



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Interní audit a jeho role v ošetrovatelské praxi

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Lenka Jindřlová

Vedoucí práce: doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Interní audit a jeho role v ošetrovatelské praxi jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 8.6.2020.....

Poděkování

Zvláštní poděkování bych ráda věnovala paní doc. Ing. Ivě Brabcové, Ph.D. za trpělivost, vstřícnost, ochotu a cenné rady při vedení mé diplomové práce. Poděkování patří též vedení nemocnice za umožnění výzkumného šetření, interním auditorkám a sestřám, které se podílely na výzkumu. Za podporu a pochopení děkuji své rodině.

Interní audit a jeho role v ošetrovatelské praxi

Abstrakt

Současný stav: Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je povinností každého poskytovatele zdravotních služeb zavádět do praxe interní kontrolní systém. Smyslem interních auditů je identifikovat odchylky od doporučených postupů a sjednat jejich nápravu.

Cílem výzkumné studie bylo zjistit názor všeobecných sester a interních auditorů na vliv interních auditů na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče a vyhodnotit úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace.

Metodika: Design empirického výzkumu byl tvořen kvantitativně-kvalitativními postupy, technikou obsahové analýzy vybraných interních předpisů, polostrukturovaných rozhovorů a sekundární analýzou zdravotnické dokumentace (interní audit). Do kvalitativní části výzkumu se zapojilo pět všeobecných sester pracujících na Interním oddělení vybrané nemocnice Jihočeského kraje a pět interních auditorů téže nemocnice. Byla provedena obsahová analýza tří interních předpisů. V kvantitativní části výzkumu byl realizován audit 285 uzavřených ošetrovatelských dokumentací.

Výsledky: Výzkumné šetření potvrdilo, že interní audity ošetrovatelské dokumentace statisticky významně zvyšují správnost vedení záznamů ošetrovatelské péče. Opakováním auditu ošetrovatelské dokumentace došlo ke zlepšení vedení dokumentace v oblasti: označení formulářů ID pacienta, standardního postupu oprav záznamů, zhodnocení rizika vzniku dekubitů, záznamu o edukaci o invazivním vstupu, návrhu preventivních opatření minimalizujících riziko pádu a záznamu o nepodání léků. Sestry a auditoři hodnotí interní audit jako vhodný nástroj k udržení a zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Závěr: Na základě zjištěných nedostatků ve vedení ošetrovatelské dokumentace doporučujeme managementu nemocnice zvýšit frekvenci interních auditů, identifikovat kořenové příčiny chyb při vedení dokumentace a sjednat jejich nápravu. V neposlední řadě uspořádat odborné semináře na danou problematiku.

Klíčová slova: audit; kvalita péče; dokumentace; ošetrovatelství; pacient; sestra

Internal audit and its role in nursing practice

Abstract

Current state: According to Act No. 372/2011 Coll., On health services, it is the duty of every health service provider to implement an internal control system. The purpose of internal audits is to identify deviations from recommended procedures and arrange for their correction.

The aim of this research was to find out the opinions of general nurses and internal auditors on the influence of internal audits on the quality of provided nursing care and to evaluate the completeness and complexity of keeping nursing documentation.

Methodology: The design of empirical research consisted of quantitative-qualitative procedures, the technique of content analysis of selected internal regulations, semi-structured interviews and secondary analysis of medical documentation (internal audit). The qualitative part of the research involved five general nurses working at the Department of internal medicine of a selected hospital in the South Bohemian region and five internal auditors within the same hospital. A content analysis of three internal regulations was performed. In the quantitative part of the research, 285 closed nursing documentation files were audited.

Results: The research confirmed that internal audits of nursing documentation statistically significantly increase the accuracy of nursing care records. Repeated audits of nursing documentation have improved documentation management in the areas of identification of patient ID forms, standard procedure for correcting records, assessment of the risk of pressure ulcers, record of education about invasive entry, proposal of preventive measures to minimize the risk of falls and record of non-administration of drugs. Nurses and auditors evaluate internal audit as a suitable tool for maintaining and improving the quality of nursing care.

Conclusion: Based on the identified shortcomings in the management of nursing documentation, we recommend the hospital management to increase the frequency of internal audits, identify the root causes of errors in the documentation management and arrange for their correction. Last but not least, we recommend to organize professional seminars on the issue.

