

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Indikátory kvality ošetrovatelské péče jako součást systémů řízení kvality ve
zdravotnickém zařízení**

2005/2006

Bc. Pavla Kárníková

Vedoucí práce: Mgr. Dana Jurásková, MBA

Poděkování

Mé díky patří paní Mgr. Daně Juráskové, MBA za vedení práce a pomoc při jejím vznikání. Děkuji také panu ing. Pavlu Charvátovi za cenné rady a připomínky týkajících se statistického zpracování. Tato práce vznikla díky dobré spolupráci s hlavními sestrami z oslovených zdravotnických zařízení. Poděkování patří i mé rodině a rodičům za psychickou podporu při tvorbě této diplomové práci. Všem bych touto cestou chtěla velmi poděkovat.

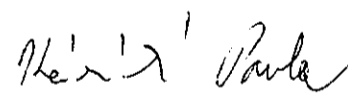
Obhajoba diplomové práce dne: *12. 6. 2006*

Jméno oponenta: Mgr. Dita Seifertová

Práce byla obhájena.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Indikátory kvality ošetrovatelské péče jako součást systémů řízení kvality ve zdravotnickém zařízení“ jsem vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.



Ve Vlnářčích dne 24. dubna 2006

Abstrakt

Jednou ze složek ovlivňujících hodnocení kvality zdravotní péče pacientem je péče ošetrovatelská. Ta je převážně v rukou zdravotních sester. Touto otázkou se zabývá diplomová práce s názvem „Indikátory kvality ošetrovatelské péče jako součást systémů řízení kvality ve zdravotnickém zařízení“, kterou zpracovala Bc. Pavla Kárníková.

Cílem diplomové práce bylo pomocí výzkumu zmapovat rozsah sledování kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních České republiky. Ověřována byla také znalost národních indikátorů a národních standardů a jejich vliv na celkovou kvalitu ošetrovatelské péče.

V první (teoretické) části nejprve pojednávám o historickém vývoji systémů řízení kvality. Následně se zabývám vybranými systémy a jejich aplikací ve zdravotnictví. Stručně charakterizuji a popisuji přínosy jednotlivých typů programů.

V další části své práce se zaměřuji na kvalitu ošetrovatelské péče a na metody jejího sledování a vyhodnocování. Podstatnou otázkou je výběr indikátorů a jejich zařazení do procesu sledování kvality. Dále jsou tedy popsány jednotlivé indikátory a základní postupy při jejich monitorování.

V rámci diplomové práce byl uskutečněn výzkum ve vybraných nemocnicích. Výzkum se skládal z předvýzkumu a vlastního výzkumu. Dotazník byl předáván sestřím v manažerských pozicích, ale i řadovým sestřím. Závěrečnou částí práce je vyhodnocení a srovnání výsledků jednotlivých zařízení mezi sebou. Výsledky jsou v práci uvedeny anonymně. Bylo stanoveno osm hypotéz. Jejich testováním, metodou test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku, byl prokázán vzájemný vztah mezi znalostmi indikátorů, existencí samostatného oddělení sledování kvality a zájmem ze strany vedení nemocničního zařízení.

Klíčová slova: ošetrovatelská péče, systémy řízení kvality, sledování kvality ošetrovatelské péče, národní indikátory a národní standardy ošetrovatelské péče.

Abstract

One of the components influencing the evaluation of health care quality done by a patient is nurse care. This mainly depends on nurses themselves. This issue is addressed in the diploma thesis by Bc Pavla Kárníková called „Indicators of the Quality of Nursing as part of the Systems of the Quality Management in a Health Institution“. The aim of this thesis is to chart the scope of quality monitoring in health institutions situated in the Czech Republic. The knowledge of national indicators and standards has been examined as well as their influence on the overall quality of nurse care.

The first part is theoretical and is dealing with historical development of quality management systems. Consequently, selected systems and their application in public health are observed. At the end of this part there is a brief characteristic and description of benefits concerning individual programmes.

The following part is focused on the nursing quality and methods of its monitoring and evaluation. The important question is the choice of indicators and their placement into the procedure of quality assessment. Furthermore, individual indicators and basic process of their monitoring are described.

The research into this issue was accomplished in selected hospitals within the framework of this thesis. The research was composed of two parts: pre-research and the research itself. The questionnaire was given to ordinary nurses as well as to nurses at managerial positions. The final part is devoted to evaluation and comparison of the results among individual health institutions. The results are presented anonymously. Eight hypotheses have been defined. Mutual relation between knowledge of the indicators, existence of the independent department of quality monitoring and interest of the management of the health institution has been proved by testing the hypotheses using the method of testing the chi-square for contingency table.

Key concepts: nursery care, systems of quality management, nursing care quality monitoring, national indicators and national standards of nursing care.

Úvod	10
1. Teoretická východiska	11
1.1 Přijetí České republiky do EU	11
1.1.1 Orgány Evropské unie	11
1.1.2 Standardy Evropské unie pro obory ošetrovatelství a porodnictví	12
1.2 Řízení a vedení	13
1.2.1 Sestra manažerka	14
1.2.2 Zavádění změn	15
1.2.2.1 Pilotní vyzkoušení změn	17
1.3 Kvalita ve zdravotnictví	19
1.3.1 Odlišnosti pojetí jakosti ve zdravotnictví	19
1.3.2 Systémy řízení jakosti ve zdravotnictví	20
1.4 Modely kvality	20
1.4.1 „ISO“	21
1.4.2 JCAHO	22
1.4.2.1 Projekt mezinárodní akreditace JCI	23
1.4.3 SAK – ČR	25
1.4.3.1 Příprava a průběh akreditace	26
1.4.4 Srovnání systémů hodnocení kvality	27
1.5 Kvalita zdravotní péče	27
1.5.1 Definice kvality zdravotní péče	28
1.5.2 Měření kvality	30
1.5.3 Zajišťování kvality	30
1.5.4 Ošetrovatelství	33
1.5.4.1 Ošetrovatelství a jeho cíle	33
1.5.4.2 Význam týmové práce v ošetrovatelství	35
1.5.4.3 Role sestry	35
1.5.4.4 Koncepce ošetrovatelství	36
1.5.4.5 Ošetrovatelská dokumentace	37
1.5.4.6 Ošetrovatelská informatika	38
1.6 Kvalita ošetrovatelské péče	38
1.6.1 Faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče	39
1.6.2 Historie sledování kvality ošetrovatelské péče	39
1.6.3 Řízení kvality ošetrovatelské péče	40
1.6.4 Měření kvality ošetrovatelské péče pomocí indikátorů	41
1.6.5 Požadavky na vlastnosti indikátorů	43
1.7 Indikátory kvality ošetrovatelské péče použité v dotazníku	45
1.7.1 Nozokomiální nákaza	46
1.7.1.1 Zásady prevence nozokomiálních nákaz	48
1.7.2 Úrazy	49
1.7.3 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí	51

1.7.4	Spokojenost pacientů s kontrolou bolesti	53
1.7.5	Spokojenost pacientů s edukací	55
1.7.6	Výskyt dekubitů	56
1.7.7	Spokojenost sester	58
1.7.8	Mix sester a ošetrovatelského personálu	59
1.7.9	Celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden	59
1.7.10	Management mimořádných událostí	60
1.8	Nástroje a techniky řízení kvality	61
1.8.1	Program kontinuálního zvyšování kvality	61
1.8.2	Mapy péče v ošetrovatelské praxi	62
1.8.3	Audit ošetrovatelský	63
1.8.4	Ošetrovatelský benchmarking	64
1.9	Metodika výzkumu v ošetrovatelství	68
1.9.1	Ošetrovatelský výzkum a jeho druhy	69
1.9.2	Metody, procedury a techniky ošetrovatelského výzkumu	70
1.9.3	Konstrukce dotazníku	71
1.9.4	Fáze ošetrovatelského výzkumu	74
1.9.5	Teorie formulace a testování hypotéz	75
2.	Vlastní výzkum	79
2.1	Cíle a hypotézy diplomové práce	79
2.2	Vznik a popis dotazníku	80
2.3	Realizace a zkušenosti z předvýzkumu	80
2.4	Realizace výzkumu	81
2.4.1	Výběr nemocnic a respondentů	81
2.4.2	Distribuce dotazníku	82
2.5	Zpracování empirických dat	82
3.	Výsledky a diskuse	84
3.1	Struktura testovaného souboru	84
3.2	Zjištění z průřezu, názory, postoje respondentek	86
3.3	Testování hypotéz	91
	Závěr	101
	Seznam použitých zkratk	103
	Seznam použité literatury	106
	Seznam tabulek	108
	Seznam grafů	112

1. Teoretická východiska

1.1 Přijetí České republiky do Evropské unie

Historický vývoj EU se datuje již od roku 1950. V roce 1988 navázalo Evropské hospodářské společenství (Belgie, Francie, Itálie, Lucembursko, Nizozemí a SRN) diplomatické vztahy s ČSSR (Československá socialistická republika). V roce 1991 došlo k podpisu Asociační dohody mezi Evropským společenstvím a tehdejší ČSFR (Československá federativní republika). O dva roky později byla podepsána Samostatná Evropská dohoda s Českou republikou. V roce 1996 podala naše republika žádost o členství v EU. Od roku 1998 byl oficiálně zahájen proces přistoupení ČR k EU. Následně byly každý rok vypracovávány zprávy Evropské komise o pokroku Česká republiky na cestě přistoupení k EU.

Náš stát se stal dne 1. 5. 2004 členem EU spolu s dalšími devíti zeměmi střední a východní Evropy.

V oblasti Evropského hospodářského prostoru (země EU, Norsko, Island a Lichtenštejnsko) existuje tzv. vnitřní trh. V rámci vnitřního trhu platí svoboda pohybu pro volný pohyb osob, zboží, služeb a kapitálu. To se týká jednak pracovníků ve zdravotnictví, ale i poskytování zdravotní péče.

1.1.1 Orgány Evropské unie

Uvedu pouze dva vybrané orgány, které mají přímý vztah ke zdravotnictví. Jsou to konkrétně Evropská komise a Rada Evropské unie.

Evropská komise – European Commission je politicky nezávislou institucí. Zdravotnictví v době vydání této knihy¹ spadalo do oblasti DG Health and Consumer Protection, do sektoru Public Health.

Rada Evropské unie – Council of the European Union je hlavním rozhodovacím orgánem EU. V Radě jsou zástupci všech států EU. Jednání se vždy účastní jeden ministr za každou vládu členského státu. Účast jednotlivých ministrů závisí na tématech, která jsou projednávána. Existuje celkem 9 různých sestav Rady. Oblast zdravotnictví spadá do působnosti „Rady pro zaměstnanost, sociální politiku, zdraví a ochranu spotřebitele.“²

¹ PEŠEK J., PAVLÍKOVÁ J. *Naše zdravotnictví a lékárenství v EU*. Praha: Grada, 2005.

² PEŠEK J., PAVLÍKOVÁ J. *Naše zdravotnictví a lékárenství v EU*. Praha: Grada, 2005.

1.1.2. Standardy Evropské unie pro obory ošetrovatelství a porodnictví

Římská dohoda z roku 1957, kterou bylo ustanoveno Evropské hospodářské společenství a Evropské společenství jaderné energie, měla zajistit volný pohyb osob. Státy však nebyly povinny uznávat odborné kvalifikace získané v jiných státech. Při akceptování vzdělávání a výchovy a příslušných kvalifikací se postupovalo dvěma způsoby. Byl to přístup založený na „oborové směrnici“ a „obecně systémový přístup.“

Oborové směrnice jsou vypracovány pro jednotlivé profesní skupiny. Vznikly harmonizací, kdy poradní výbor schválil minimální profesní standardy. Např. porodní asistentky a všeobecné sestry jsou profesemi se specifickými oborovými směrnicemi. Tato cesta byla příliš zdlouhavá a náročná.

Na konci osmdesátých a začátku devadesátých let byly používány tzv. obecné systémové směrnice. Tyto směrnice jsou založeny na uznání, ne na harmonizaci.

Směrnice pro ošetrovatelství mají označení 77/452/EHS a 77/453/EHS. První směrnice popisuje tituly/kvalifikace v jednotlivých zemích, považované za harmonizované s minimálními EU standardy. Druhá popisuje povahu a obsah minimálního akceptovatelného vzdělávacího programu. Obdobně se dělí i směrnice pro porodnictví.

Směrnice předpokládají ustanovení Poradního výboru. Poradní výbor je součástí Evropské komise, má tedy formální status. Jejich posláním je v rámci EU zlepšovat a udržovat vysoké standardy vzdělávání a výchovy daných profesí. Tvoří ho tři zástupci z každého členského státu.

Na zlepšení pozice ošetrovatelství se přičinila i Mnichovská deklarace. Ta byla podepsána ministry zdravotnictví evropských zemí v roce 2000. Vlády se mimo jiné zavázaly ke zlepšení podmínek vzdělávání, podpoře výzkumu, vytváření příležitostí ke kariéernímu postupu atd.

Novelizované oborové směrnice stanovují, že vzdělávání v oborech ošetrovatelství a porodní asistenci bude poskytováno pouze na úrovni bakalářského stupně vzdělání.

Uznání kvalifikace je zásadní pro výkon povolání v rámci zemí EU. Uznání může být okamžité nebo až po splnění určených podmínek. Výkon profese bez uznání je protiprávní.

Poradní výbor pro vzdělávání v oboru ošetrovatelství byl ustanoven v roce 1977. Jeho úkolem je: „, přispívat k zajištění srovnatelně vysokého standardu vzdělávání různých kategorií ošetrovatelského personálu v rámci Společenství.“³

1.2 Řízení a vedení

Řízení zdravotní péče není jednoduché. Jednoduchá definice řízení říká: „Řídit znamená realizovat věci prostřednictvím lidí.“ (str. 151) Především z těchto tří důvodů. Zdravotnictví je komplikovanější než výroba. Poskytování služeb lidem je velmi intenzivní práce a chyby mohou velmi poškodit pacienty. Kvalita práce závisí na personálu, který poskytuje zdravotní péči. Správné řízení ovlivňuje schopnost pracovat efektivně. V současné době se provádí změny v organizaci a řízení zdravotnických služeb.

Efektivita, produktivita a motivace sester přímo souvisí s tím, jak organizace dosahuje svých cílů a kvality zdravotní péče. Spoluúčast pracovníků na řízení pomáhá managerům zajistit vytvoření přijatelných norem praxe – standardů, které budou obsahovat mechanismy kontroly kvality a efektivity pro organizaci jako celek.

Se změnami řízení zdravotní péče se zároveň mění i role a funkce sester ve vedoucích postaveních. Nové role musí odpovídat novým strukturám zdravotních služeb.

Kompetence a moc jsou důležité k dosažení cílů organizace prostřednictvím procesu řízení. Proces řízení znamená plánovat, organizovat, řídit a kontrolovat lidské i fyzické zdroje. Existuje řada různých stylů vedení a řízení, které se mohou kombinovat. Existují i různé typy a struktury organizací.

Každá sestra má svou určitou vůdčí a řídicí roli. Všechny sestry se mohou stát aktivními propagátorkami změn.

V současnosti se mění priority péče o zdraví. Dříve zdravotníci léčili probíhající nemoci, dnes je více kladen důraz na prevenci a podporu zdraví prostřednictvím výchovy ke zdravému životnímu stylu. Dobře informovaná veřejnost má vyšší nároky na poskytovanou zdravotní péči a je méně tolerantní k chybám zdravotníků. Dožaduje se více a lepších služeb zdravotnictví.

Moc ovlivňovat druhé je založena na mnoha předpokladech, nejčastěji to jsou: zákonnost daná kompetencemi, prospěšnost, odbornost tj. znalosti nebo dovednosti a vztahy a úcta k určité osobě.

³ WALLACE M., *Standardy pro obory ošetrovatelství a porodní asistenci*. 2001. s. 11

I sestry potřebují mít své vůdčí osobnosti na úrovni lokální, regionální, celostátní a mezinárodní. Pro rozvoj oboru je zapotřebí dostatek schopných lídrů. Pro rozvoj vůdčích schopností je zapotřebí určitých podmínek. Již během středoškolského a vysokoškolského studia by měly být položeny základy k rozvoji vůdčích schopností. Vzdělání by se mělo soustředit na rozvíjení studentů jako členů skupiny i jako vedoucích osob. Individuální vývoj by měl být zaměřen na vytváření sebedůvěry, sebepoznání, schopnosti správně posoudit situaci, získání emocionální rovnováhy, zvládnání stresu, organizování času a komunikační dovednosti. Tento vývoj dále probíhá v zaměstnání.

Vývoj i dynamiku celé skupiny ovlivňuje motivace, individuální potřeby a znalost jiných oborů. Vývoj vedoucího týmu zahrnuje podstatu vůdcovství, vztah k řízení, zvládnání změn, vztah vůdcovství a autority, schopnost komunikace, řízení času a schopnost vytváření kolektivu.

1.2.1 Sestra manažerka

Sestra manažerka by si měla osvojit znalosti řízení a pak aplikovat tyto zásady v praxi. Manager má moc řídit práci druhých podle předem určené politiky. Dobří manažeři utvářejí takové prostředí, které podporuje individuální rozvíjení sester a ochotu poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči.

Měla by umět efektivně využívat všechny zdroje (čas, finanční prostředky, léky, personál, které má k dispozici. Musí seznámit ostatní sestry se strategií řízení nákladů a motivovat je k hospodárnosti.

Specifické manažerské vlastnosti tvoří dovednosti lidské, intelektuální, politické a dovednosti v řízení lidí. K lidským dovednostem patří např. aktivní naslouchání, podpora dobrých vztahů, schopnost objasnit, sdělit a interpretovat informace a chránit sebeúctu druhých. Tyto dovednosti se zejména uplatňují při pohovorech s uchazeči, vzdělávání personálu, při jednání s pracovníky, při řešení konfliktních situací.

Intelektuálními dovednostmi se míní: umění identifikace a řešení problémů, předvídání výsledků, schopnost určovat priority, formulace představ, shromažďování, analýza a interpretace údajů, uznávání rozdílů a podobností, vytváření možností atd. Tyto dovednosti jsou zapotřebí při plánování rozvrhu, kontrole zajištění kvality, vypracovávání směrnic a norem a finančním plánování.

K politickým dovednostem se řadí : přesvědčování, vyjednávání, vytváření koalice a zprostředkování. Politické dovednosti jsou potřebné při zavádění změn, dosahování určitých cílů a při obraně proti využívání druhou stranou.

Sestry-manažerky si zachovaly možnost kontroly sester, při realizaci ošetrovatelské péče. Měly by mít vliv na plánování, vývoj politiky a řízení zdrojů ve zdravotnických službách. Jako vedoucí ručí za práci svých oddělení a za zaměstnance, kteří tam pracují.

Sestra manažerka stejně jako sestra řadová potřebuje spolehlivé, dostupné informace z klinické praxe v pravý čas a v použitelné formě. K tomu jí slouží různé informační systémy. Na základě těchto informací se rozhoduje a postupuje. Vedoucí musí plánovat, organizovat a řídit tu část organizace, za kterou je zodpovědný. Se zavedením počítačových informačních systémů se zvýšila možnost zaznamenávat, třídít a porovnávat jednotlivé informace. Výběr zdravotnických informačních systémů je jedním z nejkomplicovanějších, nejdražších a časově nejnáročnějších úkolů.

1.2.2 Zavádění změn

Každou změnu je třeba důkladně naplánovat. Nejdříve musíme zmapovat celé prostředí ovlivňované oblastí, kterou budeme měnit. Je třeba znát kulturu, hodnoty organizace a úkoly a cíle, kterých je třeba dosáhnout.

Postupy při zavádění změn

Jsou popsány různé postupy při zavádění změn, donucovací přístup, racionálně empirický přístup a normativně převýchovný přístup.

Donucovací přístup brání iniciativě a tvořivosti lidí., jedná se o metodu shora-dolů, Předpokládá se, že pracovníci uposlechnou příkazu autority, v opačném případě hrozí sankce (např. ztráta zaměstnání).

Racionálně empirický přístup je také metodou shora-dolů. Očekává se, že informace a instrukce potečou jedním směrem- od lidí, kteří mají znalosti a moc, k lidem, kteří je nemají. Nedostatek znalostí i určité předsudky mohou ovlivňovat postoje sester k péči (např. péče o HIV pozitivní pacienty).

Normativně převýchovný přístup je metodou odspodu-nahoru. Soudí se, že lidé se zapojují do všech změn proto, že je akceptují a že změny odpovídají jejich přesvědčení.

Lidé nejlépe dosáhnou změny, pokud jednají společně. Změny se pak stanou majetkem celé skupiny. Tato metoda je nejvhodnější pro oblast ošetrovatelství a je často používána v některých státech WHO.

Průběh procesu zavádění změn a reakce na ně

Připravenost ke změnám je důležitým faktorem úspěšnosti. Je podmíněna např. změnou společenské situace, tvorbou nových zákonů, změnou technologií v medicíně a zdravotní péči a novým stylem vedením.

Proces realizace změny může probíhat i zesponu-nahoru. První krok tvoří společný souhlas s cíli změn. Zaměstnanci se sejdou, zhodnotí situaci a rozhodnou o potřebných změnách. Následně se hledají odpovědi na tyto otázky např. Co je špatně? Co chtějí zaměstnanci změnit a proč? Jak je práce organizována? Třetím krokem je plán postupu změny. Je třeba určit potřebné zdroje a odpovědnosti jednotlivců. Někdy je nezbytné, aby se personál naučil novým dovednostem. Následuje vlastní realizace změny, poté je nutné upevnění nových norem. Zaměstnanci diskutují o výsledcích své práce. Poukazují na to, co se zlepšilo. Za úspěch mají být pochváleni a odměněni. Posledním krokem je odezva. Je provedena kontrola a zhodnocení toho, co bylo provedeno. Pokud je třeba, původní plány se modifikují a celý cyklus se opakuje znovu.

Pracovní prostředí působí povzbudivě, jsou-li vedoucí pracovníci nápomocni a přístupni, podporují další vzdělávání pracovníků, poskytují odměny svým podřízeným. Pak je změna vnímána jako motivace a prospěch pro další práci.

Distancování se objevuje u sester, které vykonávají vedoucí funkce a praktickou ošetrovatelskou péči již nedělají. Je třeba, aby si ujasnily své nové role. V tomto období stresu se mohou vynořit dříve nevyřešené konflikty a nespokojenost. Pak se pocit naděje střídá s pocitem beznaděje.: V období „nový začátek“ se lidé seznamují s novými postupy, strukturami, systémy a vytváří si nové dovednosti.

Změna s sebou přináší i potenciálně konfliktní situace. Někteří zaměstnanci se změně brání, nebo dokonce odchází z pracoviště. Odpor ke změnám se ještě zvýší, jsou-li zaměstnanci v práci nespokojeni nebo mají-li pocit, že jejich práce není oceněna. Také lidé s osobními problémy jsou méně nakloněni procesu zavádění změn. Starší zaměstnanci odmítají změny, protože je vnímají jako kritiku své předešlé práce.

V procesu zavádění změn lze zpravidla rozlišit tři skupiny lidí. První skupinou jsou tzv. tvůrci změn. Jsou to lidé plni nápadů. Umí argumentovat, vyvíjejí tlak a často něco prosadí díky svému charismatu a nadšení. Druhou tvoří realizátoři změn. Mají schopnost změny provést a učit zaměstnance novým dovednostem. Poslední skupinu představují příjemci změn. Zaměstnanci, kteří přijímají změnu do své každodenní praxe a pacienti, kteří jsou výsledky ovlivňováni.

Každá změna něco stojí, čas, energii a odpovědnost, ale i peníze. Nedostatek peněz by neměl být překážkou v zavedení změny. Z dlouhodobé perspektivy může dokonce navrhovaná změna ušetřit čas i peníze, jedná se o investici do budoucna.

Získané informace, dobré i špatné, je zapotřebí šířit mezi ostatní zaměstnance. Buď ve formě písemných zpráv, na konferencích, v rámci profesních organizací, v odborné literatuře, v médiích, nebo ve formě videozáznamů či pořádáním dnů otevřených dveří.

Nejdůležitější je, že změnou se zlepšuje péče o pacienty. Vedle profesionálního a osobního růstu sester a zvýšení prestiže ošetrovatelství.

1.2.2.1 Pilotní vyzkoušení změny

Pro realizaci projektu je třeba určit vedoucího projektu, a složení celého týmu. Vybere se určité pracoviště na kterém se změna vyzkouší. Výsledky se pečlivě zhodnotí, než se doporučí, aby se změny provedly i jinde. Stanoví se zkušební období, během kterého se pečlivě sleduje zavedená změna pracovního stylu. Jelikož se změna týká jen zkušební doby, zapojí se i váhavci. Personálu musí mít dostatek času k vytvoření svého vlastního modelu. Zkušenosti pilotního pracoviště jsou užitečné pro další pracoviště. Ty mohou převzít pozitivní zkušenosti a vyvarovat se těm negativním.

Doporučení pro pilotní zkoušení změn

Pro vyzkoušení změny by mělo být vybráno takové pracoviště, na kterém jsou sestry ochotny něco změnit. Vedoucí by měli nabídnout podporu včetně případného poskytnutí zdrojů. Vedoucí týmu a ostatní manažeři musí být nápomocni. Může být zapotřebí i nové vybavení a změna prostředí. Účinek změny nelze očekávat okamžitě. Personál musí být dost času na to, aby se mohl ptát na efekt, přizpůsobil se. Zaměstnanci si sami určí termín, kdy má být cíle dosaženo. Součástí programu by měl být způsob jeho hodnocení. Musí být zcela jasné, kdo je vedoucím zkušebního týmu a je oprávněn jednat

jako hlavní propagátor změny. Vedoucí musí mít potřebné odborné znalosti a musí s týmem spolupracovat, povzbuzovat je, vést a podporovat.

Zaměstnanci by si měli zorganizovat změnu sami a rozšířit ji po organizaci a ne naopak. Úroveň a složení pracovníků by mělo odpovídat navrhované změně. Někdy je nutné naplánovat i změnu rozdělování zdrojů a zaměstnanců.

Jakmile se ukáže potřeba něco změnit, je nutná systematická příprava pracovníků, která má být provedena dříve, než se změnou začne. Současně je třeba, aby každý věděl, že po přípravě se opravdu změna začne realizovat. Vystane-li další potřeba změn, bude zapotřebí další přípravy, aby se zachovala inovace.

Pracovníci by měli pro změnu vypracovat písemný dokument, v němž vymezí své role, stanoví jak dlouho bude zkušební změna trvat a další potřebné záležitosti.

Program by měl být navržen pro konkrétní oddělení. Hotový program odjinud může sloužit jako podklad pro program vlastní. Neměl by se fixně přenášet.

Plány změn vyžadují dobrou komunikaci, minimalizující zmatek a zbytečný odpor. Dohodnou se schůzky, zajistí se pomoc v podobě odborné literatury a kontaktů s odborníky. Vypracují se přesné pokyny tak, aby každý věděl, za co nese odpovědnost.

Hodnocení změny

Strategie hodnocení by měla být součástí plánu zavádění změn. Měla by obsahovat indikátory, kterými lze změřit, čeho bylo dosaženo. Změnu lze hodnotit mnoha způsoby. Někdy je nutné kombinovat několik metod. Hodnocení je proces srovnávání výsledků s původními plány. Fungoval plán? Pokud ne, tak proč? Jaké problémy vyvstaly? Hodnocení může být neformální a formální; a kvantitativní a kvalitativní.

Neformální metody mají svá omezení. Jsou méně strukturovány a organizovány. Bývají subjektivní a nejsou písemně zaznamenány. Hodnocení často vyjadřuje názor vyslovený např. při diskusi na oddělení.

Formální metody jsou více objektivní. Jsou shromažďovány před změnou, během ní i po ní. Hodnocení může být dražší a náročnější na čas. Mezi prostředky formálních metod patří dotazníky a rozhovory, shromažďování statistických informací, záznamové deníky. Hodnocení může být provedeno formou výzkumného programu.

Kvantitativní metody shromažďování důkazů se zaměřuje na prosté údaje (fakta a čísla související s prací sester, např. nemocnost). Informace se zpracovávají do grafů, nebo ve formě procent či poměrů.

Kvalitativní metody se více zaměřují na emocionální a sociální složky změny.⁴

1.3. Kvalita ve zdravotnictví

1.3.1 Odlišnost pojetí jakosti ve zdravotnictví

Služby ve zdravotnictví jsou nehmotné, je proto velmi obtížné měřit jejich úroveň jakosti. Pokud nebude zdravotnické zařízení poskytovat kvalitní služby, ve všech oblastech péče o pacienta, nebude pacienty vnímáno jako kvalitní zdravotnické zařízení.

Jakost, neboli kvalitu zdravotní péče můžeme rozdělit na jakost vlastního léčebného úkonu a doprovodných, nezdravotnických služeb. „V nemocnici představuje kvalita lékařské péče 50 %, 25 % připadá na ošetrovatelskou péči a zbytek na chování personálu (15%) a hodnocení vnitřního klimatu nemocnice (10%).“⁵

Slovo jakost neboli kvalita je v poslední době velmi často používané. Existuje několik odborných definic. Z pohledu zdravotnického zařízení ji lze definovat např. jako „schopnost uspokojit očekávání, potřeby a požadavky pacientů.“⁶

Definice WHO praví: „Kvalitou zdravotní péče ve zdravotnictví se rozumí souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxí.“⁷

Kvalitní zdravotní péče by měla být provedena včas a vést ke zlepšení zdraví pacienta. Usiluje o informovanou kooperaci a spoluúčast pacienta v procesu léčebné péče a klade důraz na prevenci nemocí. Kvalitní péče je založena na přijatých principech lékařské vědy a odborném a efektivním využití správných technologií a profesionálních prostředků. Je zajišťována s citlivostí a se zájmem o blaho nemocného. Je dostatečně popsána v lékařské dokumentaci.

⁴ Kolektiv autorů, *Lemon 3, Učební texty pro sestry a porodní asistentky*, přel. J. Heřmanová, M. Staňková, 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997.

⁵ PEŠEK J., *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. s. 19

⁶ GLADKIJ I. a kolektiv autorů, *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s.17

⁷ Tamtéž s.19

1.3.2. Systémy řízení jakosti ve zdravotnictví

Potřeba zavádění systému jakosti

Před vlastním zaváděním systému jakosti je třeba si uvědomit, zda a proč systém organizace potřebuje. Zavádět systém řízení má smysl, pokud to vyžadují naši zákazníci či pacienti. Má problémy s dodržováním kvality na jednotlivých pracovištích, narůstá počet stížností ze strany pacientů nebo pokud chceme dosáhnout vyšší úrovně kvality. Stávající systém řízení nemá patřičný řád, efektivitu a průhlednost a chceme předejít budoucím problémům.

Zavedení systému řízení přinese nemocnicím a pacientům řadu zlepšení. Zařízení bude moci prokázat svou způsobilost plnit požadavky zákazníka, pacienta při interním či externím hodnocení této způsobilosti. Zařízení se naučí efektivněji využívat finanční i lidské zdroje. Lepší zajištění kvality a kontinuity všech služeb povede ke zvýšení spokojenosti pacientů a uspokojování jejich potřeb a očekávání. Provozní činnosti v zařízení budou více transparentní a efektivnější.⁸

1.4. Modely kvality

Modely kvality můžeme rozdělit do základních čtyřech kategorií. Do první řadíme modely řízení kvality – ISO (viz dále), do druhé národní i nadnárodní modely akreditačních standardů – JCAHO (viz dále), JCIA (viz dále), SAK-ČR (viz dále) a ANAES. Třetí kategorii tvoří modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua – Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví a ALPHA-dceřiná společnost) a čtvrtou modely excellence – ceny za kvalitu – (USA cena Malcolma Baldrige, Japonsko – Demingova cena za jakost, EU - EFQM – evropská cena za jakost, ČR – cena za jakost ČR, a další).

V ekonomicky vyspělých zemích existuje několik modelů, zabývajících se kvalitou. Většina zemí má své systémy standardizace – normalizace (v ČR ČSN – české technické normy) zapojeny do nadnárodních struktur (v EU to jsou tzv. EN – evropské normy, v celosvětovém měřítku to jsou normy ISO). Na tuto strukturu navazuje celá řada

⁸ PEŠEK J., Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO.1. vydání. Praha: Grada, 2003.

„oborových standardů“. Kvalita je jednou z priorit v oblasti léčebné a ošetrovatelské péče. Je třeba, aby se i zdravotníci seznámili s touto problematikou.

Při zavádění systémů jakosti do zdravotnictví se můžeme setkat s národními či mezinárodními akreditacemi nebo s certifikacemi systémů řízení jakosti podle různých norem. Obě tyto metody mají své příznivce i odpůrce.⁹

1.4.1 „ISO“

System řízení jakosti dle norem ISO má specifické požadavky a svůj přínos pro oblast zdravotnictví. V příloze č. 11 je znázorněno Schéma postupu posuzování a certifikace.

Zkratka ISO znamená International Organisation for Standardization, tedy Mezinárodní organizaci pro standardizaci, sídlící v Ženevě. Je to celosvětová federace národních organizací pro standardizaci. Hodnocení zpravidla provádí jiná organizace.

Tyto mezinárodní normy byly přijaty v roce 1987, dále byly novelizovány v letech 1994 a 2000. Normy vycházejí ze zkušeností firem převážně leteckého a automobilového průmyslu. Začaly se aplikovat i do oblasti služeb. Používají jinou terminologii, než která se používá ve zdravotnictví. Dnes již mají univerzální charakter.

Existuje pět hlavních řad dokumentů obsahujících standardy ISO 9000 až 9004. Požadavky ISO jsou zaměřeny do oblasti výroby a Standardy ISO jsou zaměřeny na proces řízení kvality a na posuzování shody. Cílem je trvale produkovat výrobek (službu) odpovídající definovaným kritériím.¹⁰

Normy ISO

Normy ISO jsou souborem minimálních požadavků, které by měly být implementovány. Norma ISO má následující charakteristické rysy. Normy zavádějí pořádek a disciplínu do zabezpečování jakosti. Jsou zaměřeny na stabilitu jakosti, nepřetržité zlepšování, prevenci neshod, detailní dokumentování všech postupů zabezpečování jakosti a na maximální dosažení spokojenosti zákazníka. Podmínkou je i zpětná vazba a na jejím základě možnost uskutečnění nápravy a dokladovost (evidence, záznamy) realizace postupů.

⁹ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

¹⁰ Kolektiv autorů, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice; komentovaný oficiální překlad*. Praha: Grada, 2004.

Při vlastním sestavování normy byly uplatněny základní principy řízení jakosti. Organizace musí být orientovaná na zákazníka a mít zaveden procesní přístup. Pracovníci i vedení musí být do systému zapojeni. Podmínkou je neustálé zlepšování se a věcný přístup při přijímání rozhodnutí.

Certifikace zdravotnického zařízení

Je potvrzení kompetentního nezávislého orgánu, že výrobek, služba nebo odborná způsobilost osob je ve shodě se specifikovanými požadavky.

Vybudování systému je dlouhodobá záležitost. Platnost certifikátu je na tři roky. V pravidelných intervalech musí zařízení podstoupit tzv. reaudit. Ten posoudí, jak systém funguje. Certifikační orgán provádí dozor nad certifikovaným systémem jakosti.

Management musí mít jasnou představu o rozvoji organizace, co bude do systému začleněno hned a co později. Hlavně u větších zdravotnických zařízeních (200 a více zaměstnanců) je důležité stanovit si i rozsah systému jakosti.¹¹

1.4.2 JCAHO

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) - Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení byla založena v roce 1951 jako nezávislá, nestátní, nezisková organizace. Její sídlo je v USA. Akreditovala již více než 19000 zařízení různých typů, např. ambulantní péče, domovy s pečovatelskou službou, nemocnice, laboratoře atd.

Joint Commission International

Spojená mezinárodní akreditační komise (JCI) je dceřinou společností JCAHO. Byla založena v roce 1998 jako hlavní součást mezinárodní dceřiné společnosti JCAHO - Joint Commission Resources. Cílem společnosti je zvyšování kvality péče pomocí mezinárodních akreditačních standardů, prosazování kontinuálního zvyšování kvality péče o pacienty a zvyšování kvality činností zdravotnických zařízení.. vytváří standardy, provádí akreditační šetření, rozhodují o udělení akreditace.

Mezinárodní standardy jsou podkladem pro akreditaci zdravotnických zařízení na celém světě. Na jejich základě vznikly v řadě zemí akreditační systémy. Tyto standardy používají ministerstva, ale i veřejné instituce a jiné organizace, které se zabývají hodnocením kvality a bezpečností zdravotní péče a jejím kontinuálním zvyšováním.

¹¹ PEŠEK J., *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003.

1.4.2.1 Projekt mezinárodní akreditace JCI

Cílem projektu je pomocí standardů a indikátorů umožnit nemocničním zařízením prokázat kontinuální zvyšování kvality. JCI poskytuje veřejnosti některé informace týkající se akreditovaných zařízení. Na základě těchto informací se mohou pacienti rozhodnout, v kterém zařízení se budou léčit.

„Akreditace je proces, při kterém externí organizace (obvykle nestátní) hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Akreditace je obvykle dobrovolná. Akreditační standardy jsou chápány jako optimální a dosažitelné. Akreditace slouží hodnocenému k tomu, aby se jasně zavázalo ke zvyšování kvality péče o pacienty, k zajišťování bezpečí prostředí, ve kterém je péče poskytována, a k systematické snaze o snižování množství rizik pro pacienty i pro zaměstnance. Celosvětově stoupá zájem o akreditaci jako účinný nástroj hodnocení i řízení kvality.“¹²

Program JCI vychází z následujících principů. Základ celého akreditačního programu tvoří standardy vypracované na základě mezinárodního konsenzu. Standardy vycházejí z principů řízení kvality a kontinuálního zvyšování kvality. Označují se jako stěžejní (core), které musí naplnit každé zařízení usilující o akreditaci a non-core (ostatní). Akreditační proces musí respektovat právní prostředí a jejich náboženské a nebo kulturní odlišnosti.

Složení týmu akreditačních inspektorů a jejich program se liší podle velikosti hodnoceného zařízení a podle spektra poskytovaných služeb. K posouzení velké univerzitní nemocnice se například vysílá na čtyři dny tříčlenný tým (lékaře, zdravotní sestra a pracovník nemocniční správy). Návštěva menší nemocnice trvá dva až tři dny. Akreditace JCI se udílí na základě spolehlivého, objektivního a pravdivého hodnocení. Na základě posouzení výsledku místního šetření vynáší konečný výrok o akreditaci mezinárodní akreditační výbor.

Standardy

Mezinárodní standardy vytvářel šestnáctičlenný pracovní tým tvořený z lékařů, zdravotních sester, pracovníků nemocniční správy a odborníků v oblasti veřejné správy. Členy týmu byli zástupci šesti hlavních oblastí světa (Jižní Amerika a karibská oblast, Asie a Pacifik, Střední východ, střední a východní Evropa, západní Evropa a Afrika). V práci

¹² GLADKIJ I. a kolektiv autorů, *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003.

tohoto týmu pokračuje mezinárodní výbor pro standardy, který zpracovává další doporučení a připomínky a provádí aktualizaci standardů.

Standardy JCI, používaná v USA, jsou rozděleny do dvou oddílů (viz příloha č. 5). V prvním oddílu jsou standardy týkající se bezprostřední péče o pacienta. V druhém oddílu jsou standardy pro oblast bezpečného, efektivního a správného řízení zdravotnického zařízení. Jsou řazeny do jednotlivých kapitol podle činností. Činnosti jsou posuzovány v nemocnici jako celku, dále na jednotlivých pracovištích (klinikách, odděleních, stanicích). Rozhodnutí o akreditaci vychází z celkové úrovně dodržování standardů v celém zařízení.

Indikátory standardu popisují požadavky, které budou posuzovány během akreditačního procesu. Každý indikátor je již obsažen ve standardu i v jeho účelu.

Zásady akreditace Joint Commission International

O akreditaci JCI může požádat kterékoliv zdravotnické zařízení, které bude splňovat určité podmínky, např. musí být v příslušném státě poskytovatelem zdravotní péče a musí splňovat pro tuto činnost všechny požadavky stanovené národní legislativou. Poskytuje takové druhy a formy zdravotní péče, které upravují standardy JCI. Odpovídá za zvyšování kvality poskytované péče a služeb nebo je odhodláno tuto odpovědnost převzít.

Akreditační proces se zahájí podáním žádosti. JCI spolu se žadatelem stanoví termín akreditačního šetření (obvykle do 90 dnů od podání žádosti). Připraví se program šetření na základě informací o velikosti typu zdravotnického zařízení a rozsahu poskytované zdravotní péče. JCI přidělí zařízení pracovníka, který zajišťuje komunikaci mezi zařízením a akreditační komisí. Cenové podmínky jsou různé, odvíjí se např. od spektra poskytovaných služeb, počtu inspektorů, délky místního šetření.

Při vlastní akreditaci se hodnotí dodržování standardů JCI a plnění jejich indikátorů. Smyslem místního šetření a vlastního hodnocení je pomoci zdravotnickému zařízení popsat problémy, napravit je a zvyšovat tak kvalitu péče. V případě jazykové nevybavenosti se přizvou tlumočníci.

Místní šetření provádí vysoce kvalifikovaní inspektoři na základě dohodnutého programu. Hodnotí se všechna pracoviště zařízení poskytující péči pacientům. Rozsah hodnocených standardů určí JCI na základě spektra poskytované zdravotní péče. Mohou navštívit jakékoliv pracoviště zdravotnického zařízení a mohou hovořit s kterýmkoliv zaměstnancem, i když to nebylo předem dohodnuto. Mohou požadovat i dodatečné informace.

Průběh procesu akreditace

V průběhu akreditace se hodnotí veškeré činnosti zdravotnického zařízení, které jsou upraveny standardy. Hodnocení se provádí na základě rozhovorů se zaměstnanci a pacienty; místního šetření zaměřeného na poskytování péče pacientům; posouzení vnitřních předpisů zpracovaných zařízením a na základě výsledků vlastního hodnocení zařízení. Podmínkou pro udělení akreditace je dosažení přijatelné úrovně a míry dodržování akreditačních standardů vyjádřené číselným hodnocením. Rozhodnutí o akreditaci je založeno na posouzení jednotlivých standardů v době místního šetření. Každý standard může být hodnocen jako „splněn zcela“, „splněn částečně“ nebo „nesplněn“. Žadatel nemůže být akreditován, dokud nesplní veškerá nápravná opatření. Termín splnění nápravných opatření a způsob ověření jejich splnění určuje Akreditační výbor v souladu se svými pravidly po skončení místního šetření.

Na závěr akreditačního šetření inspektoři předloží předběžné závěry. Na základě získaných informací rozhoduje akreditační výbor o udělení akreditace, akreditace je udělena nebo akreditace je neudělena). Rozhodnutí je doručeno řediteli zařízení. Poté zařízení obdrží akreditační certifikát.

