

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

Bakalářské studium ošetrovatelství

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče na lůžkách následné péče
(Watching indicators of quality nursing care on the resulting care)

2006/2007

Ivana Suková

Vedoucí práce: Jurásková Dana, Mgr. MBA

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

.....
PODPIS AUTORKY

Poděkování

Děkuji Mgr. Daně Juráskové za vedení své práce, dále Mgr. Venuši Škampové za inspiraci a pomoc při výběru tématu a všem sestřám ze sledovaných zdravotnických zařízení, které vyplňovaly dané dokumenty potřebné k této práci.

OBSAH:

1 ÚVOD.....	3
2 TEORETICKÁ ČÁST VÝZKUMU.....	4
2.1 Definice a historie kvality.....	4
2.2 Systémové modely řízení kvality.....	5
2.2.1 Charakteristika základních modelů.....	6
2.3. Kvalita ošetrovatelské péče.....	6
2.3.1 Odpovědnost za kvalitu ošetrovatelské péče.....	7
2.3.2 Zajišťování kvality.....	8
2.4 Management kvality ošetrovatelské péče.....	8
2.4.1 Implementace managementu zvyšování kvality.....	10
2.5 Úvod do měření kvality.....	11
2.5.1 Indikátory kvality.....	14
2.5.2 Indikátory kvality ošetrovatelské péče v USA.....	15
2.6 Současná situace v České republice.....	16
2.7 Pohled do zahraničí.....	17
3 EMPIRICKÁ ČÁST.....	18
3.1 Úvod.....	18
4. CÍLE A HYPOTÉZY.....	19
4.1 Charakteristika výzkumného vzorku.....	20
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	21
6 KOMPLEXNÍ ANALÝZA VÝSLEDKŮ.....	23
6.1 Grafické znázornění výsledků výzkumu.....	25
7 DISKUSE.....	34
8 ZÁVĚR.....	36
9 INFORMAČNÍ ZDROJE.....	37
10 SEZNAM PŘÍLOH.....	38

1 ÚVOD

Pracuji jako zdravotní sestra v Geriatrickém a rehabilitačním centru. Toto zařízení v současné době usiluje o získání akreditačního certifikátu. Získání tohoto certifikátu představuje dlouhý proces sladění svých aktivit s požadavky akreditačních standardů. Výsledkem tohoto snažení bude zkvalitnění poskytované péče. Udělování akreditačních certifikátů má svůj společný cíl, a to je snižování variability mezi zdravotnickými zařízeními. Při volbě tématu své diplomové práce jsem spolupracovala s hlavní sestrou našeho zařízení. Naším společným cílem bylo najít téma, které by bylo přínosem našemu zařízení. Výzkumem sledování indikátorů kvality ve vybraných zdravotnických zařízení podobného typu na území středočeského kraje, bychom mohli získat srovnávací studii v této problematice. Dalším důvodem také bylo získat informace o tom, jakou roli v této problematice zaujímají řadové sestry, sestry ve vedoucí funkci, zda všechny úrovně managementu vybraných zařízení vzájemně spolupracují a kooperují a jaký vliv má tato spolupráce na kvalitu ošetrovatelské péče. Také za jeden z důvodů zvoleného tématu bych označila stávající změny ve zdravotnictví, zejména změny v poskytování, organizaci a financování zdravotní péče, kdy se objevuje systém řízené péče, který klade důraz na poskytování kvalitní zdravotnické péče.

Současná doba je obdobím změn, vytváření nových, moderních a kvalitnějších technologií ve všech oblastech našeho života, tedy i změn ve zdravotnictví. Reforma zdravotnictví je orientována na jeho náklady, přístupnost a kvalitu, proto bylo i mým cílem zaměřit se na sledování kvality v daném vzorku zdravotnických zařízení. Součástí zajišťování kvality je soustavné sledování indikátorů kvality a vyhodnocování výsledků, což bylo také náplní této práce.

2 TEORETICKÁ ČÁST VÝZKUMU:

2.1 Definice a historie kvality

Kvalita má svou dlouhou historii. Prvními organizacemi sledující kvalitu, byly cechy. Stanovily pravidla, sledovaly plnění a za neplnění následovaly tresty. Největší rozvoj řízení kvality zaznamenáváme po 2. světové válce. Kvalita výrobku byla hlavním faktorem konkurenčního boje. V 80. letech se management kvality začíná orientovat na zákazníka. Zákazník rozhoduje o kvalitě poskytnuté služby.

Poprvé se objevují snahy o prosazování managementu kvality v oblasti vojenské. Až v roce 1980 vznikají pravidla pro civilní oblasti. Normy pro zdravotnictví vznikají pod organizací ISO (The International Organization for Standardization) - Mezinárodní organizace pro standardizaci. O rozvoj managementu kvality se zasloužilo mnoho osobností. Každý z nich přispěl novými poznatky, definicemi k posunu řízení kvality do dnešní podoby (5). Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu zdravotnické péče již v roce 1966 jako *souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe* (3).

Co je to tedy kvalita?

- Kvalita je celkový soubor znaků, které ovlivňují schopnosti uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby.
- Kvalita je způsobilost pro užití.
- Kvalita je shoda s požadavky.
- Jakost je to, co za ni považuje zákazník.
- Jakost je míra výsledku, která může být kategorizována v různých řadách.

V těchto definicích je vidět jedna společná věc. Zákazník a jeho požadavky na výrobek nebo na službu jsou tím hlavním hodnotitelem kvality. Asi nejlepší definici kvality najdeme v normě ISO 9001:2000, která říká, že jakost je stupeň plnění požadavků souborem inherentních znaků. Důležité je to, že pro kvalitní službu je nutné řídit kvalitu systémově v celé firmě a na všech úrovních (5).

Co je kvalitní ošetrovatelská praxe ?

Nejčastěji je kvalitní ošetrovatelská praxe charakterizována těmito znaky :

- existuje jasná koncepce ošetrovatelství
- péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu
- péče je odvozena od potřeb pacienta
- práce ošetrovatelského personálu je týmová
- ošetrovatelský tým je motivovaný
- tým má stanoveny reálné cíle
- tým dodržuje profesionální etický kodex
- praxe je vědecky podložena
- do ošetrovatelské praxe jsou zapojeni pacienti
- existuje mazioborová spolupráce

Na tyto oblasti se také zaměřuje hodnocení kvality poskytované péče, a proto se pro ně vytvářejí standardy, které se snaží konkrétně vymezit, co je v dané oblasti pokládáno za kvalitní (1).

2. 2 Systémy (systémové modely) řízení kvality

1. Modely systémů řízení kvality (Mezinárodní organizace pro normalizaci- ISO)
2. Modely akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, ANAES, SAK-ČR)
3. Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA)
4. Modely excelence - světové ceny za kvalitu (Baldrige, EFQM, Six Sigma)

V ekonomicky vyspělých zemích existuje tedy celá řada modelů a systémů, které se zabývají rozvojem a standardizací kvality. Některé země mají své vlastní systémy standardizace. Narůstající fenomén globalizace vyžaduje standardizaci na mezinárodní úrovni. Vzhledem k tomu, že kvalita je jednou z priorit ve zdravotnictví, je nutné, aby i ošetrovatelský personál byl seznámen se základními systémy jištění kvality (6).

2.2.1 Charakteristika základních modelů řízení kvality

ISO - Mezinárodní organizace pro standardizaci, založena v Ženevě, zabývá se tvorbou standardů ve všech odvětvích průmyslu. Je zaměřena na zákazníka, na dokumentaci, na procesy, na zaměstnance, na program řízení a zvyšování kvality.

JCAHO - Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení, vznikla v USA, jedná se o nezávislou organizaci, která se snaží rozpracovat soubor kritérií pro hodnocení úrovně a kvality poskytované zdravotní péče v nemocnicích. Komise má přístup do dokumentace, hovoří s personálem a s pacienty. Zaměřuje se na práva pacientů, etiku, výchovu pacienta, na lékaře a sestry, řízení nemocnice a šíření informací.

JCIA - Mezinárodní verze JCAHO vytvořila standardy se zaměřením na efektivitu, kvalitu péče, řízení rizik a chyb a vytváření optimálního léčebného prostředí. Standardy jsou rozděleny do dvou skupin se zaměřením na potřeby pacienta a na standardy týkající se zdravotnického zařízení jako instituce.

ISQua - Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví, která vznikla v Itálii.

