

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetřovatelství*



**Kateřina Coufalová**

**Vnímání kvality a bezpečí v ošetřovatelské péči sestrami  
pracujícími na odděleních interního typu**

*Perception of quality and safety from perspective of nurses  
working in internal medicine units*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2019

Autor práce: Kateřina Coufalová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 24. 6. 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 3. 6. 2019

Kateřina Coufalová .....

## **Poděkování**

Na začátek bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové, za konzultace, milý, ochotný, trpělivý a lidský přístup a za podporu, která se často velmi hodila. Poděkování patří také mé rodině, která za mnou vždy stála, podporovala mě a měla semnou velkou trpělivost během celého studia. Děkuji i svým přátelům za podporu a povzbuzení.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>1. ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>2</b>
2.1. DEFINICE OŠETŘOVATELSTVÍ .....	2
2.1.1. <i>Cíle ošetřovatelství</i> .....	2
2.1.2. <i>Rysy moderního ošetřovatelství</i> .....	2
2.1.3. <i>Role sestry</i> .....	4
2.1.4. <i>Vztah mezi sestrou a pacientem</i> .....	5
2.2. DEFINICE KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	5
2.2.1. <i>Indikátory kvality ošetřovatelské péče</i> .....	7
2.2.2. <i>Systémy řízení kvality</i> .....	9
2.2.3. <i>Program kontinuálního zvyšování kvality ošetřovatelské péče</i> .....	10
2.3. DEFINICE BEZPEČNÉ PÉČE .....	11
2.3.1. <i>Bezpečnostní kultura</i> .....	11
2.3.2. <i>Řízení rizik v ošetřovatelském procesu</i> .....	12
2.3.3. <i>Mimořádná událost</i> .....	13
2.3.4. <i>Identifikace pacienta</i> .....	14
2.3.5. <i>Bezpečná komunikace v týmu</i> .....	15
2.3.6. <i>Zdravotnická dokumentace</i> .....	16
2.4. KONTINUITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	17
2.4.1. <i>Překlad, předání a propuštění pacienta</i> .....	18
2.5. CHARAKTERISTIKA INTERNÍHO ODDĚLENÍ.....	19
2.5.1. <i>Dělení interního oddělení</i> .....	19
2.5.2. <i>Charakteristika práce sestry na standardním oddělení</i> .....	20
<b>3. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>22</b>
3.1. METODIKA VÝZKUMU .....	22
3.1.1. <i>Otázky</i> .....	25
3.2. VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	26
3.3. GRAFY .....	27
<b>4. DISKUZE</b> .....	<b>37</b>
<b>5. ZÁVĚR</b> .....	<b>42</b>
<b>6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>43</b>
<b>7. PŘÍLOHY</b> .....	<b>47</b>
7. 1. SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....	47
7.1.1. <i>Tabulky</i> .....	47

## Abstrakt

Zvyšování kvality ošetrovatelské péče je často diskutovaným tématem v sesterské profesi, protože cílem každého zdravotnického pracovníka je poskytnout tu nejlepší péči, která je v jeho silách. Pokud chceme zjistit, posoudit a zlepšit úroveň ošetrovatelské péče o hospitalizované pacienty, můžeme využít reálného pohledu sester, jakožto odbornic na danou problematiku. V našem případě sestry na oddělení interního typu. Tento výzkum je součástí pilotního projektu mezinárodního výzkumu RN4CAST v České republice.

Cílem šetření bylo zjistit, jak sestry vnímají kvalitu a bezpečí ošetrovatelské péče na úrovni daného lůžkového oddělení interního typu, ale i řešení vzniklých problémů v průběhu ošetrovatelské péče na úrovni vyššího managementu nemocničního zařízení. Data vzniklá v důsledku zkoumání pak mohou být využita ke zlepšení prostředí oddělení a celkově ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče.

Pro zařazení do výzkumu musel být respondent všeobecnou nebo praktickou sestrou, na lůžkové části interního oddělení a aktuálně sloužil dvanácti hodinovou službu (denní či noční), na jejímž konci odpověděl na otázky v elektronickém dotazníku za přítomnosti člena výzkumného týmu, který byl připraven odpovědět na jakýkoliv dotaz ohledně formulace otázky nebo odpovědi.

Celkem se pilotního výzkumu, uskutečněného v únoru 2019, zúčastnilo 52 sester, pracujících na lůžkových odděleních interního typu. Kvalitu ošetrovatelské péče jako celek většina sester hodnotí spíše kladně. V otázkách ohledně spolupráce s managementem jsou už odpovědi spíše negativního rázu. Co se týče komunikace personálu ve smyslu předávání hlášení na konci služby nebo při překlada pacienta, většina sester se shodla na tom, že si veškeré informace předávají včetně detailů.

Z dotazníku vyplývá, že sestry jsou s kvalitou péče celkem spokojené, ale výsledky ukazují prostor pro zlepšování. Sestry nemají takovou důvěru ve spolupráci s vedením nemocnice a ve většině případů sestry nejsou informovány o změnách zavedených na základě nežádoucích událostí. Nejsou schopné posoudit, zda je bezpečí pacientů hlavní prioritou nemocnice. V oblasti komunikace při předávání hlášení nebo překlada pacientů jsou výsledky pozitivní, většina sester popírá, že by nepředaly veškeré potřebné informace.

## **Abstract**

Increasing the quality of nursing is a frequently discussed issue in the nurse profession, because the goal of every medical staff is to provide the best of him in health care. If we want to find out, assess and to improve the treatment of hospitalized patients, we can use the real view of nurses, which are experts in that question. Nurses on department of Internal medicine in our case. This research is part of the RN4CAST international research pilot project in the Czech Republic.

The target of the survey was to find out how nurses perceive the quality and safety of nursing at the level of the inpatient ward, but also to solve problems during nursing at the level of higher management of the hospital. The research data can be used to improve the ward environment and improve the quality of nursing in overall.

The respondent included in the research, had to be a general nurse or a practical nurse which was working at the inpatient ward and finished a 12-hour service (day or night), and at the end of the shift he answered questions in an electronic questionnaire under supervision of a research team member who was ready to answer any question about the formulation of the question or answer.

A total of 52 nurses working in the inpatient wards of the internal type participated in the pilot research in February 2019. Most nurses evaluate the quality of nursing care as positive. The questions about cooperation with management are rather negative. Concerning the communication of personnel at the end of the service or the handover of the patient, most nurses have agreed to pass on all the information including details.

The questionnaire shows that nurses are quite satisfied with the quality of care, but the results show that there is a space for improvement. Nurses do not have the confidence to cooperate with hospital management, and on the base of undesirable events the nurses are not informed of introduced changes in most cases. They are unable to assess whether safety of the patient is the hospital's top priority. The results in the area of communicating on the handover of the service or handover of the patients are positive, most nurses deny that they would not pass all the necessary information.

## 1. Úvod

Management nemocničních zařízení po celém světě, a ne jinak tomu je i v České republice, se v dnešní době velice soustředí na zlepšování kvality zdravotní péče, jež obsahuje několik složek. V této bakalářské práci se zaměřuji na kvalitu a bezpečí v ošetrovatelské péči z pohledu sester, tedy jak vnímají samotné sestry kvalitu a bezpečí ošetrovatelské péče na svém oddělení, jakožto přímé poskytovatelky ošetrovatelské péče v praxi.

Výzkum v rámci bakalářské práce jsem prováděla na několika interních klinikách jedné české fakultní nemocnice. Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 52 sester všeobecných i praktických.

Tato práce je rozdělena do dvou částí. V té první, teoretické, části se zaměřuji na problematiku kvality a bezpečí z teoretického hlediska. Prvním tématem teoretické části je ošetrovatelství samotné, jeho definice a rysy moderního ošetrovatelství.

Dalším tématem je kvalita ošetrovatelské péče, která je zde definována. Přibližuji zde indikátory kvality a samotné řízení a kontinuální zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Je potřeba zmínit bezpečí v poskytované ošetrovatelské péči. Popisují kulturu bezpečí, jejíž součástí je řízení rizik v ošetrovatelské péči a další aspekty bezpečné ošetrovatelské péče, jako je komunikace v ošetrovatelském týmu, identifikace pacienta v rámci zajištění kontinuity péče.

V praktické části už se zaměřuji na samotný výzkum. Za jakých podmínek mohl výzkum proběhnout a jak samotný výzkum probíhal. V této části také uvádím výsledky z uvedených, odebraných dat pomocí grafů a také uvádím jejich zhodnocení.

Cílem tohoto projektu bylo zjistit, jak vnímají poskytovanou péči na svém oddělení samotné sestry, které tuto službu poskytují, a tudíž se v jejich každodenní práci střetává ošetrovatelská teorie s praxí.



## **2. Teoretická část**

### **2.1. Definice ošetřovatelství**

Ošetřovatelství je samostatnou vědeckou disciplínou, jež se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických i sociálních potřeb nemocného. (5)

Podle Světové zdravotnické organizace je ošetřovatelství definováno jako systém typicky ošetřovatelských činností, směřovaných k jednotlivci, rodině a společenství, v němž žijí. Tento systém jim napomáhá tak, aby byli všichni zmínění schopni pečovat o své zdraví a pohodu. (11)

Ošetřovatelská péče je zaměřena zejména na udržování a podporu zdraví, na návrat zdraví a navrácení soběstačnosti. Dále se zaměřuje na zmírnění utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání. (5)

#### **2.1.1. Cíle ošetřovatelství**

Hlavním cílem ošetřovatelství je komplexně a systematicky uspokojovat potřeby člověka s respektem individuální kvality života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví a zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. (5)

Sestra pomáhá jednotlivci a jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví v souladu s jejich ekonomickým a sociálním prostředím. Podporuje soběstačnost nemocného v péči o sebe sama nebo uspokojuje potřeby osob s porušením zdraví, se zdravotním handicapem nebo nevléčitelně nemocným. Snižuje negativní vliv onemocnění na celkový stav nemocného. Dále sestra zajišťuje ordinace lékaře, stará se o prevenci onemocnění a celkově se podílí na navrácení zdraví nemocnému člověku. (11,5)

Úzká spolupráce ošetřovatelského týmu s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky, je velmi důležitá, k dosažení těchto cílů. (11)

#### **2.1.2. Rysy moderního ošetřovatelství**

Mezi charakteristické znaky moderní ošetřovatelské péče patří týmová organizace práce sestry. Díky množství nových poznatků v péči o nemocné, sestra v dnešní době není schopna sama poskytovat kvalitní ošetřovatelskou péči jako

jednotlivec. Proto je velmi důležitá úzká spolupráce s ostatními odborníky. S rostoucí specializací medicíny se péče o nemocné stává více záležitostí společně pracujícího týmu zdravotníků, kteří mají funkčně závislé postavení. Týmová práce předpokládá, že jsou sestry schopné spolupracovat s ostatními členy týmu a dovedou jim předávat všechny potřebné informace o nemocných. (11,21)

Dalším důležitým znakem moderního ošetřovatelství je individualizovaná péče a komplexní přístup k nemocnému, který je založen na holistickém přístupu sestry k nemocnému jakožto k biopsychosociální jednotce. Zahrnuje stanovení a systematické uspokojování primárních potřeb, které si funkčně soběstačný člověk stačí krýt sám nebo které mu jsou poskytovány v normálních podmínkách rodinného života. V rámci sekundární prevence v ošetřovatelství sestra pacientovi napomáhá k znovu nabytí nebo udržení nejvyššího možného stupně soběstačnosti za předpokladu spolupráce samotného pacienta a jeho rodiny. Aby byla podána takováto péče, je v první řadě potřeba ochoty samotné sestry, pro realizaci takto pojímaného přístupu k ošetřovatelské péči, který znamená aktivně vést nemocného k náviku soběstačnosti v každodenních činnostech. Často je totiž pro sestru jednodušší a rychlejší provést výkon sama, než při něm pacientovi pomáhat. (21)

Preventivní charakter je v českém ošetřovatelství orientován spíše na člověka v nemoci. Proto klade větší důraz na předejití zhoršování soběstačnosti a závislosti člověka na jeho okolí v sekundární prevenci nebo zabránění či snížení rizika vzniku komplikací probíhajícího onemocnění pomocí správné a včasné ošetřovatelské péče v terciální prevenci. Edukace obyvatelstva ve zdravotním uvědomění jakožto primární prevence má ale také své místo v ošetřovatelské péči. (21)

Aktivní ošetřovatelská péče se promítá do vlastní činnosti sestry, která ji poskytuje v přímém kontaktu s nemocným. Je prováděna tvůrčím způsobem, činorodě a se zájmem. Sestra vyhledává a uspokojuje potřeby nemocného, aktivizuje ho a pomáhá mu při získávání zájmu na vlastním uzdravení. Tuto činnost sestra provádí jako členka ošetřovatelského týmu a nikdo ji v tom nemůže nahradit. (11,21)

Naprostým typickým znakem vyspělého ošetrovatelství je vědeckost. Pokud sestra ošetřuje nemocného na základě vědeckého poznání, k práci přistupuje mnohem uvědoměleji, protože zná příčiny jevů a dokáže předpovědět následky změn stavu nemocného i potřeby adekvátní péče. Dokáže si uvědomovat ošetrovatelství jako samostatnou vědeckou disciplínu a ne jakou pouhou součástí medicíny. K takovému smýšlení dochází při osvojení teoretických poznatků z teorie ošetrovatelství, různých teoretických koncepčních modelů ale také z poznání oblastí biologických a humanitních věd. (11,21)