Akreditace je platná tři roky. Před uplynutím tříletého období akreditace musí být zařízení neakreditováno. Musí podstoupit úplné akreditační šetření. Akreditační certifikát může být i předčasně odebrán např. v případě zjištění, že zařízení poskytlo nepravdivé a nepřesné informace. Pokud dojde v zařízení k nějaké změně (změna organizační struktury, změna spektra poskytované péče) musí o tom zařízení informovat JCI.¹³

1.4.3 SAK – ČR

V této kapitole představím Spojenou akreditační komisi České republiky. Popíši jednotlivé etapy akreditačního šetření. I dílčí opatření, tak jak je doporučuje sama SAK.

Spojená akreditační komise ČR (SAK – ČR) vznikla v roce 1998. Jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit.

¹³ Kolektiv autorů, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice; komentovaný oficiální překlad*. Praha: Grada, 2004.

SAK doporučuje, aby se každé zařízení připravovalo na akreditaci co nejvíce samostatně. Na procesu řízení kvality péče a bezpečí pacientů se podílí všichni zaměstnanci. Také do přípravy k akreditaci by se měli zapojit všichni. Národní akreditační standardy a jejich metodika naplnění jsou formulovány srozumitelně pro všechny personál zdravotnických zařízení. SAK - ČR nabízí konzultační služby a vzdělávací semináře.

1.4.3.1 Příprava a průběh akreditace

Zdravotnické zařízení zašle přihlášku k akreditaci společnosti SAK. Přihláška se posílá až v době, kdy je zařízení připraveno k akreditačnímu šetření, cca 2 měsíce před žádaným termínem. Doba přípravy je individuální, SAK uvádí od 8 měsíců do dvou let. Záleží na velikosti zařízení, na stupni připravenosti a mnoha dalších faktorech.

Přihláška zavazuje akreditační komisi k zahájení akreditačního procesu a nemocnici k tomu, že přijme výsledek komise a zaplatí náklady spojené s akreditací. Na internetových stránkách společnosti SAK je možné si spočítat orientační cenu akreditace pomocí jednoduché tabulky.

Doporučovaný postup přípravy k akreditaci má začít organizačními opatřeními. A to výběrem osoby, která bude celý proces přípravy koordinovat a jmenováním týmu, který si rozdělí dílčí úkoly. Při zahájení přípravy na akreditaci lze upotřebit Metodiku plnění národních akreditačních standardů. Metodický manuál plnění národních akreditačních standardů pro nemocnice byl vydán 01.06.2005.

Standardy Spojené akreditační komise stanovují obsahové požadavky. Seznam akreditačních standardů obsahuje celkem 50 standardů (viz příloha č. 4). Záleží na uvážení managementu zdravotnického zařízení v jakém sledu budou standardy zaváděny. Výhodnější, dle SAK, je jejich rozdělení do třech oddílů a zavádění po tematických skupinách.

Do prvního oddílu přiřadit standardy, které nemocnice zcela naplňuje. Druhý oddíl tvoří standardy, které nemocnice částečně naplňuje. Poslední, třetí skupinou jsou standardy, které nemocnice nenaplňuje. Dále SAK doporučuje z druhé a třetí skupiny vybrat k prvotnímu řešení ty standardy, které upravují činnosti potenciálně rizikové pro pacienta (např. podávání léků, vedení dokumentace, informování pacientů apod.).

Pravidla vlastního akreditačního šetření

Zařízení obdrží detailní informace o šetření (plán na každý den, místa a činnosti, které budou kontrolovány a kteří zaměstnanci se mají zúčastnit) 6 týdnů předem. Konečný pracovní postup i s údaji o inspektorech obdrží nemocnice 2 týdny před návštěvou. Samotné akreditační šetření v nemocnici provádí akreditační realizační tým složený z auditorů a inspektorů (lékař, sestra, příp. další osoby). Návštěva je dvoudenní nebo třídní (podle velikosti nemocnice).

Při vlastním akreditačním šetření se zkoumá do jaké míry jsou požadavky standardů v souladu s vnitřními normami zařízení a jak jsou naplňovány v praxi.

Spojená akreditační komise oznámí vedení nemocnice závěr šetření do 3 týdnů po jeho ukončení. Národní akreditace je udělována na 3 roky. Zdravotnické zařízení, pokud si chce zachovat statut „akreditováno“, musí projít reakreditačním šetřením každé tři roky.¹⁴

1.4.4 Srovnání systémů hodnocení kvality

Mezi standardy JCI a ISO jsou věci shodné, ale i rozdílné. Hlavní odlišnost je v tom, že ISO se zaměřují na dodržování specifických požadavků a na posuzování úrovně shody s požadavky. JCI se zaměřují na hodnocení výsledků zařízení a na prosazování kontinuálního zvyšování kvality. Obtížné srovnávání těchto dvou systémů je z důvodu různého pohledu na „produkt“. Při poskytování zdravotní péče není vždy produkt hmotný, jednoduše definovatelný. Z tohoto důvodu bývá aplikace standardů ISO – 9001 ve zdravotnictví obtížná.¹⁵

1.5 Kvalita zdravotní péče

Dostupná odborná literatura uvádí různé možnosti jak definovat kvalitu zdravotní péče, definuje pojem měření kvality a metody monitorování.

Kvalitu zdravotní můžeme definovat ze tří hledisek. Při hodnocení z hlediska pacienta si musíme definovat, kdo jsou klíčoví zákazníci (pacienti, jejich rodiny, plátcí, odesílající lékaři, zaměstnanci) zdravotní péče. Jaké jsou potřeby a očekávání jednotlivých

¹⁴ MARX D., VLČEK F., Národní akreditační standardy pro nemocnice, Manuál a metodika plnění. 1. vydání. Praha: SAK – ČR, 2005.

¹⁵ Kolektiv autorů, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice; komentovaný oficiální překlad*. Praha: Grada, 2004.

klíčových zákazníků. Dále můžeme kvalitu hodnotit z hlediska profesionálního a z hlediska řízení.

Definice záleží jak na pohledu osoby, která definuje, tak na kontextu společenského a organizačního prostředí. Je proto nezbytné říci z čí perspektivy je na kvalitu nazíráno. Kvalitu může hodnotit pacient, ustaraný člen rodiny, praktikující lékař, ředitel nemocnice, každý definuje rozdílně priority péče, způsoby péče a očekávané výsledky.

Při definování kvality musíme zohlednit celou řadu faktorů. Musíme si stanovit, co rozumíme pod kvalitou zdravotní péče. Jak může být kvalita měřena a kdo ji má měřit. Jaké vztahy jsou mezi kvalitou a náklady na zdravotní péči, kvalitou a způsobem financování zdravotní péče, kvalitou a řízením zdravotní péče a kvalitou péče a spokojeností pacientů a občanů. Jaké metody zlepšování kvality se ve světě nejlépe osvědčily a jaké by bylo vhodné použít v našem kulturním a ekonomickém prostředí. Kvalita zdravotní péče má složku kvantitativní – měřitelnou a kvalitativní – hodnotitelnou hodnotovými soudy.

Kvalita je relativní, nikoliv absolutní pojem, může být tedy zlepšována. Je vhodné a žádoucí srovnávat : s podobnou činností, se stejnou činností na jiném místě či v jiném čase.

1.5.1 Definice kvality zdravotní péče

WHO definovala kvalitu zdravotní péče již v roce 1966 jako: „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.“¹⁶ Novější definice WHO říká: „kvalita zdravotní péče je definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje.“¹⁷

Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako „takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.“¹⁸ Donabedianovo schéma z roku 1978 pojímá zajišťování kvality zdravotní péče z hlediska struktury péče, procesu péče a výsledků péče.

¹⁶ GLADKIJ I. a kolektiv autorů, *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s. 12

¹⁷ GLADKIJ I. a kolektiv autorů, *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s. 13

¹⁸ GLADKIJ I. a kolektiv autorů, *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s. 12

Maxwellova definice kvality z roku 1984 zahrnovala následujících 6 parametrů:
„dostupnost péče, relevance potřeb z hlediska celé komunity, účinnost z hlediska pacienta, spravedlnost péče, společenská přijatelnost a hospodárnost.

Ve Spojených státech definovala Joint Commision on the Accreditation of Healthcare Organizations (1995) devět zásadních součástí či složek kvality péče.

Komise požaduje, aby všechny zdravotnické organizace usilující o akreditaci definovaly kvalitu zdravotní péče s použitím těchto dimenzí a z hledisek svých klientů či zákazníků: „

- Dostupnost péče (accessibility) – snadnost, s níž pacienti mohou získat péči, kterou potřebují, když ji skutečně potřebují.
- Přiměřenost péče (appropriateness) – stupeň, v němž je správná péče poskytována na současné úrovni poznání (state of art).
- Soustavnost péče (continuity) – stupeň, v němž je péče, kterou pacienti potřebují, koordinována mezi poskytovateli péče a návazná mezi organizacemi a v čase.
- Účinnost péče (effctiveness) – stupeň, v němž je péče poskytována správným způsobem (bezchybně) na současné úrovni poznání (state of art).
- Očekávaná účinnost péče (efficacy) – stupeň, v němž má obdržená péče schopnost naplnit potřeby, pro něž je užitá.
- Hospodárnost péče (efficiency) – stupeň, v němž obdržená péče má žádoucí účinek s minimem úsilí, výdajů a plýtvání.
- Pacientova autonomie a spokojenost – stupeň, v němž jsou pacienti (a jejich rodiny) vtaženi do rozhodovacích procesů v záležitostech, týkajících se jejich zdraví a stupeň, v němž jsou s poskytovanou péčí spokojeni.
- Bezpečnost prostředí poskytování zdravotní péče – stupeň, v němž je toto prostředí prosto rizika a nebezpečí.
- Včasnost péče – stupeň, v němž je péče poskytována pacientům v době, kdy ji potřebují.“¹⁹

¹⁹ GLADKIJ I. a kolektiv autorů, *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s.18

1.5.2 Měření kvality

Měření kvality musí být pečlivě zabudováno do plánu zlepšování kvality. Při měření kvality se používají pojmy: prvek, kritérium a standard. Kritérium je jasně definovatelný prvek nemoci nebo péče. Je určen odborníky ještě před začátkem měření kvality. Rozeznávají se kritéria strukturální, procesuální a výsledková. Musí být objektivní, validní a konsistentní při opakovaném měření. Indikátory nejsou totéž co standardy péče.

Odborná literatura dělí indikátory na dva typy: indikátor četnosti a strážní indikátor.

V případě indikátoru četnosti se jedná o počet specifikovaných událostí vyjádřené jako relativní čísla. Číselník představuje počet událostí a jmenovatel je počet pacientů, u nichž by se daná událost mohla vyskytnout.

Strážní indikátor je detektorem závažných událostí (např. nežádoucí reakce na léky) vyjádřený absolutním číslem.

Standardy kvality péče jsou ukazatelé úspěšnosti realizace zajišťování kvality. Tento pojem znamená určitou přesně popsanou kvantitativní či kvalitativní úroveň kritéria péče. Kritéria a standardy mohou být externí nebo interní, dle toho, kdo je stanovuje. Nejsou fixní, mění se s pokrokem medicíny a se zlepšováním péče.

1.5.3 Zajišťování kvality

Řízení kvality je integrováno do celého systému řízení. Vrcholový management organizace musí být osobně angažován a měl by mít jasnou strategii, jak implementovat řízení kvality. Kontinuální zlepšování kvality je proces, který učí myslet v nových pojmech. Umožňuje optimalizovat využívání zdrojů, zvyšuje morálku a snahu po vzdělání.

Soustavné zlepšování kvality vyžaduje účast všech zaměstnanců, kteří mají stejný cíl. Řízení kvality není jen cesta informací odshora dolů. Úloha vedení nespočívá jen v identifikaci nekvalitní práce ex post, ale na vytváření předpokladů k tomu, aby se nekvalitní práce vůbec nevyskytovala.

Zajišťování kvality znamená proces monitorování a intervencí pro zabezpečení co možná nejlepší dosažitelné úrovně poskytované péče. Toho lze dosáhnout např.

- sledováním a vyhodnocováním informací o péči o nemocné,
- definováním a používáním objektivních kritérií pro vyhodnocování péče,
- vytvořením metodických a organizačních podmínek,

- získáváním zdravotnických pracovníků pro zajišťování kvality,
- zaváděním konkrétních opatření, která by zajišťovala kvalitu,
- vyhodnocováním účinnosti intervence.

Úloha nemocničního managementu v řízení kvality je důležitá. Za proces hodnocení a zvyšování kvality odpovídá ředitel nemocnice, který i zřizuje např. celonemocniční komisi pro zajišťování kvality. Komise analyzuje zprávy, získané od všech osob, zapojených do sledování kvality a doporučuje další postup.

Prakticky proces probíhá tak, že sestra útvaru zajišťování kvality sleduje všechny případy sledovaného druhu péče. Pokud zjistí nedostatek menší závažnosti, sleduje jev v náhodném vzorku po určitou dobu. Opakují-li se nedostatky i nadále předá své zjištění k poradnímu posouzení.

Struktura oddělení řízení kvality se odvíjí od velikosti organizace, typů oddělení a dostupných technologií. Nezbytnými prvky při řízení kvality jsou např. podpora vrcholového řízení, personál zabývající se řízením kvality, interdisciplinární koordinace postupů a rozvoje a podpora každého oddělení.

Pro zajišťování a řízení kvality je třeba používat vhodnou dokumentaci.

Kvalita ve zdravotnictví – historie, současnost

Důraz na kvalitu a zájem o její zvyšování se v jednotlivých zemích rozvíjel různě rychle. Za zakladatele sledování kvality poskytované zdravotní péče je považován především Avedis Donabedian.

Stručný přehled aktivit k zajišťování a soustavnému zlepšování kvality ve světě

Problematika zajišťování kvality zdravotní péče byly nejprve teoreticky zpracována a prakticky ověřena v USA. Později se tato snaha rozšířila i v západoevropských zemích.

Řízení kvality je v USA spíše založeno na sankcích (odebrání licence, vypovězení smlouvy s pojišťovnou, ztráta akreditace či soudní rozsudek). Kromě organizací zabývajících se kvalitou zdravotní péče se tímto sledováním zabývají i samotné nemocnice. Zdravotnická zařízení mají své oddělení vnitřní kontroly. Náplní jejich činnosti je, řízení kvality, zvyšování účinnosti systému řízení a předcházení rizikům v rámci přípravy na akreditaci.

V Belgii se řízení kvality opírá o článek zákona o nemocnicích z roku 1986 v němž je řečeno že: „Zdravotní péče musí být kontrolována a řízena z hlediska kvality. Organizační struktura nemocnice musí být vytvořena tak, aby mohla být řízena a kontrolována veškerá nemocniční péče.

„ Kritéria vyhodnocování kvality se týkají:

- Kritéria pro vyhodnocování struktury organizací a jejich zaměření na zlepšování kvality.
- Kritéria pro vyhodnocování procesů lékařské péče, založena na hodnocení jednotlivých případů.
- Vyhodnocování výsledků péče. Od roku 1987 bylo zavedeno srovnávání léčebných výsledků pacientů ve třech fakultních nemocnicích pomocí systému AP – DRG (All Patients Diagnosis Related Groups).“²⁰

Koncem osmdesátých let se některé evropské státy začaly zabývat touto otázkou. V Belgii a v Německu bylo zajišťování kvality zdravotní péče zabudováno do zdravotnického zákonodárství. Oproti USA se staly iniciátory zlepšování kvality péče především lékaři a zdravotničtí pracovníci. V Dánsku byla přijata komplexní strategie národní politiky zlepšování zdravotní péče v roce 1993. Strategie vznikla společným cílem dánského ministerstva zdravotnictví, Národní rady zdraví a Evropské regionální úřadovny Světové zdravotnické organizace.

Holandské ministerstvo zdravotnictví přijalo v roce 1991 dokument o národní politice kvality péče. Jeho součástí byl návrh Zákona o kvalitě péče ve zdravotnických institucích a o dohledu vlády na kvalitu poskytované i o zřízení inspektorátů zdravotní péče. Zákon byl přijat až v roce 1995.

V roce 1985 byl program zajišťování kvality definován jako jeden z 38 cílů Světové zdravotnické organizace (WHO) v rámci evropské strategie programu Zdraví pro všechny do roku 2000. V tomto roce vznikla Mezinárodní společnost pro zajišťování kvality zdravotní péče.

²⁰ GLADKIJ I. a kolektiv autorů, *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s.7 až 8.

Stručný přehled aktivit k zajišťování a soustavnému zlepšování kvality u nás

I v minulém systému našeho zdravotnictví se vyskytovaly některé rysy zajišťování kvality péče - např. sledování a kontrola proočkovanosti, analýzy mateřské a kojenecké úmrtnosti, dispenzární péče, komise pro účinnou farmakoterapii. Většina těchto činností byla veřejnosti neznáma. Lékaři nahlíželi na tato opatření jako jen aktivity „ze shora dolů“. Také asociace nemocnic ČR má zásluhy na rozvíjení zlepšování kvality péče, organizace celostátních seminářů a spolupráce na vývoji akreditačních standardů.

Ministerstvo zdravotnictví ČR zřídilo v roce 1996 oddělení kvality péče. Počátkem roku 1997 byla ustanovena Akreditační komise a byl udělen grant na zpracování studie, týkající se akreditace nemocnic okresního typu. VZP spolupracuje na projektu kvality péče z pohledu plátce.

Důležitým prvkem zlepšování kvality poskytované péče v našich nemocnicích je hodnocení ošetrovatelské péče. K němu vede kontinuální vzdělávání sester. Spojeným úsilím řady nemocnic byl vyvinut a zaveden velký počet doporučení správné ošetrovatelské péče, umožňují poskytování péče podle standardních postupů a zároveň je hodnotit.

ČR si byla již v roce 1989 vědoma toho, že mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními byly velké rozdíly. Rozdíly se týkaly jak technického vybavení, personálního obsazení, tak i způsobů poskytování lékařské a ošetrovatelské péče.

V roce 1994 byl zahájen projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela celá pracovní skupina. Řada podkladů byla převzata z amerického modelu JCAHO (viz kap. 1). Projekt byl ukončen rokem 1998 vytvořením Spojené akreditační komise (viz kap. 1). V tomto roce byly ve Věstníku MZ č.7/1998 (viz příloha č. 3) zveřejněny akreditační standardy a metodika. O rok později byla akreditována první nemocnice.²¹

1.5.4 Ošetrovatelství

1.5.4.1 Ošetrovatelství a jeho cíle

Již v dávnověku bychom našli kořeny ošetrovatelství. Tam, kde byli nemocní, byli i ti, kteří se o ně starali. Zpočátku tito ošetrovatelé neměli žádné odborné vzdělání. Dnešní zdravotničtí pracovníci jsou na povolání důkladně připravováni. Sestra je členem týmu zdravotnických pracovníků. Jelikož se tento obor neustále vyvíjí, je zapotřebí, aby si

²¹ Gladkij I., Heger L., Strnad L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999.

sestry neustále rozšiřovaly a doplňovaly své vědomosti. Můžou se i spolupodílet na výzkumu (viz kapitola č. 1).²²

Celoživotní vzdělávání sester

„Celoživotním vzděláváním sester se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti sester v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.

Formy celoživotního vzdělávání jsou:

- specializační vzdělávání,
- certifikované kurzy,
- inovační kurzy,
- odborné stáže v akreditovaném zařízení,
- účast na školicích akcích, odborných konferencích, kongresech, sympoziích...
- publikační, pedagogická a vědeckovýzkumná činnost,
- samostatné studium odborné literatury.“²³

„Povolání sestry je jedním z nejtěžších, ale i zároveň i nejhumánnějších povolání. Předmětem práce sestry je celková (komplexní) péče o nemocné a udržování hygienicky nezávadného prostředí. Tato činnost se nazývá ošetřovatelství.“ Takto je definováno ošetřovatelství v učebnici pro sestry.

Jeho hlavním cílem je poskytovat odbornou, kvalitní péči hospitalizovaným nemocným. Pomáhat při předcházení nemocí (pořádáním besed a přednášek), získávat spoluobčany k aktivní účasti na péči o vlastní zdraví (přesvědčovat, že k upevnění zdraví může přispět každý sám), účastnit se na snižování negativního vlivu nemoci na celkový stav organismu nemocného (pečovat tak, aby nenastaly komplikace) a pomáhat lidem tělesně a duševně postiženým.

Ošetřovatelská péče má týmový charakter. Činnosti všech pracovníků (sester, lékařů, ošetřovatelek, laborantů, pomocného personálu) na sebe navazují, vzájemně se prolínají a podmiňují. Každý člen týmu je za svou práci odpovědný.

²² ROZSYPALOVÁ M., ŠAFRÁNKOVÁ A., *Ošetřovatelství I pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002.

²³ POCHYLÁ K., *České ošetřovatelství I – Koncepte českého ošetřovatelství. Základní terminologie*. 2. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. s.31

Sestra je při své práci v neustálém kontaktu s lidmi, ať už s pacienty, jejich rodinnými příslušníky i se svými spolupracovníky.²⁴

1.5.4.2 Význam týmové práce v ošetrovatelství

Týmový přístup k práci je jedním z předpokladů efektivní ošetrovatelské péče. Cílem týmové práce je zvýšit produktivitu s pomocí dělby práce. Slouží k větší informovanosti a spolupráci.

Tým je definován jako malá skupina lidí, kde se jednotlivci navzájem doplňují, mají stejný cíl. Přispívá k překonání psychické zátěže. pomáhá zavedení tzv. týmové spolupráce.

Týmy lze dělit na efektivní a neefektivní. K budování týmu je zapotřebí komunikace, jednota poslání, ochota spolupracovat a odhodlání. Členové týmu se musí naučit přijímat reakce druhých konstruktivně.

Existuje několik podmínek úspěchu týmu, jsou to kolektivní dohoda, dodržování dohody, „pravidla hry“, ochota prosazovat cíle a pravidla, komunikace vyjadřující podporu, konstruktivní kritika, projevení důvěry, návrh nápravných opatření v případě problému, optimalizování každé situace, hledání kladných stránek, podpora ostatních členů týmu, zaměření na realizovatelné, dosažení souhlasu všech členů, důvěra, synergie, aktivní naslouchání, empatie, flexibilita, společné hledání řešení.²⁵

1.5.4.3 Role sestry

Povolání sestry prodělalo velké změny související s vývojem ošetrovatelství. Významné místo ve vývoji ošetrovatelství zaujímá Florence Nightingalová. Profese sestry se formovala nejprve v charitativních institucích, středověkých hospitálech. Od první poloviny 19. století se hospitaly začaly přetvářet na chudobince, špitály, starobince a sirotčince. Až v druhé polovině 19. století se do nemocnic přesouvají lékařské činnosti. Je kladen důraz více na technickou stránku, na výkony, než na péči o člověka, jako bio-psycho- sociální bytost. Postupem doby vznikaly a vznikají různé sesterské specializace.

V nemocnici existují tři funkční oblasti: medicínská, ošetrovatelská a administrativní

²⁴ ROZSYPALOVÁ M., ŠAFRÁNKOVÁ A., *Ošetrovatelství I pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002.

²⁵ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

Nová koncepce vzdělávání sester podle zákona č.96/2004 Sb. je v souladu se strategií EU a zohledňuje celosvětový trend.

Vztah mezi sestrami a lékaři je jeden z významných aspektů celkové atmosféry na oddělení. U sester se může po určité době objevit tzv. syndrom vyhoření.²⁶

1.5.4.4 Koncepce ošetřovatelství

Koncepce a cíle oboru ošetřovatelství jsou popsány ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR vydaného v září 2004 (viz příloha č.1). Před vstupem České republiky do EU byl vydán zákon č. 96/ 2004 Sb. Tento zákon upravuje získávání kvalifikace, celoživotní vzdělávání, uznávání kvalifikace a registraci nelékařských povolání. Zákon je doplněn prováděcími vyhláškami.

Ošetřovatelství má své nezastupitelné místo v systému péče o zdraví člověka. Ošetřovatelství má své místo nejen v nemocnicích, ale i v ambulancích. Má své charakteristické rysy. Tato činnost vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu kvality ošetřovatelské péče.

Koncepce klade důraz na samostatnější práci ošetřovatelského personálu. Předpokládá zajištění kvalitní ošetřovatelské péče prostřednictvím standardů, které stanovují kritéria hodnocení. Vychází ze systému registrace zdravotnických pracovníků.

Definice obsahuje popis ošetřovatelství jako vědní disciplíny. Obsahuje i náplň poskytování ošetřovatelské péče.

Další část obsahuje výčet cílů ošetřovatelství a hlavní charakteristické rysy ošetřovatelství.

Ošetřovatelskou péči podle této koncepce poskytují zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu a zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením.

Další oddíl se detailně zabývá vzděláváním zdravotnických pracovníků obou výše uvedených kategorií. Pojednává o kvalifikačním i celoživotním vzděláváním.

Kapitola pojednává o hlavní pracovní metodě ošetřovatelského personálu – ošetřovatelském procesu. Práce sester je organizována jako systém skupinové péče nebo jako systém primárních sester. U každého pacienta je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je ošetřovatelská dokumentace.

²⁶ KŘIVOHLAVÝ J., *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002.

Kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem současného ošetrovatelství. Kvalitu ošetrovatelské péče určují ošetrovatelské standardy. Standardy mohou být vydávány jako právní předpisy (zákony, vyhlášky), metodická opatření MZ zveřejněná ve Věstníku MZ, nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením, profesní organizací atd.

Závěrečná část pojednává o komunitním ošetrovatelství, které je zaměřeno na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví.²⁷

1.5.4.5 Ošetrovatelská dokumentace

Dokumentace ošetrovatelská (sesterská) je definována jako: „samostatný záznam sester o nemocném, jeho pozorování, potřebách, plánu provedení a efektu ošetrovatelské péče. Základní část tvoří záznam o nemocném (zachycující ošetrovatelskou anamnézu a popis současného stavu) a plán ošetrovatelské péče. Dokumentaci mohou doplňovat další záznamy, např. překladová zpráva, hodnocení soběstačnosti, bolesti, rizika komplikací atd.“²⁸

Ve zdravotnických zařízeních se k zápisu ošetrovatelských intervencí, hodnocení a reakcí pacienta používá jeden nebo více systémů dokumentace. Může být v papírové podobě nebo elektronické. Zdravotnická zařízení mohou používat tradiční popisné zapisování nebo alternativní systém, např. dokumentace orientovaná na problém (POMR), systém problém-intervence-hodnocení (PIE), fokus, zaznamenávání podle výjimek, FACT, DAR a systémy zaměřené na výsledky.

Počítačová dokumentace

Počítačové ošetrovatelské informační systémy (NIS) mohou zvýšit účinnost a přesnost dokumentace. Současné NIS umožňují nejen sběr, přenos a uspořádání informací, ale také mohou navrhnout ošetrovatelské diagnózy. Umí nabídnout také standardizovaný popis stavu pacienta a ošetrovatelské intervence. Mohou být i interaktivní a nabídnout vám otázky a návrhy týkající se informací, které zadáte.

V současné době jsou používány např. program Nursing Minimum Data Set (NMDS), systém klasifikace ošetrovatelských cílů Nursing outcomes classification (NOC).²⁹

²⁷ POCHYLÁ K., *České ošetrovatelství 1 – Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. 2.* přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005

²⁸ Kolektiv autorů, *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z.* 1.vydání. Praha: Grada, 2002. s. 33

²⁹ kolektiv autorů, *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z.* 1.vydání. Praha: Grada, 2002.

1.5.4.6 Ošetrovatelská informatika

Ošetrovatelská informatika je součástí zdravotnické informatiky. Jde o využití informačních technologií, počítačových sítí.

Ošetrovatelskou informatiku lze užít k vytvoření rozpisu služeb, sebevzdělávání sester, profesionálnímu růstu, klinickému výzkumu na oddělení. Cílem je efektivnější a kvalitnější ošetrovatelství.

Existuje základních pět technologií. Jsou to technologie podporující a usnadňující rozhodnutí začínajícím, ale i zkušeným sestřím. Síťové technologie, umožňují snadný přístup do nemocničních informačních systémů. Ošetrovatelské informační technologie obsahují např. sesterské záznamy o pacientech, elektronický chorobopis a administrativní data. Do skupiny znalostní ošetrovatelské technologie řadíme virtuální knihovny, ošetrovatelské servery, ošetrovatelské databáze atd.³⁰

1.6 Kvalita ošetrovatelské péče

Pojetí kvality ošetrovatelské péče je odlišné od řízení systémů kvality ve výrobní sféře. Při monitorování je důležité určit indikátory – ukazatele kvality.

Kvalita ošetrovatelské péče je definována jako: „Shoda mezi poskytovanou ošetrovatelskou péčí a existujícími kritérii optimální péče (ošetrovatelskými standardy). Úroveň kvality lze měřit objektivními kritérii stanovenými v jednotlivých standardech.“³¹

Proces poskytování léčebné péče zahrnuje velké množství činností, na kterých se podílejí nejen lékaři, ale i další kategorie zdravotnických pracovníků. Významné místo zde patří zdravotním sestřím. Nedostatky v ošetrovatelské péči se nedají vykompenzovat zlepšenou úrovní diagnostiky či terapie.

Skupina kvality ošetrovatelské péče

„Malá, institucionalizovaná skupina pracovníků, kteří se pravidelně scházejí, aby samostatně propracovali problémy týkající se kvality ošetrovatelské péče v konkrétním zdravotnickém zařízení nebo na pracovišti. Diskutují se v ní nedostatky nebo problémy

³⁰ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

³¹ POCHYLÁ K., *České ošetrovatelství 1 – Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. s.34

týkající se práce sester a ošetrovatelské péče, které si členové skupiny sami vybírají. Skupina je kompetentní realizovat řešení a hodnotit výsledky navržených opatření.“³²

Stupně kvality ošetrovatelské péče

„Objektivní klasifikace kvality ošetrovatelské péče vyjádřená na stupnici od optimální do ohrožující (nebezpečné) ošetrovatelské péče. Nebezpečnou péčí se rozumí nekvalitní péče, která ohrožuje celkový stav pacienta“.³³

1.6.1 Faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče

Úroveň ošetrovatelské péče na jednotlivých odděleních nemocnice závisí na několika faktorech:

- na počtu zdravotních sester,
- na osobním profilu zdravotních sester a jejich pracovní motivaci,
- na odborné kvalifikaci zdravotních sester
- na úrovni organizace daného pracoviště,
- na úrovni řízení příslušného zdravotnického týmu,
- na úrovni mezilidských vztahů uvnitř zdravotnického týmu,
- na úrovni technických a technologických prostředků určených pro ošetrovatelskou péči.

1.6.2 Historie sledování kvality ošetrovatelské péče

Již v minulosti byla prováděna určitá šetření ohledně úrovně ošetrovatelské péče. Tento výzkum byl prováděn pracovníky Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně (dnes NCO a NZO).

Z výsledků šetření realizovaných v letech 1985-1989 vyplývala např. tato zjištění. Pacienti si převážně na ošetrovatelskou péči nestěžovali, nedostatky se snažili spíše omlouvat. Více než 56 % pacientů mělo negativní pocity v souvislosti s hospitalizací a personál na ně nereagoval. Pacienti udávali, že sestry ve volném čase kontakt s nimi

³² POCHYLÁ K., *České ošetrovatelství 1 – Koncepte českého ošetrovatelství. Základní terminologie. 2.* přepracované vydání. Brno: NCO NZO, 2005. s. 43

³³ POCHYLÁ K., *České ošetrovatelství 1 – Koncepte českého ošetrovatelství. Základní terminologie. 2.* přepracované vydání. Brno: NCO NZO, 2005. s. 44, 45

nevyhledávaly. Více jak 12 % pacientů trpělo bolestmi, ale personál nevěnoval velkou pozornost tlumení bolestí.

Ve třech nemocnicích ČR byl v letech 1994-1995 proveden průzkum názorů pacientů na úroveň poskytované péče. Z výsledků vyplynulo, že:

- 80 % až 95 % hospitalizovaných pacientů bylo zcela nebo převážně spokojených.
- Postoje pacientů byly nejvíce ovlivněny úrovní komunikace mezi nimi a ošetrovatelským personálem, lékaři byli hodnoceni lépe, než SZP.
- Celkovou kvalitu péče ohodnotilo 80 % pacientů jako výbornou, či velmi dobrou.
- Závažné je zjištění, že hodnocení pacientů na jednotlivých odděleních koreluje s poznatky o kvalitě péče posuzované jinými informačními zdroji.

Metody zjišťování postojů pacientů ke kvalitě zdravotní péče v nemocnicích

Názory pacientů na úroveň poskytované ošetrovatelské péče zjišťujeme kombinací metod kvalitativních a kvantitativních. Mezi nejčastěji používané metody patří dotazníky, přímé pozorování, poštovní a telefonické ankety, průzkumy mezi určitými cílovými osobami, rozbor kritických událostí – stížností, rozbor dopisů adresovaných vedení nemocnice.

Pokud se názory na kvalitu péče zjišťují dotazníkem, může dojít ke zkreslení. Dotazník může být předán při přijetí, při propouštění či je zaslán poštou po určité době po propuštění.

Dotazníky používané v jednotlivých nemocnicích se obsahově podobají, obsahují otázky týkající se chování lékařů a zdravotních sester, úrovně komunikace mezi personálem a pacientem, hodnocení nemocničního prostředí, stravování, léčebného režimu, hygienických podmínek, subjektivního přínosu léčby, atp.³⁴

1.6.3 Řízení kvality ošetrovatelské péče

Zajišťování kvality ošetrovatelské péče je definováno jako: „Systematické zlepšování kvality ošetrovatelské péče pomocí lepší organizace práce sester, vybavenosti

³⁴ GLADKIJ I., HEGER L., STRNAD L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999

pracovišť a vzdělávání personálu. Součástí je sledování, záznam, měření a kontrola poskytované péče“.³⁵

Se systematickým řízením kvality ošetrovatelské péče ve FN v Hradci Králové bylo započato již v roce 1992.

„Řízení kvality péče je postaven na několika hlavních pilířích:

- na zajišťování dostatečného počtu SZP a ostatního personálu podílejícího se na ošetrovatelských činnostech,
- na soustavném monitorování úrovně ošetrovatelské péče na jednotlivých klinikách,
- na soustavném zvyšování znalostí a dovedností SZP a ostatního ošetrovatelského personálu,
- na opatřeních směřujících k stabilizaci pracovních týmů klinik a čelících nežádoucí fluktuaci ošetrovatelského personálu,
- na vybudování takového informačního systému, který bude umožňovat optimalizaci umístění SZP na jednotlivé kliniky a ošetrovací jednotky FN.“³⁶

1.6.4 Měření kvality ošetrovatelské péče pomocí indikátorů

V této podkapitole se zaměřím na objasnění pojmu Kvalitu ošetrovatelské péče je možné měřit pomocí ukazatelů, které lze dělit do skupin a musí splňovat určité požadavky.

„Abychom mohli něco zlepšit, musíme to změnit. Abychom mohli něco změnit, musíme tomu rozumět. Abychom mohli něčemu rozumět, musíme to měřit.“ W. Edwards Deming³⁷(str. 100)

Zdrojem získání informací jsou pacienti, interní a externí zákazníci, externí odborníci, výstupy z auditů a hodnoty indikátorů kvality.

Zdravotnictví používá celou sérii indikátorů, které mohou být nazvány měřitelnými kritérii.

Používání indikátorů kvality není byrokratickou zátěží. Nabízejí nám možnost monitorování výkonu. Lze lehce porovnávat výsledky s minulým obdobím, s jiným

³⁵ POCHYLÁ K., *České ošetrovatelství 1 – Koncepte českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. přepracované vydání. Brno: NZO NCO, 2005 s. 46

³⁶ GLADKIJ I., HEGER L., STRNAD L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s. 124

³⁷ PEŠEK J., *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003.

zdravotnickým zařízením. Sledování indikátorů kvality je součástí všech programů zabývajících se kvalitou.

Indikátory

Rozeznávají se kritéria strukturální, procesuální a výsledková. Musí být objektivní, validní a konsistentní při opakovaném měření. Indikátory nejsou totéž co standardy péče.

Odborná literatura dělí indikátory na dva typy: indikátor četnosti a strážní indikátor. V případě indikátoru četnosti se jedná o počet specifikovaných událostí vyjádřené jako relativní čísla. Číselník představuje počet událostí a jmenovatel je počet pacientů, u nichž by se daná událost mohla vyskytnout.³⁸

Desetistupňový model pro monitorování a vyhodnocování dle JCAHO

„Tento model byl vyprojektován specificky pro nemocnice a jde o prostředek doporučený JCAHO pro vyhodnocování a zlepšování kvality péče a služeb v nemocnicích.

- krok: delegovat pravomoci

Vrcholoví vedoucí pracovníci nemocnice, klinických i manažerských oddělení by měli všichni přijmout odpovědnost za kontrolu a řízení kvality.

- krok: popsat pole působnosti péče a služeb

Přehlédnout všechny oblasti služeb a určit prioritní oblasti pro řízení kvality.

- krok: určit důležitá hlediska péče a služeb

Jakmile jednou byly stanoveny prioritní oblasti, je třeba určit všechna hlediska péče v těchto prioritních oblastech. Vybrat nejdůležitější hlediska péče.

- krok: určit indikátory

Určení indikátorů je zásadním krokem tohoto modelu. Ačkoli indikátory nejsou přímými měřeními kvality, je jejich určení zásadní pro měření a monitorování kvality. Bylo již řečeno, že podle Longo je „indikátor odborně určená, klinicky validní a opakovatelná měřitelná dimenze péče“.

- krok: vyhodnocování založené na indikátorech

Pro každý indikátor je třeba určit, v kterém bodě by mělo být provedeno plné vyhodnocení (tj. stanovit prahy).

- krok: sběr a organizace údajů

Měl by být vytvořen plán sběru údajů pro každý indikátor. Tento plán by měl obsahovat: kdo bude sbírat údaje, jaké prameny mají být ke sběru údajů použity,

³⁸ GLADKIJ I., HEGER L., STRNAD L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999.

kdy mají být údaje sbírány, zda výběrový vzorek postihne náležité informace, jaká má být četost a jaký způsob sběru údajů.

- krok: započít s vyhodnocováním při dosažení prahu
Promyšleně kontrolovat údaje a určit, zda údaje vystihují problémy nebo oblasti, kde se jeví možnost zlepšit péči.
- krok: dát se do činností ke zlepšení péče a služeb
Na základě vyhodnocení by měl být vytvořen plán činností ke zlepšení péče.
- krok: zhodnotit účinnost činností a zajistit, že zlepšení bude udrženo
Poté co byly plánované činnosti realizovány, vyhodnotit, zda ústily ve skutečné výsledky, tj. ve zlepšení. Jestliže ano, určit plán dalšího pokračování. Jestliže nikoli, revidovat plán.
- krok: sdělit výsledky relevantním osobám a skupinám
Informovat o vykonaných činnostech a výsledcích pracovníky a vedoucí pracovníky.³⁹

1.6.5 Požadavky na vlastnosti indikátorů

Indikátory musí být smysluplné. Mohou být zaměřené na pozitivní i negativní jevy. Mohou být namířeny na lékaře, sestru, proces, systém nebo klinickou událost.

Výsledek musí být možno vsadit do číselných souvislostí, je to vždy číslo. Indikátor bez kontextu je pouze statistickým údajem.

Při výběru indikátorů musíme brát v úvahu jejich důležitost, validitu, senzitivitu a profesionální respekt. Data musí být důležitá pro konkrétní oddělení. Musí měřit to, o čem mají vypovídat. Má být citlivý ke změnám ve výkonu, ze kterého se data získávají. Změny musí být ovlivněny kvalitou poskytované péče a ne jinými faktory. Je vhodné využít i indikátory navržené profesionální organizací, nebo ty, které jsou všeobecně využívány ve zdravotnickém zařízení.

Indikátory kvality se mohou týkat struktury, procesů nebo výstupů. Další dělení indikátorů je na poměrové a strážní (sentinelové). Konkrétnější indikátory si musí vytvořit zařízení, nebo přímo oddělení samo s přihlédnutím ke specifikům pracoviště. Zkušená sestra, která je znalá prostředí, standardů péče a směrnic bude schopna stanovit další

³⁹ GLADKIJ I., HEGER L., STRNAD L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s. 107 až 108

možné indikátory. Na lůžkovém oddělení se mohou používat další indikátory, např. počet pacientů nesprávně připravených na vyšetření, procento podání léků se zpožděním, počet dekubitů, počet nespokojených pacientů, procento normálních porodů...

Indikátory struktury

Indikátory struktury jsou např. kvalifikace lékařů i sester, počet zaměstnanců, technické vybavení pracoviště, prostorové požadavky na péči, protipožární vybavení.

Indikátory procesů

Základ indikátorů procesů tvoří měření jeho efektivity nebo správnosti. Je to např. měření čekací doby na příjmu, procento nozokomiálních nákaz, úroveň zdravotnické dokumentace v porovnání s akreditačními standardy, úroveň ošetrovatelské péče v porovnání s ošetrovatelskými standardy.

Indikátory výstupů

Do skupiny indikátorů výstupů se řadí: náklady na lůžkoden, přesné stanovení hlavní diagnózy, stupeň mobility při propuštění v porovnání s příjmem.

Poměrové indikátory

Poměrové indikátory neboli indikátory vztahu/poměru jsou založeny na sběru dat a na sdružení dat o jevech s určitou periodou výskytu.

Výsledky jsou vyjádřeny jako poměry, průměry. Údaj musí obsahovat čísel i jmenovatel. Výsledek je porovnán s údajem za uplynulé období, s údaji za stejné období předchozího roku. Příkladem je indikátor: celkový počet odpracovaných hodin ošetrovatelského personálu na jeden lůžkoden (viz dále).

Sentinelové indikátory

Strážní indikátory se převážně vztahují k mimořádným událostem (např. nežádoucí reakce na léky). Je vyjádřený absolutním číslem. Tyto indikátory mají označit ty jevy, které je nutné okamžitě vyšetřit a analyzovat příčinu. Jde o jevy, které jsou nežádoucí, ojedinělé. Většinou jsou používány v managementu rizik.

Pokud nemá zařízení stanoven svůj procentuální standard, musí si ho vytvořit oddělení samo. Je stanoven minimální přijatelný výsledek, pod/nad který nesmí oddělení klesnout/stoupnout. Jinak je třeba zahájit kontrolní řízení.

Kategorizace indikátorů podle priority

- Priorita – indikátory rizik

Jsou důležité, musí být vyhodnoceny co nejdříve. Jedná se o smrt pacienta, pooperační infekci rány, kriminální příhodu...

- Priorita – klíčové indikátory

Vypovídají o práci na oddělení, jsou vždy důležité. Měly by být sledovány pravidelně každý měsíc. Jde o počet stížností, délku pobytu pacienta, nemocnost personálu atd.

