

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

# DIPLOMOVÁ PRÁCE

2012

Bc. Šárka Havlíčková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Interní audity a jejich efektivnost z pohledu  
sester a interních auditorů**

diplomová práce

Autor práce: Šárka Havlíčková, Bc.

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

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

Datum odevzdání práce: 17. 8. 2012

## **INTERNÍ AUDITY A JEJICH EFEKTIVNOST Z POHLEDU SESTER A INTERNÍCH AUDITORŮ**

Téma diplomové práce se zaměřuje na problematiku interních auditů a jejich přínos na zvyšování kvality poskytované péče. Do procesu zvyšování kvality ošetrovatelské péče je zapojen celý ošetrovatelský tým. Jedním z nástrojů pro zajištění kvality péče jsou i interní audity. Jejich účelem je pomáhat pracovníkům k dosažení cíle a zjistit, zda je management kvality efektivně udržován.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat, jak směnné sestry a vedoucí sestry hodnotí interní audity, a následně zmapovat názor sester na další zvyšování kvality poskytované péče. Dalším cílem práce bylo zmapovat odbornou způsobilost interních auditorů a zjistit jejich názor na problematiku interních auditů.

Teoretická část se zabývá problematikou kvality a jejími cíli, programem kontinuálního zvyšování kvality a systémovými modely pro zvyšování kvality zdravotní péče. Rozsáhlejší část byla věnována ošetrovatelskému a internímu auditu. Je zde nastíněna důležitost interního auditu a jeho efektivního využívání při kontinuálním zvyšování kvality poskytované péče.

V empirické části diplomové práce byla zvolena kvantitativní a kvalitativní metoda výzkumného šetření. Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno formou anonymního dotazníku pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Pro tuto část šetření byly stanoveny čtyři hypotézy. Výsledky šetření byly zpracovány do tabulek. Pro kvalitativní část výzkumného šetření byl použit hloubkový rozhovor, který proběhl s třemi manažery kvality a s třemi interními auditory. Výsledky kvalitativního šetření byly zpracovány formou přepisu rozhovoru. Dále byly provedeny tři interní audity ošetřujících jednotek a tři interní audity zdravotnické dokumentace. K provedení interních auditů byly použity kontrolní listy a záznamy neshod a nápravných opatření.

Výsledky práce lze v praxi využít jako zdroj informací o kvalitě, kontinuálním zvyšování kvality poskytované péče a zajištění kvality pomocí interních auditů. Výsledky lze rovněž uplatnit při vzdělávání zdravotnických pracovníků formou seminářů. Navržená nápravná opatření při interních auditech mohou sloužit ke snížení počtu neshod.

## **INTERNAL AUDITS AND THEIR EFFICIENCY FROM THE POINT OF VIEW OF NURSES AND INTERNAL AUDITORS**

The final thesis topic focuses on the issue of internal audits and their contribution to enhancing quality of the provided care. The process of improving the quality of nursing care involves the whole nursing team. One of the tools for providing quality care is carrying out internal audits. Their purpose is to help the staff to reach their goal and find out whether quality management is effectively done.

The aim of the final thesis was to find out how the nurses working shifts and head nurses assess internal audits. Next, the aim was to research nurses' opinions on further enhancing quality of the provided care. Another goal of the thesis was to explore internal auditors' professional qualifications and find out their opinion on the issue of internal audits.

The theoretical part deals with the issue of quality and its goals, with the program of continual improvement of quality and systemic models for enhancing the quality of health care. A more extensive part was devoted to the nursing and internal audit. It outlines the significance of the internal audit and its effective use in continual improvement of the quality of the provided care.

In the empirical part of the diploma thesis, I have chosen a quantitative and a qualitative research method. The quantitative research was carried out in the form of an anonymous questionnaire for non-medical workers. Four hypotheses were formulated for this part of the research and the results were processed in charts. In the qualitative research I have applied in-depth interviews, carried out with three quality managers and three internal auditors. The results of the qualitative research were processed in the form of interview transcripts. Furthermore, three internal audits of nursing units and three internal audits of medical documentation have been carried out. In order to carry out the internal audits, checklists and records of discrepancies and remedial measures were used.

The results of the thesis may be practically used as a source of information about quality, continual enhancement of the quality of the provided care and ensuring quality by the means of internal audits. It is also possible to apply the results in education of

medical workers during seminars. The remedial measures that were proposed during the internal audits may serve to bring the number of discrepancies down.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Interní audity a jejich efektivnost z pohledu sester a interních auditorů vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2012

.....

Šárka Havlíčková, Bc.

## **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala paní doc. PhDr. Sylvě Bártlové, PhD. za odborné vedení práce, ochotu a cenné rady. Dále děkuji své rodině za trpělivost a podporu, kterou mi po celou dobu mého studia poskytovali.

## **OBSAH:**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>6</b>
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>8</b>
1.1 MANAGEMENT OŠETŘOVATELSTVÍ .....	8
1.2 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	8
1.2.1 Základní podmínky a cíle kvality .....	10
1.3 PROGRAM KONTINUÁLNÍHO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY .....	12
1.3.1 Indikátory kvality .....	14
1.3.2 Ošetrovatelské standardy .....	16
1.3.3 Akreditace .....	18
1.3.4 Audit ve zdravotnickém zařízení .....	20
1.4 OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT .....	22
1.5 INTERNÍ AUDITY .....	26
1.5.1 Historie interních auditů .....	28
1.5.2 Profil interního auditora .....	29
1.5.3 Kontrolní listy .....	31
1.6 SYSTÉMOVÉ MODELY PRO ZVYŠOVÁNÍ KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	32
1.6.1 ISO .....	33
1.6.2 JCAHO .....	34



1.6.3 JCIA .....	35
1.6.4 SAK ČR .....	35
1.6.5 ISQua a ALPHA .....	36
1.6.6 Cena kvality Malcolma Baldrige .....	37
1.6.7 EFQM .....	37
1.6.8 Six Sigma .....	38
<b>2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>39</b>
2.1 CÍL PRÁCE.....	39
2.2 HYPOTÉZY .....	39
2.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	39
<b>3 METODIKA .....</b>	<b>40</b>
3.1 POUŽITÉ METODY .....	40
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	41
3.3 REALIZACE VÝZKUMU .....	42
<b>4 VÝSLEDKY .....</b>	<b>43</b>
4.1 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	43
4.2 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	71
4.3 VÝSLEDKY INTERNÍCH AUDITŮ .....	86
<b>5 DISKUZE .....</b>	<b>87</b>
<b>6 ZÁVĚR .....</b>	<b>94</b>

<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>96</b>
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA .....</b>	<b>101</b>
<b>9 PŘÍLOHY .....</b>	<b>102</b>

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALPHA - Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

CQI - Continuous Quality Improvement

ČIIA - Český institut interních auditorů

ČR – Česká republika

ECIIA - Evropean Confederation of Institute sof Internal Auditing

EFQM - The European Foundation for Quality Management

EQA - European Quality Awards

IIA - Institut interních auditorů

ISO - The international Organization for Standardization

ISQua - The International Society for Quality in Health Care

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

JCIA, JCI - Joint Commission International Accreditation

KPR – Kardiopulmonální resuscitace

KZK - Kontinuálního zvyšování kvality

PSS – Pomaturitní speciální vzdělání

PZ – Propouštěcí zpráva

SAK ČR- Spojené akreditační komise ČR

SAK o.p.s. - Spojená akreditační komise, obecně prospěšná společnost

SZŠ – Střední zdravotnická škola

TQM - Total Quality Management

VŠ – Vysoká škola

VZŠ – Vyšší zdravotnická škola

WHO - World Health Organization

## ÚVOD

„Existuje – li tajemství úspěchu, pak je to schopnost přijmout cizí hledisko a vidět věci z perspektivy druhé osoby“.

H. Ford

V důsledku neustále se zvyšujících nároků na poskytování zdravotní péče je třeba vytvořit efektivní zdravotní systém. Do procesu zvyšování kvality ošetrovatelské péče je zapojen celý ošetrovatelský tým. Mnoho zdravotnických zařízení se zaměřuje na sledování a vyhodnocování kvality poskytované péče. Ke zkvalitnění péče je vede nejčastěji spokojenost a bezpečí pacientů, dobrá pověst, plnění akreditačních standardů, či získání vzdělaného personálu. K nejefektivnějším nástrojům programu kontinuálního zvyšování kvality patří audity, které jsou nedílnou součástí každého zdravotnického zařízení v měření kvality péče.

Audity se netýkají pouze zaměstnanců, ale i dokumentace. Pomáhají odhalit problémové oblasti, které potřebují pozornost. Zda je opravdu poskytována kvalitní péče, hodnotí jak externí organizace, např. Spojená akreditační komise o.p.s. a jiné mezinárodní organizace pro normalizaci a kvalitu ve zdravotnictví, tak i samo zdravotnické zařízení pomocí interních auditů. Účelem interního auditu je pomáhat pracovníkům k dosažení cíle a zjistit, zda je management kvality efektivně udržován. Interní audity mají v České republice velmi krátkou historii. Proto jsem chtěla zjistit názor nelékařských zdravotnických pracovníků na jejich provádění. Znají jejich význam? Vědí, jak interní audity probíhají a co hodnotí? Také i na mnohé další otázky je třeba znát odpovědi, abychom zjistili nedostatky, napravily je a mohla tak být poskytována kvalitní péče. Dále mě zajímalo, jak interní auditoři hodnotí svoji práci a zda jsou manažeři kvality s interními audity spokojeni. A právě z těchto důvodů jsem si téma svojí diplomové práce zvolila interní audity a jejich efektivnost z pohledu sester a interních auditorů.

V teoretické části jsou uvedeny základní informace o kvalitě a jejich cílech, programu kontinuálního zvyšování kvality. Rozsáhlejší část byla věnována ošetrovatelskému a internímu auditu.

Empirickým šetřením jsem zjišťovala přínos interních auditů pro zdravotnická zařízení a názor sester na další zvyšování kvality poskytované péče. Výzkumný vzorek tvořil nelékařský zdravotnický personál, zkušení interní auditoři a vzdělaní manažeři kvality z kraje Vysočina. Výsledky šetření byly nemocnicím poskytnuty. U provedených interních auditů byla vypracovaná zpráva včetně nápravných opatření.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Management ošetrovatelství

Management v ošetrovatelství lze definovat jako soubor postupů a metod, které sestry manažerky používají k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Dále jde o proces vykonávání práce, který probíhá prostřednictvím druhých lidí. Smyslem managementu je tedy koordinační činnost pracovníků a jejich produktivní práce. Ošetrovatelský management se od profesionálního managementu liší svou filozofií služeb. Kvalitní péče je stejně důležitá jako zdravotnický personál a prostředky (Grohar-Murray; Dicroce, 2003).

Důležitou postavou managementu je manažer, který má určité povinnosti, jako je udržování kvality péče o pacienty, plnění cílů zdravotnické organizace, zvyšování motivace zaměstnanců, profesní rozvoj personálu a další (Veber, 2003). Manažer by měl vytvořit takové prostředí, ve kterém bude možné poskytovat kvalitní péči (Grohar-Murray; Dicroce, 2003; Kilíková; Jakešová, 2008).

Manažerem se člověk nerodí, ale stává. K důležitým vlastnostem každého manažera patří např.: charisma, inteligence, potřeba řídit, extroverze, odborné znalosti, sociální citění, dobrá duševní a tělesná kondice (Svobodník, 2009).

## 1.2 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalita ošetrovatelská péče patří mezi tradiční hodnoty zdravotní péče. Jedná se o shodu mezi poskytovanou péčí a ošetrovatelskými standardy. V současné době je kladen velký důraz na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Kvalita péče je založena na zákonech, vyhláškách, směrnicích a standardech (Pochylá, 2005). Na zabezpečování kvality péče se musí aktivně podílet celý ošetrovatelský tým (Farkašová, 2006; Madar, 2004).

Mnoho zdravotnických organizací se v současnosti zaměřuje na zvyšování kvality péče. Vede je k tomu např. zajištění dobré pověsti, plnění akreditačních standardů,

získání odborného a vzdělaného personálu. Kvalita poskytované péče je stupněm dokonalosti každé zdravotnické organizace (Škrála; Škrlová, 2003).

Kvalita je kategorie, která posuzuje úroveň poskytované péče a poskytovaných služeb. Skládá se ze dvou částí – první část je kvantitativní, měřitelná a objektivní. Druhá část je kvalitativní a vychází z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje (Gurková, 2011; Marx, 2006).

Pojetí kvality je vždy dáno sociálním a kulturním prostředím. Definovat kvalitu není jednoduché, protože kvalita je vícerozměrný pojem a lze ji definovat mnoha způsoby. Všechny definice mají ale jednu věc společnou. Hlavním hodnotitelem kvality je pacient a jeho požadavek na péči. Pacient má určité požadavky, na které musí zdravotničtí pracovníci (lékař, sestra) reagovat a plnit je. K požadavkům na kvalitu zdravotnického zařízení patří např.: dostupnost, přístrojové vybavení, prostředí, spolehlivost, technické vybavení, ochotný personál a odborná způsobilost (Farkašová, 2006; Madar, 2004)

Pro kvalitu zdravotní péče máme několik definic:

System kvality ve zdravotnictví lze definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých procesů, zdrojů, procedur a odpovědností, které jsou nezbytné ke zlepšování kvality. Cílem je zvyšování kvality života a spokojenost klienta, omezení chyby a nežádoucí výsledky zdravotnických služeb (Gladkij, 2003).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization /WHO/) v roce 1966 definovala kvalitu zdravotnictví jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“ (Gladkij, 1999: 12).

Kvalita bývá také často definována jako souhrn služeb, které vytvářejí schopnost uspokojovat přání a potřeby klientů (Donnelly; Gibson; Ivancevich, 1997).

„Kvalitní zdravotní péče je druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, přičemž očekávaný užitek je ve srovnání s náklady ve všech fázích léčebního procesu vyšší“ (Donabedian in Kapias, 2010: 3).



„Kvalita znamená dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi“ (Palmer in Škrla; Škrlová, 2003: 36).

„Kvalita je měřítko shody mezi vytyčenými cíli a poskytovanou péčí“ (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006: 113).

„Kvalita zdravotní péče je schopnost uspokojovat zdravotní potřeby těch, kteří jsou na péči závislí. Kvalita je forma a míra zdravotní péče, jejímž prostřednictvím se zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku“ (Holčík; Káňová; Prudil, 2005: 66).

### ***1.2.1 Základní podmínky a cíle kvality***

Zdravotnické zařízení, které chce nabídnout svým klientům vysoce kvalitní zdravotní péči, musí nejprve zajistit dostatek vzdělaného personálu. Kvalita péče je závislá na celoživotním vzdělání, a proto by měla organizace umožnit kontinuální vzdělávání svých zaměstnanců. Dále musí organizace zabezpečit technické vybavení a naplánovat organizaci péče tak, aby docházelo k návaznosti diagnostických a léčebných technologií. Důležitou podmínku, kterou musí organizace dále zajistit, je frekvence výkonů na pracovišti a jejich zpětné vazby o správnosti počínání (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006).

Hlavním cílem kvality v ošetrovatelské péči je spokojenost klienta a uspokojování jeho potřeb. Dalšími cíli jsou např.: kompletní servis pro klienta, kladný přístup zdravotnického personálu ke klientovi, zamezit chybám při ošetrovatelské péči a snížit náklady (Gladkij, 2003; Pešek, 2003).

Kvalitní zdravotní péče je poskytována v souladu s moderními poznatky vědy a lze ji rozdělit do několika dimenzí. V roce 1995 je definovala Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO/), a to v následujících bodech (Škrla; Škrlová, 2003):

*Bezpečnost* – možná rizika jsou omezena na nejnižší míru, nebo zcela vyloučena. Kvalitní péče je co nejbezpečnější, nedojde k pochybení.

*Dostupnost* – kvalitní péče dostupná všem. Každý pacient by měl mít možnost získat potřebné služby z hlediska geografického, finančního, časového, socio-kulturního i organizačního.

*Kompetence* – kvalitní péče je poskytována pracovníky, jejichž dovednosti a znalosti jsou v souladu s nabízenou péčí.

*Efektivnost* – péče, zákroky, služby a procedury mají za úkol dosáhnout očekávaných výsledků s ohledem na dostupné zdroje.

*Přijatelnost* – zákazníkům a plátcům jsou služby a péče přijatelné a odpovídají jejich požadavkům.

*Ekonomičnost* – výsledků je dosaženo za nejnižší možné náklady.

*Kontinuita* – schopnost poskytovatelů dokonale koordinovat služby s ohledem na prostředí a čas.

*Vhodnost* – péče a služby, které jsou potřebné k uspokojování potřeb pacientů, jsou založeny na uznávaných standardech.

*Včasnost* – péče je poskytována vždy, když ji pacienti potřebují a když je nejprospěšnější.

*Úcta a vnímání* – jde o zapojení pacienta a rodiny do léčebných a rozhodovacích procesů. Způsob, jakým ošetřující personál respektuje lidskou důstojnost a stud.

*Přiměřenost* – poskytovaná péče vychází z vědeckého poznání a odpovídá zdravotnímu stavu pacienta (Gladkij, 1999; Kilíková; Jakešová, 2008; Škrla; Škrlová, 2003).

Na zvyšování léčebné a ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních se podílí všichni zdravotničtí pracovníci. Musí chápat filozofii kvality a uvědomit si její význam pro práci. Kvalita nepředstavuje pouze spolupráci mezi lékařem a sestrou, ale také s pacientem a rodinou. Aby byla poskytována bezchybná péče, musí být personál motivován a mít dostatečné dovednosti a znalosti.

Každodenní efektivita práce a kvality je důležitá z hlediska spolupráce v multidisciplinárním týmu. Kvalita nestojí na jednom členu týmu, ale každý člen týmu

je součástí řetězce. Personál musí umět přemýšlet o chybách, plýtvání a zbytečné práci, které mu komplikují život (Mastiliaková, 2001).

### **1.3 Program kontinuálního zvyšování kvality /KZK/**

Každé zdravotnické zařízení by mělo monitorovat a vyhodnocovat kvalitu poskytované péče a zavádět do praxe „Program kontinuálního zvyšování kvality“. Jde o neustálé zlepšování kvality, (nikdy nemůžeme říci, že jsme dosáhli nejvyšší kvality, protože to, co dnes všichni pokládají za vynikající péči, může být v budoucnu vnímáno jako běžné, zastaralé nebo nepřijatelné), (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006). Důvodem zavádění programu KZK do praxe je zajištění spokojenosti pacientů a jejich práv při poskytování zdravotní péče, zavedení pořádku a systémového přístupu do všech činností stabilizace dosahované úrovně kvality, snadnější zapracování nových pracovníků k plnění cílů a vytvoření základu pro další zlepšování kvality (Pokořová, 2010).

Program KZK je založen na čtyřech bodech „P“ – plánovat, provádět, překontrolovat a pokračovat. Kontinuální zvyšování kvality se řídí novou filozofií, kterou Deming nazývá „radikální přestavba myšlení“. Jedná se např. o kreativitu, zájmy nemocnic, empatii, zaměření na člověka,... Na oddělení nelze program KZK nainstalovat mechanicky a nelze jej zaměstnancům nutit. Úspěšné aplikování programu vyžaduje angažovanost a dávku nadšení zaměstnanců (Škrála; Škrlová, 2003). Ke zvyšování kvality zdravotní péče je důležité, aby každý pracovník měl povědomí o kvalitě, jejích systémech a svojí roli. Jedině tak se může zapojit do procesu o udržování a zvyšování kvality a bezpečí (Pokořová, 2010).

Hlavním principem programu KZK v systému zdravotní péče je orientace na uživatele péče, řízení lidských zdrojů, týmovou spolupráci a odstranění profesionálních bariér. Před zavedením programu do praxe je nutná příprava zaměstnanců (Škrála; Škrlová, 2003).

Informace o kvalitě zdravotní péče získává organizace od pacientů a jiných externích nebo interních klientů, z výsledků auditů, z indikátorů kvality a od externích odborníků. Nejčastěji jsou užívány audity a indikátory, nejvíce autoritativní jsou externí odborníci a nejméně objektivní jsou pacienti a jiní klienti (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006).

K hlavním funkcím manažerů při řízení programu kvality patří tvorba koncepce zaměřená na uspokojování potřeb pacientů, vytváření vhodných podmínek pro kvalitní a efektivní péči a také trvalý zájem o kvalitu poskytované péče. K dalším funkcím se řadí motivování zaměstnanců pro kvalitu a efektivitu, zajištění přiměřených zdrojů pro provoz a rozvoj daného zařízení, zajištění efektivní komunikace, široká delegace kompetencí a odpovědnosti (Gladkij, 2003; Gladkij, 1999).

U programu KZK je používáno celkové řízení kvality (Total Quality Management /TQM/) a kontinuální zvyšování kvality (Continuous Quality Improvement /CQI/). Program TQM vznikl na základě zkušeností amerických a japonských firem zaměřených na zabezpečování kvality. Jde o využívání univerzálních principů a následků kvality v rámci celé nemocnice. Strategií TQM je fungovat s maximální výkonností a efektivitou, ale s co nejnižšími náklady. Cílem strategie je vyhledávání a uspokojování potřeb pacientů.

Program TQM používá nástroje jako je sledování a vyhledávání indikátorů kvality, standardizace, audity a akreditace. Pro úspěšné fungování programu jsou tyto nástroje nezbytné. Cílem je dokumentovat existenci a rozsah variability. Ošetřovatelský tým si musí uvědomit, že většina problémů na oddělení je způsobena nekontrolovatelnou variabilitou. Každý zaměstnanec si dělá věci po svém. Nástroje variabilitu kontrolují, analyzují a zabraňují výkyvům (Madar, 2004; Mastiliaková, 2003; Škrļa; Škrlová, 2003).

Program KZK používá čtyři důležité komponenty, ke kterým patří metodologie, která se zabývá logistikou programu, a nástroje, což jsou pomůcky pro identifikaci a zlepšení kvality. Dalšími jsou nástroje kvality a výuka jako proces uschopňující sestry k chápání a k používání nástrojů a technik. Pro úspěšné zavedení programu KZK jsou nezbytné a jejich cílem je kontrola a analýza variability.

V programu KZK se s úspěchem používají např. tyto nástroje, Paretova analýza, Ishikawův diagram, histogram, multivoting, vývojový diagram, kontrolní diagram, diagram příbuzných vztahů,... (Škrla; Škrlová, 2003).

### ***1.3.1 Indikátory kvality***

„Abychom mohli něco zlepšit, musíme to změnit. Abychom mohli něco změnit, musíme tomu rozumět. Abychom mohli něčemu rozumět, musíme to měřit“ (W. Edwards Deming in Škrla; Škrlová, 2003: 100).

Wyszewianski píše: „Každý poskytovatel péče by byl rád, kdyby měl nějaký univerzální „metr kvality“, který by mu okamžitě nabídl skóre, které je smysluplné a platné“ (Škrla; Škrlová, 2003: 105).

Indikátory kvality lze definovat jako měřitelná kritéria kvality, která v porovnání se směrnici či standardem ukazují, jak dalece bylo standardu dosaženo. V programu KZK se tak využívají čtyři zdroje dat, jejichž pomocí můžeme měřit a vyhodnocovat kvalitu lékařské a ošetrovatelské péči či jiných služeb poskytovaných zdravotnickým zařízením. Informace o kvalitě zdravotní péče jsou získávány od pacientů a jiných externích nebo interních klientů, z výsledků auditů, z indikátorů kvality a od externích odborníků. Nejčastěji jsou užívány audity a indikátory, nejvíce autoritativní jsou externí odborníci a nejméně objektivní jsou pacienti a jiní klienti.

K důležitým vlastnostem indikátorů patří smysluplnost. Indikátor je vždy číslo a kvantita nám něco říká o kvalitě. Nejsou neomylné a jsou zaměřené na negativní či pozitivní jevy. Slouží také jako výstražné signály, které nás mohou varovat, že není něco v pořádku. Mohou být orientované na sestry, lékaře, systém, proces a klinickou událost. Výsledek indikátorů musí být dosazen do numerického kontextu a musí nám umožnit porovnat něco s něčím. Bez numerického kontextu jsou indikátory kvality pouze statistikou a ne nástrojem pro rozvíjení kvality.