### **2.1.3. Role sestry**

Ošetrovatelská profese je velmi náročná po fyzické i psychické stránce. Sestry jsou každý den svědky lidských neštěstí, umírání i okamžiků, které mění lidské hodnoty. (12)

Jen málo profesí prodělalo takové změny v relativně krátkém čase, jako ta sestřská. Na samém počátku se sestřská profese formovala na půdě dobročinných organizací, středověkých špitálů. Tato charitativní činnost, která poskytovala útulek a základní péči o jedince z řad chudiny, stála výlučně na náboženském základě. (11)

V druhé polovině 19. Století se v nemocnicích objevuje racionální medicína a postupně se do nich přesouvá těžiště činnosti lékařů a medicínského poznání. Tento vývoj položil základ pro rozvoj novodobé role sestry, jakožto pomocníka, schopného odborné komunikace a racionálního myšlení při péči o nemocné pacienty. (11)

S rozvojem ošetrovatelství a jeho zaměření se ruku v ruce mění i role sestry. Tato změna není podmíněna pouze rozvojem vlastního ošetrovatelství nebo medicíny, ale také průnikem technologie nebo poznatků humanitních věd, zejména psychologie, pedagogiky, etiky a sociologie. (11)

V rámci moderního ošetrovatelství sestra dostává na starost mnoho úkolů jako je řízení a poskytování ošetrovatelské péče v preventivním, léčebném nebo podpůrném smyslu. Sestra zkoumá vědomosti a schopnosti jednotlivců v oblasti udržení a obnovy zdraví, připravuje a poskytuje potřebné informace na přiměřené úrovni. Také pomáhá ostatním sestřám a jiným spolupracovníkům při osvojování si nových dovedností a poznatků. V rámci spolupráce, plánování, organizace,

řízení a vyhodnocování ošetrovatelských služeb se aktivně začleňuje do zdravotnického týmu. Ve snaze dosáhnout lepších výsledků zavádí nové způsoby práce. Sestra během své praxe určuje oblasti výzkumu, v nichž má cíl zvýšit vědomosti a zdokonalit dovednosti. (11)

Sestra podporuje každého nemocného člověka ve schopnosti zvládnout se postarat sám o sebe. Dopomáhá lidem žijícím v okolí nemocného k získání vědomostí a dovedností v laické pomoci nebo také posiluje vědomí rodinných příslušníků o významu této pomoci potřebnému člověku. (24)

#### **2.1.4. Vztah mezi sestrou a pacientem**

Sestra je pro pacienta velmi důležitou osobou, která mu asistuje při plnění jeho každodenních činností a nahrazuje mu společenské vztahy. Sestra se stává pacientovým obhájcem. (11)

Komunikace mezi sestrou a pacientem je vedena a rozvíjena především pro identifikaci potřeb pacienta a nalezení přijatelného řešení k jejich uspokojení. (11) Toho sestra dosahuje tím, že zaznamenává a hodnotí, jak pacient přijímá bezprostřední terapeutickou funkci. Rozpoznává shody a neshody mezi tím, co uvádí pacient a skutečností. Po zhodnocení shody a objasnění neshody mezi vyjádřením pacienta a přístupem jí samotné, poskytuje ošetrovatelskou péči tak, aby usnadnila a dopomohla pacientovi dosažení nejvyšší možné úrovně v péči o sebe sama. Sestra v tomto směru postupuje s uvědoměním si, co je pro pacienta optimální úroveň péče spojené s jeho pocitem, že jde skutečně o něj. (11)

#### **2.2. Definice kvality ošetrovatelské péče**

Pojetí kvality je dáno sociálním a kulturním prostředím. Kvalitní ošetrovatelská péče je hlavním cílem moderního ošetrovatelství. (21)

Kvalita neboli jakost je celkový soubor znaků ovlivňujících schopnost uspokojit stanovené a předpokládané potřeby, tedy schopnost uspokojit očekávání, potřeby a požadavky pacientů. (16)

Kvalita ošetrovatelské péče může být také definována jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickou institucí jednotlivcům či jiným specifickým skupinám a zvyšuje pravděpodobnost dobrých zdravotních výsledků, je

konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů, ale i zdravotnických pracovníků. (8)

Světová zdravotnická organizace ve „Směrnici pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti“ v kontextu zdravotnického systému definovala kvalitu, jako službu „která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby se spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nejpotřebnějších, bez zbytečného plýtvání a v mezích požadavků vyšší úrovně“. Tato definice v sobě implikuje potřebu bezpečí, zajišťování základních lidských práv a využití legislativních norem. Současně obsahuje tři základní pohledy na kvalitu péče, tedy kvalitu z pohledu pacienta (přání nebo potřeby pacienta), odbornou kvalitu (tzv. správná odborná praxe) a kvalitu řízení managementu, což zahrnuje předepisování a dodržování předpisů. (22)

Pacienti kvalitu péče vnímají podle přístupu zdravotnického personálu, jak na ně působí prostředí a atmosféra na daném pracovišti a jak jsou informováni o jejich onemocnění. Dále jak jsou informovány rodiny pacientů a jaký je následující léčebný plán. (16)

Důraz na zjišťování kvality zdravotní péče má svou dlouhou historii a trvá minimálně tři desetiletí. Už v roce 1985 bylo programové sledování a zvyšování kvality péče ustanoveno jako jeden z 38 cílů evropského strategického programu Zdraví pro všechny do roku 2000. (10)

Nynější strategický program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny v 21. století staví kvalitu zdravotní péče jako jeden ze svých stěžejních cílů. Orientace na kvalitu zdravotní péče je v dnešní době vůdčím manažerským trendem ve zdravotnictví vyspělých zemí. (10)

Novodobý důraz na sledování kvality zdravotnické péče má celou řadu důvodů. Nároky pacientů na kvalitu stále rostou. Pacienti jsou vzdělanější, informovanější a sebevědomější a zdravotnictví na to musí reagovat. Poskytovaná péče různými zdravotnickými zařízeními je z hlediska kvality značně rozdílná, přitom jde o vysoce odbornou péči, pro jejíž posouzení nemá laická veřejnost téměř žádné nástroje. Při omezených zdrojích, které je možné do zdravotnictví investovat, neexistuje žádná jiná cesta, jak zjistit přiměřenou péči všem, kteří ji

potřebují, než prostřednictvím vypracování a zavedení důsledné kontroly kvality poskytované péče, spolu s přísnou kontrolou spotřebovávaných zdrojů. (10)

Jako kvalitní zdravotní péče je označována taková péče, která je medicínsky adekvátní a bezpečná a je poskytována bez zbytečného plýtvání zdroji. Zajištění kvalitní péče znamená stupeň, v jakém zdravotnické služby zvyšují pro jednotlivce i celou populaci pravděpodobnost dosažení žádoucích výsledků v souladu se současnou úrovní medicíny. (10)

Zavádění kvality do zdravotnických zařízení vyžaduje použití specifických metod, jež Světová zdravotnická organizace rozděluje do čtyř základních kategorií. První takovou kategorií je posílení role pacientů/ klientů a spotřebitelů zdravotní péče. Druhá kategorie se týká regulace a hodnocení zdravotnických pracovníků a zdravotnických služeb. Třetí kategorie je o místní implementaci standardů a norem, a čtvrtá kategorie zmiňuje týmy zaměřené na řešení problémů kvality. (22)

Péče poskytovaná zdravotnickými zařízeními by měla reflektovat aktuální znalosti z mnoha oblastí – klinické, technické, vědecké, personální, poznávací a organizačních základů managementu zdravotní péče. (22)

Dá se předpokládat, že zdravotnická zařízení nemocničního typu existují proto, aby léčila pacienty a aby zároveň poskytovala práci zdravotnickým pracovníkům. Ještě nikdy v historii lékařství nemělo větší potenciál pomoci pacientům tak, jako dnes. Přesto systém zůstává daleko pozadu za potenciálem techniky. Můžeme pozorovat pacienty, kteří nejsou spokojeni a často jsou frustrováni z péče, která jim je poskytnuta. Stejně tak zdravotníci vyjadřují svou nespokojenost se systémem, jímž jsou přetěžováni a který od nich někdy žádá až příliš a komplikuje jejich práci. (22)

### **2.2.1. Indikátory kvality ošetrovatelské péče**

Kvalitní ošetrovatelská péče je primárním cílem současného ošetrovatelství. W. Edwards Deming, považovaný za otce programu kontinuálního zvyšování kvality, řekl: „*Abychom mohli něco zlepšit, musíme to změnit. Abychom mohli něco změnit, musíme tomu rozumět. Abychom mohli něčemu rozumět, musíme to změřit.*“ (Škrála a Škrlová, 2003, s. 100) Indikátory kvality, jinými slovy měřitelná kritéria, v porovnání s určitým standardem,

směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. (25)

Indikátor je statistický ukazatel, který je vždy vyjádřen kvantitativně, tedy procentem nebo číslem. Jde o takzvaný výstražný signál, který nás varuje, že je něco v nepořádku. Tyto údaje nás informují o kvalitě péče ve zdravotnických zařízeních. Jako indikátor můžeme chápat například mimořádnou událost nebo riziko. Hodnocení těchto ukazatelů je proces identifikace, vyhodnocení a řešení potenciálního nebo aktuálního problému, který může být zdrojem zranění, poškození, finanční ztráty a podobně. (22)

Indikátory musí být vždy smysluplné a mohou být zaměřeny na pozitivní i negativní jevy. Dále mohou být zaměřeny na lékaře, sestru, proces, klinickou událost nebo systém. Indikátor je vždy číslo a je tedy kvantitou vypovídající o kvalitě. Jsou varovným nástrojem a ukazují, že něco není v pořádku. Výsledek indikátoru musí být zasazen do numerického kontextu, který nám umožní srovnání něčeho s něčím. Bez tohoto kontextu jsou pouze statistikou a nejsou nástrojem rozvíjení kvality. Indikátory kvality nejsou neomylné. (25)

Indikátory kvality se dají rozdělit na četnostní, sentinelové nebo obecné a specifické pro konkrétní onemocnění. Četnostní indikátory kvality vyjadřují frekvenci určitých jevů. Čísel je určen počtem sledovaných případů (například počet infekcí nebo reoperací). Jmenovatel je pak dán množstvím populace nebo výkonů. Četnostní indikátory také umožňují porovnání kvality péče na různých odděleních zdravotního zařízení nebo mezi samotnými nemocničními zařízeními. (3)

Sentinelové (výstražné) indikátory se zaměřují na monitoraci kritických nežádoucích událostí, vedoucích k závažnému poškození zdraví pacientů. Příkladem tohoto typu indikátoru je nepředvídatelné úmrtí pacienta, záměna transfuze, záměna párových orgánů či končetin během operace a další. (3)

Obecné neboli generické indikátory kvality jsou ukazatelé, jenž mají přímou vazbu k určitému onemocnění. Pověšinou mají charakter strukturálního indikátoru, jako jsou oblomnost lůžek, průměrná doby hospitalizace, vyhodnocení personálního mixu sester nebo dosahování finančních limitů na jednotlivé případové paušály v rámci DRG systému (diagnosis – related group). (3)

Specifické indikátory zhodnocují kvalitu péče ve vztahu ke konkrétnímu výkonu nebo diagnóze. Nejčastěji jde o indikátory výsledkové. Příkladem specifického indikátoru zhodnocujícího kvalitu péče v oblasti prevence vzniku infekce je například počet katérových infekcí v periferním žilním řečišti na 1000 katérových dnů. (3)

V zařízení, které usiluje o zvyšování kvality služeb, probíhá sběr a následná analýza objektivních dat o kvalitě. Je na rozhodnutí řídicích a vedoucích klinických i neklinických pracovníků, jakými oblastmi se budou zabývat. (25) Indikátory se mohou zabývat strukturou, která se týká počtu zaměstnanců, kvalifikace lékařů nebo sester, technické vybavení nebo prostorové nároky na péči (17). Také mohou zaobírat měřením efektivitu nebo správnosti procesu, což může být čekací doba na příjem, procento nozokomiálních nákaz, úroveň ošetřovatelské dokumentace. (25) Do skupiny indikátoru výstupů patří počet stížností na kvalitu péče na 1000 lůžkodnů, náklady na lůžkoden, mobilita při propuštění v porovnání s příjmem. (25)

Je nutno si uvědomit, že nelze monitorovat veškeré procesy ve zdravotnickém zařízení. Proto je důležité pečlivě vybírat takové indikátory, které nám poskytnou co nejkvalitnější a nejrelevantnější informace. Každé zdravotnické zařízení by mělo mít vypracovaný systém hlášení/kontroly mimořádných událostí, neshod či rizik. Indikátory se dají sledovat nejenom na úrovni zdravotnického zařízení, ale také v národním a mezinárodním srovnávání. (22)

### **2.2.2. Systémy řízení kvality**

Zavádění systematických přístupů k zajištění bezpečnosti pacientů dopomůže ke zvýšení kvality zdravotní péče. Cílem programů kvality je zvýšení edukace a vytvoření systému kontinuálního zvyšování kvality, zavedení akreditace a certifikace zdravotnických pracovišť. (18)

