Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

Bakalářské studium ošetřovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2006/2007

Nadežda Kučmová

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

Bakalářské studium ošetřovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Akreditace očima sester

(Accreditation by eyes of nurses)

2006/2007 **Nadežda Kučmová**

Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčová

Prohlášení

Prohlašuji, že předkládanou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně. Vycházela jsem přitom ze svých znalostí, odborných konzultací a literatury uvedené v seznamu.

……..

Nadežda Kučmová

V Praze 15.3.2007

Děkuji PhDr. Marii Hlaváčové za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji Mgr. Tereze Koláčné za cenné rady, psychickou a racionální podporu.

Stejně tak mé poděkování patří všem sestrám, které s ochotou pomáhaly při sběru údajů.

Abstrakt

Cílem práce bylo zjistit, co sestry očekávají od akreditace, jak vnímají potřebu akreditovat nemocnice, jestli jim přinesla pro svou práci výhody. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část je věnována kvalitě v ošetřovatelství, systémovým modelům kvality, akreditaci podle amerického modelu JCAHO a akreditačnímu procesu.

Empirická část mapuje názory sester na potřebu akreditace nemocnic. Metodou použitou k realizaci výzkumu byly dotazníky vlastní konstrukce. Výzkumný vzorek tvořilo 60 sester z neakreditované nemocnice a 60 sester z akreditované nemocnice.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že pro sestry je akreditace přínosem, vnímají získávání akreditace jako psychicky náročný proces, ale cítí potřebu nemocnice akreditovat. Akreditace představuje změnu myšlení, zajišťuje lepší pracovní podmínky, atraktivní prostředí, kvalitní ošetřovatelskou péči. Má vliv na spokojenost sester.

Vidět budoucnost pozitivně a mít víru v to, že svým vlastním úsilím zlepšujeme a zkvalitňujeme poskytovanou ošetřovatelskou péči, nám posílí sociální prestiž.

Klíčová slova :
kvalita, systémové modely kvality, kvalita ošetřovatelské péče, akreditace, akreditační proces.

ÚVOD.....**7**

TEORETICKÁ ČÁST.....**8**

1. Kvalita v ošetřovatelství 8

1.1. Systémové modely kvality 11

2. Akreditace.....14

2.1. Historie akreditací ve světě a v ČR.....15

2.2. Akreditační cíl, filozofie.....17

2.3. Akreditační proces 17

2.4. Výhody akreditace 20

2.5. Přínos akreditačního procesu.....21

EMPIRICKÁ ČÁST.....**23**

3. Cíl výzkumu a hypotézy.....23

3.1. Cíl výzkumu 23

3.2. Hypotézy 23

4. Metodika výzkumu 23

4.1. Popis dotazníku.....23

4.2. Organizace výzkumu.....24

4.3. Charakteristika výzkumného vzorků 25

4.4. Výsledky a jejich interpretace 29

DISKUSE.....**48**

ZÁVĚR: ..... Chyba! Záložka není definována.**51**

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY: **52**

SEZNAM ZKRATEK:..... Chyba! Záložka není definována.**54**

SEZNAM PŘÍLOH ……...**55**

ÚVOD

Akreditace se stala pomalu běžným procesem, při kterém dochází k hodnocení kvality péče o nemocné v souladu s plněním standardů. Je to dlouhodobá záležitost, která vyžaduje, abychom změnili chod nemocnice, stanovili cíle. Zcela zásadní je nutnost změnit myšlení všech zaměstnanců. To je samo o sobě převratná změna. Akreditace je totiž osvědčení o tom, že jsme zásadně změnili pohled na způsob poskytovaní zdravotní péče, na vztah zdravotníků k nemocným, na vztahy mezi zdravotníky, na využívaní znalosti personálu. Je formální vyjádření toho, co má pacient cítit v nemocnici: profesionalitu ve všech oblastech, ekonomickou prosperitu jako výsledek cílevědomého úsilí, pocit bezpečí.

Co znamená akreditace pro sestry? Co mohou sestry očekávat od akreditace? Jak vnímají potřebu akreditovat nemocnice? Toto jsou otázky, které mě přivedly k tématu mé bakalářské práce – *Akreditace očima sester*.

Cílem práce bylo zjistit, co pro sestru znamená nadnárodní certifikace – akreditace. Co od akreditace očekávají a co jim přinesla, zjistit míru vnímání potřebnosti akreditace. Metodou použitou k realizaci výzkumu byl dotazník. Nejrozsáhlejším úsekem práce je empirická část, ve které byly porovnány názory všeobecných sester z Fakultní nemocnice v Motole a Ústřední vojenské nemocnice Střešovice. O spolupráci byly požádány sestry bez rozdílu věku, funkce nebo vzdělání. Závěrečnou částí práce jsou zhodnoceny námi stanovené hypotézy a je vyvozen závěr s doporučením pro praxi.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Kvalita v ošetřovatelství

V současném zdravotnictví jsme se ocitli na důležité křižovatce tří cest – cesty bezpečnosti a kvality péče, cesty ekonomické efektivity a cesty uspokojování potřeb a očekávání pacientů. Pomalu začínáme chápat, že jediná cesta, na kterou musíme vykročit, a od které se všechny aspekty léčebné péče odvíjejí, je cesta kvality.

Definovat kvalitu jako takovou není lehké. Možná proto, že kvalita nepředstavuje pouze soubor metod, technik a pracovních postupů, ale je v moderním kontextu vnímána jako filozofie, která je úzce spojena s organizační kulturou. Kvalita závisí tedy také na faktorech, jako jsou hodnoty, chování a postoje zaměstnanců.

Palmer definuje kvalitu unikátním způsobem, vyjadřujícím esenci tohoto důležitého aspektu lékařské a ošetřovatelské péče: „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.“ WHO definuje kvalitu jako stupeň dokonalosti péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologického rozvoje. (18)

Pojetí „kvality“ je dáno kulturním a sociálním prostředím. Představa kvality zdravotní péče je ovlivněna jednak hodnotami, které v dané společnosti převládají a jednak individuálními hodnotami těch, kteří kvalitu péče definují např. politici, tvůrci zdravotnické legislativy a především sami zdravotničtí pracovníci. Základním cílem současného ošetřovatelství je kvalitní ošetřovatelská péče.

Charakterizovaná je těmito znaky :

- v zemi, ale i v konkrétním zdravotnickém zařízení existuje jasná koncepce ošetřovatelství,
- péče je odvozena od potřeb pacienta,
- práce ošetřovatelského personálu je týmová,
- ošetřovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený,
- ošetřovatelský tým si stanovil reálné cíle,
- ošetřovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex,
- poskytovaná péče je vědecky podložená,
- do ošetřovatelské péče jsou aktivně zapojeni pacienti / klienti,
- existuje účinná mezioborová spolupráce. (2)

Na tyto oblasti se také zaměřuje hodnocení kvality péče. Jsou vytvářené standardy, které vymezují, co je v dané oblasti pokládáno za kvalitní.

Kvalitní péči lze dosáhnout za předpokladu, že pro její dosahování a sledování kvality bude vytvořen určitý systém, jehož cílem bude neustálé zlepšování poskytované péče.

Systém zajišťovaní kvality ošetřovatelské péče obsahuje základní elementy ve smyslu stanovení jasných cílů a profesionálních hodnot, definici požadované kvality, vypracování ošetřovatelských standardů a systému kontroly jejich dodržování. Důležitým předpokladem je zajištění organizačních a personálních faktorů, které jsou nezbytné pro dosažení standardní práce a případné přehodnocení standardů ve vztahu k požadované úrovni kvality. Na závěr stanovit způsoby hodnocení dosaženého efektu.

Systém kvality zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledku toho, co ve zdravotnictví organizujeme jako zdravotní peče a zdravotnické služby. Systém kvality ve zdravotnictví můžeme definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšovaní zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel o něž pečují. (10,12)

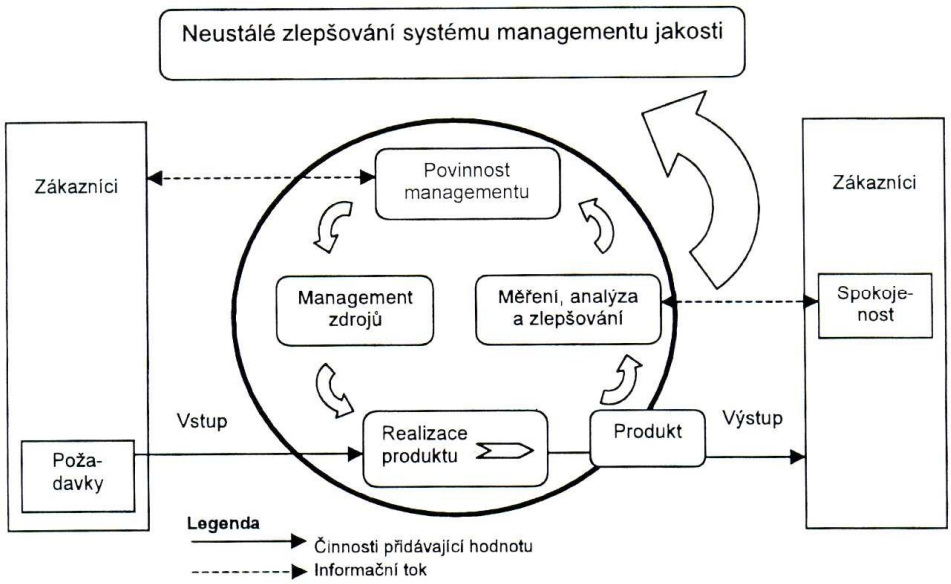
Cílem systému kvality je *zlepšování kvality péče poskytované v souladu s potřebami a požadavky pacientů.* Cílem zlepšování kvality je rovněž *omezit chyby, nežádoucí výsledky, promrhaný čas a přídatné náklady spojené se špatnou jakostí konkrétního zdravotnického výkonu či služby*.

Kvalita se týká celé soustavy zdravotnictví, jak zákonodárných a exekutivních orgánů, které do velké míry vytvářejí obecný rámec pro dosažitelnou úroveň poskytované zdravotní péče, tak i všech zdravotnických pracovníků a jednotlivých zdravotnických pracovišť, poskytujících své výkony (služby) konkrétním pacientům a klientům v primární, sekundární i terciální sféře zdravotnictví. Systém zlepšování kvality není možno budovat bez široké komunikace a spolupráce s obyvatelstvem a konkrétními pacienty.

Kvalita zdravotnictví může být definovaná jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe (WHO 1966), nebo jako stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologického vývoje (WHO 1982) a v souladu s ekonomickými možnostmi. Kvalita zdravotní péče může být také definovaná jako stupeň, v němž péče poskytovaná zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků. (5, 18)

K nejdůležitějším předpokladům kvality v oblasti poskytované péče patří všeobecná dostupnost, přiměřenost zdravotnímu stavu a stávajícím potřebám, bezpečnost v poskytování zdravotní péče. Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je přijatelná pro pacienty, kontinuální a navazující, a dodržuje jednotu medicínské a ekonomické racionality. (5,12) Princip kvality může být stručně vyjádřen: *konat správné věci ve správném čase, a to již napoprvé.*

Principem zvyšování kvality je proces, který se týká celé organizace. Všichni zaměstnanci počínaje top managementem, se stávají účastníky procesu zlepšování kvality. Princip kvality je neustálý proces, cesta nikdy nekončícího úsilí zlepšování kvality. Zpětnou vazbou se hledají příčiny toho, proč se kvalita nezvyšuje tak, jak bychom očekávali. Zahrnuje stanovení měřitelných cílů a neustálého zlepšování se. (5)



obr.č. 1. Ing. Rossi,A.- Principy zvyšování kvality, Co je kvalita, Nemocnice na Homolce (25)

Výzkum a měření účinnosti systému kvality může být realizován různými způsoby. Jednou možností je měřit kvalitu systému prostřednictvím hodnocení celé instituce sebehodnocením nebo akreditací, které je založeno na předpokladu, že výsledkem dobře organizovaných procesů a systematického zajišťovaní a zlepšovaní kvality je vhodná a přiměřená péče. Jinou možností je měření kritických bodů v procesu péče - měřením compliance odborných pracovníků s doporučenými postupy či odbornými standardy. Konečně se systém kvality

může zaměřit na monitorování kvality péče měřením výsledků ve vztahu k užitku pacientů, jako jsou klinické výsledky, spokojenost klientů a vnímaná kvalita života v souvislosti s výsledky poskytované péče.

Kvalita znamená splnění určitých požadavků, které se neustále zvyšují. Spolurozhoduje o nich pacient nebo zainteresovaný člověk. (5)

1.1. Systémové modely kvality

Historie standardizace v oblasti kvality sahá hluboko do minulosti. Takřka před 4000 léty babylonský král Chammurabi vytvořil první právní kódy (standardy). Je až neuvěřitelné, že se některé z těchto prastarých standardů objevily bez výraznějších změn i v modelu řízení kvality ISO 9000.

Ve vyspělých zemích je samozřejmostí, že pacienti a plátci (pojišťovny) očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby. Navíc se od nich očekává, že budou schopni kdykoliv předložit důkazy o kvalitě jimi poskytované léčebné a ošetřovatelské péče. Z těchto důvodů je pro činnost zdravotnických zařízení strategicky důležité používání systémových modelů kontinuálního zvyšování kvality a efektivity poskytované zdravotní péče. V ekonomicky vyspělých zemích existuje řada modelů a systémů, které se zabývají rozvojem a standardizací kvality. Narůstající fenomén globalizace ale vyžaduje standardizaci na mezinárodní úrovni.

Systémové modely kvality lze rozdělit do 4 základních kategorií :

- modely systémů řízení kvality (Mezinárodní organizace pro normalizaci – ISO)
- modely (národní a nadnárodní) akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, ANAES, SAK-ČR)
- modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA)
- modely excelence – světové ceny za kvalitu- (Baldrige, EFQM, six Sigma) (18)

1.1.1. Mezinárodní organizace pro standardizaci – International Organization for Standardization-ISO

Organizace ISO byla založena v roce 1947 v Ženevě a představuje celosvětovou federaci národních standardizačních (akreditačních) institucí. Účelem standardů (norem) ISO je vytvořit jednotná hodnotící kritéria pro nezávislou certifikaci dodavatelů.