Indikátory můžeme řadit podle struktury, procesu a výstupů. Indikátory struktury se týkají kvalifikace lékařů a sester, počtu zaměstnanců, technického vybavení

pracoviště a prostorových nároků na péči. Procesuální indikátory jsou cílené na měření procesu, jeho správnosti a efektivity. Řadí se sem procento nozokomiálních nákaz, čekací doba na příjem nebo operaci, shoda či neshoda ošetrovatelské péče s ošetrovatelskými standardy. K indikátorům výstupu se řadí spokojenost pacienta s poskytovanou péčí, náklady na lůžko za den, počet stížností na kvalitu péče na tisíc lůžkodnů, mobilita při propuštění a příjmu a správné určení hlavní diagnózy (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006; Škrla; Škrlová, 2003).

Rozlišujeme dva druhy indikátorů, poměrové a strážní. Indikátory poměrové jsou založeny na sběru dat o jevech s určitou frekvencí a mohou být vyjádřeny jako průměry nebo poměry. Jedná se např. o císařské řezy, komplikace s portem, dekubity, opakované rentgenové snímky, reoperace nebo pády. Druhým typem jsou indikátory strážní, které se vztahují na mimořádné nežádoucí události, např. požár, soudní proces, smrt pacienta během chirurgického výkonu. Jejich úkolem je identifikovat fenomény a jevy, jejichž výskyt má vždy za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčin. Bývají to často jevy ojedinělé, kritické a jsou vždy nežádoucí. Nejčastěji se využívají v managementu rizik (Gladkij, 1999; Škrla; Škrlová, 2003).

Indikátory kvality je nutné kategorizovat do skupin podle jejich priorit, s nimiž chceme pracovat. První prioritou jsou indikátory rizik. Jsou vždy důležité a musí být hodnoceny a dokumentovány co nejdříve. Jde např. o smrt pacienta nebo infekci pooperační rány. Druhou kategorií priorit jsou tzv. klíčové indikátory, které musí být dostatečně senzitivní a vypovídají o práci na oddělení. Jedná se např. o délku pobytu pacienta, nemocnost zaměstnanců, o počet stížností. Popisné indikátory jsou třetí kategorií priorit. Jsou užitečné, ale nemají takovou důležitost. Důležitými se mohou stát, pokud se změní jejich výsledná data a stávají se klíčovými indikátory. Poslední prioritou jsou data nedůležitá, patří sem indikátory, které neříkají nic důležitého. Pro kvalitu péče na oddělení jsou postradatelné.

Při výběru indikátorů se řídíme podle kritérií jako validita, důležitost, profesionální respekt a senzitivita. Indikátor musí být citlivý na změnu ve výkonu. Nasbíraná data musí být pro nemocnici důležitá a musí přesně měřit to, o čem vypovídají (Škrla; Škrlová, 2003).

Indikátory kvality se také dělí podle zaměření na indikátory léčebné péče, ošetrovatelské péče a indikátory manažerských činností. Mezi indikátory léčebné péče se řadí mimořádné události jako náhlá smrt, sledování chyb při podávání léků, průměrná délka hospitalizace. K indikátorům ošetrovatelské péče patří spokojenost sester, prevalence dekubitů, spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, personální obsazení. Indikátory manažerských činností se týkají ekonomického a personálního oddělení a provozních technik (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006).

### ***1.3.2 Ošetrovatelské standardy***

„Ošetrovatelské standardy jsou dohodnutou profesní normou kvality, vymezují minimální úroveň péče, která má být poskytnuta“ (Jarošová, 2006: 30).

Ošetrovatelské standardy lze definovat jako dohodnutou profesní normu kvality. Stanovují přijatelnou úroveň ošetrovatelské péče a představují vodítko, podle kterého se hodnotí, zda ošetrovatelská činnost odpovídá dané úrovni. Standardy mají velký význam pro zvyšování kvality péče. Určují minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Pokud není standard dodržován, stává se ošetrovatelská péče rizikovou a může dojít k ohrožení pacienta (České ošetrovatelství 2, 2004).

První ošetrovatelské standardy vznikly v 70. letech 20. století v USA a jednalo se o odezvu zdravotníků na vyhlášení Charty práv nemocných. Standardy vyjadřovaly, na jakou péči má pacient nárok. Historie ošetrovatelských standardů sahá hlouběji do minulosti, až do období krymské války (1853-1856). Florence Nightingalová tehdy stanovila první standardy ošetrovatelského procesu a zároveň vytvořila první indikátory kvality. Standardy byly zaměřené na čistotu prostředí, sledování efektivity péče a prevenci infekcí. Díky vývoji v praxi, technice i vědě se standardy stále zdokonalují (Farkašová, 2006; Mášová; Havrdlíková, 2009).

Ošetrovatelské standardy se nejčastěji dělí podle Avedise Donabediana na strukturální, procesní a výsledkové. Strukturální standardy jsou definovány legislativou a stanovují personální, organizační, hygienické a technické prostředky umožňující

dosahovat kvalitu. Dále se zabývají řízením ošetrovatelské praxe a organizací služeb, náborem a výběrem pracovníků. Procesuální standardy se týkají specifických ošetrovatelských činností, které určují kvalitu ošetrovatelské péče. Tvoří nejpodrobnější část standardu, neboť obsahují kritéria, která jsou nutná pro splnění cíle. Podle zaměření je lze rozdělit na standardy ošetrovatelských postupů při výkonech a standardy ošetrovatelských činností v rámci ošetrovatelského procesu. Standardy výsledků se zabývají celkovým hodnocením kvality poskytované péče (České ošetrovatelství 2, 2004; Farkašová, 2006; Mášová; Havrdlíková, 2009).

Standardy se dále dělí na centrální a lokální podle toho, kdo je vydává. Centrální standardy jsou zákonné a podzákonné normy a vydává je Ministerstvo zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví může vydávat i tzv. rámcové standardy, které slouží jako doporučené podklady při tvorbě lokálních standardů. K centrálním standardům patří koncepce ošetrovatelství, etický kodex, zákony a vyhlášky týkající se ošetrovatelství. Lokální standardy vycházejí ze standardů centrálních a obvykle si je zpracovává konkrétní zdravotnické zařízení. S lokálními standardy musí být každý zaměstnanec seznámen a v rámci pracovní smlouvy se zavazuje k jejich dodržování. Mezi lokálním a centrálním standardem nesmí být rozpor (České ošetrovatelství 2, 2004, Donnelly; Gibson; Ivancevich, 1997; Exner; Raiter; Stejskalová, 2005).

Každý ošetrovatelský standard musí jasně vymezovat požadovanou normu, jakési minimum kvality, které má být poskytnuto. Pokud je minimální úroveň kvality zajištěna, je standard splněn. Ke správně vypracovanému standardu jsou vytyčena určitá kritéria, která musí být splněna. Nejprve se jedná o zaměření standardu, určení oblasti ošetrovatelské péče, které se bude týkat. Bývá vyjádřeno názvem standardu. Dále musí být definováno, pro koho je standard určen a kdo se jím musí řídit. Cíl má vyjadřovat výslednou kvalitu, a to stručně, jasně a srozumitelně. Aby mohlo být cíle dosaženo, musí být určena strukturální kritéria, jaké pomůcky sestra potřebuje k výkonu, kritéria procesuální popisují postup a možné komplikace výkonu a kritéria výsledková se týkají výsledné kvality. Součástí standardu jsou kontrolní mechanismy, kde je uvedena osoba, která bude hodnotit dodržování standardu, a také jak často bude kontrola prováděna. Na



konci standardu je nutné uvést zdroje literatury a autora standardu (Brabcová, 2006a; České ošetrovatelství 2, 2004; Janečková; Hnilicová, 2009).

### **1.3.3 Akreditace**

„Akreditace je znakem kvality, který ukazuje, že organizace splňuje dané standardy“ (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006: 123).

Historie akreditací ve světě je spojena se snahou zajistit kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče v době, kdy byla kvalita ohrožena. Důraz a zájem o rozvíjení kvality je v jednotlivých zemích rozvíjen různou rychlostí. V oblasti průmyslu se začaly realizovat nové iniciativy v managementu kvality a později inspirovaly i oblast zdravotnictví. V USA to vedlo k založení „Spojené komise pro akreditaci“, která v roce 1976 vytvořila první ucelený soubor standardů a určila počet lékařských a ošetrovatelských auditů za rok (Škrla; Škrlová, 2003).

Zdravotnictví v České republice /ČR/ si již v roce 1989 uvědomilo rozdíly mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Velké rozdíly byly i v poskytování léčebné a ošetrovatelské péče. Roku 1994 byl iniciován projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela velká pracovní skupina při Ministerstvu zdravotnictví (např. Česká lékařská komora, zástupci pojišťoven, ředitelé vybraných nemocnic, Česká asociace sester,...). Zkušenosti získávali studováním amerického modelu Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. V roce 1998 byl projekt ukončen vytvořením Spojené akreditační komise ČR /SAK ČR/ a roku 2002 se akreditovala první nemocnice v ČR (Škrla; Škrlová, 2003).

Akreditace nemocnic je dobrovolný proces, při kterém externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry zařízení splňuje předem stanovená kritéria, která slouží ke kontinuálnímu zlepšování kvality a efektivity. Zdravotnická zařízení mohou být akreditována na mezinárodní i národní úrovni. Akreditace slouží hodnocenému zdravotnickému zařízení k tomu, aby se zavazovalo ke zvyšování kvality péče o pacienty, k zajištění bezpečí prostředí, ve kterém je péče poskytována, a ke snaze

o snižování množství rizik pro pacienty i pro zaměstnance. Lze také říci, že akreditace zdravotnického zařízení je v oblasti péče o pacienta maximum, čeho lze v oblasti péče a kvality dosáhnout (Brabcová, 2007; Joint Commission International, 2009; Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006).

Většina vyspělých zemí světa dnes svá zdravotnická zařízení standardizuje procesem akreditace. Ve většině zemí je akreditace dobrovolná, ale málokterá nemocnice si může dovolit jej ignorovat. Nezáskat akreditační certifikát nebo neakceptovat akreditační standardy může znamenat nejen ztrátu důvěry pacientů, ale také ztrátu trhu a schopnosti obstát v konkurenčním boji o udržení existence (Škrla; Škrlová, 2003).

Akreditační šetření začíná podáním žádosti u organizace, která akreditaci v dané zemi realizuje. Příprava zdravotnického zařízení spočívá v podstatě v uvedení jeho vlastních směrnic, standardů a praxe do souladu s akreditačními standardy. Vlastní akreditační řízení provádí kvalifikovaní akreditační inspektoři ve složení lékař, sestra a technicko-hospodářský manažer. Akreditační tým sleduje pohyb pacienta daným zdravotnickým zařízením od přijetí, přes vyšetření, léčbu, až po propuštění. Informace o kvalitě provozu zdravotnického zařízení získává akreditační tým z provozního řádu, organizačního řádu a systému vnitřních norem. Akreditační tým také navštěvuje jednotlivá pracoviště, kde hovoří s primářem, vrchní a staniční sestrou, sestrami u lůžka, pacienty a jedná i s nemocničním managementem. Celý akreditační proces se zakončuje závěrečnou diskuzí s managementem nemocnice. Akreditační inspektoři následně vyhotoví zprávu a akreditace je ukončena výrokem akreditováno nebo neakreditováno. Inspekce trvá 2-3 dny, certifikát o akreditaci je vydán na dobu tří let a po uplynutí si může zdravotnické zařízení zažádat o reakreditaci (Janečková; Hnilicová, 2009; Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006; Škrla; Škrlová, 2003).

Akreditace přináší zdravotnickému zařízení i určité výhody. Největší výhodou je přijetí standardů, které snižují různorodost mezi jednotlivými odděleními a zdravotnickými zařízeními, zlepšuje kontinuitu péče a kvalitu. Pro pacienty je akreditace zárukou, že zdravotnické zařízení splňuje základní požadavky na kvalitní a bezpečnou péči. Pro plátce, což jsou zdravotní pojišťovny, akreditace znamená, že

finanční prostředky za péči jsou investovány v organizaci, která má prokazatelné a měřitelné standardy poskytovaných služeb. Pro obce akreditace znamená určitou záruku, že zdravotnická zařízení poskytuje jejich občanům vysoce kvalitní zdravotní péči (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006; Škrla; Škrlová, 2003).

Pro ošetřovatelství je akreditace velkým přínosem. Sestry se stávají v ošetřovatelském procesu rovnocennými partnery spolu s lékaři a manažery, což je velmi důležitý posun ve filozofii našeho zdravotnictví. Dalším velkým přínosem pro ošetřovatelství je také sledování, vyhodnocování a kontinuální zvyšování kvality ošetřovatelské péče a ošetřovatelské dokumentace ve zdravotnickém zařízení. Dochází k vytváření bezpečnějšího, radostnějšího a atraktivnějšího prostředí pro pacienty i celý zdravotnický tým a buduje se organizační kultura. Mezi další přínosy můžeme zařadit zlepšení vztahů mezi členy multidisciplinárního týmu, lepší image zdravotnické organizace a v neposlední řadě splnění všech požadavků Evropské unie. (Brabcová, 2007; Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006).

„Smyslem akreditace není pouhá snaha získat kulaté razítko na akreditačním certifikátu. Opravdovým smyslem akreditace je udělat si „pořádek“ ve svém vlastním zdravotnickém zařízení“ (Mastiliaková, 2001).

#### ***1.3.4 Audit ve zdravotnickém zařízení***

Významným mezníkem na cestě k akreditaci každého zdravotnického zařízení je audit, kdy vedení nemocnice dostává zpětnou vazbu o tom, zda zdravotničtí pracovníci standardy znají a respektují. Podle Škrlových (2003) představují audity jeden z nejeфекtivnějších nástrojů programu kontinuální zvyšování kvality (Škrla; Škrlová, 2003).

Audit ve zdravotnickém zařízení je označován jako proces, „jehož cílem je objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí, porovnat, zda realita odpovídá standardu, zjistit, zda je standardu v praxi dosahováno“ (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006: 119).

Podle naučného slovníku je audit generický pojem, který znamená důkladné vyhodnocení nebo průzkum. Audity jsou nedílnou součástí každého zdravotnického zařízení v měření kvality péče. Poskytují analýzu úspěchu sester i oddělení, hledají shodu či neshodu mezi tím, co bylo naplánováno, a tím, co bylo dosaženo. Odkrývají problémové oblasti a poukazují na úspěchy. Audity se netýkají pouze lékařů a sester, ale všech zaměstnanců zdravotnického zařízení. Týkají se také kvality dokumentace, chorobopisu nebo kvalit práce na operačním sále (Škrļa; Škrlová, 2003). Předmětem auditu není pouze snaha odkrýt chybu či nedostatek, ale pomoci odhalit systémové oblasti, které potřebují pozornost, aby systém poskytování zdravotní péče fungoval na požadované úrovni (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006).

Principem každého auditu je používat znalosti a dovednosti, které slouží pro rozvoj veřejného blaha, ochránit svěřený nebo kontrolovaný majetek a být upřímný a nestranný (Russell, 2003). Organizace od auditorů může očekávat systematický a disciplinovaný přístup k práci, ať už se jedná o poradenství nebo zajištění práce. Audit musí být schopný pochopit základní potřeby řízení, zjistit fungování a dosažení cílů (Pickett Spencer, 2010).

Audity se opírají o vypracované standardy a standardní postupy (např. standardy SAK ČR), o příkazy ředitele a metodické pokyny dané nemocnicí a v neposlední řadě o státní legislativu (zákony, vyhlášky, směrnice Ministerstva zdravotnictví ČR), (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006; Škrļa; Škrlová, 2003). Audity se provádějí v šesti oblastech, tedy audit ošetrovatelské péče, zdravotnické dokumentace, audit personální, ekonomický, finanční a účetní (Brabcová, 2006b).

Audity dělíme na dva základní typy: interní a externí. Interní audit si provádí organizace sama, pomocí vlastních, vyškolených zaměstnanců (Veber, 2003; Brabcová, 2006b). Jedná se především o audit zdravotnické dokumentace a ošetrovatelské péče. Interní audit by měl pokrýt co největší škálu výkonů a práce. Interní audit by měl být prováděn systematicky, aby nebylo nutné tak často provádět audit externí. Externí audit je druhým typem auditu a provádí ho auditori zvenčí (např. členové organizace SAK ČR), (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006; Škrļa; Škrlová, 2003).

## 1.4 Ošetrovatelský audit

Ošetrovatelský audit znamená systematické vyhodnocování ošetrovatelské praxe s cílem zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče. Účelem je zjistit, jak dalece se ošetrovatelská péče o pacienta a práce sestry řídí standardy nebo se s nimi ztotožňuje. Hlavní podmínkou úspěchu ošetrovatelského auditu je snaha a schopnost oddělení uskutečňovat změny. Pro oddělení, které neumí nebo nechce reagovat na neshody označené auditorem, nemá ošetrovatelská audit velký význam (Škrla; Škrlová, 2003).

Zřejmě první sestrou, která vyjádřila pravý smysl ošetrovatelského auditu, byla Florence Nightingaleová. V roce 1983 prohlásila: „Zdravotnická dokumentace by měla ukázat pacientům, jak bylo naloženo s jejich finančními prostředky, kolik dobrého za tyto finanční prostředky bylo vykonáno a zda tyto prostředky nepřinesly pro ně více škody než užitku“ (Škrla; Škrlová, 2003: 108). Dříve než je možné na oddělení začít s měřením a hodnocením kvality pomocí auditu, je nutné kvalitu jasně definovat. To lze pomocí standardů, zákonů, směrnic, příkazů ředitele atd. (Škrla; Škrlová, 2003).

Hlavním cílem každého auditu je zjišťování faktů, nikoli chyb (Nenadál, 2005). K dalším cílům auditu se řadí: sledování efektivity péče, odůvodnění nákladů na materiální a personální zdroje, podpora kritického myšlení u sester, která vede k analýze vlastní práce a skutečných potřeb pacientů, poskytování přesné formulace zjištěných neshod, návrhy nápravných opatření a doporučení ke zlepšení (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006; Nenadál, 2005).

Z praktického hlediska rozlišujeme čtyři typy ošetrovatelského auditu. Prvním typem je retrospektivní revize ošetrovatelských chorobopisů a záznamů již propuštěných pacientů. Audit implementace ošetrovatelských standardů je druhým typem. Úkolem je zjistit, zda se v praxi odsouhlasené standardy dodržují. Dalším typem je algoritmový audit, který hodnotí strategie péče z perspektivy zachování dohodnutých procesů a jejich alternativ (jedná se např. o klinické postupy nebo mapy péče). Posledním, čtvrtým typem, je audit výsledků péče. Nespokojuje se jen se zjištěním, kým-jak-komu byla poskytnuta péče, ale klade si i otázku, zda to bylo k něčemu dobré (Škrla; Škrlová, 2003).

Dále lze audity dělit z hlediska plánování na plánovaný či neplánovaný audit. Plánovaný audit se provádí v celém zdravotnickém zařízení v určitém období (měsíc, rok). Plán auditu stanovuje manažer kvality nebo náměstek ošetrovatelské péče (hlavní sestra) na celý rok. Pokud se u plánovaného auditu zjistí neshoda, následuje audit neplánovaný, který ověřuje provedení náprav zjištěných nedostatků anebo se provádí na základě vzniklé mimořádné události (Mülerová, 2006; Zavoralová, 2006). Audit je nezbytnou součástí dobře fungující organizace. Patří mezi nejefektivnější nástroje TQM, a pokud je dobře vyhodnocen, představuje spolehlivého průvodce na dobré cestě k dokonalosti (Brabcová, 2006b).

Dle Škrlových (2003) se ošetrovatelský audit řídí následujícími výchozími principy. Audit je partnerský postup a předmět auditu má být vždy předem oznámen. Nelze jej delegovat a realizovat bez potřebného „know-how“. Audit je prováděn týmově s manažerkou programu kontinuálního zvyšování kvality a zahrnuje porovnání skutečné ošetrovatelské praxe s přijatými standardy. Už několikrát bylo zdůrazněno, že cílem auditu je najít „slabá místa“ a neshody se standardy nebo směnicemi za účelem zlepšení. Na nápravných opatřeních ke zdokonalení pracuje tým sester oddělení, kde byl audit proveden. Dalším principem je, že výsledky auditu jsou fakta uznávaná těmi, kterých se audit týká. Výsledky nejsou zveřejňovány a informováno je pouze oddělení, kde audit proběhl. Pokud je zveřejnění obsahu dokumentu auditu vyžádáno, musí být auditová organizace a klient auditu co nejdříve informován. Podle posledního principu musí být kopie formuláře o výsledku auditu, vypracování plánu náprav a dokumentace jejich realizace předána manažerce programu kontinuálního zvyšování kvality a náměstkovi pro ošetrovatelskou péči (Škrla; Škrlová, 2003).

Úkolem auditu 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“ (Jurásková; Svobodová, 2009: 9). Česká asociace sester uvádí hlavní body, které je nutné dodržet u auditu ošetrovatelské péče: prvním bodem je kontrola jednoho otevřeného chorobopisu, včetně zpracování ošetrovatelské kazuistiky. Dále jde o kontrolu deseti uzavřených chorobopisů (včetně chorobopisů zemřelých) a účast na ošetrovatelské

vizitě s prohlídkou celého pracoviště. Důležitým bodem je také pohovor se sestrami a dalšími pracovníky při denní službě a v neposlední řadě také pohovor s hospitalizovanými pacienty. Posledním bodem je prohlídka všech prostor auditovaného zařízení, nesmí chybět ani prostudování vnitroorganizačních norem.

Každý auditor, který jde do zdravotnického zařízení provést cílený či námatkový audit, musí mít plnou moc zřizovatele. Musí podepsat prohlášení mlčenlivosti a musí být proveden zápis o nahlížení do zdravotnické dokumentace. Audit může proběhnout až po splnění těchto podmínek (Jurásková; Svobodová, 2009).

Při provádění auditu je nutné se držet pevně stanoveného desatera. Prvním bodem je volba členů auditorského týmu, které jmenuje manažer kvality nebo náměstek ošetrovatelské péče. Většinou vybírá vrchní, staniční či směnové sestry. Někdy jsou přizváni i jiní specialisté, jako např. lékaři, hygienici aj. Dalším bodem je stanovení sledované oblasti. Předmět auditu musí být měřitelný, relevantní a důležitý, vždy je předem ohlášen čas a konání auditu. Ve třetím bodě jde o stanovení standardů a ověření, zda je standardu v praxi dosahováno. Další bod se týká sestavení kontrolního listu s hodnotícími kritérii podle existujících směrnic a standardů. V pátém kroku se určuje počet sledovaných osob (např. sester, pacientů). Pro dobře hodnotitelný audit je potřeba získat dostatečně velký vzorek hodnocených osob či výkonů. Šestý bod se zabývá určením časového rozmezí auditu, jež závisí na počtu sledovaných výkonů či osob a na charakteru sledované oblasti, na frekvenci činnosti atd. Časové rozmezí může trvat od jednoho dne až po půl roku i déle. Harmonogram auditu je vypracován manažerem kvality či náměstkem ošetrovatelské péče na celý rok pro všechna oddělení a je k dispozici vrchním či staničním sestram. Sedmý bod je věnován sběru a analýze dat, kdy nejjednodušším způsobem práce s daty je počítačový program Excel. Výhodné je převést konečné výsledky na procenta. Osmý bod se týká zápisu do tzv. Protokolu o provedení auditu, kde se zapisují výsledky. Důležité je stanovit, do kdy budou odstraněny nedostatky a kdo zodpovídá za jejich řešení. Další bod se zabývá interpretací dat a navržením nápravných opatření. Obecné výsledky včetně nedostatků je vhodné veřejně prezentovat, ale individuální prohřešky řešíme pouze s dotyčným pracovníkem v soukromí. Po interpretaci je nutné navrhnout vhodná opatření a informovat všechny

osoby na pracovišti, kterých se to týká. Desátý bod se týká zpětné vazby, jednoho z nejdůležitějších kroků auditu. Je třeba si ověřit, zda opravdu došlo k odstranění nedostatků ve stanoveném termínu, zda jsou nápravná opatření efektivní a klienti a personál jsou spokojeni (Škrla; Škrlová, 2003).

Ošetřovatelský audit je sestaven z několika kroků. Nejprve je nutné sestavit tým auditorů. Vedoucím auditorem může být vedoucí pracovník či externí auditor. Auditor je osoba způsobilá k provádění auditu, která je absolventem akreditovaných kurzů a má proškolení s certifikátem. Počet auditorů je třeba přizpůsobit velikosti zdravotnického zařízení. Doporučuje se, aby audity probíhaly nejméně ve dvou osobách, kdy se jeden auditor ptá a druhý zapisuje. Platí zde i známé pořekadlo „více očí více vidí“. Mezi členy auditorského týmu patří i technický expert, což je osoba, která ovládá odbornou problematiku. Dalším důležitým krokem je určení cíle, sledované oblasti ošetřovatelské péče a vytvoření hodnotících kritérií podle směrnic a standardů. Poté následuje samotný sběr informací, analýza a shrnutí výsledků, jejichž součástí je i doporučení ke změně. Posledním krokem je zpětná kontrola doporučených změn (Müllerová, 2006).