Keywords: audit; quality of care; documentation; nursing; patient; nurse

OBSAH

Úvod.....	8
1 SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 Kvalita a bezpečí zdravotní péče	9
1.1.1 Dimenze kvality	10
1.1.2 Kontinuální zvyšování kvality péče	11
1.2 Systémy hodnocení kvality péče a bezpečí	12
1.2.1 Akreditace poskytovatelů zdravotních služeb	15
1.3 Audit	16
1.3.1 Interní audit	18
1.3.2 Postup interního auditu	19
1.3.3 Interní auditor.....	22
1.3.4 Interní audit ošetrovatelské jednotky	23
1.4 Zdravotnická dokumentace	25
1.4.1 Ošetrovatelská dokumentace	26
1.4.2 Změny ve vedení ošetrovatelské dokumentace	27
1.4.3 Audit ošetrovatelské dokumentace	27
1.5 Standardizace zdravotní péče.....	28
1.5.1 Metodika tvorby standardů	29
1.5.2 Indikátory kvality	30
1.5.3 Klinické doporučené postupy	32
1.6 Rizika ve zdravotnictví	34
1.6.1 Management rizik	37
1.6.2 Řízení rizik ve zdravotnictví	38
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	42
2.1 Cíle práce	42
2.2 Výzkumné otázky	42
2.3 Hypotézy	42
2.4 Operacionalizace základních pojmů	43
3 METODIKA	44
3.1 Použité metody.....	44
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	45
3.3 Statistické zpracování dat.....	46

4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	47
4.1 Obsahová analýza vybraných interních předpisů	47
4.1.1 Analýza interního předpisu „Vedení zdravotnické dokumentace“	47
4.1.2 Analýza interního předpisu „Vedení ošetrovatelské dokumentace“	48
4.1.3 Analýza interního předpisu „Interní audit“	49
4.2 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů s interními auditory	51
4.2.1 Význam interního auditu.....	52
4.2.2 Průběh interního auditu.....	53
4.2.3 Nedostatky v ošetrovatelské praxi	54
4.2.4 Nápravná opatření	55
4.2.5 Výsledky interního auditu.....	56
4.2.6 Systém interních auditů.....	58
4.2.7 Výhody a nevýhody interních auditů.....	59
4.3 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovorů se sestrami	60
4.3.1 Význam interního auditu.....	62
4.3.2 Formy interního auditu	63
4.3.3 Předmět interního auditu.....	64
4.3.4 Průběh interního auditu.....	66
4.3.5 Nedostatky v ošetrovatelské praxi a nápravná opatření.....	67
4.3.6 Výsledky interního auditu.....	69
4.3.7 Systém interních auditů.....	70
4.3.8 Výhody a nevýhody interního auditu.....	72
4.4 Výsledky kvantitativního výzkumu	73
5 DISKUSE	111
6 ZÁVĚR	122
6.1 Doporučení pro praxi	123
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	124
8 SEZNAM PŘÍLOH	138
9 SEZNAM ZKRATEK	139

ÚVOD

Kvalita a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb jsou neodmyslitelnou součástí zdravotního systému. Vzhledem k neustále se zvyšujícím nárokům na kvalitu péče je nutné zavádět systémy interního hodnocení. Jedním z nástrojů hodnocení a zajištění kvality péče a jejího kontinuálního zvyšování je interní audit. Interní audit představuje nejen vnitřní kontrolu systému a procesů v organizaci, ale také snahu vyhledávat chyby za účelem jejich odstranění a minimalizovat rizika, se kterými je poskytování zdravotních služeb velmi úzce spojeno.

Ošetrovatelská dokumentace je součástí podkladů pro kontrolu kvality péče a zdrojem informací pro všechny osoby podílející se na poskytování zdravotních služeb. Také slouží jako ochrana zdravotníků při soudních sporech, nelze tedy podceňovat její úlohu v ošetrovatelské praxi a považovat bezchybnost jejího vedení za zbytečnost. Interní audit je nástroj, který poskytuje managementu organizace možnost porovnat, zda probíhají procesy ošetrovatelské péče v souladu s platnými vnitřními předpisy. Lze jej také považovat za nástroj sloužící k odhalování nejasností a chyb ve vnitřních předpisech a následně zjištěné nedostatky odstranit. Vzhledem k neustálému vývoji oboru ošetrovatelství a novým poznatkům z praxe je potřeba organizace za účelem kontinuálního zvyšování kvality implementovat změny do praxe. I v těchto situacích je interní audit velkým přínosem pro organizaci. Díky internímu auditu je možné zjistit, zda jsou nové postupy a strategie implementované do ošetrovatelské praxe přínosem v péči o pacienty, a tudíž i pro samotné ošetrovatelství.

V této práci jsme se zaměřili na systém interních ošetrovatelských auditů. Téma jsem si vybrala proto, že jsem interní auditorkou pro ošetrovatelskou praxi. Předkládaná práce se skládá z teoretické a empirické části. Záměrem empirické části bylo zaznamenat daná pravidla, která by měla být dodržována při interních ošetrovatelských auditech, náhled sester a interních auditorů na systém interních auditů a vyhodnotit úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace na Interním oddělení. Naším cílem bylo identifikovat nedostatky ve vedení ošetrovatelské dokumentace a následně navrhnout doporučení, díky kterým by bylo možné tyto nedostatky odstranit. Výzkumná studie byla prezentována v rámci soutěže SVOČ na ZSF JU v Českých Budějovicích.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Kvalita a bezpečí zdravotní péče

Základní teoretická hlediska kvality péče a jejich následná aplikace do ošetrovatelství se prvotně rozvíjela ve Spojených státech amerických (Válková, 2015). Stěžejní osobnost kvality péče ve zdravotnictví Avedis Donabedian, stanovil rámec pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče na celém světě. Donabedián definuje kvalitu zdravotní péče jako druh péče, při níž lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, přičemž očekávaný užitek je v porovnání s náklady vyšší ve všech stádiích léčebného procesu (Donabedian, 1986).