- Priorita – popisné indikátory

Jsou užitečné, ale ne tak důležité. Jen pokud se jejich údaje mění, mohou se stát i klíčovým indikátorem.⁴⁰

Generické indikátory kvality

Pomocí nich lze porovnávat kvalitu mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

Odborná literatura uvádí následujících deset generických/globálních indikátorů kvality:

- nozokomiální infekce,
- infekce operačních ran,
- mortalita hospitalizovaných pacientů,
- mortalita novorozenců,
- perioperativní mortalita,
- císařské řezy,
- neplánované znovupřijetí pacienta,
- neplánované přijetí pacienta po ambulantním chirurgickém zákroku,
- neplánovaný návrat na jednotku intenzivní péče,
- neplánovaný návrat na operační sál.⁴¹

1.7. Indikátory kvality ošetrovatelské péče použité v dotazníku

V rámci výzkumu byly využity ukazatelé kvality ošetrovatelské péče dělené do třech oddílů, na indikátory struktury, procesu a výstupu.

⁴⁰ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

⁴¹ GLADKIJ I., HEGER L., STRNAD L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. s. 105 - 106

1.7.1 Nozomomiální nákaza

Počet nozokomiálních infekcí

„Sleduje se specificky počet infekcí močového ústrojí, které vzniknou během prvních 72 hodin hospitalizace a jejichž vznik před hospitalizací lze vyloučit. Udává se v počtu na 1000 lůžkodnů.“⁴²

Škrála ve své knize cituje studii, která uvádí, že 3- 8 % hospitalizovaných pacientů je postiženo následky chyb a omylů zdravotníků. Jsou to např. nozokomiální infekce, medikační omyly atd.⁴³

Nemocniční neboli nozokomiální nákaza je nákaza vzniklá v nemocnici či v souvislosti s pobytem v nemocnici. Ve zdravotnických zařízeních se vyskytují rezistentní kmeny stafylokoků a streptokoků. Někdy je tento problém přehlížen, podceňován či dokonce opomenut.

Touto infekcí jsou ohroženy jak pacienti tak i zdravotnický personál. Pacienti oslabení nemocí jsou více ohroženi. Nejdůležitější prevencí je řádné dodržování hygienicko-epidemiologických opatření.

Nejčastějšími cestami přenosu nozokomiální infekce jsou: přenos trávicím ústrojím (infikované jídlo, znečištěné ruce), krví (kontaminovaná jehla), kůží (kontaminace otevřené rány) a dýchacím ústrojím (mnoho mikroorganismů se přenáší vzduchem).⁴⁴

Vznik některých nozokomiálních nákaz úzce souvisí s výkony prováděnými zdravotními sestrami.

Dělení a prevence vzniku

Respirační infekce se nejčastěji vyskytují na dětském a interním oddělení. Nazývají se též kapénkové infekce neboť přenos se děje vdechováním kapének znečištěného vzduchu. Preventivní opatření jsou tato:

- při nachlazení si má personál chránit ústa i nos ústenkou,
- nemocné je třeba nabádat k tomu, aby si při kašli a kýchnutí zakrývali nos i ústa.

Gastrointestinální infekce se přenáší špatně tepelně upravenou stravou, nebo infikovanou stravou během přípravy či podávání. Projevuje se průjmami a zvracením.

⁴² www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetrovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

⁴³ ŠKRLOVÍ P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

⁴⁴ ROZSYPALOVÁ M., ŠAFRÁNKOVÁ A., *Ošetrovatelství I pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vydání. Praha: Informatorium

Je nutné dodržovat tyto zásady:

- správná tepelně upravovat jídlo,
- používat vždy čisté nádoby a příbory,
- důsledně a důkladně provádět hygienu rukou,
- důkladně omývat čerstvé ovoce a zeleninu,
- při výskytu průjmového onemocnění pátrat po příčině, odebírat na vyšetření biologický materiál personálu i pacientů, provádět stěry v kuchyni.

Močové infekce mohou být přímo zaneseny do močových cest, nesterilními pomůckami při vyšetření, nebo při nedodržení zásad asepse při zavádění močové cévky. Tomu lze předcházet používáním jednorázových, sterilních pomůcek a dodržováním pracovních postupů.

Ranné infekce vznikají zanesením do rány. Ke kontaminaci může dojít při používání nesterilních pomůcek při převazech nebo kapénkovou infekcí zanesenou do rány zdravotníky. Vzniku ranných infekcí lze předejít používáním sterilních pomůcek a při nachlazení si při převazech chránit ústa i nos ústenkou.

Infekce hepatitis typu B může postihnout pacienty tak i zdravotnický personál. Přenos se děje přímým zanesením infekce do krve kontaminovanou jehlou nebo zanesením infekce do krve při drobném poranění kůže. Preventivní opatření jsou tato:

- při manipulaci s krví pacienta používat ochranné rukavice,
- používat sterilní pomůcky,
- dodržovat správný postup asepse,
- použité jehly odkládat do nádob k tomu určených.⁴⁵

Hygienické předpisy, prevence

Každá nemocnice má své hygienické předpisy, s kterými musí být řádně seznámeni všichni zaměstnanci. V nemocnicích je zřízena hygienicko-epidemiologická komise. Ta dohlíží na dodržování předpisů. Její práce spočívá také v evidenci všech případů infekčních epidemií. Sleduje zdravotní stav zaměstnanců, informuje je o případném nebezpečí a přijímá jejich stížnosti. Předpisy by měly být vyvěšeny na každém pracovišti.

⁴⁵ ROZSYPALOVÁ M., ŠAFRÁNKOVÁ A., *Ošetrovatelství I pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vydání. Praha: Informatorium,

V boji s nozokomiálními nákazami je prvotním opatřením účinná prevence. Nedostatečný nebo nesprávně prováděný úklid může riziko infekce ještě zvýšit. Pro správnou účinnost dezinfekčního prostředku je důležitá jeho koncentrace a doba po kterou působí.

Nejdůležitějším a nejúčinnějším prostředkem ochrany personálu i zamezení nozokomiálních nákaz je mytí rukou po každé manipulaci s kontaminovaným materiálem, po každém styku s pacientem a před jakýmkoli výkonem u pacientů.

Správné používání ochranných oděvů a jednorázových pomůcek hraje v omezení výskytu nozokomiálních nákaz a při ochraně zdravotnického personálu i pacientů významnou roli.

Některé pacienty musíme izolovat z důvodu zdroje nákazy. Všechno ošetrovatelský personál musí být seznámen se zásadami bariérového způsobu ošetřování. Infekční prádlo ukládá odděleně a do dvou pytlů viditelně označených.

Zejména při časové tísní nebo při nedostatku sester může docházet k porušování bezpečnostních předpisů.⁴⁶

1.7.1.1 Zásady prevence vzniku nozokomiálních nákaz

- „Při odběrech jakéhokoli biologického materiálu (krve, moči, stolice, zvratků, výtěrů atd.) si chránit ruce ochrannými rukavicemi a ústa ústenkou.
- Zbytky odebraného materiálu, z něhož byl oddělen vzorek (sekrety, stolice, zvratky), odstranit do plastových vaků, které se spalují. Veškeré nádoby, které se k odběru použily, řádně dezinfikovat a umýt.
- Před každým výkonem a po každém výkonu si umýt ruce důkladně kartáčkem a mýdlem, popř. si je vydezinfikovat.
- Pečlivě dezinfikovat, umýt a sterilizovat všechny pomůcky, které přijdou do styku s vnitřními orgány nemocného nebo s jeho cévním systémem.
- Jednorázové pomůcky (injekční stříkačky, jehly, cévky atd.) odstranit do obalů s pevnými stěnami, které se dají spálit. Denně je odstraňovat do sběrných kontejnerů.
- Použitý a znečištěný obvazový materiál odstranit ihned po ukončení převazů do obalů k tomu určených, uzavřít a odstranit do kontejnerů.

⁴⁶ Kolektiv autorů, Lemon I, *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. přel. J. Heřmanová, M. Staňková. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996.

- Při sebemenším nachlazení, při převazování a při asistenci u některých zákroků chránit nemocné před kapénkovou infekcí používáním ústenky.
- Dojde-li k drobnému poranění kůže, okamžitě zranění ošetřit. Hrozí-li zanesení částí biologického materiálu získaného od nemocného do oděrky, okamžitě to nahlásit lékaři.
- Prádlo, používané k pokrytí vyšetřovacího stolu nebo lehátka (např. při aplikaci klyzmatu), vyměnit po každém nemocném.
- Při zacházení s použitým prádlem si oblékat ochranné rukavice, plášť a ústenku. Nikdy prádlo neodhazovat na zem, ale do určených nádob nebo obalů.⁴⁷

1.7.2 Úrazy

Počet úrazů

„Eviduje se celkový počet pádů pacientů, které měly za následek zranění. Údaj je za 1000 lůžkodnů.“⁴⁸

Pády pacientů všech věkových kategorií jsou v nemocnicích jedním ze závažných problémů. Výzkumy říkají, že více než 1x za rok upadne nad 30 % osob starších 65 let. Obávanou komplikací jsou především zlomeniny. Jejich pravděpodobnost zvyšuje častá osteoporóza. Příčiny se u jednotlivých pacientů často kombinují a vzájemně zesilují. Rizikovější skupinou jsou pacienti nad 65 let. Hlavní příčiny pádů dělíme na vnitřní a vnější. Důležitá jsou preventivní opatření.

Vnitřní příčiny

„Příčiny vnitřní (vyvolané změnou zdravotního stavu)

- zhoršené nervové čítí (porucha „polohocitu“) s horší pohybovou kontrolou;
- aterosklerotické poruchy prokrvení částí mozku odpovědných za udržování rovnováhy;
- pokles krevního tlaku po postavení, jehož výskyt zvyšuje nedostatečný příjem tekutin, jejich nadměrný výdej (průjmy, zvracením, pocením) či dlouhodobý pobyt na lůžku;

⁴⁷ ROZSYPALOVÁ M., ŠAFRÁNKOVÁ A., *Ošetrovatelství I pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vydání. Praha: Informatorium, s. 74 až 75

⁴⁸ www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetrovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

- závažné poruchy srdečního rytmu (někdy se projeví závratí, jindy dokonce krátkodobým bezvědomím s pádem);
- poruchy krční páteře;
- ochrnutí (např. po cévní mozkové příhodě);
- Parkinsonova nemoc a parkinsonský syndrom;
- těžké formy artrózy kolen a kyčlí;
- úbytek svalové síly a poruchy svalů na dolních končetinách;
- poruchy zraku, včetně prostorového vnímání.

Vnější příčiny

Příčiny vnější (vyvolané vnějšími okolnostmi)

- léky snižující krevní tlak a tlumící mozkovou činnost (včetně léků na spaní);
- alkohol;
- nevhodná obuv;
- nebezpečné povrchy (malé koberečky, kluzký povrch – naleštěné linoleum, parkety, vana);
- překážky, které způsobují zakopnutí (prahy, přípojné kabely elektrospotřebičů);
- překážky a kalamity mimo byt (vysoké obrubníky, vysoké schůdky do dopravních prostředků, nerovné povrchy, výkopy, náledí).
- nepřiměřené činnosti;
- práce ve výškách (úklid, česání ovoce);
- stání v hromadných dopravních prostředcích (pády při prudkém brzdění);
- chůze po náledí;
- nepřiměřená aktivita v rámci stavů zmatenosti či těžších forem demence.⁴⁹

Preventivní opatření

Specifická prevence je záležitostí obvodních lékařů (diagnostika a léčba poruch srdečního rytmu, sledování hodnot krevního tlaku, vysazení nevhodných léků). Nespecifickou prevenci může zajistit střední zdravotnický personál, rodinní příslušníci či laická veřejnost. Jde o tato následující opatření.

⁴⁹ KALVACH Z., HOŠKOVÁ B., *Pády ve stáří – Cvičební program k jejich prevenci a zvládnutí*. 1. vydání. Praha: SZÚ, S. 1.až 2.

„K ovlivňování příčin pádů:

- péče o dostatečný příjem tekutin, předcházení dehydrataci;
- posazování, vysazování do křesla, postavování a procvičování chůze u seniorů přechodně upoutaných na lůžko, pokud to jejich stav jen trochu dovolí;
- posilování svalů na dolních končetinách;
- povzbuzování mechanismů udržujících rovnováhu (např. rytmická stabilizace);
- užívání bezpečné obuvi a péče o její správné nazutí a upevnění;
- bezbariérové úpravy bytů (např. odstranění prahů) i veřejných prostor;
- odstranění překážek a protiskluzová úprava podlah.

Ke snižování pravděpodobnosti pádů:

- Užívání kompenzačních pomůcek (holí, chodítek);
- Instalace madel (např. k vanám, WC apod.).

Ke snižování nepříznivých důsledků pádů:

- Ovlivňování stupně osteoporózy;
- Používání chráničů na kostní výstupek stehenní kosti, na něž při pádu především působí síly vedoucí k obávaným zlomeninám horní části této kosti;
- Usnadnění a nácvik vstávání po pádu;
- Užívání systémů nouzového volání umožňujících i nemocným, kteří po pádu zůstanou ležet, přivolání pomoci.“⁵⁰

1.7.3 Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí

Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí

„Nemocnice určí kritéria pokrývající klíčové oblasti ošetrovatelské péče. Dotazník se předkládá namátkově vybranému vzorku 20 pacientů 2 krát ročně.“⁵¹

⁵⁰ KALVACH Z., HOŠKOVÁ B., *Pády ve stáří – Cvičební program k jejich prevenci a zvládnutí*. 1.vydání. Praha: SZÚ, 1999. s. 2 až 3

⁵¹ www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetrovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

Na kvalitu ošetrovatelské péče se nelze dívat jen pohledem pacientů, uživatelů zdravotní péče. Na posuzování kvality péče se musí podílet všichni její účastníci. Validními kritérii pro hodnocení makrosystému z pohledu pacienta je prostorová a časová dostupnost a dostupnost odvozená od ceny zdravotních služeb.

Pacienti jsou schopni posoudit zejména : prostředí čekáren a ordinací; podmínky pro osobní hygienu ve zdravotnickém zařízení; včasnost zásahů v případě urgentních případů; způsob chování ošetřujícího personálu; úroveň komunikace; čekací dobu na ošetření; informování pacientů ošetřujícím personálem.⁵²

Měření spokojenosti pacientů

Průzkumy formou dotazníků nám přinášejí kvantitativní údaje od větší skupiny pacientů. Dotazník může být předán pacientovi během hospitalizace nebo před propuštěním. Informace získané během hospitalizace mohou být zkreslené, např. pacient pociťuje bolest, obavy, frustraci. Naopak po propuštění je pacient rád, že je již v domácím prostředí a na otázky odpovídá kladně. Vyhodnocování dotazníků je časově náročné. Výsledky jsou většinou pozitivní.

Cíleným rozhovorem jsou získávány informace od pečlivě vybraných pacientů 1 až 2 dny před propuštěním. Ideální by bylo, tyto rozhovory dělat s propuštěnými pacienty. To má však svá technická úskalí. Důležitý je výběr pacientů. Setkání má probíhat za příjemné, poklidné atmosféry. Informace takto získané jsou závislé na vlastnostech, znalostech a dovednostech moderátora. Moderátorem může být sestra, sociální pracovníce, psycholog.

Řízené rozhovory nám umožňují získat kvalitativní informace. Nevýhodou však je, že jen od malé skupiny pacientů.

Nejlepším řešením pro získávání informací od pacientů by bylo použití obou výše popsaných metod.⁵³

⁵² GLADKIJ I., HEGER L., STRNAD L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999.

⁵³ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

1.7.4 Spokojenost pacientů s kontrolou bolesti

Spokojenost pacientů s kontrolou bolesti

„Nemocnice si zvolí kritéria pokrývající specifické aspekty bolesti a její kontroly. Šetření se provádí 2 krát ročně. Respondenty jsou namátkově vybraní pacienti v počtu 20.“⁵⁴

Charakteristika bolesti

Bolest je častým subjektivním příznakem mnoha onemocnění a ovlivňuje celý lidský organizmus. Nemocný ji vnímá jako negativní, nepříjemný pocit. Odstraňování a zmírňování bolesti tvoří základní součást ošetrovatelského procesu. Velmi ovlivňuje lidskou psychiku.

Bolest lze popsat z různých hledisek, např. podle orgánu, z kterého vychází (zuby, srdce, klouby), nebo podle subjektivních pocitů nemocného (bolest ostrá, tupá, bodavá).

U bolesti je charakteristický její nástup a průběh v časovém období. V průběhu trvání bolesti se může její charakteristika i intenzita měnit, např. porodní bolesti.

Hodnocení bolesti

Pro hodnocení bolesti existuje několik metod. Hodnotí se individuální vnímání bolesti, její charakter a intenzita bolesti. Měřením bolesti se zabývá dolorimetrie. Hodnocení a měření bolesti je ukazatelem efektivity i vhodnosti léčby.

Bolest je pociťována, vnímána a prožívána individuálně. Citlivost k vnímání bolesti ovlivňuje vrozený typ nervové soustavy, předchozí zkušenosti, momentální psychický stav, pohlaví a věk, příslušnost k etnické skupině, nedostatek spánku, nepohodlí, ztráta pocitu jistoty zejména u dětí a denní doba.

Intenzita bolesti může být:

- „Slabá
- Střední
- Silnou
- Nesnesitelná“

Při hodnocení bolesti pacientem můžeme použít různé metody, verbální, neverbální a vizuální škály a dotazníky.

⁵⁴ www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetrovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

Na verbální škále se pocit bolesti vyjadřuje číslem na stupnici od 1 do 10, slovně od slabé po nesnesitelnou. Pomocí neverbálních škál se sledují neverbální projevy, zejména u dětí a starých pacientů. Jsou to projevy: paralingvistické (pláč, vzdechy, sykání), mimické (pitvoření obličeje, grimasy), pohyby končetin (ucuknutí, ustrnutí) a aktivity nervového systému (zrudnutí obličeje, bušení srdce, zvracení). Vizuální škály měří jen intenzitu bolesti. Na předem připravenou úsečku, nebo na měřítko s jezdcem, nemocný umístí ukazatel bolesti. Toto lze použít i u dětí a starých lidí. Pomocí dotazníků se hodnotí intenzita i charakter bolesti.⁵⁵

Bylo uskutečněno několik studií o tom, jak pacient zvládá bolest. Tyto studie ukazují, že vztah mezi tím, jak bolest hodnotí pacient a zdravotníci, je velice problematický. Na základě toho lze konstatovat, že lékaři a zdravotní sestry podceňují intenzitu bolesti pacienta.

Jednou z charakteristik bolesti je doba trvání. Rozlišuje se bolest akutní a chronická. Mnohdy bolest neprobíhá se stejnou intenzitou, proto se používají i záznamy časového průběhu bolesti.

Pro měření bolesti bylo vytvořeno několik metod, psychologických a fyziologických. Mezi fyziologické metody se řadí měření evokovaných potenciálů, měření svalového napětí. Mezi metody psychologické patří hodnocení chování pacienta, metody sebehodnocení. Pro sebehodnocení bolesti lze využít hodnotící škály, dotazník, standardizované psychologické testy.

Pro zhodnocení bolesti je důležité nalezení odpovědí na otázky: Kde to bolí? Jak moc to bolí? Kdy to bolí? Jak to bolí? Jak se dá bolest zmírnit?

Např. metoda VAS (Visual Analogouse Scale) patří k jednoduchým metodám hodnocení intenzity bolesti. Úkolem pacienta je na škále ukázat místo jeho bolesti. Škála je ohraničena dvěma body, nulová a největší bolest.⁵⁶

⁵⁵ STAŇKOVÁ M., *České ošetřovatelství 6 Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, Ediční řada – Praktické příručky pro sestry*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2000.

⁵⁶ KŘIVOHLAVÝ J., *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002.

1.7.5 Spokojenost pacientů s edukací

Spokojenost pacientů s edukací.

„Sleduje se spokojenost pacientů s poskytováním informací a s výukou ošetrovatelského personálu. Nemocnice si určí kritéria pokrývající oblast vzdělávání. Průzkum se provádí 2 krát ročně u 20 náhodně vybraných pacientů.“⁵⁷

Moderní aspekty výuky pacientů

Již Florence Nightingalová věděla, že nestačí pacientovi předat nové informace, ale naučit ho je využívat i domácím prostředí. Další průkopnicí edukací byla i Lillian Waldová, která zavedla výukové programy pro nastávající matky, invalidy a děti. S vývojem ošetrovatelství se měnil názor i na výuku pacientů. Setra zastává i roli edukátorky. Úkolem sestry je předat potřebné informace i doporučení co má pacient dělat po propuštění a proč.

V některých našich zařízeních není edukace pacientů samozřejmostí. Moderní výuka pacienta musí zahrnovat celou jeho osobnost (fyzickou, psychickou, duchovní a sociální oblast). Mezi hlavní cíle výuky pacientů patří: předání potřebných informací, podpora pacienta, pomoc při pochopení nemoci a pomoc při pochopení vlastní role v péči o sebe.

Výuka pacientů má být nedílnou součástí plánu péče o pacienta. Zahrnuje nejen pacienta, ale i rodinné příslušníky.

Sestra a pacient jsou si ve výukovém procesu partnery. Edukátorka musí mít určité vlastnosti, zejména odbornou znalost daného problému, empatii, komunikační dovednosti a schopnost vysvětlit a podpořit. Součástí výuky není jen předání informací, ale dodání naděje a snížení pocitu beznaděje.

Při edukaci dospělých pacientů se musíme řídit těmito zásadami:

Získávání vědomostí je aktivní proces. Výuka má určitý cíl a dospělí se jej snaží dosáhnout. Skupinová výuka podporuje atmosféru vzdělávání. Výuku, která je okamžitě použita v praxi, si pacient uchová v paměti déle. Výuka se musí utvrzovat - opakovat. Výuka nového materiálu je posilněna tehdy, když se staví na tom, co je již známo. Výuka je posilována tehdy, když je pacient přesvědčen o tom, že se jeho znalosti prohlubují.

⁵⁷ www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetrovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

Výuku si předem připravíme (osnovu, informační materiály a pomůcky). Před vlastní výukou dáme pacientovi materiály k prostudování. Je výhodnější provádět výuku ve skupinách pacientů se stejným problémem. Snažíme se vytvořit příjemné prostředí a klidnou atmosféru. Podporujeme aktivní účast pacientů. V závěru necháme prostor pro diskusi a shrnutí. Výuku může ovlivnit celá řada faktorů, např. pohlaví, věk, zaměstnání, vzdělání, motivace, hodnotový systém pacienta, schopnost číst a slyšet, soběstačnost.

Edukace pacientů s akutním nebo chronickým onemocněním má svá specifika.

O výuce pacienta je třeba provést záznam do zdravotní dokumentace. Jedním z nástrojů zkvalitňování výuky je použití hodnotícího dotazníku. Pacient zaznamenává své odpovědi na připravené škále.⁵⁸

1.7.6 Výskyt dekubitů

Výskyt dekubitů

„Udává se v poměru počet dekubitů na 1000 lůžkodnů. Započítávají se pouze dekubity vzniklé nejdříve 72 hodin po přijetí.“⁵⁹

Teorie vzniku, definice, příčiny

Kůže tvoří ochranný kryt těla, napomáhá udržovat stálou tělesnou teplotu organismu. Zároveň má i funkci vyměšovací.

Proleženina, neboli dekubitus je místní odumrtí tkáně, která postihuje kůži, podkožní tkáně a někdy až kost.

Nejčastějšími místy vzniku jsou ta místa, kde se blízko pod povrchem kůže nachází kostní výběžek a tato místa jsou po delší dobu vystavena působení tlaku. Tyto místa se označují jako predilekční.

Jednou z příčin vzniku dekubitů je útlak tkáně, ke kterému dochází při dlouhodobém pobytu na lůžku bez pohybu. Tkáň je nedostatečně vyživována a okysličována. Vznik dekubitu může urychlit i celkový zdravotní stav pacienta, zejména

⁵⁸ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

⁵⁹ www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetřovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

choroby srdce a cév, poruchy nervového systému. Ve většině případů můžeme vzniku proleženin předejít, preventivními opatřeními, výběrem správného typu lůžka i matrace.⁶⁰

Hodnocení rizika vzniku dekubitu

Při hodnocení rizika vzniku dekubitu lze využít několik metodik. „Podle hloubky postižení tkáně lze rozlišit dekubitů do stupňů I. až IV.“⁶¹ Odborná literatura jich uvádí celou řadu : Norton škála, Danielova klasifikace, posuzování dle Seilera, vývoj dekubitů dle Válka, stupnice dle Torrance (viz. dále) a Knollova stupnice náchylnosti k proleženinám, Waterlowova škála, Stupnice podle Bradenové.

Rozšířenou metodou je hodnocení dle Norton score (viz příloha č. 2). Hodnotí se celkem 9 rizikových faktorů: schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, přidružené onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivita, mobilita a inkontinence. Každá z těchto položek se hodnotí od 1 do 4 bodů. Body za jednotlivé položky se sečtou a podle výsledku zjistíme stupeň rizika. Jako rizikového označujeme pacienta, který na rozšířené stupnici Norton dosáhl 25 bodů. Nízké riziko je při výsledku 21- 25 bodů, střední 19-20 bodů, vysoké 15-18 bodů a velmi vysoké je při 9-14 bodech.

Danielova klasifikace dekubitů:

- I. zarudnutí kůže
- II. povrchní kožní vředy
- III. nekróza podkožního tuku
- IV. postižení všech hlubších struktur kromě kostí
- V. rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrace kostí nebo destrukce kloubů.

Seilerovo posuzování vzhledu proleženin:

- A čistá, granulující rána bez nekrotizace
- B rána špinavě povleklá se zbytky nekrotizace, okolí není infikováno
- C stadium B a infiltrace okolní rány, projevy celkové sepse

Stupnice dekubitů podle Torrance:

- 1A stádium blednoucí hyperémie
- 1B neblednoucí hyperémie
- 2 vředový defekt kůže

⁶⁰ ROZSYPALOVÁ M., ŠAFRÁNKOVÁ A., *Ošetřovatelství I pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002

⁶¹ TRACHTOVÁ E. a kolektiv autorů, *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001.

- 3 vřed zasahuje podkožní tukovou vrstvu
- 4 infekční nekróza proniká do spodiny fascie.

Vývoj dekubitů podle Válka:

- 1 reverzibilní změny
- 2 nekróza podkoží a tuku
- 3 nekróza kůže s demarkačním zánětlivým lemem
- 4 tvorba různě hlubokých, rozsáhlých a infikovaných dekubitů.⁶²

Autoregrese

Některá nemocniční lůžka jsou vybavena funkcí autoregrese. Autoregrese má preventivní, antidekubitní efekt. Jedná se o funkci, která snižuje působení tlaku mezi matrací a tkání. Principem je zajištění plynulého zvětšování prostoru v pánevní oblasti při polohování pacienta do sedu. Tento prostor se může zvětšit o 10 až 18 cm dle typu lůžka.

Základní rozdělení antidekubitních matrací, jak uvádí sám výrobce, je na pasivní matrace a aktivní antidekubitní systémy. Pasivní matrace jsou vyvíjeny na základě studií. Jedná se o měření tlaků pomocí přístroje X-Sensor. Přístroj zaznamenává tlaky na jednotlivé části těla. Optimální antidekubitní matrace by měla dosahovat hodnot tlaku na riziková místa pod 32 mmHg. Toto je hodnota, kdy dochází k uzavěru drobných kapilár ve tkáních. Běžně používané, standardní matrace dosahují hodnot až 150 mmHg. Matrace jsou určeny pro různé váhové kategorie a pro různé skupiny pacientů (výše rizika vzniku dekubitu, vyskytující se určitý stupeň dekubitu).

Pro usnadnění výběru správného typu matrace lze využít počítačový program. Tento jednoduchý program je možno nalézt na internetových stránkách výrobce (viz příloha č. 2). Tento program pracuje s hodnocením rizika vzniku dekubitu dle Norton score.⁶³

1.7.7 Spokojenost sester

Spokojenost sester

„Nemocnice si sama stanoví specifické ukazatele, které umožní vyhodnocení postojů sester ke specifickým aspektům jejich práce a pracovního prostředí“.⁶⁴

⁶² TRACHTOVÁ E. a kolektiv autorů, *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001.

⁶³ www.linnet.cz: Sestav si: Vyhledávání vhodné matrace [24.4 2006]

⁶⁴ www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetrovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

Nezdravá organizační kultura může negativně ovlivnit produktivitu i kvalitu práce. Pro hodnocení zaměstnanci lze použít formulář.

1.7.8 Mix sester a ošetrovatelského personálu

Mix sester a o pomocného ošetrovatelského personálu

„Tento indikátor se týká akutních zdravotnických zařízení a personálu, který má odpovědnost za poskytování přímé péče pacientům.“⁶⁵

Ke zvýšení produktivity práce ošetrovatelského personálu může přispět i sledování a mapování mixu personálu a pacientů na oddělení. Pacienti se rozdělí do klasifikačních tříd, podle předem daných kritérií. Poté se spočítají personální požadavky daného oddělení. Neboť náklady na ošetrovatelský personál představují v rozpočtu nemocnice jednu z nejvyšších položek.⁶⁶

1.7.9 Celkový počet ošetrovatelských hodin

Celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden

„Počítají se hodiny ošetrovatelského personálu poskytující přímou péči pacientům.“⁶⁷

V ošetrovatelství se používají dva systémy vyhodnocování produktivity. Tyto systémy slouží k optimalizaci personálního obsazení oddělení (počet personálu, mix personálu). Existují počítačové programy, které usnadňují výpočet.

Sestra manažerka se musí zajímat o kvalitu, způsob a efektivitu poskytování ošetrovatelské péče. V ošetrovatelství lze produktivitu pojímat jako míru využití lidských zdrojů při poskytování péče o nemocné nebo míru efektivnosti, s jakou je využita sestra při poskytování ošetrovatelské péče.⁶⁸

Měření produktivity

Měření produktivity v ošetrovatelství není jednoduché. Každé oddělení má svá specifika: vybavení, organizační kultura, mix ošetrovatelského personálu, motivace personálu atd. Vzorec pro výpočet produktivity (P) je následující, výstup (služba) dělíme vstupem (odpracované hodiny, finanční náklady).

⁶⁵ www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetrovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

⁶⁶ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

⁶⁷ www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetrovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

⁶⁸ www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetrovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

Standardem produktivity v ošetrovatelství je tzv. HPPD. HPPD je standardní počet ošetrovatelských hodin na jeden lůžkoden, je specifický pro jednotlivá oddělení. HPPD lze zjistit v literatuře, v jiné nemocnici nebo je určen managementem.

Hrubý ukazatel trendu produktivity, za dané časové období, lze získat bez použití počítačového programu. Můžeme vypočítat počet odpracovaných hodin sestrami na jeden lůžkoden za posledních 12 měsíců. Tento údaj však nelze srovnávat s údaji jiných zařízení.

Byly provedeny studie, které dokazují, že produktivita na odděleních se zvýšila např. při eliminaci nedůležitých nebo duplicitních činností, delegování práce, zlepšení kontroly, zlepšení pracovní morálky, řízení rozvoje zaměstnance, využití počítačové techniky...⁶⁹

1.7.10 Management mimořádných událostí

Management mimořádných událostí je nedílnou součástí programu KZK. V oblasti řízené péče je součástí managementu rizik. Tento problém je velice aktuální a týká se všech zdravotnických zařízení. Zajištění bezpečné péče bezpečného prostředí by mělo být prioritou pro všechna zařízení. Je třeba zajistit rychlé nahlášení mimořádné události, efektivní šetření a správné vyhodnocení.

„Událost je stav, kdy došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury nebo kdy lékařská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů péče a následkem toho došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku, se nazývá mimořádná událost.“⁷⁰

První skupinu tvoří incident/mimořádná událost. „Incident je život neohrožující událost, která se může týkat pacientů, návštěv nebo zaměstnanců a která se neslučuje s rutinní praxí nebo s předpisy zdravotnického zařízení. V tomto kontextu může být incident zapříčiněn nehodou nebo okolnostmi, které mají za následek zranění, poškození majetku nebo ohrožení pověsti zdravotnického zařízení. Může také být zapříčiněna pacientem, přímo nebo nepřímo zaměstnancem nebo jinou osobou.“⁷¹ Do tohoto souboru se řadí i nedodržení směrnic a předpisů zdravotnického zařízení.

⁶⁹ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

⁷⁰ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003. s. 134

⁷¹ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003. s. 134

Druhou skupinu tvoří závažný incident/mimořádná událost. „Závažný incident je kritická událost, která se týká pacienta, návštěvníka nebo zaměstnance a která se neslučuje s rutinní praxí a předpisy zdravotnického zařízení. Může být způsobena nehodou nebo okolnostmi, jež mají za následek vážnou újmu na zdraví nebo i smrt postižené osoby.“⁷² Závažný incident si mnohdy vyžádá kriminální vyšetřování a může skončit i soudním řízením.

Mezi incidenty/mimořádné události se zahrnují např. medikační pochybení, pády, neopatrné chování zaměstnanců nebo pacientů atd.

Existuje klasifikační stupnice mimořádných událostí. Hodnotí se závažnost vzhledem k následkům. Tato událost se zaznamenává do specifického formuláře. Je dána metodologie, jak postupovat při mimořádné události. Incident je nahlášen staniční popř. vrchní sestře, která rozhodne o potřebě informovat další osoby (primář oddělení, rodina pacienta, manažer mimořádných událostí, právní oddělení, event. policie).

Formulář musí obsahovat řadu údajů. Dokument o mimořádné události není součástí chorobopisu. Originál má uložen vrchní sestra a kopie je u manažera mimořádných událostí. V případě poškození pacienta se veškeré informace týkající se opatření, šetření a konverzace s rodinou zaznamenávají do chorobopisu. Musí proběhnout řádné vyšetření události a projednání ve výboru mimořádných událostí. Výbor se schází jednou za měsíc. Pokud je třeba, událost se projedná ihned.

Postupy řešení mimořádných událostí se v jednotlivých zařízeních liší.⁷³

1.8 Nástroje a techniky řízení kvality

1.8.1 Program kontinuálního zvyšování kvality

Kvalita závisí také na hodnotách, chování a postojích zaměstnanců. Nástroje používané v programu KZK (kontinuální zvyšování kvality) se nazývají jako „skupinové nástroje řešení problémů“. Mezi tyto nástroje přísluší např.: Paterova analýza, Ishikawův diagram, histogram, graf trendů, benchmarking (viz dále), cílené rozhovory nebo specifické nástroje kvality.

Specifické nástroje kvality pro zabezpečení klinické praxe představují mapy péče (viz dále) a klinické návody/postupy.

⁷² ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003. s. 145

⁷³ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

Program KZK je zaměřen na kontinuální zlepšování kvality. Literatura nabízí mnoho alternativ. Program používá kvantitativní kritéria pro sledování zlepšení. Zdařilé zavedení vyžaduje angažovanost a nadšení zaměstnanců. Na jeho implementaci je třeba zaměstnance připravit. Seznámit je se změnami, které program pro oddělení přinese, proškolit je z pojetí programu KZK. Pro tento program je klíčové správné pochopení pojmu klient/zákazník. A uvědomění si jejich požadavků a potřeb. Ve zdravotnickém zařízení se vyskytují klienti/zákazníci interní a externí.

Interními zákazníky jsou pacienti, vedoucí oddělení, spolupracovníci, zaměstnanci jiných oddělení nemocnice. Pacient očekává od zdravotnického personálu profesionální chování, lidský přístup, empatii, ochotu vyslechnout a komunikovat, odpovědi na své dotazy, respektování soukromí. Zaměstnanci jiných oddělení očekávají flexibilitu, ochotnost, důslednost, efektivní služby, vyloučení chyb.

Externími zákazníky jsou např. studenti zdravotnických škol, vládní orgány, dodavatelé a pacienti v ambulancích.

Kvalita je velice souhrnný pojem. Lze si jí představit, jako diamant s jedenácti vybroušenými plochami. Tyto plochy můžeme označit jako dimenze kvality: bezpečnost, kompetence, přijatelnost, efektivnost, vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, kontinuita, včasnost, přiměřenost a úcta a vnímavost.

Jednotlivá zařízení mají svá specifika v projevech, potřebách a organizační kultuře. V každém zdravotnickém zařízení existují zaměstnanci, kteří proces změn brzdí. Zastávají názory typu: „My to už děláme a děláme to dobře! Nemám čas! Program KZK mě nebaví...“ Někteří zaměstnanci jsou negativně motivováni, stále slýchají příkazy o snižování výdajů, zvyšování produktivity a kvality, dodržování standardů. Nedostatek komunikace je také překážkou úspěšnosti programu.

Zkvalitnění lékařské i ošetrovatelské péče bude záležet na zdravotnících, na jejich postojích a ochotě budovat programy zvyšování kvality.

1.8.2 Mapy péče v ošetrovatelské praxi

Mapy péče jsou jedním z nástrojů řízené péče. Pomáhají sestřám konat svoji práci kvalitněji, efektivněji, rychleji a levněji. Jsou jedním z prostředků ke zvyšování kvality zdravotní péče. Ošetrovatelské intervence, procesy jsou rozvrženy v čase, který odpovídá délce hospitalizace u průměrného pacienta. Mapy péče vedou ke snížení variability

v léčebné i ošetrovatelské péči. Obsah map péče (intervence, očekávané výsledky) je předem určen a lze jej předvídat.

Synonymum map péče jsou například standardizované plány péče. Mapy péče jsou vypracovány pro specifické diagnózy, chirurgické zákroky nebo problematiku. Jsou vypracovány jen pro většinu případů mohou se vyskytnout odchylky od tohoto plánu péče. Odchylku mohou způsobit přidružené choroby pacienta nebo psychosociální vlivy. Mapa péče umožňuje určit i potřebné finanční náklady na každý den hospitalizace.

Mapy péče (Care maps) byly vytvořeny v roce 1989 v Bostonu. Od roku 1995 byly rozšířeny do větších nemocnic v USA i v Kanadě. Dnes se běžně používají ve většině zemí světa.

Nejprve si oddělení vypracuje mapy péče pro případy často se vyskytující nebo pro případy s vysokými náklady. Po zvolení případu vypracují pracovníci návrh mapy péče, který je ověřen v pilotním projektu. Zohledňují se nejen aspekty kvality, ale i ekonomické ukazatele.

1.8.3 Audit ošetrovatelský

Obecný popis

Audit dle slovníku znamená důkladné vyhodnocení nebo průzkum. Zdravotnické audity tvoří nedílnou součást měření a hodnocení kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Představují jeden z neefektivnějších nástrojů kontinuálního zvyšování kvality.

Audity analyzují úspěch a poukazují na něj. Porovnávají předem stanovené cíle se skutečnými. Hledají shodu a neshodu. Během auditů se používají vybrané parametry nebo kritéria pro hodnocení kvality. Kvalita je dána platnými zákony, příkazy ředitele, směrnicemi a přijatými standardy. Dělí se na interní a externí.⁷⁴

Ošetrovatelský audit

Definice auditu ošetrovatelské péče je praví , že:
„Systematický způsob zhodnocení ošetrovatelské péče a diskuse o kvalitě poskytované péče s ohledem na její účinnost, etickou přiměřenost a finanční efektivitu.
Průběžné hodnocení hodnotí probíhající péči. Zpětné hodnocení hodnotí již poskytnutou péči a to na základě studia ošetrovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů.“⁷⁵

⁷⁴ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

⁷⁵POCHYLÁ K., *České ošetrovatelství 1 – Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. přepracované vydání. Brno: NCO NZO, 2005. s. 31

Ošetrovatelský audit je systematické vyhodnocování ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Jde o nalezení „slabých míst“ v systému a ne o hledání chyb sester při výkonu. Ochota oddělení, reagovat na zjištěné nedostatky auditem, je důležitou podmínkou úspěchu auditu.

Ošetrovatelský audit se musí řídit základními pravidly. Předmět auditu je předem oznámen, audit je veden týmově manažerkou programu KZK. Porovnává ošetrovatelskou praxi s platnými standardy a rozsah využívání všech dostupných zdrojů. Na opatření k nápravě pracuje tým sester z auditovaného oddělení. Výsledky jsou předány jen tomuto oddělení. Kopie formuláře o výsledku auditu je předána manažerce programu KZK a hlavní sestře.

Existují čtyři typy ošetrovatelských auditů. 1. Retrospektivní revize ošetrovatelských záznamů, chorobopisů propuštěných pacientů. 2. Audit implementace přijatých ošetrovatelských (akreditačních) standardů, který kontroluje jejich dodržování v praxi. 3. Algoritmový audit, kdy se provádí vyhodnocení strategie péče z pohledu dohodnutých procesů. 4. Audit výsledků péče, který ověřuje praktický dopad výsledků poskytnuté ošetrovatelské péče.

Účelem ošetrovatelského auditu je mimo jiné i odůvodnění nákladů (na personál, na materiál), sledování efektivity péče a podpora kritického myšlení u sester.

Postup auditu

Zvolíme členy auditorského týmu a vyškolíme je. Určíme měřitelný a důležitý předmět auditu. Shromáždíme, zanalyzujeme data. Sepíšeme výsledky a doporučení ke změně. Po stanovené době zkontrolujeme, zda došlo ke změnám.

Plán auditů je vytvořen hlavní sestrou nemocnice na celý rok dopředu pro všechna oddělení. V plánu je i záznam o druhu auditu. Auditů může přihlížet vrchní nebo staniční sestra z daného oddělení.⁷⁶

1.8.4 Ošetrovatelský benchmarking

Benchmarking je manažerskou dovedností a prostředkem umožňujícím srovnávání s ostatními. Benchmarking lze dělit dle místa srovnávání, typu a záměru. Celý proces se skládá z jednotlivých kroků má svá možná úskalí.

⁷⁶ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

Obecné zásady Benchmarkingu

By měl být soustavný, systematický proces. Proces zaměřený na porovnání výkonnosti, efektivnosti vlastní organizace s určenou „špičkovou“ společností ve stejném nebo jiném oboru. Benchmarking je vhodné aplikovat ve třech oblastech, ekonomických výsledků (např. znaky produktivity), kvality poskytovaných služeb nebo produktů (např. úroveň spokojenosti zákazníků) a stability procesů (např. teploty sterilizace).

Přínosy benchmarkingu spočívají zejména ve zvyšování výkonnosti organizace, změně firemní kultury, zpřehlednění procesů a činností organizace a zvyšování zákaznické orientace.

Zvyšování výkonnosti

Pro možné plánování a dokládání zvyšování výkonnosti je třeba si stanovit znaky, podle kterých bude posuzována výkonnost organizace. Toto je úkolem manažerů na jednotlivých řídicích úrovních. Znaky musí vycházet ze stanovených strategických plánů (vize, strategie) a splňovat určitá kritéria. Dílčí znaky (vertikálně a horizontálně provázané) účinnosti a efektivnosti je vhodné stanovit vždy v počtu cca 5 znaků v oblasti ekonomie, cca 5 znaků v oblasti kvality a cca 5 znaků v oblasti procesní orientace na jednotlivých řídicích úrovních.