Alpha - Tato organizace pomáhá jednotlivým zemím vytvářet nebo zlepšovat jejich vlastní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení.

SIGMA - Tento model pomáhá splnit organizacím požadavky na vysokou kvalitu. Smyslem programu je kontinuální zlepšování úsilí dosáhnout excelence v oblasti kvality specifickým procesem, který má pět kroků: definuj, měř, vyhodnoť, zlepš a kontroluj.

SAK - ČR – Součástí transformace českého zdravotnictví po roce 1989 byla snaha o vytvoření mechanismu, který by pomohl snížit vysokou variabilitu mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Osvědčenou metodou takové standardizace rozšířené ve vyspělých demokratických zemích jsou akreditace. Akreditace jsou dobrovolné, jejich cílem je dosáhnout shody mezi akreditačními standardy a aktuálním stavem zdravotnického zařízení.

Kvalita je ve většině systémů chápána jako velký nebo malý výkon, ale spíše jako spolehlivost a důslednost v organizacích. Díky své spolehlivosti a důslednosti mají organizace vysokou efektivitu využití zdrojů a velký zájem o klienta. To můžeme označit jako tajemství úspěchu, to je kvalita (6).

2. 3 Kvalita ošetrovatelské péče

Kvalita, jako pojem, je ovlivňována našim hodnotovým systémem stupněm znalostí. Kvalita je také dána kulturním a sociálním prostředím. Kvalitní služba je teoreticky výsledek dohody mezi zdravotníky, pacienty, veřejností a vládou, která kontroluje zdroje. Možnosti ovlivnit kvalitu péče byly pro sestry v minulosti výrazně omezeny. Kvalitu zdravotní péče je nutno definovat. Doposud byla kvalita zdravotní péče definována pouze politiky, úředníky a lékaři. Díky demokratizaci a sílící participaci pacienta v ní se však stále častěji ozývají hlasy příslušníků i jiných oborů. Velký vliv na tvorbu kritérií kvality péče mají globální strategie Světové zdravotnické organizace jako je například program *Zdraví pro všechny*, který mimo jiné je zaměřen na maximální účast obyvatel, na plánování a poskytování zdravotní péče (4). Proces poskytování léčebné péče v sobě zahrnuje velké množství činností, na kterých se podílejí vedle lékařů i další kategorie zdravotnických pracovníků. Významné místo mezi nimi zaujímají zdravotní sestry. Úroveň ošetrovatelské péče tvoří spolu s úrovní diagnostiky a terapeutickými postupy pilíř, o který se opírá celková úroveň péče v každém zdravotnickém zařízení (2).

2.3.1 Odpovědnost za kvalitu ošetrovatelské péče

Ošetrovatelství by mělo adekvátně reagovat na změny v systému poskytování zdravotní péče a identifikovat svou roli v uspokojování zdravotních potřeb obyvatelstva. K tomu je zapotřebí větší profesionalita v ošetrovatelství a nový typ sestry – samostatný, dovedný pracovník, jehož úkolem není jen sloužit, ale také informovat, podpořit a poskytnout péči pacientovi a komunitě. Role a funkce ošetrovatelství ve společnosti vyžadují, aby každá sestra převzala zodpovědnost za přímé poskytování ošetrovatelské péče. Odpovědnost je jedním z principů programů Světové zdravotnické organizace a je důležitá pro profesionální ošetrovatelskou praxi. K tomu však sestry potřebují mít nutné kompetence a potřebují také znát jejich rozsah.

2.3.2 Zajišťování kvality

Zajišťování kvality znamená proces monitorování a intervencí pro zabezpečení co možná nejlepší dosažitelné úrovně poskytované péče a to zejména :

- trvalým získáváním, sledováním a vyhodnocováním informací o péči o nemocné s cílem zlepšení péče
- definováním a používáním objektivních kritérií pro vyhodnocování péče
- vytvořením metodických a organizačních podmínek včetně motivace a získávání zdravotnických pracovníků pro zajišťování kvality
- zaváděním konkrétních opatření, která by zajišťovala kvalitu
- vyhodnocováním účinnosti intervence

Zajišťování kvality slibuje poskytování nejvhodnější péče, větší odpovědnost poskytovatelů péče, redukci nákladů, omezení variability poskytované péče a také větší důvěryhodnost zdravotnických organizací (3).

2.4 Management kvality zdravotní péče

Systémy kvality zdravotní péče můžeme definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zvyšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Jejich konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o které pečují. Systém kvality tedy zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků toho, co ve zdravotnictví organizujeme jako zdravotní péči a zdravotní služby. Není vždy zcela jasné, které činnosti tvoří základ systému kvality a jak může být vyjadřována implementace systému kvality. Je proto nutno vymezit samostatný systém a implementaci růstu jeho kvality.

Otázky týkající se systému kvality ve zdravotnictví:

Jaké jsou prvky systému zdravotnictví, ve kterém má být rozvíjena kvalita?

Jaké jsou jejich parametry, jak je lze měřit z hlediska kvality?

Jaké musí být vazby mezi prvky systému s jejich žádoucími parametry?

Otázky týkající se implementace růstu jeho kvality:

Jaký je stav kvality jednotlivých prvků soustavy zdravotnictví (jak zdravotnické instituce dosud pokročily v implementaci systémů kvality)?

Jaká je úroveň implementace kvality určitých druhů zdravotnických institucí a jaká je úroveň kvality ve zdravotnictví celého státu?

Co ovlivňuje implementaci systému kvality v jednotlivých zdravotnických institucích a co ovlivňuje úroveň kvality celostátně?

Základní prvky zdravotnické soustavy:

(kvalita se týká celé soustavy zdravotnictví)

- *zákonodárné orgány*, které do velké míry tvoří obecný rámec pro dosažitelnou úroveň poskytované zdravotní péče, tedy i o kvalitu pojetí soustavy jako celku

- všichni zdravotničtí pracovníci a všechna zdravotnická pracoviště poskytující své služby pacientům v primární, sekundární i terciární sféře zdravotnictví.

- *obyvatelstvo a pacienti* - budování komunikace k dosažení kvality

Parametry prvků zdravotnictví z hlediska kvality:

Kvalita zdravotnictví může být definována jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice, léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe.

Kvalitu můžeme definovat jako stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí technologického vývoje a v souladu s ekonomickými možnostmi.

Kvalita zdravotní péče může být definována jako stupeň, v němž poskytovaná péče zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků a přináší spokojenost pacientům i zdravotníkům.

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je charakterizována přítomností těchto vlastností:

- účinnost
- dostupnost a včasnost
- přiměřenost zdravotního stavu
- soustavnost a návaznost

- přijatelnost pro pacienty
- ekonomická efektivnost

2.4.1 Implementace managementu zvyšování kvality

Implementace managementu a zvyšování kvality je krok správným směrem, který vyžaduje oddanost myšlence, vytrvalost a trpělivost. Jde o klasický příklad řízení změny. Jako takový je i management kvality kladením otázek a hledáním odpovědí na ně. Ptáme se:

Kde jsme?

Kam jdeme?

Jaké máme nedostatky?

Jaké jsou žádoucí změny?

Jaké jsou naše možnosti a ambice?

Jak zjistíme, že jsme dosáhli vytčeného cíle?

Jako průzkumný nástroj může být zvolena metoda interview s vedoucími pracovníky, organizované sezení s pracovníky, kontrola zdravotnické dokumentace, hodnocení nákladů a spotřeba služeb, spokojenost vzorku pacientů, zdravotníků. Nedílnou součástí této etapy by mělo být vytvoření indikátorů kvality a jejich měření.

- **reorganizace a výchova** - mohou být vytvářeny komise kvality určené k předávání zpráv o svých zjištění a činnostech. Také je nutno mít základnu vyškolených jedinců, kteří budou školit ostatní pracovníky.

- **vlastní proces zlepšování kvality** - lze použít různé modely, uvádím Blumfeldův model

1. plán
2. stanovení doporučených postupů a standardů
3. koordinace doporučených postupů a standardů
4. monitorování
5. určení a stanovení priorit příležitostí ke zlepšování
6. definice příležitostí pro zlepšování
7. určení, kdo bude pracovat na příležitostech ke zlepšování

8. analýza a studium příležitostí ke zlepšování

9. výběr a projekt intervencí

10. implementace rozhodnutí a jeho zpětná vazba na stupně 1., 2., 3., a 4.