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2000 definovala kvalitu péče jako *úroveň dosažení vnitřních cílů zdravotních systémů pro zlepšení zdraví a schopnost reagovat na legitimní očekávání obyvatelstva* (Legido-Quigley et al., 2008, s. 2). Na kvalitu a bezpečnost poskytovaných zdravotních služeb se v České republice v současnosti zaměřuje pozornost Ministerstva zdravotnictví i zdravotnické veřejnosti (Šupšáková, 2017). Kvalita a bezpečí jsou neodmyslitelnou součástí náplně každodenní práce všech zdravotníků, vzhledem k rizikům spojeným s poskytováním zdravotní péče a nemocničnímu prostředí (Joint Commission International, 2008).

K zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí, které jsou standardním nástrojem vedoucím k zajištění procesů ve zdravotnictví, vedlo doporučení Rady Evropy v roce 1997 (MZČR, 2012). V červnu 2009 pak bylo přijato Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí Radou Evropské Unie (EU), na jehož základě vyzývá Rada EU členské státy k rozvoji vnitrostátních politik se zaměřením na bezpečnost pacientů, k posílení postavení pacientů v rozhodování o péči na základě informovanosti a k zavedení systému hlášení nežádoucích událostí. Dále členské státy podněcuje k podpoře vzdělávání a odborné přípravě zdravotnických pracovníků, k rozvoji v oblasti výzkumu a ke sdílení znalostí, zkušeností a osvědčených postupů. Rada EU také pobízí ke klasifikaci a kodifikaci bezpečnosti pacientů na úrovni EU vzájemnou spoluprací a k přijetí strategie prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (European Commission, 2012). V roce 2010 na uvedené doporučení Rady EU Ministerstvo zdravotnictví České republiky vyhotovilo Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče, ve kterém byly zapracovány nástroje ke zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v podmínkách České republiky (Brabcová, 2015a). Roku 2012 nabyl platnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách

jejich poskytování, ve kterém je zakotvena povinnost interního hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Další legislativní normou zabývající se kvalitou a bezpečí zdravotní péče je vyhláška č. 102/2012Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (MZČR, 2012).

1.1.1 Dimenze kvality

Kvalitu péče je možné sledovat z pohledu různých dimenzí (Válková, 2015). Dimenze kvality péče lze definovat jako oblasti péče o pacienty (Raiter, © 2010). Jakušová (2010) uvádí potřebu stanovení těch dimenzí, které jsou využitelné ve všech zdravotních službách v souvislosti s jejich vnímáním uživatelů služeb. Dále uvádí, že je pozornost zaměřena na potenciální dimenzi kvality služeb, procesní dimenzi a dimenzi výsledku. Potenciální dimenze kvality služeb zahrnuje předpoklady osoby poskytující služby a to věcné, organizační a personálně výkonové. Procesní dimenze se vztahuje na probíhající procesy a dimenze výsledku posuzuje efekt poskytnutého výkonu.

Dimenze kvality uvedené Válkovou (2015) jsou bezpečnost ošetrovatelské péče, kompetence, přijatelnost, efektivnost, vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, kontinuita, včasnost, přiměřenost, úcta a vnímavost. Bezpečnost ošetrovatelské péče zahrnuje identifikaci problémů týkajících se bezpečnosti pacientů a zároveň je nutné identifikovat silné a slabé stránky stávající kultury bezpečí v organizaci (Bartoníčková et al., 2018). Péče by měla být poskytována zdravotníky s kvalifikací na odborné úrovni a služby by měly být pro klienty přijatelné. Veškeré služby, péče nebo zákroky je nutné vhodně vybírat, a to za účelem dosažení očekávaného výsledku (Válková, 2015). Dále je potřeba, aby zdravotní péče byla provedena v souladu s uznávanými standardy (Marx a Vlček, 2014) s co nejekonomičtějším využitím dostupných zdrojů. Péče musí být dostupná v potřebné a přiměřené míře v pravý čas, na správném místě, pravým odborníkem a musí na sebe navazovat v prostoru i čase (Válková, 2015). Zdravotní péče by měla být poskytována na úrovni současného vědeckého poznání. Do procesu rozhodování o zdraví je potřeba zapojit pacienty a jejich rodinu. Dále také při poskytování péče zachovat lidskou důstojnost, respektovat stud, soukromí a individuální odlišnosti (Štefan et al., 2012).