Během auditu auditoři posuzují provoz organizace oddělení, kam spadají vizity, rehabilitace, běžné denní návštěvy atd. Posuzována je i realizace ošetřovatelského procesu, stanovení ošetřovatelských diagnóz a správné plánování ošetřovatelských intervencí, jako je např. péče o vyprazdňování, výživu, spánek, bolest. Důležité je také provádění ošetřovatelských výkonů lege artis. Sem můžeme zařadit podávání léků, infuzí, aplikování injekcí, záležitosti související s informovanými souhlasy, používání omezujících prostředků a bezpečí pacienta. Auditoři sledují i technické vybavení oddělení, např. manipulace s odpady a jedy, průběh dezinfekce, úklid aj. Pozornost je věnována i hodnocení indikátorů kvality, např. výskytu pádů, dekubitů, infekcí z operační rány a jiných mimořádných událostí. Dále je posuzována i zdravotnická dokumentace a personální podmínky (Jurásková; Svobodová, 2009).

Ošetřovatelský audit zahrnuje porovnání skutečné ošetřovatelské praxe s přijatými standardy a vyhodnocuje, zda ošetřovatelská praxe využívá dostupných zdrojů. U každého auditu musí být vypracován protokol. S výsledky auditu pracujeme neustále a využíváme je v celém procesu řízení kvality. Audit končí až stanovením nápravných



opatření (Müllerová, 2006). Realizace nápravných opatření jsou v kompetenci vedoucího pracovníka a pracuje na nich celý tým pracovníků daného oddělení, kde byl audit proveden. Výsledky auditu nejsou zveřejňovány, je pouze informováno oddělení, kde audit probíhal. Kopie formuláře o výsledcích auditu a vypracování plánu a realizace náprav je předán manažerovi kvality nebo náměstkovi pro ošetrovatelskou péči daného zdravotnického zařízení. Součástí hodnocení je i osobní konzultace k nápravě zjištěných neshod (Jurásková; Svobodová, 2009).

### **1.5 Interní audity**

„Interní audit je nezávislá, objektivní, ujišťovací a konzultační činnost zaměřená na přidávání hodnoty a zdokonalování procesů v organizaci. Interní audit pomáhá organizacím dosahovat jejich cílů tím, že přináší systematický, metodický přístup k hodnocení a zlepšování efektivnosti řízení rizik, řídicích a kontrolních procesů a správy a řízení organizace“ (Avencu; Springs, 2011: 27).

Interní audity musí být neoddelitelnou součástí poskytované zdravotní péče. Vysoká rizikovost medicíny si žádá, aby kvalita poskytované péče tvořila její smysl a podstatu (Franková, 2006).

Interní audity se zaměřují na správnost dokumentace, spolehlivost, shodu s postupy, úplnost informací, efektivnost využívání zdrojů a odhalování případných nedostatků. Interní audit se rozvinul na základě uspokojení potřeb managementu. Důležitým faktem zůstává, že co není kontrolováno, to se nevyhnutelně horší. Nemonitorované činnosti ztrácí svoji účinnost a efektivnost. Účelem interního auditu je pomáhat pracovníkům organizace v efektivním plnění jejich funkcí, které slouží k dosažení cíle (Schránil; Tvrdoň, 2010). Dalším účelem je stanovit, zda systém managementu kvality byl skutečně efektivně zaveden a je stále udržován. Základní myšlenkou auditu je fakt, že auditor není kontrolor a jeho cílem je hodnotit dosaženou úroveň kvality (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006).

Základní podmínkou interního auditu je zabezpečení aktuálnosti systému. Jde o prověřování a hodnocení systému kvality, které probíhá vzhledem k referenčním standardům. Plánované interní audity se provádí na základě sjednaného a odsouhlaseného ročního plánu daného zdravotnického zařízení, který stanovil manažer kvality. Během interního auditu se sledují následující oblasti: existence dokumentace, její vedení, efektivní uplatňování procesů, identifikace neshod mezi normou a skutečným stavem, odborná způsobilost personálu a způsobilost procesů, odpovědnost a pravomoc personálu, používání informačních technologií a přesnost měření. Před prováděním auditu je dobré stanovit si plán, podle něhož bude audit realizován (Pešek, 2003).

Při interním auditu se provádí následujících šest činností. První je zahájení auditu, jmenování vedoucího auditora, stanovení cílů, předmětu, kritérií a výběr konkrétního týmu auditorů. U externího auditu sem ještě patří navázání úvodního kontaktu s auditovým zdravotnickým zařízením. Další činností je přezkoumání dokumentů systému managementu a určení jejich dostatečnosti s ohledem na kritéria auditu. Třetí činností je příprava plánu auditu, přidělení práce týmu auditorů a příprava pracovních dokumentů. Čtvrtá aktivita zahrnuje samotné provedení auditu na místě. Jedná se o komunikaci při auditu, rozdělení úloh a odpovědnosti pozorovatelů, shromažďování informací, přípravu závěru a závěrečná jednání. Předposlední aktivitu tvoří příprava zprávy z auditu a posledním krokem je dokončení auditu. Ten lze považovat za dokončený až tehdy, jestliže byly provedeny všechny činnosti popsané v plánu a byla distribuována a schválena zpráva z auditu (Česká technická norma, 2003; Pešek, 2003).

Výsledek auditu je dokumentován v závěrečném protokolu, aby mohl vedoucí pracovník oddělení zpracovat návrh nápravy neshod a zajistit jejich realizaci. Na řadu potom přichází následné audity, kdy je úkolem ověřit a zaznamenat, jaká opatření byla přijata k nápravě neshod a jak jsou uplatňována. Do procesů nápravných opatření řadíme stanovení příčin neshod, odstraňování nedostatků, stížnosti pacientů, opatření, která mají zabránit opakovanému výskytu problému, záznamy o činnosti a výsledcích a v neposlední řadě i přezkoumání přijatých opatření.

Důležitou složkou interního auditu je i identifikace preventivních opatření. Slouží k tomu, aby se zabránilo opakovanému výskytu neshod a jejich příčin. Na tvorbě preventivních opatření by se měli podílet vedoucí pracovníci daného zdravotnického zařízení. Při postupu preventivních opatření se musí dokumentovat požadavky na identifikaci neshod a jejich příčin, dále stanovení a zajištění preventivních opatření, zaznamenání výsledků přijatých opatření a požadavky na přezkoumání přijatých preventivních opatření. Tyto návrhy vedoucí k nápravě a prevenci vyplývají ze zjištěných neshod interního systému kvality. Návrhy, které vyplývají z interního auditu, mají dva charaktery. V prvním případě se jedná o preventivní návrhy, které se řeší ihned po jejich zjištění a kompetence spadají přímému nadřízenému. Druhým charakterem jsou systémová opatření, která jsou navrhována a až po schválení ukládána vedoucím pracovníkům daného oddělení. Návrhy na preventivní opatření stanovuje vedení zdravotnického zařízení a ukládá je manažerovi kvality. Nápravná opatření systémová i preventivní se ukládají písemně. Manažer kvality je sleduje a dohlíží na jejich účinnost a plnění. Sledování je ukončeno až tehdy, bylo-li dosaženo potřebné účinnosti. Pokud v některé fázi zjistíme nedostatek, musíme se vrátit o několik kroků zpět, dokud nejsou všechna nápravná opatření realizována a odstraněny neshody (Pešek, 2003).

### ***1.5.1 Historie interních auditů***

Počátky interního auditu byly zaznamenány již v době 3 500 let před naším letopočtem. V dávných dobách se role auditora měnila podle potřeby a kultury (Kafka, 2009).

Původním účelem interního auditu bylo zajistit dostatečnou míru bezpečnosti, později se přeorientoval z provádění kontrol na hodnocení účinnosti a efektivnosti jednotlivých mechanismů. Počátky systematického uplatňování interního auditu se vztahuje k přelomu 30. a 40. let minulého století, nejvíce na území USA.

V roce 1941 byl interní audit uznán jako samostatná disciplína. Malá skupina praktikujících interních auditorů založila v New Yorku „Institut interních auditorů“

/IIA/. Dnes má sídlo v Altamonte Springs na Floridě. Mezi základní úkoly této instituce patří: starat se o profesní úroveň interních auditorů, šířit znalosti a informace a co nejvíce podporovat profesi interního auditu. Dnes je IIA profesním sdružením s celosvětovou působností, podporujícím rozvoj profese interního auditu.

V roce 1982 úsilí o sjednocení přístupu k interním auditům vedlo některé evropské interní auditory k založení Evropské konfederace institutů pro interní audit (European Confederation of Institute of Internal Auditing /ECIIA/). Posláním spatřuje v prosazování a rozvíjení profesionální praxe v oblasti interního auditu v Evropě.

Interní audit je v České republice velmi mladou profesí. Počátek je spojen s pronikáním mezinárodních společností na český trh. V roce 1995 u nás vznikl Český institut interních auditorů /ČIIA/. Se sídlem v Praze. Cílem a posláním ČIIA je podpora a prosazování rozvoje interního auditu v České republice. ČIIA organizuje vzdělávací akce, spolupracuje se zahraničními institucemi, publikuje materiály k získávání a rozšíření znalostí o interním auditu a vydává čtvrtletně časopis „Interní auditor“ (Schránil, Tvrdoň, 2010).

### ***1.5.2 Profil interního auditora***

Auditoři jsou zaměstnanci organizace nebo externí osoby s odbornou způsobilostí k provádění auditu. Především oni jsou základními činiteli úspěchu či neúspěchu auditu. Auditor by měl mít znalosti v těchto oblastech: postupy a techniky auditu, akreditační standardy a jejich provázanost, indikátory, zákony, předpisy a organizační struktura auditované organizace (Franková, 2006). Dále by měl mít ukončené dostatečné vzdělání, pracovní zkušenosti, školení a výcvik v oblasti auditů, image, řídicí schopnosti, schopnost rozlišovat podstatné od nepodstatného a zkušenosti s prováděním auditů (Hájek, 2003). Úroveň těchto dovedností si stanovuje organizace v dokumentovém předpisu pro interní audit. Ne každý člověk, byť by splňoval požadavky na výcvik a vzdělání, může být kvalitním auditorem. Auditor musí mít také řadu lidských vlastností (*tabulka 1*), které z něj činí auditora s přirozenou autoritou.

**Tabulka 1 Schopnosti a vlastnosti auditora**

<b>Schopnosti a vlastnosti auditora</b>			
<b>Žádoucí</b>			<b>Nežádoucí</b>
<b>dobrý úsudek</b>			nesoudnost
<b>píle</b>			lenost
<b>vytrvalost</b>			nedostatek vytrvalosti
<b>vnímavost</b>			nedostatek vnímavosti
<b>trpělivost</b>			netrpělivost
<b>diplomatická schopnost</b>			hádavost
<b>ukázněnost</b>			neukázněnost
<b>poctivost</b>			nepoctivost
<b>zájem</b>			nezájem
<b>umění naslouchat druhým</b>			„hluchota“
<b>schopnost komunikovat na všech úrovních</b>			neschopnost komunikovat
<b>analytická mysl</b>			nekritické přijímání informací
<b>zkoumavá mysl</b>			naivita
<b>vyjadřovací schopnosti</b>			nedostatek vyjadřovacích schopností
<b>žádný strach před nelibostí</b>			povrchnost
<b>profesionalita</b>			neprofesionalita
<b>lidskost</b>			nadutost
<b>přímost</b>			uhýbavost
<b>nezávislost</b>			závislost
<b>dochvilnost</b>			nedochvilnost

Všechny vlastnosti uvedené v tabulce 1 nemá žádný člověk (nikdo není dokonalý), ale je potřeba vybírat takové pracovníky, kteří mají co nejvíce žádoucích vlastností. Každá zdravotnická organizace provádějící audity by měla při výběru auditorů přihlížet k uvedeným požadavkům v co nejširší míře. Dále by měla zajistit adekvátní školení a zabezpečit i kontinuální prověřování znalostí a schopností auditorů (Dvořáček, 2003; Nenadál, 2005).

Interní auditoři jsou do funkce jmenováni ředitelem daného zdravotnického zařízení a obdrží jmenovací dekret (viz Příloha 1). Jména auditorů jsou všem zaměstnancům známa (např. je uveřejněn seznam auditorů na intranetu včetně oblastí, kde mohou provádět audit), (Kapias, 2010).

Povinnosti auditora jsou dány zákonem o auditorech (zákon č. 93/2006). Pro příklad zde uvádím § 14 Nezávislost auditora.

„Auditor musí být při provádění auditorské činnosti nezávislý na auditované osobě a nesmí se podílet na jejím rozhodování. Při provádění auditorské činnosti je vázán právními předpisy a je rovněž povinen dodržovat auditorské standardy podle § 18, etický kodex a ostatní předpisy“ (Králíček, 2009: 24).

Práce interního auditora vyžaduje, aby k ní vždy přistupoval s otevřenou myslí a se schopností navrhnout nápravná řešení. Jednání auditora by se mělo řídit několika pravidly. Na prvním místě je důvěra, která je základem pro spolehlivost jejich úsudku. Dalším pravidlem je, že interní auditoři při interním auditu prokazují nejvyšší úroveň profesionální objektivity. Třetí pravidlo říká, že interní auditoři respektují hodnoty informací, které získávají při své práci. Poslední pravidlo se týká uplatnění dovedností, vědomostí a zkušeností interních auditorů (Dvořáček; Kafka, 2005).

### ***1.5.3 Kontrolní listy***

Ke každému auditu patří kontrolní list, na který se zapisují zjištěné údaje. Kontrolní list se skládá ze dvou částí, hlavičky a vlastního kontrolního listu. Hlavička obsahuje název sledované oblasti, jména auditorů, název oddělení a stanice, kde bude audit probíhat a časové rozmezí, kdy bude audit probíhat. Vlastní kontrolní list musí obsahovat metodu sledování (např. dotazování sester, pacienta, sledování určitého výkonu či ověřování dokumentace) a dále čísla kontrolních kritérií a samotná kontrolní kritéria. Kritéria musí být jasná, důležitá, srozumitelná a odpovědi musí být jednoznačné (ano či ne). Musí se vztahovat k cíli, abychom se dozvěděli, zda bylo cíle

dosaženo. Důležité je stanovit způsob hodnocení auditu, který bude dodržován všemi auditory (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006).

## **1.6 Systémové modely pro zvyšování kvality zdravotní péče**

Zdravotnická zařízení se v současné době zaměřují na kvalitu péče a služeb, kterou poskytují. Jestli je kvalitní péče poskytována, zajímá ve vyspělých zemích jak pacienti, tak i plátce, tedy zdravotní pojišťovny. Všichni očekávají efektivní, kvalitní a standardizovanou péči a kdykoliv mohou chtít předložit certifikát o tom, že to tak opravdu je. Ve vyspělých zemích existuje řada systémů a modelů, které se zabývají rozvojem kvality. Lze je rozdělit do několika následujících kategorií. První jsou modely systémů řízení kvality a patří sem Mezinárodní organizace pro normalizaci (The international Organization for Standardization /ISO/). Do druhé kategorie spadají modely akreditačních standardů, jedná se například o Společnou komisi pro akreditaci zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), Spojenou mezinárodní komisi (Joint Commission International Accreditation /JCIA nebo JCI/ a Spojenou akreditační komisi ČR. Další kategorií jsou modely, které definují proces tvorby národních akreditačních standardů, kam spadá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (The International Society for Quality in Health Care /ISQua/) a její dceřiná organizace ALPHA (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation). Poslední kategorií tvoří modely excelence, světové ceny za kvalitu. Řadí se sem cena Malcolma Baldrige, Evropská nadace pro řízení kvality (The European Foundation for Quality Management /EFQM/) a Six Sigma (Škrála; Škrlová, 2003).

Než začneme charakterizovat jednotlivé modely, je nutné si objasnit pojmy akreditace a certifikace. Pojem akreditace znamená oficiální uznání nestátní a neziskovou institucí, že zdravotnické zařízení pracuje podle daných standardů. Certifikace znamená, že určitá instituce hodnotí, zda organizace, program či jednotlivec,

splňují stanovené požadavky (Joint Commission International, 2005, 2009; J4, Škrla; Škrlová, 2003).

### **1.6.1 ISO**

„Nepřežijí ti nejsilnější ani ti nejinteligentnější Přežijí ti, kteří mají největší adaptabilitu na změnu“ (Charles Darwin), (Škrla; Škrlová, 2003: 52).

Mezinárodní organizace pro standardizaci vznikla v roce 1947 v Ženevě. Zkratka ISO není označení začátečních písmen anglického názvu, ale je odvozeno od řeckého slova isos, které znamená stejný. Cílem organizace ISO je vytvářet technické standardy ve všech různých odvětvích průmyslu (Joint Commission International, 2009; Škrla; Škrlová, 2003).

První série ISO 9000, týkající se kvality, vznikla až v roce 1987. Nejvýznamnější standardy z toho byly ISO 9000 Systém managementu kvality, zabývající se základy a terminologií, ISO 9001 Systém managementu kvality, který zavádí požadavky, ISO 9004 Systém managementu kvality uvádí návod ke zlepšení výkonnosti, ISO 1911 Směrnice pro provádění auditu kvality (Nenadál, 2004) a ISO/IEC 17025:2000 Všeobecné požadavky na způsobilost zkušebních a kalibračních laboratoří. ISO normy musí být každých pět let přezkoumány a následně přebudovány z důvodu vhodnosti. Důležité novelizace proběhly v roce 1994 a koncem roku 2000. V roce 2000 byla aktualizována celá série 9000 zabývající se standardizací kvality, nyní známá jako ISO 9001:2000 (Bělohlávek, 2006; Pešek, 2003).

V roce 2001 byla v Detroitu pro zdravotnictví modifikována norma ISO 9001:2000 s cílem rozvíjet základní systémy managementu kvality. Pro ISO normu existuje osm zásad, které musí zdravotnická organizace chápat a využívat. První zásada je zaměřena na zákazníka, jak zdravotnické zařízení vnímá a plní pacientovo očekávání. Zásada vedení spočívá v zajištění infrastruktury zdravotnického zařízení a při zapojování zaměstnanců je dosahováno plánovaných cílů. Princip zapojení zaměstnanců, říká, že zaměstnanci jsou podstatou organizace a jsou potřební při procesech plánování



a rozhodování. Čtvrtou zásadou je procesní přístup, který musí práci monitorovat, vyhodnocovat a neustále zlepšovat. Dále jde o princip systémového přístupu managementu, který využívá strategické myšlení. Trvalé zlepšování je princip, který spočívá v programu kontinuálního zvyšování kvality. Sedmou zásadu zaujímá rozhodování, které má vycházet z faktů a nikoliv pocitů. Poslední zásadou je vzájemný vztah s dodavateli, jenž má být založen na kvalitě (Kilíková; Jakešová, 2008; Madar, 2004; Pešek, 2003).

### **1.6.2 JCAHO**

Tato organizace vznikla v roce 1951 z iniciativy Amerického svazu chirurgů (The American College of Surgeons). V současnosti se jedná o největší organizaci v USA, která provedla akreditaci ve více než 20 000 zdravotnických organizacích. Jedná se o nezávislou a neziskovou organizaci, která se snaží rozpracovat soubor kritérií pro hodnocení úrovně a kvality poskytované péče ve zdravotnických zařízeních (Geyndt, 1995). V roce 1994 byla provedena poslední aktualizace jejích standardů, v níž jsou obsaženy metody pro kontinuální zvyšování kvality, a více než polovina standardů se přímo nebo nepřímo dotýká bezpečí pacienta. K nejdůležitějším cílům organizace patří např.: identifikace pacienta, efektivní komunikace, omezení nozokomiálních infekcí,... (Škrļa, 2005). V roce 2002 začlenila organizace do svých standardů požadavek na kontinuální vyhodnocení rizik a procesů ve zdravotnictví. Standard doslova říká: „Vyhodnořte a upravte proces tak, abyste minimalizovali jeho rizika a ochránili pacienty před možnými následky selhání“ (Škrļa; Škrřlová, 2008: 25).

Zpočátku JCAHO akreditovala pouze nemocnice, postupem času pak začala svoji činnost rozšiřovat i na ostatní zdravotnická zařízení. Jedná se zejména o zařízení dlouhodobé péče, domácí péče, laboratoře, ambulantní péči hospice (Madar, 2004; Mastiliaková, 2001; Škrļa; Škrřlová, 2003).

V posledních letech ale nemocnice nejen v USA od akreditace JCAHO ustupují. K největším důvodům se řadí vysoká cena za akreditaci, ale také to, že JCAHO není kontrolována žádnou jinou veřejnou organizací (Madar, 2004).

### **1.6.3 JCIA**

Jde o dceřinou společnost JCAHO a je zatím jedinou organizací, která má oprávnění udělovat mezinárodní osvědčení o akreditaci zdravotnických zařízení. Vznikla v roce 1998 a důvodem byl stále se zvětšující zájem o akreditační standardy. V roce 1999 vydala JCIA mezinárodní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení. Více než 300 standardů vzniklo na základě mezinárodního konsenzu a vycházejí z řízení kvality a kontinuálního zvyšování kvality. JCIA si standardy rozdělila do dvou skupin, zaprvé na standardy týkajících se potřeb pacientů a zadruhé na standardy zaměřené na funkci zdravotnického zařízení. Cílem standardů je efektivita a kvalita péče, řízení rizik a chyb a vytváření optimálního léčebného prostředí (Joint Commission International, 2009; Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006; Škrļa; Škrlová, 2003).

Akreditační komise při akreditaci vychází z přímých rozhovorů se zaměstnanci i pacienty a věnuje velkou pozornost vnitřním předpisům. Výhodou akreditace JCIA je světová jednotnost, ale také to, že umožňuje komisařům přihlížet k místnímu kulturnímu a právnímu kontextu v každé zemi. Akreditovaná zdravotnická organizace obdrží certifikát o akreditaci, který má platnost tři roky. Po uplynutí platnosti musí zdravotnická zařízení reakreditovat (Joint Commission International, 2005; Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006; Škrļa; Škrlová, 2003).

### **1.6.4 SAK ČR**

Spojená akreditační komise ČR vznikla pod záštitou Ministerstva zdravotnictví v roce 1998. Posláním SAK ČR je neustálé zvyšování kvality a bezpečí práce za pomoci

akreditací zdravotnických zařízení, poradenskou a publikační činností (Kareš; Drlíková; Brabcová, 2006).

V roce 1998 vydala SAK prvních padesát akreditačních standardů pro zdravotnickou veřejnost. Týkaly se péče o pacienta a aspektu provozu zdravotnické organizace. Standardy jsou rozděleny do deseti tematických oblastí. Jedná se o standardy kvality, diagnostické postupy, péči o pacienty, kontinuitu péče, dodržování práv pacientů, podmínky poskytování péče, management, péči o zaměstnance, sběr a zpracování dat a v neposlední řadě o protiepidemická opatření. Akreditace SAK má platnost tři roky a po uplynutí může zdravotnické zařízení zažádat o reakreditaci (Škrla; Škrlová, 2003).

Od roku 2008 se tato organizace přejmenovala na Spojenou akreditační komisi, obecně prospěšná společnost /SAK, o.p.s./, která převzala akreditační činnost, práva a povinnosti Spojené akreditační komise ČR. „Dne 21. 6. 2012 bylo Spojené akreditační komisi o.p.s. jako první organizaci v ČR uděleno „oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, pro druhy zdravotní péče podle ust. & 5 odst. 2 písm. f) až h) zákona č. 372/2011 Sb., dle omezení udělení oprávnění dle vyhlášky č. 102/2012 Sb" (SAK o.p.s., 2012).

### ***1.6.5 ISQua a ALPHA***

Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví vznikla v roce 1985 při setkání odborníků ve zdravotnictví v Itálii. Společnost je hluboce ovlivněna myšlenkami Avedise Donabediana a vydobyla si mezinárodní uznání. Od roku 1995 má stálé sídlo v Melbourne v Austrálii. ISQua nabízí ve zdravotnictví jedinečnou příležitost v oblasti rozvoje kvality. ALPHA je dceřinou společností ISQua a pomáhá zemím vytvářet nebo zlepšovat jejich vlastní akreditační standardy ve zdravotnictví. Snaží se do standardů včlenit principy významných systémů kvality, jako jsou např. ISO nebo cena Baldrige (Škrla; Škrlová, 2003).