Jedním ze základních procesů je standardizace, při které dochází k výběru, sjednocování a ustálení jednotlivých variant postupů, procesů, vstupů a jejich kombinací. Stejně tak i výstupů, činností a informací v procesu řízení pracovišť. (18)



Dalším aspektem v řízení kvality je akreditace. Jedná se o proces, kdy externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké se dané zařízení shoduje s požadavky na zvyšování kvality péče. (18)

Posledním důležitým bodem je certifikace. Dokladuje přiměřenou důvěru, že je určitý produkt, poskytován ve shodě s normou. Certifikace je potvrzení o shodě zavedeného, udržovaného a zlepšovaného systému řízení kvality. (18)

V tomto oboru během historie vzniklo velké množství organizací, které vytvořily různé systémy norem. Jednou z takových organizací je International Standards Organization (ISO), jež vytvořila systém norem, definujících způsob řízení kvality pro širokou škálu lidských činností. (26)

Další z evropských organizací je European Foundation for Quality Management (EFQM) v překladu Evropská nadace pro management jakosti, která je určena ke zvýšení konkurenceschopnosti evropských zařízení. (13)

V České republice je to pak Spojená akreditační komise (SAK). Specifické standardy této organizace se zaměřují na problematiku medikačního procesu, nozokomiálních infekcí, pozitivní identifikaci pacienta, zdravotnickou dokumentaci, stravovacího provozu, důležitost informovaných souhlasů nebo likvidaci odpadů. (26)

### **2.2.3. Program kontinuálního zvyšování kvality ošetrovatelské péče**

Dle zákona je hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb dobrovolným procesem, jehož účelem je posoudit podle hodnotících standardů organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality, ale i bezpečí (34)

Oddělení, které má zaveden program KZK, se řídí filozofií podpory uspokojování potřeb pacienta a překonávání jeho očekávání s co nejmenším úsilím, nejnižšími náklady na potřebné zdroje a s aplikováním strukturovaných procesů, které kontinuálně identifikují a zlepšují všechny aspekty péče. (25)

Kvalita v kontextu kontinuálního zvyšování kvality, znamená více než pouhé zlepšování ošetrovatelské nebo lékařské péče. Je to velice komplexní pojem obsahující řadu dimenzí, podle kterých se jeho kvalita hodnotí. Mezi takové dimenze patří samozřejmě bezpečnost, tedy možná rizika vznikající s pobytem ve zdravotnickém zařízení. Kompetence ovlivňují nabízenou péči nebo

zákroky. Přijatelnost péče nebo služby pro pacienty, které odpovídají jejich požadavkům. Efektivnost péče, služeb či zákroků, které mají za účel dosažení očekávaných výsledků. Kontinuita, tedy schopnost poskytovat nepřerušovanou a koordinovanou péči, přesahující bariéry oddělení, programů, lékařů a organizací, návazné v čase a prostoru. Dalšími dimenzemi jsou vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, včasnost, přiměřenost, úcta a vnímavost. (25)

### **2.3. Definice bezpečné péče**

Bezpečná péče je jakákoliv činnost rozvíjená jednotlivcem nebo organizací za účelem ochrany pacienta před újmou na jeho zdraví následkem lékařské či ošetrovatelské péče nebo péče poskytnuté jakýmkoliv členem léčebného týmu. (25) Je nedílnou součástí každodenní práce jednotlivých zdravotnických pracovníků. (14)

Nemocnice poskytují, bezpečné, funkční a podpurné prostředí pro pacienty, jejich rodinu a návštěvy. K dosažení tohoto cíle musí být objekty, areály, vybavení a pracovníci efektivně řízeni. Proto se musí vedení nemocničního zařízení snažit o minimalizaci nebezpečí a rizik, předcházení zraněním a nehodám a zajistit bezpečné podmínky. (25)

Bezpečnost pacientů je absolutní prioritou zdravotnických zařízení a je jednou z nejčastějších témat námětů studií týkajících se kvality zdravotní péče. Zahraniční studie od konce osmdesátých let ukazují, že u přibližně 10% hospitalizací došlo k poškození pacientů. (22)

Zdravotní péče by měla být pro pacienty stejně bezpečná ve zdravotnických zařízeních stejně jako v jejich domovech. (22)

#### **2.3.1. Bezpečnostní kultura**

Je to pro aktivní strategie v prevenci chyb a umožňuje nám budovat bezpečnější péči dříve, než dojde k pochybením, mimořádným událostem nebo poškození zdraví pacienta. (25)

Kultura bezpečí je činnost rozvíjená jednotlivcem nebo organizací za účelem ochrany pacienta od újmy na zdraví, jako následku selhání systému péče. Díky ní lze zvýšit bezpečnost ošetrovatelské péče. (27)

V oblasti zajištění bezpečí u pacientů došlo v posledním desetiletí k radikálnímu posunu ve většině západních zemí. Tento posun se týká způsobu myšlení a chování těch zdravotnických pracovníků, kteří si uvědomují důležitost bezpečné péče. Spočívá v tvorbě prostředí kultury bezpečí. V tomto prostředí se rozvoj bezpečnosti pacientů stává absolutní prioritou a neustále se hledají nové cesty pro zlepšení bezpečnosti celého systému péče. Jde o prostředí, v němž se dopustit chyby je obtížné ba dokonce nemožné. (25)

Je potřeba si uvědomit, že pochybení a omyly jsou výsledkem mnoha faktorů, příznakem hlubšího selhání systému, ne selhání jednotlivce. (25) Změna organizační kultury oddělení nebo zdravotnického zařízení je velmi obtížná kvůli kultuře obviňování, která tento vývoj brzdí. V rámci filozofie bezpečnostní kultury oddělení mají být zaměstnanci motivováni a ceněni za odkrývání a hlášení chyb a ne za jejich utajení. Nemají mít vlastní zájem na vytváření chyb a omylů, které většinou vznikají následkem neefektivních, špatně navržených procesů nebo chybného systému. (27)

Lucemburská dohoda o bezpečnosti pacientů od roku 2005 vyzývá členské země Evropské unie k vytvoření takové kultury ve zdravotnických zařízeních, která se zabývá poznatky, získanými z takzvaných téměř pochybení a mimořádných událostí, a neuznává obviňování, ponižování a následné potrestání. (26)

V kultuře bezpečí je důležité umět uplatnit poznatky ze studií o lidském faktoru, podporovat proces vzdělávání a ne proces obviňování. Kultura bezpečí buduje bezpečné systémy a procesy v oblasti ošetrovatelství. (25)

Volba organizační kultury bezpečí pacienta především znamená iniciovat základní kroky na daném oddělení. Mezi tyto kroky patří především zavedení hlášení pochybení bez trestání, zavedení radikálních organizačních změn procesů, programů a služeb na oddělení nebo ve zdravotnickém zařízení takovým způsobem, aby se zabránilo možnosti dělat chyby. Podpořit spolupráci v týmu a zefektivnit vzájemnou komunikaci. Naučit se efektivně zvládat stres a únavu. (27)

### **2.3.2. Řízení rizik v ošetrovatelském procesu**

Riziko je v literatuře definováno různě. Jde o historický výraz ze 17. století, kdy označoval úskalí v lodní dopravě, jemuž se mořeplavci museli

vyhnout. V současné době je pojem rizika definován jako nebezpečí vzniku škody, ztráty, zničení nebo nezdaru při podnikání. Riziko lze také obecně chápat jako možnost, že s určitou pravděpodobností následovat událost, která se liší od předpokládaného vývoje. Pojem riziko můžeme obecně použít pouze tehdy, jsou-li splněny dvě podmínky, a to nejistota výsledku a dále fakt, že alespoň jeden z možných výsledků bude nežádoucí. (3)

Na rozdíl od průmyslu, kde je řízení rizik historicky zakotveno v systému řízení kvality, v české odborné literatuře a zdravotnických zařízeních se zmínky o řízení rizik začaly ve větší míře objevovat až na konci devadesátých let minulého století. V té době byly také formulovány první definice řízení rizik ve zdravotní péči. (26)

### **2.3.3. Mimořádná událost**

Jako mimořádnou neboli nežádoucí událost, můžeme nazvat kteroukoliv událost, při které došlo k pochybení během léčby pacienta v nemocničním zařízení. Mimořádné události mohou být také ošetřovatelské a lékařské intervence, jejichž průběh nebyl podle plánu a platných standardů péče nebo směrnic. (26) Jde o situaci, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné, psychické či socioekonomické poškození pacienta. (3) Pokud dojde k mimořádné události, při které nedošlo k poškození pacienta, měly by být klasifikovány spíše jako incidenty. (26)

Způsob klasifikace mimořádné události v České republice není nijak standardizován, a tak má zdravotnické zařízení možnost si vytvořit vlastní systém či použít systém, který vytvořila SAK ČR (Spojená akreditační komise České republiky), JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) nebo JCI (Joint Commission International). V případě, že se zdravotnické zařízení rozhodne využít určitý systém, musí ho zakotvit v závazné vnitřní směrnici. (26) Tato směrnice je platná pokud jsou dodrženy určité požadavky, tedy pokud má poskytovatel zdravotní péče zaveden systém, ve kterém eviduje nežádoucí události v případě, že k ní došlo. Dále má zdravotnické zařízení zavedený způsob pro vyhodnocování nežádoucích událostí, včetně systému k analýze jejich příčin. Poskytovatel zdravotní péče musí identifikovat a

přijímat preventivní a nápravná opatření k předcházení jakýchkoliv nežádoucích událostí. (32)

Dle stupně závažnosti fyzického poškození pacienta se nežádoucí události mohou dělit na incidenty, kdy došlo k minimálnímu dočasnému poškození zdraví pacienta, vyžadujícímu nějakou intervenci. Dalším stupněm je středně vážné, dočasné poškození zdraví pacienta, vyžadující krátkou dobu hospitalizace. Navazující stupeň je taková událost, při níž došlo k vážnému dočasnému poškození pacienta s potřebou delší hospitalizace. Dále pokud došlo k minimálnímu, ale trvalému poškození zdraví jedince, vyžadující minimální intervenci. Pokud došlo ke střednímu trvalému poškození zdraví pacienta s nezbytnou intenzivní péčí. Potřeba prodloužené intenzivní péče je předposlední stupněm nežádoucích událostí. Jako nejhorší stupeň nežádoucích událostí je pak úmrtí pacienta. (26,3)

#### **2.3.4. Identifikace pacienta**

Významné riziko při poskytování zdravotní péče je možná potencionální záměna pacientů. Aby nedošlo k takovému pochybení, je povinností poskytovatelů zdravotních služeb zavést takový systém, který napomůže k zajištění bezpečné identifikace pacienta při poskytování zdravotní péče. (3)

Světová zdravotnická organizace (WHO) navrhuje celou řadu různých strategií, jež je třeba zvážit ve všech zdravotnických organizacích, aby byla zajištěna správnost identifikace pacientů. Povzbuzuje pracovníky k identifikaci pacienta ve všech fázích ošetrovatelského procesu. (6)

Existují systémy identifikace, které mají několik úrovní. Nejjednodušší, tak zvaný pasivní systém zahrnuje jako nosič informace náramek bez čipu a je pouze barevně odlišen. Tento náramek klasicky obsahuje jméno a příjmení, datum narození nebo diagnózu pacienta. (4)

Aktivní úroveň se rozumí pásek vybavený čipem nebo čárovým kódem, který pacient získá při příjmu a může být tedy identifikován vizuálně i čtecím zařízením. (4)

Kombinací obou těchto prvků vzniká nejvyšší úroveň identifikace a to aktivní – systémová, která využívá všech možností a pacient je skrz svou

identifikaci přímo propojen s nemocničním informačním systémem. Lze tak snadno evidovat průběh léčby, podávání léčiv, jednotlivá vyšetření, a podobně. (4)

Bezpečná identifikace pacienta začíná hned při jeho příjmu k hospitalizaci. Mezi základní preventivní mechanismy chybné identifikace pacienta patří prověření pacientovy totožnosti při příjmu na základě jeho dokladů s fotografií, jako je občanský průkaz nebo cestovní pas. (3)

Identifikace pacienta sestrou spočívá v identifikování pacienta pomocí dvou jedinečných identifikačních údajů. Velmi často volí celé jméno a příjmení a rodné číslo nebo datum narození pacienta. (6) V současné době je v tomto procesu pacient vybaven plastikovým náramkem, který obsahuje zmíněné údaje, tedy celé jméno a příjmení pacienta, jeho datum narození, dále pak označení daného oddělení, na kterém je pacient hospitalizován. Tento plastikový identifikační náramek nahrazuje způsob identifikace pacientů pomocí identifikačních tabulek u lůžka, který není v souladu se zákonem o ochraně osobních dat. (3)

Hospitalizovaní a někdy i pacienti v ambulantní péči, identifikační náramek nosí po celou dobu hospitalizace na nedominantní ruce. V případě, že je pacient alergický na materiál, ze kterého je náramek vytvořen, doporučuje se identifikační náramek podložit mulovou gázou či mulovým obvazem. (3)