Dimenze kvality lze dle Jakušové (2010) dělit na technické, zabývající se tím, co se pacientům nabízí, a funkční, která klade otázky, jakým způsobem se služby vykonávají. Mateides a Ďaďo (2002) řadí mezi dimenze, které napomáhají objasnit kvalitu poskytovaných služeb stejně jako Válková, (2015) dostupnost, bezpečí, jistotu

a kompetentnost. Dále Mateides a Ďaďo (2002) uvádějí spolehlivost a citlivost, což lze chápat jako ochotu nebo připravenost zdravotníka poskytnout služby. Komunikaci ve smyslu informovanosti pacientů, důvěryhodnost, pochopení a poznání vedoucím k rozpoznání a porozumění potřeb pacientů a vlivu prostředí na pacienta, jenž nám dává fyzický důkaz o poskytnutých službách.

1.1.2 Kontinuální zvyšování kvality péče

Dle WHO je kvalita zdravotní péče nedílnou součástí zdravotní politiky každé země (Legido-Quigley et al., 2008). Je tedy nezbytné poznamenat, že kontinuálního zvyšování kvality péče je v rámci EU, a tedy i v České republice dosahováno na základě přijímání podmínek zakotvených například v Lublaňské chartě o reformách zdravotní péče z roku 1996 (MZČR, 2012).

Z Lublaňské charty vyplývá, že proces rozvoje zdravotní politiky je nutné postavit na konsenzu obsahujícím co možná nejvíce relevantních sociálních aktérů. Dále je potřeba zakládat zdravotní péči na důkazech a veškeré změny průběžně monitorovat a vyhodnocovat (World Health Organization in the European Region, 1996). Důkazem snahy o kontinuální zvyšování kvality zdravotní péče v České republice je také již minulý program Zdraví pro všechny v 21. století a v současné době probíhající program Zdraví 2020 (MZČR, 2015). V souvislosti se zvyšováním kvality péče a bezpečí je nutné dle Joint Commission International (2008) snižovat rizika spojená s poskytováním zdravotních služeb, a to procesy řízení a plánování programu zvyšování kvality a bezpečí pacientů, navrhováním nových klinických a řídicích postupů, monitorováním správného fungování postupů pomocí indikátorů ze shromážděných dat, analýzou dat a zaváděním a podporováním změn vedoucích ke zlepšení kvality.

Každá organizace by měla směřovat vpřed a klást důraz na neustálé zlepšování kvality (Spejchalová, 2012) a jak již bylo zmíněno i české zdravotnictví považuje zvyšování kvality za prioritu. V rámci zvyšování kvality Spejchalová (2012) a Válková (2015) uvádějí Demingův cyklus zlepšování, jehož podstatou je plánování a určení záměru zlepšení a realizace stanovených intervencí vedoucích ke zlepšení. Následnou kontrolou a vyhodnocením zavedených opatření vyplyne potřeba provedení nápravy nebo trvalé zavedení zlepšení. Tento cyklus by se měl v oblasti zlepšování organizace neustále opakovat. Škrála a Škrlová (2003) uvádějí tři nejznámější perspektivy programu kontinuálního zvyšování kvality. Perspektivu lékařského a ošetrovatelského personálu zaměřujícího se na kvalitní posouzení stavu pacienta, léčby a péče, spolupráci

v multidisciplinárním týmu, výuku a uspokojování převážně medicinských potřeb. Perspektiva z pohledu pacienta se orientuje na spokojenost s poskytnutými službami, rychlost při volání o pomoc, úctu a empatii zdravotníků a respekt. Třetí perspektivou jsou výstupy, díky kterým je zodpovězená otázka, zda poskytnuté zdravotní služby vedly ke zlepšení zdravotního stavu pacienta či ke zlepšení kvality života (Škrla a Škrlová, 2003).

1.2 Systémy hodnocení kvality péče a bezpečí

Kvalita zdravotních služeb a jejich hodnocení je tématem, kterým se zabývají nejen poskytovatelé zdravotnických služeb, ale také pacienti, zdravotní pojišťovny a ministři zdravotnictví (Hroboň, 2015). Ti očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, standardizované, efektivní služby a schopnost předkládat důkazy o kvalitě poskytované léčebné a ošetrovatelské péče (Škrla a Škrlová, 2003). Ve světě vznikají různé modely zabývající se kvalitou poskytované zdravotní péče, a to na úrovni mezinárodní i národní (Válková, 2015). Škrla a Škrlová (2003) dělí systémové modely řízení kvality do čtyř základních kategorií, a to modely systémů kvality, modely akreditačních standardů, modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů a modely excellence - světové ceny za kvalitu.