- **vyhodnocování, monitorování a soustavné zvyšování kvality** – v této etapě je důležité dodržet zásadu měření před zavedením projektu a po jeho zavedení, monitorování, které je založeno na měřitelných indikátorech, které se vztahují k standardům. Zvyšování kvality je kontinuální proces.

- **rozšiřování a expanze** - poznatky z úspěšného procesu by měly být rozšiřovány na další pracoviště cestou odborných seminářů nebo tvorbou bulletinu. Další možností rozšiřování mohou být studijní cesty do jiných organizací. Rozšiřování zkušeností a nových poznatků je podmínkou k získání další podpory a k udržení zájmu pracovníků. Expanze by se měla dít pomalu a postupně a jen tehdy, jestliže je vyhotoveno vyhodnocení a plán (2).

2.5 Úvod do měření kvality

I když je problém kvality ve zdravotnictví velmi složitý, lze ve stručnosti shrnout, že pro její zajištění jsou ve zdravotnictví a tedy i v ošetrovatelství k dispozici tři kategorie intervencí.

1/ Prevence nesprávných postupů

2/ Identifikace stávajících problémů

3/ Náprava zjištěných problémů

1/ Prevence nesprávných postupů

a) stanovení standardů kvality v jednotlivých oborech

b) udělování licencí a registrací zdravotnickým zařízením

c) udělování akreditací zdravotnickým zařízením

a) stanovení standardů

Ošetrovatelské standardy jsou platné definice dohodnuté a přijatelné úrovně ošetrovatelské péče v konkrétním zařízení a kontextu. Porovnáním s nimi se posuzuje a hodnotí současná ošetrovatelská praxe. Stanovení ošetrovatelských standardů označujeme jako druhý krok v procesu definování a měření kvality ošetrovatelské péče. Standard je vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni. Při vytváření standardů se používají různé teoretické modely a přístupy. Nejčastěji se člení do tří základních kategorií:

1. **Strukturální standardy** – jsou spojeny s regulací ošetrovatelské praxe a zahrnují organizaci ošetrovatelských služeb, nábor, výběr pracovníků, poskytnutí nutného vybavení a všechny statutární a legislativní záležitosti. Často vyjadřují minimální úroveň poskytovaných služeb.
2. **Standardy ošetrovatelské péče** – týkající se specificky ošetrovatelských činností a určují kvalitu ošetrovatelské péče. Měly by být vytvořeny pro všechny oblasti ošetrovatelských činností.
3. **Standardy cílů ošetrovatelské péče** – specifikují reakci pacienta na plánovanou péči – standard cíle představuje očekávanou změnu pacientova stavu na základě ošetrovatelské intervence. Tyto standardy obvykle zahrnují nějaké měřítko pacientovy spokojenosti s poskytovanou péčí.

Každý standard musí mít stanovená kritéria, podle kterých je možné hodnotit jeho dodržování. Standardy včetně svých kritérií představují měřítka hodnocení praxe. Standard má kvalitativní i kvantitativní význam. Náročnější je objektivní hodnocení stránky kvalitativní a je nutno použít jiných měřících technik než při hodnocení kvantitativní stránky standardu. Systém kontroly a zajištění kvality ošetrovatelské péče se stávají nedílnou součástí každodenní práce sester. Sehrává významnou roli při zvýšení pocitu z dobře vykonané práce.

b) udělování registrací a licencí

Udělování registrací a licencí představuje obvykle garanci státu, že daná instituce nebo jednotlivec plní základní nezbytné a zákonem požadované předpoklady pro poskytování zdravotnické péče. Státní licence je státem řízený program, v němž musí zdravotnické instituce naplnit určité standardy, aby mohly v daném státě fungovat. Největší a

nejznámější americkou institucí je Spojená komise pro akreditace zdravotnických zařízení (SAK), která byla založena již v roce 1953.

c) akreditace zdravotnických zařízení

Smyslem existence akreditací zdravotnických zařízení je vytvoření systému stimulačního ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče ve zdravotnictví. Nejčastěji bývá akreditační proces spojován s akreditací nemocnic. Akreditace nemocnic znamená formální formu uznání toho, že nemocnice odpovídá stanoveným standardům kvality, a to ve všech oblastech péče o pacienty, a i v komplexnosti poskytované péče. Součástí akreditací bývá také hodnocení péče o zaměstnance a zajištění jejich bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Akreditační standardy se týkají dosahovaných výsledků péče v jednotlivých oborech i v celé nemocnici a úrovně řízení nemocnice. Cílem akreditace není nacházet a trestat viníky. Jde spíše o zlepšení vnitřního fungování nemocnice a jejího pracovního prostředí, a to prostřednictvím poskytování takových informací a zpětné vazby od nezávislé skupiny odborníků, které se vztahují ke kvalitě péče.

2/ Identifikace stávajících problémů

Nejkomplexnější metodou identifikace stávajících problémů je klinický nebo ošetrovatelský audit. Audity jsou nedílnou součástí měření kvality ve zdravotnickém zařízení. Rozeznáváme dva druhy auditů – zdravotnický audit a ošetrovatelský audit. Zdravotnický audit analyzuje úspěch oddělení, sester, programu nebo organizace tím, že porovnává data a hledá shodu mezi tím, co bylo naplánováno, a tím, co bylo dosaženo. Zdravotnický audit odkrývá problémové oblasti, které vyžadují pozornost, poukazuje na úspěch, který může pomoci ostatním. Tyto audity se týkají všech zaměstnanců. Typem auditů mohou být cílené konference, porady nebo inspekce, různé druhy dotazníků nebo strukturované rozhovory. Audity dále dělíme na interní, které jsou prováděny v rámci oddělení kolegy a externí, které vykazují kontrolní orgány. Ošetrovatelský audit představuje systematické vyhodnocování ošetrovatelské péče s cílem zlepšit její kvalitu. Cílem auditu není vyhodnocení výkonu sester za účelem hledání chyb a následných disciplinárních opatření. Jde o nalezení slabých míst v systému a zajištění nápravy. Schopnost a ochota oddělení realizovat potřebné změny jsou jednou z hlavních podmínek úspěchu ošetrovatelských auditů. Audity představují jeden z neúčinnějších

nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality. Pokud je jasně definována kvalita, lze realizovat audity. Kvalita je v praxi definována standardy, směrnicemi, příkazy a zákony.

3/ Náprava zjištěných nesprávných postupů

Způsoby nápravy zjištěných nesprávných postupů je možnost doplnění si vzdělání, supervize, a konzultace s odborníky a manažerské intervence v oblasti provozu a režimu péče. Jedna z krajních možností je sankční postih s rizikem odebrání licence nebo zákazu činnosti (7).

2.5.1 Indikátory kvality

Jednou z dimenzí kvality je její měření a vyhodnocování. Nelze-li vybrané parametry procesu měřit, je velice obtížné rozhodnout, zda se daný proces nebo výstup zlepšuje nebo zhoršuje, a také jej nelze porovnat s jiným oddělením nebo zdravotnickým zařízením. V programu kontinuálního zvyšování kvality (KZK) existují čtyři zdroje dat, s jejichž pomocí můžeme měřit a vyhodnocovat kvalitu služeb poskytovanou zdravotnickými zařízeními. Tímto zdrojem jsou informace získané od pacientů a jiných interních nebo externích klientů, externích odborníků, auditů a indikátorů kvality. Tyto zdroje se od sebe liší a umožní nám získat informace z různých úhlů profesionální péče. Jako nejčastější a nejobjektivnější zdroje informací jsou považovány audity a indikátory kvality.

Definice indikátoru kvality

Indikátorem kvality můžeme nazvat měřitelné kritérium, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazuje, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Indikátory kvality se mohou vztahovat na strukturu, proces nebo výstup důležitého aspektu procesu nebo péče.

Vlastnosti indikátorů

- jsou smysluplné – pomáhají nám zvyšovat kvalitu
- indikátor je vždy kvantita, která nám něco říká o kvalitě
- indikátor je vždy číslo
- jsou to výstražné značky, které nás mohou varovat, že je něco v nepořádku

- nejsou neomylné
- mohou být zaměřené na negativní nebo pozitivní jevy
- mohou být zaměřeny na lékaře, sestru, proces, klinickou událost nebo systém
- výsledek indikátoru musí být zasazen do numerického kontextu, který nám umožní porovnat něco s něčím.