Série ISO 9000 vznikla až v roce 1987, kdy se svět začal vážně zabývat kvalitou. Účelem ISO 9000 je poskytnout společnou základnu pro nezávislé hodnocení nebo registrace

dodavatelů. Existuje pět hlavních řad dokumentů obsahujících standardy ISO 9000 - systém řízení kvality (základy a terminologie), ISO 9001- systém řízení kvality (požadavky) a ISO 9004 – systém řízení kvality (návod k zlepšení výsledků).

V roce 2000 byla celá série zabývající se standardizací kvality přebudována a je dnes známa pod pojmem ISO 9001:2000. Sjednocuje všechny standardy série 9000. (12)

ISO 9001:2000 je zaměřeno na systémové řízení kvality a na odstranění odchylek od výkonu. Získaní certifikace znamená, že organizace byla prošetřena a bylo zjištěno, že má systém managementu, který zajišťuje důslednost a spolehlivost. Certifikace nepřikazuje, jaký systém kvality organizace musí mít, zjišťuje pouze, zda smysluplný, funkční systém zajišťování kvality v organizaci existuje. (18)

1.1.2. Model ISQua

Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (The International Society for Quality in Health care) nabízí jedinečné příležitosti v oblasti rozvoje kvality ve zdravotnictví. ISQua vznikla v roce 1985 během setkání odborníků ve zdravotnictví v italském městě Udine. Tato společnost si vydobyla veliké mezinárodní uznání.

Dceřinou organizací ISQua je organizace Alpha (Agenda for leadership in programs in healthcare accreditation). Organizace Alpha pomáhá jednotlivým zemím vytvářet nebo zlepšovat jejich vlastní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení. Snaží se do těchto standardů zabudovat principy významných systémů kvality jako ISO nebo Baldrige.

1.1.3. Modely excelence

Praktické sebehodnotící modely, s jejichž pomocí může zdravotnické zařízení provést sebeanalýzu podle stanovených kritérií, eventuálně získat prestižní cenu za kvalitu.

Mezi ně patří:

A) Cena M. Baldrige za kvalitu

Tato prestižní cena za kvalitu vznikla v roce1988 a uděluje se jednou za rok organizacím v USA jako uznání za excelenci v kvalitě. Vyhodnocuje se systém řízení, ne produkt.

Cena za kvalitu se týká sedmi oblastí (vůdcovství, strategického plánování, zaměření na zákazníka, informatiky, lidských zdrojů, řízení procesů a kvality výstupů).

V roce 1998 byla publikována kritéria Baldrigeovy ceny pro oblast zdravotní péče, která se zaměřuje na kontinuální zvyšování kvality z hlediska uspokojení zákazníka a na kvalitu provozu. Na základě Baldrigeových kritérií si může zdravotnické zařízení formou dotazníku vyhodnotit svou vlastní situaci v oblasti kvality.

B) EFQM – Evropská cena za kvalitu

EFQM (The European Foundation for Quality Management) neboli Evropská nadace pro řízení kvality byla založena v roce 1988 čtrnácti významnými evropskými podniky. Jejím posláním je vést organizace v EU ke kvalitě s pomocí programu Total Quality Management (TQM) - Celkové řízení kvality. Propaguje filozofii, že ke kvalitě vede řada cest. EFQM sídlí v Bruselu a sama nabízí pouze model, který se zabývá pěti podpůrnými faktory (vedení, politika a strategie, zaměstnanci, zdroje a partnerství, procesy) a čtyřmi výslednými faktory (spokojenost zákazníků, zaměstnanců, společnosti a excelence v klíčových výsledcích výkonnosti). EFQM vede organizaci k sebehodnocení a následnému kontinuálnímu zvyšování kvality.

C) 6 SIGMA

Je modelem, který pomáhá organizacím splnit požadavky zákazníků na vysokou kvalitu. 6 Sigma znamená, že v souboru dat existují pouze 3 až 4 vážné chyby na milión případů. To je nesmírně vysoký požadavek na kvalitu a pro zdravotnická zařízení představuje neuvěřitelně vysoko zvednutou „laťku“. Řada zdravotnických zařízení v zemích s vyspělou ekonomikou se rozhodla tento model implementovat v zájmu bezpečí svých pacientů i zaměstnanců. Smyslem tohoto programu je tedy kontinuální zlepšování a úsilí dosáhnout excelence v oblasti kvality specifickým procesem, který má pět kroků: definuj, měř, vyhodnoť, zlepši a kontroluj.

1.1.4. Národní a nadnárodní modely

Mezi systémové modely pro zvyšování kvality ve zdravotnických zařízeních patří:

A) SAK-ČR - Spojená akreditační komise České republiky se sídlem v Praze vydala v roce 1998 padesát akreditačních standardů, které jsou rozděleny do deseti tématických oblastí. SAK-ČR realizuje ve zdravotnických zařízeních, která o to požádají, takzvané „akreditační šetření“ s cílem zjistit „shodu“ mezi akreditačními standardy a aktuálním stavem zdravotnického zařízení.

B) ČSNI- Český normalizační institut, zřízený k 1.1.1993, pracuje na základě pověření Ministerstva průmyslu a obchodu ČR a plní funkci národní normalizační organizace uvnitř ČR i v zahraničí. Základním předmětem činnosti je tvorba českých technických norem. (12) Působnost ČSNI je univerzální, zahrnuje všechny odvětví národního hospodářství a všechny oblasti lidské činnosti.

C) JCAHO- Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Health care Organization) vznikla v roce 1951 z iniciativy Amerického svazu

chirurgů jako nezávislá nestátní nezisková organizace. Jejím úkolem je zlepšovaní kvality zdravotní péče. Dnes se v organizaci JCAHO angažuje řada prominentních, vysoce erudovaných amerických organizací a asociací, včetně ošetřovatelských. JCAHO ovlivnila a dodnes ovlivňuje akreditační modely pro zdravotnická zařízení v ostatních zemích světa. První akreditační manuál vznikl v roce 1976.

D) JCIA- Spojená mezinárodní komise

Vzhledem k šířícímu se zájmu globální zdravotnické veřejnosti o akreditační standardy JCAHO rozhodla se tato organizace v roce 1999 vytvořit mezinárodní akreditační program s názvem „Joint Commission International Accreditation"(JCIA) – Spojená mezinárodní komise. Je to nová iniciativa vytvořená jako odpověď na rostoucí celosvětové potřeby standardního vyhodnocování zdravotní péče. Cílem této iniciativy je nabídnout mezinárodním společenstvím objektivní proces pro vyhodnocení organizací poskytujících zdravotní péči založený na standardech. JCIA zdůrazňuje jako podmínky úspěchu změnu myšlení a přístup ke změnám.

Kvalita ve většině globálních modelů není chápána jako velký nebo malý výkon, ale spíše jako spolehlivost a důslednost. Díky své spolehlivosti a důslednosti mají vysokou efektivitu využití zdrojů a velký zájem o zákazníka. To je tajemství jejich úspěchu. To je kvalita. (5, 6)

2. Akreditace

Volání po kvalitě zdravotnické péče a průhlednosti hospodaření nemocnic je slyšet snad ve všech zemích světa. Jednou z mála možností jak pacienta, zřizovatele nebo pojišťovnu informovat o úrovni služeb, jsou certifikace kvality. Nemocnice, která se rozhodne ověřit kvalitu a efektivnost procesů uvnitř organizace, může volit mezi několika různými modely. Programy ušité na míru zdravotnickým zařízením jsou tzv. akreditace. Pojem „akreditace" se odvozuje od latinského slova „credere" – souhlas, uznání, důvěřovat. Volně parafrázováno - akreditace tedy znamená „důvěryhodné prokázání způsobilosti".

Akreditace – oficiální uznání, že zdravotnické zařízení je způsobilé (organizačně a technicky) k poskytování kvalitní zdravotní péče a má vytvořený funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče. Je to proces, při kterém externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Akreditace slouží hodnocenému zařízení 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 a pro zaměstnance. (18)

Akreditace se stala pomalu běžným procesem, ale pouze 60 nemocnic na světě se může pochlubit mezinárodně uznávaným certifikátem, který uděluje společnost Joint Commission International. Aby tento akreditační program získal mezinárodní reputaci, standardy byly vytvořeny ve spolupráci se zástupci 16 zemí reprezentujících hlavní světové oblasti. Požadavky JCIA obsahují 370 standardů a 3 cíle (efektivitu a kvalitu péče, řízení rizik a chyb a vytváření optimálního léčebného prostředí). JCIA zdůrazňuje jako podmínky úspěchu změnu myšlení a přístup ke změnám. Za bariéry úspěchu označuje provozní slepotu, neochotu a snahu udržet si „status quo".

Součástí transformačního procesu v českém zdravotnictví po roce 1989 byla snaha o vytvoření mechanismu, který by pomohl snížit vysokou variabilitu mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Stejně jako v jiných evropských zemích i v České republice jsou akreditace dobrovolné.

2.1. Historie akreditací ve světě a v ČR

Historie akreditací ve světě je úzce spojena se snahou zajistit kvalitu lékařské a ošetřovatelské péče v době, kdy tato kvalita byla ohrožena narůstajícími iniciativami zaměřujícími se převážně na kontrolu nákladů. Důraz na kvalitu a zájem o její rozvoj se v jednotlivých zemích rozvíjel různou rychlostí a způsobem. Nedostatek standardizace a kontroly v této oblasti způsobil závažnou variabilitu v kvalitě služeb.

Historie programů kvality zdravotní péče začala v USA na počátku minulého století, jako zakladatel je uváděn Ernest Codman. V roce 1917 rozvinula American College of Surgeons Základní standardy pro nemocnice. Při provádění inspekcí pouze asi 15 % nemocnic vyhovělo požadavkům. V roce 1926 byl vydán první tištěný manuál. (6)

Od roku 1950 se začalo řídit akreditačními standardy více než 3200 nemocnic. Skutečným rokem pro akreditace je rok 1951. V tu dobu byla vytvořena Společná komise pro akreditaci nemocnic. Tato organizace začala vytvářet standardy a od roku 1953 je začala publikovat.

Od roku 1964 zahájila přípravu inspektorů a postupně se rozrůstala i o další části, které akreditovaly i léčebny dlouhodobě nemocných a další zdravotnická zařízení. Stále probíhal proces zdokonalování standardů a akreditačního procesu, se snahou dosahování optimální úrovně kvality. Od roku 1970 se stávají standardy optimálním stupněm kvality. Tato komise vytvořila v roce 1976 první ucelený soubor standardů a určila počet povinných lékařských a ošetřovatelských auditů za rok. (7, 8)

V roce 1987 byl změněn název na dnešní Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO). Od roku 1992 vydává JCAHO každoročně "Akreditační manuál" pro nemocnice, který obsahuje vedle novelizovaných standardů i systém provádění a hodnocení akreditací zdravotnických zařízení. Ten poslední z roku 1996 má téměř 700 stran. JCAHO nyní hodnotí a akredituje více než 15 000 zdravotnických organizací v USA včetně více než 5000 nemocnic. Tato nezávislá nonprofitní organizace vytváří standardy a uděluje akreditace hodnoceným zdravotnickým zařízením jako jsou všeobecné, psychiatrické, dětské a rehabilitační nemocnice, organizace domácí péče, včetně domácích zdravotnických služeb, osobní a podpůrné péče, farmaceutický servis a hospicové služby, ambulantní péči, včetně chirurgických zařízení, rehabilitačních a infúzních center, skupin praktiků, klinické laboratoře.

Akreditace udělená společnou komisí je uznávána jako "ZNAK KVALITY", který ukazuje, že organizace splňuje dané standardy.

České zdravotnictví si již v roce 1989 bylo akutně vědomo značných rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, jak v oblasti fyzického stavu nemocnic, tak technického vybavení. Velké rozdíly byly také v personálním obsazení a ve způsobu, jakým zdravotnický personál poskytoval léčebnou a ošetřovatelskou péči. (14, 15)

V roce 1994 byl iniciován projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela pracovní skupina při Ministerstvu zdravotnictví. Řada zkušeností byla získána studováním modelu americké JCAHO. Projekt byl ukončen v roce 1998 vytvořením *Spojené akreditační komise ČR* (SAK) jako nezávislá organizace poskytovatelů zdravotní péče. Jejími zakladateli se staly Asociace nemocnic ČR a Asociace českých a moravských nemocnic. Byla vydána vyhláška MZ ČR 1998, která definovala 50 akreditačních standardů. Teprve v roce 2000 vláda ČR svým usnesením č. 458/2000 přijala *Národní politiku podpory jakosti* a na ministerstvu zdravotnictví vznikla *Rada pro kvalitu ve zdravotnictví*. Ministerstvo zdravotnictví vyvinulo intenzivní snahu institucionalizovat zabezpečení programů a projektů kvality zdravotní péče. Důležitou skutečností byl vznik *Centra pro řízení kvality ve zdravotnictví*, které bylo součástí Státního zdravotního ústavu (SZÚ). Ministr MUDr. David Rath v březnu 2006 zrušil Centrum pro kvalitu zdravotní péče v SZÚ a jeho činnost byla převedena do agendy MZ ČR, kde existuje oddělení kvality zdravotní péče, které pracuje na metodice programu sledování kvality v nemocnicích, které jsou přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví.