### ***1.6.6 Cena kvality Malcolma Baldrige***

Národní cena za kvalitu vznikla na počest ministra obchodu v USA v roce 1987. Cena za kvalitu se uděluje jedenkrát za rok a uděluje ji Národní institut pro standardy a technologii při Ministerstvu obchodu USA jako uznání za nejvyšší stupeň kvality. Každý držitel této ceny je ze zákona povinen poskytnout zájemcům informace o postupu při řízení kvality. Cena za kvalitu se týká hlavně oblastí strategického plánování, vůdcovství, informatiky, lidských zdrojů, zaměření se na zákazníka, řízení procesů a kvality výstupu. V roce 1998 byla kritéria národní ceny publikována pro oblast zdravotnictví a týkají se kontinuálního zvyšování kvality z hlediska spokojenosti pacientů a kvality provozu (Gladjik, 2003; Joint Commission International, 2009; Škrla; Škrlová, 2003).

### ***1.6.7 EFQM***

Evropská nadace pro řízení kvality byla založena roku 1998 čtrnácti prezidenty nejvýznamnějších evropských společností a za podpory Rady Evropy. Posláním EFQM je vést organizace v Evropské unii ke kvalitě pomocí programu Total Quality Management. EFQM má sídlo v Bruselu a nabízí model, který se zabývá podpůrnými faktory, jako je vedení, zaměstnanci, politika a strategie, a výslednými faktory, které se zabývají spokojeností zaměstnanců a pacientů. Pro zvyšování konkurenčních výhod byla zavedena Evropská cena za kvalitu (European Quality Awards /EQA/). Ceny se udělují v různých kategoriích, např. společnosti, instituce v rámci veřejného sektoru, provozní jednotky společnosti. K cílům EFQM nepatří jen udělování ceny společností, ale také poskytování základní metodiky k tomu, jak řídit organizaci a jak je možné se zlepšit, a to bez ohledu na typ a velikost organizace (Madar, 2004; Joint Commission International, 2009; Škrla; Škrlová, 2003).

### ***1.6.8 Six Sigma***

Program Six Sigma vznikl v Americké organizaci Motorola v roce 1987. Motorola získala velkou popularitu, když dostala Baldrigeovu cenu za kvalitu. Six Sigma je modelem, který pomáhá organizacím splnit požadavky klientů na vysokou kvalitu, tzn. procesy bez chyb (Škrla, 2005). Sigma je řecké písmeno a ve statistice se používá k určování standardní odchylky. Standardní odchylka naznačuje nahromadění dat kolem průměrné hodnoty. V praxi to znamená mít pouze tři až čtyři vážné chyby na milion případů. Pro zdravotnická zařízení to představuje nesmírně vysoký požadavek na kvalitu. Smyslem programu je tedy kontinuální zlepšování kvality (Škrla; Škrlová, 2003).

## **2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### **2.1 Cíl práce**

- 1) Zjistit, jak hodnotí směnné sestry a vedoucí sestry interní audity.
- 2) Zjistit odbornou způsobilost interních auditorů.
- 3) Zmapovat problematiku interních auditů z pohledu interních auditorů.

### **2.2 Hypotézy práce**

- 1) Interní audity hodnotí směnné sestry jako účinný nástroj, který vede ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče.
- 2) Interní audity hodnotí vedoucí sestry jako účinný nástroj, který vede ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče.
- 3) Interní auditoři jsou vzděláni pro vykonávání interních auditů.
- 4) Interní auditoři jsou školeni pro vykonávání interních auditorů.

### **2.3 Výzkumné otázky**

- 1) Jakou odbornou způsobilost musí mít interní auditoři?
- 2) Jak interní auditoři hodnotí svojí práci?
- 3) Jaká zlepšení pozorují interní auditoři v poskytované péči?

### **3 METODIKA**

Pro zpracování empirické části diplomové práce byla zvolena kvantitativní a kvalitativní metoda výzkumného šetření. Sběr dat probíhal v měsících březen až červen 2012.

#### **3.1 Použité metody**

Kvantitativní výzkumné šetření bylo provedeno formou vlastního dotazníku, který obsahoval celkem 27 otázek (viz Příloha 2). Dotazník byl určen nelékařským zdravotním pracovníkům. Všichni respondenti byli seznámeni se záměrem výzkumného šetření a ujištění o zachování jejich anonymity. Úvodní otázky v dotazníku byly zaměřeny na identifikační údaje jednotlivých pracovníků. Další část otázek byla zaměřena na oblasti kvality, kde se některé otázky dotýkaly problematiky indikátorů kvality, standardů a auditů obecně. Poslední kategorie otázek se zaměřila na interní audit, zaměřila se na efektivnost interních auditů, výsledky auditů a interního auditora. Otázky v dotazníku byly zavřené, polozavřené a jedna otevřená pro vyjádření vlastního názoru k dané problematice. Dvě otázky umožňovaly respondentům označit více odpovědí.

Vyhodnocování dotazníkového šetření bylo provedeno zadáním dat do tabulky v programu Microsoft Office Excel 2007 a další zpracování do jednoduchých a kontingenčních tabulek pomocí programu SPSS 17,0. Při zpracování byly použity statistické funkce jako četnost, relativní četnost, relativní četnost validní a kumulativní součty relativní. U statisticky významných vztahů byly využity kontingenční tabulky a chí kvadrát, který umožňuje testovat nezávislost proměnných.

Pro kvalitativní část výzkumného šetření byl použit hloubkový rozhovor, který proběhl s třemi manažery kvality a s třemi interními auditory. K provedení rozhovoru s manažery kvalit bylo připraveno šest otevřených otázek, které se během rozhovoru rozvíjely (viz Příloha 3). Otázky byly zaměřeny na kvalitu, interní audity a interní

auditory. Pro vedení rozhovoru s interními audity bylo připraveno pět otázek, které byly zaměřeny na práci interního auditora. Rozhovory byly zaznamenávány na předem připravený formulář.

Byly rovněž provedeny tři interní audity ošetřujících jednotek a tři interní audity zdravotnické dokumentace. K provedení interních auditů byly použity kontrolní listy a záznamy neshod a nápravných opatření.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výsledky kvantitativního výzkumného šetření byly postaveny na základě odpovědí respondentů z řad nelékařských zdravotnických pracovníků. Dotazník byl rozeslán na základě domluvy do pěti nemocnic v kraji Vysočina. Celkem bylo rozesláno 225 dotazníků na různá oddělení nemocnic. Z celkového počtu 225 se vrátilo 210 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků byla 93%. Při následném zpracování bylo 19 dotazníků vyřazeno pro chybné nebo neúplné zpracování. Výzkumný soubor tvořilo 191 respondentů (100%).

Výzkumný soubor pro kvalitativní výzkum tvořilo šest respondentů. U manažerů kvality se jednalo o velmi zkušené odborníky, které se pohybují ve zdravotnictví již několik desítek let. Interní auditoři byli vybíráni podle délky praxe s interními audity a ochoty uplatnit svůj názor na danou problematiku. Výzkumné šetření bylo vedeno pomocí rozhovoru na základě připravených otázek a zaznamenáno do formuláře.

Interní audity byly provedeny na infekčním, chirurgickém a interním oddělení. Kritériem pro výběr oddělení byla ochota manažera kvality a staniční sestry daného oddělení. Při interním auditu byly použity kontrolní listy, které obsahovaly 25 požadavků na kontrolu kvality. Případné neshody byly zaznamenány do záznamu neshod a nápravných opatření.



### 3.3 Realizace výzkumu

Kvantitativní výzkum byl proveden na základě schválení náměstkem ošetrovatelské péče jednotlivých nemocnic v kraji Vysočina. Poté byly osobně a telefonicky kontaktovány vrchní sestry vybraných oddělení. Počet rozeslaných dotazníků byl předem dohodnutý podle počtu personálu. Přístup vrchních sester a náměstků ošetrovatelské péče byl překvapivě vstřícný. Návratnost dotazníků činila 93%. Z vyplněných dotazníků jich bylo při zpracování ještě 19 vyřazeno. Nejčastěji se jednalo o nevyplnění některých otázek nebo označení více odpovědí na otázku, kde měla být pouze jedna. V konečné fázi bylo pro výzkumné šetření použito 191 dotazníků.

Vzorek pro kvalitativní šetření, se kterým byl veden rozhovor, tvořilo šest respondentů (tři manažeři kvality a tři interní auditoři). Přístup respondentů byl vstřícný, ochotný a otevřený. Na začátku rozhovoru jim byla sdělena informace o anonymitě v souvislosti se zjištěnými údaji. Anonymita dat a soukromí respondentů byla zajištěna tím, že veškerá jména respondentů v této práci jsou pseudonymy. Rozhovor byl veden dle připravených otázek týkajících se kvality, interních auditů a interních auditorů a jejich práce. Rozhovory byly zaznamenávány na předem připravený formulář. Rozhovory jsou předkládány pouze s drobnými slohovými úpravami.

Výzkumné šetření pomocí interních auditů bylo provedeno na základě schválení manažerů kvality jednotlivých nemocnic v kraji Vysočina. Poté jsem osobně kontaktovala vrchní a staniční sestru daného oddělení, kde audit probíhal. Byly informovány o anonymitě v souvislosti se zjištěnými informacemi. Audit byl veden dle připravených kontrolních listů. Po auditu byly neshody zaznamenány do záznamu neshod a nápravných opatření, kde byla navrhována i nápravná opatření. Přístup manažerů kvality a vrchních a staničních sester byl ochotný a vstřícný.

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

Tabulka 2 Věk dotazovaných respondentů

Věk	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
19-29 let	26	13,6	13,6	13,6
30-39 let	39	20,4	20,4	34,0
40-49 let	71	37,2	37,2	71,2
50 let a více	55	28,8	28,8	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 respondentů (100%) bylo 26 respondentů (13,6%) ve věku 19-29 let, ve věku 30-39 let odpovídalo 39 respondentů (20,4%), 71 respondentů (37,2%) bylo ve věkovém rozmezí 40-49 let a 55 respondentům (28,8%) mělo 50 a více let.

**Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů**

Vzdělání	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
SZŠ	74	38,7	38,7	38,7
SZŠ + PSS	66	34,6	34,6	73,3
VZŠ	29	15,2	15,2	88,5
Bc.	18	9,4	9,4	97,9
Mgr.	4	2,1	2,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných vystudovalo 74 (38,7%) respondentů střední zdravotnickou školu. Střední zdravotnickou školu se specializací uvedlo 66 (34,6%) respondentů. Vyšší odborné vzdělání označilo 29 (15,2%) dotazovaných. 18 (9,4%) respondentů má bakalářské vzdělání a pouze 4 (2,1%) respondenti mají úplné vysokoškolské vzdělání (Mgr.).

**Tabulka 4 Délka praxe respondentů ve zdravotnictví**

Délka praxe	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
2-5 let	27	14,1	14,1	14,1
6-15 let	34	17,8	17,8	31,9
16-25 let	59	30,9	30,9	62,8
26 let a více	71	37,2	37,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) respondentů uvedlo 71 (37,2%) dotazovaných, že pracuje ve zdravotnictví déle než 26 let. V rozmezí 16-25 let pracuje ve zdravotnictví 59 (30,9%) dotazovaných, v rozmezí 6-15 let pracuje ve zdravotnictví 34 (17,8%) respondentů. Nejmenší podíl zaujímají pracující v rozmezí 2-5 let, 27 (14,1%) dotazovaných.

**Tabulka 5 Pracovní zařazení dotazovaných sester**

Pracovní zařazení	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Staniční, vrchní	13	6,8	6,8	6,8
Sestra u lůžka	150	78,5	78,5	85,3
Sestra na ambulanci	28	14,7	14,7	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) respondentů pracuje 150 (78,5%) dotazovaných jako sestra na lůžkovém oddělení. 28 (14,7%) respondentů pracuje jako sestra v ambulanci a pracovní zařazení staniční či vrchní uvedlo pouze 13 (6,8%) dotazovaných.

**Tabulka 6 Zavedený program kontinuálního zvyšování kvality**

<b>Program KZK</b>	<b>Četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Ano	190	99,5	99,5	99,5
Nevím	1	0,5	0,5	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) respondentů odpovědělo 190 (99,5%) dotazovaných, že u nich ve zdravotnickém zařízení je zavedený program kontinuálního zvyšování kvality. Pouze 1 (0,5%) respondent odpověděl, že neví, zda je u nich ve zdravotnickém zařízení tento program zaveden.

**Tabulka 7 Ocenění v oblasti kvality**

<b>Ocenění v oblasti kvality</b>	<b>Četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
SAK	191	100,0	100,0	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných odpovědělo všech 191 (100%) respondentů, že jejich zdravotnické zařízení získalo akreditaci od SAK ČR.

**Tabulka 8 Indikátor kvality**

Indikátor kvality je:	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Hodnocení ošetrovatelské péče	20	10,5	10,5	10,5
Měřitelné kritérium kvality	164	85,9	85,9	96,3
Informace o kvalitě od pacienta	1	0,5	0,5	96,9
Nevím	6	3,1	3,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných uvedlo 164 (85,9%) respondentů správnou odpověď, a to že indikátor kvality je měřitelné kritérium kvality. 20 (10,5%) respondentů označilo, že indikátor kvality je hodnocení ošetrovatelské péče, 1 (0,5%) respondent odpověděl, že se jedná o informace o kvalitě získané od pacienta. 6 (3,1%) dotazovaných neví, co to indikátor kvality je.

**Tabulka 9 Práce dle ošetrovatelských standardů**

Práce dle standardů	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	160	83,8	83,8	83,8
Spíše ano	31	16,2	16,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných odpovědělo 160 (83,8%) respondentů, že pracují na pracovišti dle ošetrovatelských standardů, 31 (16,2%) respondentů si nebylo zcela jisto, ale odpověděli spíše ano.

**Tabulka 10 Ošetřovatelský audit**

Ošetřovatelský audit je:	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Vyhodnocení ošetřovatelské praxe	158	82,7	82,7	82,7
Subjektivní hodnocení	22	11,5	11,5	94,2
Kontrola funkce ošetřovatelského procesu	11	5,8	5,8	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných označilo 158 (82,7%) respondentů správnou odpověď, že ošetřovatelský audit je vyhodnocení ošetřovatelské praxe. Ošetřovatelský audit jako subjektivní hodnocení uvedlo 22 (11,5%) respondentů. 11 (5,8%) dotazovaných uvedlo, že ošetřovatelský audit je kontrola funkce ošetřovatelského procesu.

**Tabulka 11 Znalost rozdílu mezi interním a externím auditem**

	<b>Rozdíl interní a externí audit</b>	<b>Četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní četnost relativní</b>
	Ano	167	87,4	87,4	87,4
	Ne	24	12,6	12,6	100,0
	<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných uvedlo 167 (87,4%) respondentů, že ví, jaký je rozdíl mezi interním a externím auditem. 24 (12,6%) respondentů odpovědělo, že tento rozdíl nezná.

Nejvíce dotazovaných uvádělo rozdíl mezi interním a externím auditem takto:

Interní audit je: vnitřní audit, audit v rámci nemocnice, hodnocení v rámci nemocnice, na audit chodí zaměstnanci nemocnice.

Externí audit je: vnější audit, provádějí ho pracovníci jiné organizace, hodnocení mimo nemocnici.



**Tabulka 12 Přínos auditu pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče**

Přínos auditu	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	114	59,7	59,7	59,7
Ne	47	24,6	24,6	84,3
Nevím	30	15,7	15,7	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

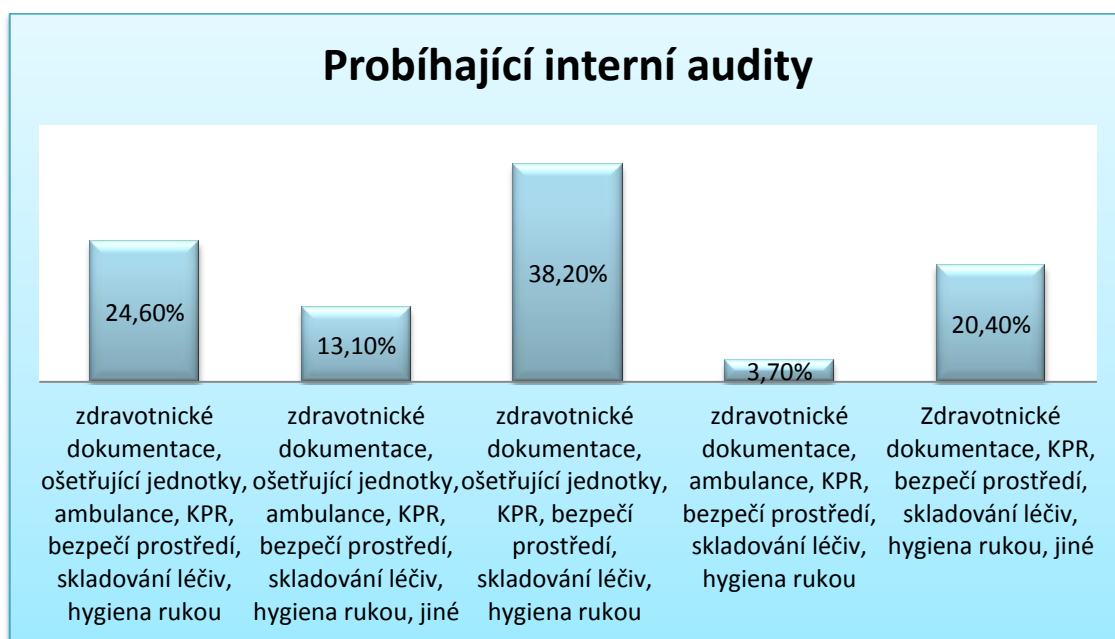
Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných uvedlo 114 (59,7%) respondentů, že audity jsou přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče a slouží ke zlepšení péče o klienty, předcházení chyb, vylepšení kvality péče a kontrole pracovníků. 47 (24,6%) respondentů odpovědělo, že audity nejsou přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče. 30 (15,7%) dotazovaných neví, zda jsou audity přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

**Tabulka 13 Provádění interních auditů na oddělení**

Provádění interních auditů	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	191	100,0	100,0	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných všichni respondenti uvedli, že se u nich na oddělení provádějí interní audity.

**Graf 1 Probíhající interní audity ve zdravotnickém zařízení**



Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných odpovědělo 73 (38,2%) respondentů, že u nich ve zdravotnickém zařízení probíhají následující interní audity: zdravotnické dokumentace, ošetřující jednotky, KPR, bezpečí prostředí, skladování léčiv a hygiena rukou. 47 (24,6%) respondentů uvedlo, že se u nich interní audity zaměřují na zdravotnickou dokumentaci, ošetřující jednotku, ambulance, KPR, bezpečí prostředí, skladování léčiv a hygienu rukou. 39 (20,4%) dotazovaných uvedlo, že interní audity se u nich ve zdravotnickém zařízení zaměřují na zdravotnickou dokumentaci, KPR, bezpečí prostředí, skladování léčiv, hygienu rukou a jiné. 25 (13,1%) dotazovaných odpovědělo, že u nich probíhají následující interní audity: zdravotnické dokumentace, ošetřující jednotky, ambulance, KPR, bezpečí prostředí, skladování léčiv, hygieny rukou a jiné. 7 (3,7%) respondentů uvedlo, že interní audity jsou u nich zaměřeny na zdravotnickou dokumentaci, ambulanci, KPR, bezpečí prostředí, skladování léčiv a hygienu rukou. K jiným auditům respondenti nejčastěji uváděli audit podávání léků, audit dodržování ošetřovatelských auditů, audit využívání pracovní doby nebo audit systému na objednávání.

**Tabulka 14 Informace o výsledcích interního auditu**

Informace o výsledcích	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano, občas	77	40,3	40,3	40,3
Ano, vždy	100	52,4	52,4	92,7
Nevím	14	7,3	7,3	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných uvedlo 100 (52,4%) respondentů, že informace o výsledcích interního auditu dostávají vždy. Odpověď, že dostávají informace o výsledcích interního auditu jen občas, označilo 77 (40,3%) dotazovaných. 14 (7,3%) respondentů odpovědělo, že neví, zda dostávají informace o výsledcích z auditu.

**Tabulka 15 Obsah výsledků z interního auditu**

Informace na:	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Odstranění chyb	22	11,5	11,5	11,5
Předcházení chyb	12	6,3	6,3	17,8
Předcházení a odstraňování chyb	140	73,3	73,3	91,1
Jiné – zjištěné nedostatky	17	8,9	8,9	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných odpovědělo 140 (73,3%) respondentů, že výsledky interního auditu obsahují informace na předcházení a odstranění chyb. Informace jen na odstranění chyb uvedlo 22 (11,5%) respondentů. Informace jen o předcházení chyb dostává 12 (6,3%) respondentů. 17 (8,9%) dotazovaných odpovědělo, že dostávají informace jen o zjištěných nedostatcích.

**Tabulka 16 Sestavení kritérií interního auditu**

Správné sestavení kritérií	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	117	61,3	61,3	61,3
Ne	39	20,4	20,4	81,7
Kritéria auditu neznám	35	18,3	18,3	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných uvedlo 117 (61,3%) respondentů, že kritéria interního auditu jsou sestavena tak, aby prověřila všechny důležité náležitosti. 39 (20,4%) respondentů si myslí, že kritéria nejsou sestavena tak, aby prověřila všechny náležitosti. Kritéria interního auditu nezná 35 (18,3%) dotazovaných.

**Tabulka 17 Znalost jmen interních auditorů**

Znalost jmen interních auditorů	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	154	80,6	80,6	80,6
Ne	37	19,4	19,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných uvedlo 154 (80,6%) respondentů, že jména interních auditorů, kteří u nich na oddělení provádějí interní audity, znají. 37 (19,4%) dotazovaných sester jména interních auditorů nezná.

**Tabulka 18 Oznámení příchodu interních auditorů**

Oznámení o příchodu	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	139	72,8	72,8	72,8
Ne	52	27,2	27,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných označilo 139 (72,8%) dotazovaných odpověď, že jim je příchod interního auditora oznámen dopředu. 52 (27,2%) respondentů uvedlo, že jim příchod interního auditora dopředu oznámen není, a proto na další dvě otázky neodpovídali.

**Tabulka 19 Ohlášení interního auditora dopředu**

Ohlášení dopředu	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
1 den	28	14,7	14,7	41,9
2 dny	9	4,7	4,7	46,6
5 dní	43	22,5	22,5	69,1
7 dní	41	21,5	21,5	90,6
Jiné	18	9,4	9,4	100,0
Neodpovídalo	52	27,2	27,2	27,2
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

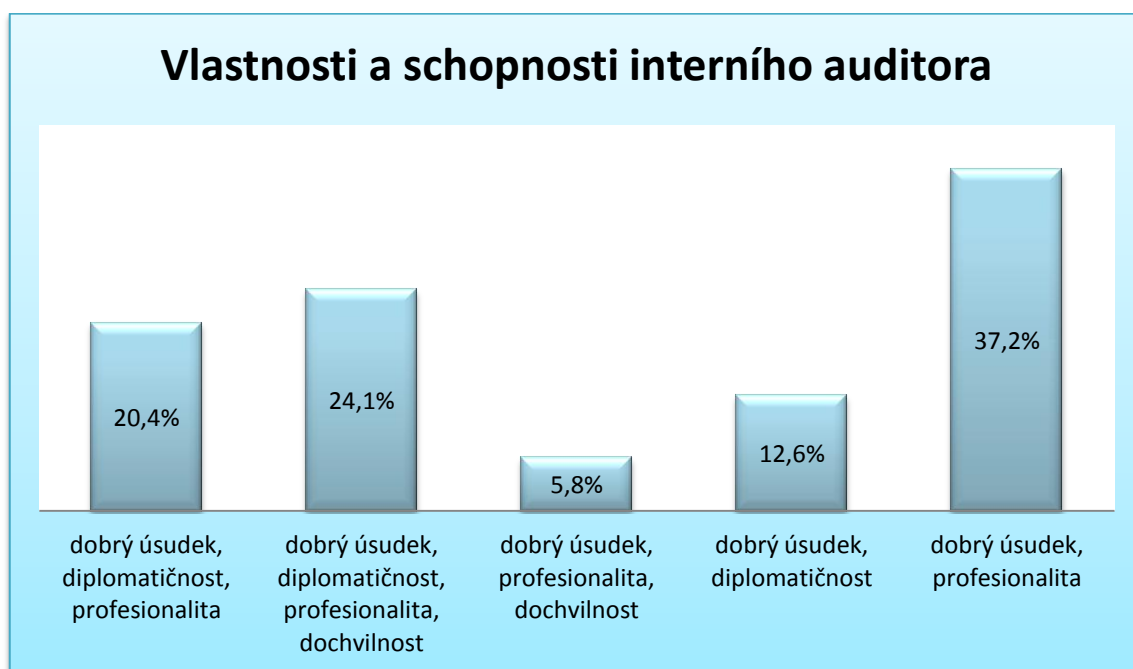
Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných uvedlo 43 (22,5%) respondentů, že interní audit jim je hlášen 5 dní dopředu. Hlášení interního auditora 7 dní dopředu označilo 41 (21,5%) dotazovaných. 1 den dopředu se hlásí interní auditor u 28 (14,7%) respondentů. 9 (4,7%) respondentů odpovědělo, že se interní auditor hlásí 2 dny dopředu. 18 (9,4%) dotazovaných odpovědělo, že jim je oznámen v jiném čase, než je zde uveden. Mezi odpověďmi zaznělo, že záleží na tom, o jaký audit se jedná, ale nejčastěji zazněla odpověď 7-10 dní, 3 dny, ale i 14 dní.