Zdravotníci, kteří se podílejí na léčbě pacienta, mají za povinnost kontrolovat jeho totožnost podle náramku, jenž mu byl přidělen. (4) V žádném případě nelze považovat za identifikační údaj číslo pokoje nebo lůžka. Umožňuje-li zdravotní stav pacienta, je vhodné při identifikaci využít jeho spolupráci a provést tak zvanou pozitivní identifikaci pacienta. V případě ztráty nebo odstranění identifikačního náramku, musí být neprodleně nahrazen. (3) Z výzkumu, který proběhl ve Spojeném království, vyplývá, že velké množství pochybení v identifikaci pacienta došlo právě díky absenci identifikačního náramku. (6)

### **2.3.5. Bezpečná komunikace v týmu**

Otevřená komunikace na pracovišti je zásadní aspekt pro poskytování bezpečné a kvalitní práce. Umožňuje sdílení znalostí, dovedností a zkušeností mezi členy týmu. (2)

Otevřenost týmové komunikace působí na bezpečí a efektivitu poskytované péče, kdy se dokonalá komunikace mezi členy týmu vyznačuje včasností, přesností, úplností, srozumitelností a pravdivostí. Naopak nedokonalá, nefunkční komunikace vzniká minimální informovaností členů týmu, o pracovních úkolech se zaměstnanci dozvídají náhodně, neexistuje vzájemná komunikace a převládá neoficiální předávání informací nad oficiálním. (2)

Zdravotnické zařízení je nesporně složitý organismus, spletenec celé řady vztahů a zájmů, ovlivňujících jeho úspěch a chod ať už po stránce odborné, terapeutické nebo ekonomické. Je to také prostředí, kde vládne určitá hierarchie a jsou zde zcela jasně určeny procesy a odpovědnost. V takovémto prostředí je interpersonální komunikace velmi důležitá. (7)

Nezajištěná bezpečná komunikace ve zdravotnickém zařízení je jedním z mnoha potenciálních rizik vzniku komplikací v péči o pacienty. Komunikace je nejdůležitějším nástrojem našeho společného dorozumívání a vzniklé chyby v komunikaci mohou vést k nedorozumění a následnému poškození pacienta. (32)

Aby mohlo dojít k minimalizování nebo omezení rizik, je třeba naučit každého člena multidisciplinárního týmu efektivně komunikovat o možných problémech či rizicích s těmi lidmi, kteří svým postavením a verbálním projevem mají tendenci zaměstnance ponížovat nebo jejich komunikaci zlehčovat. (26)

Komunikační problémy bývají způsobeny špatnými návyky, spěchem, předsudky, vlastními postoji. Doktor Mark Gorney identifikoval celkem 8 špatných návyků, které mohou mezi zdravotníky vést k mimořádným událostem. Seznam těchto návyků obsahuje případ, kdy předmět komunikace zdravotník pokládá za nudný, pouze předstírá zájem, ignoruje informace, kterým nerozumí, nesoustředí se, nechová sympatie k osobě, se kterou komunikuje, snadno se psychicky rozruší, rozptyluje se zapisováním si poznámek, ztrácí souvislosti kvůli neznalosti fakt. (26)

### **2.3.6. Zdravotnická dokumentace**

Primární funkce zdravotnické dokumentace je informování všech zainteresovaných zdravotníků o důležitých aspektech zdraví pacienta a poskytované péči. Dále zdravotnická dokumentace pomáhá zajišťovat bezpečnost, kvalitu a kontinuitu poskytované péče. (26)

Aby ošetrovatelská dokumentace plnila svou funkci a odpovídala platným předpisům, musí být vedena čitelně, průkazně a pravdivě. Může být vedena na záznamových nosičích textovou, grafickou nebo audiovizuální formou. Obsažené údaje v ošetrovatelské dokumentaci musí být vedeny v listinné či elektronické podobě. (33)

Stejně jako dokumentace lékařů musí být ošetrovatelská dokumentace vždy pravdivá, opatřena datem a časem, čitelná, srozumitelně psaná v českém jazyce, jednoduchá a věcná, pravidelně doplňovaná, bez zbytečných zkratk, stručná, stále dostupná a opatřena podpisem a jménovkou konkrétního zdravotníka. (33)

V ošetrovatelské dokumentaci nesmí být obsažena nesprávná terminologie, slangové nebo vulgární výrazy, subjektivní pocit sestry a neschválené zkratky. (33)

Záznam o ošetrovatelské péči zahrnuje ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelský plán, zhodnocení zdravotního stavu pacienta a průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta. (2)

Zdravotnická dokumentace neslouží pouze jako pracovní nástroj během léčby pacienta, ale také jako doklad či důkaz v případě forenzního šetření postupu všech zdravotníků, podílejících se na léčbě pacienta. Nevhodně a nedůsledně vedená dokumentace může potvrdit podezření na chybný postup. (26)

Také je velmi důležité si uvědomit fakt, že ztráta jakékoli části zdravotnické dokumentace může vyústit v poškození pacienta, odložení plánované péče či naopak v duplicitu výkonů či služeb poskytovaných pacientům (2)

## **2.4. Kontinuita ošetrovatelské péče**

Práva pacientů zavazují zdravotnická zařízení k poskytování kontinuální péče. Podmínkou pro dodržení kontinuity péče je včasné předávání validních informací o hospitalizovaných pacientech. (2)

V průběhu pobytu pacienta v nemocnici od přijetí po propuštění či překlada se na jeho péči může podílet velké množství pracovníků z řady pracovišť. Zde je největší riziko pochybení při ošetrovatelském či léčebném



postupu ztráta podstatné informace při změně ošetrovatelského týmu, místa či prostředí pro další průběh a postup léčby. (30)

#### **2.4.1. Překlad, předání a propuštění pacienta**

V rámci zachování kontinuity péče jsou sestry na konci služby povinny informovat sestry, které začínají následující službu o stavu a potřebách nemocných. Předávání hlášení na konci noční služby sestře na začátku denní služby probíhá za přítomnosti staniční sestry. (19)

Předávání pacientů sestrami během střídání směn a překlady pacientů mezi různými odděleními či specializovanými zařízeními jsou vysoce rizikové procesy. (2)

Hlavním cílem předávání hlášení je poskytnutí přesných informací o léčbě a péči o pacienty, o současném stavu pacientů a o nedávných nebo očekávaných změnách jejich stavu. Aby byla zajištěna bezpečnost pacientů a kontinuita péče o pacienty, musí být sdělené informace během předávání co nejpřesnější. (31)

Předávání pacienta sestrou z jedné směny sestře z následující směny, z oddělení na oddělení nebo ze stávajícího zdravotnického zařízení do jiného zdravotnického zařízení patří mezi důležité složky kultury bezpečí, protože tvoří okruh vysokého rizika pochybení anebo vzniku nežádoucí události. Mohou vnést mezery do kontinuity poskytované péče. (2)

Na celistvost předávaných informací v rámci předávání služby mezi sestrami může mít také vliv způsob předání, a to buď ústní nebo písemnou nebo kombinovanou formou. (3)

Práce sester probíhá ve směnném provozu, ve kterém se jednotlivé směny, buď osmi hodinové, nebo dvanácti hodinové, prolínají takovým způsobem, aby byl zajištěn dostatek času pro předávání informací o pacientech. Cílem je poskytnutí co nejkvalitnějších informací o konkrétním pacientovi, změnách jeho stavu, provedených nebo plánovaných ošetrovatelských intervencí. (3)

Pacienti jsou z pravidla hospitalizováni po celou dobu hospitalizace na jednom oddělení. Pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje léčbu na jiném, vhodnějším pracovišti. Pacient může být přeložen v rámci oddělení, kdy může být důvodem zhoršení zdravotního stavu (překlad na JIP nebo IMP), nebo naopak zlepšení stavu (překlad na standardní oddělení). (2)

O překladu pacienta vždy rozhoduje jeho ošetřující lékař, který pacienta, popřípadě jeho rodinu, o situaci informuje. Úlohou sestry, kromě zajištění osobních věcí, cenností a doprovodu pacienta, je v případě překladu v rámci oddělení předat kompletní ošetřovatelskou dokumentaci. V případě překladu na jiné oddělení či do jiného zdravotnického zařízení vyplňuje ošetřovatelské překládové zprávy.(2)

Nemocný je z nemocnice propuštěn, jestliže je vyléčen nebo se jeho zdravotní stav zlepšil natolik, že je možné, aby pokračoval v ambulantní péči. Nemocný tedy zůstává v domácím ošetření. Sestra pacientovi předá náležitou dokumentaci, hlavně propouštěcí zprávu po případě hlášení o ukončení pracovní neschopnosti, jež pacient předává svému praktickému lékaři. (19)

Sestra s pacientem před jeho odchodem mluví a zjišťuje jeho připravenost do domácích podmínek, což znamená, že zjišťuje, zda pacient ví, že má navštívit praktického lékaře, po případě jakou má dodržovat životosprávu. (19)

## **2.5. Charakteristika interního oddělení**

Vnitřní lékařství je nejsložitější a nejrozsáhlejší lékařskou disciplínou a patří mezi základní oddělení nemocniční péče spolu s chirurgickým, dětským a gynekologicko-porodnickým oddělením. (23, 20) Zabývá se prevencí, diagnostikou, komplexní léčbou a ošetřováním vnitřních chorob postihujících dospělou populaci.

Člení se do dalších specializovaných oborů, které umožňují poskytnutí nejvyšší úrovně odporné péče. Mezi specializované obory patří na příklad kardiologie, zaměřující se na pacienty se srdečním nebo cévním onemocněním, gastroenterologie pro pacienty trpící onemocněním zažívacího ústrojí. Revmatologie se zabývá pacienty s onemocněním pohybového aparátu, diabetologie se stará o pacienty s diabetem melitem jakéhokoliv stupně nebo nefrologie specializující se na onemocnění ledvin. (20)

### **2.5.1. Dělení interního oddělení**

Interní oddělení nebo interní klinika se dělí do několika částí. Ambulantní část, která bývá povětšinou umístěna v přízemních prostorách budovy a skládá se

z ordinací interních lékařů, ordinace lékařů specialistů (endoskopie), čekárny, kartotéky nebo ostatních provozních místností. (23)

Podle stavu pacienta je pak interní oddělení diferencováno na jednotku intenzivní péče, poskytující péči pacientům s interními chorobami v akutní fázi, a kteří jsou ohroženi selháním životně důležitých funkcí. Jednotka intenzivní péče zajišťuje intenzivní sledování, intenzivní ošetřování a intenzivní léčbu pacienta. (23)

Standardní lůžková část poskytuje péči většině hospitalizovaných pacientů na interním oddělení. V posledních dobách je snaha o specializaci v různých oblastech interní péče, například oddělení gastroenterologie, kardiologie nebo plicní.(20)

Takovýchto lůžkových jednotek může být větší množství, záleží na velikosti nemocnice. Lůžkovou jednotku vede vedoucí lékař se staniční sestrou, která odpovídá za kvalitu a organizaci poskytování ošetrovatelské péče, zajišťovanou pracovníky zdravotnických nelékařských oborů. (23)

Lůžková jednotka je obvykle tvořena pokoji pro pacienty, přípravnou a pracovní sester, vyšetřovnou, místnostmi se sociálním zařízením zvlášť pro pacienty a zvlášť pro personál, koupelny, kuchyňku, jídelnu, která slouží i jako společenská místnost pro pacienty, čistící místnost pro očistu pomůcek, skladové prostory. (23)

Na standardní lůžkové jednotce jsou oprávněni působit, mimo ostatní pomocný personál, pracovníci s vysokoškolským vzděláním, diplomované sestry, sestry se specializačním studiem v oboru interní péče, všeobecné sestry se středoškolským vzděláním i zdravotničtí asistenti. (20)

### **2.5.2. Charakteristika práce sestry na standardním oddělení**

Sestry poskytují ošetrovatelskou péči na základě ošetrovatelského procesu. Na standardní lůžkové jednotce interního oddělení pracují převážně všeobecné sestry ve třisměnném nebo dvousměnném provozu. (23)

Sestry zde poskytují pacientům aktivní, pasivní a hlavně individualizovanou ošetrovatelskou péči. Pracují většinou systémem primárních sester nebo skupinovým systémem. (23)

Náročnost ošetrovateľskej péče poskytované na interním oddelení je veľmi vysoká. Na oddelení tohoto typu se väčšinou léčí starší a chronicky nemocní pacienti, což pro sestry znamená veľké fyzické i psychické zatížení, pretože starým, chronicky nemocným a ležícím pacientům zabezpečujú komplexní základní ošetrovateľskou péči včetně polohování, péče o inkontinentní pacienty, zajištění veškeré obsluhy, a k tomu vykonávají náročnou odbornou činnost od podávání léků různými cestami po přípravu pacientů k potřebným ordinovaným vyšetřením. Sestry musí umět získat potřebné informace, aby mohly stanovit jeho problémy, na jejichž základě plánují a uskutečňují kvalitní, bezpečnou, individuální a kontinuální ošetrovateľskou péči. (23)

## **3. Praktická část**

### **3.1. Metodika výzkumu**

Cílem tohoto dotazníku bylo získání reálných dat o spokojenosti sester, pracujících na lůžkových odděleních interního typu v jedné z českých fakultních nemocnic, na základě modifikovaného dotazníku z mezinárodní studie RN4CAST.