Druhy indikátorů

Indikátory vztahu / poměru – jsou založeny na sběru dat, která se objevují s určitou frekvencí a mohou být vyjádřeny jako poměry nebo průměry. Aby byly porovnatelné, musí obsahovat číselník a jmenovatel.

Indikátory strážní / sentinelové - se vztahují převážně na mimořádné události. Jsou typem indikátorů, které mají za úkol identifikovat ty jevy, jejichž výskyt má vždy za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčin. Těchto indikátorů se používá většinou v managementu rizik. Při výběru strážních indikátorů používáme jako zdroje knihu mimořádných událostí, knihu stížností nebo použijeme nástroje brainstormingu.

Zaměření indikátorů

Indikátory struktury – jsou zaměřeny na kvalifikaci lékařů, sester, počet zaměstnanců, technické vybavení pracoviště, prostorové nároky na péči, protipožární vybavení.

Indikátory procesu – se zabývají měřením efektivity nebo správnosti – čekací dobou na příjem, procentem nozokomiálních nákaz a jiných. Dále sledují kvalitu ošetrovatelské péče – shodu nebo neshodu se specifickými ošetrovatelskými standardy.

Indikátory výstupů – se zabývají náklady, počtem stížností, určením správné diagnózy, mobilitou pacienta při propuštění (6).

2.5.2 Indikátory kvality ošetrovatelské péče v USA

Sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče v USA je iniciativou především Americká asociace sester (ANA). Tato profesní sesterská organizace již v roce 1994 zahájila průzkum v oblasti ošetrovatelské péče se zaměřením na spokojenost pacientů s péčí. V letech 1997- 2000 vytvořila množství pilotních studií, které se týkaly problematiky sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Tyto studie byly

provedeny v různých částech země (Arizona, Texas, Severní Dakota, Ohio, Minesota). Na základě výsledků těchto studií stanovila ANA definici indikátorů kvality ošetrovatelské péče, metodiku získávání dat a nástroje k jejich měření a vyhodnocování výsledků. V USA také existuje databáze, která sbírá, třídí a vyhodnocuje data týkající se indikátorů kvality. Jedná se o Národní databázi indikátorů kvality (NDNQI). V průběhu dalších let postoupilo NDNQI indikátory kvality ošetrovatelské péče ke schválení Národním centru kvality (NQF). Americká asociace sester také spolupracovala s JCAHO a společným úsilím dosáhla schválení a zaregistrování těchto indikátorů kvality ošetrovatelské péče:

- sledování dekubitů
- sledování pádů pacientů
- sledování spokojenosti sester
- sledování ošetrovatelské zátěže

Další indikátory kvality jsou v současnosti ve přípravné fázi schvalování (8).

Americká asociace sester také vypracovala pro sestry manažerky a pro vedoucí pracovníky standardy organizovaných ošetrovatelských služeb. Tyto standardy vytvářejí v ošetrovatelské praxi profesionální a příznivé prostředí. Jsou vypracovány pro různé oblasti ošetrovatelství a slouží k usnadnění kontroly ošetrovatelské praxe (4).

2.6 Současná situace v České republice

V souvislosti se vstupem našeho státu do Evropské unie se problematika sledování kvality stala velmi aktuální. Po zrušení funkcí hlavních odborníků po roce 1991 neexistovalo v našem zdravotnictví žádné opatření s celostátní působností, které by se zabývalo úrovní kvality v našem zdravotnictví. Neudržitelnost tohoto stavu byla brzy pocíťována na všech úrovních řízení zdravotnictví. Jednou z nejdůležitějších strategií, na které se členské státy Evropské unie shodly, je politika podpory jakosti, která byla vyhlášena Evropskou komisí. Obecným cílem této strategie je podpora konkurenceschopnosti Evropy na světových trzích, podpora volného pohybu služeb a kontinuální zlepšování služeb ve veřejném sektoru. Otázky kvality ve zdravotnictví se

staly důležitou součástí přípravy České republiky na vstup do Evropské unie. Konečnou odpovědnost za realizaci národních programů podpory jakosti má v rukou vláda našeho státu. Ta ustanovila *Radu české republiky pro jakost* jako orgán pro sledování kvality. Proto v roce 2000 byla ministrem zdravotnictví České republiky ustanovena *Rada pro kvalitu zdravotnictví ministerstva zdravotnictví*. Jejím úkolem bylo vypracovat ucelenou koncepci národního programu zajišťování kvality ve zdravotnictví a koordinovat jednotlivé programy. V září 2001 bylo založeno *Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví*. Jednalo se o metodickou, koordinační a informační základnu pro realizaci projektů kvality a efektivity zdravotní péče s návazností na akreditace nemocnic. V současnosti je Centrum pro kvalitu zrušeno a jeho činnost je převedena do Ministerstva zdravotnictví. Aktuální téma v problematice zajišťování kvality je v současnosti kladeno na vypracování doporučených standardů léčebné a ošetrovatelské péče, které by mělo přispět ke zvýšení její kvality a zajistit, že pacienti v různých zdravotnických zařízeních budou s ohledem na ekonomické možnosti ošetřováni a léčeni podle současné úrovně medicíny (7).

2.7 Pohled do zahraničí

Otázky zajišťování kvality poskytované zdravotní péče byly teoreticky a prakticky rozpracovány nejdříve v USA a později v západoevropských státech. V roce 1974 byly americkým Kongresem vytvořeny první organizace pro posuzování profesionálních standardů. Celkově můžeme říci, že v americkém systému zvyšování kvality a úspornosti zdravotnické péče hrají hlavní roli externí nevládní instituce, které vyžadují hodnotnou péči za poskytované prostředky. Zájem o kvalitu zdravotnické péče se v 80. letech 20. století přenesl postupně do vyspělých evropských zemí. Na rozdíl od Spojených států byli iniciátory zlepšování kvality v Evropě především sami lékaři a zdravotničtí pracovníci, teprve v druhé řadě se podílely instituce státu. Velká teoretická základna byla vybudována v Anglii, Belgii a Holandsku. V Dánsku byla přijata komplexní strategie národní politiky zlepšování zdravotní péče v roce 1993 jako spojené úsilí dánského Ministerstva zdravotnictví, Národní rady zdraví a regionální

úřadovny Světové zdravotnické organizace. Mnoho podnětů pro zajišťování kvality ve zdravotnictví je ve vyspělých zemích čerpáno z oblastí obchodu a průmyslu, kde také existuje široká spolupráce na poli Mezinárodní organizace pro standardizaci (2).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 ÚVOD

Sledování, měření a vyhodnocování kvality je v našich podmínkách na počátku. Existuje spousta teoretických poznatků týkajících se této problematiky. Tato práce je pohledem do praxe na vytyčeném vzorku sester pracujících na lůžkách následné péče. Jednou z dimenzí kvality je sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Tato práce se zabývá touto problematikou.

4 CÍLE A HYPOTÉZY

- zjistit informovanost sester manažerek v tematicke sledování kvality ošetrovatelské péče
- zjistit přístup sester k problematice sledování kvality ošetrovatelské péče
- zjistit význam a přínos sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče
- zjistit nedostatky a příčiny nedostatků v této problematice
- zjistit stav spolupráce manažerských úrovní
- provést srovnání mezi jednotlivými zařízeními

STANOVENÍ HYPOTÉZ:

Hypotéza č.1: Myslím si, že zkoumané subjekty sledují minimálně 2 indikátory kvality.

Hypotéza č. 2 :Myslím si, že řadové sestry ve zkoumaných subjektech znají indikátory kvality ošetrovatelské péče , které sleduje jejich zařízení.

Hypotéza č. 3 :Myslím si, že více než 40 % sester zaujímá stanovisko, že sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče je zátěží pro personál, a tím vyjadřují negativní názor na sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče.

Hypotéza č.4 : Myslím si, že více než 50 % sester bude mít zájem o sledování jiných indikátorů kvality ošetrovatelské péče, než jaké dosud jejich zařízení sleduje.

Hypotéza č. 5 : Myslím si, že aktivní podíl sester při sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče bude menší než 50 %.

Hypotéza č. 6 : Myslím si, že většině sledovaných zařízení bude nedostatečná spolupráce ošetrovatelského managementu s řadovými sestrami.