**Tabulka 20 Vyhovující čas**

Vyhovující čas	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	139	72,8	72,8	72,8
Neodpovídalo	52	27,2	27,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných odpovědělo 139 (72,8%) respondentů, že jim čas ohlášení příhodu interních auditorů vyhovuje. 52 (27,2%) dotazovaných na otázku, zda jim vyhovuje čas interních auditů, neodpovídalo.

**Graf 2 Vlastnosti a schopnosti interního auditora**



Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných uvedlo 71 (37,2%) respondentů, že k vlastnostem interního auditora patří dobrý úsudek a profesionalita. Dobrý úsudek, diplomatičnost, profesionalitu a dochvilnost označilo 46 (24,1%) respondentů. 39 (20,4%) dotazovaných odpovědělo, že interní auditor by měl být profesionální, diplomatický a měl by mít dobrý úsudek. Dobrý úsudek a diplomatičnost uvedlo 24 (12,6%) respondentů a 11 (5,8%) dotazovaných odpovědělo, že interní auditor musí mít dobrý úsudek, musí být profesionální a dochvilný.

**Tabulka 21 Interní audit ošetrovatelské dokumentace provádí**

<b>Interní audit dokumentace provádí</b>	<b>Četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Sestra	62	32,5	32,5	32,5
Lékař	9	4,7	4,7	37,2
Sestra a lékař	86	45,0	45,0	82,2
Manažer	24	12,6	12,6	94,8
Jiné	10	5,2	5,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných uvedlo 86 (45%) respondentů, že interní audit ošetrovatelské dokumentace by měla provádět sestra a lékař. Odpověď, že interní audit ošetrovatelské dokumentace by měla provádět pouze sestra, označilo 62 (32,5%) dotazovaných. 24 (12,6%) respondentů odpovědělo, že interní audit ošetrovatelské dokumentace by měl provádět manažer. 9 (4,7%) dotazovaných odpovědělo, že interní audit ošetrovatelské dokumentace by měl provádět lékař. Odpověď jiné označilo 10 (5,2%) respondentů, kteří nejčastěji uváděli, že interní audit ošetrovatelské dokumentace by měla provádět vrchní sestra.



**Tabulka 22 Interní auditor a odborná školení**

Častost odborných školení	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
1x za rok	85	44,5	44,5	44,5
2x za rok	35	18,3	18,3	62,8
1x za 2 roky	14	7,3	7,3	70,2
Nevím	57	29,8	29,8	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných odpovědělo 85 (44,5%) respondentů, že interní auditor by měl navštěvovat odborná školení 1x za rok. Možnost 2x za rok zvolilo 35 (18,3%) respondentů a 1x za 2 roky uvedlo 14 (7,3%) dotazovaných. 57 (29,8%) respondentů odpovědělo, že neví, jak často by měl interní auditor navštěvovat odborná školení.

**Tabulka 23 Zájem o vykonávání činnosti interního auditora**

Zájem o práci interního auditora	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	4	2,1	2,1	2,1
Ne	183	95,8	95,8	97,9
Nevím	4	2,1	2,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných uvedlo 183 (95,8%) respondentů, že práci interního auditora by nechtěli provádět. O práci interního auditora by měli zájem pouze 4 (2,1%) respondenti a 4 (2,1%) respondenti odpověděli, že neví, zda by práci interního auditora chtěli provádět.

**Tabulka 24 Interní auditor a speciální vzdělávání**

<b>Speciální vzdělávání interního auditora</b>	<b>Četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
Ano	171	89,5	89,5	89,5
Ne	4	2,1	2,1	91,6
Nevím	16	8,4	8,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných se domnívá 171 (89,5%) respondentů, že interní auditor by měl absolvovat speciální vzdělávání. 4 (2,1%) respondenti se domnívají, že interní auditor nemusí absolvovat speciální vzdělávání. 16 (8,4%) dotazovaných odpovědělo, že neví, zda by měl interní auditor absolvovat nějaké speciální vzdělávání.

**Tabulka 25 Motivace ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče**

Motivace ke zvyšování kvality	Četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	105	55,0	55,0	55,0
Ne	48	25,1	25,1	80,1
Nevím	38	19,9	19,9	100,0
<b>Celkem</b>	<b>191</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 191 (100%) dotazovaných je ke zvyšování kvality motivováno 105 (55%) dotazovaných sester. 48 (25,1%) respondentů uvedlo, že nejsou ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče motivováni. 38 (19,9%) dotazovaných odpovědělo, že neví, zda jsou ke zvyšování kvality motivováni.

Nejčastější motivací ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče pro dotazované sestry je: spokojený klient, dobrý pocit, sebevědomí, spokojenost, semináře a sebeuspokojení myslí. Pro některé je motivací i „aby naše nemocnice měla dobré jméno a nezavřeli ji“, nebo „aby měla naše nemocnice dobré nemocné a prošla SAK“. Další důvod k motivaci může být také „jako zaměstnanec mám zájem o to, aby oddělení splnilo daná kritéria a vykonávalo kvalitní péči“ či „důležitá je pro mě 100% spokojenost pacienta a chovat se ke každému tak, jak bychom chtěli, aby se ostatní starali o nás“.

Na poslední otázku, týkající se názorů a připomínek interního auditu mi odpověděl pouze 1 (0,5%) respondent. Jeho odpověď zněla takto: „Řešit dané problémy, nejasnosti a nebazírovat na detailech či maličkostech“.

**Tabulka 26 Znalost indikátoru kvality ve vztahu k věku**

		Znalost indikátoru kvality		
		Ano	Ne	Celkem
<b>Věk</b>	19-29 let	22	4	26
	30-39 let	33	6	39
	40-49 let	59	12	71
	50 let a více	50	5	55
	Celkem	164	27	191
<b>% ze všech</b>	19-29 let	84,6%	15,4%	100,0%
	30-39 let	84,6%	15,4%	100,0%
	40-49 let	83,1%	16,9%	100,0%
	50 let a více	90,9%	9,1%	100,0%
	Celkem	85,9%	14,1%	100,0%
<b>Znaménkové schéma</b>	19-29 let	o	o	
	30-39 let	o	o	
	40-49 let	o	o	
	50 let a více	o	o	

V otázce znalosti indikátoru kvality uváděly dotazované sestry ve všech věkových kategoriích nejčastěji správnou odpověď (85,9%), a to že se jedná o měřitelné kritérium kvality. V kontingenční tabulce nebyly zaznamenány významné rozdíly ve znalosti indikátoru kvality. Nejvíce správných odpovědí (90,9%) bylo zaznamenáno u respondentů ve věkové kategorii 50 a více let.

**Tabulka 27 Chi-Square Test**

	<b>Hodnota</b>	<b>df</b>	<b>Asymp. Sig. (2-sided)</b>
<b>Pearson Chi-Square</b>	1,684 <sup>a</sup>	3	,640
<b>Poměr pravděpodobnosti</b>	1,802	3	,615
<b>Lineární spojení</b>	0,656	1	,418
<b>N – platných případů</b>	<b>191</b>		

*a. U 1 buňky (12,5%) se očekávalo, že hodnota bude menší než 5. Minimální očekávané množství je 3,68.*

Na základě hodnoty Chi-square testu 1,684, která je menší než minimální očekávané množství 3,68, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

**Tabulka 28 Znalosti ošetřovatelského auditu ve vztahu ke vzdělání**

		Znalost ošetřovatelského auditu		
		Ano	Ne	Celkem
<b>Vzdělání</b>	SZŠ	64	10	74
	SZŠ a PSS	55	11	66
	VZŠ	22	7	29
	VŠ – Bc.	13	5	18
	VŠ – Mgr.	4	0	4
	Celkem	158	33	191
<b>% ze všech</b>	SZŠ	86,5%	13,5%	100,0%
	SZŠ a PSS	83,3%	16,7%	100,0%
	VZŠ	75,9%	24,1%	100,0%
	VŠ – Bc.	72,2%	27,8%	100,0%
	VŠ – Mgr.	100,0%	0%	100,0%
	Celkem	82,7%	17,3%	100,0%
<b>Znaménkové schéma</b>	SZŠ	0	0	
	SZŠ a PSS	0	0	
	VZŠ	0	0	
	VŠ – Bc.	0	0	
	VŠ – Mgr.	0	0	

Při zjišťování znalostí o ošetřovatelském auditu dotazované sestry v závislosti na vzdělání uváděly nejčastěji správnou odpověď (82,7 %). V kontingenční tabulce nebyly zaznamenány významné rozdíly ve znalostech ošetřovatelského auditu. Pouze

dotazované sestry s úplným vysokoškolským vzděláním (Mgr.) odpověděly všechny správně (100 %).

**Tabulka 29 Chi-Square Tests**

	<b>Hodnota</b>	<b>df</b>	<b>Asymp. Sig. (2-sided)</b>
<b>Pearson Chi-Square</b>	3,930 <sup>a</sup>	4	,416
<b>Poměr pravděpodobnosti</b>	4,407	4	,354
<b>Lineární spojení</b>	1,386	1	,239
<b>N platných případů</b>	<b>191</b>		

*a. U 3 buněk (30,0%) se očekávalo, že hodnota bude menší než 5. Minimální očekávané množství je 0,69.*

Na základě hodnoty Chi-square testu 3,930, která je větší než minimální očekávané množství 0,69, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

**Tabulka 30 Informace o výsledcích z interního auditu ve vztahu k nemocnicím na Vysočině**

		Informace o výsledcích z auditu			
		Ano, občas	Ano, vždy	Nevím	Celkem
<b>Nemocnice na Vysočině</b>	Havlíčkův Brod	9	30	2	41
	Nové Město na Moravě	14	24	2	40
	Pelhřimov	21	15	4	40
	Jihlava	19	17	4	40
	Třebíč	14	14	2	30
	Celkem	77	100	14	191
	<b>% ze všech</b>				
	Havlíčkův Brod	22,0%	73,2%	4,9%	100,0%
	Nové Město na Moravě	35,0%	60,0%	5,0%	100,0%
	Pelhřimov	52,5%	37,5%	10,0%	100,0%
	Jihlava	47,5%	42,5%	10,0%	100,0%
	Třebíč	46,7%	46,7%	6,7%	100,0%
	Celkem	40,3%	52,4%	7,3%	100,0%
<b>Znaménkové schéma</b>	Havlíčkův Brod	--	++	o	
	Nové Město na Moravě	o	o	o	
	Pelhřimov	o	-	o	
	Jihlava	o	o	o	
	Třebíč	o	o	o	
		Celkem			



V otázce zpětné vazby o výsledcích z interního auditu ve vztahu k nemocnicím na Vysočině uvedlo nejvíce respondentů z nemocnice Havlíčkův Brod (73,2%) a Nové Město (60%), že informace o výsledcích z auditu dostávají vždy. Z ostatních nemocnic uváděli respondenti, že informace o výsledcích z auditu dostávají jen někdy (46,7-52,5%).

Znaménkové schéma kontingenční tabulky upozorňuje na významné rozdíly v odpovědích dotazovaných respondentů. Pracovníci z Havlíčkova Brodu významně častěji odpovídali, že informace o výsledcích z interního auditu dostávají vždy. Respondenti z Pelhřimova významně méně volili odpověď, že výsledky z interního auditu dostávají vždy.

**Tabulka 31 Chi-Square Tests**

	<b>Hodnota</b>	<b>df</b>	<b>Asymp. Sig. (2-sided)</b>
<b>Pearson Chi-Square</b>	13,877 <sup>a</sup>	8	,085
<b>Poměr pravděpodobnosti</b>	14,256	8	,075
<b>Lineární spojení</b>	1,209	1	,272
<b>N platných případů</b>	<b>191</b>		

*a. U 5 buněk (33,3%) se očekávalo, že hodnota bude menší než 5. Minimální očekávané množství je 2,20.*

Na základě hodnoty Chi-square testu 13,877, která je větší než minimální očekávané množství 2,20, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

**Tabulka 32 Kritéria interního auditu ve vztahu k pracovnímu zařazení**

		Správné sestavení kritérií interního auditu			
		Kritéria neznám	Ano	Ne	Celkem
<b>Pracovní zařazení</b>	Staniční, vrchní sestra	3	9	1	13
	Sestra na lůžkovém odd.	27	91	32	150
	Sestra v ambulanci	5	17	6	28
	Celkem	35	117	39	191
<b>% ze všech</b>	Staniční, vrchní sestra	23,1%	69,2%	7,7%	100,0%
	Sestra na lůžkovém odd.	18,0%	60,7%	21,3%	100,0%
	Sestra v ambulanci	17,9%	60,7%	21,4%	100,0%
	Celkem	18,3%	61,3%	20,4%	100,0%
<b>Znaménkové schéma</b>	Staniční, vrchní sestra	o	o	o	
	Sestra na lůžkovém odd.	o	o	o	
	Sestra v ambulanci	o	o	o	

Kontingenční tabulka znázorňuje souvislost mezi pracovním zařazením nelékařských zdravotnických pracovníků a sestavením kritérií interního auditu tak, aby prověřovaly všechny důležité oblasti. Dle procentuálního schématu je zřejmé, že

pracovní zařazení dotazovaných respondentů významně neovlivňuje názor na správnost sestavení kritérií interního auditu.

**Tabulka 33 Chi-Square Tests**

	<b>Hodnota</b>	<b>df</b>	<b>Asymp. Sig. (2-sided)</b>
<b>Pearson Chi-Square</b>	1,424 <sup>a</sup>	4	,840
<b>Poměr pravděpodobnosti</b>	1,730	4	,785
<b>Lineární spojení</b>	0,466	1	,495
<b>N platných případů</b>	<b>191</b>		

*a. U 2 buněk (22,2%) se očekávalo, že hodnota bude menší než 5. Minimální očekávané množství je 2,38.*

Na základě hodnoty Chi-square testu 1,424, která je menší než minimální očekávané množství 2,38, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě nezávislé.

**Tabulka 34 Motivace ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče ve vztahu ke vzdělání**

		Motivace ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče			
		Ano	Ne	Nevím	Celkem
<b>Vzdělání</b>	SZŠ	41	19	14	74
	SZŠ a PSS	35	16	15	66
	VZŠ	15	8	6	29
	VŠ – Bc.	10	5	3	18
	VŠ – Mgr.	4	0	0	4
	Celkem	105	48	38	191
<b>% ze všech</b>	SZŠ	55,4%	25,7%	18,9%	100,0%
	SZŠ a PSS	53,0%	24,2%	22,7%	100,0%
	VZŠ	51,7%	27,6%	20,7%	100,0%
	VŠ – Bc.	55,6%	27,8%	16,7%	100,0%
	VŠ – Mgr.	100,0%	0%	0%	100,0%
	Celkem	55,0%	25,1%	19,9%	100,0%
<b>Znaménkové schéma</b>	SZŠ	0	0	0	
	SZŠ a PSS	0	0	0	
	VZŠ	0	0	0	
	VŠ – Bc.	0	0	0	
	VŠ – Mgr.	0	0	0	

V otázce motivace zdravotních pracovníků ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče odpovídali respondenti ve všech kategoriích vzdělání nejčastěji, že jsou

motivování (55%) ať už se jedná o spokojeného klienta, dobrý pocit, semináře či sebeuspokojení myslí. Procentuální část tabulky ukazuje na významně vyšší odpověď (100%) sester s vysokoškolským vzděláním (Mgr.).

**Tabulka 35 Chi-Square Test**

	<b>Hodnota</b>	<b>df</b>	<b>Asymp. Sig. (2-sided)</b>
<b>Pearson Chi-Square</b>	3,935 <sup>a</sup>	8	,863
<b>Poměr pravděpodobnosti</b>	5,438	8	,710
<b>Lineární spojení</b>	,364	1	,546
<b>N – platných případů</b>	<b>191</b>		

*a. U 5 buněk (33,3%) se očekávalo, že hodnota bude menší než 5. Minimální očekávané množství je 0,80.*

Na základě hodnoty Chi-square testu 3,935, která je větší než minimální očekávané množství 0,80, lze prohlásit, že zkoumané proměnné jsou na sobě závislé.

## **4.2 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření**

### **Respondent 1**

#### **Lída**

Lída pracuje jako manažer kvality v jedné nemocnici na Vysočině. Sešly jsme se spolu u ní v kanceláři. Kancelář měla sice malinkou, ale zato velice útulnou a všude na stěnách visely fotky jejích dětí. Hovořily jsme spolu asi 2 hodiny, ale čas plynul tak rychle, že se to zdálo mnohem kratší. Na první dojem z ní vyřazuje profesionalita, ochota a budí dojem člověka nad věcí. Rozhovor probíhal ve velmi příjemné atmosféře.

#### **Jakého ocenění Vaše zdravotnické zařízení dosáhlo v oblasti kvality?**

Posláním naší nemocnice je poskytovat odbornou a vysoce kvalitní péči s využitím nejnovějších technologií, ke kterým patří i zavádění systematických přístupů k zajištění bezpečnosti pacientů a zvyšování kvality zdravotní péče. A proto i naše nemocnice vytvořila systém kontinuálního zvyšování kvality, ke kterému patří akreditace a certifikace pracovišť.

Naše nemocnice v roce 2010 úspěšně obhájila certifikát ISO 9001:2008 od společnosti NQA. Tato norma je uplatňována od roku 2004 na ředitelství nemocnice, oddělení klinických laboratoří, centrální sterilizace, transfúzního oddělení, lékárně a oddělení ARO. Dále jsem získali akreditaci dle normy ISO 15189 pro oddělení klinické biochemie a oddělení patologicko-anatomických laboratoří. V loňském roce (2011) jsme úspěšně reakreditovali dle 74 národních akreditačních standardů Spojené akreditační komise.

#### **Jaké interní audity probíhají ve Vaší nemocnici?**

Interní audity jsou u nás v nemocnici zavedeny od roku 2004 a běží k normě ISO 9001, 15189 a ke standardům SAK. Všechny audity probíhají dle plánu auditu, který sestavuji já na každý rok. Některé audity, jako např. audit zdravotnické dokumentace, ošetřující jednotky či ambulance, provádí auditoři na každém oddělení každý měsíc. Technické audity jsou zpravidla prováděny 1x za rok, nebo podle potřeby. Naše

nemocnice provádí tyto interní audity: zdravotnické dokumentace, ošetrující jednotky a ambulance, KPR, skladování léčiv a podávání léků, bezpečné prostředí a hygiena rukou. K interním auditům využívám skupinu proškolených auditorů.

### **Podle čeho si vybíráte členy auditorského týmu? Jaká školení či jiné vzdělávací aktivity musí interní auditoři podstupovat?**

Skupinu auditorského týmu u nás v nemocnici tvoří lékaři, vrchní a staniční sestry, sestry a technici. Auditory hledám s pomocí vrchních sester. Musí to být člověk komunikativní, ochotný, spravedlivý a musí mít u nás v nemocnici nejméně 6 měsíců praxe. Vzdělání a pracovní pozice pro mě nejsou rozhodující.

Interní auditoři podstupují školení dle dané normy 1x za 3 roky v trvání 1-3 dnů. Každý auditor po absolvování obdrží certifikát o absolvování kurzu. Někdy ještě mívají doškolování před audity, které je zaměřeno na vyplňování kontrolních listů.

### **Jaké nejčastější chyby interní auditoři nacházejí?**

To je různé, záleží na tom, o jaký typ auditu se jedná. Např. u auditu zdravotnické dokumentace jsou to stále se opakující chybějící podpisy ošetrovatelského personálu, chyby ve vyplnění příjmové anamnézy jak od lékařů, tak od sester a špatná preskripce léků. U auditu ošetrující jednotky jsou nejčastější chyby odemčená lékárna a neoznačení doby na otevřené lahvičce s léky (Inzulín, Heparin).

Jsou chyby, které se stále opakují, i když je na ně personál neustále upozorňován. Ale musím říci, že těchto chyb ubývá. Z každého provedeného auditu na daném oddělení dostává vrchní sestra kopii záznamu z auditu, kde nalezne chyby a jejich nápravné řešení. Dále má každá vrchní sestra povinnost seznámit celý ošetrující tým s výsledky auditu a upozornit na chyby a jejich řešení.

### **Jste spokojeni s interními audity a jejich výsledky?**

Ano jsem, daří se nám systém interních auditů udržovat a rozvíjet. O dobrých výsledcích svědčí i obhajoba a reakreditace dle ISO 9001, 15189 a SAK.

### **Jak zaměstnance motivujete ke zvyšování kvality?**

V současné době je nezbytné věnovat zvýšenou pozornost kvalitě a investovat do lidských zdrojů, její součástí je i motivace. Důležitým aspektem účinné motivace je starat se o to, aby každý úkol byl splnitelný a řešitelný. Vždy, když je to možné, je nutné zaměstnance ocenit, pochválit, podporovat profesionální růst a zlepšovat pracovní prostředí. Schopnost motivace zaměstnanců patří k nejnáročnější a nejvýznamnější činnosti každého manažera.

Naše nemocnice nabízí zaměstnancům zvýhodněné vstupenky do divadla, na koncerty a sportovní akce. Dostávají příspěvky na obědy a slevy na zdravotnické pomůcky v nemocniční prodejně. Dále nemocnice pro své zaměstnance pořádá semináře a jiné školicí akce.



## **Respondent 2**

### **Alena**

S Alenou jsme se setkaly dopoledne v nemocniční kavárně. Na schůzku dorazila s čtvrt hodinovým zpožděním, omlouvala se, že se jim protáhla schůze vedení. Alena pracuje již několik let jako manažer kvality v nemocnici na Vysočině. Na první dojem na mě působila přísně a nedostupně. Ale po chvilce povídání jsem změnila názor. Je to velmi příjemná, ochotná, vzdělaná a výřečná žena. Hned na začátku rozhovoru mě informovala, že na náš rozhovor máme pouze hodinu. Je pracovně hodně vytížená a má další důležitou schůzku. Atmosféra při rozhovoru byla příjemná, i když jsme byly chvílemi rušeny provozem kavárny.

### **Jakého ocenění Vaše zdravotnické zařízení dosáhlo v oblasti kvality?**

V naší nemocnici je nejvyšší prioritou poskytování kvalitní péče o pacienty. Snažíme se, aby poskytovaná péče a služby byly komplexní a efektivní. K naplnění těchto hodnot jsme se rozhodli zavést systém řízení kvality.

V roce 2007 jsme úspěšně splnili požadavky normy EN ISO 9001:2000 a recertifikační audit proběhl v roce 2010, kdy jsme splnili požadavky již inovované normy ISO 9001:2008 a opět získali certifikát na 3 roky. Certifikát se vztahuje na lůžkovou a ambulantní péči, diagnostickou, léčebnou a ošetrovatelskou péči, lékařenské činnosti, knihovní činnosti, vzdělávání pracovníků, preventivní péči a poskytování léčebné výživy a stravování.

Dalším významným krokem ke zvyšování kvalitní a bezpečné péče o pacienty byla příprava na splnění požadavků akreditačních standardů SAK o.p.s. Certifikát „Akreditované zdravotnické zařízení“ jsme získali v roce 2008, v roce 2011 jsme prokázali plnění akreditačních standardů a certifikát SAK získali na další 3 roky.

Získání obou certifikátů kvality je hlavně oceněním práce a úsilí všech zaměstnanců nemocnice. Naším cílem je i nadále zvyšovat kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče.