V současné době jen dvě nemocnice v ČR mají mezinárodní akreditaci Joint Commission International (JCI): Ústřední vojenská nemocnice Střešovice a Nemocnice Na Homolce v Praze. Postupně se o tento projekt začínají zajímat i další zdravotnická zařízení – Masarykův onkologický ústav v Brně, Ústav hematologie a krevní transfúze v Praze a FN Motol. Motiv je zřejmý – snaží se zajistit prestiž zařízení v zahraničí. (18, 21)

2.2. Akreditační cíl, filozofie

Cílem akreditace je standardizovat a zlepšovat poskytování kvality péče v rámci zdravotnických institucí a tím i v celém systému zdravotnictví. Jak akreditace sama, tak zejména příprava na ni má především vzdělávací, organizačně kultivační, standardizační a ověřovací charakter. Cílem akreditace tedy není jen získání akreditačního osvědčení, ale především snaha zdravotnické instituce standardizovat a zkvalitňovat poskytování lékařské, ošetřovatelské a podpůrné péče, zlepšit kulturu organizace a zlepšit způsob řízení. (6, 7)

Akreditace jako nástroj k zajištění porovnatelné kvality a snížené variability se z USA v různých formách rychle rozšířila do ostatních zemí. Většina vyspělých zemí světa dnes standardizuje svá zdravotnická zařízení akreditačním procesem. I když je ve většině zemí rozhodnutí realizovat akreditační proces dobrovolné, málokterá nemocnice si jej může dovolit ignorovat. Neakceptovat akreditační standardy a nezískat akreditační certifikát kvality by mohlo znamenat nejen ztrátu důvěry pacientů a okolí ve zdravotnické zařízení, ale také by to vedlo k omezení přílivu financí a schopnosti obstát v konkurenčním boji o udržení existence. (8, 14)

2.3. Akreditační proces

Akreditační řízení začíná podáním žádosti u organizace, která akreditační proces v zemi realizuje. Zdravotnické zařízení obdrží „balíček“, který obsahuje akreditační standardy, podpůrné materiály, přihlášku, informaci o požadovaných poplatcích a informaci o způsobu, jakým bude probíhat aktuální akreditační šetření. Po zvážení svých možností a po vytvoření realistického harmonogramu příprav se zdravotnické zařízení pustí do vlastních příprav (vytvoření koordinačního výboru, zpracovaní akreditačních směrnic, výuka, audity). Příprava v podstatě spočívá v uvedení svých vlastních standardů, směrnic do praxe v souladu s akreditačními standardy. Zdravotnické zařízení zaplatí požadované poplatky a domluví si šetřící inspekci akreditačního týmu. Inspekční tým, který provádí následné šetření, se zabývá základními aspekty provozu nemocnice, jeho strukturou, procesy a výstupy péče. Informace o kvalitě provozu zdravotnického zařízení získává šetřící akreditační tým auditem zdravotnické

dokumentace, inspekcí jednotlivých oddělení a pohovorem se zaměstnanci a pacienty. Inspekce trvá 5 dnů a akreditační vysvědčení se uděluje na období 3 let. Akreditační proces nezasahuje do profesního výkonu lékařů, ale je zaměřen především na provozní systém nemocnic.

Význam akreditačního procesu spočívá:

- v jeho reálném příspěvku k vytváření podmínek pro zavedení programu soustavného zlepšování kvality ve zdravotnických institucích,
- v zavádění průkazně ověřených doporučených postupů a standardů do poskytování zdravotnických služeb, jejichž cílem je snížit nežádoucí a nepodloženou variabilitu mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče a mezi jimi poskytovanými výkony a procedurami,
- ve formální informaci a záruce pro pacienty, že zdravotnická instituce splňuje rozhodující předepsané a očekávané požadavky na kvalitu a bezpečnost péče,
- pro veřejné plátce zdravotní péče je akreditace signálem, že prostředky vynaložené ze shromažďovaných zdrojů jsou vkládány do služeb, které mají ověřenou úroveň kvality a bezpečnosti,
- v akreditačním procesu by měly být rovněž zabudovány principy hospodárného využití lidských, finančních i materiálních zdrojů. (6, 12)

Akreditace motivuje nemocnice k implementaci nových prvků řízení kvality založených na analýze a dalším rozvoji existujících struktur a pracovních procesů. Cílem je dosáhnout co nejlepší péče pro pacienty z hlediska procesu i výsledku za co nejlepších pracovních podmínek pro zdravotnické pracovníky. Narůstá důraz na bezpečnost léčebné a ošetřovatelské péče. Takto pojatou proceduru lze označit jako komplexní akreditaci nemocnic.

2.3.1. Mezinárodní standardy

Akreditace JCI vznikla jako odpověď na narůstající požadavky z různých míst na světě na ustavení hodnotícího systému založeného na standardech. Mezinárodnímu společenství se předkládá objektivní, na standardech založený nástroj k hodnocení zdravotnických zařízení. Akreditační proces vychází z mezinárodního rámce standardů, které lze aplikovat na místní podmínky.

Pojem „standard“ se obvykle užívá pro označení nástroje měření kvality. Ošetřovatelským standardem se rozumí *dohodnutá profesní norma kvality*. Standard určuje, co je nutnou, nezbytnou, základní normou potřebnou pro poskytování kvalitní ošetřovatelské

péče. Je vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetřovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. Standardy vymezují minimální úroveň péče, která má být poskytnuta.(10)

Vznik standardů

Vývoj mezinárodních standardů probíhal pod vedením šestnáctičlenné mezinárodní pracovní skupiny složené ze zkušených lékařů, zdravotních sester, pracovníků nemocniční správy a odborníků v oblasti veřejné správy. V práci pracovní skupiny pro akreditaci pokračuje mezinárodní výbor pro standardy, který zpracovává doporučení ke změnám a aktualizaci standardů tak, aby trvale odpovídaly současné odborné praxi. (6)

Tématické oblasti akreditačních standardů

Akreditační standardy jsou rozděleny do deseti tématických oblastí:

1. Oblast kvality - sledování, zajištění kontinuální zvyšování kvality, dokumentace, infrastruktura, tvorba standardů.

2. Diagnostické postupy – standardizace příjmového vyšetření, standardizace zápisů do zdravotnické dokumentace.

3. Péče o pacienta – plán péče, epikríza, pozitivní list, politika léčiv, vybavení přístroji a pomůckami, standardy ošetřovatelské péče, stravování pacientů.

4. Kontinuita péče – propouštěcí zpráva, převoz pacientů na jiné oddělení, do jiného zdravotnického zařízení.

5. Dodržování práv pacientů – seznamování pacienta s Kodexem práv, imobilizace pacientů.

6. Podmínky poskytované péče – metodické listy, směrnice, předpisy, bezpečnostní aspekty.

7. Standardy managementu – organizační řád, poslání, plán rozvoje, komunikace, výkazy státní správě.

8. Péče o zaměstnance – popis práce, kontinuální vzdělávání, stanovení kvalifikací.

9. Sběr a zpracování informací – standardizace zdravotnické dokumentace a spektra sbíraných dat.

10. Protiepidemická opatření – nozokomiální infekce, manipulace s biologickým materiálem a jeho likvidace.(viz příloha č. 3) (12, 18)

Výsledek akreditačního procesu

Na základě informací zjištěných při akreditačním šetření rozhoduje Akreditační výbor JCI o udělení akreditace. Zdravotnickému zařízení může být sděleno jedno z následujících rozhodnutí:

Akreditace udělena- jestliže zdravotnické zařízení na přijatelné úrovni splňuje standardy JCI ve všech oblastech poskytované péče.

Akreditace neudělena- jestliže zdravotnické zařízení buď soustavně neplní standardy JCI nebo JCI odejme akreditaci z jiného důvodu.

Udělená akreditace platí tři roky pokud ji JCI předčasně neodejme. Před ukončením tříletého akreditačního období musí být zdravotnické zařízení, které požaduje prodloužení akreditace, reakreditováno. (6)

2.4. Výhody akreditace

Přímé výhody neplynou nemocnici ze získání akreditace okamžitě. Je to dlouhodobá investice, která se promítne jednak do postavení nemocnice na mezinárodním poli, ale může být také v budoucnu zohledněna při platbách od pojišťoven. V každé zemi hrají roli mnohé další faktory, proč zdravotnická zařízení o certifikát jakosti usilují. Někde musí mít každé zdravotnické zařízení certifikát jakosti ze zákona, jinde existuje silný tlak ze stran pojišťoven nebo nemocnice reaguje na hrozící časté žaloby pacientů.

Akreditační proces definuje rozsah a obsah programu kontinuálního zvyšování kvality, bez kterého je řízení a provozování zdravotnického zařízení takřka nemyslitelné.

Pro zdravotnická zařízení, jejichž vývoj probíhal v minulosti nerovnoměrně, akreditační proces přináší standardy, jejichž přijetí a realizace snižuje variabilitu mezi jednotlivými odděleními a zdravotnickými zařízeními a zlepšuje kvalitu a kontinuitu péče.

Pro pacienty je akreditace určitou zárukou, že zdravotnické zařízení splňuje nebo překračuje základní požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytované péče.

Pro plátce (zdravotnické pojišťovny) akreditace znamená, že finanční prostředky vyplácené za služby/péče pro jejich klienty jsou investovány v instituci, která má měřitelný a prokazatelný standard poskytovaných služeb. V řadě zemí je akreditace implicitní nebo explicitní podmínkou k uzavření smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou.

*Pro komunitu/obec***,** jež očekává, že zdravotnické zařízení sloužící jejím občanům poskytuje vysoce kvalitní zdravotní péči, akreditace poskytuje určitou záruku, že tomu tak skutečně je.

V zemích s vyspělou ekonomikou jsou akreditace stále preferovaným modelem trvalého jištění standardizace, kvality a bezpečnosti léčebné a ošetřovatelské péče. Čas věnovaný

přípravám na akreditace je čas sebereflexe, poznávání a růstu oddělení i zdravotnického zařízení. Ministerstvo zdravotnictví ČR a VZP v současné době jasně podporují systém akreditací zdravotnických zařízení. (14, 18)

Shrňme si, k čemu jsou akreditace dobré:

- Pomáhají zajistit porovnatelný standard ošetřovatelské péče mezi jednotlivými odděleními a zdravotnickými zařízeními.
- Pomáhají získat nebo si udržet špičkové zaměstnance.
- Zajišťují výraznou participaci zdravotníků.
- Jsou nápomocné při získávání nových pacientů.
- Jsou symbolem kvality.
- Pomáhají zajistit, aby péče o pacienty a provoz nemocnice byly bezpečné.
- Zajišťují jednotná kritéria a standardy.
- Vytvářejí předpoklady k zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality.
- Mají vliv na postavení zdravotnického zařízení v obci.
- Mohou mít v budoucnu vliv na výběrová řízení a vztahy s pojišťovnami.

Akreditace by měly usnadnit zdravotnickému zařízení sledovat svůj výkon a kontinuálně jej zvyšovat. Smyslem akreditací není pouhá snaha získat kulaté razítko na akreditačním certifikátu. Opravdovým smyslem akreditací je udělat si „jarní úklid“ ve svém vlastním zdravotnickém zařízení. (21, 23)

2.5. Přínos akreditačního procesu

Akreditační proces řeší řadu chronických problémů českého ošetřovatelství. Skutečnost, že se sestry účastní celého procesu jako rovnocenné partnerky spolu s lékaři a manažery, představuje důležitý posun v našem zdravotnictví. Nacházejí se na důležité křižovatce a to, jakou cestu si zvolí, rozhodne o jejich budoucnosti. Nová cesta představuje lepší pracovní podmínky a lepší kvalitu ošetřovatelské péče.

Přínos akreditací pro sestry by se měl odrazit ve zlepšení kvality ošetřovatelské péče a ošetřovatelské dokumentace na všech odděleních. Snížit variabilitu v pracovních a ošetřovatelských procesech a zdravotnické dokumentaci, jelikož je častým jevem, že jsou v nemocnici různé postupy prováděné správně, avšak velmi nejednotně, v podstatě na základě tradice a lokálních zvyklostí. Vytvoření prostředí, které je radostnější, bezpečnější a atraktivnější pro sestry, zvýšit tak jejich spokojenost a snížit fluktuaci zdravotnických pracovníků. Akreditační proces přispívá k efektivnějšímu využívání zdrojů k překonání „provozní slepoty“a v budování organizační kultury, v níž existuje dimenze osobní

odpovědnosti za kvalitu a efektivitu práce. Podpořit vzdělávání zdravotníků, zlepšit vztahy mezi členy multidisciplinárního týmu a vylepšit image zdravotnického zařízení i zdravotníků.

V blízké budoucnosti bude potřebné sladit naši legislativu týkající se způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a dalšího vzdělávání ve zdravotnictví s ostatními zeměmi Evropské Unie. Bez harmonizace v této oblasti by nebylo možné uznávání našich odborností.

Akreditace nemocnic v ČR je pojímána jako nadstavbový proces, který nasedá na povinné formality, které musí splňovat každá nemocnice, aby mohla fungovat jako státem uznané zdravotnické zařízení. K těmto formalitám patří stavební stav, naplnění řady hygienických norem, požárních a bezpečnostních předpisů, přístrojové, personální vybavení v souladu se zákonnými předpisy a nejrůznějšími pojišťovenskými a metodickými normativy. Akreditace by měla být jakousi vyšší, dobrovolně podstupovanou formou inspekce, která by měla posoudit dobré fungování nemocnice a vytvoření všech předpokladů pro dosahování dobrých výsledků.(18)

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Cíl výzkumu a hypotézy

3.1. Cíl výzkumu

Cílem bylo zjistit, co pro sestry znamená nadnárodní certifikace, co od ní očekávají, co jim přinesla, jak vnímají míru potřebnosti akreditace.

3.2. Hypotézy

Byly formulovány tyto hypotézy:

1. Předpokládáme, že sestry vnímají získávání akreditace jako psychicky náročný proces.
2. Předpokládáme, že sestry mají potřebu akreditovat nemocnice.
3. Sestry z akreditované nemocnice cítí vyšší bezpečnost práce, než sestry neakreditované nemocnice .

4. Metodika výzkumu

K dosažení cílů práce bylo použito dotazníkového šetření. Soubory respondentů tvořily všeobecné sestry. Po sestavení dotazníku byla uspořádána pilotní studie na malém vzorku sester. Na základě výsledků byly změněny některé formulace otázek, ale celkové vyznění otázek nebylo změněno. Získaná data jsme zpracovávali v počítačovém programu Microsoft Excel.

4.1. Popis dotazníku

Byly vytvořeny dva typy dotazníků vlastní konstrukce (viz. příloha č.1. a č. 2.). Dotazník č.1 byl určen pro respondenty z neakreditované nemocnice, dotazník č. 2 pro respondenty z akreditované nemocnice.

Dotazník byl vyplňován sestrami z akreditované a neakreditované nemocnice. Dotazníky pro oba typy nemocnic byly ve většině otázek podobné. Lišily se jen v čase hodnocení vzhledem k akreditačnímu procesu. Dotazník pro sestry z nemocnice připravující se na akreditaci, byl zaměřen na jejich očekávání, co přinese akreditace. Dotazník pro sestry z již akreditované nemocnice byl zaměřen na to, zda se tato očekávání po akreditaci splnila.