Modely systémů řízení kvality představuje International Organization for Standardization (ISO). Tato organizace byla založena v roce 1947 se sídlem v Ženevě. První normu pro průmyslové odvětví vydala organizace v roce 1951. V roce 1987 vydala normu ISO 9000 zaměřující se na řízení kvality (ISO, © 2020). Z této série standardů byly nejvýznamnější standardy ISO 9000 systém řízení kvality — základy a terminologie, ISO 9001 systém řízení kvality — požadavky a ISO 9004 systém řízení kvality — návod ke zlepšování výsledků (Prokešová, 2015). I přesto, že chybovat je lidské, bylo studii potvrzeno, že k omylům a chybám dochází spíše na základě nesprávně nastavených systémů (Marx, 2015). Dosáhnout vysoké úrovně kvality lze novým způsobem myšlení a procesním řízením. Jednou ze základních kapitol ISO 9001:2000, jejíž novelizací je ISO 9001:2015, je procesní řízení. Tento systém organizacím přispívá k definování, organizování, integrování a synchronizaci jejich základních procesů za účelem kontinuálního zlepšování kvality a kontinuálního zvyšování spokojenosti zákazníků (ISO 9001, 2015).

Modely akreditačních standardů představují organizace Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), Joint Commission International Accreditation (JCI/JCIA) nebo Spojená akreditační komise, o.p.s. (SAK).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization je soukromá nezisková organizace zřízena v roce 1951 v USA za účelem hodnocení zdravotnických organizací (JCI, © 2020). Jejím cílem je kontinuální zlepšování zdravotní péče pro veřejnost ve spolupráci s ostatními zúčastněnými stranami, a to vyhodnocováním zdravotnických organizací a snahou inspirovat je, aby vynikaly v poskytování bezpečné a účinné péče na nejvyšší úrovni kvality (The Joint Commission, 2015). JCAHO v dnešní době certifikuje a akredituje více než 22 000 zdravotnických organizací a programů v USA. Organizace stále ovlivňuje modely pro akreditaci i v ostatních zemích. Díky globálnímu zájmu o akreditační standardy vytvořila JCAHO mezinárodní akreditační program Joint Commission International. JCIA je organizací napomáhající poskytovatelům zdravotních služeb k získání akreditace a certifikace a nabízí vzdělání vysoké úrovně čerpající z praxe založené na důkazech (JCI, © 2020).

Spojená akreditační komise vznikla v České republice v roce 1998. Jejím posláním je kontinuální zvyšování kvality péče a bezpečí pomocí akreditačních zdravotnických zařízení, poradenské činnosti, publikačních a vzdělávacích aktivit. Akreditační standardy pro nemocnice jsou členěny do třinácti oblastí vztahující se k určitým činnostem při poskytování zdravotní péče v nemocničním prostředí (Marx a Vlček, 2014).

Mezi modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů patří organizace International Society for Quality in Health Care (ISQua) a Agenda for Leadership in Programs in Health Accreditation (ALPHA). ISQua byla založena v roce 1985. Její vizí je zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotnictví skrze mezinárodní spolupráci. Svého cíle dosahuje organizace prostřednictvím vzdělávání, sdílení znalostí, externího hodnocení, podpory zdravotnických systémů na celém světě a propojování stejně smýšlejících lidí sítí ISQua, která zahrnuje více než sedmdesát zemí na šesti kontinentech. ISQua se věnuje akreditační činnosti poskytovatelů zdravotní a sociální péče, akreditačních organizací a inspektorů vzdělávacích programů, publikační činnosti a vytváří vzdělávací programy ve všech oblastech kvality zdravotní péče a bezpečnosti (ISQua, © 2018a). ALPHA je dceřinou společností ISQua, která vznikla za účelem pomoci jednotlivým zemím vytvářet či zlepšovat akreditační standardy se zabudováním principů ISO norem či Baldrige (Škrála a Škrlová, 2003). ALPHA program obsahuje šest principů, mezi, než patří definování základních pojmů, které je základem akreditačních standardů, jasné definování typu a rozsahu standardů, komplexnost a jasná strukturovanost obsahu standardů. Standardy jsou formulovány pomocí dobře definovaného procesu a jsou přístupné pro měření výkonu (Heideman, 1999).

Mezi modely excelence – světové ceny za kvalitu jsou řazeny Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA), European Foundation for Quality Management (EFQM) či Six Sigma. Mezinárodní cena Malcolma Baldrige byla v roce 1987 založena za účelem podpory zvyšování kvality zboží a služeb a zvýšení konkurenceschopnosti amerických organizací. V roce 1999 rozšířila společnost své působení na zdravotnické a vzdělávací organizace. Ocenění získávají organizace s vybudovaným systémem, který zajišťuje neustálé zlepšování výkonu při poskytování služeb a produktů. Hodnocení a následné získání ceny Malcolma Baldrige je zaměřeno na pět oblastí, mezi něž patří výsledky produktu a procesu, výsledky zákazníků, výsledky pracovní síly, výsledky vedení a správy a výsledky finanční a tržní (MBNQA, 2019).