Stanovení těchto znaků umožňuje zpřehlednění požadavků a očekávání managementu. Tím, že vedení organizace určuje partnery pro benchmarking je nuceno se „rozhlédnout“ kolem sebe a určit organizace s kterými je vhodné se srovnávat. Určení nejvhodnější organizace pro srovnání je klíčové pro další úspěšnou aplikaci této metody. Vedení organizace se musí zabývat otázkami kdo je nejlepší, kdo je náš konkurent, kdo jsou naši partneři.

Získáním a výměnou dat si organizace rozšíří své vědomosti. Obdrží informace o praktikách, postupech, technologiích, procesech a používané infrastruktuře používaných benchmarkingových partnerem. Nově nabitě vědomosti mohou aplikovat ve své organizaci.

Aplikované myšlenky benchmarkingu by mohly do organizace přinést i nové informace o požadavcích a očekávání zákazníků. To by vedlo k prohloubení zákaznické orientace.

Účinky benchmarkingu jsou následující: benchmarking identifikuje procesy a další činnosti v organizaci, jež potřebují zdokonalit. Umožní vyhledat organizace uskutečňující

podobné procesy a činnosti z mimořádně dobrými výsledky a podrobně prozkoumat. Poté může být zahájen proces zdokonalování, který si klade za cíl posun orientace organizace a rozvíjení pracovních dovedností a kvalifikace vedoucích pracovníků i ostatních zaměstnanců.

Etapy benchmarkingu

Připravíme si koncepci projektu. Naplánujeme si pravidla pro výběr objektu a vytvoření plánu. Provedeme sběr předběžných dat v našem zařízení (určení proměnných, sběr druhotných dat, měření vlastního procesu). Vybereme partnera pro benchmarking a shromáždíme si data o něm. Následuje hodnocení, plánování implementace, vlastní implementace a rekaliibrace. Benchmarking nemůže dělat individualista, ale vyvážený tým.

Interní benchmarking

Procesy těchto částí si mohou být podobné a tedy porovnatelné. Přináší velmi přesná srovnání. Jeho slabou stránkou je, že vyhlídka nalezení prvotřídní výkonnosti ve vlastní organizaci je menší, než kdyby se hledaly vnější alternativy. Některé společnosti používají nejprve interní benchmarking než přikročí k jeho externí formě.

Dalším účinkem interního benchmarkingu je vyrovnání rozdílů ve výkonnosti jednotlivých částí organizace. Zlepšuje se výkonnost jednotlivých částí a v důsledku toho i celé organizace.

Externí benchmarking

Provést externí benchmarking znamená porovnat vlastní organizaci s jinou. Ani externí benchmarking nemůže identifikovat skutečně prvotřídní výkonnost. Může poskytnout vodítko pro studium interních vztahů organizace.

Funkční benchmarking

Jako funkční benchmarking se pojmenovává porovnání výrobků, služeb a pracovních postupů s jinými špičkovými společnostmi bez ohledu na obor v němž fungují.⁷⁷

Ošetrovatelský benchmarking

Benchmarking představuje základní manažerskou dovednost. Podporuje kvalitu, vede k výjimečnosti. Benchmarking znamená učit se tak, že si od těch nejlepších legálně převezmeme metody, nástroje, nápady. Zdravotnická zařízení začala benchmarking používat v polovině osmdesátých let, sestry až počátkem devadesátých let minulého století.

⁷⁷ BENGTT K., SVANTE O., *Benchmarking Jak napodobit úspěšné*. přel. L.Faldová. 1. vydání, Praha: Victoria Publishing, 1995.

Benchmarking je proces, který se řídí principy reciprocity („něco za něco“), analogie (nejdříve si vybereme podobného partnera ke srovnání), měření (lze převzít „hotové“ věci) a validity (nejdříve prokážeme přínos v pilotní studii). Vyžaduje správné komunikační dovednosti manažerů, aby nedošlo k odrazení partnerů. Na začátku procesu je důležité si stanovit co budeme inovovat a s kým si budeme měnit zkušenosti.

Interní benchmarking znamená, že hledáme nápady uvnitř zařízení, mezi odděleními s podobnými procesy. Zde je však riziko tzv. provozní slepoty.

Konkurenční benchmarking je získání informací od konkurence, nebývá to vždy snadné. Je důležité uplatnit princip reciprocity.

Generický benchmarking znamená, že nápady hledáme také v jiné oblasti, než v které působíme.

Ošetrovatelský benchmarking má dvě kategorie. Procesní se zabývá sledováním procesů např. stížností pacientů, mimořádné události. Výkonnostní porovnává výstupy s těmi nejlepšími, např. počty mimořádných událostí, měření mixu. Pracovišti přináší řadu výhod. Oddělení pracuje podle nejlepších známých metod a postupů. Učí se inovačním procesům řízení. Pacient má možnost vybrat si to nejlepší zařízení. Zaměstnanci mají možnost seznámit se s možnostmi zlepšení. Podněcuje se u nich potřeba dalšího vzdělávání. Vytvářejí se nové vztahy mezi porovnávanými odděleními. Používání nových, modernějších postupů vede k pocitu uspokojení u sester.

Celý proces se skládá z několika kroků. Nejprve je nutné vybrat proces, který se má zlepšit. Je třeba zajistit finanční prostředky. Zmapujeme celý proces, určíme si indikátory kvality. Zvolíme členy benchmarkingového týmu a partnera, od kterého chceme získat nové nápady. Najít ochotného partnera není vždy jednoduché. Provedeme sběr informací týkajících se našich i partnerových systémů a vyhledáme rozdíly. Vybereme ty změny, které chceme zavést na našem oddělení. Zpracujeme je do systému a sledujeme přínosy. Proces inovací můžeme dále vylepšovat dle svého.⁷⁸

⁷⁸ ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha: Advent- Orion, 2003.

1.9 Metodika výzkum v ošetrovatelství

Historický vývoj výzkumu v ošetrovatelství

Britská průkopnice Florence Nightingalová se zasloužila nejen o profesionalizaci ošetrovatelství, ale stála i u počátků ošetrovatelského výzkumu. Výsledky svého pozorování statisticky zpracovávala a graficky znázorňovala tak, aby se na jejich základech mohly uskutečňovat změny v ošetrování nemocných a raněných. V 80. letech bylo nejvýznamnější událostí v historii ošetrovatelského výzkumu v USA založení Národního centra pro výzkum v ošetrovatelství. Jeho úkolem bylo připravovat, realizovat a podporovat výzkumný proces v oboru.

Ošetrovatelství na začátku 21. století vychází více z vědeckého poznání než tomu bylo dříve. Výzkum se stává jedním z pilířů ošetrovatelství. Rozvoj ošetrovatelského výzkumu úzce souvisí s rozvojem vysokoškolského vzdělávání sester. Je zapotřebí, aby sestry měly vědomosti a znalosti o výzkumné práci. Výuka týkající se výzkumných metod, technik i zhodnocení výsledků by měla být zahrnuta do všech stupňů vzdělávání sester.

Cílem ošetrovatelského výzkumu je zlepšení péče se zřetelem na dosavadní poznatky získané v praxi a v dosavadním vývoji teorie ošetrovatelství. Obsah i rozsah ošetrovatelské péče je nutné ověřovat a podporovat výzkumem tak, aby bylo možné hodnotit efektivnost poskytované ošetrovatelské péče. Výsledky mohou přispět ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Pokud mají být výsledky výzkumu přínosné, musí být výzkum prováděn systematicky. Nemusí být nákladný, neboť jednoduchá šetření mohou provádět sestry samostatně.

Etické principy lze rozdělit na všeobecné etické zásady vědecké práce a specifické aspekty vědecké práce konkrétního vědeckého oboru. Vědecká práce v ošetrovatelství má své specifické aspekty, neboť zdrojem informací pro výzkum jsou lidé. Dodržování etických principů kontroluje etická komise.

„Výzkumníci jsou povinni zpracovat všechny údaje, informace, výsledky a poznatky přesně a rovnocenně a v případě potřeby jsou povinni poskytnout detaily potřebné k ověření výsledků i jinému výzkumníkovi. Jsou povinni zmínit všechny údaje, včetně těch, které nepodporují stanovené hypotézy. Dále jsou povinni citovat relevantní

údaje, zjištění a příspěvky jiných výzkumníků a zhotovit nestrannou referenci o výzkumném projektu.“⁷⁹

1.9.1 Ošetřovatelský výzkum a jeho druhy

„Pod pojmem výzkum rozumíme tvůrčí poznávací činnost v oblasti jakéhokoliv vědního oboru (tedy i medicíny, ošetřovatelství apod.), směřující k odhalení vlastností, příčin a podmínek jednotlivých zákonitostí konkrétních jevů v přírodě a lidské společnosti.“ (str. 7)⁸⁰

Ošetřovatelský výzkum lze charakterizovat jako činnost, při které empirickými metodami zkoumáme platnost hypotéz o vztazích mezi jevy v ošetřovatelství. Tvoří součást výzkumu ve zdravotnictví. Výzkum přispívá k rozvoji teorie a vědecké základny. Jedná se o výzkum z hlediska ošetřovatelské praxe nebo z oblasti vzdělávání. Slouží k vytvoření si komplexní představy o jevu a jeho charakteru. Pomáhá aplikovat teoretické poznatky na potřeby praxe. Řídí se platnými právními předpisy.

Výzkum můžeme dělit dle různých kritérií na výzkum základní (řešení klíčových teoretických otázek), aplikovaný (způsoby využití teoretických poznatků v praxi) a metodologický (metody a techniky výzkumu). Podle vztahu k realitě a objektivní skutečnosti se výzkum rozděluje na teoretický, empirický a praktický. Podle účelnosti lze dělit výzkum na historický, klinický a epidemiologický. Podle toho, zda výzkum zkoumá všechny stránky jevu či jen některé, rozeznáváme výzkum komplexní a parciální (částečný). Pokud se komplexní výzkum týká jen jednoho předmětu (nemocnice) hovoříme o monografickém výzkumu. Podle použité metodologie se výzkum dělí na kvalitativní a kvantitativní. Před výzkumem lze provést pretest, viz dále.

Předvýzkum (sondáž, pilotáž, pretest) prověřuje úvodní projekt. Je to první etapa výzkumu. Na menším vzorku respondentů si ověřujeme výzkumné techniky a jejich vhodnost použití. Pilotáž ověřuje věcnost, jasnost, srozumitelnost zvolených otázek a určuje kódování odpovědí pro zpracování. Předvídá další průběh výzkumu, řeší problémy

⁷⁹ BÁRTLOVÁ S. a kolektiv autorů, *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. Ošetřovatelský výzkum s. 7

⁸⁰ BÁRTLOVÁ S. a kolektiv autorů, *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. Ošetřovatelský výzkum s. 25

spojené s tazateli. Výsledky předvýzkumu lze využít ke zkvalitnění přípravy vlastního výzkumu.⁸¹

1.9.2. Metody, procedury a techniky ošetrovatelského výzkumu

Zatím u nás nejsou pojmy metody, procedury a techniky ošetrovatelského výzkumu jednoznačně vymezené. Využívá se terminologie a metodika příbuzných oborů např. sociologie, pedagogiky a psychologie.

Vědecká metoda je souhrn zvláštních pravidel, kterými je nutno se řídit. Je to základní způsob shromažďování nebo analýzy údajů.

Procedury představují způsob organizace výzkumu. Dělí se na statistické, monografické, experimentální, typologické a historické.

Způsob sběru empirických dat popisují jednotlivé techniky výzkumu. Výzkumná data se získávají pomocí následujících technik: pozorování, rozhovor, dotazníková šetření, škály, anketa, experiment, studium dokumentů, případové studie a snímkování. Dále stručně objasním výše uvedené techniky.

Pozorování

Patří mezi základní tradiční techniky sběru informací. Je náročné na čas a vyžaduje specifické schopnosti a dovednosti badatele. Pozorování znamená soustředěné a cílevědomé sledování se záměrem něco poznat, vyzkoumat. Lze využít i technické pomůcky, např. magnetofony, fotografické aparáty a videokamery. Rozeznáváme tyto druhy pozorování: nezúčastněné a zúčastněné pozorování – podle postavení pozorovatele; skryté a zjevné pozorování – podle vztahu pozorovatele k pozorovaným objektům; přímé a nepřímé pozorování – podle aktuálnosti.

Rozhovor

Interview probíhá mezi tazatelem a dotazovaným tvář v tvář. Může probíhat individuálně nebo skupinově. Tok informací je jednosměrný. Informace se získávají pomocí otázek. Je možné využít magnetofonový záznam nebo písemný záznam (záznamní list). Během rozhovoru si může výzkumník všimnout i neverbálních projevů. Rozhovor je časově i finančně nákladnou metodou.

⁸¹ FERJENČÍK J., *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Přel. P. Bakalář, 1. vyd. Praha : Portál, s. r. o., 2000.

Důležité je pořadí kladených otázek. Rozhovor může být standardizovaný (strukturovaný, kategorizovaný) a nestandardizovaný (volný, nekategorizovaný). Existuje však i polostandardizovaný rozhovor.

Dotazník

Pomocí dotazníku získáváme empirické informace. Buďto na základě nepřímého dotazování se (bez emocí dotazovaného), nebo s použitím předem formulovaných otázek v písemné podobě s možností následného, hromadného, počítačového zpracování. Jedná se o velmi rozšířenou techniku. Je možné použít standardizované dotazníky.

1.9.3. Konstrukce dotazníku

Dotazník má zaujímat celou šíři zkoumané problematiky a zahrnovat všechny podstatné problémy. Konstrukce dotazníku by měla být pro respondenta přitažlivá. Otázky je potřeba formulovat jasně, zřetelně, jednoznačně, aby na ně byl respondent schopen odpovědět bez dlouhého rozmýšlení. Správnost formulace otázek se zkouší pilotáží. Nevýhodou dotazníku je, že při nepochopení otázky nelze dát doplňující, zpřesňující informace.⁸²

K otázkám dotazníku patří i identifikační znaky respondenta, tzv. nezávisle proměnné. Otázky týkající se výzkumného problému představují tzv. závisle proměnné. Použití dotazníku může být anonymní nebo neanonymní (šetření úřední povahy, zdravotnický dotazník).

Anonymita znamená respektování důvěrnosti informací, záruku jejich využití jen pro hromadné zpracování, neidentifikovatelnost respondenta a dodržení profesionální etiky. Anonymní použití zabraňuje pocitu nepříjemného vyzvídání, odpovědi jsou upřímnější, spolehlivější a podrobnější.

Návratností se rozumí poměr počtu vrácených dotazníků k počtu distribuovaných, udává se obvykle v procentech. Nízká návratnost, hlavně u poštou distribuovaných, je nevýhodou dotazníkové metody. Vliv má řada faktorů, délka dotazníku, jeho grafická úprava, aktuálnost zkoumaného problému a srozumitelnost otázek. Návratnost rozesílaných dotazníků zvyšuje tzv. „follow - up“, což znamená, že po určitém počtu dnů (obvykle po 14 dnech) se urgují respondenti, kteří ještě nevrátili vyplněný dotazník.

⁸² PAVLOVA K. a kolektiv autorů, *Sociální výzkum podnik a management průvodce manažera v oblasti výzkumu hospodářských organizací*. 1. vydání. Praha: EKOPRESS, 2000.

Mezi kritéria, které musí dotazník splňovat patří validita (platnost, pravdivost) a reliabilita (spolehlivost). Týkají se toho, do jaké míry daný dotazník měří to, co měřit má, co autor výzkumu předpokládá.

Druhy otázek

V dotazníku lze použít více způsobů formulace otázek. Na výběr máme z několika druhů otázek: uzavřené, otevřené, polouzavřené, projekční a kontrolní. Každá varianta má svá úskalí a své výhody.

Uzavřené otázky nabízejí dotázanému soubor možných variant odpovědí. Jedná se o nejčastěji používaný typ otázek. Odpovědi jsou předem formulované. Respondent vybírá odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru. Konstrukce odpovědí na uzavřené otázky není jednoduchá. Varianty musí obsahovat všechny možné alternativy. Lze použít i alternativu odpovědi „jiné“. Možnost odpovědi může být s výběrem jedné alternativy odpovědi; s výběrem několika alternativ a s uvedením pořadí alternativy.

Pokud respondent vybírá jen ze dvou variant odpovědí, jedná se o otázky alternativní, neboli dichotomické (ano – ne). Pokud respondent vybírá z více variant odpovědí, jedná se o otázky polytomické.

Otevřené neboli volné otázky nechávají zcela na respondentovi, jaká bude jeho odpověď. Výhodou je, že nenapovídají respondentovi možné řešení. Úskalí otevřených otázek tkví v obtížnosti zpracování volných odpovědí. Po shromáždění všech dotazníků je vhodné si vypracovat dodatečnou kategorizaci variant odpovědí.

Polouzavřené otázky vznikají kombinací dvou předešlých variant otázek. Nejčastěji se jedná o doplnění odpovědi ve variantě „jiná odpověď“ (prosím, vypište).

Filtrační otázky nám eliminují respondenty, kteří z objektivních i subjektivních důvodů nemohou odpovědět na otázku následující (neznají předmět zkoumání, nemají zájem...).

V projekčních otázkách předkládáme respondentovi k posouzení názory a postoje druhých lidí. Diskutabilní je však spolehlivost těchto otázek.

Kontrolní otázky klademe tam, kde si potřebujeme ověřit pravdivost odpovědí.⁸³

⁸³ MIŠOVIČ J., *V hlavní roli OTÁZKA, Průvodce přípravou otázek v sociologických a marketingových výzkumech*. Praha: 2001.

Chyby v konstrukci otázek

Konstrukci otázek je třeba věnovat velkou pozornost. Kvalita otázek určuje úspěšnost celého dotazníkového výzkumu. Mezi nejčastější chyby při formulaci patří:

- obsahová nesrozumitelnost (úroveň znalostí respondentů), jazyková nesrozumitelnost (odborné výrazy),
- nejednoznačné výrazy (nejednoznačně položená otázka),
- příliš strohé otázky (získáme nesrovnatelné odpovědi),
- příliš dlouhé otázky – mnohomluvné (podotázky),
- sugestivní otázky (předem napovídají „očekávanou“ odpověď),
- otázky typu „proč“ (přenášení řešení úkolu na respondenta, vysvětlení určitého činu),
- haló efekt (klademe-li příbuzné otázky za sebe, kdy první z nich jsou spojeny s negativní odpovědí či negativním citovým nábojem, mohou ovlivnit odpovědi na další otázky). Riziko snížíme rozmístěním těchto otázek mezi otázky neutrální.
- neohleduplné otázky (mají citový náboj, předpokládají špatné odpovědi),
- věcná náročnost (náročné na paměť, vyžadují podrobnou informovanost).

Škály

Škály jsou formy otázek, kdy respondent přiřazuje svou odpověď (postoj, názor) na určité kontinuum. Kontinuum může být vyjádřeno verbálně, číselně nebo graficky.

Anketa

Je nejjednodušší výzkumnou technikou. Obsahuje 5 až 10 většinou uzavřených otázek. Nevýhodou je velmi nízká návratnost. Naopak výhodou je lacinost a rychlost metody. Na anketu odpoví jen ti, které to zajímá. Rozeznáváme několik druhů anket: poštovní, předávané, novinové, telefonické, rozhlasové, televizní apod.

Experiment

Patří mezi nejvýznamnější kvantitativní metody výzkumu. Jedná se o umělé vytvoření určité žádoucí situace. Povahu a zákonitosti jevů objasňujeme záměrným vyvoláním určitých jevů, kontrolovaným pozorováním jejich účinků na jiné jevy a kritickým zhodnocením výsledků.

Základními typy experimentů jsou: klasický experiment, klinický experiment, přirozený experiment. Specifickou formou je kontrolovaný ošetrovatelský experiment, který vede k objasnění objektivní metody. Ošetrovatelský experiment je spojený s etickými a technickými problémy.

Studium dokumentů

Další metodou je analýza písemností, které nevznikly za účelem výzkumu. Dokumenty mohou být tištěné, psané, zachycené na zvukovém nosiči či videozáznamu (novinové články, osobní deníky, letáky...). Otázkou je stanovení jejich hodnověrnosti. V ošetrovatelství můžeme obsahovou analýzu zaměřit na zdravotnickou dokumentaci.

Kasuistika – případová studie

V ošetrovatelství je to velmi rozšířená kvalitativní metoda. Podstatou je pozorování a popis jednotlivých případů. Případové studie přináší poznání nemoci a jejího průběhu. Využití je možné např. pro návrh řešení problému, stanovení hypotéz, výuku studentů nebo jako doplněk kvantitativního výzkumu.

Snímkování

Tato technika spočívá ve vytváření určitého snímku o zkoumaném jevu v písemné formě. Časový snímek nám umožňuje shromáždit údaje o faktickém chování lidí v časovém údobí. Jedná se o velmi časově, finančně i organizačně nákladnou metodu. Kvalita závisí na odpovědnosti přístupu respondenta.

1.9.4 Fáze ošetrovatelského výzkumu

Na začátku výzkumu je přípravná fáze, kterou následuje vlastní sběr informací. Poté je třeba provést zpracování zjištěných empirických dat. Jejich výsledky se interpretují a prakticky aplikují. Poslední fází je diseminace. Souhrn výsledků ošetrovatelského výzkumu má podobu závěrečné zprávy. Závěrečná zpráva je popisem získaných poznatků, ale i jejich hodnocením a vysvětlením.

Přípravná fáze

V této fázi se připravuje vlastní jádro poznávacího procesu. Podcenění této fáze může vést k chybám v dalším postupu. Přípravná fáze má svou osnovu přípravy projektu.

Zvolíme si námět a výzkumný problém. Shromáždíme si dostupné informace, zmapujeme dosavadní stav poznání. Stanovíme si cíl a hodnotu našeho výzkumu. Ve vztahu k předmětu výzkumu zadefinujeme pravidla pro výběr souboru. Promyslíme si metody a techniky, které budeme používat a postup zpracování. Vyjádříme, jaké bude využití výsledků výzkumu. Neopomineme si promyslet vše kolem organizace výzkumu.

Statistické třídění

Získané informace je třeba rozčlenit. Existuje jednostupňové a vícestupňové třídění statistických dat. U kvantitativních veličin a spojitých veličin se provede redukce, jelikož mohou nabývat všech možných hodnot. Při sestavování tabulek a sestrojování grafů musíme dodržovat pravidla uvedená níže.

Zásady pro sestavování tabulek

Roztříděná data s určením jejich četností jsou zapsána do tabulek. Tabulky by měly být přehledné, srozumitelné a jednoduché. Obsah sloupců tabulky určuje popis, který je nad jednotlivými sloupci. Obsah řádků vyjadřuje legenda uváděná po levé straně tabulky. Žádné políčko tabulky nesmí zůstat prázdné.

Je třeba se vyvarovat nejčastějším chybám, např. název tabulky je nepřesný či nevýstižný, značky pro chybějící znak jsou použity nesprávně, chybí řádkové či sloupcové výpočty, výsledky jsou uvedeny na více desetinných míst.

Zásady pro sestavování grafů

Grafy slouží pro rychlé a názorné vyjádření zjištěných dat. Je to pravoúhlá soustava souřadnic. Graf musí být jasný, výstižný a přehledný. Je možné použít více typů grafů, např. sloupcový (informace jsou tříděny do intervalů), výsečový (charakterizuje strukturu sledovaných souborů), spojnicový (znázorňuje vývoj jevu v čase).

Relativní ukazatelé

Ze získaných dat můžeme vypočítat celou řadu ukazatelů, např. ukazatele extenzity a struktury (určuje podíl části k celku), ukazatele intenzity, četnosti a frekvence, ukazatele variability, indexní čísla (vyjadřují změny ve vývoji sledovaného jevu v čase), ukazatele poloh (střední hodnota), pravděpodobnost a statistické odhady. Kvalitativní znaky vyjádříme pomocí chí kvadrátu.⁸⁴

1.9.5 Teorie formulace a metodika testování hypotéz

Formulace hypotéz

Při vlastní formulaci hypotéz musíme dodržovat určitá pravidla, které dále uvedu.

Hypotéza je předběžné tvrzení. Vyjadřuje představu o vyskytujícím se vztahu mezi zkoumanými proměnnými. Vymezuje podmínky a okolnosti, za kterých zkoumaný vztah může existovat. Je to předpokládaná odpověď na otázku.

⁸⁴ BÁTLOVÁ S. a kol. autorů, *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005.

Hypotéza obsahuje proměnné, které se musí dát kategorizovat nebo měřit. Hypotéza se musí dát testovat (empiricky zkoumat). Zpravidla se formulují hlavní a dílčí hypotézy. Na konci výzkumu musíme toto tvrzení přijmout (je to pravda) nebo vyvrátit (není to pravda).

Podle typu vztahu mezi jevy rozlišujeme čtyři druhy výzkumu: mapující, korelační, kauzální a systémový.

Při formulaci hypotéz musíme dodržet následující zásady:

- Hypotézu vyjádříme jako výrok o vztahu mezi proměnnými, ve formě oznamovací věty.
- Formulujeme ji stručně, jednoznačně a logicky.
- Musí být ověřitelná.
- Při formulaci hypotéz nepoužíváme slova, vyjadřující osobní a kulturní hodnotící soudy.

Znění konkrétních hypotéz (v diplomové práci) jsou zařazena do kapitoly čtyři.

Metodika testování hypotéz

Testování hypotéz je součástí statistické indukce. Pro testování hypotéz musíme znát kritéria jejího přijetí nebo zamítnutí. Výsledkem si nemůžeme být 100% jisti, proto při určování testovacích kritérií musíme počítat s jistým rizikem zamítnutí platné hypotézy. Dle statistických tabulek určíme hladinu významnosti. Spadá-li testovaná hodnota do daného intervalu, přijímáme nulovou hypotézu.⁸⁵

Testování statistické hypotézy H_0 proti alternativní hypotéze H_A je založeno na údajích získaných ze vzorku, tzv. výběrových údajích. Hledáme důvod k zamítnutí nulové hypotézy nebo přijetí hypotézy alternativní. Průběh testování lze obecně shrnout do následujících kroků.

Nejprve formulujeme nulové a alternativní hypotézy. Dále určíme rozsah souboru použitého k testování nulové hypotézy. Provedeme volbu hladiny významnosti, která je označována písmenem α . Představuje riziko, s jakým jsme ochotni se smířit s tím, že zamítneme nulovou hypotézu, přestože platí. Následně určíme testové kritérium g , což je

⁸⁵ PAVLOVA K. a kol. autorů, *Sociální výzkum, podnik a management, průvodce manažera v oblasti výzkumu hospodářských organizací*. 1. vydání. Praha: EKOPRESS, 2000.

číslo, které se vypočítává z výběrových hodnot podle obecného vzorce $g = G(x_1, \dots, x_n)$, kde x_1, \dots, x_n jsou výběrové hodnoty, charakterizující testovaný soubor.

Hodnoty testového kritéria g představují hodnoty určité známé náhodné veličiny, jejíž rozdělení při platnosti nulové hypotézy je známo. Jestliže testové kritérium g má hodnoty, jež jsou pro dané rozdělení velmi málo pravděpodobné, dává nám to důvod pro zamítnutí nulové hypotézy.

Dalším krokem je zamítnutí nulové hypotézy. Známe-li testové kritérium g , zjistíme pomocí statistických tabulek množinu W (obor zamítnutí nulové hypotézy, kritický obor). Zjistíme-li, že g patří do množiny W , pak nulovou hypotézu na dané hladině významnosti zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní.

Pro potvrzení či vyvrácení hypotéz lze použít test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Tento test se využívá tam, kde rozhodujeme zda existuje významná závislost mezi dvěma znaky.

Při testu postupujeme následovně:

- Obor hodnot náhodné veličiny X , resp. Y rozložíme na r , resp. C množin.
- U každé jednotky výběrového souboru zjistíme hodnoty obou náhodných veličin.
- Zjistíme četnosti n_{ij} jevů, že první veličina X nabyla hodnoty z i -té množiny a druhá veličina Y z j -té množiny ($i = 1, 2, \dots, r$ a $j = 1, 2, \dots, c$), a uspořádáme je do tvaru kontingenční tabulky. Vzor tabulky je uveden dále.

$Y \backslash X$	1	2	.....	.....		c	Σ
1	n_{11}	n_{12}			.	n_{1c}	n_{x1}
.
.
r	n_{r1}	n_{r2}	.....	.....		n_{rc}	n_{xr}
Σ	n_{y1}	n_{y2}	.....	.....		n_{yc}	n

Tabulka č.1 Obecná kontingenční tabulka

- Pro každé pole v i -tém řádku a j -tém sloupci kontingenční tabulky vypočítáme teoretickou očekávanou četnost $(n_{xi} \cdot n_{yj}) / n$.
- Zvolíme hladinu významnosti α , což je pravděpodobnost, že se při testování dopustíme chyby 1.druhu (nesprávné zamítnutí nulové hypotézy).

- Hodnota testového kritéria se pak vypočítá podle vzorce:

$$g = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c [n_{ij} - ((n_{xi} \cdot n_{yj}) / n)]^2 / [(n_{xi} \cdot n_{yj}) / n]$$

a kritický obor má tvar $W = [\chi^2_{1-\alpha}((r-1) \cdot (c-1)); +\infty]$.

- V případě, že g náleží do kritického oboru, zamítáme nulovou hypotézu H_0 , (zkoumané náhodné veličiny jsou nezávislé) a přikláníme se k hypotéze alternativní.

Prokážeme-li závislost zkoumaných veličin, bude dalším krokem určení intenzity závislosti. K tomu lze použít různé statistické charakteristiky (Pearsonův a Cramerův kontingenční koeficient). Jsou-li obě proměnné statisticky nezávislé, nabývají hodnoty 0. Naopak z hodnot blízkých 1 lze usuzovat na závislost silnou.⁸⁶

Pearsonův koeficient průměrné čtvercové kontingence lze vypočítat podle následujícího vzorce:

$P = \sqrt{g / n + g}$, kde n určuje počet jednotek statistického souboru a g je vypočítaná hodnota testového kritéria. V případě úplné nezávislosti obou znaků se koeficient kontingence rovná 0. Obecně tento koeficient nabývá hodnot z polouzavřeného intervalu $<0; 1)$, přičemž vyšší hodnota koeficientu znamená těsnější závislost obou znaků.⁸⁷

⁸⁶ CIHLÁŘ J., PELIKÁN Š., *Statistika cvičení*. 1. vydání. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta v Ústí nad Labem, 1987.

⁸⁷ CHARVÁTOVÁ J., *Testování matematických vědomostí studentů maturitního ročníku gymnázií a středních odborných škol*. Diplomová práce. Ústí nad Labem: 2006.

2. Vlastní výzkum

2.1 Cíle a hypotézy diplomové práce

Po zadání tématu diplomové práce jsem si nejprve stanovila určité cíle, kterých jsem chtěla dosáhnout. Znění jednotlivých cílů uvádím následovně.

Cílem práce bylo:

- zjistit rozsah monitorování jednotlivých indikátorů kvality ošetrovatelské péče,
- zjistit dobu sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče,
- zjistit nejčastěji používané nástroje vedoucí ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče,
- ověřit znalost národních standardů a národních indikátorů ošetrovatelské péče,
- zjistit, zda sestry ve vybraných zařízeních pracují s ošetrovatelskou dokumentací,
- zjistit procento sledování jednotlivých indikátorů ve zdravotnických zařízeních,
- zjistit subjektivní názor sester na možnosti ovlivnění indikátorů svou činností,
- zjistit subjektivní názor sester na dosahovanou úroveň kvality ošetrovatelské péče,
- na základě z dotazníku získaných informací ověřit platnost stanovených hypotéz.

V rámci zadání diplomové práce byly stanoveny a následně z výsledků výzkumu ověřeny platnosti zadaných, předem formulovaných následujících hypotéz:

Hypotéza H₁: Existuje závislost mezi kvalitou ošetrovatelské péče a sledováním indikátorů kvality ošetrovatelské péče ředitelem zdravotnického zařízení.

Hypotéza H₂: Existuje závislost mezi kvalitou ošetrovatelské péče a sledováním indikátorů kvality ošetrovatelské péče hlavní sestrou.

Hypotéza H₃: Úroveň kvality ošetrovatelské péče v nemocnici se odvíjí od existence oddělení sledujícího úroveň kvality ošetrovatelské péče.

Hypotéza H₄: Znalost národních indikátorů ošetrovatelské péče přispívá ke zlepšování kvality.

Hypotéza H₅: Existuje závislost mezi kvalitou ošetrovatelské péče a aktuální právní formou zdravotnického zařízení.

Hypotéza H₆: Nejvyšší dosažené vzdělání hlavní sestry ovlivňuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení.

Hypotéza H₇: Existuje přímý vztah mezi zavedenou metodikou a dosahovanými výsledky v oblasti kvality ošetrovatelské péče.

Hypotéza H₈: Kvalita ošetrovatelské péče je závislá na délce zavedení a sledování indikátorů.

2.2 Vznik a popis dotazníku

Základem výzkumného šetření byla tvorba vlastního dotazníku. Do dotazníku jsem se snažila zakomponovat více typů otázek s různými variantami volby odpovědi a zvažovala jejich řazení (viz příloha č.7). I proto jsem se rozhodla dotazník nejprve otestovat na malém vzorku sester v rámci předvýzkumu. Oba používané dotazníky měly shodný počet otázek, tj. 32. Odlišnosti byly v určitých otázkách, které dále uvádím. Obsah byl rozvržen tak, aby předpokládaný čas vyplňování byl 45- 60 minut.

Součástí dotazníku jsou otázky identifikační, otevřené volné, polouzavřené, filtrační, uzavřené dichotomické, polytomické - výběr jedné varianty odpovědi, polytomické - výběr několika variant odpovědi, polytomické s uvedením pořadí, projekční a sugestivní. Charakteristiky jednotlivých typů jsou uvedeny v první kapitole (viz 1.9.3).

Dotazník byl navržen tak, aby ověřil znalosti sester z dané problematiky. Kladl si vyšší nároky na odbornou způsobilost při vyplňování. Je přiměřeně rozsáhlý, obsahuje záměrně velké množství typů otázek i jednotlivých variant odpovědi. V dotazníku musí respondent prokázat orientaci v dané problematice i určitý stupeň vědomostí. Mým záměrem bylo, aby dotazník byl také určitou formou osvěty v problematice sledování a zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

2.3 Realizace a zkušenosti z předvýzkumu

Nejprve jsem uskutečnila v prosinci roku 2005 předvýzkum. V rámci něho byly dotazníky distribuovány sestřím ve dvou zdravotnických zařízeních. Tyto nemocnice se odlišovaly svou velikostí, spektrem poskytovaných služeb, zřizovatelem i místem lokalizace v území České republiky. Dotazníky jsem předávala a vybírala osobně. Celkem bylo distribuováno 20 dotazníků, návratnost byla 100%. Respondentkami byly sestry z různých pracovních pozic, z různých oddělení pro dospělé i děti, s různým stupněm vzdělání a s různou délkou praxe.

Na základě získaných zkušeností jsem stávající znění dotazníku pozměnila. Vznikla nová upravená verze dotazníku (viz příloha č.8). Počet otázek byl zachován. Provedla jsem následující změny.

- U otázky č. 1, 2, 6, 7, 11, 12 byla rozšířena škála odpovědí o možnost odpovědi „nevím“. Touto eventualitou jsem chtěla snížit počty nezodpovězených otázek.
- U otázky č. 10 jsem zvětšila možné odpovědi o dvě varianty, jelikož větší část respondentek se uchýlovala k možnosti „3 až 5 let“. Jednalo se o časový údaj doby sledování „řádově 6 až 10 let“ a „více než 10 let“.
- Kritickou otázku č. 14, která byla nejčastěji vynechávána, jsem pro zpřehlednění vsadila do tabulky.
- K otázce č. 27 (týkající se zdroje získání informací) byla navíc nabídnuta odpověď „při jiné příležitosti“.
- K odpovědím na otázku č. 28 (formy dalšího vzdělávání) byla přidána možnost „účastí na odborných seminářích“.
- Otázka č. 31 byla graficky upravena do podoby tabulky. Škála odpovědí byla zvětšena o tři varianty „výrazně zlepšila“, „výrazně zlepšila a dosahuje evropské úrovně“ a „výrazně zlepšila a dosahuje světové úrovně“.

2.4 Realizace výzkumu

Vlastní výzkum probíhal v lednu až březnu roku 2006. Celkem jsem oslovila 35 zdravotnických zařízení. V rámci výzkumu jsem použila standardizovaný způsob sběru dat - dotazník. Při zpracovávání výsledků jsem použila statistické metody, vhodné pro zkoumání hromadných jevů.

2.4.1 Výběr nemocnic a respondentů

Základní soubor výzkumu tvořily všechny zdravotní sestry pracující ve zdravotnických zařízeních v České republice v období předvýzkumu a výzkumu. Použila jsem metodu výběrového šetření. Záměrným výběrem vznikl výběrový soubor nemocnic a sester. Výběrový soubor nemocnic tvořili zástupci zdravotnických zařízení z jednotlivých krajů ČR. Výběrový soubor respondentů tvoří sestry pracující na pozici: hlavní sestra nemocnice, vrchní sestra lůžkového i ambulantního oddělení, staniční sestry a řadové sestry.

Zástupce nemocnic jsem volila tak, abych obsáhla co největší území České republiky. Povedlo se mi navázat spolupráci se zařízeními z 11 krajů (viz graf č. 1) Některé hlavní sestry jsem osobně navštívila, jiné jsem kontaktovala telefonicky. Nejprve

jsem se dotazovala těch hlavních sester, kde jsem měla určitý typ „kontaktu“, osobní známost či doporučení. Požádala jsem je o spolupráci a vysvětlila jim smysl diplomové práce a představy o praktické realizaci výzkumu. Po předběžném svolení jsem hlavním sestřám zasílala oficiální žádost o povolení výzkumu a dotazníky se zpětnou ofrankovanou obálkou. V některých případech jsem zasílala žádost přímo na ředitele zdravotnického zařízení. Teprve po schválení žádosti jsem kontaktovala hlavní sestru.

2.4.2 Distribuce dotazníků

Většina formulářů byla do jednotlivých zařízení zasílána poštou. Na základě stratifikovaného výběru jsem si rozdělila základní soubor sester na skupiny podle předem stanovených kritérií, z nichž pak hlavní sestry prováděly výběr. Předem jsem si domluvila nejvhodnější oddělení a počet respondentů. Vlastní organizace výzkumu, rozdání a sběr dotazníků a zpětné odeslání, byla v rukou hlavních sester, za to jim patří velké poděkování. Pro vlastní proces vyplňování nebyly kladeny žádné zvláštní podmínky. Předání dotazníků obvykle proběhlo na schůzi vrchních sester a ty dále dotazníky předávaly staničním a řadovým sestřám.

2.5 Zpracování empirických dat

Po zpětném získání vyplněných dotazníků jsem provedla kontrolu dat. Dotazníky jsem roztřídila podle zdravotnických zařízení a označila je číselným kódem. Odpovědi z dotazníku jsem si nejprve kódovala, podle předem daných pravidel, číselným symbolem nebo odpovídající zkratkou. U uzavřených otázek jsem použila počet kódů dle všech kategorií odpovědí. U otevřených otázek jsem kódy volila dle počtu všech možných variant odpovědí. U odpovědí na otázky č. 5 a 26 (viz příloha č.8) jsem použila kategorizaci, pro zmenšení počtu variant odpovědí. Následně jsem vše zanesla do tabulky. Použila jsem program Microsoft Excel, který umožňuje vkládání a roztřídění dat, zpracování do tabulek a grafů a provedení statistických výpočtů. S využitím tohoto programu a jeho funkce automatické filtrace jsem zaznamenaná data utřídila.

U otázek č. 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 20, 23, 24 a 30 byly odpovědi za jednotlivé nemocnice převedeny do třístupňového hodnocení dle určených pravidel. Vypočítala jsem průměrné hodnocení z jednotlivých „hodnotitelných“ otázek a následně průměrné hodnocení za celé zdravotnické zařízení a k tomu příslušné směrodatné

odchylky. Takto vznikl soubor tzv. výběrových hodnot. Dále jsem pro testování hypotéz vypočítala absolutní a relativní četnosti výskytu jednotlivých jevů. Sestavila jsem kontingenční tabulky. Na základě formulovaných hypotéz jsem provedla testování nezávislosti hypotéz chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Dle dosažené číselné hodnoty jsem podle statistických tabulek určila hladinu významnosti a těsnost závislosti pomocí Pearsonova koeficientu. Za pomoci programu Microsoft Excel jsem zkonstruovala tabulky, sestrojila grafy a histogramy.

3. Výsledky a diskuse

Představím strukturu testovaného vzorku nemocnic a charakteristiku souboru respondentek. Budu zde prezentovat pouze hlavní závěry výzkumu a k nim vztahující se tabulky a grafy. Ostatní tabulky a grafy jsou vloženy do přílohy. Uvedu stanoviska k potvrzení či vyvrácení hypotéz na základě testu nezávislosti chí- kvadrátu pro kontingenční tabulku.

Dotazník umožňoval na řadě míst vepsat názory a postoje respondenta. Oslovené sestry této možnosti využily a připsaly i své myšlenky. Byla jsem potěšena zájmem hlavních i dalších sester o realizovaný výzkum. V průběhu výzkumu jsem odpovídala na řadu pozitivně orientovaných dotazů, včetně zájmu o konečné výsledky výzkumu. Na druhou stranu mne také např. překvapila jedna odpověď, že „dotázaná se dále nevzdělává“, přičemž SZŠ ukončila v roce 1988.

Nutnost celoživotního vzdělávání u profese „sestry“ je nezbytné. Oblast medicíny o ošetrovatelství se neustále vyvíjí. A nejen proto, že je dáno legislativně. Je to jednou z povinností registrovaných pracovníků ve zdravotnictví. Dvě sestry o sledování kvality ošetrovatelské péče nikde neslyšely. Základní informace týkající se některých indikátorů se dozvídají studenti již na SZŠ (např. problematika dekubitů) A celkem 23 nemocnic neprovádí interní proškolení v této problematice. Domnívala jsem se, že školení tohoto typu jsou v zařízeních běžná. Zřejmě obsah interních školení nemocnic není komplexně zaměřen na všechny indikátory, ale věřím, že dílčí témata jsou přednášena. Je to základem pochopení celého systému sledování, jednoty k přístupu, monitorování, vyhodnocování a srovnávání dosahovaných výsledků indikátorů kvality ošetrovatelské péče.