V úvodu obou dotazníků byli respondenti seznámeni s tím, že dotazník bude plně anonymní. Stejně tak byl dotazník ve stručnosti popsán a vysvětlen, jak by měl být vyplňován. V první části byly zjišťovány identifikační údaje a bližší charakteristika vzorku respondentů. Jde o otázky č. 1-5 (pohlaví, věk, vzdělání, oddělení, kde sestry pracují a jejich pracovní zařazení).

Druhá část byla zaměřena na vlastní výzkum. Otázkou sedmou bylo sledováno, zda sestry hodnotí získávání akreditace za psychicky náročné. Otázkami č. 8, 10 a 12 byl zjišťován vliv akreditace na práci sester. Způsobem, jakým byly sestry motivované v akreditačním procesu od managementu, byl zjišťován otázkou devátou. Ve všech těchto otázkách byly uváděny možnosti, ze kterých respondenti vybírali vhodná tvrzení. V otázce deváté byla možnost volné výpovědi. Vliv akreditace na kvalitu poskytované péče byl zjišťován otázkami č.12 a 16 nebo 17 podle typu dotazníku. Otázka č. 13 se týká názoru sester, zda se pacienti cítí v akreditované nemocnici bezpečněji. Otázka č. 14 sleduje očekávání sester od akreditace. Zda je potřebné akreditovat nemocnice se sestry vyjádřily v otázce 15 nebo 16 (podle typu dotazníku). V otázce 15 z dotazníku pro sestry z akreditované nemocnice jsme se ptali na to, zda se sestrám očekávání splnilo. Sestry tady mají možnost volné odpovědi.

Dotazník obsahoval 12 uzavřených otázek, 4 polootevřené otázky a 1 otevřenu otázku.

4.2. Organizace výzkumu

V rámci výzkumu byly oslovené dvě pražské fakultní nemocnice. Fakultní nemocnici v Motole, která se připravuje k získání akreditace. Druhou nemocnicí je Ústřední vojenská nemocnice ve Střešovicích, která v roce 2004 získala akreditační certifikát. Se svolením hlavních sester bylo celkově rozdáno 150 dotazníků ve spolupráci s vrchními a staničními sestrami. Vyplněné dotazníky jsme posléze osobně vybrali zpět. Výzkum jsme provedli na těchto odděleních: ARO, chirurgické, neurochirurgické a gynekologicko-porodnické.

Tedy z celkového množství 150 dotazníků, které byly rozdány ve dvou zdravotnických zařízení (FN Motol, ÚVN Střešovice v Praze) bylo vyplněno 140 dotazníků v době od 25.1. 2007 do 25.2. 2007. Návratnost byla 93,33 %. Z těchto vyplněných 140 dotazníků bylo 20 dotazníků vyřazeno pro chybně vyplněné či nevyplněné položky. K celkovému zpracování tak postoupilo 120 dotazníků (80 % z celkového množství).

4.3. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořilo 60 sester z neakreditované nemocnice a stejný počet 60 respondentů byl z akreditované nemocnice. Sledovaná skupina celkem se skládala z 110 žen a 10 mužů, celkem 120 respondentů. Průměrný věk respondentů je 30,5 roku. Ze sledované skupiny mělo 60 sester středoškolské vzdělání, tj. 50 %, vyšší odborné vzdělání 45 sester, tj. 37,5 % a vysokoškolské vzdělání 15 sester, tj. 12,5 %. Průměrná doba přípravy na akreditaci byla 14,5 měsíce.

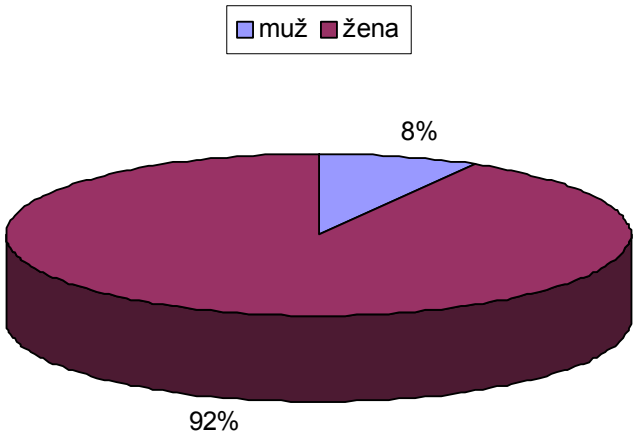
4.3.1. Identifikační údaje celého vzorku respondentů

Statistické rozložení výzkumného vzorku, 60 respondentů z neakreditované nemocnice a 60 respondentů z akreditované nemocnice, bylo hodnoceno současně.

Rozdělení podle pohlaví

Z celkového počtu 120 respondentů bylo (110) 92 % žen a (10) 8 % mužů

Graf č. 1: Rozdělení podle pohlaví



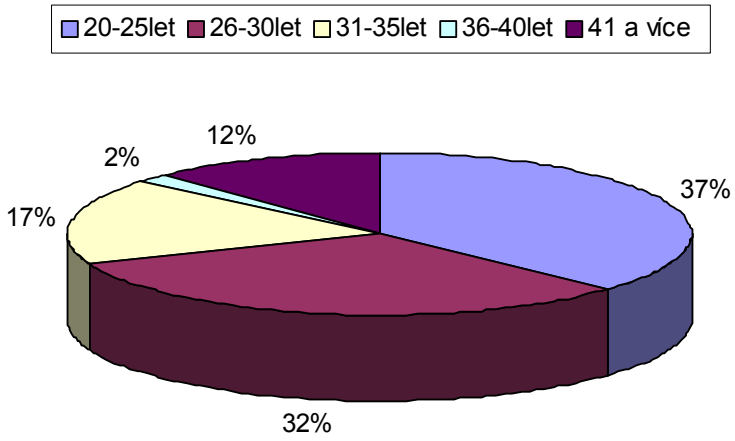
Rozdělení podle věku respondentů

Nejvíce respondentů (44) bylo ve věku 20 až 25 let, následují respondenti ve věku 26 až 30 let (39 respondentů) a 31 až 35 let (20 respondentů). Nejméně respondentů bylo ve věku 36 až 40 let (2 respondenti). V poslední skupině vymezené věkem nad 41 let bylo 15 respondentů.

Tab. č. 1: Věk

Věk	n	Fi %
20-25let	44	36,6 %
26-30let	39	32,5 %
31-35let	20	16,6 %
36-40let	2	1,6 %
41 a více	15	12,5 %

Graf č. 2: Věk



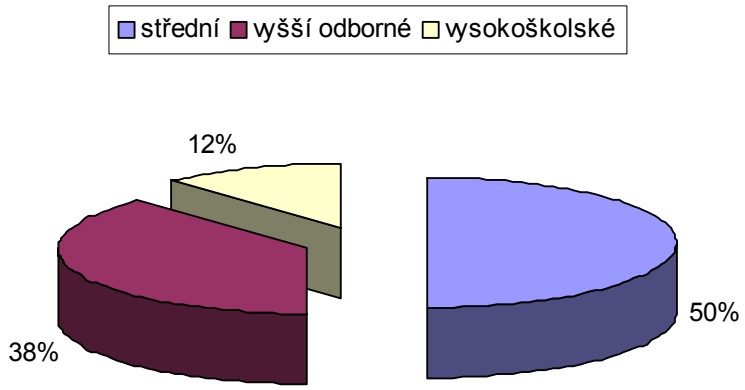
Rozdělení respondentů podle vzdělání

Nejvíce respondentek (60) mělo středoškolské vzdělání. 37,5 % respondentů tvořily sestry s vyšším odborným vzděláním a nejmenší skupinou respondentů byly sestry s vysokoškolským vzděláním (12,5 %).

Tab. 2: Vzdělání respondentů

Vzdělání	Akreditovaná nemocnice	Neakreditovaná nemocnice	Celkem n	Fi %
Střední	24	36	60	50 %
Vyšší odborné	28	17	45	37,5 %
Vysokoškolské	8	7	15	12,5 %

Graf č. 3: Vzdělání



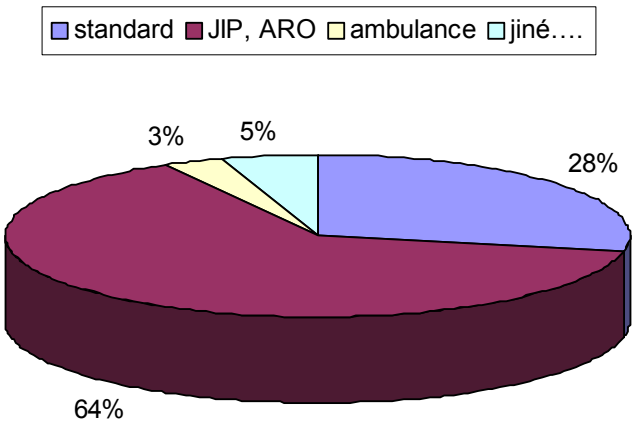
Rozdělení respondentů podle oddělení

Na standardních oddělení pracovalo 28,3 % respondentů. V intenzivních oborech (JIP a ARO) pracovalo 64,2 % respondentů. V ambulantních provozech pouze 2,5 % respondentů. V jiných než uvedených oborech (např. operační sály) pracovalo 5 % respondentů.

Tab. 3: Rozdělení podle oddělení

Typ oddělení	Akreditovaná nemocnice	Neakreditovaná nemocnice	Celkem n	Fi %
Standard	24	10	34	28,3 %
JIP, ARO	36	41	77	64,2 %
Ambulance	0	3	3	2,5 %
Jiné….	0	6	6	5 %

Graf č. 4: Rozdělení podle oddělení



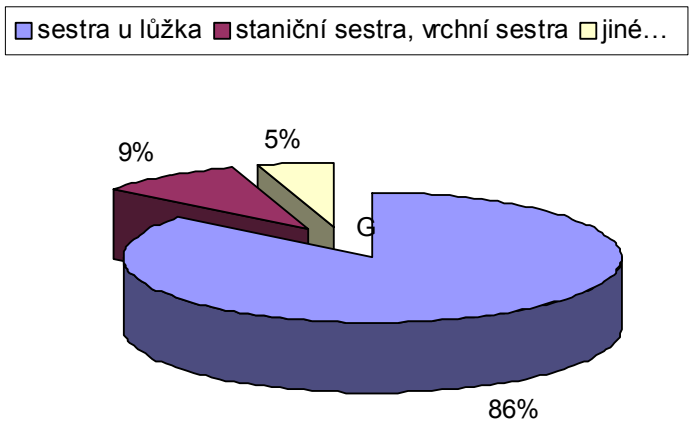
Rozdělení respondentů podle pracovního zařazení

Struktura respondentů podle pracovního zařazení byla následující: většina (85,8 %) respondentů pracovala u lůžka nemocného. Ve vedoucí funkci pracovalo 9,2 % respondentů a v jiném pracovním vztahu (např. ambulance, sálové sestry) bylo pět procent respondentek .

Tab. 4: Rozdělení podle pracovního zařazení

Rozdělení podle pracovního zařazení	**Akreditovaná nemocnice**	**Neakreditovaná nemocnice**	**Celkem n**	**Fi %**
Sestra u lůžka	45	58	103	85,8 %
Staniční sestra, vrchní sestra	9	2	11	9,2 %
Jiné…	6	0	6	5 %

Graf č. 5: Pracovní zařazení



4.4. Výsledky a jejich interpretace

Vzhledem ke dvěma významně podobným dotazníkům, které se liší jen v čase hodnocení akreditace, posuzujeme další otázky společně. Nejprve vždy odpovědi z neakreditované nemocnice, poté uvádíme odpovědi z akreditované nemocnice.

Položka č. 1: Příprava k získání akreditace (viz dotazník č. 1., dotazník č. 2 ot. č. 6)

Tato otázka byla položena proto, že jsme chtěli zjistit délku přípravy na akreditaci od sester. Je jisté, že proces přípravy na akreditaci je delší, než nejčastěji uváděných 6- 12 měsíců. Předpokládali jsme, že sestry u lůžka budou uvádět mnohem kratší přípravu než sestry ve vedoucí roli. Podařilo se nám shromáždit vzorek 11 sester ve vedoucích pozicích. Pro statisticky významný údaj je toto číslo poměrně malé. Nicméně 54,5 % sester ve vedoucí pozici uvedlo, že se na akreditaci připravovaly déle než 24 měsíců (v jednom případě 5 let). Z tohoto výsledku se dá usuzovat, že sestry ve vedoucí roli „chrání“ své podřízené před přímým a dlouhodobým tlakem akreditace.

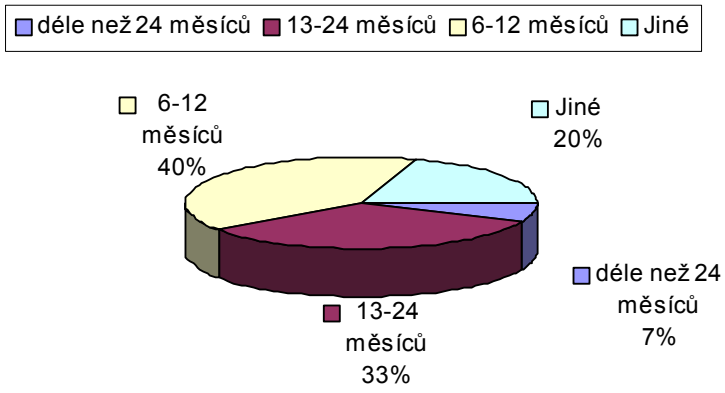
Vzhledem k tomu, že nebyla zohledněna délka pracovního poměru v daných zdravotnických zařízeních, je tato otázka doby přípravy na akreditaci brána jen orientačně.