Než mohl celý výzkum začít, bylo nutné obdržet náležitá povolení od etické komise nemocnice, vedení zmíněné fakultní nemocnice a vedoucích sester celkem ze tří interních klinik. Po udělení těchto souhlasů, byly budoucí respondentky a respondenti, tedy všeobecné a praktické sestry, s výzkumem obeznámeny jejich vedoucími sestrami a byl jim na oddělení poskytnut informační materiál.

Před zahájením sběru dat na třech interních klinikách, skládajících se ze sedmi lůžkových oddělení, jsem se přišla představit vrchním a staničním sestřám konkrétních oddělení. Dozvěděla jsem se o specifikách každého z nich a také jsem se na ně byla podívat, abych věděla, kudy a za kým mohu přijít.

Sběr dat jsem uskutečnila během měsíce února roku 2019. Samotný sběr dat proběhl prostřednictvím modifikovaného, strukturovaného dotazníku, jež byl pro usnadnění nahrán v elektronické formě do tabletu. Účast v tomto výzkumu byla dobrovolná a zároveň anonymní. Anonymita respondentů byla zajištěna pomocí unikátního kódu, který si daný respondent sám vylosoval, zadal do elektronického dotazníku pro jeho spuštění. Po zadání unikátního kódu jsem respondenta požádala, zda by si tento kód mohl na několik dní uložit, pokud by došlo k nějaké chybě v systému nebo respondent neoznačil všechny odpovědi a bylo nutné je doplnit, aby byl dotazník kompletní. Po dokončení a odeslání dotazníku byla data uložena do systému, v kterém byla shromažďována a následně zhodnocována.

Jakožto studentka 3. Lékařské fakulty UK jsem ke sběru dat byla patřičně upravená, a tedy jsem chodila ve fakultní uniformě skládající se z fakultního trika, bílých kalhot, bílých ponožek a zdravotnické obuvi. Také jsem se opatřila identifikační kartou studenta. Tablety s nahranými elektronickými dotazníky jsem

měla uložené v uzamčené místnosti a v době nečinnosti, pokud bylo zapotřebí, jsem je měla připojené do sítě, aby byly připravené pro vyplňování dotazníku.

Při příchodu na oddělení jsem se vždy představila sestřím ve službě a obeznámila je s důvodem své přítomnosti. Pokud jsem neměla předem domluvenou schůzku s konkrétní sestrou, přišla jsem s předstihem na denní službu, abych si souhlas k odběru dat a schůzku dohodla a na konci služby mohla přijít. Ke každému dni, tedy po noční a po denní službě, jsem se snažila domluvit se s co největším počtem sester v takové časy, jež byly výhodné pro mě a zároveň se co nejvíce přibližovaly předepsaným požadavkům pro výzkum.

Před každým sběrem dat jsem sestru informovala o problematice dotazníku. Vysvětlila jí způsob označování odpovědí a po případě jsem odpověděla na organizační otázky. Nejčastější takovou otázkou bylo, jak dlouho trvá vyplnění dotazníku. Průměrná doba trvání dotazníku byla přibližně 30 minut. Respondentky jiné národnosti tento dotazníky vyplňovaly o něco déle. Po celý čas vyplňování dotazníku jsem byla přítomna a připravena vysvětlit jakoukoli nesrozumitelnost v otázkách či odpovědích. Pokud se nějaká nesrozumitelnost objevila, respondentovi jsem ji vysvětlila a sama si ji zaznamenala, abych později mohla zhodnotit četnost dotazů ke konkrétním otázkám či odpovědím.

Jelikož jsem sbírala data na různých pracovištích, bylo pro mě výhodou, že čas konce služby se lišil, a tudíž jsem mohla navštívit o to větší množství sester v jedné vlně sběru. Čas konce služby se pohyboval mezi šestou a sedmou hodinou. Pokud se nevyskytla nějaká komplikace, kvůli které sestra nemohla dotazník vyplnit, sběr dat proběhl na prvním pracovišti, kde se sestry střídaly o šesté hodině, a po dokončení jsem pokračovala na další oddělení, kde se sestry střídaly v sedm hodin. Tento systém byl velice výhodný a v praxi byl po většinou velice efektivní. Pokud jsem odebírala data od sester po denní službě, rovnou jsem se mohla dohodnout se se sestrami na noční službě o sběru dat na konec jejich služby.

Pokud sestra nebyla ochotná dotazník vyplnit, bývalo to z důvodu příjmu nebo překlada pacienta nebo jakákoli jiná náhle vzniklá situace, kdy bylo nutné, aby sestra zůstala déle v práci. V těchto situacích byly sestry ochotné, domluvit se na jiný termín, což povětšinou činila následující služba. Krom pracovních důvodů

v ochotě sestry hrály roli i důvody osobní. Nejčastějšími důvody pak byl čas odjezdu hromadné dopravy a dlouhotrvající cesta domů, nemoc jejich dítěte či nemoc samotných sester.

Během samotného výzkumu jsem měla možnost otestovat pravidla pro výzkum v praxi. Začátek odběru dat byl jasně daný na konec dvanácti hodinové směny po předání služby končící sestrou střídající sestře. Toto pravidlo jsem se snažila co nejvíce dodržet a co nejvíce se přiblížit k době, po předání služby. Po denní službě s domluvou ke sběru dat nebyl až takový problém, pokud se nestala nějaká nečekaná pracovní událost jako třeba akutní příjem pacienta, náhlé zhoršení stavu pacienta nebo exitus. Občas sestry po směně spěchaly na městskou hromadnou dopravu. V tu chvíli jsme se na místě dohodly na jiném termínu odběru dat.

Po noční službě byl častý důvod odkladu sběru dat také spěch na městskou hromadnou dopravu, únava a někdy i nemoc. I při těchto důvodech jsme se hned na místě domluvily na jiném termínu sběru dat. Bohužel se staly i takové případy, kdy sestry neměly jinou možnost než dotazník vyplnit během noční služby, protože v době odběru dat už měly pouze noční služby a ráno spěchaly na městskou hromadnou dopravu nebo domů za dětmi. Při vzájemné domluvě jsem sestry seznámila s obsluhou tabletu s dotazníkem a o noční službě dotazník pravdivě vyplnily. V případě, kdy došlo k neporozumění ve formulaci otázek, jsme se sestrou prodiskutovali danou otázku a sestra na ni mohla dodatečně odpovědět.

Kladené otázky byly spíše na formulaci odpovědí. Sestry se mě často ptaly, například jaký je rozdíl mezi „Spíše souhlasím“ a „Souhlasím“. Tyto nejasnosti bylo jednoduché vysvětlit. Pokládané otázky pro mě alespoň představovaly ukazatel o tom, že sestry nad pokládanými otázkami přemýšlí. V kladených otázkách nebyla žádná zásadní nesrozumitelnost. Pokud šlo o sestry jiné národnosti, tedy slovenské nebo ukrajinské, bylo potřeba vysvětlit pouze význam jednotlivých slov.

### 3.1.1. Otázky

Pro svou bakalářskou práci jsem si z výzkumu vybrala baterii otázek z části B s názvem Kvalita a bezpečí. Tyto otázky budou v následujících částech mé bakalářské práce popsány, zpracovány a graficky zhodnoceny:

1. Jak byste popsala kvalitu ošetrovatelské péče na vašem oddělení?
2. Jak moc jste přesvědčená o tom, že se vaši pacienti po propuštění o sebe dokáží postarat?
3. Jak moc věříte v to, že vedení nemocnice bude řešit problémy, na které upozorňujete v péči o pacienty?
4. Prosím, ohodnoťte program pro zajištění bezpečí pacientů na vašem oddělení.
5. Řekla byste, že se v průběhu uplynulého roku kvalita péče o pacienty ve vaší nemocnici – zhoršila - zůstala stejná – zlepšila
6. Při předání služby jsou důležité informace často opomenuty.
7. Některé detaily prostě zapadnou a při překladi pacienta z oddělení na oddělení se nepředají.
8. Mluvíme o tom, jak předejít chybám, aby se neopakovaly.
9. Dostáváme informace o změnách zavedených na základě nahlášených mimořádných událostí.
10. Činnost vedení nemocnice ukazuje, že bezpečí pacientů je hlavní prioritou nemocnice.



### 3.2. Výzkumný soubor

Tabulka č. 1 Shrnutí výzkumného souboru.

<b>Věk</b>	<b>33</b>	<b>20-68 let</b>
<b>Délka praxe jako všeobecná sestra</b>	<b>15.5</b>	<b>0-48 let</b>
<b>Bakalářské vzdělání</b>	<b>9</b>	<b>17,3%</b>
<b>Vzdělání – ČR</b>	<b>37</b>	<b>71,2%</b>
<b>Vzdělání – SK</b>	<b>9</b>	<b>17,3%</b>
<b>Vzdělání - UA</b>	<b>6</b>	<b>11,5%</b>

Výzkumný vzorek je tvořen všeobecnými nebo praktickými sestrami, jejichž věková hranice začíná na dolní hranici 20 let a končí na vrchní hranici 68 let. S věkem sester souvisí také délka praxe, na jejíž spodní hranici se nachází méně než rok a horní hranice činí 48 let.

Bakalářského stupně vzdělání dosáhlo 9 sester (17,3%) z celkového počtu 52 dotázaných sester.

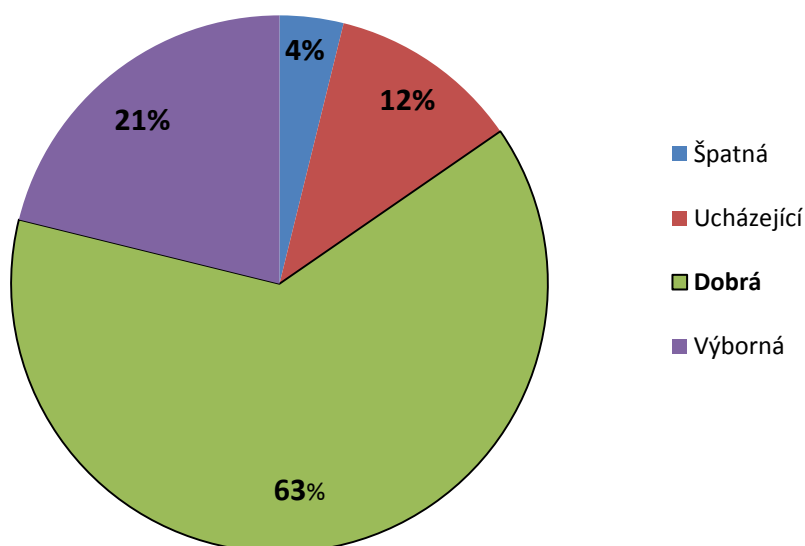
V našich nemocnicích pracují i zahraniční sestry a proto se jedna z otázek týkala státu nabytí vzdělání všeobecné sestry. Z 52 sester jich 37 (71,2%) své vzdělání získalo v České republice (ČR), 9 (17,3%) na Slovensku (SK) a 6 (11,5%) na Ukrajině (UA).

### 3.3. Grafy

#### 1. Vnímání kvality ošetrovatelské péče na oddělení.

Graf č. 1. Vnímání kvality ošetrovatelské péče na oddělení.

##### 1. Jak byste popsala kvalitu ošetrovatelské péče na vašem oddělení?



Z prvního grafu týkajícího se otázky ošetrovatelskou péčí poskytovanou na jejich oddělení. Celkem z 52 sester jich **33 uvádí**, že poskytovaná ošetrovatelská péče na jejich oddělení je **dobrá**. Jako výbornou hodnotí poskytovanou péči celkem **11 sester** a jako **ucházející** ošetrovatelskou péči hodnotí **sester 6**. Za **špatnou** ošetrovatelskou péči na svém oddělení považují dohromady **2 sestry**.

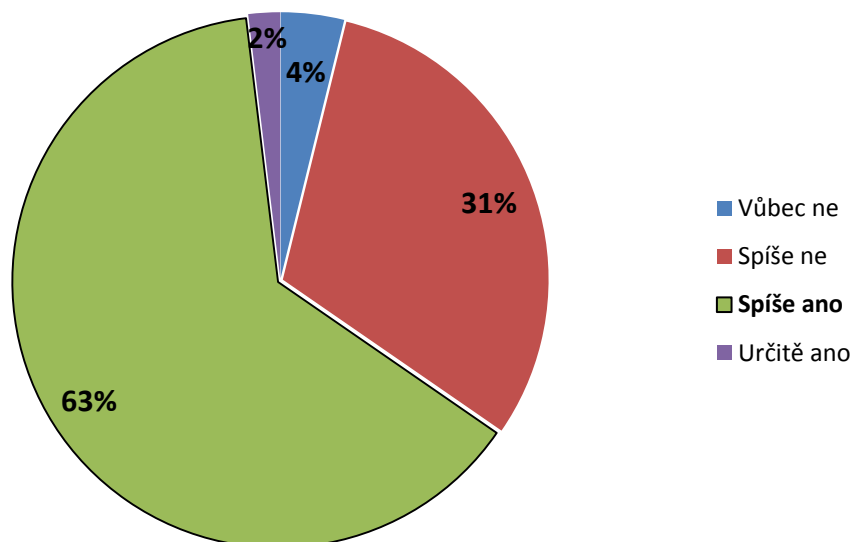
Tabulka č. 2 - Vnímání kvality a ošetrovatelské péče na oddělení.

