinadlo
- nůžky
- emitní miska

Postup:

- před každou aplikací odstraníme staré masti
- při ošetřování kůže postupujeme šetrně
- nikdy nevracíme použitou štětičku do nádoby s mastí

Zvláštní upozornění:

- prádlo nemocných je nutné udržovat v čistotě

APLIKACE LÉKŮ DO OČÍ:

- masti, kapky, výplachy očí

Cíl:

léčebný - podání léku do spojivkového vaku
- aplikace anestetika
diagnostický - rozkapání před vyšetřením

Pomůcky:

- podnos
- roztoky, masti
- speciální skleněná baňka
- sterilní skleněné tyčinky
- čtverce buničiny
- emitní miska

Postup:

- dodržujeme vzdálenost aplikovaného léku od oka (nesmíme se dotknout řas ani oka)

Zvláštní upozornění:

- pozor na záměnu léku - nepodáváme neoznačené léky

APLIKACE LÉKŮ DO UCHA:

- masti, kapky, výplachy

Cíl:

Tlumení bolestí, podávání ATB.

Pomůcky:

- podnos
- ordinované léky
- štětičky
- Janet stříkačka
- tampóny
- buničitá vata
- emitní miska

Postup:

- dodržujeme způsob a dobu aplikace léku

Zvláštní upozornění:

- u nedoslýchavých nemocných ověříme, zda je nemocný řádně informován

APLIKACE LÉKŮ NOSNÍ SLIZNICÍ:

- masti, kapky, spreje

Cíl:

- léčení zanícené sliznice
- vpravení léku do krevního oběhu nosní sliznicí

Pomůcky:

- podnos
- ordinované léky
- kapátka
- buničina
- štětičky
- emitní miska

APLIKACE LÉKŮ DO KRKU:

- kloktadla, spreje

Cíl:

Lokálně ošetřit patrové oblouky a hrdlo.

Pomůcky:

- podnos
- ordinované léky
- sklenka
- buničitá vata
- emitní miska

Postup:

- poučíme nemocného jak roztok kloktat - roztok nepolykat

APLIKACE LÉKŮ INHALACÍ:

- rychlý nástup účinku

Cíl:

- uvolnit stah svalstva průdušek
- uvolnit hlen z dýchacích cest
- snížit nebo zvýšit sekreci sliznice

Pomůcky:

- podnos
- léčebný roztok
- inhalátor
- individuální kapesní inhalátory
- event. nástavec – spacer
- buničitá vata
- emitní miska

Postup:

- nemocný má být klidný
- v sedě volně, pomalu vdechuje páry z inhalátoru
- uvolněné hleny vyplivuje
- po inhalaci nemá nemocný 30 minut pít studené nápoje, nevycházet ven
- u individuálních inhalátorů dobře poučíme nemocného jak sladit nádech a aplikaci léku (stisk), aby účinek byl co nejvyšší
- po inhalaci kortikoidů je nutné vypláchnout dutinu ústní vodou

Seznam literatury:

1. Červinková E., Ošetrovatelské diagnózy, IDVPZ Brno, 2001
2. České ošetrovatelství, praktické příručky pro sestry, IDVPZ Brno, 2001
3. Český lékopis
4. Fendrychová J., Ošetrovatelské diagnózy v neonatologii, IDVPZ Brno, 2001
5. Fendrychová J. a kol., Ošetrovatelské diagnózy v pediatrii, IDVPZ Brno, 2001
- 6.
7. Kapesní průvodce zdravotní sestry, ČAS, Praha 2001
8. Kozierová B., Erbová G., Olivierová R., Ošetrovatelstvo 1.,2., Osveta, 1995
- 9.
10. LEMON 1 – 5, učební texty pro sestry a porodní asistentky, IDVPZ Brno, 1197
11. Marečková J., Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách, Avicenum Grada Publishing a.s., Praha, 2006
12. Neuwirth J., Klinická propedeutika, Učebnice pro zdravotnické školy, Avicenum, Praha 1995
13. Neuwirth J., Základy ošetrování nemocných
14. Otásková J. a kolektiv: Praktické využití ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách, Nemocnice České Budějovice, a. s. 2007, 1. vydání, ISBN 978-80-239-9072-0
15. Rozsypalová M., Staňková M. a kol., Ošetrovatelství I/2, Informatorium Praha, 1999, 2. vydání, ISBN 80-86073-40-8
16. Standardy ošetrovatelské péče Nemocnice České Budějovice, a. s.

Související dokumenty

Intranet Nemocnice České Budějovice, a.s.

Přílohy:

- č. 1 Záznam teploty skladování léčebných přípravků
- č. 2 Standardní postup
- č. 3 Hlášení nežádoucích účinků léčiv (viz. Standard č. 052)

KONTROLNÍ MECHANISMUS

PRACOVNÍK	ČETNOST
vrchní sestra	průběžně
staniční sestra	průběžně
sestra ve službě	vždy při podávání léků



České Budějovice, B. Němcové 585/54, PSČ 370 87

Záznam teploty skladování léčebných přípravků

oddělení:

Období								
	St. °C v pokoji	St. °C v lednici	St. °C v boxu	Podpis SZP	St. °C v pokoji	St. °C v lednici	St. °C v boxu	Podpis SZP
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								
31.								



České Budějovice, B. Němcové 585/54, PSČ 370 87

Standardní postup

oddělení:

pracoviště:

Místo uložení léčivých přípravků:

Teplota uchování léčivých přípravků:

Způsob kontroly doby použitelnosti léčivých přípravků:

Datum:

Osoba zodpovědná za uložení léčivých přípravků:

podpis