Tab. č. 5: Příprava k akreditaci

Příprava k akreditaci	Akreditovaná nemocnice		Neakreditovaná nemocnice		Celkem	
	n	Fi %	n	Fi %	n	Fi %
Déle než 24 měsíců	4	6,6 %	2	3,3 %	6	5 %
13 – 24 měsíců	20	33,3 %	22	36,6 %	46	38,4 %
6 – 12 měsíců	24	40 %	29	48,3 %	49	40,8 %
Jiné	12	20 %	7	11,6 %	19	15,8 %

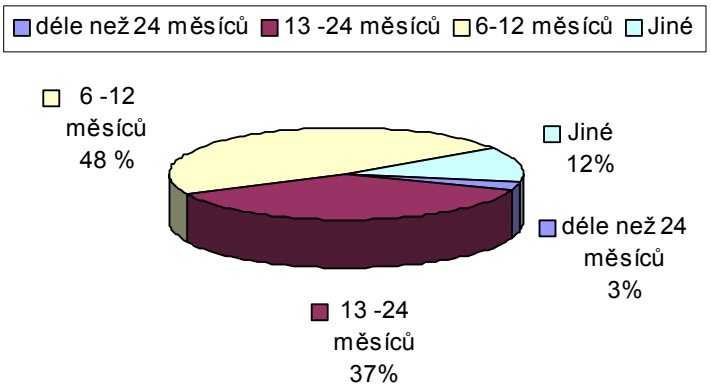
Ve skupině respondentů z akreditované nemocnice nejvíce sester (40 %) bylo připravováno k získání akreditace 6-12 měsíců. Druhá nejpočetnější skupina sester byla připravována 13-24 měsíců (33,3 %). Skupina respondentů, kteří jsou uvedeni v kategorii jiné (20 %) uvedli, že nebyli soustavně připravováni k získání akreditace.

Graf č. 6: Příprava k akreditaci (akreditovaná nemocnice)



Ve skupině respondentů z neakreditované nemocnice bylo připravováno 48,3 % sester 6 –12 měsíců. Druhou největší skupinou byly respondenti, kteří byli připravováni 13 –24 měsíců (36,6 %). Kategorie jiné v tomto dotazníku byla menší (11,6 %).

Graf č. 7: Příprava k akreditaci (neakreditovaná nemocnice)



V celém vzorku respondentů odpovědělo 40,8 %, že byly připravováni na akreditaci 6 –12 měsíců. Dále pak 38,4 % respondentů uvedlo, že byli k akreditaci připravováni okolo 13 -24 měsíců.

Položka č. 2: Psychická náročnost získávání akreditace (viz dotazník č. 1., dotazník č. 2 ot. č. 7)

Tuto otázku jsme položily pro zmapování vnímání náročnosti akreditačního procesu. Předpokládali jsme, že sestry z neakreditované nemocnice budou hodnotit situaci jako náročnější, zejména vzhledem k probíhajícímu stresu z denního styku s novými zvýšenými nároky na pracovní činnost. Oproti tomu sestry z již akreditované nemocnice měly čas si zvyknout na nové požadavky a přizpůsobit se jim.

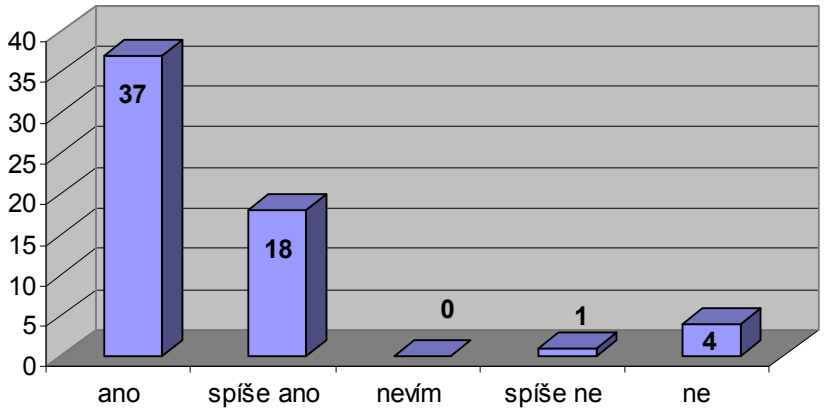
Tab. č. 6: Psychická náročnost získávání akreditace

Psychická náročnost	Neakreditovaná nemocnice		Akreditovaná nemocnice		Celkem	
	n	Fi %	n	Fi %	n	Fi %
Ano	37	61,60 %	29	48,30 %	66	55 %
Spíše ano	18	30 %	25	41,70 %	43	35,8 %
Nevím	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Spíše ne	1	1,70 %	6	10 %	7	5,8 %
Ne	4	6,50 %	0	0 %	4	3,4 %

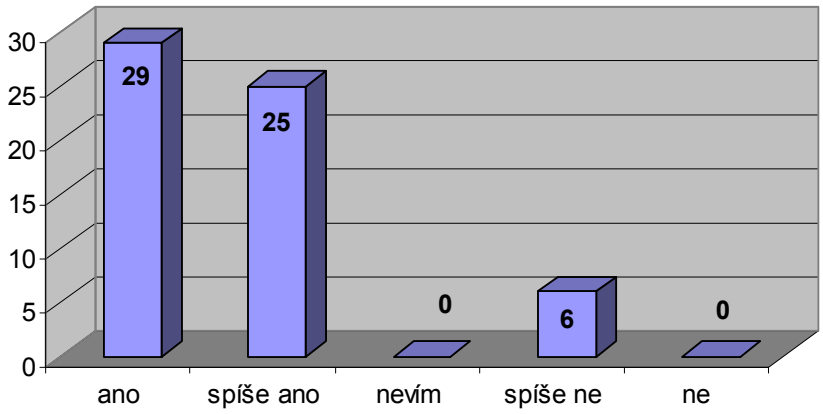
Respondenti z neakreditované nemocnice hodnotili proces získávání akreditace jako náročný z 61,6 %. Třetina respondentů (30 %) hodnotí získání akreditace jako méně náročné.

Respondenti z akreditované nemocnice hodnotili získání akreditace jako náročné ve 48,3 %, méně náročné ho považuje 41,7 % respondentů.

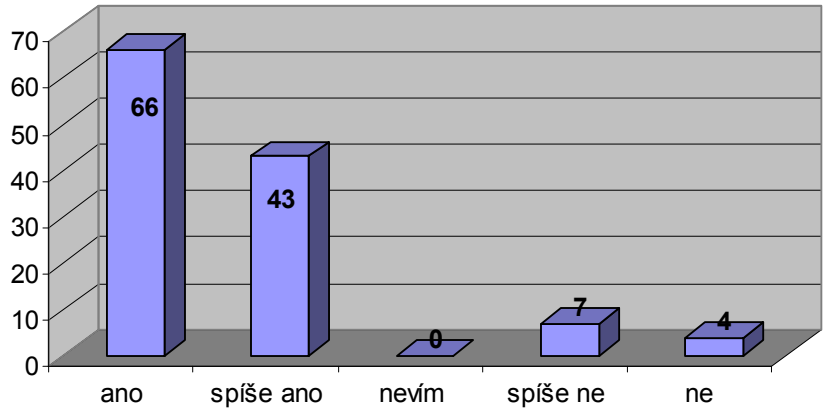
Graf č. 8: Psychická náročnost získávání akreditace (neakreditovaná nemocnice)



Graf č. 9: Psychická náročnost získávání akreditace (akreditovaná nemocnice)



Graf č. 10: Psychická náročnost získávání akreditace - celkem



Položka č. 3: Vliv akreditace na odbornou práci (viz dotazník č. 1., dotazník. č. 2 ot. č. 8)

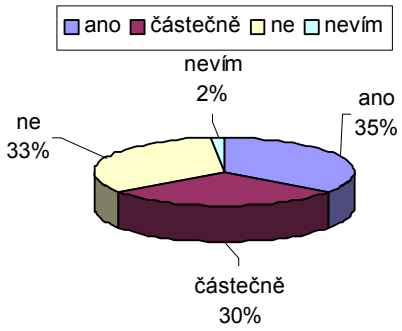
Tato otázka byla položena s úmyslem zmapovat vliv akreditace na práci sester. Je položena úmyslně obecně – nevztahuje se na konkrétní činnosti, aby mohla být zodpovězena všemi dotazovanými.

Tab č. 7: Vliv akreditace na odbornou práci

Vliv akreditace na odbornou práci	Neakreditovaná nemocnice		Akreditovaná nemocnice		Celkem	
	n	Fi %	n	Fi %	n	Fi %
Ano	21	35,0 %	32	53,30 %	53	**44,2 %**
Částečně	18	30,0 %	25	41,70 %	43	**35,8 %**
Ne	20	33,3 %	3	5 %	23	**19,2 %**
Nevím	1	1,7 %	0	0 %	1	**0,8 %**

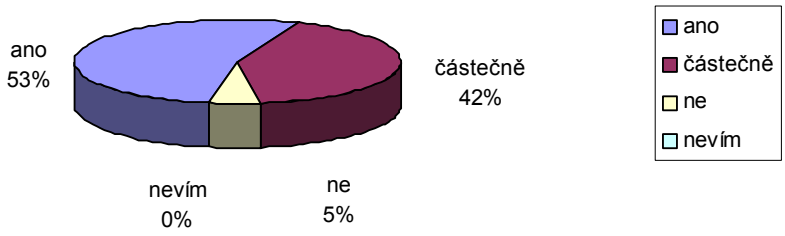
V neakreditované nemocnici nejvíce respondentů cítilo, že akreditace přímo zasahuje do jejich práce (35 %). Částečný vliv na práci udávalo 30 % respondentek a 33,3 % uvedlo, že akreditace jejich práci neovlivnila. Jenom 1,7 % nedokázalo udat, zda akreditace nějakým způsobem ovlivňuje jejich práci.

Graf č. 11: Vliv akreditace na odbornou práci (v neakreditované nemocnici)



Respondenti z akreditované nemocnice z 53,3 % uvedli, že akreditace významně ovlivňuje jejich práci, 41,7 % uvádělo částečný vliv akreditace na jejich práci. Pouze 5 % respondentů uvedlo, že akreditace neovlivňuje jejich práci. Všichni respondenti byli schopni se rozhodnout, zda akreditace ovlivňuje či neovlivňuje jejich práci.

Graf č. 12: Vliv akreditace na odbornou práci (v akreditované nemocnici)



V celkovém hodnocení nejvíce respondentů uvedlo (44,2 %), že pociťují vliv akreditace na jejich odbornou práci. Částečný vliv udávalo 35,8 % respondentů.

Položka č. 4: Způsob motivace k akreditaci (viz dotazník. č. 1., dotazník č. 2 ot. č. 9)

Otázka si klade za cíl zjistit, jakým způsobem byli či jsou respondenti motivováni při procesu akreditace. Vycházíme z obecného předpokladu, že pokud je zaměstnanec motivovaný, snáze zvládá nové nároky a lépe se adaptuje na změny.

Vzhledem k tomu, že zvyk a tradice má své místo i ve zdravotnickém zařízení a v práci sester, může být akreditace braná jako náročná životní situace. Kvalitní motivace může pomoci překonat problémy vzniklé touto situací.

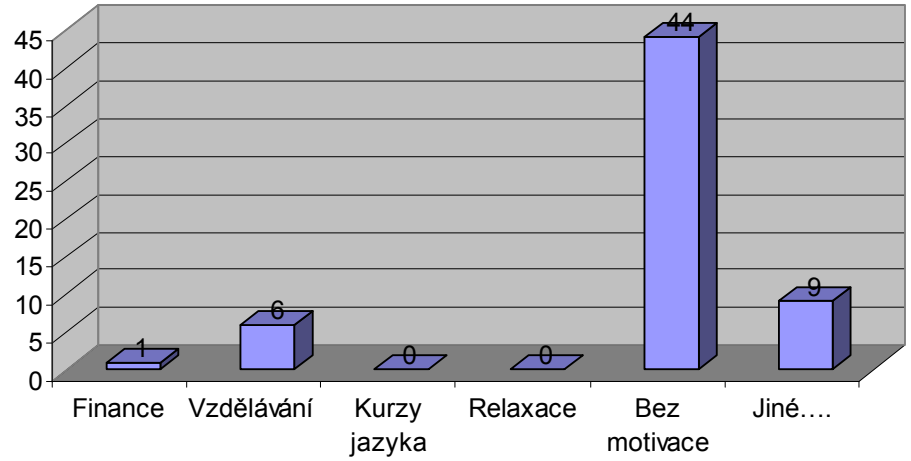
Tab č. 8: Způsob motivace k akreditaci

Způsob motivace k akreditaci	Neakreditovaná nemocnice		Akreditovaná nemocnice		Celkem	
	n	Fi %	n	Fi %	n	Fi %
Finanční ohodnocení	1	1,6 %	24	40 %	25	**20,8 %**
Možnost vzdělávání v oboru	6	10 %	14	23,4 %	20	**16,6 %**
Kurzy cizího jazyka	0	0 %	0	0 %	0	**0 %**
Nabídka relaxační techniky	0	0 %	0	0%	0	**0 %**
Bez motivace	44	73,4 %	20	33,3 %	64	**53,4 %**
Jiné….	9	15 %	2	3,3 %	11	**9,2 %**

Vzorek respondentů z neakreditované nemocnice byl poměrně jednotný v názoru na motivaci k akreditaci. 73,4 % respondentů uvedlo, že vůbec nebyli motivování k procesu akreditace. Avšak 10 % uvedlo, že jsou motivováni k akreditaci pro možnost dalšího vzdělávání v oboru.

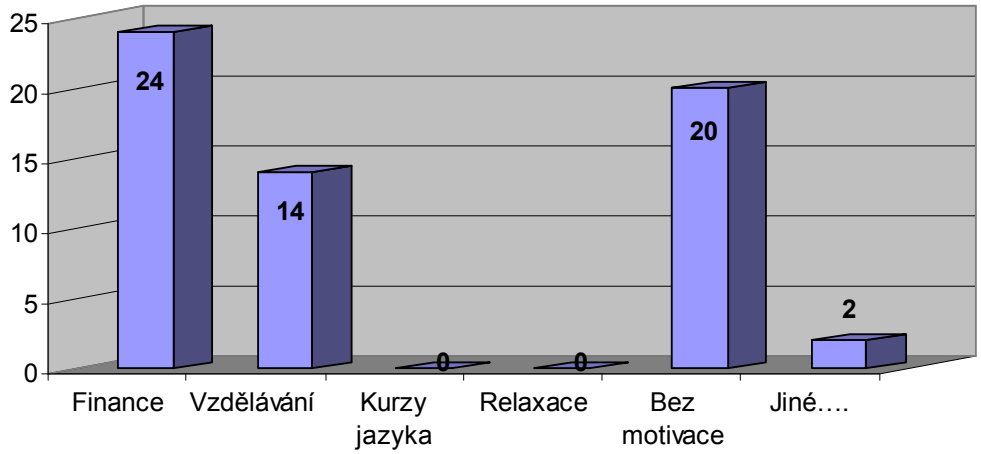
Je zajímavé, že v kolonce „jiné“ s možností volné výpovědi, byly uvedeny tyto motivace „příkaz“, „finanční postih“, event. hrozba nuceného odchodu z nemocnice.