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (v %)
Špatná	2	4%
Ucházející	6	12%
Dobrá	33	63%
Výborná	11	21%

#### 2. Vnímání stavu propouštěných pacientů.

Graf č. 2. Vnímání stavu propouštěných pacientů.

2. Jak moc jste přesvědčená o tom, že se vaši pacienti po propuštění o sebe dokáží postarat?



Na druhou otázku položenou v dotazníku pouze **2 sestry** odpověděly, že **vůbec nejsou přesvědčené** o tom, že se jejich pacienti jsou schopni o sebe postarat po propuštění. Dalších **16 sester** o této skutečnosti **spíše není přesvědčeno**, což znamená, že záporné odpovědi zvolilo celkem 18 sester. Kladnou odpověď zvolilo dohromady 34 sester, z toho **33 spíše jsou přesvědčené** a pouze **1 sestra je naprosto přesvědčená** o tom, že jsou pacienti schopni se o sebe postarat po propuštění z jejich oddělení.

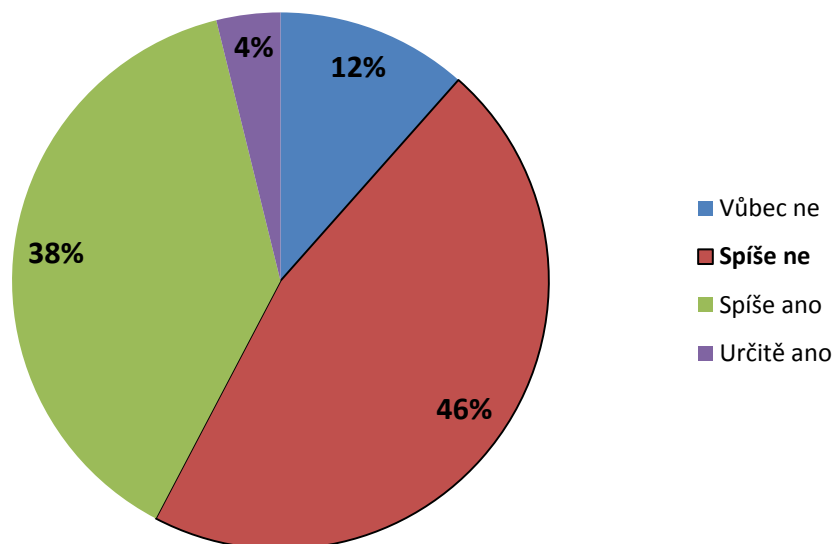
Tabulka č. 3 - Vnímání stavu propuštěných pacientů.

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	2	4
Spíše ne	16	31
Spíše ano	33	63
Určitě ano	1	2

### 3. Přesvědčení o reakci vedení nemocnice na poukázané problémy.

Graf č. 3 – Přesvědčení o reakci vedení nemocnice na poukázané problémy.

3. Jak moc věříte v to, že vedení nemocnice bude řešit problémy, na které upozorňujete v péči o pacienty?



Pokud sestry upozorní na problémy vzniklé v průběhu poskytování ošetrovatelské péče, **6 sester** uvedlo, že **vůbec nevěří** v to, že nahlášené problémy bude management nemocnice řešit. Dalších **24 sester** v tuto skutečnost **spíše nevěří**. Vedení nemocnice má důvěru **dvaceti zúčastněných sester**, které uvedly, že této skutečnosti **spíše věří** a pouze **2 sestry** jsou **naprosto přesvědčené** o tom, že management nemocnice bude na hlášené problémy reagovat a řešit je.

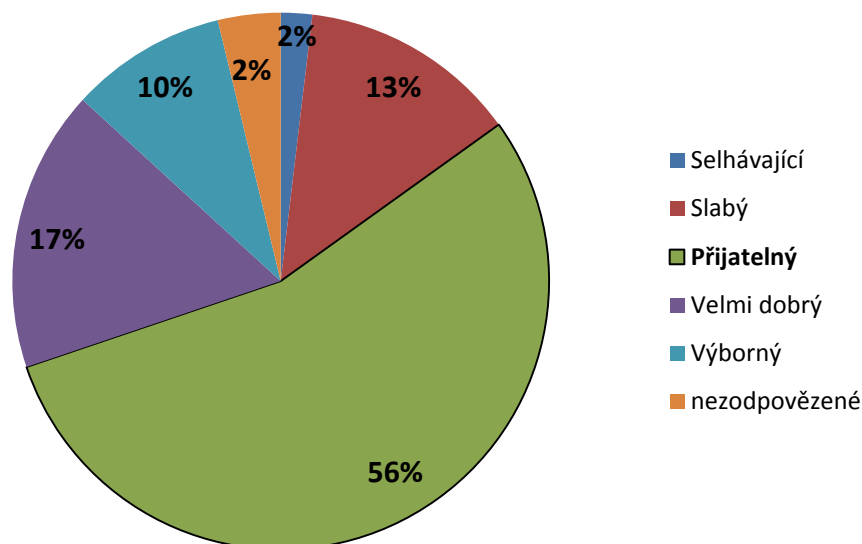
Tabulka č 4- Přesvědčení o reakci vedení nemocnice na poukázané problémy.

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (v %)
Vůbec ne	6	12
Spíše ne	24	46
Spíše ano	20	38
Určitě ano	2	4

#### 4. Vnímání programu zajištění bezpečí pacientů na oddělení.

Graf č. 4 – Vnímání programu zajištění bezpečí pacientů na oddělení.

4. Prosím, ohodnoťte program pro zajištění bezpečí pacientů na vašem oddělení.



Pokud sestry měly posoudit program pro zajištění bezpečí pacientů pomocí nabídnutých odpovědí, **1 sestra** tento program hodnotí, jako **selhávající**. Jako **slabý** tento program hodnotí **7 sester**. **Dvacet** dotázaných sester program pro zajištění bezpečí pacientů hodnotí jako **přijatelný** a jako **velmi dobrý** program označuje **9** z dotázaných sester. **Nejlepší hodnocení, tedy výborné**, programu pro zajištění bezpečí pacientů dalo **5 respondentek**. Neodpověděla jedna sestra.

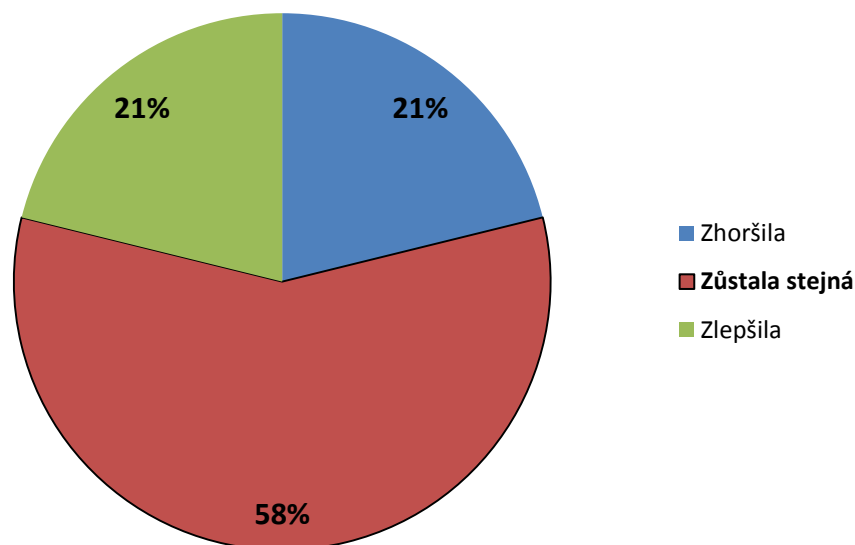
Tabulka č. 5 - Vnímání programu zajištění bezpečí pacientů na oddělení.

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (v %)
Selhávající	1	2
Slabý	7	13
Přijatelný	29	56
Velmi dobrý	9	17
Výborný	5	10
Nezodpovězeno	1	2

## 5. Vnímání úrovně kvality péče o pacienty v nemocnici.

Graf č. 5 – Vnímání úrovně kvality péče o pacienty v nemocnici.

5. Řekla byste, že se v průběhu uplynulého roku kvalita péče o pacienty ve vaší nemocnici...



Při hodnocení kvality péče o pacienty v posledním roce **11 sester** uvedlo, že se kvalita péče o pacienty za poslední rok **zhoršila**. Dohromady **30 sester** uvedlo, že kvalita péče o pacienty v posledním roce **zůstala stejná** a dalších **11 sester** uvedlo, že se kvalita péče o pacienty v jejich nemocnici v posledním roce **zlepšila**.

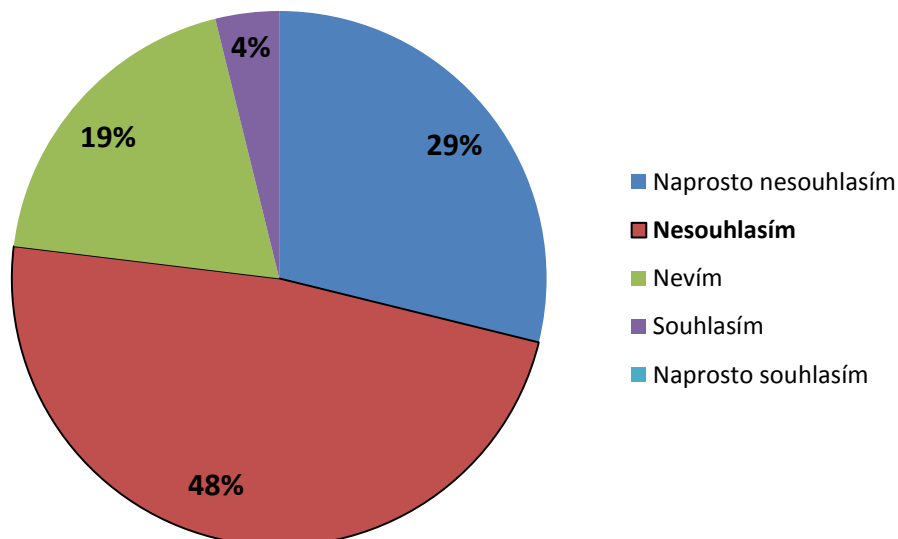
Tabulka č. 6 - Vnímání úrovně kvality péče o pacienty v nemocnici.

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (v %)
Zhoršila	11	21
Zůstala stejná	30	58
Zlepšila	11	21

## 6. Předávání informací.

Graf č. 6 – Předávání informací.

6. Při předání služby jsou důležité informace často opomenuty.



**Patnáct sester** s tvrzením, že při předání služby jsou důležité informace často opomenuty, naprosto **nesouhlasí** a dalších **25 sester** uvedlo, že **nesouhlasí**. **Deset sester** z celkových dotázaných toto tvrzení nedokázalo posoudit a uváděly, že **nevědí**. Pouhé **4 sestry** uvedlo, že s tvrzením **souhlasí**.

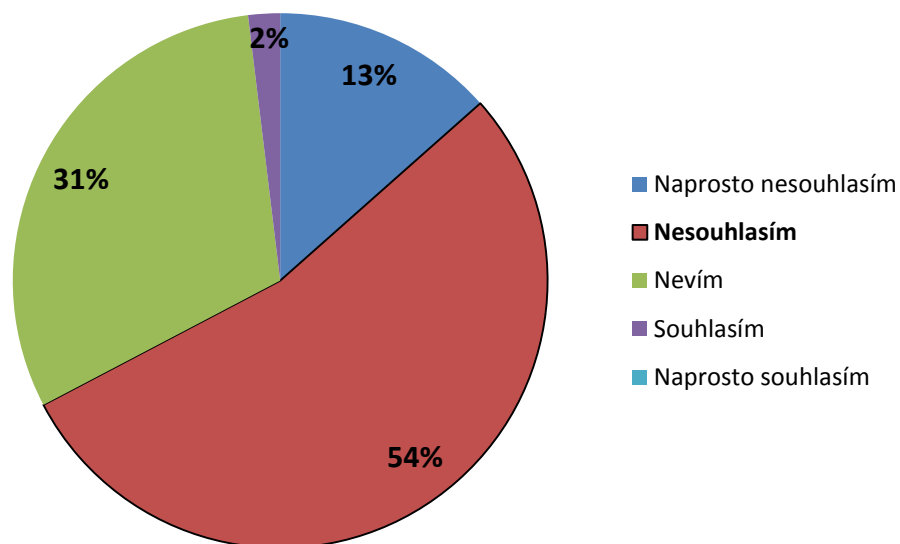
Tabulka č. 7 - Předávání informací.

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (v %)
Naprosto nesouhlasím	15	29
Nesouhlasím	25	48
Nevím	10	19
Souhlasím	2	4
Naprosto souhlasím	0	0

## 7. Předávání hlášení při překladu pacienta.

Graf č. 7 – Předávání hlášení při překladu pacienta.

7. Některé detaily prostě zapadnou a při překladu pacienta z oddělení na oddělení se nepředají.



V tomto navazujícím tvrzení na tvrzení předchozí **7 sester** uvedlo, že naprostě **nesouhlasí**, s tvrzením, že některé detaily při překladu pacienta z oddělení na oddělení prostě zapadnou a nepředají se. Dalších **28 sester** s tímto tvrzením **nesouhlasí**. **Šestnáct sester** uvedlo, že **nevědí** a pouze **1 sestra** uvedla, že **souhlasí**.