### **Jaké interní audity probíhají ve Vaší nemocnici?**

Interní audity jsou v naší nemocnici zavedeny již od roku 2006. Probíhají dle ročního plánu v několika rovinách: interní audity procesů, zdravotnické dokumentace, KPR, skladování léčiv, hygieny a epidemiologie; externí dozorový audit ISO probíhá 1x ročně a 1x za 3 roky probíhá certifikační audit, který provádí certifikovaný orgán; externí konzultační audit většinou probíhá 6 měsíců před akreditačním šetřením a akreditační šetření se uskutečňuje vždy 1x za 3 roky (SAK o.p.s.).

Interní audit hygieny a epidemiologie provádí epidemiologická sestra a provádí ho 4x do roka. Technické audity provádí technik a technický náměstek. Ostatní audity provádí lékaři a sestry vždy minimálně dvoučlenný tým.

### **Podle čeho si vybíráte členy auditorského týmu? Jaká školení či jiné vzdělávací aktivity musí interní auditoři podstupovat?**

Interní audity v nemocnici provádí proškolení interní auditoři vybraní ze zkušených pracovníků nemocnice. Nemusí být na funkčním místě, ale důležitý je jejich zájem o auditorskou činnost a znalosti problematiky.

Školení interních auditorů probíhá 1x ročně a trvá 1 den. Každý interní auditor obdrží certifikát o absolvování kurzu.

S interními auditory se sama scházím 2x do roka a řešíme např. funkci kontrolních listů, účinnost interních auditů, opakující se chyby a jejich lepší nápravná řešení a hodně dalších informací, které jsou pro tuto kontrolní činnost důležité.

### **Jaké nejčastější chyby interní auditoři nacházejí?**

Nemusejí je nacházet jen interní auditoři. Dnes ráno jsem u vchodu potkala sanitáře, který neměl vizitku se jménem na viditelném místě (na hrudi). To je jedna ze stále se opakujících chyb, kdy někteří zaměstnanci nosí vizitku třeba na kapse u kalhot, nebo jí nenosí vůbec.

Určitě je i spousta dalších chyb, které se často opakují, ale myslím, že se nám docela daří jejich počet snižovat. Důležité také je včas tyto chyby odhalit a snažit se jim předcházet.

Po každém provedeném auditu vypracovávají interní auditoři zprávu, kterou předávají mně a také vrchní sestře daného oddělení. V této zprávě jsou obsaženy všechny nalezené chyby a jejich nápravné řešení. Ostatní zaměstnanci jsou o vyhodnocení auditu informováni od vrchní sestry.

### **Jste spokojeni s interními audity a jejich výsledky?**

Interní audity plní svoji funkci a jako každá kontrolní činnost nejsou řadovými zaměstnanci asi moc oblíbené, ale svoji funkci a smysl mají. Stále je ve zdravotnickém prostředí co zlepšovat.

### **Jak zaměstnance motivujete ke zvyšování kvality?**

Základní podmínkou kvalitně poskytované péče je dostatečně motivovaný personál. Zaměstnanců s vynikajícími pracovními výsledky není nikdy dost, proto je důležité je správně motivovat. Vliv na úroveň motivace má celý management řízení, který by měl vytvářet příznivé pracovní podmínky, komunikovat se zaměstnanci, spravedlivě je odměňovat a vyslovit uznání za vykonanou práci. V současné době mají nemocnice omezené ekonomické zdroje, proto je těžké najít vhodný způsob motivace zaměstnanců, ale správný manažer musí umět oceňovat pracovníky i nefinančními odměnami.

### **Respondent 3**

#### **Lenka**

S Lenkou jsem se sešla až napodruhé. První schůzku musela zrušit pro neplánovanou služební cestu. Lenka pracuje v nemocnici na Vysočině jako manažer kvality. Tuto práci vykonává několik let a má ji ráda. Schůzka probíhala u Lenky v kanceláři. Oproti Lídě měla velkou, světlou a jednoduše zařízenou kancelář. Lenka je velmi veselá, profesionální, vzdělaná a příjemná manažerka. Rozhovor trval asi 1,5 hodiny a byl velmi příjemný.

#### **Jakého ocenění Vaše zdravotnické zařízení dosáhlo v oblasti kvality?**

Systém managementu kvality vede nemocnice k poskytování kvalitních služeb. Ale důležité je i jejich nastavení, aby nevznikaly žádné zbytečné aktivity a každá činnost měla smysl. Kvalita a bezpečí v nemocnicích se stávají aktuálním tématem, a proto jsme zavedli projekty Kontinuálního zvyšování kvality, které podporují uspokojování potřeb pacienta. Projekty jsou plánovány, realizovány, kontrolovány a hodnoceny.

Naše nemocnice je držitelem certifikátu řízení kvality dle ISO 9001:2008. Jedná se o nastavení pravidel, které slouží k minimalizování rizika vzniku škod a chyb. V roce 2008 jsme splnili požadavky akreditace na kvalitu a bezpečnost poskytované péče dle SAK a v loňském roce (2011) jsme tento certifikát úspěšně obhájili. Získání certifikátu o udělení akreditace je pro pacienty zárukou, že prioritou je poskytování kvalitní a profesionální zdravotní péče s důrazem na bezpečnost pacientů a zaměstnanců. K udržení a zlepšování nastaveného systému kvality přispívají pravidelně prováděné interní audity. Získání akreditace je nejen prestižní záležitostí, ale i závazkem vůči pacientům.

#### **Jaké interní audity probíhají ve Vaší nemocnici?**

V naší nemocnici nejsou interní audity zavedeny dlouho, teprve asi od roku 2007. Na každý rok si stanovují plán auditů, kde mám zaznamenáno, kdo jaký audit provádí

a kdy. Je to velice přehledné a všichni zaměstnanci se mohou v počítači podívat, kdo u nich na oddělení provádí jaký audit a kdy asi tak přibližně přijde.

Všechny audity jsou stejně důležité a provádí je zkušení auditoři. Provádí se u nás celkem 8 interních auditů, mezi které se řadí: audit zdravotnické dokumentace, KPR, ošetřující jednotky a ambulance, skladování léčiv, hygieny rukou, bezpečí prostředí a technický audit.

### **Podle čeho si vybíráte členy auditorského týmu? Jaká školení či jiné vzdělávací aktivity musí interní auditoři podstupovat?**

Členy auditorského týmu tvoří sestry, lékaři a technici. Při výběru mi nejvíce záleží na ochotě a zájmu tuto práci dělat. Je to sice hezká práce, ale někdy hodně náročná a nevděčná ze strany ostatního personálu. Pokud jmenuji do funkce nového interního auditora, dostává od ředitele nemocnice jmenovací dekret pro tuto funkci.

Interní auditoři podstupují pravidelně každý rok školení interních auditorů. Školení trvá jeden den a každý zúčastněný auditor obdrží certifikát o absolvování školení. Na školení se interní auditoři zabývají systémem managementu kvality, principy interního auditu ve zdravotnickém zařízení a tvorbou kontrolních listů pro interní audity.

### **Jaké nejčastější chyby interní auditoři nacházejí?**

Interní auditoři nehledají chyby, ale neshody. Samozřejmě, že se snažíme počet těchto neshod snižovat, ale určitě nějaké máme a mít budeme. Nyní mám před sebou výsledky z interního auditu na hygienu rukou a výsledky jsou dobré. Nejvíce neshod nalézají interní auditoři při auditu zdravotnické dokumentace. Nejčastěji se jedná o nevyplnění některých položek, chybějící podpisy ošetřujícího personálu nebo třeba i nesoulad mezi lékařskou a ošetřovatelskou dokumentací.

Z každého proběhnutého auditu vyplňují auditoři dokumentaci, která obsahuje záznam, kde došlo k neshodě a jak tuto neshodu napravit. Tuto dokumentaci vypisují 2x. 1x pro vrchní sestru daného oddělení, která dál informuje ošetřující personál, a 1x pro mě, protože to ještě dále vyhodnocuji a zpracovávám statistiku.

### **Jste spokojeni s interními audity a jejich výsledky?**

Interní audit je nezávislá hodnotící činnost, která je ve zdokonalování systému managementu kvality velmi důležitá. Každá kontrolní činnost má svoji funkci a smysl.

### **Jak zaměstnance motivujete ke zvyšování kvality?**

V systému kvality nelze motivovat jen jednotlivce, ale musí se motivovat tým jako celek. Důležité je poskytovat podporu, pomoc, inspiraci a poznat lidi takové, jací jsou, co je baví a motivuje. Je dobré je povzbuzovat a podporovat v úsilí o zlepšení kvality. Motivaci má v náplni práce celý management nemocnice, který by měl spravedlivě odměňovat, vytvářet dobré pracovní podmínky, chválit zaměstnance a komunikovat s nimi. Jednou z nejdůležitějších schopností každého manažera je právě motivace. Velmi důležité je dávat zaměstnancům najevo jejich potřebnost a důležitost. Člověk má přistupovat k druhým tak, jak si přeje, aby ostatní přistupovali k němu.

## **Respondent 4**

### **Milan**

Rozhovor s Milanem probíhal v kavárně ve sportovním centru, kde si byl zacvičit. Milan je komunikativní, ambiciózní, ochotný mladý muž. Funkci interního auditora zastává již tři roky. Jinak pracuje jako zdravotní bratr na chirurgickém oddělení intenzivní péče v nemocnici na Vysočině. Vystudoval SZŠ a VZŠ. Práce interního auditora ho baví. Rozhovor byl hodně veselý a trval asi 1,5 hodiny.

### **Jaký interní audit provádíte a jaké nejčastější chyby nalézáte?**

Spolu s kolegyní Bárou provádíme interní audit ošetřující jednotky a ambulance. Nejvíce se zaměřujeme na dezinfekci, používání ochranných pomůcek, skladování a označení léčiv, znalosti o únikovém východu a postupu KPR. Audit provádíme 1x za měsíc. Při auditu vyplňujeme kontrolní listy, kde označujeme, zda byl či nebyl požadavek splněn. Pokud najdeme nějakou neshodu, zapíšeme ji do záznamu neshod a nápravných opatření. Dále ji zde popíšeme, navrhneme nápravná opatření a ještě vyplníme jméno odpovědné osoby. Za chybu lékaře odpovídá primář, za sestry staniční či vrchní sestra.

Nejčastější neshodou je neoznačení otevřených léčiv a nezamčená lékárna, ale myslím si, že i těchto chyb razantně ubylo a všichni zaměstnanci se snaží všechna pravidla, zásady a standardy dodržovat. Nemohu říci, že při každém auditu nalézáme neshodu. Jsou oddělení, která jsou úplně v pořádku.

Pokud jdeme provádět audit, hlásíme se vrchní sestře asi 2-3 dny dopředu, ale 1x do roka provádíme i neohlášený audit.

### **Jaká školení jako interní auditor absolvujete?**

Každý rok nám nemocnice zajišťuje seminář o interním auditu, který trvá jeden den. Lektor nás informuje o systému kvality ve zdravotnictví, interních auditech a kontrolních listech. Je to každý rok pořád dokola, jen k tomu přidá nějaké novinky.

Asi 2x do roka máme schůzi interních auditorů u nás v nemocnici, kde hodnotíme již proběhlé audity, jejich neshody, nápravná opatření a funkčnost kontrolních listů.

### **Jaké zlepšení pozorujete v dodržování standardů ošetrovatelské péče?**

Standardy ošetrovatelské péče nebyly a nejsou moc oblíbenou četbou personálu. Na oddělení je máme jak v tištěné formě, tak v počítači. Pokud vyjde nový standard, musí ho každý zaměstnanec podepsat. Tím stvrzuje, že ho četl, rozumí mu a bude se podle něj řídit. Standardy se neustále vylepšují a přibývají nové. Určitě se jejich dodržování vlivem interních auditů zlepšilo. Ale i tak se najdou některé sestry, které s nimi neumí pracovat.

### **Jaké zlepšení pozorujete v dodržování bezpečnosti a ochrany zdraví při práci?**

V tomto ohledu si myslím, že se zaměstnanci v oblasti ochrany svého zdraví zlepšili o 100%. Konečně jim došlo, že je také důležité chránit sama sebe. Určitě v tom také hrají roli distributoři jednorázových pomůcek a nemocnice, která tyto pomůcky pro svoje zaměstnance nakupuje.

### **Jak hodnotíte práci interního auditora?**

Práci interního auditora hodnotím velice kladně a přínosně pro celou nemocnici. Sám vidím, jak velký pokrok v kvalitě jsme udělali. Neustále se něco zlepšuje, vylepšuje a kontroluje. Pro zkvalitnění péče o pacienty, ale i o zaměstnance jsou interní audity bohužel nutné. Vím, že zaměstnanci je nemají v oblibě a myslí si, že je neustále někdo kontroluje. Ale tady nejde jen o kontrolu zaměstnanců, ale o fungování celého systému kvality, což někteří nechápou.

Jako interní auditor jsem velice přísný, neústupný a puntičkářský. Musíte mít silnou povahu a vše si zdůvodnit a obhájit, protože každá vrchní sestra si za svým ošetřujícím týmem stojí a chce Vám dokázat, že ona má pravdu, i když to tak někdy není. Přes všechny klady a zápory mám tuto práci rád a mám radost z každého nového pokroku.



## **Respondent 5**

### **Petra**

S Petrou jsem se sešla po práci v malé kavárně na náměstí. Přišla včas, ale bylo na ní vidět, že je unavená. Petra pracuje jako staniční sestra interního oddělení. Vystudovala SZŠ a při práci si dále dodělala VŠ s titulem Bc. Petra je velice komunikativní, chytrá a veselá dáma středního věku. Rozhovor byl příjemný a veselý. Práci interního auditora zastává skoro pět let.

### **Jaký interní audit provádíte a jaké nejčastější chyby nalézáte?**

Spolu s lékařem provádím interní audit ošetrovatelské dokumentace, který provádíme každý měsíc na dvou odděleních. Na každém oddělení kontrolujeme dva uzavřené chorobopisy, které nám dopředu připraví staniční či vrchní sestra daného oddělení. Já si při auditu kontroluji ošetrovatelskou část a lékař se hlavně soustředí na lékařské věci. Kontrola jednoho chorobopisu i s vypracováním podrobné zprávy nám zabere asi 1,5 hodiny. Záleží na obsažnosti chorobopisu a počtu neshod.

Dále ještě provádím interní audit bezpečí prostředí, který se zabývá noční kontrolou personálu. Tento audit se provádí každý měsíc a střídají se na něm vrchní a staniční sestry. Já tento audit provádím 1x do roka.

U každého vykonaného interního auditu musím vyplnit kontrolní listy a záznam neshod, který obsahuje popis neshody, nápravná opatření, kdo za neshodu zodpovídá a zda se neshoda opakuje.

Na audit ošetrovatelské dokumentace se hlásím staniční či vrchní sestře daného oddělení asi 2-3 dny dopředu, aby měla čas na přípravu chorobopisu. Interní audit bezpečí prostředí se dopředu nehlásí, i když si potom sestřičky jednotlivých oddělení dávají mezi sebou vědět, že chodíme.

K nejčastějším neshodám interního auditu ošetrovatelské dokumentace patří u sestřiček špatně vyplněná ošetrovatelská anamnéza, chybějící podpisy, chybějící záznamy o edukaci pacienta, u lékařů pak je to v největší míře špatná preskripce léků a chybějící položky v lékařské anamnéze. U auditu bezpečí prostředí většinou žádnou neshodu nenalzáme.

### **Jaká školení jako interní auditor absolvujete?**

Naše nemocnice každý rok zajišťuje pro svoje interní auditory školení v trvání jednoho dne. Školení provádí cizí vyškolený pracovník, který nás informuje o kvalitě ve zdravotnictví, funkčnosti interních auditů a jejich výsledcích. Je to velice zajímavé, ale docela náročné to poslouchat celý den. Po absolvování vždy obdržíme certifikát o absolvování školení.

Asi 1x do roka nebo podle potřeby se setkávají všichni interní auditoři z nemocnice a hodnotí interní audity, neshody, nápravná opatření a kontrolní listy.

### **Jaké zlepšení pozorujete v dodržování standardů ošetrovatelské péče?**

Dodržování standardů ošetrovatelské péče je velmi důležitý krok k udělení akreditace a ke zlepšení celé ošetrovatelské péče. Určitě naše nemocnice v této části udělala kus práce a dosáhla akreditace a jiných certifikátů. I po akreditaci se neustále standardy upravují a vydávají nové. Všichni zaměstnanci je mají k dispozici jak v tištěné formě, tak v počítači. Každý zaměstnanec po přečtení nového standardu musí souhlasit s jeho dodržováním. Starší sestřičky raději pracují se standardy v tištěné formě, mladé je naopak vyhledávají v počítači.

### **Jaké zlepšení pozorujete v dodržování bezpečnosti a ochrany zdraví při práci?**

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci je sestrám neustále kladena na srdce. Chrání tím pacienta, ale hlavně sebe, na což někdy zapomínají. I přesto si myslím, že jsme oproti době před akreditací dosáhli velkého pokroku.

### **Jak hodnotíte práci interního auditora?**

Práci interního auditora se mi líbí, je to velmi zodpovědná a důležitá práce, která vede k poskytování kvalitní péče v celé nemocnici. Při práci interního auditora nejde jen o hledání neshod, ale hlavně o nalézání jejich příčin a stanovení správného a funkčního nápravného opatření.

## **Respondent 6**

### **Jana**

Jana pracuje jako vrchní sestra ortopedického oddělení. Práci všeobecné sestry vykonává již 30 let, post vrchní sestry deset let. Práci interního auditora zastává od samého začátku, což je asi šest let. S Janou jsem se sešla v její kanceláři. Jana je ochotná, milá starší dáma. Rozhovor trval sice jen hodinu, ale byl velmi příjemný.

### **Jaký interní audit provádíte a jaké nejčastější chyby nalézáte?**

V naší nemocnici provádím dva interní audity. Jeden se týká ošetrovatelské dokumentace, absolvuji ho v týmu ještě s lékařem. Na audit ošetrovatelské dokumentace chodíme pravidelně každý měsíc. Kontrolujeme 2-3 uzavřené chorobopisy, které máme dopředu připravené. Druhý audit se týká požadavků na KPR. Jde o znalosti a postupy v KPR. Tento audit provádím s kolegyní 1x 3 měsíce.

Při každém auditu vyplňujeme kontrolní listy, a pokud je to nutné, což je většinou vždy, vyplňujeme záznam neshod a nápravných opatření. Jednu kopii záznamu z auditu dávám staniční sestře oddělení, kde audit probíhal, druhou kopii předávám manažeru kvality k dalšímu zpracování. Záznam neshod obsahuje především nápravná opatření na odstranění neshod a jméno odpovědné osoby.

U auditu ošetrovatelské dokumentace se hlásíme asi pět dní dopředu staniční sestře daného oddělení. Ta nám vždy připraví požadované chorobopisy. U auditu KPR je čas hlášení stejný.

Neshody u auditu ošetrovatelské dokumentace nalézáme téměř vždy, málokdy se mi stane, že žádnou neshodu nenajdu. Od té doby, co začaly probíhat interní audity, se ale kvalita ošetrovatelské péče zlepšila. Zpočátku jsem nacházela i 10 neshod naráz, nyní většinou 1-3. Mezi nejčastější neshody při auditu ošetrovatelské dokumentace bych zařadila chybějící podpisy, chybně vyplněnou dokumentaci a špatnou preskripci léků. Audit KPR je většinou v pořádku.

### **Jaká školení jako interní auditor absolvujete?**

Školení interních auditorů probíhá u nás v nemocnici dle dané normy, což je 1x za tři roky a trvá 1-3 dny. Školitel nám přednáší o kvalitě a její důležitosti ve zdravotnictví, o interních auditech a jejich funkci, o tvorbě a správném vyplňování kontrolních listů a záznamu neshod. Na konci školení probíhá malý neklasifikovaný test na znalosti získané během školení a účastník obdrží certifikát o absolvování školení na interního auditora. Pokud je to nutné, zařizuje nemocnice pro interní auditory i jiná školení.

Dále si nás, interní auditory, svolává manažer kvality a hodnotíme proběhlé interní audity a efektivnost nápravných opatření.

### **Jaké zlepšení pozorujete v dodržování standardů ošetrovatelské péče?**

Poněvadž provádím interní audity od samého počátku, mohu říci, že došlo k velkému pokroku v používání standardů. Každá sestra, ale i jiný ošetrující personál by se měli podle standardů řídit a měli by vědět, kde standardy najdou. Myslím si, že vypracování standardů máme na dobré úrovni.

### **Jaké zlepšení pozorujete v dodržování bezpečnosti a ochrany zdraví při práci?**

Mohu říci, že i tady došlo k velkému pokroku. Na trhu je hodně nových pomůcek, nástrojů a přístrojů, které samy chrání pacienta, ale i personál.

### **Jak hodnotíte práci interního auditora?**

Práce interního auditora je v systému poskytování kvalitní péče velmi důležitá. Největší dík za poskytování kvalitní péče v nemocnici však patří všemu personálu nemocnice. Jsem na náš personál hrdá.

### 4.3 Výsledky interních auditů

Interní audity jsem prováděla ve třech různých nemocnicích v kraji Vysočina a vždy se jednalo o interní audit ošetřující jednotky a zdravotnické dokumentace. Audit č. 1 byl proveden na infekčním oddělení, audit č. 2 na chirurgickém oddělení a audit č. 3 na interním oddělení. Všechny kontrolované požadavky jsem měla zaznamenané v kontrolních listech (viz Příloha 4) a neshody jsem zaznamenala do záznamu neshod a nápravných opatření (viz Příloha 4). Při každém auditu mi byla nápomocna staniční sestra daného oddělení, která mě provedla po oddělení a poskytla mi jeden uzavřený chorobopis.

Interní audity ošetřujících jednotek se pohybovaly v úspěšnosti 92-96%. Při auditu jsem našla tyto neshody: neuzamčená lékárna, neuvedení doby na otevřené lahvičce inzulinu a Fraxiparinu a poslední neshodou bylo, že vyvěšené informace pro ošetřující jednotku nebyly v omyvatelné liště ani v PVC.

Interní audity zdravotnické dokumentace měly 88-92% úspěšnost. K neshodám, které jsem objevila, patří: chybějící body ve vyplnění lékařské a ošetřovatelské anamnézy, špatná preskripce léků, špatná ordinace opiátů, chybějící záznam o dietě, nesoulad mezi lékařskou a ošetřovatelskou dokumentací a chybějící identifikace osob, které do zdravotnické dokumentace zapisují.

Každá staniční sestra daného oddělení byla o výsledcích interního auditu informována a byla jí navržena nápravná opatření.

## 5 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zmapovat problematiku interních auditů a jejich efektivnosti z pohledu sester a interních auditorů, zjistit odbornou způsobilost interních auditorů a zmapovat, zda interní auditoři pozorují zlepšení v dodržování ošetrovatelských standardů a bezpečnosti a ochrany při práci.

Tato problematika byla zkoumána v kvantitativní části výzkumného šetření, kdy byl nelékařským zdravotním pracovníkům distribuován dotazník zaměřený na zkoumanou problematiku. Výzkumného šetření se zúčastnili pracovníci z nemocnic na Vysočině. V identifikačních otázkách šetření bylo zjištěno věkové rozmezí dotazovaných respondentů (*tabulka 2*). Nejvíce byla zastoupena věková kategorie v rozmezí 40-49 let (37,2%), o něco méně respondentů měla kategorie 50 a více let (28,8%). Nižší zastoupení tvořila kategorie 30–39 let (20,4%) a nejméně zastoupená byla věková kategorie v rozmezí 19-29 let (13,4%). Dalším sledovaným faktorem bylo dosažené vzdělání respondentů (*tabulka 3*). Téměř shodně uvedli respondenti středoškolské vzdělání a středoškolské vzdělání s dalším pomaturitním studiem (34,6-38,7%). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 15,2% respondentů. Vysokoškolské bakalářské vzdělání mělo 9,4% pracovníků a vysokoškolské magisterské vzdělání uvedlo pouze 2,1% dotazovaných. Domnívám se, že podíl nelékařských pracovníků s vysokoškolským vzděláním je vzhledem k menším nemocnicím na Vysočině celkem zajímavý. Zajímavá byla i délka praxe jednotlivých zdravotních pracovníků (*tabulka 4*). Délka praxe 16-25 let a 26 let a více let byla zastoupena téměř shodně (30,9-37,2%). Podstatně menší zastoupení tvořila délka praxe 6-15 let (17,8%) a nejméně pracovníků uvedlo délku praxe v rozmezí 2-5 let. Zjištěné údaje o délce praxe korespondují s věkem respondentů. Další kategorií, která byla sledována, bylo pracovní zařazení dotazovaných sester (*tabulka 5*). Nejpočetnější skupinu tvořily sestry na lůžkovém oddělení (78,5%). Podstatně menší skupinu respondentů tvořily sestry na ambulanci (14,7%), nejmenší podíl zaujímaly staniční a vrchní sestry (6,8%).