EFQM byla založena roku 1989 a posláním týmu odborníků z průmyslu a akademické obce, je vytvořit model excelence, který lze využít pro hodnocení jakékoliv organizace bez ohledu na její velikost nebo zaměření. Cílem organizace je zvyšovat konkurenceschopnost evropských společností, vést je na cestě k dokonalosti a podporovat evropský ekonomický růst (EFQM, © 2020a). Model EFQM zahrnuje pět podpůrných činitelů, a to vedení, politiku a strategii, zaměstnance, partnerství a zdroje, procesy a čtyři výsledné faktory. Mezi výsledné faktory patří výsledky ve vztahu k zaměstnancům, zákazníkům, společnosti a klíčové výsledky výkonnosti. Tento model pomáhá společnostem definovat jejich účel, vytvářet organizační kulturu a silné vůdce, transformovat se a vytvářet agilní praktiky. Napomáhá řešit jedinečné organizační výzvy a předpovídat budoucnost (EFQM, © 2020b).

Six Sigma je metodologie používaná ke zlepšení podnikových procesů pomocí statistické analýzy (Six Sigma, © 2020) Tento model byl vyvinut v roce 1987 v americké organizaci Motorola (Nenadál et al., 2018). Při řízení procesů s využitím strategie Six Sigma dochází k identifikaci problémů, zjištění jejich kořenových příčin, eliminaci problémů a následné kontrole, podložené statistickým hodnocením procesů (Briš a Opletalová, 2019). Název sigma je odvozen od řeckého písmene, které se používá při statistickém zpracování dat k určení odchylky. Cílem metody Six Sigma je upravit procesy tak, aby se v nich vyskytovaly nanejvýš 3–4 vážné odchylky, tedy jedno pochybení na milion případů (Nenadál et al., 2018). Tento model byl v zájmu bezpečí pacientů i zaměstnanců implementován v mnoha zdravotnických zařízeních. Smyslem tohoto programu je kontinuální zlepšování a dosahování excelence zaměřující se na kvalitu specifickým procesem, který má pět kroků: definuj, měř, vyhodnoť, zlepší a kontroluj (Škrála a Škrlová, 2003).

1.2.1 Akreditace poskytovatelů zdravotních služeb

Snahou po roce 1998 v procesu transformace českého zdravotnictví bylo vytvořit mechanismus vedoucí k minimalizaci vysoké variability mezi zdravotnickými zařízeními. Proto došlo k aplikaci osvědčené metody certifikace kvality zdravotní péče zavedené i v jiných státech, a to akreditaci (Škrála a Škrlová, 2003). Akreditace je nástrojem pro externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče (Marx a Vlček, 2014). Je to proces vedoucí k získání oficiálního uznání způsobilosti zdravotnického zařízení s vytvořeným funkčním a efektivním systémem pro posouzení výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality péče k poskytování kvalitní zdravotní péče (Válková, 2015). Zdravotnická zařízení akredituje externí organizace na základě vlastního rozhodnutí, kdy organizace posuzuje, do jaké míry poskytovatel zdravotních služeb vykonává svou činnost ve shodě s požadavky kladenými na zvyšování kvality péče (Joint Commission International, 2008). I přes to, že rozhodnutí o získání akreditace je dobrovolné, málokterá nemocnice si je může dovolit ignorovat (Škrála a Škrlová, 2008).

Akreditační proces dle Válkové (2015) přispívá k vytváření podmínek pro zavádění programu kontinuálního zvyšování kvality péče, k zavádění průkazně ověřených doporučených postupů a standardů s cílem minimalizovat nežádoucí a nepodloženou variabilitu mezi výkony a procedurami či jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb. Dále je akreditace zárukou, že poskytovatel zdravotních služeb vytváří bezpečné prostředí pro pacienty i zaměstnance a vytváří kulturu otevřené organizace učící se ze systému včasného hlášení nežádoucích událostí a bezpečnostních rizik (Joint Commission International, 2008). Akreditační proces by měl také zahrnovat principy hospodárného využití lidských, finančních i materiálních zdrojů a být signálem pro veřejné plátce, že jsou shromážděné zdroje vynaloženy na služby s ověřenou úrovní kvality a bezpečnosti (Válková, 2015). Přínosem je i zapojení pacientů a jejich blízkých na poskytování zdravotní péče, což vede k vytváření lepších podmínek pro uspokojování jejich potřeb a respektování práv pacientů (Joint Commission International, 2008). Akreditace je motivací k implementaci nových prvků řízení kvality, zakládajících se na analýze a následném rozvoji existujících struktur a pracovních procesů ve zdravotnickém zařízení (Válková, 2015).

Škrála a Škrlová (2003) řadí mezi praktické kroky k realizaci akreditace naprostou podporu vrcholového managementu, sestavení koordinačního týmu, strategického plánu a harmonogramu koordinačním výborem, vytvoření infrastruktury programu kontinuálního zvyšování kvality a výuku zaměstnanců. Dalšími kroky jsou příprava

akreditačních směrnic, zpracování rozdílové analýzy koordinátory a pracovními týmy jednotlivých oddělení, vypracování návrhu k řešení a nápravě zjištěných neshod, realizace potřebné změny a nápravy s následným ověřením interními audity.