4.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří pouze ženy, pracující ve zdravotnictví, v oblasti, která poskytuje následnou zdravotnickou péči. Tito respondenti pracují ve zdravotnictví v oblasti středočeského kraje. Vzorek respondentů je vytvořen z řad zdravotních sester ve vedoucí funkci a z řad řadových sester pracujících na lůžkách následné péče. Výzkum se týká sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče ve čtyřech zdravotnických zařízeních. Z každého zařízení byla oslovena 1 sestra ve vedoucí funkci, která se zabývá rozhodnutími týkající se problematiky sledování kvality. Oslovených respondentů je 109, výzkumu se účastní pouze 73. Konkrétně se jedná o respondenty pracující v léčebnách dlouhodobě nemocných. Průměrný věk respondentů činí 44 let. Věkový rozptyl je 21 – 55 let. Všichni respondenti mají dosažené středoškolské vzdělání (podmínka pro způsobilost výkonu zdravotnického povolání). Vyšší odborné vzdělání má pouze 16 % sester (zaokrouhleno na dvě desetinná místa) ze zkoumaného vzorku a dosažené vysokoškolské vzdělání má pouze 7 % sester. Průměrná doba praxe ve zdravotnictví činí 17 let. Ve výsledcích jsou jednotlivá zařízení označena termínem subjekt A, B, C, D, z důvodu zachování anonymity jednotlivých zařízení.

Subjekt A – poskytuje zdravotnickou péči pro geriatrické a dlouhodobě nemocné pacienty na třech standardních ošetrovacích jednotkách. Další součástí tvoří týdenní stacionář a oddělení Domácí péče. Zdravotnický tým je tvořen 7 lékaři. Ošetrovatelský tým tvoří 46 sester, 10 fyzioterapeutů, 20 sanitářů, 1 ergoterapeut a 1 logoped. Toto zařízení má 140 lůžek. Péče je zaměřena na intenzivní rehabilitaci a zlepšení soběstačnosti pacientů. Součástí zařízení tvoří 2 tělocvičny, ambulance pro ošetřování chronických ran a ambulantní rehabilitační péče.

Subjekt B – poskytuje následnou péči pro pacienty s onkologickým onemocněním na 3 standardních lůžkových jednotkách. Velká péče je zde věnována optimalizaci léčby onemocnění, psychologické podpoře a odborné rehabilitaci. Zdravotnický tým tvoří 4 lékaři. Ošetrovatelskou péči poskytuje 18 sester, 6 fyzioterapeutů. Zařízení disponuje s 38 lůžky.

Subjekt C – je nově otevřené zdravotnické zařízení, které zahájilo svou činnost v roce 2006. Jedná se o léčebnu pro dlouhodobě nemocné s 65 lůžky. Péče je zaměřena na

zlepšení soběstačnosti a nezávislosti pacientů. Ošetrovatelskou péči poskytuje 38 sester, 23 sanitářů, 16 fyzioterapeutů a 1 psycholog. Součástí zařízení je park s bezbariérovým přístupem. Zajímavostí je možnost setkávání se pacientů s domácími zvířecími mazlíčky.

Subjekt D – toto zařízení poskytuje následnou péči pro onkologicky nemocné pacienty. Cílem péče je zkvalitnění jejich života a dosažení maximální nezávislosti s ohledem na věk a základní onemocnění. Zařízení poskytuje péči na 3 standardních ošetrovacích jednotkách s 37 lůžky. Lékařský tým tvoří 4 lékaři. Ošetrovatelskou péči poskytuje 28 sester, 3 fyzioterapeuti, 2 ošetrovatelky 10 nižších zdravotnických pracovníků a 4 pomocní zdravotničtí pracovníci. Součástí zařízení je také tělocvična a oddělení ergoterapie.

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkum jsem realizovala formou vyplnění těchto dvou dotazníků :

1/ Dotazník pro sestry ve vedoucí funkci na lůžkách následné péče, se zaměřením na sledování kvality ošetrovatelské péče

2/ Dotazník pro řadové sestry na lůžkách následné péče, se zaměřením na sledování kvality ošetrovatelské péče

Tyto dotazníky jsem vytvořila samostatně na základě svých teoretických znalostí v této problematice. Výběr respondentů z oblasti ošetrovatelské péče na následných lůžkách jsem nezvolila náhodně. Tato oblast není pro mě cizí, pracuji na oddělení geriatrické a rehabilitační péče. S výběrem sledovaných zařízení mi pomohla hlavní sestra mého pracoviště, magistra Škampová, která mi poskytla telefonické a elektronické kontakty zařízení s lůžky následné péče v oblasti středočeského kraje. V polovině měsíce září 2006 jsem elektronickou cestou oslovila šest zařízení následné péče středočeského kraje a požádala je o spolupráci. Do dvou týdnů jsem obdržela kladnou odpověď ze čtyřech oslovených zařízení. Nejdříve jsem zaslala dotazník pro sestry ve vedoucí funkci. Tento dotazník obsahoval dotazy týkající se problematiky sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče, dotazy identifikace daného zařízení a dotazy týkající se počtu zdravotních sester ve vybraném zařízení. Po obdržení dotazníku jsem podle počtu sester uvedených v dotazníku rozeslala druhý dotazník, určený řadovým sestřím v daném zařízení. Po obdržení obou dotazníků z každého ze čtyř zařízení jsem provedla jejich vyhodnocení pomocí čárkové metody. Celkem jsem rozeslala 110 dotazníků. Návratnost byla 68 %, tedy konkrétně se výzkum týkal 75 respondentů. Některé vedoucí sestry požadovaly pouze omezené zaslání pouze omezeného počtu dotazníků, jejich přání jsem respektovala. Oba dotazníky tvoří součást příloh této práce, které jsou uvedeny v seznamu příloh. Získané výsledky jsem zpracovala a vyhodnotila do podoby tabulek a grafů.

6 KOMPLEXNÍ ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Z výsledků výzkumu vyplývá, že všechny sledované subjekty se zabývají sledováním indikátorů kvality ošetrovatelské péče a sledují minimálně 2 indikátory kvality ošetrovatelské péče. To je určitě pozitivní zjištění. Bohužel z ostatních výsledků výzkumu jsou patrna většinou negativní zjištění. Zjistila jsem, že řadové sestry neznají indikátory kvality ošetrovatelské péče, které sleduje jejich zařízení a naopak uvádějí indikátory kvality ošetrovatelské péče, které jejich zařízení sleduje. Největším problémem zde podle mého mínění bude nedostatek teoretických znalostí o této problematice a špatná spolupráce řadových sester s vedoucími pracovníky. Ve všech sledovaných zařízeních jsem došla ke stejným zjištěním. Dalším negativním poznatkem byl ten, že na sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče se aktivně podílí pouze 47 % sester. To potvrzuje moji domněnku, že sestry nemají zájem o sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče, protože nejsou dostatečně motivovány ze stran ošetrovatelského managementu vedoucích sester. Zároveň toto zjištění potvrzuje nedostatečnou spolupráci v dané problematice vedoucích pracovníků s řadovými sestrami. Dále jsem zjistila, že zájem o sledování jiných indikátorů kvality, než jaké jsou sledovány v jejich zařízení má pouze 27 % sester. Proč tomu tak je, není jednoznačné. Jeden z důvodů může být ten, že v daném zařízení se již sleduje velké množství indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Tato domněnka se mi potvrdila ve vyhodnocování výsledků u subjektu B, který sledoval 6 indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Myslím si, že jedním z dalších důvodů může být i nedostatek informací v této problematice, jak teoretických informací, tak i praktických zkušeností, a také, jak již jsem se zmínila, nedostatečná spolupráce řídicích pracovníků s řadovými sestrami. Toto může být i další důvod, proč až 67 % sester má negativní postoj k problematice sledování indikátorů kvality a označují jako jediný přínos jejich sledování zátěž pro personál. Ze závěrečného shrnutí těchto získaných výsledků pro mne vyplynulo, že základní nedostatky ve sledovaných zařízeních v dané problematice sledování kvality, plynou ze stran řídicích pracovníků. Konkrétně si myslím, že zde vážně efektivní komunikace a spolupráce s podřízenými. Také si myslím, že každá sestra je povinná kontinuálně se vzdělávat (dáno zákonem o získávání způsobilosti

k výkonu zdravotnického povolání v nelékařských oborech) a umět si získat informace, které jsou nutné pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Odpovědi sester ve vedoucích funkcích na otázku: **Jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče sleduje Vaše zařízení?** – bereme jako určující pro získání validních informací, neboť sestry ve vedoucích funkcích jsou kompetentní v problematice stanovení indikátorů kvality v jejich zařízení. Také jsem zjistila, že ve 3 sledovaných zařízení neexistuje manažer kvality, pouze jedno zařízení má určeného manažera kvality, který je zaměstnán na poloviční úvazek.