3.1 Struktura testovaného souboru

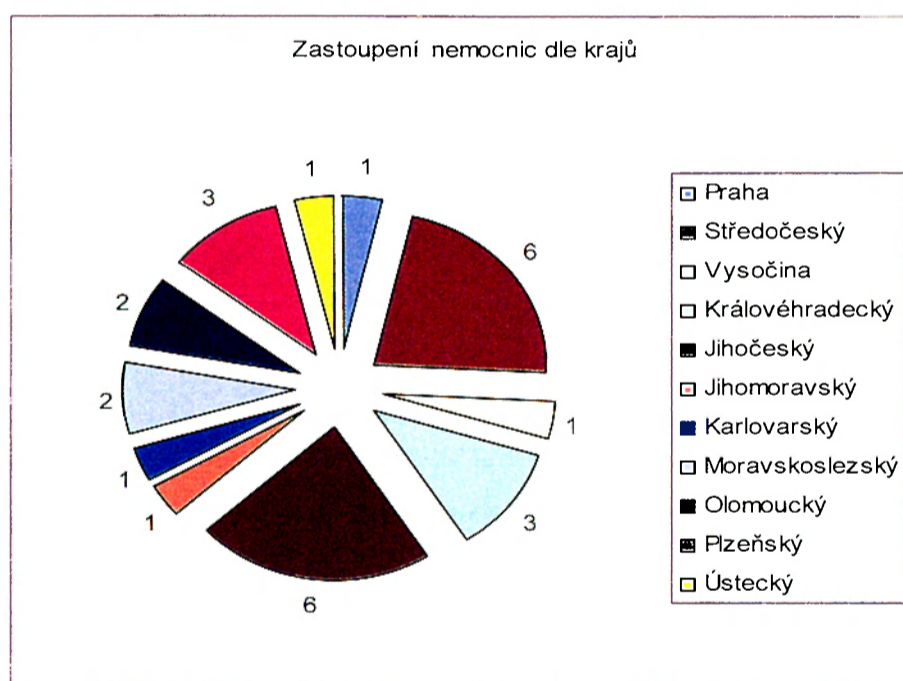
Testový soubor výzkumu byl tvořen celkem 190 respondenty (viz tabulka č. 2) z 27 nemocnic (viz graf č. 1). V grafu je znázorněno zastoupení zdravotnických zařízení v testovém souboru dle lokalizace v krajích ČR. Zástupci nemocnic byly celkem z jedenácti krajů naší republiky v počtu uvedeném v koláčovém grafu. Nejvíce zařízení bylo shodně (23 %) ze středočeského a jihočeského kraje.

Soubor sester byl vytvořen zástupci z 23 typů oddělení (viz tabulka č. 3). Osloveno bylo 35 zdravotnických zařízení. Čtrnáct nemocnic bylo příspěvkových organizací,

jedenáct akciových společností a dvě měly jinou právní formu. Mezi zřizovateli převažoval krajský úřad (70 %) nad ostatními možnostmi.

V kategorii do 500 lůžek bylo 15 nemocnic, zbývajících 12 spadá do kategorie nad 500 lůžek.

Návratnost byla velmi vysoká - 77 %. V literatuře je uváděna návratnost u dotazníkového šetření 30 - 50%. Příčinu vysoké návratnosti jsem spatřovala v tom, že pro všechny respondenty, až na malé výjimky, je sledování kvality ošetrovatelské péče důležité. Zájem a čas věnovaný vyplnění dotazníku sestrami potvrzuje jejich zájem a aktuálnost této problematiky. Proto se domnívám, že je to velmi dobrý výsledek. Hlavní sestry se mnou spolupracovaly dobrovolně, bez vidiny jakékoliv odměny. Jejich vstřícnost byla nad mé očekávání. Mohu říci, že reakce na mnou vybrané téma diplomové práce byly kladné.

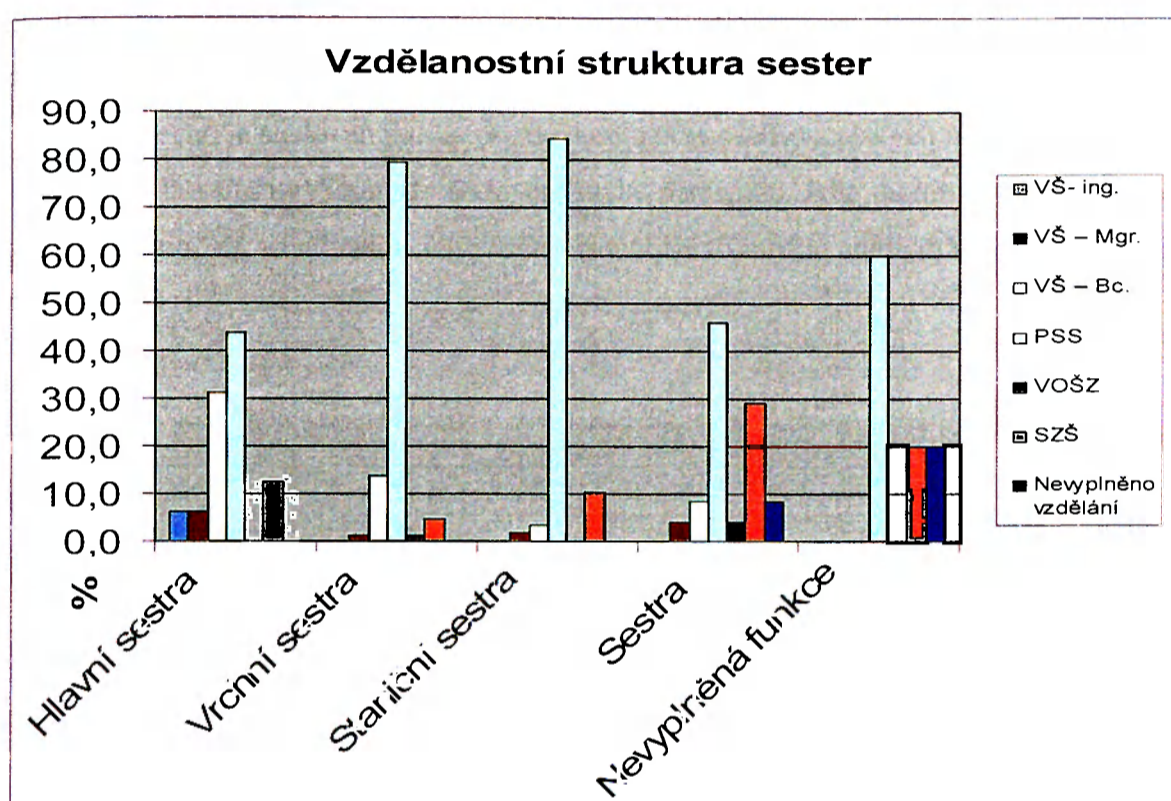


Graf č. 1 Zastoupení nemocnic dle krajů

Respondentkami byly sestry pracující na pozicích uvedených v grafu č. 2. U jednotlivých pracovních pozic je znázorněno nejvyšší dosažené vzdělání, které dotázané ukončily v letech 1962 až 2005. Což naznačuje i široký věkový rozptyl.

Celkem vyplnilo dotazník 16 (60%) hlavních sester. Nejpočetnější skupinu (46 %) tvoří 87 vrchních sester. Téměř 80 % z nich uvedlo PSS jako své nejvyšší vzdělání. Další

početnou skupinou jsou staniční sestry. Celkem jich odpovědělo 58 tj. 31 % z testového souboru, převažovalo u nich opět PSS vzdělání. Jen 13 % dotázaných (24) pracuje v pozici sestra u lůžka.



Graf č. 2 Vzdělanostní struktura sester

3.2 Zjištění z průzkumu, názory, postoje respondentek

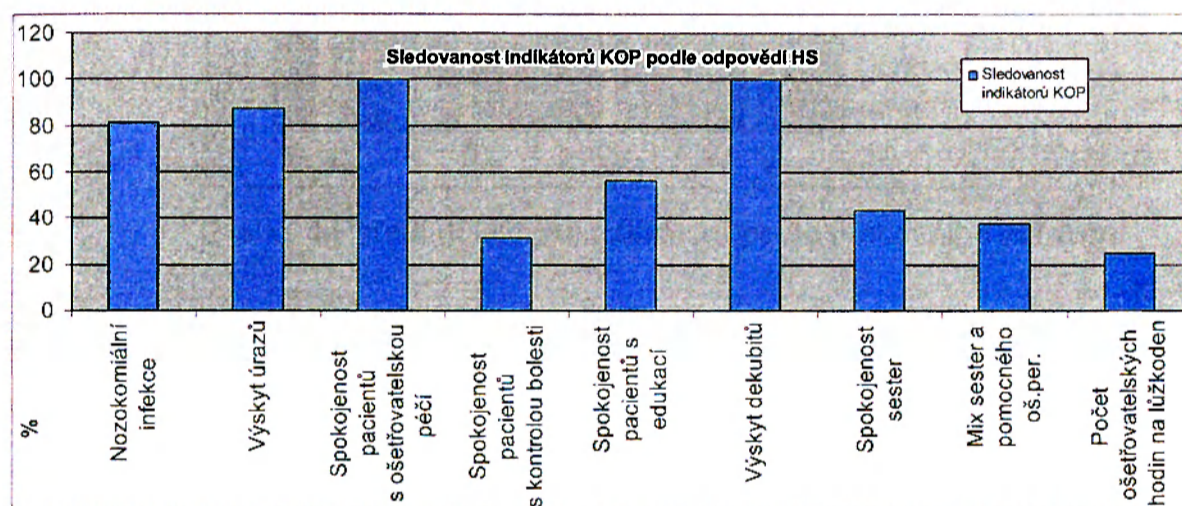
Z odpovědí jednotlivých sester lze vyčíst jejich vědomosti, postoje a názory vztahující se k této problematice sledování kvality ošetrovatelské péče. Uvedu zde hlavní postřehy.

Na otázku č. 7 (viz příloha č.8) celkem 87,5 % hlavních sester vyplnilo, že KOP sledují pomocí indikátorů. Na základě odpovědí na otázku č. 12 (viz příloha č.8) byl sestaven graf č. 3 znázorňující procento sledovanosti u jednotlivých indikátorů. Všechny zařízení v průzkumu sledují spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí. Tento výsledek

mne nepřekvapil. Tento indikátor má již zpracovanou metodiku i software pro vyhodnocení. Je to i jedním z požadavků ministerstva zdravotnictví.

Výskyt dekubitů kontroluje 100 % hlavních sester. I toto je dle mého očekávání. Již odedávna se říká mezi laiky i zdravotníky, že „vzniklá proleženina je obrázkem sesterské péče“. Na třetím místě skončilo monitorování pádů. Je to velmi aktuální problém. V této oblasti byla také provedena národní studie pádů. Je vhodné sledovat pády a úrazy pacientů, neboť z těchto událostí mohou vzniknout vážné komplikace, které s sebou přinášejí prodloužení hospitalizace, další event. vyšetření a ošetření. Ve svém důsledku přinášejí i zvýšení nákladů na léčbu. Je zde i potenciální možnost soudního řešení.

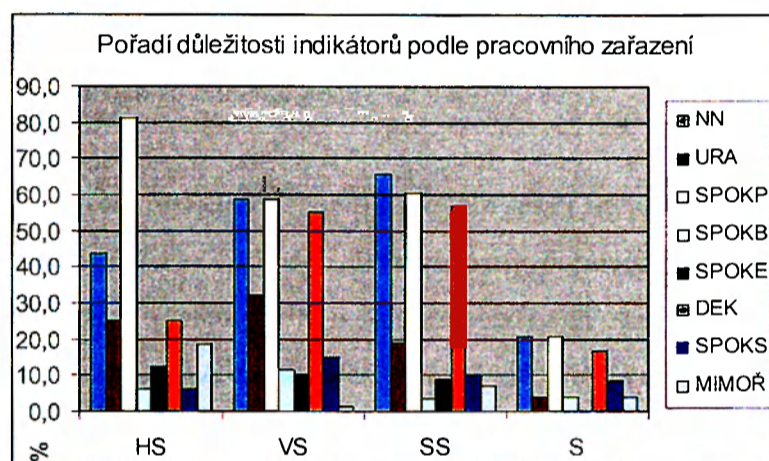
Nejméně je sledován indikátor udávající počet ošetřovatelských hodin na lůžkoden. Tento indikátor měří výkonnost ošetřovatelského personálu. Jeho monitorování není zatím moc rozšířeno, ale v budoucnu se to určitě změní. Je to možná zapříčiněno i složitostí této metody.



Graf č. 3 Sledovanost indikátorů KOP dle odpovědí hlavních sester

Ze získaných odpovědí na otázku č. 15 (viz příloha č.8) bylo možno sestavit pořadí důležitosti jednotlivých indikátorů dle názoru sester. Podle respondentek je nejdůležitějším indikátorem spokojenost pacientů s ošetřovatelskou péčí. Na druhé místo byly nejčastěji řazeny nozokomiální infekce následované indikátorem výskytu dekubitů. Pro lepší názornost bylo pořadí všech indikátorů graficky zpracováno (viz graf. č. 4). Některé respondenty využily možnosti do pořadí zahrnout i jiné, než nabídnuté indikátory, např. sledování mimořádných událostí.

Výsledky v této oblasti nejsou nikterak překvapivé. Hodnocení spokojenosti pacientů se zpravidla provádí dotazníkovým šetřením. Pacient má možnost vyjádřit se k jednotlivým otázkám týkajících se hospitalizace. Mezi nejčastěji dotazované oblasti patří spokojenost s chováním ošetrovatelského personálu, s denním režimem, s poskytnutými informacemi, se stravou atd. Z uvedeného vyplývá, že tyto okruhy velmi ovlivňují celkový dojem pacienta z pobytu v nemocnici. Vždy se ale jedná o subjektivní hodnocení daného člověka. Svou roli zde hrají i jiné faktory, než jen vlastní úroveň ošetrovatelské péče (viz kapitola č. 1).



Graf č. 4 Pořadí důležitosti indikátorů podle pracovního zařazení

K jednotlivým indikátorům mají některá zařízení vytvořeny metodiky a formuláře hlášení. Jejich vzory jsou v příloze č. 9.

Výsledky ze sledování KOP jsou, dle odpovědí na otázku č. 11 (viz tabulka č.8), nejčastěji využívány následovně:

- cca v 90 % sdělovány hodnoceným oddělením,
- cca v 80 % využívány pro srovnávání jednotlivých oddělení v nemocnici a k motivaci (hmotné i nehmotné),
- cca v 70 % jsou zveřejněny na nástěnkách a intranetu.

Výsledky nebylo třeba diferencovat dle pracovního zařazení, jen procentuální výsledky klesaly s klesající pozicí respondentek. Výsledky nejsou prakticky využívány pro srovnání s nemocnicemi mimo ČR.

Názory a postoje dotázaných k nutnosti sledování KOP jsou patrné z grafu č. 12 (viz podkapitola 3.3 této kapitoly). Pouze jedna sestra napsala: „Pokud se budeme zabývat

indikátory, nebudeme mít čas na pacienty“, což svědčí o nepochopení podstaty dané problematiky. Tento názor mne dost překvapil a diametrálně se odlišoval od názorů ostatních dotázaných. Zájmem všech by mělo být poskytování kvalitních služeb. Musíme se stále zlepšovat a vzdělávat, abychom si udržely potřebný standard.

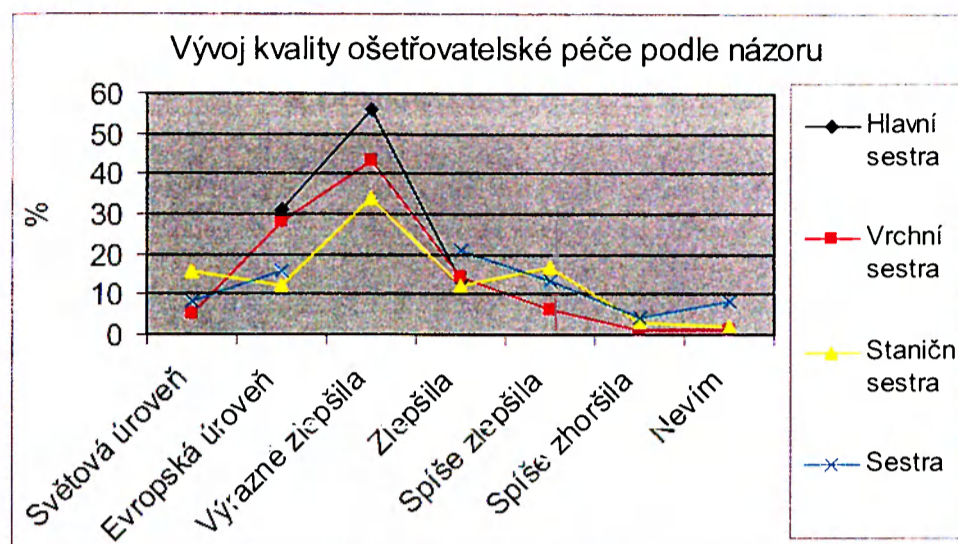
Údaje o používaných nástrojích zvyšování kvality jsou zaneseny do tabulky (viz tabulka č.4). Nejčastěji používanými nástroji zvyšování KOP jsou dle výsledků tyto:

- sledování průzkumu spokojenosti pacientů,
- pořádání odborných seminářů,
- tvorba ošetrovatelských standardů a
- audity ošetrovatelské péče (viz kapitola č. 1).

Otázka č. 31 (viz příloha č.8) se dotazovala sester na jejich názor na vývoj kvality ošetrovatelské péče. V grafu č. 5 jsou zaznamenány odpovědi rozdělené dle funkčního zařazení respondentek. Všechny HS a většina ostatních sester hodnotí vývoj kvality kladně. Nejčastěji se vyskytovala varianta „výrazně zlepšila“, celkem v 35 % odpovědí. 1 % VS, 2 % SS a 4 % S udalo, že se kvalita péče spíše zhoršila.

Já osobně se domnívám, že se kvalita ošetrovatelské péče zlepšila. 21 % sester říká, že úroveň ošetrovatelské péče u nás dosahuje a je srovnatelná s úrovní péče v Evropě. Já bohužel nemám dostatek informací ani zkušeností pro srovnání se zahraničím. Právě systémy akreditace a certifikace nám takové objektivní srovnání umožní nejen v rámci naší země.

Sestry mají k dispozici modernější pomůcky, používají se vylepšené pracovní postupy, jsou více vzdělané a informované. Je pouze na nás, jestli tyto pomůcky a postupy budeme chtít a umět používat. Jak se sestry chovají k pacientům a jak s nimi komunikují je odrazem jejich charakterových vlastností, výchovou, atmosférou na pracovišti atd.



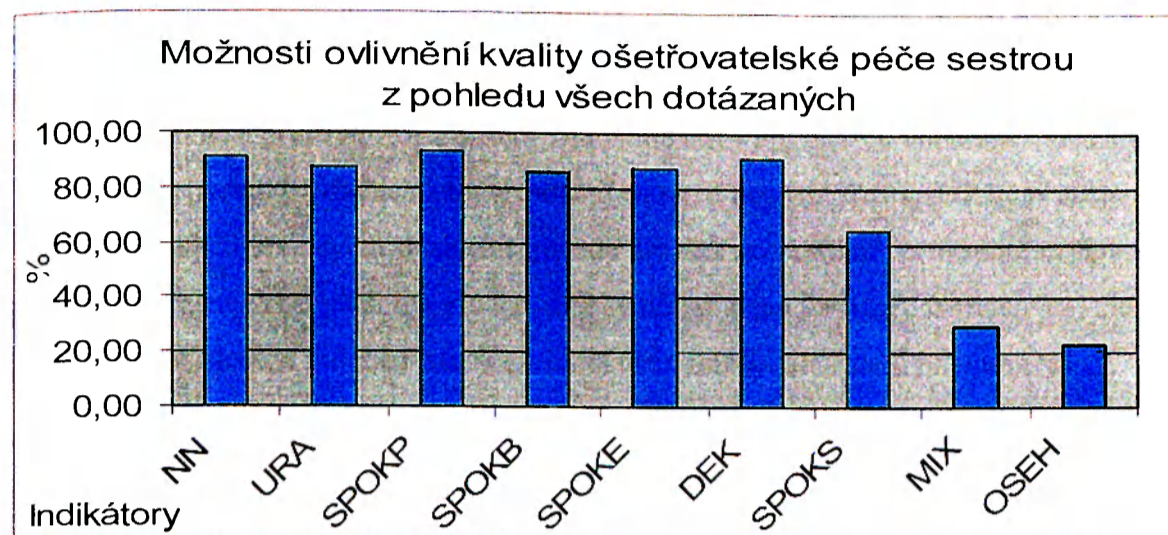
Graf č. 5 Vývoj kvality ošetrovatelské péče podle názoru

Poslední otázka v dotazníku (viz příloha č.8) se ptala sester na jejich vlastní názor. Odpovědi se v jednotlivých pracovních pozicích příliš nelišily, proto v grafu č. 6 jsou zaznamenány výroky všech respondentek pohromadě. Z výsledků vyplývá, že nejvíce mohou sestry ovlivnit indikátory:

- spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí,
- výskyt dekubitů,
- vznik nozokomiálních nákaz.

Domnívám se, že sestry „u lůžka“ mohou ovlivnit všechny indikátory, s výjimkou mixu ošetrovatelského personálu.

63 % sester označilo indikátor spokojenosti sester jako ten, který sestry jsou schopny ovlivnit. Přičemž klima pracovního týmu, spolupráce, soudržnost a komunikace v kolektivu jsou silnými faktory ovlivňující spokojenost zaměstnanců. Pokud budou sestry chodit rády do práce a tuto profesi vykonávat budou své nadšení přenášet i na ostatní. Ovlivní tak i atmosféru celého oddělení i pacienty. Samozřejmě je podstatné i ocenění vedením zařízení (hmotné, nemotné), vytvoření vhodných pracovních podmínek, umožnění dalšího vzdělávání se, poskytnutí ochranných osobních prostředků atd.



Graf č. 6 Možnost ovlivnění kvality ošetrovatelské péče sestrou z pohledu všech dotázaných

3.3 Testování hypotéz

Vždy nejprve uvedu stanovenou nulovou hypotézu a k ní alternativní hypotézu. Seznámím Vás s vypočítaným výsledkem z testování hypotéz. Následovat bude slovní komentář rezultátu. Na základě mých úvah se pokusím definovat příčiny konkrétních závěrů.

Hypotéza H_1

Tato hypotéza se odvíjí od otázky č. 16 (viz příloha č.8).

H_0 : Existuje závislost mezi kvalitou ošetrovatelské péče a sledováním indikátorů kvality ošetrovatelské péče ředitelem zdravotnického zařízení.

H_A : Sledování KOP ředitelem neovlivňuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

Na základě výsledků testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku, která je uvedena v příloze (viz příloha č.10/Tab. K1), přijímáme platnost nulové hypotézy. Dle hodnoty Pearsonova koeficientu lze usuzovat na vyšší míru závislosti mezi testovanými jevy.

Z tabulky č.5 (viz příloha) je patrné, že dle výpovědí hlavních sester se 87,5 % ředitelů nemocnic zajímá o sledování KOP. Údaje jsou nejčastěji hodnoceny vedením nemocnice měsíčně. Kvalita ošetrovatelské péče je v těsném spojení se zájmem ředitele o její úroveň. Vliv má i dobře fungující systém řízení celé nemocnice.

Ředitel zařízení by se, dle mého názoru, měl zajímat o všechny složky organizace. Pokud bude zařízení poskytovat kvalitní služby bude v očích pacientů hodnoceno jako dobré. To znamená prestižní. Důsledkem toho bude mít větší důvěru klientů – současných i potenciálních pacientů i dalších zainteresovaných stran např. pojišťoven. Zájem pacientů o poskytované služby ve svém důsledku povede k vyšší ekonomické prosperitě organizace. Neboť v současné době musí být kladen značný důraz nejen na léčení nemocných, ale i na ekonomické výsledky. Finanční situace nemocnic v dnešní době není jednoduchá.

Výše uvedený závěr není nikterak překvapivý. Je dán poměry v současné společnosti. Do jisté míry je též ovlivněn uplatňováním systému sankcí i odměn jako prostředku motivace zaměstnanců.

Hypotéza H₂

Vychází z otázky č. 17 (viz příloha č.8).

H₀: Existuje závislost mezi kvalitou ošetrovatelské péče a sledováním indikátorů kvality ošetrovatelské péče hlavní sestrou.

H_A: Mezi kvalitou ošetrovatelské péče a sledováním indikátorů hlavní sestrou není závislost.

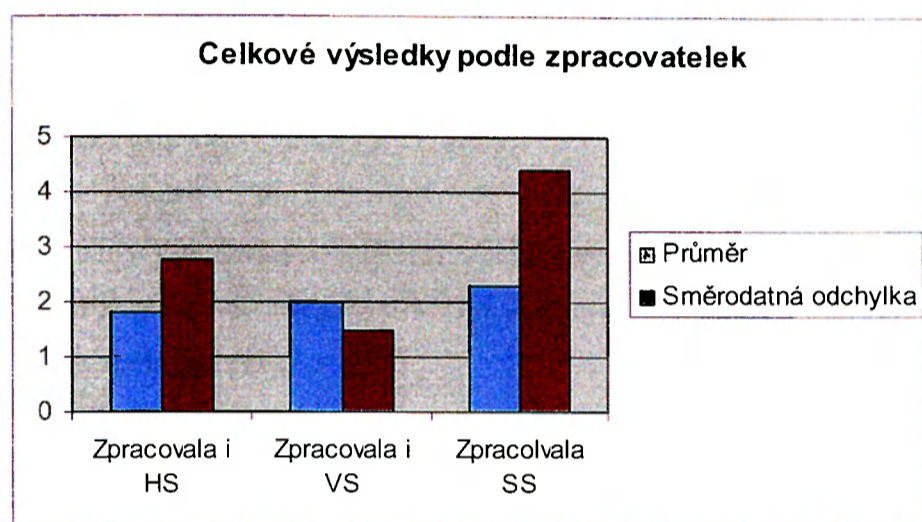
Získané výsledky z testu nezávislosti chí-kvadrátu potvrzují nulovou hypotézu. Hodnota Pearsonova koeficientu byla v tomto případě nejbližší k číslu 1, což naznačuje vysokou míru závislosti (viz příloha č.10/Tab. K2).

Všechny hlavní sestry uvedly, že sledují indikátory KOP v určitém časovém intervalu (viz tabulka č.6.). Přičemž dle výsledků otázky č. 7 (viz tabulka č. 7) je patrné, že indikátory sleduje 87,5 % hlavních sester. Údaje o intervalu vyhodnocování byly rozdílné, od týdenního až po průběžné monitorování. Nejčastěji se vyskytovala varianta „měsíčně“. Odlišnosti jsou u jednotlivých indikátorů.

Potvrzena byla hypotéza o přímém vlivu hlavní sestry na úroveň kvality poskytované ošetrovatelské péče. Tuto formu závislosti jsem očekávala. V případě, že se průběžně hlavní sestra zajímá o dosahovanou úroveň indikátorů KOP, stává se jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících kvalitu ošetrovatelské péče. Podle hodnoty Pearsonova koeficientu byla dokonce prokázána nejvyšší míra závislosti mezi sledovanými jevy. Její zájem na sledování a zvyšování úrovně kvality je podstatný. Je zodpovědná za komplexní řízení ošetrovatelského personálu. Je s ním v těsnějším a častějším kontaktu,

než samotný ředitel. Má detailní znalosti o pracovní náplni sester na jednotlivých odděleních. Disponuje tedy větším vlivem na samotnou ošetrovatelskou péči.

Z grafu č. 7 je patrné, že pokud odpověděla i sama hlavní sestra dosahovala nemocnice lepšího průměrného hodnocení. Nejhorší průměrnou známku a největší odlišnosti v odpovědích vykazovala ta zařízení, kde odpověděly jen staniční sestry.



Graf č. 7 Celkové výsledky podle zpracovatelek

Hypotéza H₃

Souvisí s otázkou č. 6 (viz příloha č.8).

H₀: Úroveň kvality ošetrovatelské péče v nemocnici se odvíjí od existence oddělení sledujícího úroveň kvality ošetrovatelské péče.

H_A: Mezi zřízením oddělení zabývajících se KOP a úrovní poskytované péče není vztah .

Dle testu chí-kvadrátu nezávislosti potvrzují platnost nulové hypotézy. Pearsonův koeficient ukazuje na střední míru závislosti (viz příloha č. 10/Tab. K3).

Těmito výroky byla stvrzena hypotéza, že mezi existencí oddělení které sleduje a řídí kvalitu ošetrovatelské péče a kvalitou je vztah. Celkem 9 (56 %) nemocnic dle odpovědí hlavních sester má zřízeno oddělení zabývajících se sledováním KOP. Označení tohoto oddělení se různí, např. rada pro kvalitu, odd. ošetrovatelství, odd. zvyšování kvality atd. Povědomí o existenci a názvu tohoto oddělení v nemocnici se u respondentů velmi odlišovalo.

Očekávala jsem, že nemocnice toto oddělení mít budou. Neboť si myslím, že pokud má být kvalita řádně monitorována, vyhodnocována a zlepšována, je třeba mít skupinu pracovníků, kteří jsou k tomu určeni a tímto se zabývají. Pokud, má nemocnice oddělení, jehož náplní činností je mimo jiné sledování indikátorů ošetrovatelské péče, dosahovaly v mém výzkumu lepších výsledků. Přínosem je jistě uplatnění programu kontinuálního zvyšování kvality (viz kapitola č. 1). Pracovníci tohoto oddělení jsou, dle mého soudu, odborníky na metodiku stanovování indikátorů, sledování a vyhodnocování. Jejich vědomosti v této oblasti jsou daleko širší, než mají ostatní sestry. Tyto své informace by měly dále šířit mezi ostatní zaměstnance nemocnice, např. pomocí intranetu a pořádáním školeních. Lepší informovanost členů ošetrovatelského týmu také vede ke zvyšování kvality. Výhodou podle mne je, pokud jsou pracovníky oddělení „kvality“ sestry s praktickými zkušenostmi z různých částí nemocnice. Spolupráce oddělení s jednotlivými odděleními by měla být úzká.

Hypotéza H₄

Je vztažena k otázce č. 9 (viz příloha č.8).

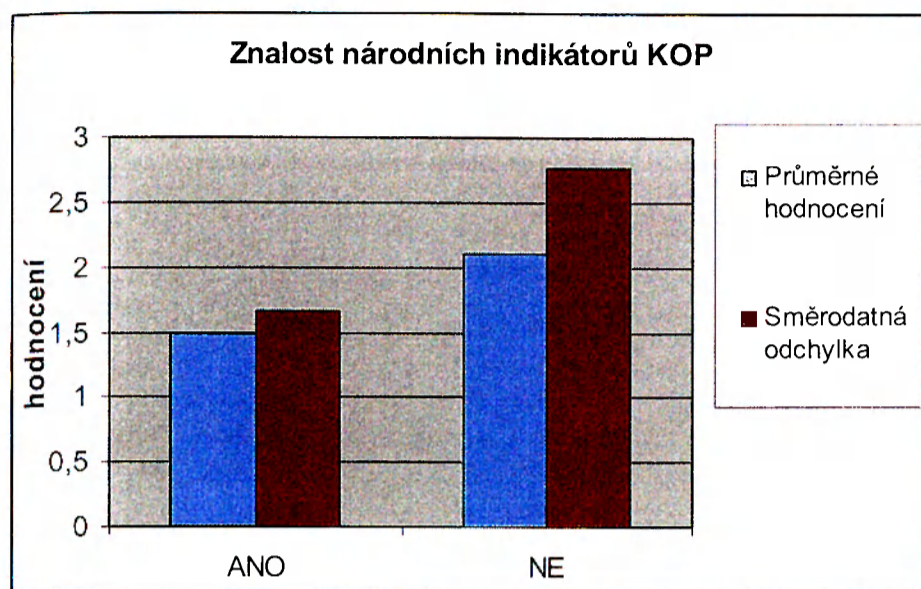
H₀: Znalost národních indikátorů ošetrovatelské péče přispívá ke zlepšování kvality.

H_A: Neznalost národních indikátorů neovlivňuje kvalitu péče.

Vyhodnocení pomocí testu nezávislosti kontingenční tabulky a chí-kvadrátu ukazuje na potvrzení nulové hypotézy. Je zde střední míra závislosti mezi porovnávanými jevy (viz příloha č.10/Tab. K4).

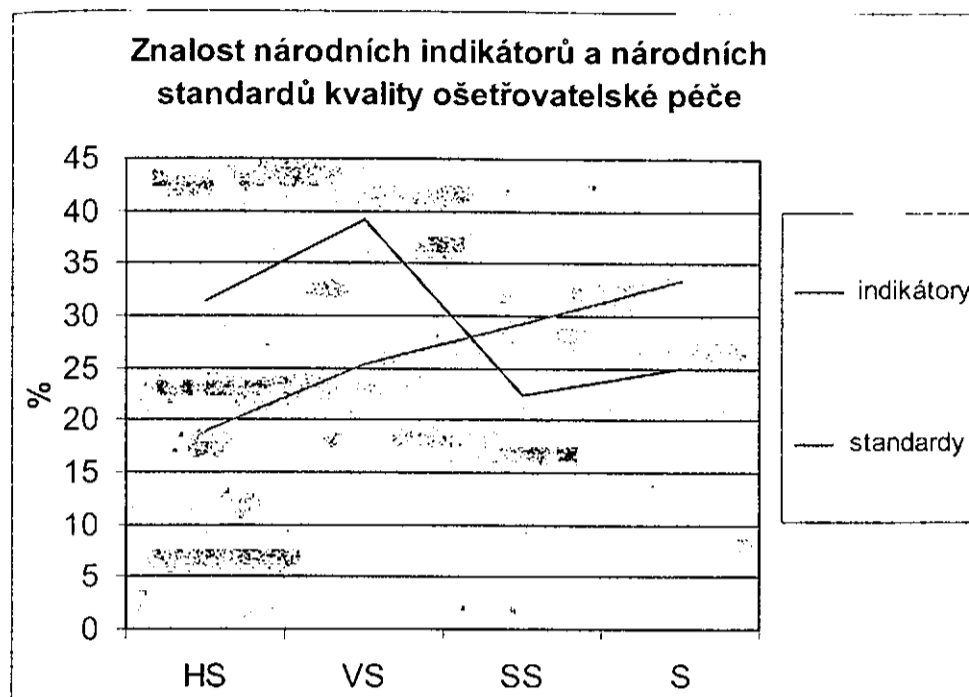
Z výše uvedeného vyplývá, že mezi znalostí indikátorů a kvalitou péče je vztah. Dle mé úvahy je to dáno tím, že pokud sestry znají kritéria znají i standardy z kterých vyplývají. Mohou vhodnými preventivními opatřeními snížit riziko výskytu nežádoucích jevů.

Z grafického zpracování č. 8 je patrné, že nemocnice, kde sestry znají národní indikátory KOP, dosáhly lepší průměrné známky „1,5“ oproti těm, kde znalost byla nízká. Sloupce vpravo ukazují, že tato zařízení dosáhla průměrné známky „2,1“ a vyšší směrodatné odchylky - tzn. , že v hodnocení jednotlivých zařízení byly velké rozdíly.



Graf č. 8 Znalost národních indikátorů kvality ošetrovatelské péče

Znalost indikátorů a standardů podle funkčního zařazení sester je zaznamenána v grafu č. 9. Z tabulky (viz tabulka č.8), která souvisí s touto otázkou je patrné, že kladně odpovědělo 31 % HS, 39 % VS, 22 % SS a 25 % sester. Tyto údaje nejsou moc povzbudivé. Znalosti má pouze cca jedna třetina dotázaných. Znalostmi národních standardů podle vlastního vyjádření disponuje 19 % HS, 25 % VS, 29 % SS a 34 % sester. Je překvapivé, že znalost narůstá s klesajícím pracovním zařazením.



Graf č. 9 Znalost národních indikátorů a národních standardů kvality ošetrovatelské péče.

Hypotéza H₅

Tato domněnka je v kontextu otázky č. 1 (viz příloha č.8).

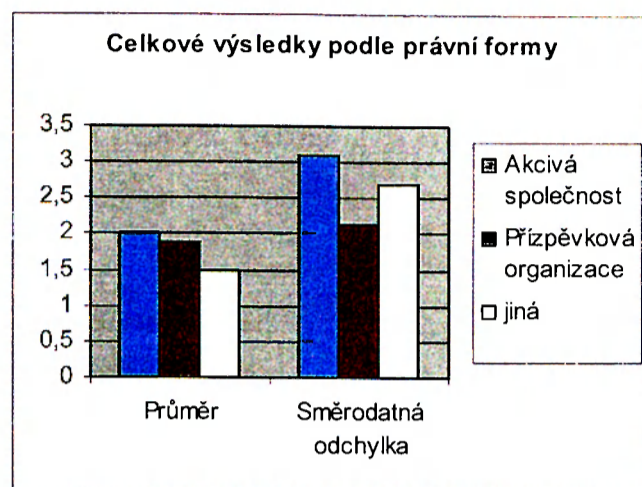
H₀: Existuje závislost mezi kvalitou ošetrovatelské péče a aktuální právní formou zdravotnického zařízení.

H_A: Mezi KOP a právní formou není žádný vztah.

Na základě výsledků z dotazníků vyplývá v tomto případě platnost alternativní hypotézy (viz příloha č. 10/Tab. K5).

Mezi dosahovanou kvalitou ošetrovatelské péče a právní formou nemocnice nebyl ve výsledcích průzkumu zjištěn žádný přímý vztah. Je možné, že tento fakt je způsoben nedostatečně dlouhou dobou přeměny právních forem zdravotnických zařízení. Ještě v nedávné minulosti byla všechna zařízení státní. Potvrzení hypotézy o nezávislosti jeví mne nepřekvapil.

Z uvedeného grafu č. 10 jsou patrné malé rozdíly v celkovém průměrném hodnocení za nemocnici vzhledem k právní formě zařízení. Nejvyšší směrodatná odchylka je u akciových společností.



Graf č. 10 Celkové výsledky podle právní formy ZZ

Hypotéza H₆

Je stanovena na základě znění otázky č. 25 (viz příloha č.8).

H₀: Nejvyšší dosažené vzdělání hlavní sestry ovlivňuje kvalitu poskytované ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení.

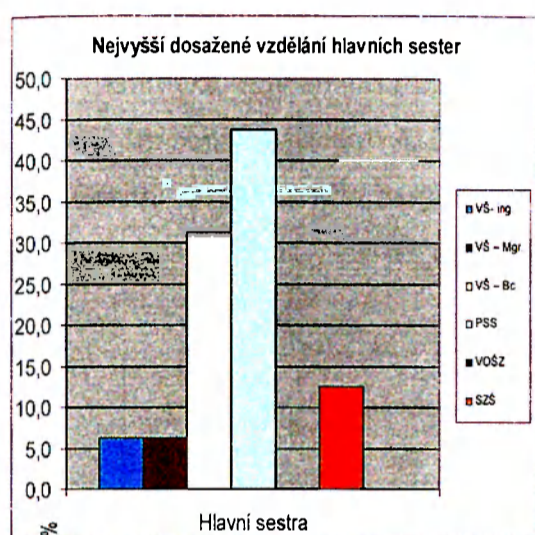
H_A: Kvalita ošetrovatelské péče nezávisí na vzdělání hlavní sestry.

Ze statistického testování hypotéz je zřejmá nezávislost kvality péče na dosaženém stupni vzdělání hlavní sestry. Byla tedy potvrzena platnost alternativní hypotézy (viz příloha č. 10/Tab. K6).

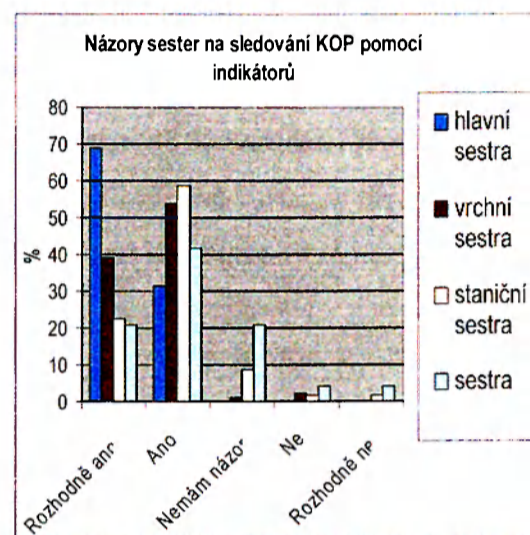
Tento výsledek mne překvapil. Výše uvedené si odůvodňuji následovně. V této oblasti ošetrovatelské péče není stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání hlavní sestry jediným rozhodujícím faktorem. Vliv má celá řada dalších faktorů. Mezi ně jistě patří i povahové rysy, osobnostní předpoklady a zájem hlavní sestry o tuto problematiku a podpora vedení nemocnice.

Z grafického vyjádření č. 11 je patrné, že respondentky pracující na pozici hlavní sestry mají PSS a VŠ-Bc. jako nejvyšší dosažené vzdělání. Téměř 45 % jich uvedlo pomaturitní specializační studium. Sedm hlavních sester má vysokoškolské vzdělání a dvě vysokou školu studují. Vzhledem k počtu nelze konstatovat, zda je tento soubor reprezentativní a výsledek objektivní z pohledu všech nemocnic v ČR.

Z grafu č. 12 můžeme vyčíst názory sester na to, zda by se KOP měla sledovat. Odpovědi jsou barevně odlišeny dle jejich funkcí. Všechny dotázané hlavní sestry zastávají názor, že KOP se má sledovat. Celkem 2 % vrchních, 3,5 % staničních a 8 % sester má opačný názor.



Graf č. 11 Nejvyšší dosažené vzdělání hlavních sester



Graf č. 12 Názory sester na sledování KOP pomocí indikátorů

Z odpovědí na otázku č. 27 (viz tabulka č. 9) lze vyčíst, že hlavní sestry se o této problematice nejvíce dozvídají na externím školením, samostudiem a při studiu VŠ. Jedna získala vědomosti a zkušenosti na zahraniční stáži.

Z odpovědí na otázku č. 28 vyplývá, že všechny hlavní sestry navštěvují odborné konference. Dále se zúčastňují akreditovaných/certifikovaných kurzů a odborných seminářů (viz tabulka č.10).

Hypotéza H₇

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 8 (viz příloha č. 8).

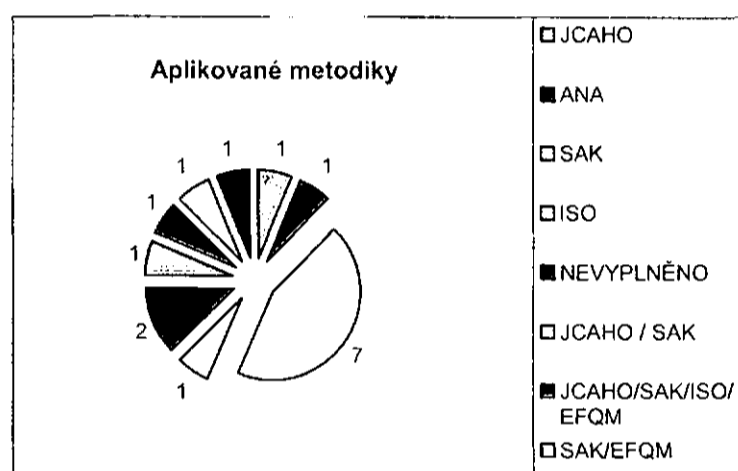
H₀: Existuje přímý vztah mezi zavedenou metodikou a dosahovanými výsledky v oblasti kvality ošetrovatelské péče.