Tabulka č. 8 - Předávání hlášení při překladu pacienta.

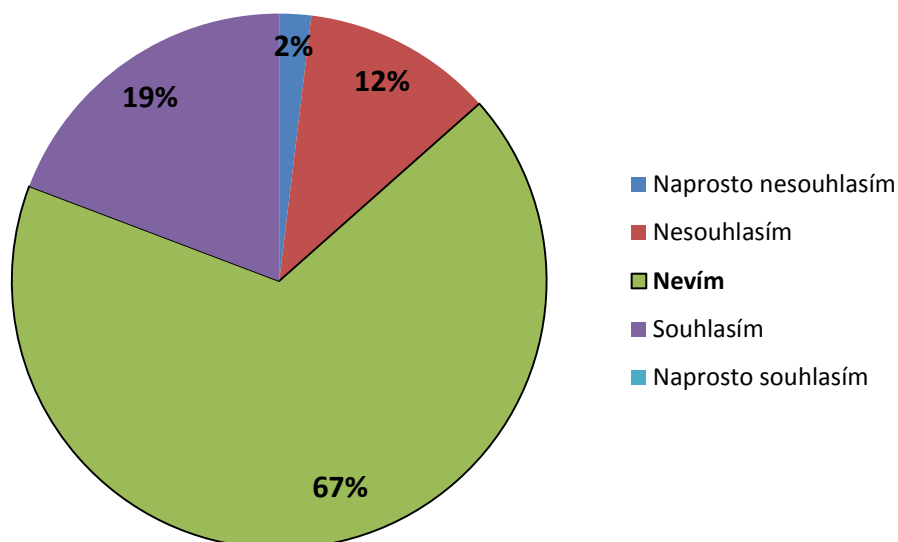
Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (v %)
Naprostě nesouhlasím	7	13
Nesouhlasím	28	54
Nevím	16	31
Souhlasím	1	2
Naprostě souhlasím	0	0



## 8. Komunikace v prevenci opakování chyb.

Graf č. 8 – Komunikace v prevenci opakování chyb.

8. Mluvíme o tom, jak předejít chybám, aby se neopakovaly.



Jedna sestra naprosto nesouhlasí, že ve svém týmu mluví o tom, jak předejít chybám, aby se neopakovaly, a dalších 6 sester nesouhlasí. Většina sester, tedy 35 z dotázaných, uvedlo, že o této skutečnosti nevědí. Deset sester pak uvedlo, že s tvrzením souhlasí.

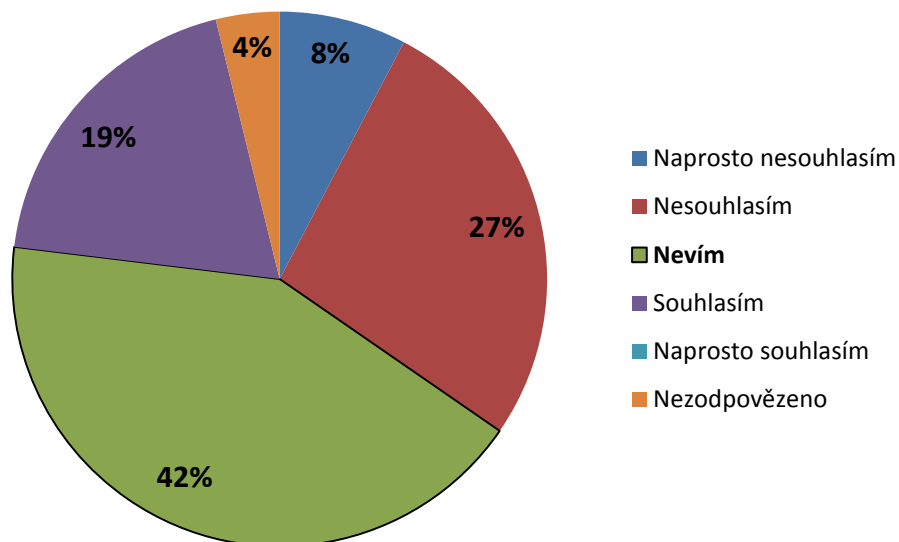
Tabulka 9 - Komunikace v prevenci opakování chyb.

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (v %)
Naprosto nesouhlasím	1	2
Nesouhlasím	6	12
Nevím	35	67
Souhlasím	10	19
Naprosto souhlasím	0	0

## 9. Změny na základě mimořádných událostí

Graf č. 9 – Změny na základě mimořádných událostí

9. Dostáváme informace o změnách zavedených na základě nahlášených mimořádných událostí.



Při tvrzení o tom, že sestry dostávají informace o změnách zavedených na základě mimořádných událostí, 4 sestry uvedly, že s tímto tvrzením naprosto nesouhlasí a dalších 14 s tvrzením nesouhlasí. Dvacet dva sester uvedlo, že nevědí a 10 sester pak s tímto tvrzením souhlasí.

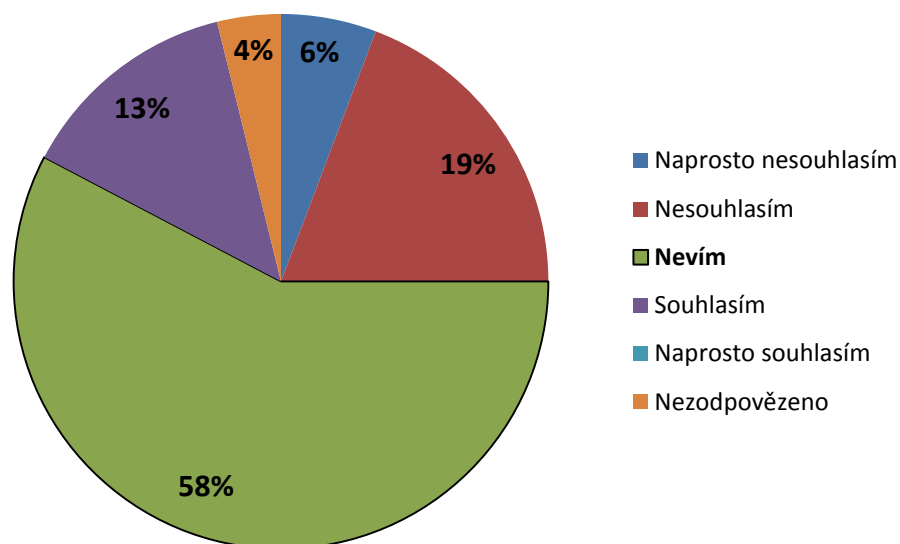
Tabulka 10 - Změny na základě mimořádných událostí.

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (v %)
Naprosto nesouhlasím	4	8
Nesouhlasím	14	27
Nevím	22	42
Souhlasím	10	19
Naprosto souhlasím	0	0
Nezodpovězeno	2	4

## 10. Vnímání činnosti vedení nemocnice.

Graf č. 10 – Vnímání činnosti vedení nemocnice.

10. Činnost vedení nemocnice ukazuje, že bezpečí pacientů je hlavní prioritou



S tvrzením, že činnost vedení nemocnice ukazuje, že bezpečí pacientů je hlavní prioritou nemocnice, 3 sestry naprosto nesouhlasí a dalších 10 sester s tvrzením nesouhlasí. Třicet z dotázaných sester pak uvedlo, že nevědí. Sedm sester s tvrzením souhlasí. Dvě sestry z dotázaných se k tomuto tvrzení nijak nevyjádřila.

Tabulka 11 - Vnímání činnosti vedení nemocnice.

Odpověď	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (v %)
Naprosto nesouhlasím	3	6
Nesouhlasím	10	19
Nevím	30	58
Souhlasím	7	13
Naprosto souhlasím	0	0
Nezodpovězeno	2	4

## 4. Diskuze

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo, pomocí dotazníku zjistit vnímání kvality a bezpečí sestrami, pracujícími na lůžkovém oddělení interního typu. Dotazník obsahoval tyto otázky.

V první otázce „Jak byste ohodnotila kvalitu ošetrovatelské péče na vašem oddělení?“ se z celkových 52 (100%) sester vyjádřilo 11 sester (21%), které tvrdí, že kvalita ošetrovatelské péče poskytovaná na jejich oddělení je výborná. Třicet tři sester (63%) hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče poskytovanou na jejich oddělení jako dobrou. Šest sester (12%) tvrdí, že kvalita ošetrovatelské péče na jejich oddělení je ucházející. Dvě sestry (4%) uvedly, že kvalita ošetrovatelské péče je špatná. Z odpovědí na první otázku tedy vyplývá, že většina sester je s poskytovanou ošetrovatelskou péčí na jejich oddělení spokojena, což je dobrá zpráva, ale stále zde zbývají sestry, které mají opačný názor

Ve druhé otázce „Jak moc jste přesvědčená o tom, že se vaši pacienti po propuštění o sebe dokáží postarat?“ sestry odpověděly následovně. Z dotázaných sester nejsou 2 sestry (4%) přesvědčeny o tom, že se jejich pacienti o sebe dokáží postarat po propuštění a 16 sester (31%) o této skutečnosti spíše nejsou přesvědčené. Většina sester ale uvádí, že o této skutečnosti jsou přesvědčeny takovým způsobem, že 33 sester (63%) uvedlo, že jsou spíše přesvědčené a jedna sestra (2%) uvedla, že je určitě přesvědčena. Pozitivní na výsledcích z druhé otázky je, že většina sester je skutečně přesvědčena o tom, že se jejich pacienti o sebe dokáží postarat. Dohromady 18 sester, tedy 34% tomuto ale nevěří. Je to celkem vysoké číslo.

Ve třetí otázce „Jak moc věříte v to, že vedení nemocnice bude řešit problémy, na které upozorňujete v péči o pacienty?“ 6 sester (12%) v reakci managementu vůbec nevěří a dalších 24 (46%) sester v to spíše nevěří. V reakci a činnost vedení nemocnice na hlášené problémy spíše věří 20 sester (38%). Naprosto přesvědčené jsou dvě sestry (4%) z dotazovaných. Výsledkem této otázky je, že většina sester nepředpokládá reakci vedení nemocnice na poukázané problémy. Souhlasné a nesouhlasné výsledky jsou sice téměř vyrovnané, ale určitě je zde veliký prostor pro zlepšení.

Čtvrtý bod dotazníku „Prosím ohodnoťte program pro zajištění bezpečí pacientů na vašem oddělení,“ dopadl následovně. Jedna sestra (2%) označila program zajištění bezpečí pacientů jako selhávající a dalších sedm (13%) jako slabý. Většina, tedy 29 sester (56%), program zajištění bezpečí pacientů označila jako přijatelný, 9 sester (17%) jako velmi dobrý a 5 sester (10%) jako výborný. Neodpověděla jedna sestra (2%). Výsledky z tohoto bodu jsou spíše příznivé. Většina sester program zajištění bezpečí pacientů hodnotí kladně, ale i v této oblasti se nachází prostor pro zlepšení.

Výsledky šetření pohledu sester interních oborů na bezpečnost pacientů hospitalizovaných ve Fakultní nemocnici v Motole z roku 2016 v rámci diplomové práce ukazují, že většina sester zaměstnaných v této nemocnici na interních oborech zajištění bezpečné péče hodnotí o stupeň lépe. Celkový počet respondentů, jež tvořily všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti, činil 207 zúčastněných. Při hodnocení stupně bezpečnosti pacientů respondenti volili převážně kladné odpovědi. Šedesát pět procent respondentů hodnotilo bezpečí pacientů jako velmi dobré a 18% respondentů bezpečí pacientů hodnotilo jako vynikající. Negativní hodnocení ve formě slabého stupně bezpečnosti pacientů pak udalo 2% a jako nedostatečný pouze 0,5% respondentů. Proč je pohled sester na program bezpečí pacientů v této nemocnici o tolik optimističtější? Program zajištění bezpečí pacientů závisí na vedení nemocnice. Je tedy možné, že kladné hodnocení sestrami může být zapříčiněno již na této úrovni. (1)

V páté otázce „Řekla byste, že se v průběhu uplynulého roku kvalita péče o pacienty ve vaší nemocnici...“ odpovídaly sestry následovně. Jedenáct sester (21%) uvedlo, že se kvalita péče v jejich nemocnici za poslední rok zhoršila. Třicet (58%) z dotázaných odpovědělo, že kvalita péče v jejich nemocnici zůstala stejná a 11 sester (21%) uvedlo, že se kvalita v posledním roce zlepšila. Tento výsledek tolik pozitivní není. Hodnoty ve zlepšení a zhoršení kvality péče jsou ve stejném poměru. Diskutabilní je odpověď, že péče zůstala stejná, protože nevíme, jestli je péče pořád stejně dobrá nebo špatná.

Při tvrzení, že při předání služby jsou důležité informace často opomenuty, odpovědělo s naprostým nesouhlasem 15 sester (29%). Nesouhlasně odpovědělo dalších 25 sester (48%). Deset sester (19%) na toto tvrzení nedokázalo odpovědět.