Následující část výzkumného šetření byla zaměřena na ocenění v oblasti kvality (*tabulka 7*), kdy všechny nemocnice v kraji Vysočina obdržely certifikát o kvalitě od

společnosti SAK o.p.s. Dle informací získaných od manažerů kvality jsou nemocnice i držitelé certifikátu řízení kvality dle normy ISO 9001:2008. Podle názoru manažerky Lenky je získání akreditace nejen prestižní záležitostí, ale i závazkem vůči pacientům. Dalším sledovaným faktorem bylo, zda zdravotničtí pracovníci vědí, co je indikátor kvality (*tabulka 8*). Z výzkumného šetření vyplynulo, že téměř většina (85,9%) dotazovaných odpověděla správně. Jak uvádí Škrlovi (2003), indikátor kvality lze definovat jako měřitelná kritéria kvality, která v porovnání se směrnicí či standardem ukazují, jak dalece bylo standardu dosaženo. V problematice znalosti indikátoru kvality ve vztahu k věku (*tabulka 26*) bylo zjištěno, že největší znalosti o indikátoru kvality mají pracovníci ve věku 50 let a více (90,9%). Ostatní věkové kategorie měly správnost odpovědí téměř shodnou (83,1-85,9%). Další zkouškou znalostí zdravotnických pracovníků bylo, zda vědí, co znamená pojem ošetrovatelský audit (*tabulka 10*). Dle Škrlových (2003) ošetrovatelský audit znamená systematické vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče. Tuto správnou odpověď označilo 82,7% dotazovaných. Znalost ošetrovatelského auditu ve vztahu ke vzdělání (*tabulka 28*) zjistila zajímavé výsledky. Respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním odpověděli všichni zcela správně (100%). Naopak vysokoškoláci s bakalářským vzděláním označili správnou odpověď pouze v 72,2%. Jak uvádí Brabcová (2006b) a Veber (2003), interní audit si provádí organizace sama, za pomoci vlastních vyškolených pracovníků. Externí audit je dle Kareše, Drlíkové a Brabcové (2006) druhým typem auditu a provádí ho auditoři zvenčí, např. členové organizace SAK o.p.s. Rozdíl mezi těmito dvěma audity zná 87,4% dotazovaných (*tabulka 11*), ale přínos auditu pro zvyšování kvality péče označilo pouze 59,7% (*tabulka 12*). Dle výsledků šetření lze konstatovat, že dotazovaní zdravotničtí pracovníci vidí v provádění interních auditů přínos, jako např. interní auditor Milan, který práci interního auditora hodnotí velice kladně a přínosně pro celou nemocnici. Milan tvrdí, že interní audity jsou nutné pro zkvalitnění péče o pacienty, ale i pro zaměstnance. Je však pravdou, že zaměstnanci je nemají v oblibě, protože si myslí, že je někdo neustále kontroluje. Interní audity se provádí ve všech nemocnicích na Vysočině (*tabulka 13*). Jejich historie ale nesahá moc daleko, první interní audity se v nemocnici u manažerky Lídy začaly

provádět v roce 2004, u Aleny interní audity v nemocnici fungují od roku 2006 a v roce 2007 se interní audity začaly provádět i v nemocnici u Lenky. Dle manažerů kvality probíhají interní audity dle ročního plánu, který si sami sestavují. V oblasti znalostí probíhajících interních auditů (*graf 1*) ve zdravotnickém zařízení bylo znát, jak se odpovědi respondentů liší dle zdravotnického zařízení, ve kterém pracují. Každé zdravotnické zařízení má svoje zavedené interní audity, které se vážou k určité normě a standardům. Nejvíce dotazovaných (38,2%) uvedlo, že se u nich ve zdravotnickém zařízení provádějí následující interní audity: zdravotnické dokumentace, ošetřující jednotky, KPR, bezpečí prostředí, skladování léčiv a hygiena rukou. Dle informací od manažerů kvality dotazovaní zdravotničtí pracovníci zapomínali na technický audit, který je také velmi důležitý. Informace o výsledcích interního auditu (*tabulka 14*) dostává vždy pouze 52,4% dotazovaných a výsledná zpráva (*tabulka 15*) z velké většiny (73,3%) obsahuje informace na předcházení a odstranění chyb. Domnívám se, že všichni dotazovaní manažeři kvality se shodli, že zprávu z interního auditu vždy dostává vrchní, která má za úkol dále předat informace ošetřujícím pracovníkům. Otázkou zůstává, kde asi nastala chyba, že jsou dotazovaní respondenti o výsledcích z auditu tak málo informováni. Určitě nelze hledat chyby jen u vedoucích pracovníků, ale také u ostatních zdravotnických pracovníků, kteří nejeví zájem o průběh a výsledky interních auditů. Podstatnou roli hraje i celý management kvality, který by si měl kontrolovat, jestli jeho zaměstnanci dostávají informace o vykonaném auditu a v jakém rozsahu. Dle interní auditorky Jany při každém auditu vyplňují kontrolní listy, a pokud je to nutné, tak i záznamy neshod nápravných opatření, kdy záznam neshod obsahuje nápravná opatření na odstranění neshod a odpovědnou osobu. Vždy jednu kopii záznamu z auditu odevzdává staniční či vrchní sestře a druhou kopii předává manažerovi kvality k dalšímu zpracování. Zajímavé výsledky přineslo i zpracování výsledků dotazníkového šetření v souvislosti s respondenty z jednotlivých nemocnic kraje Vysočina. Například pracovníci Nemocnice Havlíčkův Brod významně častěji uvádí (73,2%), že informace o výsledcích z interního auditu dostávají vždy (*tabulka 30*). Kritéria interního auditu (*tabulka 16*) jsou sestavena tak, aby prověřila všechny důležité oblasti, ale pouze 61,3% dotazovaných sester si myslí, že jsou sestavena správně. Setkali jsme se i s pracovníky,



kteří kritéria auditu neznají (18,3%). Této problematice se věnuje *tabulka 32*, která zkoumá souvislost mezi pracovním zařazením nelékařských zdravotnických pracovníků a sestavením kritérií interního auditu, aby se prověřily všechny důležité náležitosti. Výsledky ukazují, že pracovní zařazení dotazovaných významně neovlivňuje názor na správnost sestavení kritérií interního auditu. Dotazovaní zdravotničtí pracovníci v 80,6% znají jména interních auditorů (*tabulka 17*), kteří u nich na oddělení provádějí interní audit. Z výsledků lze usoudit, že jsou zdravotničtí pracovníci o interních auditorech informováni. Oznámení příchodu interního auditora (*tabulka 18*) uvedlo 72,8% dotazovaných. Dotazovaní interní auditori tvrdí, že u plánovaného interního auditu se vždy hlásí vrchní či staniční sestře v předstihu 2-5 dní (*tabulka 19*). Kde asi nastala chyba? Domnívám se, že vedoucí pracovník může zapomenout ohlásit celému ošetřujícímu personálu příchod interního auditora, nebo ošetřující personál na to může při velkém množství práce zapomenout. Z *tabulky 20* vyplývá, že všem dotazovaným (72,8%), kterým je příchod interního auditora dopředu oznámen, čas ohlášení příchodu vyhovuje.

Předmětem šetření bylo také zjistit, jaké vlastnosti a schopnosti by měl mít správný interní auditor (*graf 2*). Dle Dvořáčka (2003) auditor musí mít také řadu lidských vlastností (*tabulka 1*), které z něj činí auditora s přirozenou autoritou. Hájek (2003) zase uvádí, že by auditor měl mít ukončené dostatečné vzdělání, pracovní zkušenosti, školení a výcvik v oblasti auditů, image, řídicí schopnosti, schopnosti rozlišovat podstatné od nepodstatného a mít také zkušenosti s prováděním auditu. Jak vyplývá z výzkumného šetření, nejvíce dotazovaných respondentů (37,2%) uvedlo, že by interní auditor měl být profesionální a měl by mít dobrý úsudek. Všechny čtyři dobré vlastnosti interních auditorů, které se respondentům v dotazníku nabízely, jako je dobrý úsudek, diplomatičnost, profesionalita a dochvilnost, uvedlo pouze 24,1% dotazovaných. Dále z výzkumného šetření dotazovaných manažerů vyplývá, že si vybírají interní auditory dle znalostí a schopností. Manažerka Lída si na pozici interních auditorů hledá lidi, kteří jsou komunikativní, ochotní, spravedliví a mají u nich v nemocnici nejméně 6 měsíců praxe. Pracovní zařazení ani vzdělání pro ni není rozhodující. Pro manažerku Alenu je při výběru interních auditorů důležitý zájem

o auditorskou činnost a znalosti problematiky. Manažerka Lenka o práci interního auditora tvrdí, že je to hezká práce, ale někdy hodně náročná a ze strany ostatního personálu nevděčná. Jak uvádí Kapias (2010), interní auditoři jsou do funkce jmenováni ředitelem daného zdravotnického zařízení a jména interních auditorů jsou všem známa. Povinnosti interního auditora jsou dány i zákonem o auditorech (zákon č. 93/2006), jak uvádí Králíček (2009). Interní auditoři musejí absolvovat i různá odborná školení (*tabulka 22*), která jsou daná normou zdravotnického zařízení. Jak uvedlo 44,5% dotazovaných, interní auditoři by měli pravidelně 1x za rok podstupovat odborná školení. Z výzkumného šetření dotazovaných manažerů a interních auditorů vyplývá, že každé zdravotnické zařízení má stanovenou jinou normu o pravidelnosti odborných školení u interních auditorů. Interní auditor Milan tvrdí, že jim nemocnice zajišťuje seminář o interním auditu každý rok v trvání jednoho dne, kdy je lektor informuje o kvalitě ve zdravotnictví, interních auditech a kontrolních listech. Dle Milana je průběh školení pořád stejný, sem tam se dozvídá i nějakou novinku. Naproti tomu auditorka Petra zase tvrdí, že je to velice zajímavé, ale docela náročné poslouchat celý den o kvalitě, funkčnosti interních auditů a jejich výsledcích. U auditorky Jany probíhají školení interních auditorů 1x za 3 roky, ale v trvání 1-3 dnů, a na konci školení je čeká i malý neklasifikovaný test na znalosti získané během školení. Po každém absolvovaném školení obdrží certifikát o absolvování školení na interního auditora. Dále z výzkumu vyplývá, že se manažeři kvality a interní auditoři scházejí i několikrát do roka a projednávají důležité problémy, jako např. funkčnost kontrolních listů, opakované neshody a jejich nápravná řešení. Interní audity ve zdravotnickém zařízení provádí pracovníci z řad staničních a vrchních sester, směnných sester, lékařů a techniků. Auditorské týmy tvoří nejméně dva členové, aby byla zajištěna objektivita a spravedlnost. V odpovědích na otázku, kdo by měl provádět interní audit ošetrovatelské dokumentace (*tabulka 21*), jednoznačně převažuje tým sestry a lékaře, jak uvedlo (45%) dotazovaných. Dle interních auditorů, kteří provádějí interní audit ošetrovatelské dokumentace, tvoří tým sestra a lékař. Sestra kontroluje ošetrovatelskou část a lékař se zabývá lékařskou částí. Domnívám se, že tento způsob rozdělení rolí při provádění interního auditu ošetrovatelské dokumentace je adekvátní a spravedlivý,

každý si kontroluje a hodnotí svoji oblast. Na otázku, zda by měl někdo z dotazovaných zájem o vykonávání činnosti interního auditora, odpovědělo pouze 2,1% dotazovaných, kladně. Tento fakt je jistě dán tím, že zdravotničtí pracovníci nevědí, co práce interního auditora obnáší a hledají na této práci jenom negativa. Práce interního auditora je někdy náročná, ale jinak velice hezká, přínosná a důležitá pro zvyšování kvality poskytované péče. Z provedeného šetření interních auditorů vyplývá, že svoji práci hodnotí velice kladně, jako přínos pro celou nemocnici a mají radost z každého nového pokroku.

Aby docházelo ke zvyšování kvality poskytované péče, musí být personál dostatečně motivován, jak uvádí Mastiliaková (2001). Z údajů v otázce motivace ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče (*tabulka 25*) vyplývá, že je motivováno jen 55% dotazovaných. Mezi nejčastější motivační činitele pro zvyšování kvality péče dotazovaní pracovníci zařadili: spokojený pacient, dobrý pocit, spokojenost a sebeuspokojení myslí. Pro zvyšování kvality péče je motivace pracovníků potřebná. Pokud pracovníci provádí činnosti s motivem pro práci, výsledky jsou vidět jak ve spokojenosti pacienta, tak i pracovníků. Naproti tomu nedostatek motivace může být důsledkem nezájmu o práci, či syndromu vyhoření. V šetření problematiky motivace pracovníků ve vztahu ke vzdělání (*tabulka 34*) nebyly zaznamenány významné rozdíly. Pouze u respondentů s vysokoškolským vzděláním magisterského typu byla uvedena 100% motivovanost, ale vzhledem k nízkému počtu respondentů v této kategorii není výsledek dostatečně vypovídající. Z výsledků šetření dotazovaných manažerů bylo zřejmé, že je pro ně motivace pracovníků ke zvyšování kvality poskytované péče důležitá. Pro manažerku Lídu je důležitým aspektem účinné motivace to, aby byl každý úkol splnitelný a řešitelný a vždy, kdy je to možné, se snaží zaměstnance ocenit, pochválit a podporovat. Schopnost motivace pracovníků patří k nejnáročnějším a nejvýznamnějším činnostem každého manažera. Manažerka Alena tvrdí, že na motivaci má vliv management řízení, který má vytvářet příznivé pracovní podmínky, komunikovat se zaměstnanci, spravedlivě je odměňovat a vyslovovat uznání za dobře odvedenou práci. Dle manažerky Lenky je důležité dávat zaměstnancům najevo jejich potřebnost a důležitost.

Dle Müllerové (2005) audit zahrnuje porovnání skutečné ošetrovatelské praxe s přijatými standardy a vyhodnocuje, zda ošetrovatelská praxe využívá dostupných zdrojů. V následujících otázkách bylo zjišťováno, jaké nejčastější neshody interní auditoři nacházejí. Z výsledku šetření vyplývá, že manažeři kvality se snaží počet neshod snižovat. Nejvíce neshod nalézají při interním auditu ošetrovatelské dokumentace, kdy se některé neshody stále opakují. Především se jedná o chybějící podpisy ošetrujícího personálu a chyby ve vyplnění dokumentace. Stejný názor zastávají i interní auditoři. Z výsledných zpráv provedeného auditu je zřejmé, že se chyby ve zdravotnické dokumentaci i na ošetrující jednotce opravdu opakují. Proto se domnívám, že by se měli manažeři kvality a interní auditoři zaměřit hlavně na příčinu těchto neshod a poté navrhnout nápravná opatření. Cílem každé nemocnice by mělo být poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Otázkou ale zůstává, co je cílem ošetrujícího týmu či jednotlivých pracovníků. Pravdou je, že aby byla poskytována kvalitní péče, musí ošetrující tým dobře spolupracovat, komunikovat, pracovat a být motivován.

## 6 ZÁVĚR

Nároky na kvalitní péči se neustále zvyšují, a proto je třeba vytvořit efektivní zdravotní systém, do kterého je zapojen celý ošetřující tým. Jedním z nástrojů pro zajištění kvality jsou interní audity.

Cílem práce bylo zjistit, jak směnné sestry a vedoucí sestry hodnotí interní audity, a následně zmapovat názor sester na další zvyšování kvality poskytované péče. Dalším cílem bylo zjistit odbornou způsobilost interních auditorů a zmapovat jejich názor na problematiku interních auditů.

Pro oblast přínosu interních auditů byly stanoveny čtyři hypotézy. První hypotéza udává tvrzení, že směnné sestry hodnotí interní audity jako účinný nástroj, který vede ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče. Tato hypotéza se potvrdila. Sestry odpovídaly na otázku nejčastěji kladně a uváděly, že interní audity slouží ke zlepšení péče o klienty. Druhá hypotéza tvrdí, že vedoucí sestry hodnotí interní audity jako účinný nástroj, který vede ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče. Tato hypotéza se rovněž potvrdila. V hodnocení interních auditů v závislosti na pracovním zařazení nebyly zaznamenány významné rozdíly. Třetí hypotéza předpokládá, že interní auditoři jsou pro vykonávání interních auditů dostatečně vzděláni. Tato hypotéza se nepotvrdila. Manažerům kvality nezáleží na vzdělání ani na pracovní pozici interních auditorů, ale hlavně na ochotě a zájmu o práci interního auditora. Poslední čtvrtá hypotéza říká, že interní auditoři jsou pro vykonávání interních auditů školeni. Tato hypotéza se potvrdila. Interní auditoři musí pravidelně podstupovat odborná školení dle normy daného zdravotnického zařízení.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že interní audity jsou pro zdravotnická zařízení přínosné a patří k nejdůležitějším nástrojům zjišťování kvality poskytované péče. Na zvyšování kvality péče se musí podílet celý ošetřující tým. Kvalita poskytované péče je stupněm dokonalosti každého zdravotnického zařízení.

Z výsledků práce vyplynula pro praxi následující doporučení. Kvalitu poskytované péče je třeba zvyšovat neustále. Lze doporučit ke vzdělávání pracovníků v oblasti interních auditů a podporovat týmovou práci. Je zapotřebí pracovníky motivovat

a vytvářet příjemné pracovní prostředí. Výsledky z výzkumného šetření lze uplatnit při seminářích zdravotnických pracovníků či diskuzích na daném pracovišti. Navržená nápravná opatření pomohou snížit počet neshod při prováděných auditech.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AVENCU, M., SPRINGS, A., *Mezinárodní rámec profesní praxe interního auditu*. 6. vydání. Praha: ČIIA, o. s., 2011, 72 s. ISBN 80-86689-46-8.
2. BRABCOVÁ, I., Akreditace a její přínos pro ošetrovatelství. In: Nové trend v ošetrovatelství. *Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007, str. 48-51.
3. BRABCOVÁ, I., *Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb*. Distanční text pro magisterskou formu studia Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, 2006a, 106 s. ISBN neuvedeno.
4. BRABCOVÁ, I., a kol., Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu. *Kontakt*, 2006b, ročník 8, č. 2. str. 240-248. ISSN 1212-4117.
5. BĚLOHLÁVEK, F., *Management*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2006, 724 s. ISBN 80-251-0396-X.
6. DONNELLY, J., GIBSON, J., IVANCEVICH, J., *Management*. 1. vydání. Praha: Grada, 1997 (dotisk 2004), 824 s. ISBN 80-7169-422-3.
7. DVOŘÁČEK, J., *Interní audit a kontrola*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2003, 201 s. ISBN 80-7179-805-3.
8. DVOŘÁČEK, J., KAFKA, T., *Interní audit v praxi*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2005, 236 s. ISBN 80-251-0836-8.
9. Česká technická norma EN ISO 19011:2002. *Směrnice pro auditování systému managementu jakosti a/nebo systému environmentálního managementu*. Český normalizační institut 2003.

10. *České ošetrovatelství2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charta práv pacientů.* 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2004, 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
11. EXNER, L., RAITER, T., STEJSKALOVÁ, D., *Strategický marketing zdravotnických zařízení.* 1. vydání. Praha: Professionál Publishing, 2005, 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
12. FARKAŠOVÁ, D., a kol., *Ošetrovatelství – teorie.* 1. vydání. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
13. FRANKOVÁ, G., *Interní audit v poskytování zdravotní péče.* 2006. [online] [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: [http://www.cskz.cz/seznamy/04\\_frankova\\_Audit\\_Praha.ppt](http://www.cskz.cz/seznamy/04_frankova_Audit_Praha.ppt)
14. GEYNDT, W., *Managing The Quality Of Health Care In Developing Countries.* 1. vydání. Washington: D. C., 1995, 80 s. ISSN 0253-7494.
15. GLADKIJ, I., a kol., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování.* 1. vydání. Brno: IDV PZ, 1999, 183 s. ISN 80-7013-272-8.
16. GLADKIJ, I., a kol., *Management ve zdravotnictví.* 1. vydání., Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
17. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R., *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče.* 1. vydání. Praha: Grada, 2003, 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
18. GURKOVÁ, E., *Hodnocení kvality života.* 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
19. HÁJEK, K., *Interní audit,* 1. vydání. Vyškov: Spirová Irena, 2003, 16 s. ISBN 80-239-1953-9.
20. HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P., PRUDIL, L., *Systém péče o zdraví a zdravotnictví,* 1. vydání. Brno: NCONZO, 2005, 186 s. ISBN 80-7013-417-8.



21. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
22. JAROŠOVÁ, D., *Základy managementu v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 34 s. ISBN neuvedeno.
23. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1001-3.
24. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: Grada, 2009, 312 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
25. JURÁSKOVÁ, D., SVOBODOVÁ, D., *Kvalita jako priorita*. Florence, 2009, ročník 5, č. 4, str. 9. ISSN 1801-464X.
26. KAFKA, T., *Průvodce pro interní audit a risk management*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2009, 167 s. ISBN 978-80-7400-121-5.
27. KAPIAS, P., *Interní auditor ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání. Ostrava: 2010, 31 s. ISBN neuvedeno.
28. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I., *Moderní metody v řízení*. 1. vydání. České Budějovice: ZSF JCU, 2006, 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
29. KILÍKOVÁ, M., JAKEŠOVÁ, V., *Teória a práce manažmentu v ošetrovatelstve*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2008, 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.
30. KRÁLÍČEK, V., *Zákon o auditorech. Komentář*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2009, 140 s. ISBN 978-80-7357-464-2.
31. MADAR, J. a kol., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

32. MARX, D., *Kvalita ve zdravotnictví*. 2006. [online] [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: [http://www.cskz.cz/seznamy/11\\_marx\\_meziarodniindikatorykvality.ppt](http://www.cskz.cz/seznamy/11_marx_meziarodniindikatorykvality.ppt)
33. MASTILIAKOVÁ, D., *Kvalita ošetrovatelské péče (I. část). Ošetrovatelství*. Hradec Králové: 2001, č. 3-4, str. 69-73. ISSN 1212-723X.
34. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství – II. Díl: Systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003, 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
35. MÁŠOVÁ, R., HAVRDLÍKOVÁ, M., *Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána*. *Sestra*, 2009, ročník 19, str. 19-20. ISSN 1210-0404.
36. MÜLLEROVÁ, N., *Sestra v roli auditorky*. *Florence*. 2006, ročník 2, č. 7-8. str. 27-28. ISSN 1801-464X.
37. NENADÁL, J., *Měření v systémech managementu jakosti*. 2. vydání. Praha: Management Press, 2004, 335 s. ISBN80-7261-110-0.
38. NENADÁL, J., NOSKIEVIČOVÁ, D., PETŘÍKOVÁ, R., PLURA, J., TOŠENOVSKÝ, J., *Moderní systémy řízení jakosti: Quality Management*, 2. vydání. Praha: Management Press, 2005, 284 s. ISBN 80-7261-071-6.
39. PEŠEK, J., *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárnictví s využitím norem ISO*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003, 112 s. ISBN 80-247-0551-6.
40. PICKETT SPENCER, H., K., *The Internal Auditing Handbook*. 3. vydání. Edition Third, 2010, 1070 s. ISBN 978-0-470-51871-7.
41. POCHYLÁ, K., *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2005, 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
42. POKOJOVÁ, R., *Stručný pohled do systému kvality*. *Sestra*, 2010, ročník 7-8. str. 34-35. ISSN 1210-0404.