H_A: Používaná metodika řízení nemá vliv na kvalitu ošetrovatelské péče daného zařízení.

Vzhledem k výsledkům mohu konstatovat, že nebyla prokázána závislost mezi zavedenou metodikou a kvalitou ošetrovatelské péče ve sledovaném vzorku nemocnic (viz příloha č. 10/Tab. K7).

Tímto testem jsem potvrdila tezi uváděnou v odborné literatuře. Nezáleží na použité metodice, ale na jejím řádném zavedení a splňování jejích požadavků. Podstatná je hlavně funkčnost systému řízení kvality.

Grafické vyhodnocení č. 13 odpovědí hlavních sester týkajících se používaných metodik lze popsat následovně. Je vidět zřejmá převaha (43 %) aplikací metodik dle SAK-ČR. Ostatní metodiky jsou zastoupeny ojedinele, je to zřejmě i tím, že do výzkumu bylo zapojeno 27 nemocnic. Některá zařízení používají různé kombinace metodik.



Graf č. 13 Aplikované metodiky ve zdravotnických zařízeních

Hypotéza H₈

Přímo souvisí s otázkou č. 10 (viz příloha č. 8).

H₀: Kvalita ošetrovatelské péče je závislá na délce zavedení a sledování indikátorů.

H_A: Není závislost mezi dobou zavedení a aktuální dosahovanou kvalitou péče.

V tomto případě bylo vyvráceno tvrzení o závislosti. Na základě statistických výpočtů nebyla potvrzena platnost nulové hypotézy (viz příloha č. 10/Tab. K8).

Tato informace mne překvapila. Očekávala jsem, že pokud je systém zaveden delší dobu je více zažit všemi zúčastněnými. Je možné, že toto ovlivnil i fakt, že některé nemocnice s dlouholetým sledováním pracují zřejmě podle neinovovaných postupů.

Z tabulky č. 11 (viz příloha) je patrné, že sledováním alespoň jednoho indikátoru, se nemocnice zabývají delší časové období 3 až 10 let. Tři zařízení zavedla sledování v roce 2005. Jedna hlavní sestra označila variantu „nesledováno“. Povědomí o časovém údobí sledování KOP v zařízeních bylo nejednotné.

Závěr

Jedním z úkolů práce bylo zpracovat teoretický úvod k systémům řízení kvality ve zdravotnických zařízeních.

V teoretické části jsou z odborné literatury převzaty obecné zásady a jednotlivé systémy řízení kvality a možnosti jejich aplikace v prostředí nemocnic. Je zde zmiňován i vstup ČR do Evropské unie. Tato událost přinesla mnoho změn také v oblasti zdravotnictví. Dále je charakterizována koncepce ošetrovatelství tak, jak vychází z naší legislativy. Jsou zde vyjmenovávány vybrané indikátory kvality ošetrovatelské péče a jejich stručné popisy.

V metodické části je popsána teorie výzkumu obecně. Ošetrovatelský výzkum má však svá specifika. I ta jsou zde uváděna. Dále je zde popsán vznik dotazníku a jeho úpravy po předvýzkumu. Je uveden i návod na tvorbu dotazníku.

V třetí kapitole je popsán vlastní ošetrovatelský výzkum. Ošetrovatelský výzkum se skládal ze dvou částí. Nejprve je objasněn smysl předvýzkumu. Vlastní výzkum byl proveden ve 27 zdravotnických zařízeních. Byl proveden dotazníkovou metodou. Jednalo se o zmapování teoretických vědomostí, znalostí a praktických zkušeností sester. Výsledky charakterizují stav sledování kvality ošetrovatelské péče sestrami.

Dalším cílem diplomové práce bylo zmapování rozsahu sledování kvality ošetrovatelské péče ve vybraných zdravotnických zařízeních ČR.

Obsah čtvrté kapitoly tvoří výsledky vlastního výzkumu. Jsou zde uvedeny hypotézy. U některých je prokázána shoda, jiné jsou v rozporu. V práci je popsán vztah znalostí národních indikátorů, zájmem vedení nemocnice, existencí oddělení zabývajícího se sledováním a dosahované kvality ošetrovatelské péče. Velice zajímavé jsou subjektivní názory jednotlivých sester. Mne osobně překvapily odpovědi v otázce týkající se dosahované úrovně poskytované péče, kdy sestry péči hodnotí velmi kladně.

Bylo by přínosné a zajímavé udělat kontrolní výzkum s časovým odstupem. Zeptat se sester – respondentek na to, zda přečtení a vyplňování dotazníku je obohatilo novými informacemi. Teoretické i praktické závěry vycházející z daného výzkumu lze aplikovat do praxe.

Celkově musím říci, že jsem zastáncem sledování kvality ošetrovatelské péče. Jako vhodnou vidím metodu vypracování standardů ošetrovatelských postupů s určením odpovídajících indikátorů. Domnívám se, že pro tuto činnost by měly být zvlášť vyčleněny sestry. Nedostatky vidím i v nejednoznačnosti odpovědností. Sledování a zaznamenávání nevidím jako zbytečné „papírování“, jako jedna z respondentek. Jak jinak posoudit vývoj

kvality poskytované péče? Tento můj názor ovlivnily i mé hospitalizace. Zdravotník – pacient se totiž začne na určité věci dívat jinak.

Závěrem musím konstatovat, že příprava diplomové práce mne obohatila. Studium odborné literatury jsem si rozšířila pohled nejen v oblasti ošetrovatelství, ale i v oblasti managementu a systémů řízení kvality ve výrobní i službové sféře. Po zkušenostech, které jsem získala výzkumem, si musím přiznat, že bych nyní postupovala jinak. Zaměřila bych se více na dobu sledování u jednotlivých indikátorů ne komplexně, jak je to provedeno ve výše popsaném výzkumu. Zajímala bych se i o systémy poskytování ošetrovatelské péče. Detailněji bych zkoumala, co si respondentky představují pod pojmem „ošetrovatelská dokumentace“. Toto vše by mohlo být zohledněno v dalším výzkumu. Neopomenutelná je i zkušenost práce s výpočetní technikou a specifickým programem Excel. Troufám si říci, že se má „počítačová gramotnost“ touto praxí zvýšila.

Teoretické i praktické poznatky vyplývající z diplomové práce lze aplikovat v kterémkoliv zdravotnickém zařízení u nás i ve světě.

Seznam použitých zkratk

KOP	kvalita ošetrovatelské péče	
KZK	Program kontinuálního zvyšování kvality	
NN	nozokomiální nákaza	
URA	úrazy, pády pacientů	
SPOKP	spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí	
SPOKB	spokojenost pacientů s kontrolou bolesti	
SPOKE	spokojenost pacientů s edukací	
DEK	výskyt dekubitů - proleženin	
SPOKS	spokojenost sester	
MIX	mix sester a pomocného ošetrovatelského personálu	
OSEH	celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden	
LŮŽKODEN	Obložnost jednoho lůžka jeden den	
HPPD	Počet hodin na lůžkoden	
MIMOR	mimořádné události	
JCAHO	Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
JCI, JCIA	Spojená mezinárodní komise	Joint Commission International
ANA	Americká asociace sester	American Nursing Association
SAK	Spojená akreditační komise České republiky	
ISO	Mezinárodní organizace pro standardizaci	International Organization for Standardization
EN	Evropská norma	

ČSN	Česká technická norma	
EFQM	Evropská nadace pro řízení kvality	The European Foundation for Duality Management
TQM	Totální řízení kvality	Total Quality Management
ISQua	Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví	The Intenational Society for Duality in Health Care
KZK	Program kontinuálního zvyšování kvality	
WHO	Světová zdravotnická organizace	
ČR	Česká republika	
EU	Evropská unie	
SZŠ	Střední zdravotnická škola	
VOŠZ	Vyšší odborná škola zdravotnická	
PSS	Pomaturitní specializační studium	
VŠ – Bc.	Vysokoškolské vzdělání – bakalářský stupeň	
VŠ – Mgr	Vysokoškolské vzdělání – magisterský stupeň	
VŠ – Ing.	Vysokoškolské vzdělání – inženýr	
ZZ	Zdravotnické zařízení	
HS	Hlavní sestra	
VS	Vrchní sestra	
SS	Staniční sestra	
S	Zdravotní sestra	
CHIR	Chirurgické oddělení	
ARO	Anesteziologicko- resuscitační oddělení	
ORTO	Ortopedické oddělení	
URO	Urologické oddělení	
GYNPOR	Gynekologicko- porodnické oddělení	
NEU	Neurologické oddělení	

NEU- JIP	Neurologická jednotka intenzivní péče	
NEUROCHIR	Neurochirurgické oddělení	
DEO	Dětské oddělení	
DEO- JIP	Dětská jednotka intenzivní péče	
SÁLY	Operační sály	
GER	Geriatrické oddělení	
NASL	Oddělení následné péče	
INT	Interní oddělení	
INT- JIP	Interní jednotka intenzivní péče	
KJIP	Koronární jednotka intenzivní péče	
MJIP	Metabolická jednotka intenzivní péče	
GASTRO	Gastrologické oddělení	
OČNÍ	Oční oddělení	
ONKO	Onkologické oddělení	
INF	Infekční oddělení	
KOŽNÍ	Kožní oddělení	
ORL	Ušní- nosní- krční oddělení	
RHB- L.	Rehabilitační oddělení- lůžková část	
TRN	Plicní oddělení	
EPI	Epidemiologické oddělení	

Seznam použité literatury

- BÁRTLOVÁ S. a kolektiv autorů, *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-416-X.
- BENGT K., SVANTE O., *Benchmarking Jak napodobit úspěšné*. Přel. L.Faldová. 1. vydání, Praha: Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-85865-23-8.
- CIHLÁŘ, J., PELIKÁN, Š. *Statistika cvičení*. 1. vydání. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta v Ústí nad Labem, 1987.
- GLADKIJ I. a kolektiv autorů, *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- FERJENČÍK J., *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Přel. P. Bakalář, 1. vyd. Praha : Portál, s. r. o., 2000. ISBN 80-7178-367-6.
- GLADKIJ I. a kolektiv autorů, *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
- GROHAR - MURRAY M. E., DiCroce H. R., *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Přel. J. Heřmanová, V. Topilová. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.
- CHARVÁTOVÁ J., *Testování matematických vědomostí studentů maturitního ročníku gymnázií a středních odborných škol*. Diplomová práce. Ústí nad Labem: 2006
- KALVACH Z., HOŠKOVÁ B., *Pády ve stáří – Cvičební program k jejich prevenci a zvládnutí*. 1.vydání. Praha: SZÚ, 1999. ISBN 80-7071-139-6.
- Kolektiv autorů, *Lemon 3, Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Přel. J. Heřmanová, M. Staňková, 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80-7013-244-2.
- Kolektiv autorů, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice; komentovaný oficiální překlad*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0629-6.
- Kolektiv autorů, *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1.vydání. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.
- KŘIVOHLAVÝ J., *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002.. ISBN 80-247-0197-0.
- MARX D., VLČEK F., *Národní akreditační standardy pro nemocnice, Manuál a metodika plnění*. 1. vydání. Praha: SAK – ČR, 2005

MIŠOVIČ J., *V hlavní roli OTÁZKA. Průvodce přípravou otázek v sociologických a marketingových výzkumech.* Praha: 2001. ISBN 80-238-6500-5.

MUNZAROVÁ M., *Lékařský výzkum a etika.* 1. vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0924-4.

PAVLOVA K. a kolektiv autorů, *Sociální výzkum podnik a management průvodce manažera v oblasti výzkumu hospodářských organizací.* 1. vydání. Praha: EKOPRESS, 2000. ISBN 80-86119-25-4.

PEŠEK J., *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO.* 1. vydání. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0551-6.

PEŠEK J., PAVLÍKOVÁ J., *Naše zdravotnictví a lékárenství v EU.* 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1392-6.

POCHYLÁ K., *České ošetřovatelství 1 – Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie.* 2. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-420-8.

ROZSYPALOVÁ M., ŠAFRÁNKOVÁ A., *Ošetřovatelství I pro 1. ročník středních zdravotnických škol.* 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-96-3.

STAŇKOVÁ M., *České ošetřovatelství 6 Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi, Ediční řada – Praktické příručky pro sestry.* 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2000. ISBN 80- 7013-323-6.

ŠKRLOVI P. a M., *Kreativní ošetřovatelský management.* 1. vydání. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

TRACHTOVÁ E. a kolektiv autorů, *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.

WALLACE M., Evropská unie, *Standardy pro obory ošetřovatelství a porodní asistenci.* WHO: 2001.

www.linnet.cz: Sestav si: Vyhledávání vhodné matrace [10.4 2006]

www.rebeka.cz/intermed: Indikátory kvality v ošetřovatelství, 10.1 2005 [10.11 2005]

www.cert.cz: Informace pro žadatele držitele certifikátů 1.6. 2002 [15.4 2006]

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 Obecná kontingenční tabulka (viz kapitola č. 1)
- Tabulka č. 2 Základní charakteristika a počty respondentů v průzkumu
- Tabulka č. 3 Respondetky dle nemocnic, funkce a oddělení
- Tabulka č. 4 Používané nástroje zlepšování KOP
- Tabulka č. 5 Časové intervaly sledování indikátorů ředitelem ZZ
- Tabulka č. 6 Časové intervaly sledování indikátorů hlavní sestrou ZZ
- Tabulka č. 7 Sledovanost kvality ošetrovatelské péče pomocí indikátorů
- Tabulka č. 8 Znalost národních indikátorů a národních standardů
- Tabulka č. 9 Zdroje informací o indikátorech KOP
- Tabulka č. 10 Formy dalšího vzdělávání sester
- Tabulka č. 11 Doba sledování a hodnocení indikátorů kvality
ošetrovatelské péče

Otázka č. 4	
Pracovní pozice	Počet
Hlavní sestra	16
Vrchní sestra	87
Staniční sestra	58
Sestra	24
Nevyplněné	5
CELKEM	190

Tab. č. 2 Základní charakteristika a počty respondentů v průzkumu

Otázka č. 4									
Kód nemocnice	HS	VS	SS	S	nevyplněno	celkem	Vrchní sestra- oddělení	Staniční sestra-oddělení	Sestra- oddělení
1		6				6	CHIR,ARO,ORTO,URO,GYNPOR		
2		5	2		1	8	CHIR,NEU,ORTO,NEUROCHIR		INT
3	1	3	1			5	DEO,SÁLY,NASL	CHIR	
4		2	5	1	1	9	DEO,NASL	CHIR,INT,GYNPOR	CHIR
5	1	1	9		1	12	GYNPOR	CHIR,INT,URO,ARO,NEU,DEO-JIP	
6	1	2		1	1	5	CHIR,INT		NASL
7			2			2		INT,NASL	
9	1	4	6	2		13	SÁLY	CHIR,ARO,ONKO	NEU-JIP,INT-JIP
10			3	8		11		GASTRO,ONKO	TRN,ONKO,NEU-JIP, GASTRO
11		9				9	ORTO,URO,NEU,OČNÍ,GYNPOR		
12		4	4			8	CHIR,ARO,ONKO	ARO,DEO,INT-JIP	
13	1	3				4	CHIR,ARO		
14		2	4	2		8		CHIR,ORTO,RHB-L	CHIR
15	1		6			7		CHIR,NEURO	
16	1	2		1		4	INT		SÁLY
17		7	10			17	CHIR,INT,NEU,ORTO,INF	CHIR,INT,MJIP,KJIP	
18	1		5	2		8		INT,NEU,KOŽNÍ,NASL	
20	1	7				8	INT,ORTO,NEURO,URO,ARO,NASL		
21	1	7			1	9	CHIR,INT,ARO,ORTO,DEO,GER		
24			1	4		5		NEURO-JIP	ARO
25	1			1		2			
26	1	11				12	CHIR,DEO,NEU,ORTO,ORL,ARO,OČNÍ,RHB-L,		
29	1	2		1		4	CHIR,INT		ARO
30	1	3		1		5	INT, GYNPOR, X		EPI
31	1					1			
33	1	3				4	CHIR,INT,ARO		
34		4				4	CHIR,INT,DEO,GER		
celkem	16	87	58	24	5	190			

Tab. č.3 Respondentky dle nemocnic - funkce - oddělení

	Otázka č.18											
	Hlavní sestra / počet ZZ			Vrchní sestra / počet ZZ			Staniční sestra / počet ZZ			Sestra / počet ZZ		
	ANO	%	NE	ANO	%	NE	ANO	%	NE	ANO	%	NE
Nástroje kvality												
Audity ošetrovatelské péče	12/12	75	4/4	62/14	71	24/10	40/10	69	16/8	11/6	46	12/7
Průzkum spokojenosti pacientů	16/16	100	-	81/17	93	5/5	47/12	81	9/5	18/11	75	5/2
Ošetrovatelské standardy	15/15	94	1/1	79/17	91	7/5	48/11	83	8/3	17/9	71	6/4
Odborné standardy	16/16	100	-	81/17	93	5/5	52/11	90	4/2	19/10	79	4/3
Odborné semináře	16/16	100	-	2/2	2	83/17	2/2	3	52/12	0		23/11
Nevím	-			2/2	2		2/2	3		-		
Další formy												
Inovační kurzy	1/1	6		1/1	1							
kontrola				2/1	2							
Porady vedení	1/1	6										
Provozní schůze				1/1	1							
samostudium				2/2	2		2/2	3				
stáže	1/1	6		1/1	1							
vzdělávání							1/1	1				
Sesterské vizity	1/1	6		1/1	1							

Tabulka č. 4 Používané nástroje zlepšování KOP

Otázka č. 16				
Časový interval	Hlavní sestra / počet ZZ (kód ZZ)	Vrchní sestra / počet ZZ (kód ZZ)	Staniční sestra / počet ZZ (kód ZZ)	Sestra / počet ZZ (kód ZZ)
Týdně		1/1 (16)		
Měsíčně	7/7 (5,6,9,20,21,26,29)	30/14 (1,2,4,5,6,9,11,16,17,20,21,26,29,34)	18/8 (2,4,5,7,12,14,15,18)	1/1 (4)
Ročně	3/3 (3, 30,31)	9/8 (1,14,17,20,21,29,33,34)	2/2 (10,15)	2/2 (10/29)
Nevím	1/1 (25)	23/14 (1,2,3,4,6,1,12,14,17,20,21,26,30,34)	14/11 (2,3,4,5,7,10,12,14,15,18,24)	13/7 (3,10,14,16,18,24,25)
Nevyplněno	0	4/3	3/3	2/1
Jinak	-	-	-	-
4x za rok	1/1 (3)	-	1/1 (5)	2/2 (10,30)
2x za rok	2/2 (15,33)	1/1 (33)	1/1 (18)	-
Jen při nahlášení		1/1 (12)		
Průběžně bez určení periody	2/2 (13,16)	11/4 (2,9,13,17)	17/3 (9,12,17)	3/2 (9,18)
nepravidelně		1/1 (34)		
namátkově		1/1 (20)		
Nesleduje	1/1 (18)	1/1 (12)	2/2 (4,18)	1/1 (24)

Tab. č 5 Časové intervaly sledování indikátorů ředitelem ZZ

Otázka č. 17				
Časový interval	Hlavní sestra / počet ZZ (kód ZZ)	Vrchní sestra / počet ZZ (kód ZZ)	Staniční sestra / počet ZZ (kód ZZ)	Sestra / počet ZZ (kód ZZ)
Týdně	1/1 (25)	4/3 (1,5,9)	1/1 (5)	
Měsíčně	10/10 (5,6,9,15,20,21,26,29,30,31)	54/17 (1,2,3,4,9,11,12,13,14,16,17,20,21,26,29,30,34)	33/9 (2,4,5,7,9,12,14,15,18)	9/6 (4,9,10,16,18,29)
Ročně	2/1 (3,18)	3/2 (14,33)	1/1 (10)	-
Nevím	-	10/8 (1,2,3,4,6,12,21,34)	6/6 (2,3,4,5,12,24)	8/5 (6,10,14,24,25)
Nevyplněno	-	1/1 (3)	3/3 (10,12,18)	2/1 (10)
Jinak				
4x za rok	-	4/3 (6,20,30)	3/3 (5,10,17)	3/2 (10,30)
2x za rok	2/2 (3,33)	1/1 (33)		
Průběžně bez určení periody	2/2 (13,16)	7/3 (2,13,17)	9/1 (17)	1/1 (18)
namátkově		1/1 (20)		
Nesleduje		1/1 (12)	1/1 (18)	
různě	1/1 (30)	1/1 (20)		

Tabulka č. 6 Časové intervaly sledování indikátorů hlavní sestrou ZZ

Otázka č. 7			
Podle funkcí sester		Počet	%
Hlavní sestra	Ano	14	87,5
	Ne	2	12,5
Vrchní sestra	Ano	68	78,2
	Ne	10	11,5
	Nevím	6	6,9
	Nevyplněno	3	3,4
Staniční sestra	Ano	38	65,5
	Ne	11	19,0
	Nevím	8	13,8
	Nevyplněno	1	1,7
Sestra	Ano	9	37,5
	Ne	9	37,5
	Nevím	6	25,0
Nevyplněno		5	12,6
Celkem		190	

Tab. č. 7 Sledovanost kvality ošetrovatelské péče pomocí indikátorů

Otázka č. 9 a 20								
Znalost národních indikátorů KOP	Hlavní sestra		Vrchní sestra		Staniční sestra		Sestra	
	počet resp/ZZ	%	počet resp/ZZ	%	počet resp/ZZ	%	počet resp/ZZ	%
- ano	5 / 5	31,3	34 / 13	39,1	13 / 4	22,4	6 / 4	25,0
- ne	8 / 8	50,0	46 / 16	51,7	43 / 12	74,1	17 / 8	70,8
- nevyplněno	3 / 3	18,8	7 / 4	8,0	2 / 2	3,4	1	4,2
Znalost národních standardů KOP								
- ano	3/3		22/10		17/5		8/5	
- ne	13/13		60/17		37/12		14/8	
- nevyplněno	-		5/5		4/3		2/1	

Tab. č. 8 Znalost národních indikátorů a národních standardů

Otázka č. 27			
Zdroj informací o problematice sledování za pomoci indikátorů KOP	Typ a léta studií	Počet ANO	Počet NE
Studiu	VŠ (léta studií 1988 – 2005)	26	139
	VOŠZ (1991 – 2001)	3	161
	SZŠ (1973 – 2002)	11	153
samostudium		101	63
školení interní		80	85 Počet ZZ 23
školení externí		66	99
Nezískala nikde (ukončila 1986 - ss int a 1999 - s aro)		2	
Nevyplněno		24	

Tab. č. 9 Zdroje informací o indikátorech KOP

Otázka č. 28		
Forma dalšího vzdělávání (počet/nevyplněno)		
studuji	VŠ (2 HS, 2 VS, 7 SS, 1 X)	12/4
	VOŠZ	0/4
	PSS (6 VS, 2 SS, 1 S)	9/4
Jiné formy vzdělávání	nespecifikované	31
	samostudium	20
	internet	5
	Odborná liter.	2
	časopisy	1
Účastním se	Akred.kurzů	143/4
	Odborné stáží	60/4
	Odb. konferencí	131/4
	Odb. seminářů	166/4
Nevzdělávám se (ukončila 1988)		1

Tab. č. 10 Formy dalšího vzdělávání sester

Otázka č. 10				
Doba sledování	Hlavní sestra / počet ZZ	Vrchní sestra / počet ZZ	Staniční sestra / počet ZZ	Sestra / počet ZZ
více než 10 let	0	0	0	0
řádově 6-10 let	5 / 5	26 / 13	15 / 4	6 / 5
řádově 3 – 5 let	5 / 5	24 / 14	11 / 6	7 / 5
řádově 2 – 3 roky	2 / 2	14 / 6	15 / 5	0
zavedeno v letošním roce	3 / 3	9 / 3	0	0
nesledováno	1 / 1	5 / 4	5 / 3	4 / 4
nevím	0	4 / 3	9 / 6	7 / 3
nevyplněno	0	5 / 4	3 / 2	1 / 1

Tab. č. 11 Doba sledování a hodnocení indikátorů kvality ošetřovatelské péče

Seznam grafů

- Graf č. 1 Zastoupení nemocnic dle krajů
- Graf č. 2 Vzdělanostní struktura sester
- Graf č. 3 Sledovanost indikátorů KOP dle odpovědí hlavních sester
- Graf č. 4 Pořadí důležitosti indikátorů podle pracovního zařazení
- Graf č. 5 Vývoj kvality ošetrovatelské péče podle názoru
- Graf č. 6 Možnost ovlivnění kvality ošetrovatelské péče sestrou
z pohledu všech dotázaných
- Graf č. 7 Celkové výsledky podle zpracovatelek
- Graf č. 8 Znalost národních indikátorů kvality ošetrovatelské péče
- Graf č. 9 Znalost národních indikátorů a národních standardů
kvality ošetrovatelské péče.
- Graf č. 10 Celkové výsledky podle právní formy ZZ
- Graf č. 11 Nejvyšší dosažené vzdělání hlavních sester
- Graf č. 12 Názory sester na sledování KOP pomocí indikátorů
- Graf č. 13 Aplikované metodiky ve zdravotnických zařízeních

Seznam příloh

Příloha č. 1 Věstník MZ ČR, MO č. 9 Koncepce ošetřovatelství

Příloha č. 2 Linet – tabulka pro výpočet rizika vzniku dekubitu

Příloha č. 3 Metodické opatření MZ č.16/98

Příloha č. 4 SAK - Národní akreditační standardy pro nemocnice

Příloha č. 5 JCIA standardy

Příloha č. 6 ANA standardy

Příloha č. 7 Dotazník verze pro předvýzkum

Příloha č. 8 Dotazník verze pro výzkum

Příloha č. 9 Vzory ošetřovatelské dokumentace

Příloha č. 10 Kontingenční tabulky

Příloha č. 1

Ročník 2004

V ě s t n í k

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Částka 9

Vydáno: ZÁŘÍ 2004

Kč

OBSAH

METODICKÁ OPATŘENÍ

9. Koncepce ošetřovatelství str. 2

ZPRÁVY A SDĚLENÍ

1. Stanoviska Komise pro posuzování rozmístění přístrojů vybrané zdravotnické techniky str. 9
2. Informace o Seznamu léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění str. 11
3. Zveřejnění vydaných rozhodnutí o registraci léčivých přípravků, jejich změny, prodloužení a zrušení a povolení výjimek v roce 2002 str. 15
4. Průběžná informace o platných právních předpisech a směrnicích (instrukcích) vydaných na úseku Ministerstva zdravotnictví publikovaných ve Sbírce zákonů - doplnění str. 31

METODICKÁ OPATŘENÍ

9.

KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ

ZN.: 21581/04/VVO

REF.: Dagmar Prokopiusová, Bc. tel. 22497 linka 2555

Ministerstvo zdravotnictví vydává metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové nebo ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob.

1 Úvod

Ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi.

Součástí ošetrovatelství je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované péče i paliativní péče.

Ošetrovatelství si v ústavní, ambulantní i komunitní péči vytvořilo vlastní pole působnosti, v němž ošetrovatelský personál pracuje výrazně samostatněji. Charakteristickými rysy ošetrovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých nebo pozmeněných onemocněním.

Tato činnost vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu ošetrovatelské péče. K moderním trendům ošetrovatelství patří mimo jiné poskytování ošetrovatelské péče vícestupňovým způsobem, jehož předpokladem je ošetrovatelský tým, složený z ošetrovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace. Kompetence těchto pracovníků jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace.

Předložená koncepce vychází z Koncepce ošetrovatelství České republiky z roku 1998, respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetrovatelství a porodní asistence v 21. století.

Koncepce klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetrovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetrovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím.

Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení. Předložená koncepce vychází ze systému vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nelékařským zdravotnickým pracovníkům a jejich zápisu do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Lze očekávat, že systematické používání této koncepce v praxi se odrazí ve zkvalitnění celkové péče o zdraví české populace, a to nejen v kvalitnější ošetrovatelské ústavní, ambulantní i domácí péči, pevného zakotvení v integrované a paliativní péči, ale i v komunitní ošetrovatelské péči na úseku prevence a výchovy ke zdraví.

Koncepce ošetrovatelství je základním východiskem pro tvorbu koncepcí ošetrovatelství v jednotlivých klinických oborech.

2 Definice, cíle a charakteristika oboru

2.1 Definice ošetrovatelství

Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.

Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetrovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči.

2.2 Cíle ošetrovatelství

Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetrovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky.

Cílem ošetrovatelství je:

- podporovat a upevňovat zdraví,
- podílet se na navrácení zdraví,
- zmírňovat utrpení nemocného člověka,
- zajistit klidné umírání a důstojnou smrt.

2.3 Charakteristické rysy ošetrovatelství jsou:

- poskytování aktivní ošetrovatelské péče,
- poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu,
- poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem
- holistický přístup k nemocnému,
- preventivní charakter péče,
- poskytování péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (vícestupňový způsob).

3 Pracovníci v oboru a jejich vzdělávání

Ošetrovatelskou péči podle uvedené koncepce zajišťují zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezeném zákonem¹ a zvláštním právním předpisem²:

- 1) Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti.
- 2) Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením.

Činnosti jednotlivých kategorií ošetrovatelských pracovníků jsou stanoveny zvláštním právním předpisem². Podrobněji jsou rozpracovány zaměstnavatelem příslušného zdravotnického zařízení.

3.1 Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství

3.1.1 Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti

- a) **Kvalifikační studium** probíhá na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách v souladu s příslušnými směrnicemi Evropské unie.
- b) **Celoživotní vzdělávání**, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilost v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Součástí celoživotního vzdělávání je také specializační vzdělávání, které je zaměřeno na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Probíhá v akreditovaných zařízeních. V rámci celoživotního vzdělávání je možné v oboru ošetrovatelství získat vyšší stupně akademického vzdělání (magisterské a doktorské).

3.1.2 Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením

- c) **Kvalifikační studium** probíhá na střední zdravotnické škole nebo v akreditovaném kvalifikačním kurzu.
- d) **Celoživotní vzdělávání**, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.

¹ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

² Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

3.2 Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu¹

V průběhu aktivního výkonu ošetrovatelské profese se zdravotničtí pracovníci registrují v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Registr je veřejně přístupný, s výjimkou údajů o rodném čísle a trvalém pobytu³ a je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Poskytuje informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči.

3.3 Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registrace)⁴

Zápis v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu motivuje sestry k dalšímu a celoživotnímu vzdělávání, usnadní jejich profesní uplatnění v rámci Evropské unie. Dokladem o registraci zdravotnických pracovníků je osvědčení, které se vydává na období 6 let. Osvědčením se získává oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu a oprávnění k vedení praktického vyučování.

3.4 Průkaz odbornosti⁴

Průkaz odbornosti slouží k průběžnému zaznamenávání druhu a délky získaného vzdělání a vykonávaných činností při výkonu povolání zdravotnických pracovníků, vykonávaných zkoušek, celoživotního vzdělávání.

3.5 Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace

Hlavní pracovní metodou ošetrovatelského personálu je ošetrovatelský proces. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které profesionálové v ošetrovatelství používají:

1. ke zhodnocení stavu individuálních potřeb klienta, rodiny nebo komunity,
2. ke stanovení ošetrovatelských problémů (ošetrovatelských diagnóz),
3. k plánování ošetrovatelské péče,
4. k realizaci ošetrovatelské péče,
5. k vyhodnocování efektivity ošetrovatelské péče.

Činnost sester v nepřetržitém provozu je při aplikaci ošetrovatelského procesu organizována těmito organizačními systémy práce:

- system skupinové péče - skupinová sestra během směny pečuje o určenou skupinu nemocných, odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu a vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Každého nemocného osobně předá příslušné skupinové sestře z další směny;
- system primárních sester - po přijetí je nemocnému přidělena primární sestra, která odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu po celou dobu jeho hospitalizace a za

¹ Zákon č. 96/2004 Sb.

³ Zákon č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁴ § 72 zákona č. 96/2004 Sb.

vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Plán péče zajišťuje za pomoci dalších ošetřovatelských pracovníků. Není-li ve službě, nemocného předá sestřím další směny, po návratu do služby své nemocné přebírá zpět. Primární sestra se podílí v průběhu směny také na ošetřování nemocných, jimž primární sestrou není.

Uvedené organizační systémy vyžadují pravidelnou a kvalitní výměnu informací o nemocných, která se provádí formou krátkých porad ošetřovatelského týmu a předáváním služby za přítomnosti nemocného. Do ošetřovatelského procesu jsou aktivně zapojeni i studenti, kteří se připravují na zdravotnické povolání. Ošetřovatelskou péči u nemocného plánuje primární nebo skupinová sestra. V terénu provádí sestra ošetřovatelský proces v úzké spolupráci s příslušným lékařem primární péče.

U každého pacienta/klienta je vedena zdravotnická dokumentace⁵, jejíž součástí je ošetřovatelská dokumentace, která zaznamenává údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetřovatelských problémů pacienta/klienta, rodiny, či jeho blízkých nebo komunity.

3.6 Ošetřovatelský management

Nejvyšším metodickým článkem oboru je Ministerstvo zdravotnictví. Příslušný odborný útvar metodicky řídí a kontroluje ošetřovatelství v ČR. Vyjadřuje se ke všem zásadním odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetřovatelství a práce ošetřovatelského personálu v oblasti zdravotní a sociální péče. V jeho kompetenci je zřizovat a ustanovovat pracovní skupiny, komise, které plní funkci poradních orgánů při řešení problematiky oboru a připravují podklady pro rozvoj oboru. Členy pracovních skupin a komisí jsou zástupci ošetřovatelské praxe, profesních organizací a zástupci vzdělávacích institucí.

V jednotlivých ústavních zařízeních je ošetřovatelská péče řízena náměstkyní/náměstkem pro ošetřovatelskou péči/hlavní sestrou. Struktura řízení ošetřovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na vedení příslušného zařízení.

3.7 Hodnocení kvality ošetřovatelské péče

Kvalitní ošetřovatelská péče je základním cílem současného ošetřovatelství. Kvalitu ošetřovatelské péče určují ošetřovatelské standardy, které současně stanovují její měřitelná kritéria.

Ošetřovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Standardy mohou být vydány jako právní předpisy (zákony, vyhlášky), metodická opatření Ministerstva zdravotnictví zveřejněná ve Věstníku MZ, nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením, profesní organizací apod.

Ošetřovatelské standardy se týkají kategorií a kvalifikace ošetřovatelského personálu, realizace ošetřovatelského procesu, ošetřovatelské dokumentace, pracovních postupů, vybavení a personálního obsazení pracoviště z hlediska ošetřovatelské péče. Zdravotnické zařízení je povinno dodržovat standardy dané právními předpisy a přijmout vlastní ošetřovatelské standardy, vycházející z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví.

Vedoucí pracovníci v ošetřovatelství jsou povinni průběžně hodnotit na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetřovatelské péče, profesionální přístup ošetřovatelského personálu k nemocným, organizaci práce ošetřovatelských pracovníků a spokojenost nemocných s ošetřovatelskou péčí. Při hodnocení používají objektivní metody hodnocení.

Součástí hodnocení ošetřovatelské péče je:

- průběžné hodnocení probíhající péče,

⁵ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

- zpětné hodnocení poskytnuté péče na základě studia ošetřovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů.

Posuzováním a hodnocením úrovně kvality ošetřovatelské péče se také zabývají odborníci v ošetřovatelství v rámci soudního znaleství.

Zdravotničtí pracovníci, kteří poskytují ošetřovatelskou péči, jsou povinni dodržovat Úmluvu o lidských právech a biomedicíně a respektovat Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařských profesí.

4 Komunitní ošetřovatelství

Ošetřovatelské služby poskytované v rámci komunitní péče jsou organizovány zpravidla mimo ústavní zařízení a zajišťují potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel.

Komunitní péče je zaměřená na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Dále se zaměřuje na péči o nemocného a jeho rehabilitaci, včetně edukace rodinných příslušníků a blízkých v poskytování laické ošetřovatelské péče. Komunitní péče zahrnuje i péči o chronicky a nevléčitelně nemocné a o zdravotně postižené občany, včetně zajišťování různých forem domácí péče.

Zdravotnický pracovník, který poskytuje ošetřovatelskou péči v rámci komunitní péče, úzce spolupracuje s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženími apod.

Rozvoj komunitního ošetřovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace.

5 Ošetřovatelský výzkum

Výzkum v ošetřovatelství je součástí výzkumu ve zdravotnictví. Vytváří nové poznatky, které přímo nebo nepřímo ovlivňují ošetřovatelskou praxi. Umožňuje poskytovat vysoce kvalitní ošetřovatelskou péči založenou na důkazech. Probíhá ve výzkumných ústavech, na vysokých školách, v jiných vzdělávacích institucích, ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Výzkum se řídí platnými právními předpisy a mezinárodními etickými směrnici pro biomedicínský výzkum.

Výzkum v oblasti teorie ošetřovatelství se zabývá tvorbou systematických poznatků. Identifikuje nebo vysvětluje pravidelnosti, charakteristiky univerzálně pozorovatelné a vyjadřuje určité definované fenomény ošetřovatelství. Vznikají ošetřovatelské klasifikace, které slouží jako společný odborný jazyk ošetřovatelské profese. Tvorba ošetřovatelských klasifikací rozšiřuje vědecké základy ošetřovatelství o jejich identifikaci a určuje nové směry výzkumu:

- Výzkum z hlediska ošetřovatelské praxe navrhuje a ověřuje modely optimální ošetřovatelské péče. Provádět výzkum a používat jeho výsledky je jednou z podmínek rozvoje praxe založené na důkazech.
- V oblasti vzdělávání vytváří vzdělávací programy zaměřené na metodiku vědecko-výzkumné práce kompatibilní se směrnici Evropské unie a na tvorbu edukačních materiálů.
- Výzkum v oblasti řízení a managementu je zaměřen na nejrůznější pracovní postupy, a to zejména na hodnocení kvality péče, zátěž ošetřovatelského personálu, dělbu práce, vztahy mezi jednotlivými kategoriemi zdravotnických pracovníků, snaží se objektivizovat zdravotnické služby, sleduje jejich efektivnost.

Ošetřovatelský výzkum je financován zejména prostřednictvím grantových agentur. Každoročně lze přihlašovat projekty na libovolná ošetřovatelská témata a žádat o finanční podporu. Ministerstvo zdravotnictví může na základě společenské objednávky některá témata

veřejně vyhlásit. Další možností získávání nových poznatků je participace na mezinárodních výzkumných projektech prostřednictvím Evropské unie, WHO nebo dalších mezinárodních institucí.

Výsledky ošetřovatelských výzkumných studií a projektů, jejichž cílem je rozvíjet teorii a praxi, jsou publikovány v odborném tisku. Zdravotní pracovníci jsou s nimi seznamováni na odborných konferencích pořádaných nejen profesními organizacemi zdravotnických pracovníků na národní i mezinárodní úrovni.

Zrušuje se metodické opatření Ministerstva zdravotnictví č. 5 - Koncepce ošetřovatelství uveřejněné v částce 6 z roku 1998 Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

MUDr. Milan Špaček, v. r.
náměstek ministra

Příloha č. 2

Vyhodnocení stavu pacienta

zadejte stupeň proleženin

1. stupeň
neblednoucí překrvení
nepoškozená kůže

2. stupeň
poškození epidermis/dermis

3. stupeň
ztráta kůže v celé tloušťce

4. stupeň
ztráta kůže v celé tloušťce
zasahující na kost - nekróza

zadejte váhu pacienta váha pacienta v kg

Výsledné vyhodnocení rizika vzniku dekubitů, stavu a váhy pacienta

bodů	riziko	proleženiny	váha pacienta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů podle NORTONOVÉ

schopnost spolupráce	věk	stav pokožky	
<input type="text" value="nezadáno"/>	<input type="text" value="nezadáno"/>	<input type="text" value="nezadáno"/>	<input type="text"/>
žádná	nad 60 let	suchá	
velmi omezena	31 - 60 let	vlhká	
částečně omezená	11 - 30 let	alergie	
úplná	do 10 let	normální	
přidružené onemocnění	fyzický stav	stav vědomí	
<input type="text" value="nezadáno"/>	<input type="text" value="nezadáno"/>	<input type="text" value="nezadáno"/>	<input type="text"/>
karcinom	velmi špatný	bezvědomí	
trombóza, obezita	špatný	zmatený	
DM, TT, anémie, kachexie	zhoršený	apatický	
žádné	dobrý	bdělý	
aktivita	mobilita	inkontinence	
<input type="text" value="nezadáno"/>	<input type="text" value="nezadáno"/>	<input type="text" value="nezadáno"/>	<input type="text"/>
leží	žádná	moč a stolice	
sedáčka	velmi omezená	převážně moč	
chodí s doprovodem	částečně omezená	občas	
chodí	úplná	není	

KONEC

HAZRACE

Příloha č. 3

METODICKÁ OPATŘENÍ

9.

Akreditace zdravotnických zařízení

Základním principem akreditace zdravotnických zařízení je vytvoření systému stimulačního ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované zdravotní péče.

Pro zajištění jednotného postupu zdravotnických zařízení k získání akreditace na základě posouzení kvality poskytované zdravotní péče a činnosti s tím souvisejících vydává Ministerstvo zdravotnictví České republiky metodiku akreditací a akreditační standardy.

A) Metodika akreditací

1. Akreditace je dobrovolná, organizována Spojenou akreditační komisí a udělována na základě doporučení akreditačního realizačního týmu. Náklady akreditace nese posuzované zdravotnické zařízení.
2. Příslušná nemocnice o první akreditaci požádá. Přílohou přihlášky o akreditaci je formulář požadující popisné informace o nemocnici, o personálním vybavení, rozsahu služeb a o zajištění provozních a bezpečnostních podmínek.
3. Akreditaci provádí nezávislý orgán - Spojená akreditační komise. Sídlo Spojené akreditační komise je v Praze 10, Šrobárova 50.
4. Akreditační realizační tým navštíví po dohodě příslušnou nemocnici a prověří plnění požadovaných akreditačních standardů.
5. Závěr svého šetření akreditační realizační tým projedná s ředitelem příslušné nemocnice a vyžádá si jeho stanovisko.
6. Po skončení šetření komise potvrdí (schválí) závěr realizačního týmu a současně navrhne termín další akreditace. Závěr komise bude zveřejněn dohodnutým způsobem.
7. Akreditace má časově limitovanou platnost - interval 3 - 4 roky.

B) Akreditační standardy

Pro akreditace nemocnic byly vypracovány akreditační standardy. Akreditační standardy obsahují (popisují) požadovanou úroveň kvality poskytované zdravotní péče v nemocnici ve specifických oblastech. Akreditační standardy se týkají následujících oblastí:

I) STANDARDY KVALITY

1. Nemocnice vytvoří projekt zvyšování kvality služeb a naplňování potřeb zdravotní péče - projekt rozvíjí, sleduje a vyhodnocuje.
2. Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.
3. Nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování výstupů.

II) STANDARDY DIAGNOSTICKÝCH POSTUPŮ

4. Příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetrovatelské, psychologické a sociální potřeby každého pacienta do 24 hod. po přijetí, a to v míře odpovídající charakteru oddělení.

5. Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření (anamnéza + fyzikální nález) ošetřujícím lékařem do 24 hod po přijetí.
6. Nemocnice určí vnitřním předpisem standardní obsah a rozsah anamnézy a klinického vyšetření včetně formální úpravy zdravotnické dokumentace pro všechny obory.
7. Nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů.
 - 7.1. Každý pacient bude vyšetřen lékařem nejméně 1x denně se zápisem do dokumentace.
8. Při každé změně směny sester bude předání pacienta na oddělení provedeno kvalifikovanou sestrou - kvalifikované sestře, současně se záznamem v ošetřovatelské dokumentaci.
Při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v ošetřovatelské dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem - kvalifikovanému pracovníkovi.
9. Pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestézii, musí mít předoperační vyšetření a předanestezické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anestézie, resuscitace a intenzivní medicíny a v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice/oddělení.

III) STANDARDY PÉČE O PACIENTY

10. Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetřovatelské péče.
11. V dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikrisa s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení.
12. U každého pacienta jsou během anestézie a po ní monitorovány základní vitální funkce (v rozsahu určeném pro příslušné oddělení).
13. Nemocnice má seznam léčiv "pozitivní list", který je pravidelně obnovován.
14. Nemocnice má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léčiv hospitalizovaných pacientů
 - 14.1 V nemocnici je vypracovaná metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léčiva.
15. Nemocnice specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy.
16. Personál je školen k podávání léčiv a užívání přístrojů a pomůcek neodkladné péče.
17. Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně 1x týdně a o provedené kontrole učiní zápis.
18. Nemocnice má vypracován standard podávání stravy pacientům. Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným dietní sestrou.
 - 18.1. Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů.
19. Nemocnice má vytvořené standardy ošetřovatelské péče pro všechny kategorie pacientů.

IV) STANDARDY KONTINUITY ZDRAVOTNÍ PÉČE

20. Všichni propouštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní), jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány pro jednotlivá oddělení vnitřním předpisem.
21. Zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi mezi nemocnicemi, bude před transportem stabilizován. Když jsou pacienti překládáni do jiného zařízení, pak

s potvrzením tohoto zařízení, že pacienta přijme; toto potvrzení bude zajištěno ještě před vlastním transportem (výjimku tvoří případy bezprostředního nebezpečí z prodlení).

Dokumentace musí být jednoznačná a musí obsahovat popis - jak a proč se pacient do nemocnice dostal, co bylo obsahem nemocniční péče, případná doporučení pro přebírajícího lékaře (zejména při předání do péče praktických lékařů), odhad prognózy s předpokladem kvality života pacienta.

V) STANDARDY DODRŽOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ

22. Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.
23. Nemocnice zajistí zřetelné vyvěšení Kodexu práv pacientů, příp. Charty práv dětí v nemocnici na jednotlivých odděleních.
24. Imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR.

VI) STANDARDY PODMÍNEK POSKYTOVANÉ PÉČE

25. Nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR.
26. Nemocnice je uspořádána ve shodě s příslušnými stavebními a hygienickými předpisy (ČSN) a registruje seznam provozů, které aktuálním normám nevyhovují.
27. Nemocnice pravidelně kontroluje dodržování stavu protipožární ochrany v souladu s příslušným zákonem. O těchto kontrolách jsou učiněny záznamy.
28. Personál organizace je seznámen s požárním, havarijním a evakuačním řádem, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány.
29. Nemocnice má náhradní elektrický zdroj minimálně pro operační sály a jednotky intenzivní péče.
30. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizujícího záření a přístroje užívané k monitoraci a/nebo podpoře základních životních funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.).

VII) STANDARDY MANAGEMENTU

31. Ředitel nemocnice vydává organizační řád nemocnice, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení.
32. Každé oddělení nemocnice má písemně zpracované spektrum péče poskytované pacientům.
33. Každý vedoucí oddělení (kliniky) dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality a rozvoj spolupráce a kooperace s jinými odděleními.
34. Vedení nemocnice a personál jsou seznámeni s posláním, cíli a se strategií řízení nemocnice.
35. Vedení nemocnice má stanovenou metodiku zapracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů organizace.
36. Vedení nemocnice poskytuje pravidelně, včasné a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnávání jednotlivých zařízení.

VIII) STANDARDY PÉČE O ZAMĚSTNANCE

37. Nemocnice má písemně vypracovanou náplň práce pro všechny typy zaměstnanců. Vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného pro zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.
38. Kromě určení kvalifikace a výkonových předpokladů všech zaměstnanců určuje v organizačním řádu vedení nemocnice formy spolupráce jednotlivých oddělení nemocnic.
39. Vedení nemocnice rozvíjí systematicky proces školení pověřování lékařů k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon lékařů.
40. Vedení ošetrovatelského personálu rozvíjí systematicky proces školení pověřování sester k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon sester.
41. Nemocnice sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.
42. Nemocnice má vypracován plán (směrnice) bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.

IX) STANDARDY PRO SBĚR A ZPRACOVÁNÍ INFORMACÍ

43. Nemocnice shromažďují informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro NZIS.
44. Lékařská a ošetrovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby.
45. Operační protokol je vypsán okamžitě po operaci, obsahuje jméno operátora, asistenta, nálezy, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu.
46. Pooperační dokumentace u pacientů obsahuje informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infúzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech.
47. Nemocnice eviduje včasnost vyhotovení definitivní propouštěcí zprávy. Všechny předběžné propouštěcí zprávy budou vyhotoveny v čase propuštění. Vyhotovení definitivních propouštěcích zpráv bude provedeno nejpozději do 10 dnů po propuštění.
48. Nemocnice má metodiku kontroly úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv.

X) STANDARDY PROTIEPIDEMICKÝCH OPATŘENÍ

49. Nemocnice rozvíjí a využívá koordinační proces k redukci rizik nozokomiálních infekcí pacientů i profesionálních nákaz personálu, monitoruje nozokomiální infekce a profesionální nákazy a podniká opatření k prevenci a snižování rizik nozokomiálních infekcí a profesionálních nákaz.
50. V souladu s platnými předpisy probíhají pravidelná školení personálu o manipulaci s biologickým materiálem a jeho skladování, včetně likvidace použitých pomůcek.

MUDr. Miroslav Čerbák v.r.
1. náměstek ministryně

Příloha č. 4

SAK – ČR akreditační standardy dělené do kapitol

- Standardy kvality
- Standardy diagnostických postupů
- Standardy péče o pacienty
- Standardy kontinuity zdravotní péče
- Standardy dodržování práv pacientů
- Standardy podmínek poskytované péče
- Standardy managementu
- Standardy péče o zaměstnance
- Standardy pro sběr a zpracování informací
- Standardy protiepidemických opatření

Příloha č. 5

Standardy Joint Commision užívané v USA

Činnosti, které se přímo týkají uspokojování potřeb pacienta, zahrnují:

- práva pacientů,
- diagnostickou péči,
- terapeutickou péči,
- edukaci pacientů a jejich blízkých,
- zajištění kontinuity péče.

Standardy, které se týkají řízení zdravotnického zařízení zahrnují:

- vedení a řízení (včetně strategického plánování),
- řízení lidských zdrojů (řízení lidí),
- informační management (včetně zdravotnické dokumentace a analýzy informací),
- management bezpečnosti prostředí,
- sledování nemocničních nákaz,
- zlepšování kvality péče (včetně řízení procesu zvyšování kvality péče, spokojenosti zákazníků a zaměstnanců a indikátorů kvality péče o pacienty).

Příloha č. 6

Standardy organizovaných ošetrovatelských služeb vypracované ANA

Standard I	Oddělení ošetrovatelské péče má filozofii a strukturu, která zajišťuje poskytování vysoce kvalitní ošetrovatelské péče a poskytuje prostředky k řešení problémů ošetrovatelské praxe v rámci celé organizace.
Standard II	Oddělení ošetrovatelské péče je řízeno kvalifikovanou sestrou, manažerkou, která je členkou vrcholového managementu.
Standard III	Postupy a praktiky oddělení ošetrovatelské péče zajišťují rovnost a kontinuitu ošetrovatelských služeb, které uznávají kulturní, ekonomické a sociální rozdíly mezi pacienty zdravotnické organizace.
Standard IV	Oddělení ošetrovatelské péče zajišťuje, že plánování a poskytování ošetrovatelské péče, které plní individuální potřeby pacientů/klientů a jejich rodin, se využívá ošetrovatelský proces.
Standard V	Oddělení ošetrovatelské péče poskytuje prostředí, které zajišťuje efektivitu poskytované péče.
Standard VI	Oddělení ošetrovatelské péče zajišťuje vzdělávací programy, které podporují poskytování vysoce kvalitní péče.
Standard VII	Oddělení ošetrovatelské péče iniciuje a využívá výzkumné studie nebo projekty na zdokonalení péče o pacienty a podílí se na nich.

Příloha č. 7

DOTAZNÍK

Vážená kolegyně,

Žádám Vás o vyplnění následujícího dotazníku týkajícího se sledování kvality ošetrovatelské péče (KOP). Dotazník je součástí mé diplomové práce. Informace z dotazníku budou zpracovány anonymně. Své odpovědi, prosím, zakroužkujte. U některých otázek, prosím, vepište Vaši odpověď/názor na volný řádek.

Děkuji Bc. Pavla Kárníková

1. Vaše nemocnice je :

- a) příspěvková organizace
- b) akciová společnost
- c) jiná právní forma

2. Kdo je zřizovatelem Vaší nemocnice?

- a) stát
- b) krajský úřad
- c) město, popř. městská část
- d) jiný zřizovatel

3. V kterém kraji České republiky je sídlo Vaší nemocnice?

.....

4. Na jaké pozici a jakém oddělení pracujete?

.....

5. Kolik lůžek má Vaše nemocnice ?

.....

6. Je ve Vaší nemocnici oddělení zabývající se sledováním kvality ošetrovatelské péče (KOP)?

ANO NE

(pokud odpovíte ano, doplňte prosím název tohoto oddělení).....

.....

7. Sledujete ve Vaší nemocnici kvalitu poskytované ošetrovatelské péče pomocí indikátorů?

ANO NE

(pokud odpovíte ne, doplňte prosím způsob sledování).....

.....

8. Z které metodiky jste vyšli při stanovení Vašich indikátorů KOP?

- a) JCAHO
- b) ANA
- c) SAK
- d) ISO
- e) EFQM
- f) Nevím
- g) Další.....

9. Znáte Národní indikátory kvality ošetrovatelské péče?

ANO NE

(pokud odpovíte ANO, prosím vypište je)

.....
.....
.....
.....

10. Jak dlouho jsou sledovány a hodnoceny indikátory KOP ve Vaší nemocnici?

- a) více než 5 let
- b) řádově 3- 4 roky
- c) řádově 1- 2 roky
- d) zavedeno v letošním roce
- e) nesledováno
- f) nevím

11. Jsou výsledky sledování využívány:

- a) a sdělovány hodnoceným oddělením? ANO/NE
- b) pro motivování zaměstnanců (hmotně i nehmotně) k lepšímu plnění indikátorů KOP? ANO/NE
- c) ke zveřejnění na nástěnkách, intranetu, internetu, odborných časopisech? Tzn. jsou veřejně dostupné? ANO/NE
- d) pro srovnávání s výsledky dosahovanými na jiných srovnatelných odděleních Vaší nemocnice? ANO/NE
- e) pro srovnávání s výsledky dosahovanými v jiných srovnatelných nemocnicích/odděleních v ČR? ANO/NE
- f) pro srovnávání s výsledky dosahovanými v jiných srovnatelných nemocnicích/odděleních v EU a ve světě? ANO/NE

12. Z uvedených indikátorů kvality ošetrovatelské péče označte ty, které sledujete ve Vaší nemocnici a případně prosím doplňte:

- a) nozokomiální infekce ANO/NE
- b) úrazy (pády pacientů , které měly za následek zranění) ANO/NE
- c) spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí ANO/NE
- d) spokojenost pacientů s kontrolou bolesti ANO/NE

- e) spokojenost pacientů s edukací ANO/NE
- f) výskyt dekubitů ANO/NE
- g) spokojenost sester ANO/NE
- h) mix sester a pomocného ošetrovatelského personálu ANO/NE
- i) celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden ANO/NE
- j)
- k)
- l)

13. Které znaky- indikátory KOP považujete za nejdůležitější na Vašem oddělení?

- 1.
- 2.
- 3.

14. V jakých jednotkách vyhodnocujete jednotlivé indikátory KOP (počet případů, počet případů vztažených k dalším údajům – např. počtu pacientů ležících déle než X dnů na oddělení, klasifikace jako ve škole (1 až 5) otázek z dotazníku.....)?

- a) nozokomiální infekce
- b) úrazy (pády pacientů , které měly za následek zranění)
- c) spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí
- d) spokojenost pacientů s kontrolou bolesti
- e) spokojenost pacientů s edukací
- f) výskyt dekubitů
- g) spokojenost sester
- h) mix sester a pomocného ošetrovatelského personálu
- i) celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden
- j)
- k)

15. Prosím stanovte, podle Vašeho názoru, pořadí důležitosti indikátorů podporujících zvyšování kvality OP.

- a) nozokomiální infekce
- b) úrazy (pády pacientů , které měly za následek zranění)
- c) spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí
- d) spokojenost pacientů s kontrolou bolesti
- e) spokojenost pacientů s edukací

- f) výskyt dekubitů
- g) spokojenost sester
- h) mix sester a pomocného ošetrovatelského personálu (viz Indikátory kvality v ošetrovatelství Medical Education)
- i) celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden
- j)
- k)
- l)

16. V jakém časovém intervalu sleduje indikátory kvality ošetrovatelské péče vedení Vaší nemocnice (ředitel a jeho přímí prořízení) ?

- a) 1x týdně
- b) 1x měsíčně
- c) 1x za rok
- d) nevím
- e) jinak

17. V jakém časovém intervalu sleduje indikátory kvality ošetrovatelské péče hlavní sestra Vaší nemocnice?

- f) 1x týdně
- g) 1x měsíčně
- h) 1x za rok
- i) nevím
- j) jinak

18. Jaké nástroje využíváte pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

- a) audity ošetrovatelské péče
- b) průzkum spokojenosti pacientů
- c) ošetrovatelské standardy
- d) odborné semináře
- e) další formy
- f) Nevím

19. Máte vypracovány „standardy sledování indikátorů KOP“?

- a) pro všechny sledované indikátory jednotlivě
- b) pro všechny sledované indikátory jeden standard
- c) jen pro některé indikátory – prosím vypište u kterých
-
-

20. Znáte Národní standardy ošetrovateľskej péče?

ANO NE

(pokiaľ odpoviete ANO, prosím vypíšte je)

.....
.....
.....

21. Je možné priložiť Vaše metodiky, standardy....? ANO/NE

22. Je možné priložiť tabuľku/y dosahovaných výsledkov indikátorů KOP?

ANO NE

23. Máte pro indikátory vytvorené evidenčné „protokoly – formuláre“ tzv. hlásenku?

ANO NE

(pokiaľ odpoviete ano, prosím priložte k dotazníku nevyplnenou hlásenku)

24. Pracujete ve Vaší nemocnici s ošetrovateľskou dokumentáciou ?

ANO NE JEN U NĚKTERÝCH PACIENTŮ

25. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

- a) SZŠ
- b) VZŠ
- c) PSS
- d) VŠ - Bc.
- e) VŠ – Mgr.

26. V kterém roce jste dokončila výše uvedené nejvyšší dosažené vzdělání?

.....

27. Kde jste získala informace o problematice sledování indikátorů KOP?

- a) při studiu na SZŠ
- b) při studiu na VZŠ
- c) při studiu na VŠ
- d) interním školením
- e) externím školením
- f) samostudiem

28. Jakou formou se dále vzděláváte?

- a) studuji VZŠ
- b) studuji VŠ
- c) studuji PSS

- d) Účastí na akreditovaných/certifikovaných kurzech
- e) Účastí na odborných stážích
- f) Účastí na odborných konferencích
- g) Jiné

29. Jaké knihy o systému řízení kvality ve zdravotnickém zařízení znáte a při své práci využíváte-V a Vy by jste ji dále doporučila - D?

.....

.....

.....

Několik otázek závěrem:

30. Domníváte se, že by se měla sledovat kvalita ošetrovatelské péče pomocí indikátorů?
 ROZHODNĚ ANO ANO NEMÁM NÁZOR NE ROZHODNĚ NE

31. Dle Vašeho soudu se kvalita ošetrovatelské péče za poslední období
 ZLEPŠILA SPÍŠE ZLEPŠILA SPÍŠE ZHORŠILA ZHORŠILA NEVÍM

32. Mohou sestry, podle Vašeho názoru, svojí prací ovlivnit úroveň plnění indikátorů KOP?

- | | |
|---|--------|
| a) nozokomiální infekce | ANO/NE |
| b) úrazy (pády pacientů , které měly za následek zranění) | ANO/NE |
| c) spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí | ANO/NE |
| d) spokojenost pacientů s kontrolou bolesti | ANO/NE |
| e) spokojenost pacientů s edukací | ANO/NE |
| f) výskyt dekubitů | ANO/NE |
| g) spokojenost sester | ANO/NE |
| h) mix sester a pomocného ošetrovatelského personálu | ANO/NE |
| i) celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden | ANO/NE |

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplňování tohoto dotazníku a za Vaše názory.

Příloha č. 8

DOTAZNÍK

Vážená hlavní/ vrchní/ staniční sestro - kolegyně,

Žádám Vás o vyplnění následujícího dotazníku týkajícího se sledování kvality ošetrovatelské péče (KOP) ve Vaší nemocnici. Dotazník je součástí mé diplomové práce, která si klade za cíl zhodnotit úroveň aplikace sledování indikátorů KOP v České republice. Informace z dotazníku budou zpracovány anonymně a využity jen pro tyto účely. Svě odpovědi, prosím, zakroužkujte. U některých otázek, prosím, vepište Vaši odpověď/názor na volný řádek.

Děkuji Bc. Pavla Kárníková

1. Vaše nemocnice je :

- a) příspěvková organizace
- b) akciová společnost
- c) jiná právní forma
- d) nevím

2. Kdo je zřizovatelem Vaší nemocnice?

- a) stát
- b) krajský úřad
- c) město, popř. městská část
- d) jiný zřizovatel
- e) nevím

3. V kterém kraji České republiky je sídlo Vaší nemocnice?

.....

4. Na jaké pozici a jakém oddělení pracujete?

.....

5. Kolik lůžek má Vaše nemocnice ?

.....

6. Je ve Vaší nemocnici oddělení zabývající se sledováním kvality ošetrovatelské péče (KOP)?

ANO NE NEVÍM

(pokud odpovíte ano, doplňte prosím název tohoto oddělení).....

.....

7. Sledujete ve Vaší nemocnici kvalitu poskytované ošetrovatelské péče pomocí tzv. „indikátorů“ kvality ošetrovatelské péče?

ANO NE NEVÍM

(pokud odpovíte ne, doplňte prosím způsob sledování).....
.....

8. Z které metodiky jste vyšli při stanovení Vašich indikátorů KOP?

- a) JCAHO
- b) ANA
- c) SAK
- d) ISO
- e) EFQM
- f) Nevím
- g) Další.....

9. Znáte Národní indikátory kvality ošetrovatelské péče?

ANO NE

(pokud odpovíte ANO, prosím vypište je)

.....
.....
.....

10. Jak dlouho jsou sledovány a hodnoceny indikátory KOP ve Vaší nemocnici?

- a) více než 10 let
- b) řádově 6- 10 let
- c) řádově 3- 5 let
- d) řádově 2- 3 roky
- e) zavedeno v letošním roce
- f) nesledováno
- g) nevím

11. Jsou výsledky sledování využívány:

- a) a sdělovány hodnoceným oddělením?
ANO NE NEVÍM
- b) pro motivování zaměstnanců (hmotně i nehmotně) k lepšímu plnění indikátorů KOP?
ANO NE NEVÍM
- c) ke zveřejnění na nástěnkách, intranetu, internetu, odborných časopisech? Tzn. jsou veřejně dostupné?
ANO NE NEVÍM

- d) pro srovnávání s výsledky dosahovanými na jiných srovnatelných odděleních Vaší nemocnice? ANO NE NEVÍM
- e) pro srovnávání s výsledky dosahovanými v jiných srovnatelných nemocnicích /odděleních v ČR? ANO NE NEVÍM
- f) pro srovnávání s výsledky dosahovanými v jiných srovnatelných nemocnicích /odděleních v EU a ve světě? ANO NE NEVÍM

12. Z uvedených indikátorů kvality ošetrovatelské péče označte ty, které sledujete ve **Vaší nemocnici** a případně prosím doplňte:

- a) nozokomiální infekce ANO / NE / NEVÍM
- b) úrazy (pády pacientů , které měly za následek zranění) ANO / NE / NEVÍM
- c) spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí ANO / NE / NEVÍM
- d) spokojenost pacientů s kontrolou bolesti ANO / NE / NEVÍM
- e) spokojenost pacientů s edukací ANO / NE / NEVÍM
- f) výskyt dekubitů ANO / NE / NEVÍM
- g) spokojenost sester ANO / NE / NEVÍM
- h) mix sester a pomocného ošetrovatelského personálu ANO / NE / NEVÍM
- i) celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden ANO / NE / NEVÍM
- j)
- k)
- l)

13. Které znaky - indikátory KOP považujete za nejdůležitější na **Vašem** oddělení?

1.
2.
3.

14. Jakých číselných hodnot ve Vašem případě dosahují sledované indikátory KOP a v jakých jednotkách vyhodnocujete jednotlivé indikátory (například: počet případů, nebo počet případů vztahených k dalším údajům – například počtu pacientů ležících déle než X dnů na oddělení, nebo některé klasifikujete jako ve škole (1 až 5) například z otázek dotazníku)?

Indikátor KOP	Dosahovaná číselná hodnota v posledním sledovaném období např. rok nebo měsíc	jednotka
a) nozokomiální infekce		
b) úrazy (pády pacientů , které měly za následek zranění)		
c) spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí		
d) spokojenost pacientů s kontrolou bolesti		
e) spokojenost pacientů s edukací		
f) výskyt dekubitů		
g)spokojenost sester		
h) mix sester a pomocného ošetrovatelského personálu		
i) celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden		

15. Prosim stanovte, podle **Vašeho názoru**, pořadí důležitosti indikátorů podporujících zvyšování KOP.

- a) nozokomiální infekce
- b) úrazy (pády pacientů , které měly za následek zranění)
- c) spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí
- d) spokojenost pacientů s kontrolou bolesti
- e) spokojenost pacientů s edukací
- f) výskyt dekubitů
- g) spokojenost sester
- h) mix sester a pomocného ošetrovatelského personálu
- i) celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden
- j)
- k)
- l)

16. V jakém časovém intervalu sleduje indikátory kvality ošetrovatelské péče vedení Vaší nemocnice (**ředitel nemocnice**) ?

- a) 1x týdně
- b) 1x měsíčně
- c) 1x za rok
- d) nevím
- e) jinak

17. V jakém časovém intervalu sleduje indikátory kvality ošetrovatelské péče **hlavní sestra** Vaší nemocnice?

- a) 1x týdně
- b) 1x měsíčně
- c) 1x za rok
- d) nevím
- e) jinak.....

18. Jaké nástroje využíváte pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

- a) audity ošetrovatelské péče
 - b) průzkum spokojenosti pacientů
 - c) ošetrovatelské standardy
 - d) odborné semináře
 - e) nevím
 - f) další formy
-
-
-

19. Máte vypracovány „standardy sledování indikátorů KOP“?

- a) pro všechny sledované indikátory jednotlivě
 - b) pro všechny sledované indikátory jeden standard
 - c) jen pro některé indikátory – prosím vypište u kterých
-
-
-
-

20. Znáte Národní standardy ošetrovatelské péče?

ANO NE

(pokud odpovíte ANO, prosím vypište je)

.....

.....

.....

.....

21. Je možné přiložit Vaše metodiky, standardy....? ANO/NE

(pokud odpovíte ano, prosím přiložte k dotazníku Váš standard)

22. Je možné přiložit tabulku/y dosahovaných výsledků indikátorů KOP?

ANO NE

(pokud odpovíte ano, prosím přiložte k dotazníku Vaše výsledky)

23. Máte pro indikátory vytvořené evidenční „protokoly – formuláře“ tzv. hlášenku?

ANO NE

(pokud odpovíte ano, prosím přiložte k dotazníku nevyplněnou hlášenku)

24. Pracujete ve Vaší nemocnici s ošetrovatelskou dokumentací ?

ANO NE JEN U NĚKTERÝCH PACIENTŮ

25. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání ?

- a) SZŠ
- b) VZŠ
- c) PSS
- d) VŠ - Bc.
- e) VŠ – Mgr.

26. V kterém roce jste dokončila výše uvedené nejvyšší dosažené vzdělání?

.....

27. Kde jste získala informace o problematice sledování indikátorů KOP?

- a) při studiu na SZŠ
- b) při studiu na VZŠ
- c) při studiu na VŠ
- d) interním školením
- e) externím školením
- f) samostudiem
- g) při jiné příležitosti – prosím vypište

.....

28. Jakou formou se dále vzděláváte?

- a) studuji VŠ
- b) studuji VZŠ
- c) studuji PSS
- d) účasti na akreditovaných / certifikovaných kurzech
- e) účasti na odborných stážích
- f) účasti na odborných konferencích
- g) účasti na odborných seminářích
- h) jiné

29. Jaké knihy o systému řízení kvality ve zdravotnickém zařízení znáte a při své práci využíváte a dále doporučujete?

Využívám.....
.....
Doporučuji.....

Několik otázek závěrem:

30. Domníváte se, že by se měla sledovat kvalita ošetrovatelské péče pomocí indikátorů?

ROZHODNĚ ANO ANO NEMÁM NÁZOR NE ROZHODNĚ NE

31. Dle Vašeho soudu se kvalita ošetrovatelské péče za poslední období

	ANO	NE
VÝRAZNĚ ZLEPŠILA A DOSAHUJE SVĚTOVÉ ÚROVNĚ		
VÝRAZNĚ ZLEPŠILA A DOSAHUJE EVROPSKÉ ÚROVNĚ		
VÝRAZNĚ ZLEPŠILA		
ZLEPŠILA		
SPÍŠE ZLEPŠILA		
SPÍŠE ZHORŠILA		
ZHORŠILA		
NEVÍM		

32. Mohou sestry, podle Vašeho názoru, svojí prací ovlivnit úroveň plnění indikátorů KOP?

- | | |
|---|--------|
| a) nozokomiální infekce | ANO/NE |
| b) úrazy (pády pacientů , které měly za následek zranění) | ANO/NE |
| c) spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí | ANO/NE |
| d) spokojenost pacientů s kontrolou bolesti | ANO/NE |
| e) spokojenost pacientů s edukací | ANO/NE |
| f) výskyt dekubitů | ANO/NE |
| g) spokojenost sester | ANO/NE |
| h) mix sester a pomocného ošetrovatelského personálu | ANO/NE |
| i) celkový počet ošetrovatelských hodin na lůžkoden | ANO/NE |

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplňování tohoto dotazníku a za Vaše názory.

Příloha č. 9

Anketa spokojenosti hospitalizovaných pacientů

Vážená paní, vážený pane,

Vítáme Vás v nemocnici. Věřte, že veškerý personál nemocnice se bude snažit Váš nedobrovolný pobyt zde maximálně zpříjemnit, zkrátit a především udělá vše pro Vaše úplné uzdravení. Pro zlepšení pobytu dalších pacientů by nám pomohly Vaše odpovědi na následující otázky.

Děkuji

KLINIKA

NS

ZAŠKRTNĚTE PRAVDIVOU ODPOVĚĎ:

MUŽ ① ŽENA ②

Váš věk:

Kolikátý je tento Váš pobyt
v naší nemocnici?

Bydlíte v :

- Praze ①
Středočeském kraji ②
jiném českém kraji ③
na Moravě či ve Slezsku ④
Slovensko ⑤

Do nemocnice jste k hospitalizaci přišel(la):

Bez objednání	①
Byl(a) jsem objednán(a)	②
Byl(a) jsem přeložen(a) z jiné nemocnice	③
Byl(a) jsem přivezen(a) záchrannou službou	④

**ZAŠKRTNĚTE ČÍSLO, KTERÉ NEJLÉPE OZNAČUJE VAŠÍ MÍRU SPOKOJENOSTI
1 ANO - VYNIKAJÍCÍ; 5 NE - NEDOSTATEČNÉ:**

LÉKAŘSKÉ SLUŽBY

		①	②	③	④	⑤
1	Byl(a) jste spokojen(a) s rychlostí a plynulostí přijetí do nemocnice?					
2	Měl(a) jste včas dostatek informací o svém zdravotním stavu a léčbě?					
3	Obdržel(a) jste od lékaře srozumitelnou odpověď na každou otázku?					
4	Hovoříte s lékařem každý den?					
5	Byl(a) jste seznámen(a) s právy nemocného?					
6	Byla ihned zahájena Vaše léčba?					
7	Byl(a) jste spokojen(a) s průběhem vizit?					

OŠETŘOVATELSKÉ SLUŽBY

8	Vyhovuje Vám doba ranního buzení?	①	②	③	④	⑤
9	Projevují sestry dostatek porozumění k Vaším obtížím a problémům?	①	②	③	④	⑤
10	Jste spokojen(a) s chováním a ochotou sester?	①	②	③	④	⑤
11	Jaká je dosažitelnost zdravotnického personálu?	①	②	③	④	⑤
12	Je dostatečně respektováno Vaše soukromí a stud?	①	②	③	④	⑤

HOTELOVÉ SLUŽBY

13	Orientujete se v nemocnici dobře?	①	②	③	④	⑤
14	Vyhovuje Vám kvalita a pohodlnost postele?	①	②	③	④	⑤
15	Vyhovuje Vám osvětlení pokoje?	①	②	③	④	⑤
16	Vyhovuje Vám vybavení pokoje?	①	②	③	④	⑤
17	Jste spokojen(a) s čistotou v pokoji a v sociálním zařízení?	①	②	③	④	⑤
18	Vyhovuje Vám teplota v pokoji?	①	②	③	④	⑤
19	Vyhovuje Vám doba návštěv?	①	②	③	④	⑤
20	Máte dostatek (je měněno?) čistého nemocničního prádla?	①	②	③	④	⑤
21	Jste spokojen(a) s kvalitou jídla?	①	②	③	④	⑤
22	Jste spokojen(a) s množstvím jídla?	①	②	③	④	⑤
23	Jste spokojen(a) s teplotou podávaného jídla?	①	②	③	④	⑤
24	Jste spokojen(a) se způsobem podávání jídla?	①	②	③	④	⑤
25	Jste spokojen(a) s dobou podávání jídel?	①	②	③	④	⑤
26	Jste spokojen(a) s pestrostí jídel?	①	②	③	④	⑤

CELKOVÉ HODNOCENÍ

27	Byl(a) jste celkově spokojen(a) s léčbou?	①	②	③	④	⑤
28	Byl(a) jste celkově spokojen(a) s ubytováním?	①	②	③	④	⑤
29	Byl(a) jste spokojen(a) s instrukcemi jak máte o sebe pečovat po propuštění z nemocnice?	①	②	③	④	⑤
30	Byl(a) jste zde léčen(a) s úctou a důstojností?	①	②	③	④	⑤
31	Doporučíte tuto nemocnici, na základě svých zkušeností, členům rodiny a přátelům?	①	②	③	④	⑤

Datum:200.

POZNÁMKA:

.....

.....

.....

Děkujeme Vám za odpovědi i za čas, který jste věnoval(a) vyplnění dotazníku

PŘÍJMOVÝ OŠETŘOVATELSKÝ PROTOKOL NEMOCNICE

ODDĚLENÍ:

Příjmení, jméno:

Rodné číslo:

Bydliště, PSČ:

Kontakt na rodinu:

Číslo telefonu:

Zaměstnavatel:

Obvodní lékař:

Datum přijetí:

Diagnóza:

Pojišťovna:

Poslední hospitalizace:

Transfer z odd.:

Soběstačnost: soběstačný nesoběstačný

Částečně soběstačný pomoc najít se napít pomoc umýt se pomoc vykoupat se

pomoc obléci pomoc dojít na toaletu

Příjem potravy: dieta ne ano, jaká:

PAD inzulín nic per os zubní protéza sonda stomie

Příjem tekutin: 0,5 l 1 l 1,5 l 2 l 2 l

Pohyblivost: chodí sám chodí s pomocí pouze se posadí pouze leží

hůlka berle protéza sádrový obvaz sádrová dlaha ortéza default. obvaz

schanzův límec

Vylučování: sám s pomocí na WC na posteli stomie

Stolice pravidelná zácpa průjem Inkontinence částečná úplná

Moč přes den v noci v menších porcích se zvýšeným tlakem bolestivé močení

Inkontinence částečná úplná katetr, jaký: od:

Bolest: hlava krk hrudník břicho záda hýždě pohlaví rameno

paže loket předloktí zápěstí ruka prsty pánev kyčel stehno

koleno lýtko kotník noha Strana levá pravá Jinde:

Škála: 0 žádná bolest 1 mírná 2 střední 3 velká 4 značně velká

5 nesnesitelná

Stav kůže: v pořádku suchá icterus četné névy svědění odřeniny

popáleniny modřiny jizvy šité rány

Dekubity: zarudnutí povrchní vřed nekroza podkoží postiž. hlubších částí

Chování: spolupracuje zmatený zlostný plačtivý úzkostný v bezvědomí

dezorientovaný pod vlivem drog pod vlivem alkoholu hyperaktivní hypoaktivní

Menstruace: pravidelná nepravidelná cyklus...../..... (dny) normální silná slabá

Vaginální výtoky: ne ano, jaké:

Antikoncepce: ne ano, jaká:

Klimaktérium: ne ano, kdy... problémy:

Problémy s prostatou: ne ano, jaké:

Alergie: ne ano, na co: léky:
potraviny:

Smyslové funkce: Zrak v pořádku zhoršený slepota brýle čočky
Sluch: dobrý nedoslýchavost hluchota sluchadlo
Chuť: dobrá nechutenství zubní protéza
Spánek: dobrý problémy s usínáním budí se léky, jaké:
Kuřák: ano ne

Základní screeningové vyšetření sestrou:

TK: **Puls:** **TT:**
Hmotnost: stabilní ano ne zvýšená o kg snižená o kg
Rtg. snímky má s sebou: ano ne
Předoperační vyšetření: ano ne

Specifity oddělení:

Nemocný byl seznámen s: **Nemocný zná:**
Právy nemocného ano ne jméno ošetřujícího lékaře ano ne
Domácím řádem ano ne jméno ošetřující sestry ano ne
Uložením cenností ano ne

Poznámky:

Pacient byl informován, že za cenností, které neuloží do trezoru, personál neodpovídá.

Datum:

Podpis sestry:

Podpis pacienta:

Vážená paní, vážený pane,

prosíme Vás o pomoc v naší snaze zlepšit péči o pacienty v okresní nemocnici. K bolestem a trápení způsobeným nemocí nechceme přidávat ještě nepohodu, spojenou s pobytem u nás. Vyplněný dotazník vhod'te laskavě do schránky umístěné u vchodu každého pavilonu a označené „DOTAZNÍK“.

Za spolupráci děkuje

**Jak jste byl(a) spokojen(a) s péčí
zdravotnického personálu**

Oddělení Datum

Druh přijetí do nemocnice:

náhlé onemocnění: ANO - NE plánovaný pobyt: ANO - NE

Kolikátý pobyt*): Počet pacientů na pokoji: Dieta č.:

Označte křížkem Vaši odpověď

Pohlaví:	Muž	<input type="checkbox"/>	Žena	<input type="checkbox"/>				
Věk:	15 - 20	<input type="checkbox"/>	21 - 40	<input type="checkbox"/>	41 - 60	<input type="checkbox"/>	61 - 80	<input type="checkbox"/>
Délka pobytu:	do týdne	<input type="checkbox"/>	1 - 3 týdny	<input type="checkbox"/>	3 - 6 týdnů	<input type="checkbox"/>	více než 6 týdnů	<input type="checkbox"/>

Místo pro vaše připomínky:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*) V připomínkách můžete porovnat Váš pobyt na jiném oddělení nebo pobyt v jiné nemocnici

Umístěte vždy jediný křížek do čtverečku, který zastupuje Vaši míru spokojenosti s danou položkou.

Spokojen(a)

zcela částečně málo vůbec ne

Provozní režim:

Dodržování nočního klidu
od 22,00 do 6,30 hodin a buzení

Strava

Úroveň úklidu na oddělení

Kvalita lékařské péče:

Přístup lékařů k mé osobě

Úroveň informovanosti před léčbou,
operačním výkonem, vyšetřením a
o eventuelním riziku

Způsob, kterým Vám lékař podal
informace o Vaší chorobě

Dostatek informací o tom, jak se
chovat po propuštění z nemocnice

Kvalita sesterské péče:

Způsob vystupování a chování sester

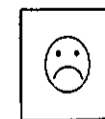
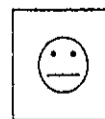
Projev zájmu a porozumění sester
k Vaším obtížím a problémům

Úroveň ošetrovatelské péče
(podávání léků, injekcí, včetně poučení)

Dosažitelnost sester

Péče ošetrovatelek a sanitářek
(sanitářů)

S JAKÝM VÝRAZEM OBLIČEJE JSTE
SE NEJČASTĚJI SETKAL(A) ?



PROTOKOL O PÁDU PACIENTA

oddělení:

Jméno:	Hospitalizace od:	Datum pádu:	Čas pádu:
--------	-------------------	-------------	-----------

Věk:	Diagnóza:
------	-----------

Pády v anamnéze (datum):	Zranění:
--------------------------	----------

ZHODNOCENÍ PACIENTA PŘED PÁDEM

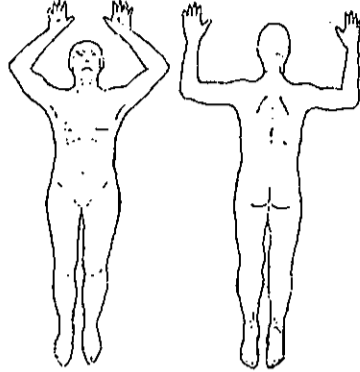
Psychický stav <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> jiné:	Pohyblivost <input type="checkbox"/> chodící sám <input type="checkbox"/> chodící s dopomocí <input type="checkbox"/> sedí v křesle <input type="checkbox"/> ležící pohyblivý <input type="checkbox"/> ležící nepohyblivý	Soběstačnost <input type="checkbox"/> sám soběstačný <input type="checkbox"/> dopomoc <input type="checkbox"/> úplná péče	Pomůcky <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> brýle, čočky <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> berle <input type="checkbox"/> hůl <input type="checkbox"/> chodítko <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> protéza: <input type="checkbox"/> antidekubitní matrace <input type="checkbox"/> pacemaker <input type="checkbox"/> jiné:
Schopnost spolupráce <input type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> částečná <input type="checkbox"/> malá <input type="checkbox"/> žádná	Smyslové bariéry <input type="checkbox"/> žádný problém <input type="checkbox"/> problémy s řečí <input type="checkbox"/> problémy se zrakem <input type="checkbox"/> problémy se sluchem <input type="checkbox"/> jiné:	Užívání léků <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> antipsychotika <input type="checkbox"/> anxiolytika/hypnotika <input type="checkbox"/> antidepresiva <input type="checkbox"/> kardiovaskulární léky <input type="checkbox"/> diuretika <input type="checkbox"/> inzulín <input type="checkbox"/> PAD	

ZHODNOCENÍ PACIENTA PO PÁDU

Subjektivní obtíže o okolnosti bezprostředně před pádem <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> závratě <input type="checkbox"/> nevolnost <input type="checkbox"/> pocit slabosti <input type="checkbox"/> požití návykové látky: <input type="checkbox"/> požití alkoholu <input type="checkbox"/> jiné:	Přítomnost zdravotníka při pádu: <input type="checkbox"/> nikdo <input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> ošetřovatelka <input type="checkbox"/> sanitárka / sanitář <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> lékař
Situace za které k pádu došlo <input type="checkbox"/> pád z lůžka <input type="checkbox"/> vstávání z lůžka / přesun na pokojové WC <input type="checkbox"/> opření se o nestabilní oporu (např. jídelní, noční stolek) <input type="checkbox"/> nestabilita při chůzi a nestačil se zachytit opěry <input type="checkbox"/> zakopnutí, uklouznutí při chůzi <input type="checkbox"/> jiné:	Místo pádu <input type="checkbox"/> na stanici <input type="checkbox"/> na pokoji <input type="checkbox"/> na chodbě <input type="checkbox"/> na WC <input type="checkbox"/> v jiné budově: <input type="checkbox"/> v areálu nemocnice:
Psychický stav bezprostředně po pádu <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> zmatený (neví, jak k pádu došlo) <input type="checkbox"/> orientovaný (nedovede si vysvětlit, jak k pádu došlo) <input type="checkbox"/> psychicky komponovaný (dovede si vysvětlit, jak k pádu došlo)	Somatický stav bezprostředně po pádu <input type="checkbox"/> nic <input type="checkbox"/> bledý <input type="checkbox"/> opocný <input type="checkbox"/> dušný <input type="checkbox"/> BEZ ZRANĚNÍ <input type="checkbox"/> ZRANĚNÍ (viz druhá strana)

Puls / min
 pravidelný
 nepravidelný
 TK /

Signalizování pádu
 personál uslyšel pád
 spolupacienti
 zazvoněním
 hlasem
 osobně
 sám pacient
 zazvoněním
 hlasem

<p style="text-align: center;">Zranění</p>	<p style="text-align: center;">Zranění graficky</p> 
<p style="text-align: center;">Vyšetření</p>	<p style="text-align: center;">Ošetření</p>
<p style="text-align: center;">Pravděpodobná příčina pádu</p>	<p style="text-align: center;">Doporučení pro další postup</p>
<p style="text-align: center;">Záznam lékaře</p>	<p style="text-align: center;">Provedená opatření</p>
<p style="text-align: center;">Poznámky</p>	

Datum a hodina vyplnění:

Podpis sestry:

Podpis lékaře:

Hlášení vzniku dekubitu
Hlášení dekubitu vzniklého na jiném pracovišti
 (překlad pacienta)

Název pracoviště/ oddělení, linka	Při překladu – odkud pac. přichází	Datum vzniku dekubitu (příjmu pac. s dekubitem)
-----------------------------------	------------------------------------	--

Jméno pacienta	Věk	Riziko dle NS
Zákl. dg.		