Graf č. 13: Způsob motivace v neakreditované nemocnici



Akreditovaná nemocnice uvedla jako nejčastější motivaci (40 %) finanční ohodnocení, následované skupinou respondentů bez motivace k akreditaci (33,3 %). Další motivací uváděnou skupinou respondentů z akreditované nemocnice byli ti, co uvedli motivaci s možností dalšího vzdělávání v oboru (23,4 %).

Graf č. 14: Způsob motivace v akreditované nemocnici



Položka č. 5: Samostatnost v rozhodování (viz dotazník č. 1., dotazník č. 2 ot. č. 10)

Otázka se zaměřuje na zjištění vlivu akreditace na míru samostatného rozhodování o nemocném. Je-li akreditace braná mimo jiné jako prostředek jisté znalostní úrovně všech sester, může se odvozovat, že sestry získají větší jistotu v orientaci, co mohou nabídnou nemocnému.

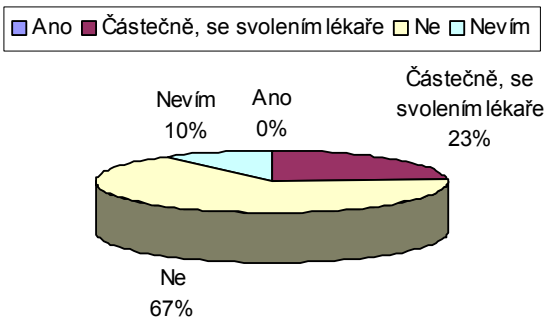
Tvorba standardů a směrnic, které se přímo vztahují k práci sestry, je pro mnohé znalostním penzem a mantinely, ve kterých se může sestra „pohybovat“. Otázka zjišťuje míru vlastního rozhodování o nemocném.

Tab č. 9: Samostatnost v rozhodování

Samostatnost v rozhodování	**Neakreditovaná nemocnice**		**Akreditovaná nemocnice**		**Celkem**	
	n	**Fi %**	**n**	**Fi %**	**n**	**Fi %**
Ano	0	0 %	5	8,3 %	5	**4,2 %**
Částečně, se svolením lékaře	14	23,3 %	30	50,0 %	44	**36,7 %**
Ne	40	66,7 %	23	38,3 %	63	**52,5 %**
Nevím	6	10 %	2	3,4 %	8	**6,6 %**

Respondenti z neakreditované nemocnice v největším procentu (66,7 %) odpověděli, že samostatně nerozhodují o nemocném. Ve 23,3 % respondenti odpověděli, že sice samostatně rozhodují o nemocném, ale vždy se souhlasem lékaře. Na otázku nedokázalo odpovědět 10 % respondentů.

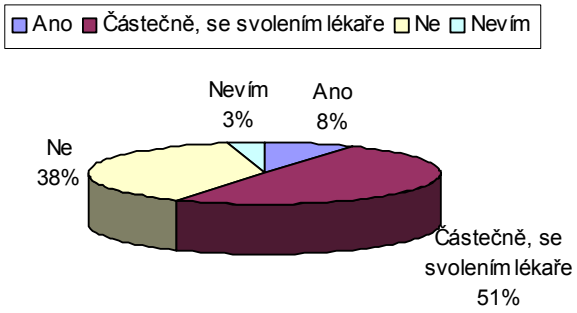
Graf č. 15: Samostatnost v rozhodování (v neakreditované nemocnici)



Respondenti z akreditované nemocnice uvedli, že mohou rozhodovat o nemocném samostatně a se svolením lékaře z 50 %. Ve 38,3 % respondenti uvedli, že samostatně nerozhodují ve prospěch pacienta.

Jenom v 8,3 % respondenti uvedli, že mohou samostatně rozhodovat a to i bez svolení lékaře (ve skupině respondentů z neakreditované nemocnice neuvedl žádný respondent tuto možnost).

Graf č. 16: Samostatnost v rozhodování (v akreditované nemocnici)



Položka č. 6: Kvalita poskytovaných služeb (viz dotazník č. 1., dotazník č. 2 ot. č. 11)

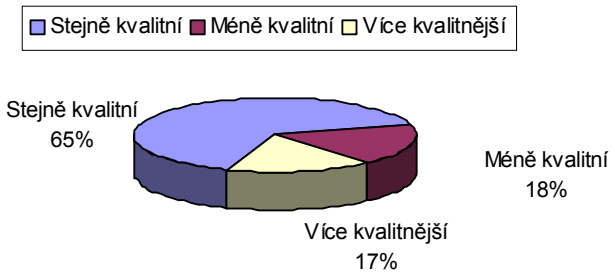
Akreditace, jako forma zajišťování dohodnuté kvalitní léčby a péče, je nutně procesem který nekončí a vede k jejímu zvyšování. Proto jsme se touto otázkou snažily zmapovat, jak sestry si představují, či jak cítí kvalitu poskytovaných služeb před a po akreditaci.

Tab č. 10: Kvalita poskytovaných služeb

Kvalita poskytovaných služeb	**Neakreditovaná nemocnice**		**Akreditovaná nemocnice**		**Celkem n**	**Fi %**
	n	**Fi %**	**n**	**Fi %**		
Stejně kvalitní	39	65 %	32	53,40%	71	**59,2 %**
Méně kvalitní	11	18,3 %	6	10,00%	17	**14,2 %**
Více kvalitnější	10	16,7 %	22	36,6 %	32	**26,6 %**

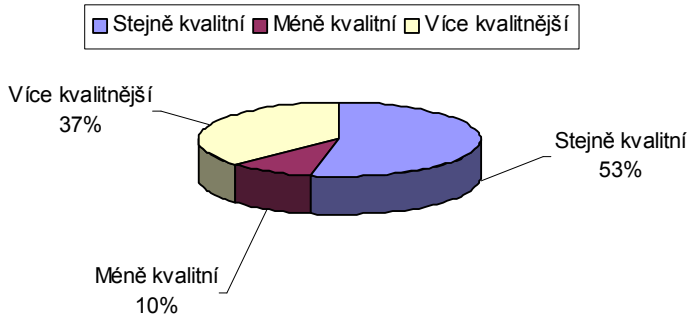
Skupina respondentů z neakreditované nemocnice nejvíce odpovídala, že úroveň poskytovaných služeb bude stejně kvalitní před i po akreditaci (65 %). Jako méně kvalitní si ji představuje 18,3 %. Zvýšení kvality služeb předpokládá 16,7 % respondentů.

Graf č. 17: Kvalita poskytovaných služeb (v neakreditované nemocnici)



Respondenti z akreditované nemocnice považují práci před i po akreditaci jako stejně kvalitní v 53, 4 %. Jenom 10 % respondentek uvádělo nižší úroveň kvality péče po akreditaci. Více kvalitní péči po akreditaci uvedlo 36,6 % respondentů.

Graf č. 18: Kvalita poskytovaných služeb (v akreditované nemocnici)



Položka č. 7: Bezpečnost práce sester (viz dotazník č. 1., dotazník č. 2 ot. č. 12)

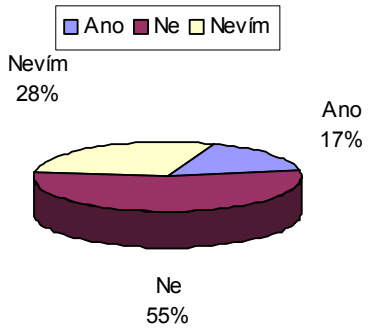
Jedním ze základních cílů akreditačních programů je zvýšit úroveň bezpečnosti práce. Touto otázkou se snažíme postihnout úroveň cítěné bezpečnosti při práci u respondentů z akreditované a nekreditované nemocnice.

Tab č. 11: Bezpečnost práce sester

Bezpečnost práce sester	Neakreditovaná nemocnice		Akreditovaná nemocnice		Celkem n	Fi %
	n	Fi %	n	Fi %		
Ano	10	16,7 %	39	65,00 %	49	**40,8 %**
Ne	33	55 %	15	25,00 %	48	**40,0 %**
Nevím	17	28 %	6	10 %	23	**19,2 %**

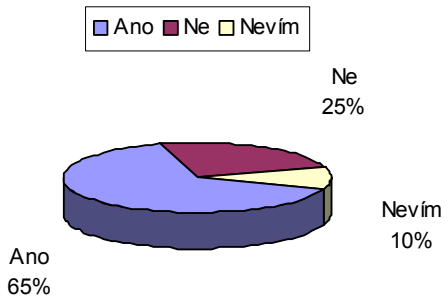
Největší skupina respondentů z neakreditované nemocnice odpověděla v 55 %, že neočekávají zvýšení bezpečnosti práce. Toto zvýšení očekávalo jen 16,7 % respondentů. Nerozhodnutí nebo ti, co netuší o čem je řeč, tvoří skupinu o 28 %.

Graf č. 19: Bezpečnost práce sester (v neakreditované nemocnici)



Respondenti z akreditované nemocnice z 65 %uvedlo zvýšení bezpečnosti práce. Toto zvýšení neudávalo 25 % respondentů. Jenom 10 % se nedokázalo k otázce relevantně vyjádřit.

Graf č. 20: Bezpečnost práce sester (v akreditované nemocnici)



Podotázka „Pokud ano“ poskytovala možnost s volnou výpovědí. Respondenti mohli vpisovat jakékoli poznámky. Tyto poznámky jsme roztřídili do 5 kategorií.

Zajímavé je, že nejvíce uváděná možnost respondentů z akreditované nemocnice (používání jednorázových pomůcek 28,3 %) se vůbec neodrazila v odpovědích z neakreditované nemocnice. Naopak nejvíce uváděná možnost respondentů z neakreditované nemocnice (lepší dokumentace 50 %) se v odpovědích respondentů z akreditované nemocnice odrazila jen ve 20,5 %.

Větší právní ochranu vnímají oba vzorky respondentů více méně procentuelně stejně (neakreditovaná 30 %, akreditovaná 23 %).

Porovnání vzorku je jenom orientační, protože v celkovém množství respondentů byl značný nepoměr.

Tab č. 12: Pokud ano

Pokud ano:	Neakreditovaná nemocnice		Akreditovaná nemocnice	
	n	Fi %	n	Fi %
Jednorázové pomůcky	0	0 %	11	28,3 %
Lepší dokumentace	5	50 %	8	20,5 %
Hyg. epid. režim	1	10 %	10	25,7 %
Právní ochrana	3	30 %	9	23,0 %
Vyšší kontrola práce (standardy, směrnice)	1	10 %	1	2,5 %

Položka č. 8: Bezpečnost pacientů (viz dotazník č. 1., dotazník č. 2 ot. č. 13)

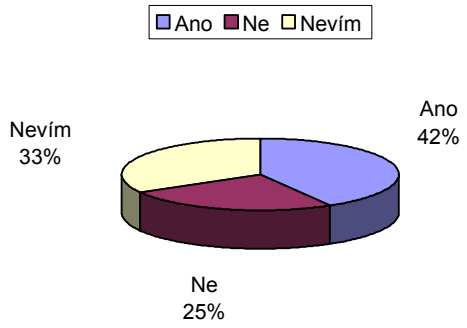
Bezpečnost nemocných v nemocnici je dalším z cílů akreditačních procesů. Otázka zjišťuje názor sester na pocity bezpečnosti pacientů v akreditované nemocnici.

Tab č. 13: Bezpečnost pacientů

Bezpečnost pacientů	Neakreditovaná nemocnice		Akreditovaná nemocnice		Celkem	Fi %
	n	Fi %	n	Fi %	n	
Ano	25	41,7 %	43	71,7 %	68	**56,7 %**
Ne	15	25 %	0	0 %	15	**12,5 %**
Nevím	20	33,30 %	17	28,3 %	37	**30,8 %**

V neakreditované nemocnici zaznamenalo 41,7 % respondentů, že se jejich pacienti cítí v akreditované nemocnici bezpečněji, než v nemocnici bez akreditace. Tento pocit nemá 25 % respondentů. Skupinu neschopnou se vyjádřit, tvořilo 33,3 %.

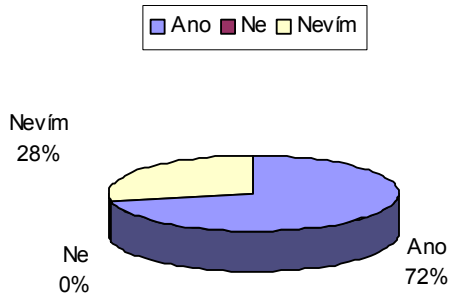
Graf č. 21: Bezpečnost pacientů (v neakreditované nemocnici)



V akreditované nemocnici většina respondentů (71,7 %) uvedla, že nemocní se cítí v akreditované nemocnici bezpečněji, než v nemocnici bez akreditace. Na otázku nedokázalo

odpovědět 28,3 % respondentů. Je zajímavé, že nikdo neuvedl, že by se pacienti cítili v akreditované nemocnici méně bezpečně, než v neakreditované nemocnici.

Graf č. 22: Bezpečnost pacientů (v akreditované nemocnici)



Položka č. 9: Očekávání od akreditace (viz dotazník č. 1., dotazník č. 2 ot. č. 14)

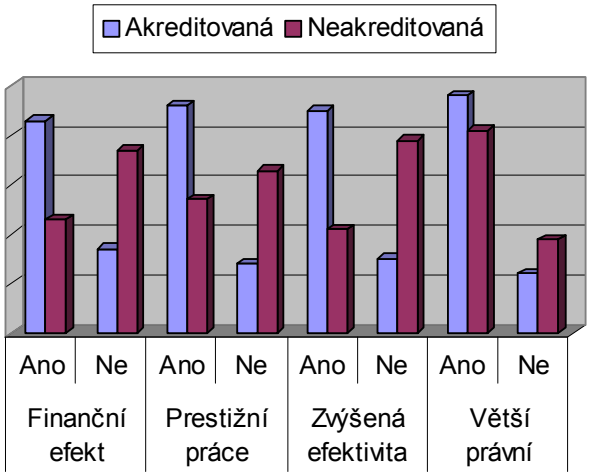
Tato otázka mapuje očekávání respondentů od akreditace. Byla položena oběma skupinám respondentů. Předdefinovaly jsme čtyři možnosti (finanční efekt, prestižní práce, zvýšená efektivita práce a větší právní ochrana) a respondenti tak vybírali z těchto možností. Skupině z akreditované nemocnice byla položena ještě jedna otázka stejné struktury, ale zaměřená na splnění či nesplnění daného očekávání od akreditace.