Právníckými a fyzickými osobami oprávněnými k provádění hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb na základě zmocnění Ministerstva zdravotnictví ČR jsou v současné době Spojená akreditační komise, o.p.s., e-ISO, a.s., Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o., T Cert, s.r.o., EURO CERT CZ, a.s., MUDr. Zdeněk Machálek, LL-C (Certification) Czech Republic a.s., DNV GL Business Assurance Czech Republic s.r.o. a CZECH QUALITY UNION s.r.o. (MZČR, 2019).

1.3 Audit

Dle Dvořáčka (2003) se z historického hlediska audit rozvíjel v souvislosti s účetnictvím a jeho počátky se datují už od roku 4000 let před Kristem, kdy se zaváděly první evidenční systémy. Podobný vývoj lze zaznamenat i ve vztahu k dynastii Zhao v Číně 1122-256 př. n. l. a s nárůstem potřeby kontroly také v Babylonu, Řecku či Římské říši (O'Reilly, 1999). Během několika staletí se začaly zavádět evropské systémy účetnictví a audit ve Spojených státech amerických (USA), kde se na přelomu 20. století projevila potřeba vytvoření formální funkce interního auditu (Ramamoorti, 2003). V roce 1941 byl zřízen The Institute of Internal Auditors Inc. v USA sídlící v Lake Mary na Floridě (IIA, © 2019 a). V návaznosti na The Institute of Internal Auditors Inc. vznikla roku 1982 Evropská konfederace institutů interního auditu a následně byl v roce 1995 založen Český institut interních auditorů (ČIIA, © 2019).

Základním významem slova audit je slyšení, dozvídání se, poslouchání, ale lze jej také vykládat jako vyšetřování určitých událostí či považovat za synonymum účinnosti, objektivity a nástroje zkvalitňování řízení (Dvořáček, 2003). Bašta a Kliment (2013) považují audit za nástroj skýtající managementu nezávislou zpětnou vazbu zakládající se na hodnocení systému a propojení zjištění auditu se skutečným chodem a podnikáním klienta, jehož cílem je splnit očekávání zainteresovaných stran. Šupšáková (2017) vidí auditní činnost jako jeden ze základních nástrojů kontroly a řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Dle Malíkové (2011) je audit efektivní nástroj programu kontinuálního zvyšování kvality, jehož úkolem je prozkoumání a vyhodnocení určitého jevu. V ošetrovatelství je audit systematický, nezávislý a zdokumentovaný proces vyhodnocování poskytované ošetrovatelské péče ve shodě s profesionálními standardy

(Válková, 2015). Podkladem pro audit jsou vždy legislativní normy, vnitřní směrnice a standardy (Šupšáková, 2017).

Zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování rozlišuje hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb na interní a externí. Zatím co externí hodnocení je dobrovolným procesem, který je vykonáván fyzickou či právnickou osobou s oprávněním k této činnosti, je interní hodnocení legislativou povinné pro všechny poskytovatele zdravotních služeb (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Audit je obecně chápán jako důsledná kontrola a kritická analýza (Váchal et al., 2013, s. 621). Váchal et al. (2013) dělí audit na forenzní, kvality, informační, ekologický, počítačový, interní, externí a manažerský. Forenzní audit se zaměřuje na odhalení protizákonného jednání a na shromažďování důkazů (Dušek, 2018). Audit kvality vede k přezkoumání kvality výrobku či procesu (Váchal et al., 2013). Dle Vochozky et al. (2012) je výrobek prověřován za účelem ověřit, zda odpovídá požadavkům zákazníka. Zjištění míry plnění požadavků zákazníka, možnosti zdokonalení postupů a ověření efektivity procesů umožňuje audit služby (Vochozka et al., 2012). Informační audit se zabývá funkčností informačních zdrojů a komunikací vně i uvnitř organizace v závislosti na předem definovaných cílech podniku. Počítačový audit se zaměřuje na snížení nákladů na nákup a správu softwaru, hardwaru a vede k zabránění jejich nelegálního použití (Váchal et al., 2013). Ekologický audit se zabývá dopadem na životní prostředí, zejména hodnocením souladu fungování podniku s legislativou v oblasti životního prostředí a environmentálního chování (Vochozka et al., 2012). Interní audit se soustřeďuje na propracování procesů činností, metodiku, snížení rizik a zlepšování řídicí a kontrolní činnosti organizace. Externí audit je proces prováděný kompetentní a nezávislou osobou. Manažerským auditem lze dosáhnout zvýšení konkurence schopnosti organizace (Váchal et al., 2013).