6.1 Grafické znázornění výsledků výzkumu

HYPOTÉZA Č. 1 : Myslím si, že zkoumané subjekty sledují minimálně 2 indikátory kvality.

Tabulka: Sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče ve vybraných zařízeních

	Počet močových katetrů		
Spokojenost pacientů s péčí	Spokojenost pacientů s péčí		
	Počet portů		
	Počet nozokomiálních infekcí	Počet nozokomiálních infekcí	
	Počet dekubitů	Počet dekubitů	Počet dekubitů
Ošetrovatelská zátěž	Počet pádů	Počet pádů	Počet pádů
SUBJEKT A	SUBJEKT B	SUBJEKT C	SUBJEKT D

Subjekt A sleduje 2 indikátory kvality:

- Ošetrovatelskou zátěž
- Spokojenost pacientů s péčí

Subjekt B sleduje 6 indikátorů kvality:

- Počet pádů
- Počet dekubitů
- Počet nozokomiálních infekcí
- Počet portů
- Spokojenost pacientů s péčí
- Počet močových katetrů

Subjekt C sleduje 3 indikátory kvality:

- Počet pádů
- Počet dekubitů
- Počet nozokomiálních infekcí

Subjekt D sleduje 2 indikátory kvality:

- Počet pádů
- Počet dekubitů

HYPOTÉZA Č. 1: Tato hypotéza se mi potvrdila, jak uvádí tabulka. Ve všech sledovaných zařízeních se sledují minimálně dva indikátory kvality ošetrovatelské péče.

HYPOTÉZA Č. 2 : Myslím si, že řadové sestry ve zkoumaných subjektech znají indikátory kvality ošetrovatelské péče, které sleduje jejich zařízení.

Druhy indikátorů kvality ošetrovatelské péče

Subjekt A – řadové sestry

1. sledování ošetrovatelské zátěže.....	17 sester.....	100%
2. sledování spokojenosti pacientů s péčí.....	17 sester	100%
3. sledování spokojenosti pacientů s léčbou bolesti.....	7 sester.....	41%
4. sledování výskytu dekubitů.....	10 sester.....	59%
5. sledování nozokomiálních nákaz.....	6 sester.....	35%

Subjekt A – sestry ve vedoucí funkci

1. Sledování ošetrovatelské zátěže
2. Sledování spokojenosti pacientů s péčí

Subjekt B – řadové sestry

1. sledování počtu pádů.....	15 sester.....	94%
2. spokojenost pacientů s péčí.....	15 sester.....	94%
3. spokojenost pacientů s léčbou bolesti.....	11 sester.....	69%
4. sledování výskytu dekubitů.....	15 sester.....	94%
5. sledování nozokomiálních nákaz.....	15 sester.....	94%
6. spokojenost pacientů s edukací.....	6 sester.....	38%
7. sledování ošetrovatelské zátěže.....	3 sestry.....	19%

Subjekt B – sestry ve vedoucí funkci

1. sledování počtu pádů
2. sledování výskytu dekubitů
3. sledování spokojenosti pacientů s péčí
4. sledování nozokomiálních nákaz
5. sledování počtu katetrů
6. sledování počtu portů

Subjekt C – řadové sestry

1. sledování počtu pádů.....	12 sester.....	100%
2. sledování výskytu dekubitů.....	12 sester.....	100%
3. sledování nozokomiálních nákaz.....	11 sester.....	92%
4. sledování spokojenosti pacientů s péčí.....	8 sester.....	67%
5. sledování spokojenost pacientů s léčbou bolesti.	8 sester.....	67%
6. sledování spokojenosti sester.....	6 sester.....	50%
7. ošetrovatelská zátěž.....	7 sester.....	58%

Subjekt C – sestry ve vedoucí funkci

1. sledování počtu pádů
2. sledování počtu dekubitů
3. sledování nozokomiálních nákaz

Subjekt D – řadové sestry

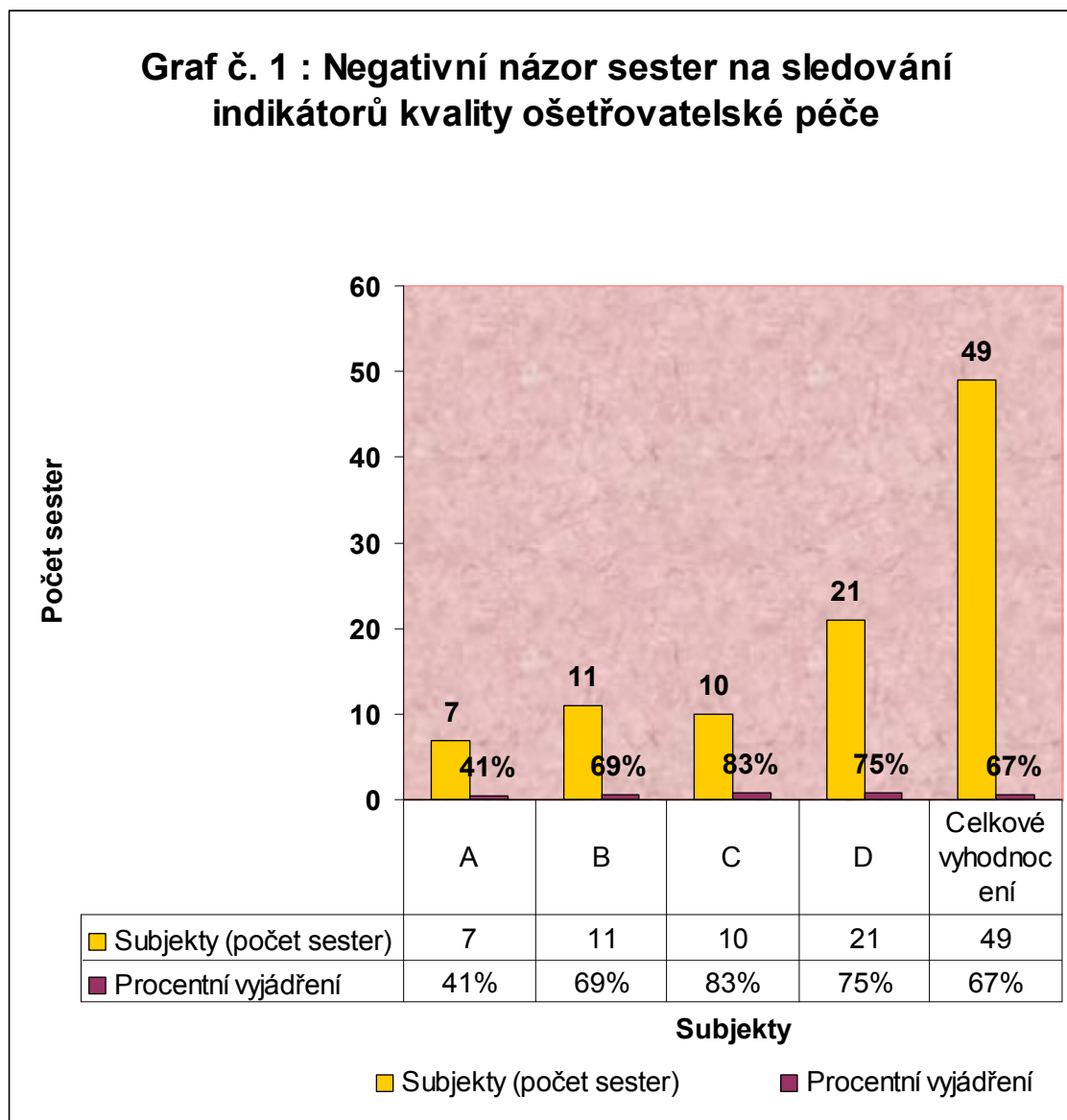
1. sledování počtu pádů.....	28 sester.....	100%
2. sledování výskytu dekubitů	21 sester.....	75%
3. sledování spokojenosti pacientů s péčí.....	28 sester.....	100%
4. sledování spokojenosti sester	25 sester.....	89%
5. sledování ošetrovatelské zátěže.....	28 sester.....	100%
6. spokojenost pacientů s edukací.....	21 sester.....	75%
7. spokojenost pacientů s léčbou bolesti.....	26 sester.....	93%