Tab č. 14: Očekávání od akreditace

	Finanční efekt				**Prestižní práce**				**Zvýšená efektivita práce**				**Větší právní ochrana**			
	Ano		**Ne**		**Ano**		**Ne**		**Ano**		**Ne**		**Ano**		**Ne**	
	n	Fi %	**N**	**Fi %**	**n**	Fi %	**n**	**Fi %**	**n**	Fi %	**n**	**Fi %**	**n**	Fi %	**n**	**Fi %**
Neakreditované	23	38 %	37	62 %	27	45 %	33	55 %	21	35 %	39	65 %	41	68 %	19	32 %
Akreditované	43	72 %	17	28 %	46	77 %	14	23 %	45	75 %	15	25 %	48	80 %	12	20 %

V neakreditované nemocnici pouze 38 % respondentů očekává po získání akreditace finanční efekt. Více prestižní práci očekává 45 % respondentů. Zvýšenou efektivitu práce očekává 35 % respondentů a větší právní ochranu očekává více jak polovina (68 % respondentů). V akreditované nemocnici 72 % respondentů očekávalo finanční efekt. Zastávání více prestižní práce očekávalo 77 % respondentů. Zvýšenou efektivitu práce očekávalo 75 % respondentů a věší právní ochranu očekávalo 80 % respondentů.

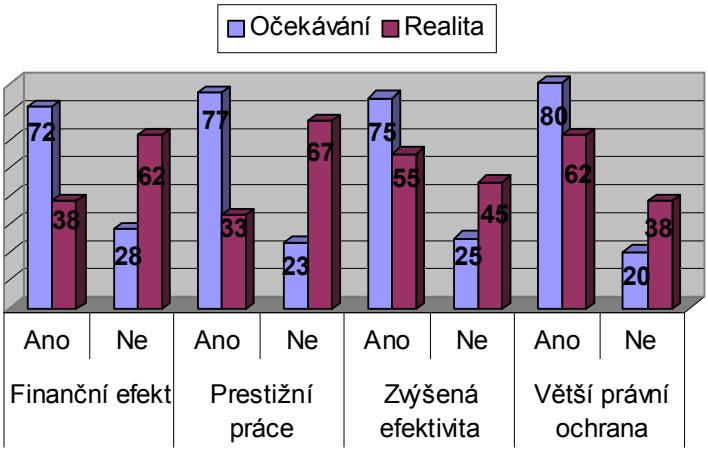
Graf č. 23: Očekávání od akreditace



Položka č. 10: Splnění očekávání (viz dotazník č. 2 ot. č. 15)

Respondentům z akreditované nemocnice se splnilo jejich očekávání v těchto relacích. Očekávaný finanční efekt se splnil jenom 38 % respondentů. Více prestižní práce se splnila jen 33 % respondentů. Zvýšenou efektivitu práce kterou očekávalo 75 % respondentů se splnilo 55 % respondentů. Větší právní ochranu očekávalo 80 % respondentů a v 62 % respondentů se toto očekávání splnilo.

Graf č. 24: Očekávání x Realita v %



Položka č. 11: Potřebnost akreditovaných nemocnic (viz dotazník č. 1 ot. č. 15, dotazník ot. č. 2 ot. č. 16)

Principem zvyšování kvality ve zdravotnických zařízeních je trend, který sleduje vrcholový management většiny nemocnic v Čechách. Zajímal nás pohled řadových zaměstnanců.

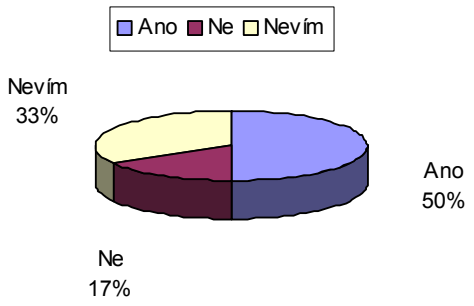
V neakreditovaných nemocnicích potřebnost akreditovaných nemocnic pociťovalo 50 % respondentů. Poměrně významná skupina respondentů nebyla schopná na tuto otázku odpovědět (33,3 %).

V akreditované nemocnici většina (70 %) respondentů cítí potřebnost akreditovaných nemocnic.

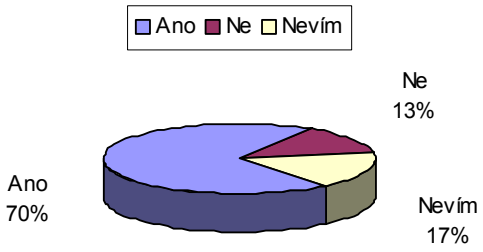
Tab č. 15: Potřebnost akreditovaných nemocnic

Potřebnost akreditovaných nemocnic	Neakreditovaná nemocnice		Akreditovaná nemocnice		Celkem n	Fi %
	n	Fi %	n	Fi %		
Ano	30	50,0 %	42	70,0 %	72	**60,0 %**
Ne	10	16,7 %	8	13,3 %	18	**15,0 %**
Nevím	20	33,30 %	10	16,7 %	30	**25,0 %**

Graf č. 25: Potřebnost akreditovaných nemocnic (neakreditované nemocnici)



Graf č. 26: Potřebnost akreditovaných nemocnic (akreditované nemocnici)



Položka č. 12: Kvalita péče po akreditaci (viz dotazník č. 1 ot. č. 16, dotazník č. 2 ot. č. 17)

Akreditace je systém úkonů přesně definovaných v projektu JCI. Ideální stav, který je popsaný v těchto dokumentech, není vždy přesně realizovaný na odděleních. Snažili jsme se zjistit, jaký je názor respondentů na vliv akreditace na kvalitu ošetřovatelské péče.

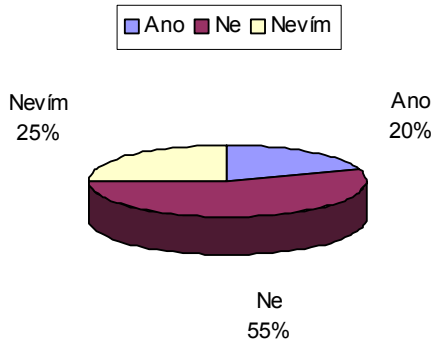
Tab č. 16: Kvalita péče po akreditaci

Kvalita péče po akreditaci	Neakreditovaná nemocnice		Akreditovaná nemocnice		Celkem	Fi %
	n	Fi %	n	Fi %	n	
Ano	12	20,0 %	28	46,7 %	40	**33,3 %**
Ne	33	55,0 %	19	31,6 %	52	**43,3 %**
Nevím	15	25,0 %	13	21,7 %	28	**23,4 %**

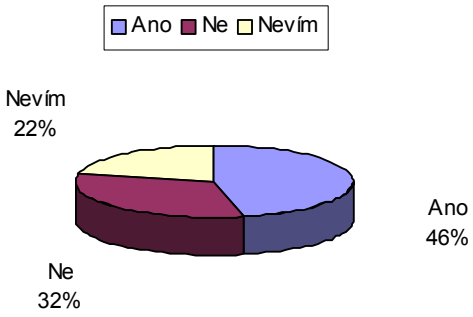
Respondenti z neakreditované nemocnice v 55 % předpokládali, že akreditace nedokáže zvýšit kvalitu péče na jednotlivých pracovištích. Ve 25 % respondenti nedokázali vyjádřit svůj názor.

Nejčastější odpovědí respondentů (46,7 %) z akreditované nemocnice bylo, že akreditace má vliv na kvalitu péče na jejich pracovištích. Tento vliv nepozoruje (31,6 %) respondentů.

Graf č. 26: Kvalita péče po akreditaci (v neakreditované nemocnici)



Gfraf č. 27: Kvalita péče po akreditaci (v akreditované nemocnici)



DISKUSE

Akreditace nemocnic je velice široké a rozsáhlé téma. Zaměřili jsme se na postoj všeobecných sester k akreditaci nemocnice. Pro výzkum jsme chtěli získat informace od většího počtu respondentů, proto jsme použili jako hlavní výzkumnou metodu anonymní dotazník. Byly vytvořeny dva typy dotazníků vlastní konstrukce. Výzkumu se zúčastnilo 60 respondentů z akreditované nemocnice a 60 respondentů z neakreditované nemocnice, celkově 120 respondentů. Problémy při realizaci výzkumu nebyly. Oslovení respondenti byli vstřícní a snažili se pomoci. Výsledky výzkumu jsou velmi zajímavé. Všechny naše předpoklady byly potvrzené. Nyní k jednotlivým hypotézám.

Hypotéza č 1: Předpokládáme, že sestry vnímají získávání akreditace jako psychicky náročný proces.

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 7 – „Hodnotíte získávání akreditace za psychicky náročné?“

Respondenti z neakreditované nemocnice hodnotili proces získávání akreditace jako náročný z 61,6 %. Třetina respondentů (30 %) hodnotí získání akreditace jako méně náročné. Respondenti z akreditované nemocnice hodnotili získání akreditace jako náročné ve 48,3 %, jako méně náročné ho považuje 41,7 % respondentů. Z těchto výsledků je patrné, že respondenti z obou nemocnic (akreditované i neakreditované) vnímají proces akreditace jako náročný. Vyšší počet respondentů z neakreditované nemocnice vnímá akreditaci jako psychicky náročný proces. Důvodem mohou být změny zaběhlých stereotypů, nutnost vyhovovat stále se zvyšujícím nárokům. Dále pak malá míra jistoty v práci např. stále se měnící dokumentace, vzrůstající únava, nejednotnost a nestálost příkazů, malá úroveň informovanosti a komunikace, v některých případech porucha vertikální komunikace v organizaci. V některých případech selhává i motivace k akreditaci, z výsledků výzkumu vyplynulo, že 73,4 % respondentů není motivováno.

Všechny tyto důvody byly a možná i jsou stále přítomné v akreditované nemocnici, ale na těchto pracovištích už měli zaměstnanci čas se adaptovat na tyto změny. Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č 2: Předpokládáme, že sestry mají potřebu akreditovat nemocnice.

K této hypotéze se vztahuje otázka č. 15 nebo 16 – podle typu dotazníku. „Myslíte si, že je potřebné akreditovat nemocnice?“.

V neakreditovaných nemocnicích potřebnost akreditovat nemocnice pociťovalo 50 % respondentů. Poměrně významná skupina respondentů nebyla schopná na tuto otázku

odpovědět (33,3 %). V akreditované nemocnici většina (70 %) respondentů cítí potřebnost akreditovaných nemocnic. Zdůvodnění tohoto rozdílu (50 % z neakreditované a 70 % z akreditované nemocnice) je možné z několika úhlů. Prvním je, že sestry z akreditované nemocnice mohou být hrdé na to, že nemocnice ve které pracují, je už akreditovaná, a proto chtějí tento fakt zdůraznit. Tuto teorii však nepotvrzuje fakt, že respondentů z akreditované nemocnice se prestiž jejich zaměstnání po akreditaci významně nezvýšila (77 % respondentů očekávalo zvýšení prestiže ale jen 33 % toto zvýšení zaznamenalo). Myslím se, že na hodnocení této teorie je ještě příliš brzy, protože prestiž jako hodnota udělována společností, potřebuje čas na změnění pohledu na sestru, pracující v akreditované a neakreditované nemocnici.

Dalším důvodem může být to, že skutečně cítí významné zlepšení v kvalitě péče o nemocné. Tento fakt je i podpořen otázkou z dotazníku: „Myslíte si, že se zvýšila kvalita péče na Vašem oddělení?“ Na tuto otázku z akreditované nemocnice odpovědělo kladně 46,7 %. Záporně odpovědělo 31,6 %. Sice jsou tyto hodnoty poměrně těsné, ale přesto ilustrují značný nárůst důvěry v akreditaci jako takovou. Vezme – li se skupina respondentů z neakreditované nemocnice je tato důvěra v akreditační principy výrazně menší (respondenti z neakreditované nemocnice z 55 % předpokládali, že akreditace nedokáže zvýšit kvalitu péče na jednotlivých pracovištích).

Jedním z principů akreditace je stálé ověřování spokojenosti pacientů a neustálá zpětná vazba spojená s následnou kontrolou chyb. Sestry jsou proto hodnoceny pozitivně popřípadě i negativně, v každém případě ví, za co jsou oceňovány a co mají zlepšit. Toto vede k větší jistotě v práci a tím k větší spokojenosti sester.

Hypotéza „Předpokládáme, že sestry cítí potřebu akreditovat nemocnice“ se plně potvrdila v akreditované, i v neakreditované nemocnici.

Hypotéza č 3: Sestry z akreditované nemocnice cítí vyšší bezpečnost práce, než sestry z neakreditované nemocnice.

K této hypotéze se vztahuje otázka č.14: „Myslíte si, že se po získání akreditace zvýší bezpečnost Vaší práce?“ ; „Zvýšila se bezpečnost Vaší práce?“

Největší skupina respondentů z neakreditované nemocnice odpověděla v 55 %, že neočekávají zvýšení bezpečnosti práce. Toto zvýšení očekávalo jen 16,7 % respondentů. Nerozhodnutí nebo ti, co netuší, o čem je řeč tvoří skupinu o 28 %. Respondenti z akreditované nemocnice z 65 % uvedlo zvýšení bezpečnosti práce. Toto zvýšení neudávalo

25 % respondentů. Jenom 10 % se nedokázalo k otázce relevantně vyjádřit.

Hypotéza vycházela z předpokladu, že celý projekt akreditace se považuje za garanta bezpečnosti péče pro sestru i pro pacienta. Proto respondenti z akreditované nemocnice budou mít tuto jistotu. Respondenti z neakreditované nemocnice tuto jistotu ještě plně cítit nemohou. Spíše cítí zmatek a jako v období přechodu od jedné rutiny ke druhé zažívají nutné období chyb a omylů.

Hypotéza byla potvrzena.

ZÁVĚR:

„Nikdo nemá právo nějakou záležitost milovat či nenávidět, dokud ji důkladně neprozkoumá.“

Leonardo da Vinci.