Údaje o dekubitech

	1	2	3	4	5	další
Lokalizace						
Stupeň						
Velikost						
Ošetření						

Prevence

Matrace <input type="checkbox"/> Standardní <input type="checkbox"/> Statický syst. <input type="checkbox"/> Dynamický syst.	Polohování <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> á 1 hod <input type="checkbox"/> á 2 hod <input type="checkbox"/> jinak:	Hygienická péče, ochrana kůže, masáže ?:	Hydratace – jak často podávány tekutiny? Výživa:
--	---	---	---

Jiné antidekubitální pomůcky:

Poznámky, důležité okolnosti vzniku dekubitu

Podpis staniční sestry (zástupce):

Vyplněný protokol odevzdejte do 24 hod. vrchní sestře

Příloha č. 10

Otázka č.16							
		Interval				Hypotéza č. 1	Ředitel
		1,25	1,75	2,25	2,75		
Hodnocení	1	2	10	0	0	Absolutní počet	12
	2	0	6	2	2		10
	3	0	0	1	4		5
		2	16	3	6		
		0,889	7,111	1,333	2,667	Relativní počet	
		0,741	5,926	1,111	2,222		
		0,370	2,963	0,556	1,111		
		1,39	1,17	1,33	2,67	Vypočítané hodnoty	6,56
		0,74	0,00	0,71	0,02		1,48
		0,37	2,96	0,36	7,51		11,20
vyšší míra závislosti		0,645				0,995	19,24

Tab. K1

Otázka č.17							
		Interval				Hypotéza č. 2	HS
		1,25	1,75	2,25	2,75		
Hodnocení	1	2	15	1	0	Absolutní počet	18
	2	0	1	2	4		7
	3	0	0	0	2		2
		2	16	3	6		
		1,333	10,667	2,000	4,000	Relativní počet	
		0,519	4,148	0,778	1,556		
		0,148	1,185	0,222	0,444		
		0,33	1,76	0,50	4,00	Vypočítané hodnoty	6,59
		0,52	2,39	1,92	3,84		8,67
		0,15	1,19	0,22	5,44		7,00
vyšší míra závislosti		0,67225				0,995	22,26

Tab. K 2

Otázka č.6							
		Interval				Hypotéza č. 3	Oddělení
		1,25	1,75	2,25	2,75		
Hodnocení	1	2	7	0	0	Absolutní počet	9
	2	0	3	1	0		4
	3	0	6	2	6		14
		2	16	3	6		
		0,667	5,333	1,000	2,000	Relativní počet	
		0,296	2,370	0,444	0,889		
		1,037	8,296	1,556	3,111		
		2,67	0,52	1,00	2,00	Vypočítané hodnoty	6,19
		0,30	0,17	0,69	0,89		2,05
		1,04	0,64	0,13	2,68		4,48
střední míra závislosti		0,56585				0,95	12,72

Tab. K 3

Otázka č. 9							
		Interval				Hypotéza č.4	národní indikatory
		1,25	1,75	2,25	2,75		
Hodnocení	3	0	7	2	6	Absolutní počet	15
	2	0	6	1	0		7
	1	2	3	0	0		5
		2	16	3	6		
		1,111	8,889	1,667	3,333	Relativní počet	
		0,519	4,148	0,778	1,556		
		0,370	2,963	0,556	1,111		
		1,11	0,40	0,07	2,13	Vypočítané hodnoty	3,71
		0,52	0,83	0,06	1,56		2,96
		7,17	0,00	0,56	1,11		8,84
střední míra závislosti		0,60409				0,975	15,51

Tab. K 4

Otázka č.1							
		Interval					
		1,25	1,75	2,25	2,75	Hypotéza č. 5	právní forma
Jiná právní forma		0	2	0	0	Absolutní počet	2
a.s.		1	4	3	2		10
Příspěvková organizace		1	10	0	4		15
		2	16	3	6		27
		0,148	1,185	0,222	0,444	Relativní počet	
		0,741	5,926	1,111	2,222		
		1,111	8,889	1,667	3,333		
		0,15	0,56	0,22	0,44	Vypočítané hodnoty	1,38
		0,09	0,63	3,21	0,02		3,95
		0,01	0,14	1,67	0,13		1,95
Není vztah							7,28

Tab. K 5

Otázka č. 25							
		Interval				Hypotéza č. 6	
		1,25	1,75	2,25	2,75		
Vzdělání	SZŠ	1	1	0	0	Absolutní počet	2
	PSS	1	5	1	0		7
	VŠ	0	4	0	3		7
		2	10	1	3		16
		0,250	1,250	0,125	0,375	Relativní počet	
		0,875	4,375	0,438	1,313		
		0,875	4,375	0,438	1,313		
		2,25	0,05	0,13	0,38	Vypočítané hodnoty	2,80
		0,02	0,09	0,72	1,31		2,14
		0,88	0,03	0,44	2,17		3,51
Není vztah							8,46

Tab. K6

Otázka č. 8						
	Interval				Hypotéza č. 7	Metodiky
	1,25	1,75	2,25	2,75		
ISO	0	7	1	0	Absolutní počet	8
SAK	2	10	0	0		12
JCAHO	0	3	0	1		4
	2	20	1	1		24
	0,667	6,667	0,333	0,333	Relativní počet	
	1,000	10,000	0,500	0,500		
	0,333	3,333	0,167	0,167		
	0,67	0,02	1,33	0,33	Vypočítané hodnoty	2,35
	1,00	0,00	0,50	0,50		2,00
	0,33	0,03	0,17	4,17		4,70
Není vztah						9,05

Tab. K 7

Otázka č. 10							
		Interval				Hypotéza č. 8	doba
		1,25	1,75	2,25	2,75		
Doba sledování kvality ošetrovatelské péče za pomoci indikátorů KOP	D2	1	11	0	0	Absolutní počet	12
	D1	1	4	2	1		8
	L	0	1	1	0		2
		2	16	3	1		
		1,091	8,727	1,636	0,545	Relativní počet	
		0,727	5,818	1,091	0,364		
		0,182	1,455	0,273	0,091		
		0,01	0,59	1,64	0,55	Vypočítané hodnoty	2,78
		0,10	0,57	0,76	1,11		2,54
		0,18	0,14	1,94	0,09		2,35
Není vztah							7,68

Tab. K 8

Příloha č. 11



CERT-ACO, s.r.o.
certifikační orgán pro systémy managementu jakosti

INFORMACE PRO ŽADATELE / DRŽITELE CERTIFIKÁTŮ

**QUALITY MANAGEMENT SYSTEM
EN ISO 9001:2000**

Adresa: Huťská 275/3, 272 01 Kladno
Kontakt: Ing. Pavel Charvát
Tel.: 312 645 007
Fax: 312 662 045
E-mail: cert@cert.cz
web site: www.cert.cz
ICO: 256 06 310
DIC: CZ 256 06 310

VŠEOBECNÁ PRÁVA A POVINNOSTI ŽADATELŮ O CERTIFIKACI / CERTIFIKOVANÝCH ORGANIZACÍ

Povinnosti:

- řádně pověřeným zástupcem žadatele oficiálně na formuláři „dotazník / žádost o certifikaci“ požádat o provedení certifikace
- přesně definovat rozsah certifikace (provozovny, organizační jednotky, procesy, výrobky)
- poskytnout všeobecné údaje o žadateli (název, adresa, organizační struktura, zdroje)
- poskytnout informace o systému jakosti (popis systému, norem a jiných normativních dokumentů, kterých se v jednotlivých případech využívá)
- poskytnout a udržovat aktuální výtisk příručky jakosti, vytvořit postup pro zajištění toho, aby informace poskytnuté certifikačnímu orgánu byly udržovány v aktuálním stavu
- zavázat se k vyhovění požadavkům na certifikaci a přístup auditorů k informacím, které slouží k posouzení shody systému jakosti s požadavky normy
- předložit všechny informace nezbytné k hodnocení
- vést záznamy a evidenci všech stížností a opatření k nápravě vztahujících se k systému jakosti a předkládat je při kontrolním auditu.

Práva:

- být seznámen s podmínkami pro udělení certifikace (postupem posuzování a certifikace)
- být seznámen s podmínkami dozoru a opakované certifikace
- být seznámen s finančními podmínkami certifikace
- být informován o složení skupiny auditorů a vznášet proti nim námítky
- být seznámen s pravidly používání certifikátů a certifikační značky
- zachování důvěrnosti informací o žadateli na všech úrovních certifikačního orgánu
- podat odvolání proti rozhodnutí certifikačního orgánu
- informovat zákazníky a dodavatele o všech nebo dílčích informacích o certifikaci
- užívat certifikát a certifikační značku
- uvést v dotazníku/žádosti jazyk, ve kterém bude veden audit, není-li specifikováno jednacím řečí je jazyk český.

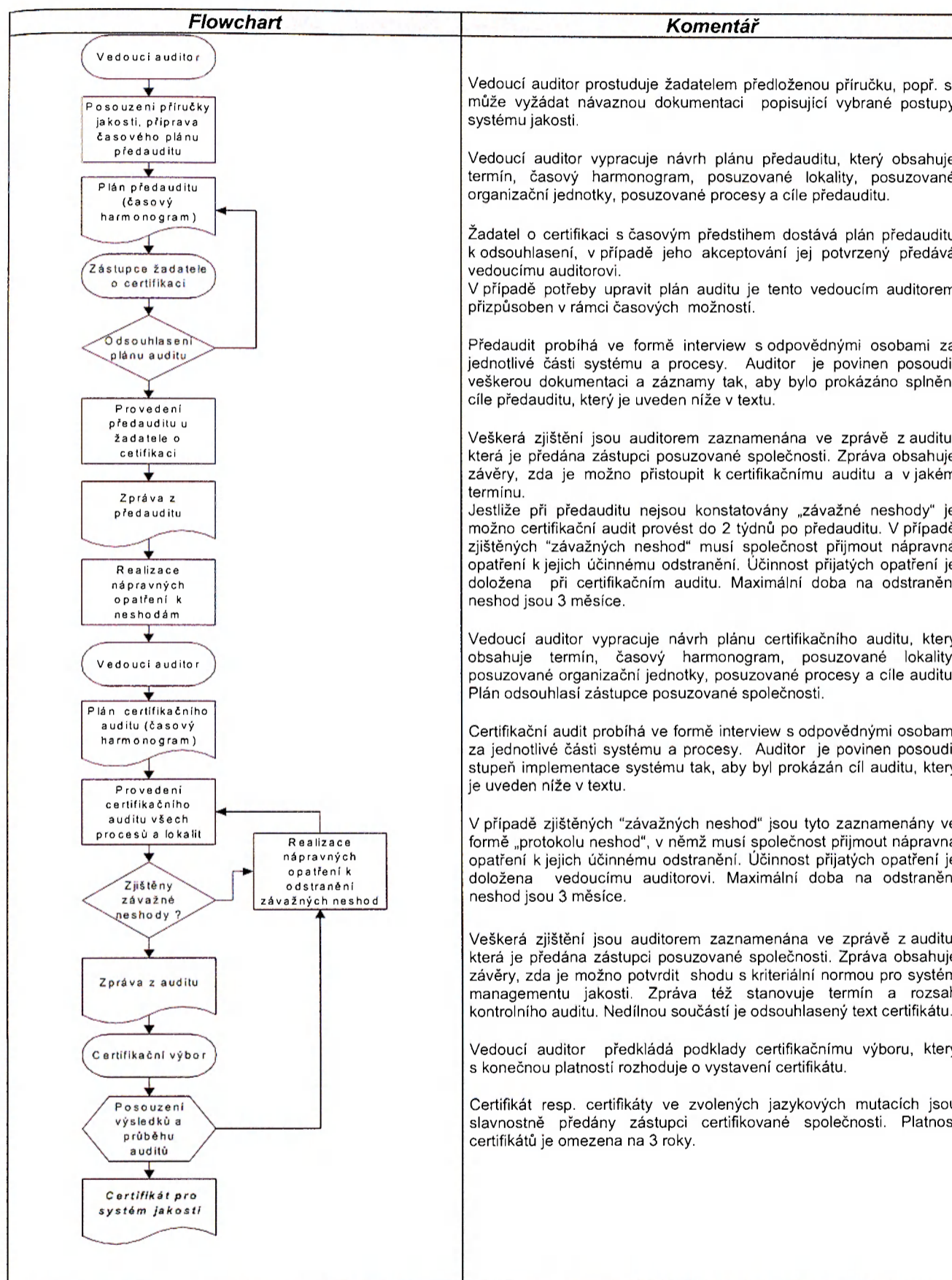
POSTUP OBJEDNÁNÍ CERTIFIKACE, UZAVŘENÍ SMLOUVY O DÍLO

Flowchart	Komentář
<pre> graph TD A[Poptávka došla od žadatele o certifikaci] --> B[Posouzení poptávky, zpracování nabídky] B --> C[Nabídka včetně příloh, odeslání žadateli o certifikaci] C --> D((Žadatel o certifikaci)) D --> E[Dotazník/ žádost o certifikaci vyplněná žadatelem] D --> F[Příručka jakosti, organizační schéma] E --> G[Posouzení žádosti a dalších podkladů, zpracování návrhu smlouvy] F --> G G --> H[Smlouva na certifikaci] H --> I((Žadatel o certifikaci)) I --> J[Schválení a podepsání smlouvy o dílo] </pre>	<p>Poptávka musí obsahovat alespoň základní informace o žadateli (počet lokalit , počet zaměstnanců, obor a procesy pro které je systém jakosti implementován, předpokládaný termín certifikace)</p> <p>Poptávka je posouzena zda-li obsahuje veškeré potřebné informace, nutné k vypracování nabídky. Rozhodnutí, zda-li certifikační orgán má pro příslušný obor akreditaci. V případě potvrzení způsobilosti je zpracována nabídka.</p> <p>Nabídka vždy obsahuje předpokládaný rozsah auditů, cenu, platební podmínky, postup certifikace. Nedílnou součástí jsou přílohy „Informace pro žadatele o certifikát“ a „Žádost o certifikaci / dotazník“.</p> <p>Žadatel o certifikaci v případě akceptování podmínek uvedených v nabídce vyplní „Žádost o certifikaci / dotazník“, kde detailněji specifikuje rozsah certifikovaného systému. K posouzení zda-li uvedené údaje jsou pravdivé a úplné slouží nezbytné přílohy tj. příručka jakosti (specifikující organizační strukturu, procesy a jejich vztahy, odpovědnosti). „Žádost o certifikaci/ dotazník“ je certifikačním orgánem považován za závaznou objednávku.</p> <p>Údaje uvedené v „Žádosti o certifikaci/ dotazníku“ jsou posouzeny z pohledu jejich shody s poptávkou a je vypracován návrh smlouvy o dílo na certifikaci. Tento návrh je odeslán žadateli o certifikaci (podle požadavků – poštou, faxem nebo e-mailem).</p> <p>V případě akceptování podmínek ve smlouvě o dílo, tuto schválí a podepíše statutární zástupci obou stran. Certifikačním orgánem je určen auditorický tým, který bude posuzování (audit) systému provádět. Vedoucí auditor kontaktuje představitele vedení pro systém jakosti žadatele a společně plánují harmonogram následných činností.</p>

PODMÍNKY PRO ZAHÁJENÍ CERTIFIKAČNÍHO PROCESU

- Organizace přiměřeně zdokumentovala systém managementu jakosti alespoň v příručce jakosti a normou požadovaných postupech. Implementovala do praxe tyto postupy a provozovala alespoň 3 (tři) měsíce.
- Organizace identifikovala procesy, stanovila jejich pořadí a vzájemné vazby, stanovila kritéria efektivnosti těchto procesů včetně jejich monitorování a analýzy.
- Organizace stanovila a vyhlásila svou politiku, cíle a cílové hodnoty v oblasti zabezpečování jakosti.
- Organizace provedla interní audity všech lokalit, procesů a realizovala účinná nápravná opatření k odstranění neshod.
- Organizace provedla úplné přezkoumání systému jakosti vedením (management review).

SCHÉMA POSTUPU POSUZOVÁNÍ A CERTIFIKACE



Cíle předauditu (auditu 1.stupně):

Získat informace, potřebné pro naplánování certifikačního auditu. Seznámit se s QMS (systém managementu jakosti) ve vztahu k všem činnostem, výrobkům a službám včetně možností jejich selhání a zejména s připraveností na audit, že přezkoumá, do jaké míry:

- QMS zahrnuje odpovídající postup pro zajištění jakosti služeb, výrobků a činností.
- je QMS koncipován tak, aby dosáhl cílů politiky jakosti organizace
- způsob zavedení QMS opravňuje přikročit k certifikačnímu auditu
- interní audit odpovídá požadavkům normy, specifikující požadavky na QMS
- přezkoumat dokumentaci a informace, které je třeba získat před certifikačním auditem

Dokumentace při předauditu musí přinést následující informace:

- seznam křížových odkazů na příslušné požadavky normy, specifikující požadavky na QMS
- popis organizace a postupů
- popis prostředků, zabezpečující neustálé zlepšování
- programy a zprávy z interních auditů

Další důležité informace – záznamy posuzované při předauditu:

- záznamy prokazující splnění požadavků na jakost a efektivnost systému jakosti
- podrobnosti o interně zjištěných neshodách, včetně podrobností o odpovídajících nápravných a preventivních opatřeních, která byla přijata během posledních 12 měsíců (nebo od počátku zavedení QMS min. 3 měsíce)
- záznamy o přezkoumání vedením
- záznamy o jakýchkoliv sděleních (stížnostech) týkajících se QMS a o všech opatřeních přijatých na základě těchto sdělení

Cíl certifikačního auditu (auditu 2.stupně):

- Přezkoumat odstranění neshod zjištěných při předauditu a účinnost přijatých opatření.
- Přezkoumání, zda QMS aplikuje odpovídající postupy pro zajištění jakosti služeb, výrobků a činností, ve vztahu ke všem zákazníkům na praktických ukázkách realizovaných zakázek .
- Přezkoumání, zda QMS dosahuje cílů a cílových hodnot politiky jakosti organizace a způsob zavedení QMS opravňuje vystavit certifikát.
- Prokázat, že jsou efektivně využívány prostředky, zabezpečující neustálé zlepšování.
- Přezkoumat, že programy a zprávy z interních auditů prokazují účinnost při hledání a odstraňování neshod v systému.
- Přezkoumat podrobnosti o interně zjištěných neshodách, včetně podrobností o odpovídajících nápravných a preventivních opatřeních, která byla přijata během posledních 12 měsíců (nebo od počátku zavedení QMS min. 3 měsíce).
- Přezkoumat záznamy o přezkoumání vedením.
- Přezkoumat záznamy o jakýchkoliv sděleních (stížnostech) týkajících se QMS a o všech opatřeních přijatých na základě těchto sdělení.
- Přezkoumat do jaké míry jsou procesy efektivní, zda-li je dosahováno neustálého zlepšování spokojenosti zákazníků

Certifikační orgán poskytuje přiměřené časové období, nejdéle však 3 měsíce, během kterého musí organizace prokázat, že odstranila zjištěné nedostatky při certifikačním auditu, v opačném případě navrhuje ředitel certifikačního orgánu neudělit certifikát. Podmínky pro udělení certifikátu jsou uvedeny dále.

DOZOR NAD CERTIFIKOVANÝMI ORGANIZACEMI

Všeobecně:

Pravidelný dozor nad certifikovanou organizací se provádí minimálně 1x ročně formou kontrolního auditu, v případě, že dojde v systému jakosti certifikované organizace ke změnám, které vyžadují kontrolu, lze vyvolat i mimořádný kontrolní audit. Certifikační orgán si vyhrazuje právo upravit četnost dozorů podle posouzení stavu systému managementu jakosti.

Cíl kontrolního auditu (pravidelného dozoru):

- Přezkoumat, zda QMS je efektivní a dosahuje cílů a cílových hodnot politiky jakosti organizace a způsob zavedení QMS opravňuje potvrdit platnost certifikátu.
- Přezkoumat fungování postupů, jimiž je vedení informováno o všech porušeních v QMS.
- Přezkoumat pokrok plánovaných činností zaměřených na zlepšování fungování systému.
- Přezkoumat, že závěry z interních auditů jsou sledovány a prokazují účinnost při hledání a odstraňování neshod v systému.
- Přezkoumat záznamy o jakýchkoliv sděleních (stížnostech, odvoláních a sporech) týkajících se QMS a o všech opatřeních přijatých na základě těchto sdělení, především tam, kde je riziko, že organizace neplní požadavky na certifikaci. Musí se prokázat, že organizace přezkoumává své systémy a postupy a přijímá vhodná opatření k nápravě.

Program kontrolního auditu:

Program kontrolního auditu vždy obsahuje ověření:

- prvku - Odpovědnost vedení –přezkoumání vedením
- prvku - Zlepšování, opatření k nápravě a prevenci
- prvku - Změny dokumentovaného systému
- prvku - Interní audity jakosti z pohledu zabezpečení:
 - efektivnosti systému jakosti z hlediska dosahování cílů organizace
 - informovanosti vedení o případech nefunkčnosti postupů
 - trvalého zlepšování systému jakosti
 - oblastí ve kterých dochází ke změnám činností a postupů
 - účinné interakce mezi procesy a prvky systému jakosti
 - kontroly plnění závěrů interních auditů
 - účinnosti přijatých opatření k nápravě a prevenci
- ověření dalších náhodně vybraných prvků systému managementu jakosti tak, aby v tříletém období platnosti certifikátu byly prověřeny všechny procesy/prvky systému
- vypořádání neshod z předchozího auditu ve formě ověření přijatých opatření
- kontrola změn v systému managementu jakosti (ve všech oblastech)
- kontrola stížností zákazníků na systém managementu jakosti a jejich účinné řešení
- dodržování pravidel používání certifikátů a certifikační značky

Certifikační orgán poskytuje přiměřené časové období, nejdéle však 3 měsíce, během kterého musí certifikovaná organizace prokázat, že odstranila zjištěné nedostatky při kontrolním auditu, v opačném případě navrhuje ředitel certifikačního orgánu odejmutí certifikátů. Podmínky pro potvrzení platnosti certifikátu jsou uvedeny dále.

OPAKOVANÉ POSUZOVÁNÍ – OPAKOVACÍ AUDIT

Všeobecně:

Platnost certifikátů je 3 roky. Po uplynutí této doby je proveden opakovací audit, za účelem ověření, že systém managementu jakosti je trvale řádně zaveden a udržován v celém komplexu požadavků normy.

Cíl opakovacího auditu (recertifikace):

- Ověřit účinnou interakci mezi všemi prvky systému a prokázat závazek udržovat efektivnost systému.
- Přezkoumat odstranění neshod zjištěných při předchozích auditech a účinnost přijatých opatření.
- Přezkoumání, zda QMS aplikuje odpovídající postupy pro zajištění jakosti služeb, výrobků a činností, ve vztahu ke všem zákazníkům na praktických ukázkách realizovaných zakázek .
- Přezkoumání, zda je QMS efektivní a dosahuje cílů a cílových hodnot politiky jakosti organizace a způsob zavedení QMS opravňuje vystavit certifikát i z pohledu změn činností.
- Prokázat, že jsou efektivně využívány prostředky, zabezpečující neustálé zlepšování.
- Přezkoumat, že programy a zprávy z interních auditů prokazují účinnost při hledání a odstraňování neshod v systému.
- Přezkoumat podrobnosti o interně zjištěných neshodách, včetně podrobností o odpovídajících nápravných a preventivních opatřeních, která byla přijata během posledních 12 měsíců .
- Přezkoumat záznamy o přezkoumání vedením.
- Přezkoumat záznamy o jakýchkoliv sděleních (stížnostech) týkajících se QMS a o všech opatřeních přijatých na základě těchto sdělení.
- Přezkoumat do jaké míry jsou procesy efektivní, zda-li je dosahováno neustálého zlepšování spokojenosti zákazníků

Program opakovacího auditu:

Program opakovacího auditu vždy obsahuje všechny prvky a procesy systému jakosti ve vybraných lokalitách . Kritéria a podmínky pro certifikátu jsou shodné s úvodním posuzováním a certifikací včetně termínů pro odstranění neshod. Též činnosti spojené s prověřením dokumentace QMS jsou provedeny v rámci opakovaného posuzování – opakovacího auditu nikoliv samostatně.

PODMÍNKY PRO UDĚLENÍ CERTIFIKÁTU/ POTVRZENÍ PLATNOSTI CERTIFIKÁTU

Dokumentace: Systém managementu jakosti musí být popsán vyváženým souborem dokumentace, zastřešenou Příručkou jakosti – I. vrstva, která popisuje způsob řešení všech procesů a prvků systému jakosti. Příručku jakosti a vybranou dokumentaci II. vrstvy (požadovanou normou EN ISO 9001:2000) je žadatel povinen předložit do 14 dnů před zahájením auditu.

Kritéria (ne)udělení certifikátu: Tým auditorů na základě objektivních zjištění v průběhu auditu o závažnosti případných nedostatků v těchto úrovních:

systemová neshoda:

- prověřovaný systém jakosti nebo jeho podstatná část zásadně odporuje požadavkům kritériálních norem

- chybí část systému, která je podle specifických podmínek prověřované organizace nezbytná pro správnou funkci systému jakosti
- existuje velké množství (min. 7) závažných neshod

závažná neshoda

- nedokonalé zavedení některého požadavku (článku) normy (nedokonalá dokumentace a/nebo nedokonalá implementace)
- neshoda, která by mohla vést k selhání systému jakosti nebo ke ztrátě schopnosti zajistit řízené postupy a výrobky
- větší počet drobných neshod u jednoho z požadavků kritériální normy jež může pravděpodobně vést k selhání systému

drobná neshoda

- je odchylka od formulace normy, nebo dílčí nedodržení postupu systému, u kterých zkušenost a posouzení ukazují, že nepovede k selhání systému jakosti ani schopnosti zajistit řízené postupy a výrobky

Podmínkou pro udělení certifikátu je neexistence systémových neshod a odstranění závažných neshod.

Systémová neshoda: při zjištění je auditor povinen okamžitě přerušit audit a informovat vedení prověřované společnosti. Skutečnosti jsou protokolovány ve zprávě z auditu a formou „Protokolu neshod“. Po odstranění je nutno provést audit znovu, v celém rozsahu formou následného auditu.

Závažná neshoda: při zjištění je auditor povinen informovat v průběhu závěrečného jednání s vedením prověřované společnosti. Skutečnosti jsou protokolovány ve zprávě z auditu a formou „Protokolu neshod“. S žadatelem auditor dohodne termín opatření a postup jejich ověření tj. předložením objektivních důkazů o realizaci nápravných opatření nebo následným auditem prvku normy, kde neshoda zjištěna. Termínem pro odstranění závažných neshod jsou 3 měsíce, při jeho nedodržení je nutno provést audit znovu, v celém rozsahu formou následného auditu.

Drobná neshoda: při zjištění je auditor povinen je uvést do zprávy z auditu, prověřovaná organizace je povinna je odstranit do doby dozorového (kontrolního) auditu. V případě, že nejsou řešeny, mohou se stát závažnou neshodou.

PODMÍNKY PRO UŽITÍ CERTIFIKAČNÍ ZNAČKY A CERTIFIKÁTŮ

- Grafická značka je certifikačním znakem CERT-ACO, s.r.o. Kladno. Značku je možné používat v barvě světle modré nebo černé.
- Značku CERT-ACO Kladno lze používat jen na dopisních hlavičkových papírech a na podobných dokumentech u služeb poskytovaných v oborech a oblastech činnosti, v té době spadajících pod platný certifikát a po schválení ředitelem CERT-ACO Kladno. Značka nesmí být používána na obalech a výrobcích.
- Umístění značky na dokumentech musí vždy být takové, aby nápis „CERT-ACO“ byl vždy čitelný v horizontální rovině a aby značka nezasahovala do jiné textové části a ani nepřekrývala jiný tisk. Značka má být používána ve spojení s grafickým znakem objednatele a stejně výrazně.
- Předloha značky s číslem certifikátu je zapůjčena společně s příslušným certifikátem. Certifikovaná organizace může kopírovat certifikát (i ve zvětšeném nebo zmenšeném měřítku za předpokladu, že zůstane čitelný v celém původním rozsahu).

- Certifikáty zůstávají majetkem certifikačního orgánu po celou dobu platnosti tj. 3 roky. Za nesprávné použití nebo zneužití certifikátu je považováno přímá vazba na výrobek a tvrzení o jeho zkoušení shody. Za falešné tvrzení je považováno též u certifikované organizace tvrzení, že systém jakosti zabezpečuje činnosti spojené s návrhem (vývojem) není-li to uvedeno přímo v textu certifikátu.
- Za zneužití certifikátu se považuje jeho použití v době po uplynutí platnosti resp. v době pozastavení jeho platnosti. V případě zjištění nepovoleného použití je případ projednán a ředitel uplatní vůči certifikované organizaci nápravná opatření tj. zveřejnění opravy.
- Poplatky za užití certifikační značky a za jeden originál certifikátu ve 3 (slovy třech) jazykových mutacích jsou zahrnuty v ceně certifikace.

Certifikační značka pro systém managementu jakosti:



Podmínky užití certifikátů a certifikační značky laboratořemi a zkušebnami, které jsou již akreditovány podle normy ISO 17025 zahrnují dodržování postupů:

- certifikace systému jakosti podle normy EN ISO 9001:2000 nenahrazuje v žádném případě akreditaci podle ISO 17025 či jiné normy
- vzhledem k tomu, že výstupní dokumenty zkušebních a kalibračních laboratoří tj. protokoly o zkouškách nebo kalibrační listy, jsou považovány za výrobky, nesmí na nich certifikovaný subjekt používat jakýkoliv odkaz na udělenou certifikaci ani používat certifikační značku.

STÍŽNOSTI, NÁMITKY A ODVOLÁNÍ

Stížnost, námitka - je vyslovení nesouhlasu s postupy certifikačního orgánu

Stížnosti, námitky může zástupce prověřované organizace vznést v kterémkoliv okamžiku a uplatnit ji u vedoucího auditora, který je povinen ji řešit v rámci svých kompetencí. Uplatnit stížnost, námitku může zákazník u ředitele pro certifikaci, který je povinen přezkoumat oprávněnost, vypracovat stanovisko a navrženým opatřením a předat řediteli certifikačního orgánu, který má ve věci námitky a stížnosti poslední slovo.

Odvolání - je vyslovení nesouhlasu s rozhodnutím certifikačního orgánu.

- Veškerá odvolání musí být učiněna písemnou formou na adresu certifikačního orgánu CERT-ACO. Odvolání musí být učiněno do 15 dní od doručení oficiálního stanoviska certifikačního orgánu.
- Ředitel certifikačního orgánu je povinen navrhnout složení nezávislé odvolací poroty a stanovuje postup prošetření odvolání a vyžádá si písemný souhlas odvolávající se organizace.

Jestliže do 14 dní od doručení se zástupce organizace nevyjádří, je to považováno za souhlas se složením odvolací komise.

- Poplatky - po přijetí odvolání je organizace vyzván ke složení poplatku ve výši 20.000,- Kč. Teprve po složení tohoto poplatku je zahájeno odvolací řízení. V případě zjištění oprávněnosti odvolání je tento poplatek vrácen a veškeré výlohy spojené s odvolacím postupem a realizací oprávněného rozhodnutí hradí certifikační orgán. V případě neoprávněnosti odvolání hradí náklady spojené s odvolacím postupem odvolávající se organizace ze správného poplatku.
- Rozhodnutí - konečné rozhodnutí o přezkoumání odvolání provádí na základě doporučení odvolací poroty ředitel. Zástupce organizace je nejpozději do 1. měsíce od vydání závěrečné zprávy o přezkoumání, seznámen s výsledkem přezkoumání. Rozhodnutí ředitele je konečné a nepodléhá přezkoumání jiným orgánem.

KRITÉRIA PRO POZASTAVENÍ A ODEJMUTÍ CERTIFIKÁTŮ

Kritéria pro pozastavení platnosti certifikátu:

- certifikovaná organizace se ve stanoveném termínu nepodrobila doзору (kontrolnímu auditu) resp. odklad termínu je větší než 6 měsíců
- certifikovaná organizace opakovaně (2x) neodstranila drobné neshody zjištěné při auditu resp. při auditu byly konstatovány závažné neshody
- certifikovaná organizace v časovém období 3 měsíců neodstranila závažné neshody z doзору
- stížnosti zákazníků na systém managementu jakosti certifikované organizace adresované na certifikační orgán a jsou posouzené jako oprávněné, pozastavení do doby odstranění příčiny stížností
- nesprávné použití certifikátu a certifikační značky
- provedení změn uvnitř organizace, které změnilly podmínky, za kterých byl certifikát vydán
- nesplnění finančních podmínek smlouvy

Certifikační orgán poskytuje přiměřené časové období, nejdéle však 3 měsíce, během kterého musí certifikovaná organizace prokázat, že odstranila zjištěné nedostatky, v opačném případě navrhuje ředitel pro certifikaci odejmutí certifikátů. Pozastavení platnosti certifikátů není certifikačním orgánem zveřejňováno. Během pozastavení platnosti certifikovaná organizace nesmí certifikát používat k žádným propagačním účelům.

Kritéria pro odejmutí certifikátu:

- zjištění, že nebyla realizována opatření k odstranění příčiny, pro kterou byl certifikát pozastaven
- vydání nového certifikátu (po uplynutí platnosti, při změně rozsahu)
- odejmutí na žádost zástupce certifikované organizace
- po uplynutí platnosti certifikátu a neopakování recertifikační prověrky (opakovacího auditu)
- nepodrobení se pravidelnému ročnímu doзору ani v době do 3 měsíců po pozastavení platnosti certifikátu
- provedení změn uvnitř organizace, které změnilly podmínky, za kterých byl certifikát vydán
- nesprávné použití a zneužití certifikátu a certifikační značky

Rozhodne-li ředitel certifikačního orgánu o odejmutí certifikátu, musí certifikovaná organizace vrátit originál certifikátu. Dále je provedena změna v referenčních listinách certifikovaných organizací a tyto dokumenty zveřejněny. Po odejmutí certifikátu nesmí certifikovaná organizace certifikát ani certifikační značku používat k žádným účelům. Pokud byly pořízeny

kopie certifikátu, musejí být všechny kopie prokazatelně staženy od uživatelů a skartovány. Ke znovuzískání certifikátu musí organizace absolvovat opakované certifikační řízení.

PODMÍNKY VÝBĚRU MÍST PRO POSUZOVÁNÍ

Definice a vymezení pojmů:

a) Místo organizace

Je definováno jako veškeré pozemky na nichž jsou prováděny činnosti řízené organizací v daném místě včetně skladování surovin, polotovarů, vedlejších produktů, výrobků i odpadů a veškerá zařízení a infrastruktura spojená s těmito činnostmi, bez ohledu na to, zda je s daným místem spojena pevně či nikoliv.

V rámci posuzování QMS organizace je prověřována místo v plné šíři uvedené definice.

b) Dočasné místo

Jsou např. staveniště, která jsou zahrnuta do QMS organizace která je řídí, ať již jsou umístěna kdekoli. V rámci posuzování QMS organizace je prověřováno místo umístění vedení organizace (to které činnosti v dočasném místě řídí) a minimálně 1. dočasné místo. Výběr dočasného místa pro prvotní posuzování provede vedoucí auditor při 1.stupni auditu náhodným výběrem. Pro kontrolní a opakované posuzování provede výběr místa vedoucí auditor v rámci činností plánování harmonogramu auditu.

c) Místo poskytování služby

Kde není umístění organizace rozhodující je certifikace vztahována k místu umístění vedení včetně jejich činností a k procesu poskytování služby. V rámci posuzování QMS organizace je prověřováno místo umístění vedení organizace (to které činnosti v dočasném místě řídí) a minimálně 1. místo poskytování služby. Výběr místa poskytování služby provede vedoucí auditor při 1.stupni auditu náhodným výběrem. Pro kontrolní a opakované posuzování provede výběr místa vedoucí auditor v rámci činností plánování harmonogramu auditu.

d) Organizace umístěná na více místech (pobočky)

Činnosti organizace zahrnuté do jediného QMS jsou prováděny v různých geografických lokalitách.

Varianta č.1 - V rámci posuzování QMS organizace je prověřováno místo umístění vedení organizace (to které činnosti v pobočce řídí) a činnosti v dané pobočce. Výsledkem je certifikát zahrnující pouze činnosti v daném místě (pobočce).

Varianta č.2 - Jestliže organizace vznesla požadavek na certifikaci QMS pod jehož působnost spadá činnost podobných míst spadajících pod jediný QMS a má být vystaven certifikát zahrnující všechna tato místa. ředitel pro certifikaci s vedoucím auditorem provede předběžný výběr (potvrdí vedoucí auditor po předauditu – 1.stupni) reprezentativních míst pro posuzování, při splnění podmínek:

- místa splňují a uplatňují jednotný QMS, který je centrálně řízen, prověřován a podroben přezkoumání vedením
- ve všech místech byl proveden interní audit podle stanovených postupů a opatření byla uplatněna na všech místech

výběr reprezentativních míst a jejich počtu je proveden dle faktorů:

- výsledky interních auditů jednotlivých míst a auditu ústředí (vedení)
- výsledky přezkoumání vedením
- vyzrálost systému QMS
- dostupné informace o organizaci
- velikosti míst, složitosti míst a složitosti QMS
- směnnosti provozů, rozmístění pracovníků v jednotlivých místech
- rozdíly v postupech a prováděných činnostech
- opakovatelnost užívaných postupů

- rozdílným právním a jiným předpisům
- zprávy a názory od zainteresovaných stran

Minimální celkový počet prověřených míst – reprezentativních vzorků je:

Počáteční posuzování - počet míst je druhá odmocnina počtu míst (včetně ústředí) zaokrouhlena na vyšší celé místo.

½ míst určuje selektivně ředitel pro certifikaci podle výše uvedených zásad a ½ míst náhodným výběrem vedoucí auditor.

Dozorová návštěva - počet míst je druhá odmocnina počtu míst (včetně ústředí) násobeno koeficientem 0,6 a zaokrouhlena na vyšší celé místo.

½ míst určuje selektivně ředitel pro certifikaci podle výše uvedených zásad a ½ míst náhodným výběrem vedoucí auditor, při respektování požadavku, aby v době platnosti certifikátu nejdéle však v periodě 5 let byla prověřena všechna místa.

Opakované posuzování - počet míst je druhá odmocnina počtu míst (včetně ústředí) zaokrouhlena na vyšší celé místo. V případě, že se systém managementu jakost osvědčil, velikost vzorku může být snížena faktorem 0,8.

½ míst určuje selektivně ředitel pro certifikaci podle výše uvedených zásad a ½ míst náhodným výběrem vedoucí auditor.

Poznámka: V případě zjištěné neshody v sídle vedení nebo na některém z vybraných míst zahrnutých do certifikace QMS se opatření k nápravě musí uplatnit na všech místech spadajících pod působnost certifikátu a do doby prokázání realizace opatření nelze certifikát udělit. Není přípustné aby organizace „problematické místo“ dodatečně vyloučila z rozsahu působnosti.

Předaudit (audit 1.stupně) je zaměřen na činnosti ústředí (vedení), aby se certifikační orgán ujistil, že pro všechna místa platí jediný QMS a že organizace je řízena vedením na všech operativních stupních.

ORIENTAČNÍ DOBY (ROZSAHY) POSUZOVÁNÍ

Certifikační orgán uvede do návrhu smlouvy na certifikaci, s přihlédnutím k výše citovaným podmínkám počtu vybraných míst a podle níže uvedené tabulky (slouží jako vodítko), dobu potřebnou k prověření systému organizace. Doba k provedení počáteční prověrky je vycíslena pomocí počtu pracovníků x den.

Tato doba zahrnuje činnosti spojené s prověřováním systému podle normy EN ISO 9001:2000 a zahrnuje předaudit (první stupeň auditu-prověрку dokumentů), certifikační audit (druhý stupeň auditu -prověřku činností), ale nezahrnuje čas strávený na cestě do místa klienta resp. mezi prověřovanými oblastmi klienta.

V případě, že se pro certifikaci stanoví s přihlédnutím k jmenovaným důvodům o trvání kratším, než uvádí tabulka, musí v dotazníku/ žádosti organizace uvést důvody:

- velmi malé pracoviště (např. pouze kancelářský komplex)
- vyzrálost systému managementu
- vysoké procento pracovníků provádějících stejné jednoduché činnosti / úkoly
- organizace není odpovědná za návrh
- procesy zahrnují pouze jedinou hlavní činnost
- připravenost zákazníka k certifikaci (certifikován jinou třetí stranou)

V případě, že se stanoví s přihlédnutím k jmenovaným důvodům o trvání delším, než uvádí tabulka, musí v dotazníku/ žádosti organizace uvést důvody:

- komplikovaná logistika zahrnující více než jednu budovu nebo místo, kde organizace provádí činnosti
- zaměstnanci mluví více než jedním jazykem a je nutno využívat tlumočnicka
- velmi rozlehlá pracoviště zaměstnanců (těžba dříví v lese)
- organizace provádí složité procesy nebo vysoký počet ojedinelých činností
- odpovědnost za návrh výrobku
- nutnost posoudit činnosti v noční směně
- neobvyklé podmínky a předpisy pro daný sektor (potravinářství, léčiva, letectví, energetika)
- názory zainteresovaných stran
- nedostatečně vyzrálý systém managementu

Rozhodnutí o snížení/ zvýšení rozsahu trvání auditu může učinit též vedoucí auditor na základě zjištění a výsledků auditu předcházejícího stupně. Tato zjištění musí uvést ve zprávě z auditu a o jejich akceptování rozhoduje ředitel pro certifikaci a zástupce certifikované organizace.

Prvotní posuzování (předaudit a certifikační audit tj. audit 1. a 2. stupně dohromady)

Z uvedených rozsahů musí auditor strávit posuzováním na místě organizace minimálně 90%, kdy hodnoty jsou uvedeny pro 8 hodinový pracovní den. Nepřipouští se snižovat počty auditorů tím, že program obsahuje více hodin na jeden pracovní den.

Počet zaměstnanců	Čas strávený auditory při počátečním auditu
1-10	2
11-25	3
26-45	4
46-65	5
66-85	6
86-125	7
126-175	8
176-275	9
276-425	10
426-625	11
626-875	12
876-1175	13
1176-1550	14
1551-2025	15

Pozn. hodnoty uvedené v tabulce mají být použity pro každé místo, které spadá pod působnost certifikovaného systému. Tabulka a uvedené postupy jsou převzaty z MPA ČIA 50-01-02.

Dozorový audit (kontrolní audit) – platí, že hodnoty uvedené v tabulce minimálně tvoří 1/3.

Opakované posuzování (opakovací audit) – platí, že hodnoty uvedené v tabulce tvoří minimálně 2/3.

Počty zaměstnanců

V tabulce je uvažováno počet zaměstnanců včetně nestálých (sezonních, dočasných, subdodavatelsky zabezpečovaných) zaměstnanců. Pracovníci na částečný úvazek musí být započtení pomocí ekvivalentu pracovníků s plným úvazkem.

Pokud významnou část své činnosti provádí organizace ve směnném provozu, celkový počet zaměstnanců je vypočten: (počet zaměstnanců nepracujících na směny)+(počet zaměstnanců ve směnném provozu/počet směn mínus jedna). Podmínkou je, aby mezi směny z hlediska druhu a intenzity prováděných činností neexistovaly podstatné rozdíly.