Subjekt D – Sestry ve vedoucí funkci

1. Sledování počtu pádů
2. sledování výskytu dekubitů

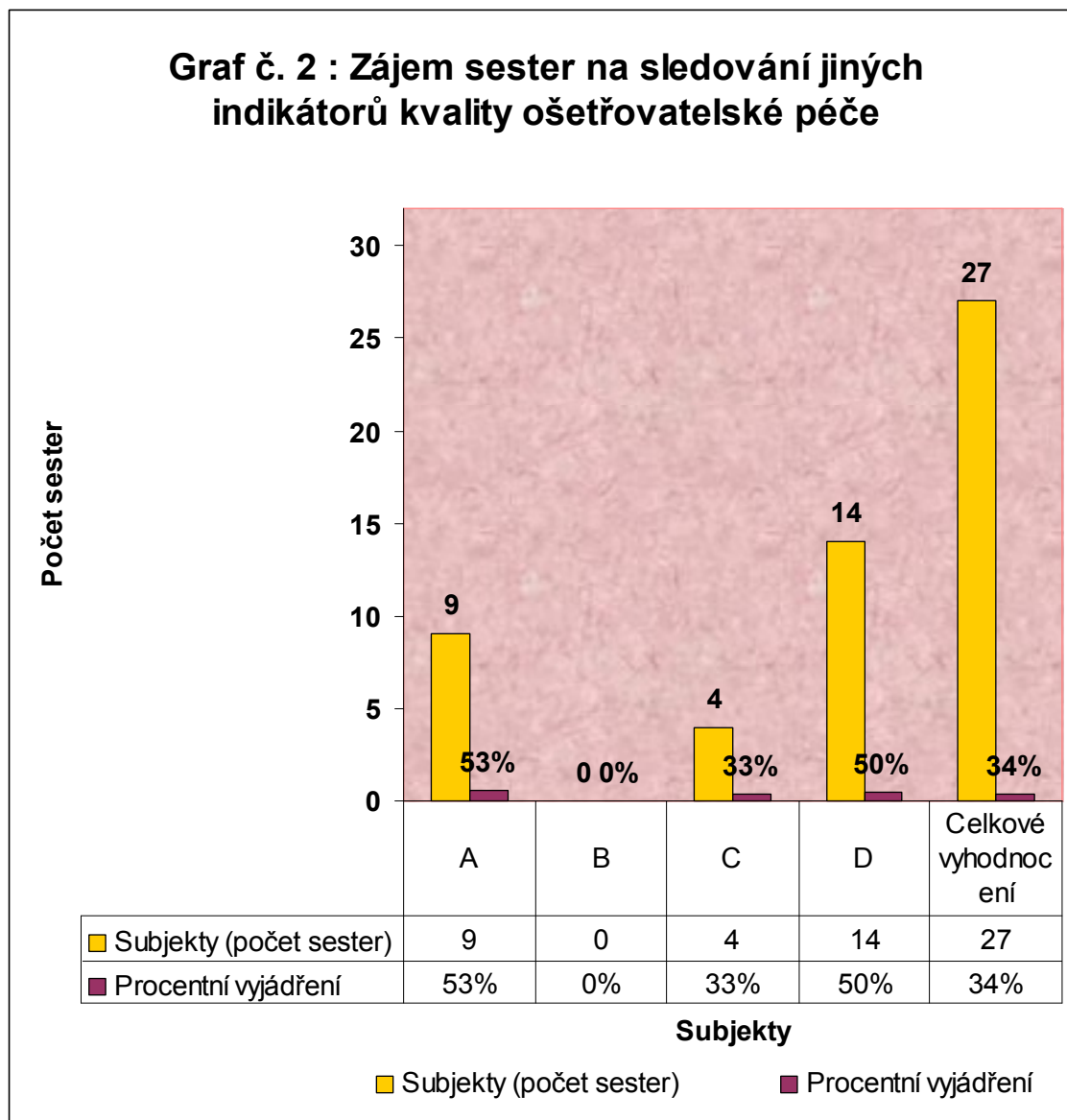
HYPOTÉZA Č. 2: Tato hypotéza se mi nepotvrdila. Řadové sestry ve všech 4 sledovaných subjektech (A,B,C,D) neznají indikátory kvality ošetrovatelské péče, které sleduje jejich zařízení, protože jejich odpovědi se neshodují s odpověďmi sester ve vedoucí funkci.

HYPOTÉZA Č. 3 : Myslím si, že více než 40 % sester zaujímá stanovisko, že sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče je zátěží pro personál, a tím vyjadřují negativní názor na sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče.



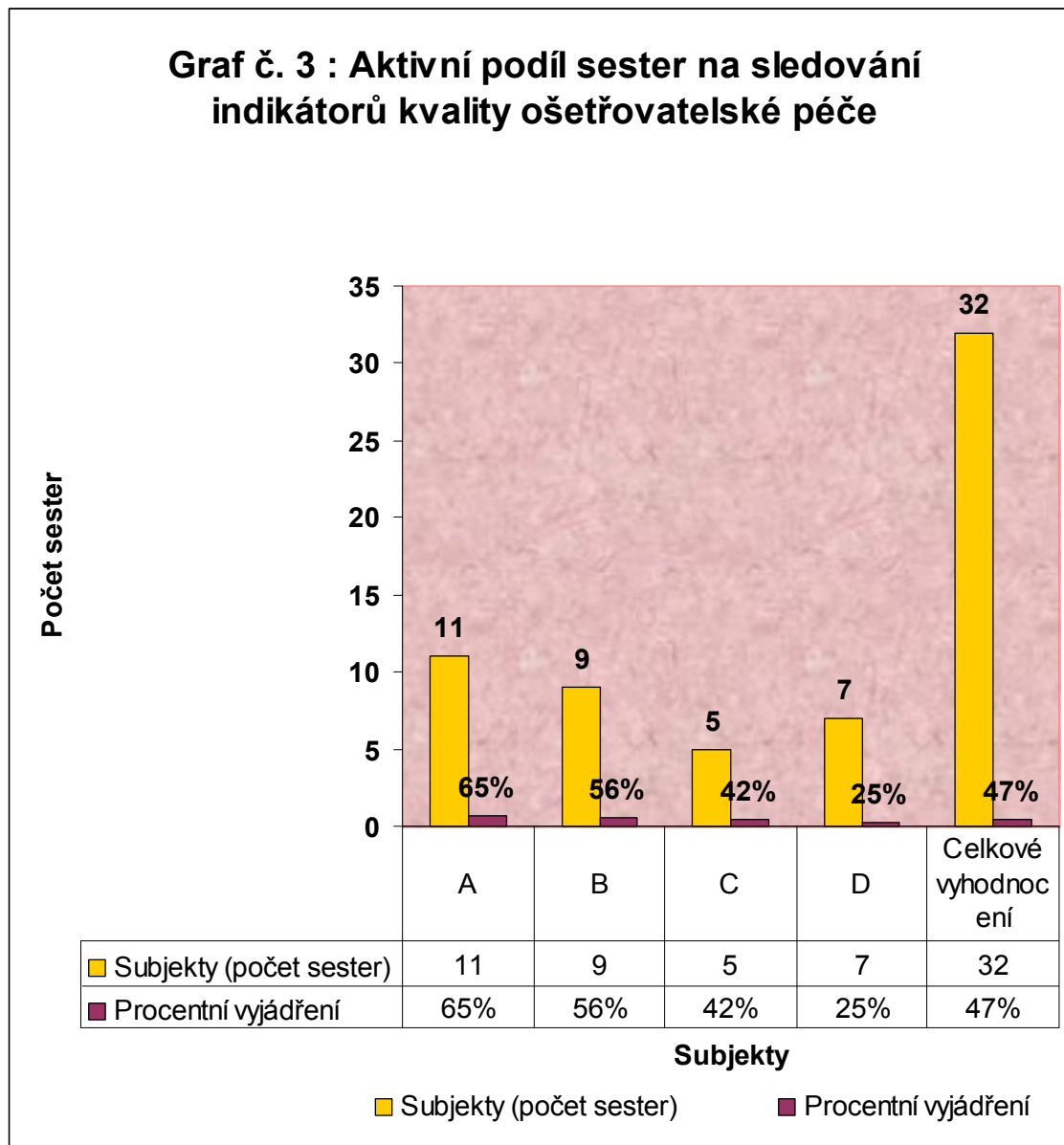
HYPOTÉZA Č. 3: Tato hypotéza se mi potvrdila, protože negativní názor na sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče uvedlo 67 % respondentů ze všech čtyř sledovaných subjektů.