Poměrně dobrou zprávou je, že s tímto tvrzením souhlasí pouze 2 sestry (4%). Z tohoto bodu vyplývá, že sestry jsou v předávání informací o pacientech důsledné a nemyslí si, že by opomíjely důležité informace.

S tvrzením „Některé informace prostě zapadnou a při překladu pacienta z oddělení na oddělení se nepředají“ 7 sester (13%) naprosto nesouhlasí a 28 sester (54%) ze všech dotázaných nesouhlasí. Jedna sestra (2%) s tvrzením souhlasila a 16 sester (31%) na tvrzení nedokázalo odpovědět. Podobně jako v předchozím tvrzení je výsledek pozitivní. Drtivá většina sester odmítá skutečnost, že by se některé informace ztratily a při překladu pacienta by se nepředaly.

Odpovědi na tvrzení „Mluvíme o tom, jak předejít chybám, aby se neopakovaly.“ Jsou překvapivé, protože 35 sester (67%) z celkového počtu dotázaných respondentek na tuto otázku nedokázalo odpovědět. Naprosto nesouhlasila 1 sestra (2%) a nesouhlasilo 6 sester (12%). S tvrzením souhlasilo 10 sester (19%). Otázkou tedy zůstává, proč si je tak velké množství sester v tomto tvrzení nejistá? Samozřejmě se může stát, že sestra zrovna není přítomna, pokud je třeba mluvit o krocích, které by měly předejít pochybení, ale komunikace na takto závažné téma by se měla týkat každého zaměstnance, protože každý v rámci své praxe může chybovat.

V tvrzení „Dostáváme informace o změnách zavedených na základě nahlášených mimořádných událostí.“ se objevily naprosto nesouhlasné odpovědi od 4 sester (8%) a nesouhlas vyjádřilo dalších 14 sester (27%). Dvacet dva (42%) z dotázaných sester nedokázalo najít odpověď. S tvrzením souhlasilo 10 sester (19%) a vůbec neodpověděly 2 sestry (4%). Většina sester tedy uvádí, že nedostává informace o změnách zavedených na základě mimořádných událostí nebo to nevědí.

Studie na téma bezpečné ošetrovatelské péče z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích obsahovala otázku na reakci nadřízených při hlášení mimořádné události. Z celkového počtu, tedy 283 sester, 119 (33%) sester uvedlo, že vedení nemocnice navrhuje preventivní postupy v prevenci poškození pacienta na základě mimořádných událostí. Naopak 127 respondentů (35,1%) v této otázce uvedlo, že v oblasti hlášení mimořádných událostí se reakce managementu

nemocničního zařízení nedostavuje. (9) Je nutné podotknout, že počet respondentů v těchto dvou šetřeních je liší.

S posledním tvrzením „Činnost vedení nemocnice ukazuje, že bezpečí pacientů je hlavní prioritou nemocnice“ naprosto nesouhlasí 3 sestry (6%) a dalších 10 sester (19%) nesouhlasí. Na toto tvrzení nedokázalo najít odpověď 30 sester (58%) a 2 sestry (4%) neodpověděly vůbec. Souhlasilo 7 sester (13%). Výsledek tohoto bodu je také spíše nepříznivý, protože většina sester, na jejichž úrovni se střetávají předpisy s praxí, ani nezná počínání si vedení celé nemocnice.

Studie provedená na Prince Sultan Military Medical City ve střední Saudské Arábii v roce 2014, zaměřená na vnímání sester bezpečnosti pacientů poukazuje na fakt, že samotné sestry, zaměstnané v tomto zařízení jsou toho názoru, že oblast na podporu bezpečnosti pacientů je třeba zlepšit na úrovni managementu. Proč většina sester v mém výzkumu nedokázala najít odpověď na takto zásadní otázku a většina sester ve střední Saudské Arábii je o této problematice nejen informována, ale dokáže zhodnotit úsilí managementu své nemocnice? Pokud přihlédnu k výzkumnému souboru ve svém výzkumu a výzkumu ve střední Saudské Arábii, je zde patrný rozdíl v počtu sester s bakalářským vzděláním, kdy v mém výzkumu bakalářského vzdělání dosáhlo 17,3% z celkového počtu (52 sester), zatímco v zahraniční studii tohoto vzdělání dosáhlo 93,2% z celkového počtu (224). Problematika bezpečnosti pacientů je skloňována více na vysokých než středních školách a díky tomu se domnívám, že počet dobře informovaných sester ve střední Saudské Arábii převažuje informované sestry v mém výzkumu. Je třeba ale podotknout, že můj výzkum neobsahoval stejný počet dotázaných sester, jako ten zahraniční. (15)

V otázkách, zaměřených na samotnou práci sester, tedy předávání informací o pacientech nebo samotné poskytování kvalitní péče, jsou odpovědi spíše kladné. Většina sester je přesvědčena o tom, že poskytují kvalitní a bezpečnou péči. Pouze v otázce komunikace v týmu a to v oblasti prevence opakovaného pochybení, jsou odpovědi překvapující. Většina sester totiž udává, že ani neví, zda v oblasti přecházení chyb vůbec komunikují.

Sestry jsou kritické spíše k managementu. Velké množství sester v oblasti spolupráce s managementem není dostatečně informováno. Četnostně jsou pak

v závěsu odpovědi záporné a minimum kladných odpovědí v otázkách na kooperaci s managementem. Z výzkumu tedy vyplývá, že sestry jsou přesvědčené o své dobře poskytované kvalitní a bezpečné péči o pacienty, ale objevuje se zde jistá nespokojenost s vedením nemocnice. Hlavně v oblasti komunikace vedení nemocnice se svými zaměstnankyněmi.



## 5. Závěr

Cílem šetření bylo zjistit reálný pohled sester na poskytovanou ošetrovatelskou péči jejich oddělení. Jak vnímají kvalitu a bezpečí poskytované ošetrovatelské péče nebo jak vnímají kooperaci s vedením nemocnice.

V průběhu odběru dat celkem na sedmi interních odděleních lůžkového typu několika interních klinik jedné fakultní nemocnice v České republice, jsem se setkala dohromady s 52 sestrami zaměstnanými na těchto odděleních a měla jsem možnost s nimi spolupracovat. Tyto sestry byly různého věku, vzdělání nebo národnosti.

Pokud měly sestry možnost ohodnotit svou odvedenou práci ve smyslu poskytování bezpečné a kvalitní péče, která zahrnuje zajištění bezpečí hospitalizovaných pacientů na a program zvyšování kvality ošetrovatelské péče na jejich oddělení, dále komunikaci v týmu v rámci předávání informací o pacientech při výměně pracovníků ve službě či překlada pacienta z oddělení na oddělení, z nabízených odpovědí převážně volily ty kladné.

Výzkum se ale zabíral dvěma aspekty. Prvním z těchto aspektů bylo již zmíněné hodnocení poskytované ošetrovatelské péče samotnými sestrami na jejich oddělení a tím druhým aspektem bylo hodnocení managementu příslušného nemocničního zařízení právě těmito sestrami. Odpovědi na takto zaměřené otázky už tolik příznivé bohužel nebyly. Z výzkumu vyplývá, že velké množství sester nechová kladný vztah k vedení nemocnice, pokud jde o vzájemnou kooperaci v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Čímž je myšleno zachycení a reakce vedení nemocnice na podněty mířené z řad sester.

Další z výsledků je, že velké množství sester z celkového počtu dotazovaných ani není informována o činnostech vedení nemocnice. Z výsledků také vyplývá, že množství nezainteresovaných sester je vyšší než počet sester, které označily ať už kladnou nebo zápornou odpověď. Právě tento výsledek představuje pro vedení nemocnice ukazatel o informovanosti sester a o kvalitě spolupráce a komunikace mezi sestrami a vedením nemocnice.

## 6. Seznam použité literatury

- 1) BARTONÍČKOVÁ, Daniela. Pohled sester interních oborů na bezpečnost hospitalizovaných pacientů ve Fakultní nemocnici v Motole. Olomouc, 2016. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Zdeňka MIKŠOVÁ.
- 2) BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., VOLENÍKOVÁ. K., 2014. Předávání a překlad pacientů jako důležitý aspekt kultury bezpečí. In. *Cesta k modernímu ošetrovatelství XVI* (recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí). Praha: FN Motol, s. 94-103. ISBN 978-80-87347-17-1.
- 3) BRABCOVÁ, Iva a Sylva BÁRTLOVÁ. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2015. ISBN 978-80-7422-402-7.
- 4) ČERMÁK, Martin. *Identifikace pacientů ve zdravotnických zařízeních*. In: *sakcr.cz* [online]. 27. 1. 2006 [cit. 29. 5. 2019]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2006/identifikace-pacientu-ve-zdravotnickych-zarizenich-.267/>
- 5) *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-420-8.
- 6) DE REZENDE, H. A.; MELLEIRO, M. M.; SHIMODA, G. T. *Interventions to reduce patient identification errors in the hospital setting: a systematic review protocol*. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. [s. l.], v. 17, n. 1, p. 37-42, 2019 Dostupné z: [https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2019/01000/Interventions\\_to\\_reduce\\_patient\\_identification.7.aspx](https://journals.lww.com/jbisrir/Fulltext/2019/01000/Interventions_to_reduce_patient_identification.7.aspx)
- 7) EXNER. Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-73-8.

- 8) GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-7226-996-8.
- 9) HAVELKOVÁ, Hana. *Bezpečná ošetrovatelská péče*. České Budějovice, 2010. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Sylva BÁRTLOVÁ.
- 10) JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portá, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9
- 11) JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000. Lékařství. ISBN 80-85866-55-2.
- 12) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.
- 13) Kvalitní správa – Model excellence EFQM. Kvalitní správa – *Kvalitní služby, spokojení občané*. In: *kvalitavs.cz* [online]. [cit. 29. 5. 2019] Dostupné z: <http://kvalitavs/model-excelence-efqm/>
- 14) *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. Vydání*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.
- 15) ALONAZI, N. A. et al. The perception of safety culture among nurses in a tertiary hospital in Central Saudi Arabia. *Sudanese Journal Of Paediatrics*. [s. l.], v. 16, n. 2, p. 51-58, 2016. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237835/>
- 16) PEŠEK, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0551-6
- 17) PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247\_3871-0.
- 18) POKOJOVÁ, Radka. *Stručný pohled do systému kvality*. In: *sakcr.cz* [online]. 9. 7. 2010 [cit. 29. 5. 2019]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/nasali-o-nas/rok-2010/strucny-pohled-do-systemu-kvality-.90/>

- 19) ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetřovatelství I: pro 1. Ročník středních zdravotnických škol*. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80- 86073-96-3.
- 20) SLEZÁKOVÁ A KOL. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna*. Grada
- 21) STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetřovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-243-5
- 22) SVOBODOVÁ, Dita. *Zavádění a udržování kvality a bezpečí zdravotní péče v zařízeních nemocničního typu na území ČR*. Florence. 2012, 8(6), 28-34. ISSN 1801-464X.
- 23) ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1148-6.
- 24) ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetřovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
- 25) ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1
- 26) ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8
- 27) ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetřovatelské péči*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
- 28) ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetřovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.
- 29) ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetřovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5711-7.
- 30) ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.

- 31) TRIPLETT, Pamela, SCHUVEILLER, Cindy. EB107: Nurses' End-of-shift Report Process and Implementation of a Standardized Report Format Tool and Bedside Handoff. *Critical Care Nurse*. 2011;31(2):e43-e44. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AN=67058903&lang=ca&site=ehost-live>. Accessed June3, 2019.
- 32) Věstník MZ ČR č. 16/2015 MZČR, Ukazatele kvality a bezpečí.
- 33) VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 9788024727639.
- 34) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

## **7. Přílohy**

### **7.1. Seznam tabulek a grafů**

#### **7.1.1. Tabulky**

**Tab. 1** – Shrnutí výzkumného souboru.

**Tab. 2** – Vnímání kvality ošetrovatelské péče na oddělení.

**Tab. 3** – Vnímání stavu propuštěných pacientů.

**Tab. 4** – Přesvědčení o reakci vedení nemocnice na poukázané problémy.

**Tab. 5** – Vnímání programu zajištění bezpečí pacientů na oddělení.

**Tab. 6** – Vnímání úrovně kvality péče o pacienty v nemocnici.

**Tab. 7** – Předávání informací.

**Tab. 8** – Předávání hlášení při překladu pacienta.

**Tab. 9** – Komunikace v prevenci opakování chyb.

**Tab. 10** – Změny na základě mimořádných událostí.

**Tab. 11** – Vnímání činnosti vedení nemocnice.

#### **7.1.2. Grafy**

**Graf 1** – Vnímání kvality ošetrovatelské péče na oddělení.

**Graf 2** – Vnímání stavu propuštěných pacientů.

**Graf 3** – Přesvědčení o reakci vedení nemocnice na poukázané problémy.

**Graf 4** – Vnímání programu zajištění bezpečí pacientů na oddělení.

**Graf 5** – Vnímání úrovně kvality péče o pacienty v nemocnici.

**Graf 6** – Předávání informací.

**Graf 7** – Předávání hlášení při překladu pacienta.

**Graf 8** – Komunikace v prevenci opakování chyb.

**Graf 9** – Změny na základě mimořádných událostí.

**Graf 10** – Vnímání činnosti vedení nemocnice.