43. RUSSELL, P., J., *The Internal Auditing Pocket Guide: Preparing, Performing And Reporting*. 1. vydání. William A. Tony, 2003, 163 s. ISBN 0-87389-560-6.
44. SCHRÁNIL, P., TVRDOŇ, J., *Externí a interní auditing*. 1. vydání. Praha: Vysoká škola finanční a správní, 2010, 68 s. ISBN 978-80-7408-042-5.
45. Spojená akreditační komise o.p.s. 2012. [online] [cit. 2012-15-07]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz>
46. SVOBODNÍK, P., *Management pro zdravotníky v kostce*, 1. vydání. Brno: NCONZO, 2009, 127 s. ISBN 978-80-7013-498-6.
47. ŠKRLA, P., *Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
48. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
49. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
50. VEBER, J., *Management, základy, prosperity, globalizace*. 1. vydání. Praha: Management Press, 2003, 700 s. ISBN 80-7261-029-5.
51. ZAVORALOVÁ, J., *Audit*. 2006. [online] [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: [http://www.cskz.cz/seznamy/06\\_zavoralova\\_hamzova\\_lecebna.ppt](http://www.cskz.cz/seznamy/06_zavoralova_hamzova_lecebna.ppt)

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Akreditace

Audit

Indikátor kvality

Interní audit

Interní auditor

Kvalita

Management

Standardy

## **9 PŘÍLOHY**


Příloha 1: Jmenovací dekret

Příloha 2: Dotazník


Příloha 3: Otázky k rozhovoru pro manažery kvality a interní auditory

Příloha 4: Kontrolní listy a záznamy neshod a nápravných opatření

*Příloha 1: Jmenovací dekret*



NEMOCNICE  
HAVLÍČKŮV  
BROD



JMENOVAČÍ DEKRET  
JMENOVAČÍ DEKRET

pro auditora

Bc. Šárku Havlíčkovou

narozenou dne 9.3.1982

---

Auditor přináší průkazná zjištění z interních auditů. Je nezájatý, nestranný. Zná řízenou dokumentaci NHB, Národních akreditačních standardů SAK o.p.s. a příslušné legislativu.

MUDr. Vít Kaňkovský  
ředitel, Nemocnice Havlíčkův Brod

V Havlíčkově Brodě dne 3.2.2010

## *Příloha 2: Dotazník*

Vážené kolegyně, kolegové,  
interní audity nabývají v ošetrovatelství na významu. Ve své diplomové práci se zabývám problematikou interních auditů a jejich efektivnosti z pohledu sester a interních auditorů. Prosím Vás proto o spolupráci a vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a slouží jen pro účely této diplomové práce. Pokud není uvedeno jinak, tak Vámi zvolené odpovědi prosím zakřížkujte v příslušné kolonce. Předem Vám děkuji za čas a ochotu, kterou věnujete vyplnění dotazníku.

Bc. Šárka Havlíčková  
Zdravotně sociální fakulta  
JU v Českých Budějovicích

### 1. Kolik Vám je let?

- 19-29 let
- 30-39 let
- 40-49 let
- 50 let a více

### 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- SZŠ + specializace
- VZŠ (DiS.)
- VŠ (Bc.)
- VŠ (Mgr.)
- v současné době studuji .....
- jiné (prosím doplňte) .....

### 3. Kolik let působíte v praxi?

- do 1 roku
- 2-5 let
- 6- 15 let
- 16- 25 let
- 26 let a více

### 4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- staniční, vrchní sestra
- sestra na lůžkovém oddělení
- sestra v ambulanci
- jiné (prosím doplňte) .....

### 5. Máte ve Vašem zdravotnickém zařízení zavedený program kontinuálního zvyšování kvality?

- ano
- ne
- nevím

6. Jakého ocenění Vaše zdravotnické zařízení dosáhlo v oblasti kvality?

- JCAHO
- JCIA
- SAK
- jiné (prosím doplňte) .....

7. Co je podle Vás indikátor kvality?

- hodnocení ošetrovatelské péče
- měřitelné kritérium kvality
- informace o kvalitě získané od pacienta
- nevím

8. Pracujete na Vašem oddělení dle ošetrovatelských standardů?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

9. Co podle Vás znamená pojem ošetrovatelský audit?

- kontrola funkce ošetrovatelského procesu
- subjektivní hodnocení, zda realita odpovídá standardu
- vyhodnocení ošetrovatelské praxe

10. Víte, jaký je rozdíl mezi interním a externím auditem?

- ano
- ne
- nevím

Pokud ANO popište prosím rozdíl:

Interní audit

.....

Externí audit

.....

11. Myslíte, že jsou audity přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

- ano
- ne
- nevím

Pokud ANO, napište prosím proč: .....

12. Jsou na Vašem oddělení prováděny interní audity?

- ano
- ne
- nevím

Pokud NE, přejděte prosím k otázce č. 25



13. Jaké interní audity u Vás na oddělení/ambulanci probíhají?

(můžete označit více odpovědí)

- zdravotnické dokumentace
- ošetřující jednotky
- ambulance
- KPR
- bezpečí prostředí
- skladování léčiv
- hygiena rukou
- jiné (prosím doplňte) .....

14. Dostáváte informace o výsledcích interních auditů na Vašem oddělení?

- ano, občas
- ano, vždy
- ne
- nevím
- nezajímám se o to

Pokud ANO, odpovězte na následující otázku. Jestliže ne, pokračujte k otázce č. 16.

15. Co obsahují výsledky interních auditů?

- informace na odstranění chyb
- informace na předcházení chyb
- informace na předcházení a odstranění chyb
- jiné (prosím doplňte) .....

16. Myslíte si, že jsou kritéria interních auditů sestavena tak, aby prověřila všechny důležité náležitosti?

- kritéria auditu neznám
- ano
- ne
- nevím
- jiné (prosím doplňte) .....

17. Znáte jména interních auditorů, kteří u Vás provádějí interní audity?

- ano
- ne
- nevím

18. Je Vám u plánovaného auditu dopředu oznámen příchod interních auditorů?

- ano
- ne
- nevím

Pokud ANO, odpovězte na následující otázku. Jestliže ne, pokračujte k otázce č. 21.

19. Kolik dní se interní auditor hlásí dopředu?

- 1 den
- 2 dny
- 5 dní
- 7 dní
- jiné (prosím doplňte) .....

20. Vyhovuje Vám tento čas?

- ano
- ne, proč .....

21. Jaké vlastnosti a schopnosti by měl mít interní auditor?  
(můžete označit více odpovědí)

- dobrý úsudek
- povrchnost
- diplomatičnost
- profesionalitu
- závislost
- dochvilnost
- nezájem

22. Kdo by podle Vás měl provádět např. interní audit ošetrovatelské dokumentace?

- sestra
- lékař
- sestra a lékař
- manažer
- technik
- jiné (prosím doplňte) .....

23. Jak často by měl interní auditor chodit na odborná školení?

- 1x za rok
- 2x za rok
- 1x za 2 roky
- 1x za 5 let
- Nevím

24. Chtěli byste dělat interního auditora?

- ano
- ne
- nevím

25. Domníváte se, že by interní auditor měl absolvovat nějaké speciální vzdělávání (školení, vzdělávací kurzy)?

- ano
- ne
- nevím

26. Jste motivováni ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

- ano
- ne
- nevím

Pokud ANO, napište jak .....

27. Můžete uvést i Vaše další názory, připomínky, týkající se interních auditorů z Vašeho pohledu?

.....

.....

.....

### *Příloha 3: Otázky k rozhovoru pro manažery kvality a interní auditory*

#### Manažer kvality

- 1) Jakého ocenění Vaše zdravotnické zařízení dosáhlo v oblasti kvality?
- 2) Jaké interní audity probíhají ve Vaší nemocnici?
- 3) Podle čeho si vybíráte členy auditorského týmu? Jaká školení či jiné vzdělávací aktivity musí interní auditoři podstupovat?
- 4) Jaké nejčastější chyby interní auditoři nacházejí?
- 5) Jste spokojeni s interními audity a jejich výsledky?
- 6) Jak zaměstnance motivujete ke zvyšování kvality?

#### Interní auditor

- 1) Jaký interní audit provádíte a jaké nejčastější chyby nalézáte?
- 2) Jaká školení jako interní auditor absolvujete?
- 3) Jaké zlepšení pozorujete v dodržování standardů ošetrovatelské péče?
- 4) Jaké zlepšení pozorujete v dodržování bezpečnosti a ochrany zdraví při práci?
- 5) Jak hodnotíte práci interního auditora?

*Příloha 4: Kontrolní listy a záznamy neshod a nápravných opatření*

**Audit č. 1**

Požadavky na zdravotnickou dokumentaci		Audit č.: 1	Je požadavek splněn?	
Oddělení – infekční oddělení			ANO - X	NE - 0
1.	Souhlas s hospitalizací je vyplněn ve všech bodech		X	
2.	Vyplněna lékařská anamnéza		X	
3.	Fyzikální vyšetření lékařem		X	
4.	Identifikace přijímajícího lékaře		X	
5.	Oš. anamnéza vyplněna ve všech bodech			0
6.	Při změně směny sester záznam o pacientovi do oš. dokumentace		X	
7.	Záznam sestrou o edukaci		X	
8.	Hodnocení bolesti		X	
9.	Správná preskripce léků			0
10.	Podávání léků řádně identifikováno zdravotnickým personálem		X	
11.	Správná ordinace opiátů		X	
12.	Invazivní vstupy - hodnocení		X	
13.	Převazy, ošetření ran (jak často, ordinace, kdo)		X	
14.	Záznam o dietě		X	
15.	Vizita v požadované četnosti a obsahu		X	
16.	Zřetelná vazba mezi ordinací a vyšetřením		X	
17.	Propouštěcí zpráva /PZ/ obsahuje lékařské diagnózy		X	
18.	PZ obsahuje průběh hospitalizace		X	
19.	Záznam o edukaci pacienta lékařem		X	
20.	Při překladu vyhotovení sesterské překladové zprávy		X	
21.	PZ obsahuje podpis lékaře		X	
22.	Uveden datum a čas v propouštěcí zprávě		X	
23.	Identifikace osob, které do zdravotnické dokumentace zapisují		X	
24.	Čitelnost zdravotnické dokumentace		X	
25.	Soulad mezi lékařskou a oš. dokumentací			0

<b>Záznam neshod a nápravných opatření</b>	<b>Audit č.: 1 zdravotnická dokumentace</b>	<b>Oddělení: infekční oddělení</b>	<b>Úspěšnost v %: 88%</b>
<i>Popis neshody:</i>	<i>Nápravná opatření:</i>	<i>Odpovědná osoba:</i>	<i>Záznam efektivnosti z nápravných opatření:</i>
1. Ošetrovatelská anamnéza není vyplněna ve všech bodech – chybí vyplnění lokalizace bolesti a čas vyplnění anamnézy.	Je třeba ošetrovatelskou anamnézu vyplnit ve všech bodech a psát čas vyplnění.	Vrchní a staniční sestra.	Nelze hodnotit, audit byl proveden pouze jedenkrát.
2. Špatná preskripce léků - chybí forma léků, způsob podání a síla léků.	Je nutné, aby lékaři dbali na správnou preskripci léků.	Primář.	
3. Nesoulad mezi lékařskou a ošetrovatelskou dokumentací – sestry podávají léky na průjem bez ordinace lékaře.	Je třeba dbát na soulad mezi lékařskou a ošetrovatelskou dokumentací. Sestry nesmějí podávat léky bez ordinace lékaře.	Vrchní a staniční sestra.	

Požadavky na ošetřující jednotku		Audit č.: 1	Je požadavek splněn?	
Oddělení – infekční oddělení		ANO - X	NE - 0	
1.	Domácí řád, práva pacientů na oddělení	X		
2.	Zaměstnanci vědí, kde se na oš. jednotce nacházejí: oš. standardy	X		
3.	Zaměstnanci vědí, kde se na oš. jednotce nacházejí: směrnice	X		
4.	Oddělení má minimálně 1 indikátor kvality	X		
5.	Označení nouzových východů	X		
6.	Podávání léků z originálního balení před pacientem	X		
7.	Uzamčená lékárna			0
8.	Uvedení doby a hodiny otevření lahvičky Inzulínu, Heparinu			0
9.	Správné uložení a označení rizikových léků	X		
10.	Kontrola expirace zdravotnického materiálů	X		
11.	Inspekční pokoj sester je zabezpečen	X		
12.	Personál zná telefonní číslo na KPR	X		
13.	Personál zná a ví, kde je evakuační plán	X		
14.	Pomocný personál zná dezinfekční prostředky a umí je ředit	X		
15.	Na oš. jednotce je vyvěšen aktuální dezinfekční řád	X		
16.	Použité jehly jsou uloženy v pevné nádobě – ne starší 24 hodin	X		
17.	Personál zná postup manipulace s prádlem s MRSA	X		
18.	Čisté prádlo je skladováno pouze ve skladu na prádlo nebo skříni na prádlo	X		
19.	Vyvěšené informace pro oš. jednotku jsou v PVC nebo omyvatelné liště	X		
20.	Dokumenty na oš. jednotce mají logo nemocnice a jsou aktuální	X		
21.	Zbytky vaků po transfúzích jsou skladovány samostatně v lednici	X		
22.	Zaměstnanci si dezinfikují před a po kontaktu s pacientem ruce	X		
23.	Čistota a bezpečnost oš. jednotky, WC, podlah	X		
24.	Personál je identifikován identifikační kartou	X		
25.	Čisté podložní mísy a močové láhve jsou vhodně uloženy	X		

<b>Záznam neshod a nápravných opatření</b>	<b>Audit č.: 1 ošetrující jednotka</b>	<b>Oddělení: infekční oddělení</b>	<b>Úspěšnost v %: 92%</b>
<i>Popis neshody:</i>	<i>Nápravná opatření:</i>	<i>Odpovědná osoba:</i>	<i>Záznam efektivnosti z nápravných opatření:</i>
1. Neuzamčená lékárna a klíče v zámku.	Poučení personálu o nutnosti zamykání lékárny a nošení klíčů u sebe.	Vrchní a staniční sestra.	Nelze hodnotit, audit byl proveden pouze jedenkrát.
2. Chybí uvedení doby na otevřené lahvičce od inzulínu.	Je nutné, aby personál při otevření nové lahvičky s inzulínem napsal na lahvičku datum a čas otevření.	Vrchní a staniční sestra.	



## Audit č. 2

Požadavky na zdravotnickou dokumentaci		Audit č.: 2	Je požadavek splněn?	
Oddělení – chirurgické oddělení		ANO - X	NE - 0	
1.	Souhlas s hospitalizací je vyplněn ve všech bodech	X		
2.	Vyplněna lékařská anamnéza			0
3.	Fyzikální vyšetření lékařem	X		
4.	Identifikace přijímajícího lékaře	X		
5.	Oš. anamnéza vyplněna ve všech bodech	X		
6.	Při změně směny sester záznam o pacientovi do oš. dokumentace	X		
7.	Záznam sestrou o edukaci	X		
8.	Hodnocení bolesti	X		
9.	Správná preskripce léků	X		
10.	Podávání léků řádně identifikováno zdravotnickým personálem	X		
11.	Správná ordinace opiátů	X		
12.	Invazivní vstupy - hodnocení	X		
13.	Převazy, ošetření ran (jak často, ordinace, kdo)	X		
14.	Záznam o dietě			0
15.	Vizita v požadované četnosti a obsahu	X		
16.	Zřetelná vazba mezi ordinací a vyšetřením	X		
17.	Propouštěcí zpráva /PZ/ obsahuje lékařské diagnózy	X		
18.	PZ obsahuje průběh hospitalizace	X		
19.	Záznam o edukaci pacienta lékařem	X		
20.	Při překladu vyhotovení sesterské překladové zprávy	X		
21.	PZ obsahuje podpis lékaře	X		
22.	Uveden datum a čas v propouštěcí zprávě	X		
23.	Identifikace osob, které do zdravotnické dokumentace zapisují	X		
24.	Čitelnost zdravotnické dokumentace	X		
25.	Soulad mezi lékařskou a oš. dokumentací	X		

<b>Záznam neshod a nápravných opatření</b>	<b>Audit č.: 2 zdravotnická dokumentace</b>	<b>Oddělení: chirurgické oddělení</b>	<b>Úspěšnost v %: 92%</b>
<i>Popis neshody:</i>	<i>Nápravná opatření:</i>	<i>Odpovědná osoba:</i>	<i>Záznam efektivnosti z nápravných opatření:</i>
1. Lékařská anamnéza není vyplněna ve všech bodech – chybí vyplnění farmakologické anamnézy a nynějšího onemocnění.	Je třeba lékařskou anamnézu vyplnit ve všech bodech včetně nynějšího onemocnění a farmakologické anamnézy.	Primář.	Nelze hodnotit, audit byl proveden pouze jedenkrát.
2. Chybí záznam o dietě v denním dekurzu od lékaře.	Je nutné dbát na řádné vyplnění diety v denním dekurzu.	Vrchní a staniční sestra.	

Požadavky na ošetrující jednotku		Audit č.: 2	Je požadavek splněn?	
Oddělení – chirurgické oddělení		ANO - X	NE - 0	
1.	Domácí řád, práva pacientů na oddělení	X		
2.	Zaměstnanci vědí, kde se na oš. jednotce nacházejí: oš. standardy	X		
3.	Zaměstnanci vědí, kde se na oš. jednotce nacházejí: směrnice	X		
4.	Oddělení má minimálně 1 indikátor kvality	X		
5.	Označení nouzových východů	X		
6.	Podávání léků z originálního balení před pacientem	X		
7.	Uzamčená lékárna	X		
8.	Uvedení doby a hodiny otevření lahvičky Inzulínu, Heparinu	X		
9.	Správné uložení a označení rizikových léků	X		
10.	Kontrola expirace zdravotnického materiálů	X		
11.	Inspekční pokoj sester je zabezpečen	X		
12.	Personál zná telefonní číslo na KPR	X		
13.	Personál zná a ví, kde je evakuační plán	X		
14.	Pomocný personál zná dezinfekční prostředky a umí je ředit	X		
15.	Na oš. jednotce je vyvěšen aktuální dezinfekční řád	X		
16.	Použité jehly jsou uloženy v pevné nádobě – ne starší 24 hodin	X		
17.	Personál zná postup manipulace s prádlem s MRSA	X		
18.	Čisté prádlo je skladováno pouze ve skladu na prádlo nebo skříni na prádlo	X		
19.	Vyvěšené informace pro oš. jednotku jsou v PVC nebo omyvatelné liště			0
20.	Dokumenty na oš. jednotce mají logo nemocnice a jsou aktuální	X		
21.	Zbytky vaků po transfúzích jsou skladovány samostatně v lednici	X		
22.	Zaměstnanci si dezinfikují před a po kontaktu s pacientem ruce	X		
23.	Čistota a bezpečnost oš. jednotky, WC, podlah	X		
24.	Personál je identifikován identifikační kartou	X		
25.	Čisté podložní mísy a močové láhve jsou vhodně uloženy	X		

<b>Záznam neshod a nápravných opatření</b>	<b>Audit č.: 2 ošetrující jednotka</b>	<b>Oddělení: chirurgické oddělení</b>	<b>Úspěšnost v %: 96%</b>
<i>Popis neshody:</i>	<i>Nápravná opatření:</i>	<i>Odpovědná osoba:</i>	<i>Záznam efektivnosti z nápravných opatření:</i>
1. Vyvěšené informace na ošetrující jednotce nejsou v PVC ani omyvatelné liště.	Je třeba dbát, aby všechny vyvěšené informace byly umístěny v obalu PVC nebo omyvatelné liště a daly se dezinfikovat.	Vrchní a staniční sestra.	Nelze hodnotit, audit byl proveden pouze jedenkrát.

### Audit č. 3

Požadavky na zdravotnickou dokumentaci		Audit č.: 3	Je požadavek splněn?	
Oddělení – interní oddělení		ANO - X	NE - 0	
1.	Souhlas s hospitalizací je vyplněn ve všech bodech	X		
2.	Vyplněna lékařská anamnéza	X		
3.	Fyzikální vyšetření lékařem	X		
4.	Identifikace přijímajícího lékaře	X		
5.	Oš. anamnéza vyplněna ve všech bodech	X		
6.	Při změně směny sester záznam o pacientovi do oš. dokumentace	X		
7.	Záznam sestrou o edukaci	X		
8.	Hodnocení bolesti	X		
9.	Správná preskripce léků			0
10.	Podávání léků řádně identifikováno zdravotnickým personálem	X		
11.	Správná ordinace opiátů			0
12.	Invazivní vstupy - hodnocení	X		
13.	Převazy, ošetření ran (jak často, ordinace, kdo)	X		
14.	Záznam o dietě	X		
15.	Vizita v požadované četnosti a obsahu	X		
16.	Zřetelná vazba mezi ordinací a vyšetřením	X		
17.	Propouštěcí zpráva /PZ/ obsahuje lékařské diagnózy	X		
18.	PZ obsahuje průběh hospitalizace	X		
19.	Záznam o edukaci pacienta lékařem	X		
20.	Při překladu vyhotovení sesterské překladové zprávy	X		
21.	PZ obsahuje podpis lékaře	X		
22.	Uveden datum a čas v propouštěcí zprávě	X		
23.	Identifikace osob, které do zdravotnické dokumentace zapisují			0
24.	Čitelnost zdravotnické dokumentace	X		
25.	Soulad mezi lékařskou a oš. dokumentací	X		

<b>Záznam neshod a nápravných opatření</b>	<b>Audit č.: 3 zdravotnická dokumentace</b>	<b>Oddělení: interní oddělení</b>	<b>Úspěšnost v %: 88%</b>
<i>Popis neshody:</i>	<i>Nápravná opatření:</i>	<i>Odpovědná osoba:</i>	<i>Záznam efektivnosti z nápravných opatření:</i>
1. Špatná ordinace opiátů - chybí způsob podání.	Je třeba, aby byla ordinace opiátů správná.	Vrchní a staniční sestra.	Nelze hodnotit, audit byl proveden pouze jedenkrát.
2. Špatná preskripce léků - chybí forma léků, způsob podání a síla léků.	Je nutné, aby lékaři dbali na správnou preskripci léků.	Primář.	
3. Identifikace osob, které do dokumentace zapisují – 1x chybí podpis sestry u aplikace opiátů a 1x chybí podpis lékaře u vizity.	Je nutné, se vždy u každé aplikace opiátů podepsat a lékaři jsou povinni se podepsat pod vizitu, kterou prováděli.	Vrchní a staniční sestra. Primář.	

Požadavky na ošetrující jednotku		Audit č.: 3	Je požadavek splněn?	
Oddělení – interní oddělení		ANO - X	NE - 0	
1.	Domácí řád, práva pacientů na oddělení	X		
2.	Zaměstnanci vědí, kde se na oš. jednotce nacházejí: oš. standardy	X		
3.	Zaměstnanci vědí, kde se na oš. jednotce nacházejí: směrnice	X		
4.	Oddělení má minimálně 1 indikátor kvality	X		
5.	Označení nouzových východů	X		
6.	Podávání léků z originálního balení před pacientem	X		
7.	Uzamčená lékárna	X		
8.	Uvedení doby a hodiny otevření lahvičky Inzulínu, Heparinu			0
9.	Správné uložení a označení rizikových léků	X		
10.	Kontrola expirace zdravotnického materiálů	X		
11.	Inspekční pokoj sester je zabezpečen	X		
12.	Personál zná telefonní číslo na KPR	X		
13.	Personál zná a ví, kde je evakuační plán	X		
14.	Pomocný personál zná dezinfekční prostředky a umí je ředit	X		
15.	Na oš. jednotce je vyvěšen aktuální dezinfekční řád	X		
16.	Použité jehly jsou uloženy v pevné nádobě – ne starší 24 hodin	X		
17.	Personál zná postup manipulace s prádlem s MRSA	X		
18.	Čisté prádlo je skladováno pouze ve skladu na prádlo nebo skříni na prádlo	X		
19.	Vyvěšené informace pro oš. jednotku jsou v PVC nebo omyvatelné liště	X		
20.	Dokumenty na oš. jednotce mají logo nemocnice a jsou aktuální	X		
21.	Zbytky vaků po transfúzích jsou skladovány samostatně v lednici	X		
22.	Zaměstnanci si dezinfikují před a po kontaktu s pacientem ruce	X		
23.	Čistota a bezpečnost oš. jednotky, WC, podlah	X		
24.	Personál je identifikován identifikační kartou	X		
25.	Čisté podložní mísy a močové láhve jsou vhodně uloženy	X		

<b>Záznam neshod a nápravných opatření</b>	<b>Audit č.: 3 ošetřující jednotka</b>	<b>Oddělení: interní oddělení</b>	<b>Úspěšnost v %: 96%</b>
<i>Popis neshody:</i>	<i>Nápravná opatření:</i>	<i>Odpovědná osoba:</i>	<i>Záznam efektivnosti z nápravných opatření:</i>
1. Chybí uvedení doby na otevřené lahvičce s Fraxiparinem.	Je nutné, aby personál při otevření nové lahvičky s inzulínem napsal na lahvičku datum a čas otevření.	Vrchní a staniční sestra.	Nelze hodnotit, audit byl proveden pouze jedenkrát.