Akreditace je souhrn určitých standard, pravidel a kriterií, jež platí celostátně a jsou kontrolovány inspektory přímo na místě, v nemocnici. Má za účel zajistit, zda nemocnice jako celek a všichni zaměstnanci jednotlivě ví, co mají dělat, jsou pro svou práci kvalifikováni, mají formální popis své práce. Akreditaci je možno svým způsobem považovat za hodnocení nemocnice. Obecně cílem jakéhokoli hodnocení není jen retrospektivní posouzení úrovně práce, ale zejména směřuje k navození motivačního klimatu, které vede ke změně chování instituce žádoucím směrem. Tímto směrem je zvyšování kvality práce, zlepšování medicínských výsledků a zvyšování spokojenosti pacientů.

Cílem práce bylo zjistit, jak sestry vnímají potřebu akreditovat nemocnice, co od ni očekávají a zda jim akreditace přinesla výhody. Z výsledků výzkumu vyplývá, že pro sestry je akreditace přínosem. Sestry cítí potřebu akreditace a vnímají získávání akreditace jako psychicky náročný proces, mají vyšší bezpečnost práce a vetší právní ochranu. Je nutné počítat s tím, že akreditační proces je dlouhodobá záležitost, braná jako nároční životná situace. Jednou z největších překážek byla nedostatečná neboli žádna motivace od svých vedoucích pracovníků a neefektivní komunikace.

To, jak se zkvalitní lékařská a ošetřovatelská péče, bude tedy záležet především na lidech, na jejich postojích a ochotě udělat první krok na dlouhé a namáhavé cestě k excelenci. Je proto nutné, aby všichni pochopili, že zvyšování kvality není nějaký módní výstřelek, něco, co zase zmizí nebo co se podaří společným úsilím a falešnou solidaritou zničit. Kvalita je budoucnost. Kvalita znamená jistotu zaměstnání a prosperity.

Doporučení vycházející z výzkumného šetření:

1. absolutní podpora vrcholového managemenentu
2. vytvoření strategického plánu a způsobu jak zajistit edukaci pro zaměstnance týkající se akreditace
3. zajištění efektivní komunikace
4. intenzívní výuka všech zaměstnanců
5. zajištění pozitivní motivace
6. rozvíjení dialogu mezi zaměstnanci a managementem
7. management pečuje o potřeby zaměstnanců, spravedlivě je odměňuje a respektuje.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

1. ČESKÝ INSTITUT PRO AKREDITACI, Metodické pokyny pro akreditaci. Praha 2006
2. České ošetřovatelství 2. Brno, NCO NZO 2004,
   ISBN 80-7013-263-9, str.6-8
3. FARKAŠOVÁ, D. a kol.: Výzkum v ošetřovatelství. Martin, Osveta 2006,
   ISBN 80-8063-229-4, 87 s.
4. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L.: Kvalita zdravotní péče a metody jejího
   soustavného zvyšování.Brno, IDVZ 1999.
5. GLADKIJ, I. a kol.: Management ve zdravotnictví. Brno, Computer Press 2003,
   ISBN 80-7226-996-8, 380 s.
6. JOINT COMMISION INTERNATIONAL,: Mezinárodní akreditační standardy pro
   nemocnice. Praha, Grada Publishing 2005,
   ISBN 80-247-0629-6, 268 s.
7. JOINT COMMISION INTERNATIONAL,: Mezinárodní akreditační standardy pro
   zdravotní transport. Praha, Grada Publishing 2005,
   ISBN 80-247-1002-1, 164 s.
8. JOINT COMMISION INTERNATIONAL,: Mezinárodní akreditační standardy pro
   dlouhodobou péči. Praha, Grada Publishing 2005,
   ISBN 80-247-1001-3, 248 s.
9. JOINT COMMISION INTERNATIONAL,: Mezinárodní akreditační standardy pro
   klinické laboratoře. Praha, Grada Publishing 2005,
   ISBN 80-247-1001-3, 172 s.
10. JAROŠOVÁ, D.: Teorie moderního ošetřovatelství. Praha, ISV nakladatelství 2000,
    ISBN 80-50866-55-2, str.75
11. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: Ošetrovatelstvo I.,II. Martin,
    Osveta 1995. ISBN 80-217-0528-0, 1474 s.
12. MARX, D.,VLČEK, F.: Národní akreditační standardy pro nemocnice. Manuál a
    metodika plnění. SAK ČR 2005
13. MASTILIAKOVÁ, D.: Úvod do ošetřovatelství 2. Praha, Nakladatelství Karolinum 2004,
    ISBN 80-246-0428-0, 159 s.
14. POCHYLÁ, K.: Koncepce českého ošetřovatelství. Brno, NCO NZO 2005,
    ISBN 80-7013-420-8, str.6-7
15. RŮŽIČKA, J.: Metodické pokyny pro akreditaci. SAK ČR 2006

16. RŮŽIČKA, J.: Akreditace – podstata a vývoj. Praha 2001, str. 20-21
17. SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPARKOVÁ, E.: Základy sociologického výzkumu. Praha, Management Press 2001, ISBN 80-7261-038-4, 160 s.
18. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: Kreativní ošetřovatelský management. Praha, Advent-Orion 2003, ISBN 80-7172-841-1, 477 s.

Časopisecké publikace:

19. BLÁHOVÁ, I.: Jak vypadá příprava k akreditaci. Zdravotnické noviny, roč. 53, č. 10(2004), s.26-28. ISSN 0044-1996
20. BLÁHOVÁ, I.: Akreditace: trnitá cesta ke kvalitě. Zdravotnické noviny, roč. 53, č. 27(2004), s.14-16. ISSN 0044-1996
21. HNILICOVÁ, H.: Kvalita zdravotní péče a možnosti jejího sledování. Praktický lékař, č.12(1999), s. 708-709.
22. KUBOVÁ, J.: První nemocnice na mezinárodních standardech. Sestra, roč. 12, č. 1/2002, s. 10-12. ISSN 1210-0404

Internetové zdroje

23. KONŠTACKÝ, S.: Akreditace nemocnic v České republice (online).16. prosinca 2006 (cit. 15. ledna 2007) Dostupná na WWW. http://E:/mpz2707-II-Konštacký S-/řízení, management/.htm
24. HEGER, L.: Akreditace, nástroj dobrého fungování nemocnice (online).16. prosinca 2006 (cit. 15. ledna 2007) Dostupná na WWW. http://localhost/E:/mpz2709%/řízení, management/.htm
25. www.homolka.cz/obecne informace/ (online) 8.listopadu 2006
26. http://www.rebeka.cz
27. http://www.sakcr.cz

SEZNAM ZKRATEK:

ALPHA - Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (Agenda for leadership in programs in healthcare accreditation).

ČSNI – Český normalizační institut

ISO – Mezinárodní organizace pro normalizaci (International Organization for Standardization)

ISQua – Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (The Inetrnational Society for Quality in Health Care)

EFQM – Evropská nadace pro řízení kvality (The European Foundation for Quality Management)

JCAHO – Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (Joint Commission accredition for health care organization)

JCIA – Spojená mezinárodní komise (Joint Commission International Accreditation)

MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky

SAK ČR – Spojená akreditační komise České republiky

SZÚ – Státní zdravotní ústav

TQM – Celkové řízení kvality (Total Quality Management)

WHO – Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1. Dotazník č. 1 vlastní konstrukce

Přílohy č. 2 . Dotazník č. 2 vlastní konstrukce

Příloha č. 3. Národní standardy

Příloha č. 1.

Dotazník č. 1.

Vážené kolegyně, kolegové,

jsem studentkou 4. ročníku kombinované formy bakalářského studia obor Ošetřovatelství na 1. LF UK v Praze. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce.

Získané informace budou zpracovány anonymně pouze pro studijní účely. Při jeho vyplňovaní zaškrtněte nejvhodnější odpovědi či doplňte požadovanou informaci.

Za Vaši ochotu, čas a spolupráci děkuji.

Nadežda Kučmová

1. **Pohlaví**
   a) muž
   b) žena

2. **Věk**
   a) 20-25 let
   b) 26-30 let
   c) 31-35 let
   d) 36-40 let
   e) 41 a víc let

3. **Vzdělání**
   a) střední
   b) vyšší odborné
   c) vysokoškolské

4. **Oddělení**
    a) standard
    b) JIP, ARO
    c) ambulance
    d) jiné……

5. **Pracovní zařazení**
    a) sestra u lůžka
    b) staniční sestra, vrchní sestra
    c) jiné…….

6. **Jak dlouho jste připravováni k získání akreditace?**

7. **Hodnotíte získávání akreditace za psychicky náročné?**

    a) ano
    b) spíše ano
    c) nevím
    d) spíše ne
    e) ne

8. **Má akreditace vliv na Vaší odbornou práci?**

    a) ano
    b) částečně
    c) ne
    d) nevím

9. **Jakým způsobem jste motivováni v akreditačním procesu od Vašeho managementu?**

   a) finanční ohodnocení
   b) možnost vzdělávaní v oboru
   c) kurzy cizího jazyka
   d) nabídka relaxační techniky
   e) bez motivace
   f) jiné ……

10. **Myslíte si, že akreditace Vám umožní aktivněji a samostatněji rozhodovat ve prospěch pacienta?**

    a) ano
    b) částečně, se svolením lékaře
    c) ne
    d) nevím

11. **Myslíte si, že po získání akreditace bude kvalita poskytovaných služeb:**

    a) stejně kvalitní
    b) méně kvalitní
    c) více kvalitnější

12. **Myslíte si, že se po získání akreditace zvýší bezpečnost Vaší práce?**

    a) ano
    b) ne
    c) nevím

Pokud ano, v čem konkrétně……..

13. Myslíte si, že se budou pacienti cítit v akreditované nemocnici bezpečněji?

a) ano
b) ne
c) nevím

14. Co očekáváte od získání akreditace?

a) finanční efekt
    1. ano
    2. ne
b) prestižní práce
    1. ano
    2. ne
c) zvýšená efektivita práce
    1. ano
    2. ne
d) větší právní ochrana
    1. ano
    2. ne

15. Myslíte si, že je potřebné akreditovat nemocnice?

a) ano
b) ne
c) nevím

16. Myslíte jsi, že se po získání akreditace zvýší kvalita péče na Vašem oddělení?

a) ano
b) ne
c) nevím

Příloha č. 2.

Dotazník č. 2.

Vážené kolegyně, kolegové,

jsem studentkou 4. ročníku kombinované formy bakalářského studia obor Ošetřovatelství na 1. LF UK v Praze. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce.

Získané informace budou zpracovány anonymně pouze pro studijní účely. Při jeho vyplňovaní zaškrtněte nejvhodnější odpovědi či doplňte požadovanou informaci.

Za Vaši ochotu, čas a spolupráci děkuji.

Nadežda Kučmová

1. **Pohlaví** a) muž
   b) žena

2. **Věk** a) 20-25 let
   b) 26-30 let
   c) 31-35 let
   d) 36-40 let
   e) 41 a víc let

3. **Vzdělání** a) střední
   b) vyšší odborné
   c) vysokoškolské

4. **Oddělení** a) standardní
   b) JIP, ARO
   c) ambulance
   d) jiné……

5. **Pracovní zařazení** a) sestra u lůžka
   b) staniční sestra, vrchní sestra
   c) jiné ……

6. Jak dlouho jste byli připravováni k získání akreditace?

7. Hodnotíte získávání akreditace za psychicky náročné?

a) ano
b) spíše ano
c) nevím
d) spíše ne
e) ne

8. Má akreditace vliv na Vaší odbornou práci?

a) ano
b) částečně
c) ne
d) nevím

9. Jakým způsobem jste byli motivováni v akreditačním procesu od Vašeho managementu?

a) finanční ohodnocení
b) možnost vzdělávaní v oboru
c) kurzy cizího jazyka
d) nabídka relaxační techniky
e) bez motivace
f) jiné ……

10. Myslíte si, že akreditace Vám umožnila aktivněji a samostatněji rozhodovat ve prospěch pacienta?

a) ano
b) částečně, se svolením lékaře
c) ne
d) nevím

11. Když srovnáte kvalitu poskytovaných služeb před a po získaní akreditace, ošetřovatelská péče na Vašem oddělení je poskytována kvalitně:

a) stejně
b) méně
c) více

12. Zvýšila se bezpečnost Vaší práce?

a) ano
b) ne
c) nevím

Pokud ano, v čem …….

13. Myslíte si, že se pacienti cítí v akreditované nemocnici bezpečněji?

a) ano
b) ne
c) nevím

14. Co jste očekával(a) od získání akreditace?

a) finanční efekt
   1. ano
   2. ne
b) prestižní práce
   1. ano
   2. ne
c) zvýšená efektivita práce
   1. ano
   2. ne
d) větší právní ochrana
   1. ano
   2. ne

15. Splnilo se Vaše očekávání?

a) finanční efekt

1. ano
2. ne

b) prestižní práce

1. ano
2. ne

c) zvýšená efektivita práce

1. ano
2. ne

d) větší právní ochrana

1. ano
2. ne

ii) Vaše poznámky…….

16. Myslíte si, že je potřebné akreditovat nemocnice?

a) ano
b) ne
c) nevím

17. Myslíte si, že se zvýšila kvalita péče na Vašem oddělení?

a) ano
b) ne
c) nevím

Příloha č.3.

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 postupů i ošetřovatelských postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.
3. Nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování výstupů.

II. STANDARDY DIAGNOSTICKÝCH POSTUPU

4. Příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetřovatelské, 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 24hod. 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 anestesii, musí mít předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anestezie, 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 epikríza 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 exspirační 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.
18.1.2. Personál připravující jídlo pro pacienty je zaškolen.
18.1.3. Každý pacient dostává jídlo podle svých potřeb.
18.1.4. Rukavice a pokrývka hlavy jsou používány, tak jak je předepsáno.
18.1.5. Jídlo, které si přinesou pacienti nebo jejich rodina je bezpečně skladováno.
18.1.6. Jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, odpovídají dietě stanovené lékařem.
18.1.7. Zdravotní stav personálu v kuchyni se sleduje podle platných předpisů.
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 a 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 PACIENTU

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.
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 ionizačního 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, včasně 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 k 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 ošetřovatelského 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 ošetřovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby.
45. Operační protokol je vypsán okamžitě po operaci, obsahuje jméno operatéra, 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.