HYPOTÉZA Č. 4 : Myslím si, že více než 50 % sester bude mít zájem o sledování jiných indikátorů kvality ošetrovatelské péče, než jaké dosud jejich zařízení sleduje.



HYPOTÉZA Č. 4 : Tato hypotéza se mi nepotvrdila, jak vyplývá z uvedených výsledků. Zájem o sledování jiných indikátorů kvality ošetrovatelské péče má pouze 34 % sester ze všech sledovaných subjektů.

HYPOTÉZA Č. 5 : Myslím si, že aktivní podíl sester při sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče bude menší než 50 %.



HYPOTÉZA Č. 5 : Tato hypotéza se mi potvrdila, protože jak ukazují výsledky grafu, aktivní podíl na sledování indikátorů kvality udává 47 % sester.

HYPOTÉZA Č. 6 : Myslím si, že většině sledovaných zařízení bude nedostatečná spolupráce ošetrovatelského managementu s řadovými sestrami.

HYPOTÉZA Č. 6 : Tato hypotéza se mi nepotvrdila z těchto důvodů. Řadové sestry neznají indikátory kvality ošetrovatelské péče, které sleduje jejich zařízení a sestry ze všech sledovaných subjektů uvádí indikátory, které jejich zařízení nesleduje. Dále sestry mají převážně negativní názor na sledování indikátorů , což uvádí 67 % sester a posledním důvodem je zjištění, že pouze 47 % sester se aktivně podílí na sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče.

7 DISKUSE

Tento výzkum se zabývá problematikou sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče na odděleních poskytující následnou péči. Celkově mohu říci, že výsledky výzkumu nejsou optimistické. Indikátory kvality ošetrovatelské péče jsou v daných zařízeních sledována. To vidím jako pozitivní výsledek. Zařízení sledují indikátory typické pro charakter oddělení následné péče. Jedná se zejména o sledování počtu dekubitů, počtu pádů, sledování spokojenosti pacientů s péčí, sledování ošetrovatelské zátěže a sledování spokojenosti pacientů s léčbou bolesti a podobně. Z oslovených 110 sester se zúčastnilo výzkumu 79. Velkým nedostatkem bylo zjištění, že sestry neznaly sledované indikátory svého zařízení. Odpovědi řadových sester a sester ve vedoucí funkci se rozcházejí ve všech sledovaných zařízeních. Myslím si, že hlavním problémem bude nízká informovanost sester v rámci teoretických poznatků v oblasti definování indikátorů kvality, metodiky jejich sledování a vyhodnocování. Dalším důvodem, proč sestry neznají sledované indikátory kvality, může být i jejich negativistický názor na problematiku jejich sledování. Jako jeden z dalších důvodů bych uvedla i nedostatečnou motivaci sester ze strany ošetrovatelského managementu v dané problematice. Je možné, že základním problémem bude nedostatek informací, od nichž se vyvíjí i nepochopení významu sledování indikátorů kvality. Výsledky ukazují, že sestry neznají indikátory kvality, které sleduje jejich zařízení, velké procento sester má negativní postoj k jejich sledování, nízké procento sester se aktivně zabývá osobním sledováním, vyhodnocováním a navrhováním nových opatření v této problematice. Myslím si, že jedním z důvodů těchto výsledků může být i fakt, že ve sledovaných zařízeních pracuje velké procento sester ve vyšším věku a již nemají zájem si doplnit vzdělání a hůře se přizpůsobují novým změnám.

Na počátku tohoto výzkumu jsem byla mile překvapena ochotou oslovených zařízení ke spolupráci. Bohužel v dalším průběhu se vyskytly problémy s návratem vyplněných dotazníků. Na dotazníky od vedoucích sester některých zařízení jsem čekala až 6 týdnů. Z toho jsem také získala ponaučení, že sestry ve vedoucí funkci jsou velmi vytíženy a do budoucna vím, že je třeba stanovit si delší časový horizont pro získávání informací cestou dotazníku.

Také při vyhodnocování dotazníků jsem narazila na několik problémových oblastí. Některé informace v dotazníku byly pro jejich nekonkrétnost zbytečné a zůstaly nevyužité. Jiné potřebné informace jsem opomněla a získávala jsem je prostřednictvím telefonických rozhovorů se sledovanými zařízeními. Přesto, že jsem se při koncipování dotazníků snažila o jejich stručnost a jasnost, některé odpovědi neodpovídaly dané otázce. I to vypovídá o nízké informovanosti sester v dané problematice. Pro jednoduchost ve vyplňování dotazníků jsem zvolila možnosti výběru odpovědí, což mohlo být i zavádějící a mohlo dojít ke zkreslení odpovědi.

Myslím si, že problematika sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče je v našem zdravotnictví stále ještě na počátku, což potvrdily i výsledky této práce.

8 ZÁVĚR

Tato práce přináší následující fakta. Sledovaná čtyři zařízení se zabývají sledováním indikátorů ošetrovatelské péče. V těchto zařízeních se sledují indikátory, které jsou přínosem pro kvalitu péče na následných lůžkách. Sestry ze sledovaných zařízení mají nedostatek informací v oblasti problematiky sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Nedostatečná informovanost se týká oblasti teoretických i praktických znalostí a dovedností. Aktivně se problematikou sledování indikátorů kvality zabývá nízké procento sester. Vysoké procento sester má negativní názor na sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Některé sestry mají zájem o sledování i jiných indikátorů kvality, než sleduje jejich zařízení, ale některé odpovědi jsou zavádějící, neboť indikátory, o jejichž sledování mají řadové sestry zájem, jsou již sledovány, což prokazují odpovědi vedoucích sester. Chybí zde efektivní spolupráce ošetrovatelského managementu s řadovými sestrami v dané problematice.

Při této práci jsem získala mnoho nových informací a zkušeností. Rovněž jsem měla možnost ověřit si své informace a znalosti v problematice sledování kvality. Stanovené hypotézy jsem si ověřila, některé se mi potvrdily. Kladným výsledkem mé práce bylo prohloubení svých znalostí v problematice sledování kvality, porovnání úrovní sledovaných zařízení s úrovní kvality ošetrovatelské péče na svém pracovišti, jelikož mé pracoviště patřilo ke sledovaným zařízením. Bohužel i odpovědi sester na mém pracovišti se rozcházely s odpověďmi vedoucí sestry. Tato práce mi také umožnila vylepšit si znalosti a získat nové zkušenosti v oblasti metodologie a tvorby ošetrovatelského výzkumu. Dále si myslím, že tato práce bude zdrojem informací pro studenty a také pro sestry na mém pracovišti. Domnívám se, že se mi podařilo dosáhnout cílů, které jsem si stanovila na počátku výzkumu. Myslím si, že zvolená tematika je nyní v popředí zájmu všech zdravotnických pracovníků a naše zdravotnictví je, co se týče zvyšování kvality, na počátku dlouhé a náročné cesty plné problémů, což potvrzují i dokládají výsledky této práce. Podařilo se mi identifikovat problematické oblasti v daných zařízeních, které přímo souvisí se zvyšováním kvality poskytované péče.

9 INFORMAČNÍ ZDROJE:

Knižní publikace

1. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče.
Etický kodex sester.
Charty práv pacientů.
Brno: IDVPZ, 1998. ISBN 80-7013-270
2. GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví
Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8
3. GLADKIJ, I. a kol. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování
Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-272-8
4. GROHAR- MURRAY, M.E., DICROCE, H.R. Zásady vedení a řízení v oblasti
Ošetrovatelské péče
Praha: Grada Publishing, a.s., 2003.
ISBN 80-247-0267-3
5. MADAR, J. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení
Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0585-0
6. ŠKRLA, P. ŠKRLOVÁ, M. Kreativní ošetrovatelský management
Praha: Advent - Orion s.r.o., 2003. ISBN 80- 7172-841-1

Časopisecké publikace

7. Hnilicová, H. Úvod do měření kvality
Praktický lékař, roč. 99, č.12 (1999)s. 707-709. ISSN 0032- 6739

Internetové zdroje

8. American nurses association : The National center of nursing indicators
[www. Nursingworld.org/quality/database htm](http://www.Nursingworld.org/quality/database htm)