Nenadál et al. (2008) nevidí rozdíl mezi externím a interním auditem v tom, kdo audit vykonává, nýbrž v tom, kdo využívá výstupy auditu. Pro potřebu samotné auditované organizace, a to především vrcholového managementu, slouží závěry z interního auditu. Výstupy plynoucí z externího auditu využívají zadavatelé zakázek, klienti či certifikační orgány. Nenadál et al. (2008) rozlišuje audity také dle zaměření auditu na audit systému, zaměřující se na veškeré úrovně dané implementační struktury. Dále na audit procesu, zabývající se procesy probíhajícími v organizaci, a audit produktu a personálu. Mišún a Mišúnová – Hudáková (2017) uvádějí možnosti provádění auditu povinného, který vyplývá ze zákonné povinnosti či zjištěných nesrovnalostí. Rutinní

audit je zařazen do programu z rozhodnutí vedení podniku z důvodu negativních zkušeností, opakujících se rizik a častých nedostatků. Mimořádný audit vychází z aktuální potřeby, kterou jsou výrazné prvky rizika pro organizaci. Follow up audit je neplánovaný, jehož podstatou je hloubkové ověření stavu plnění opatření z předchozího auditu (Mišún a Mišúnová – Hudáková, 2017). V nemocničním systému je využívána metodika „Stopař“. Jedná se o posouzení poskytnuté zdravotní péče pacientům, její návaznosti a s ní související činnosti. Podstatou auditu je sledování stopy na všech pracovištích podílejících se na poskytování zdravotní péče od příjmu, přes laboratorní a jiná vyšetření, ambulantní či hospitalizační péči, skladování léků, operaci až po stravovací provoz, řádné vedení dokumentace a propuštění (Marx a Vlček, 2009).

1.3.1 Interní audit

Interní audit je v České republice zaváděn od 90. let 20. století, je tedy poměrně mladou disciplínou (ČIIA, © 2019), jejíž úlohou je činnost vedoucí ke zvyšování a ochraně hodnoty organizace tím, že poskytuje služby založené na vyhodnocení rizik, poradenství a přináší porozumění podstatě věci (IIA, © 2019b). Dnes již zastaralou koncepci interního auditu, z níž nebylo jasné její zaměření, zda jde jen o kontrolování nebo všechny řídicí a kontrolní mechanismy, nahradila nová koncepce. Nová koncepce interního auditu zahrnuje podmínky odborné činnosti, a to objektivnost, nezávislost, pravdivost a použití metod auditorské činnosti (Dvořáček, 2003). Kafka (2009) uvádí koncepci interního auditu založeného na rizicích řadící mezi požadavky na organizaci znalost veškerých svých inherentních rizik, schopnost vymezit rizika s určením jejich priority z hlediska možných hrozeb a umění definovat svůj vztah k rizikům stanovením úrovně rizik.

Dle Spojené akreditační komise (SAK) je interní audit základním nástrojem prosazování a udržení změn, které jsou v praxi implementovány za účelem zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, a zároveň tvoří pramen pro zpětnou vazbu. Zpětná vazba pak tvoří základ pro vytvoření nových priorit v oblasti dalšího plánování vedoucího ke zlepšování (Marx a Vlček, 2014). Během auditu dochází k analýze úspěšnosti všech dílčích složek organizace pomocí srovnání dat a nalézání shody či neshody se stanovenými cíli a k odkrytí problémových oblastí, na které je následně nutné zaměřit pozornost (Plevová, 2012). Dle Andersona (2003) audit zvyšuje hodnotu organizace identifikací příležitostí ke zlepšení operací uvnitř podniku zvýšením efektivity

nebo identifikací potenciálních úspor nákladů a zefektivněním operací. Interní audit nabízí nezbytné informace o organizaci jejímu představenstvu (Fülöp a Szekely, 2017).

Interní audit je institucionální sebehodnocení dle jasně daných lokálních standardů, což je komplexní, systematický a pravidelný proces vedoucí k vyhodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb na lokální úrovni. Sebekritické vyhodnocení všech sfér péče a stanovení nejslabších míst je vykonáváno s dodržением objektivnosti v sebekritičnosti, kontinuitě a sledováním dynamiky vývoje. Podstatou je pochopení činnosti organizace, minimalizace rizikové činnosti a zjištění potenciálních možností zlepšení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Věstník MZ č. 16/2015).

Ke zřízení interního auditu v organizaci dává nejčastěji podnět vlastník, investor, dozorčí rada, vrcholový manažer nebo zákonná norma (Kafka, 2009). V případě poskytovatelů zdravotních služeb je povinnost interního hodnocení kvality a bezpečí uložena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a věstníkem MZČR č. 16 (2015). Interní audit je možné zajistit z pohledu vykonavatele auditu formou interního zajištění, kdy je auditorem zaměstnanec, nebo externího provedení, kdy se hovoří o vykonání interního auditu externí osobou provádějící činnost pro potřebu organizace. Interní audit lze provádět formou společného interního auditu, který je realizován interním zajištěním a externí osobou (Kafka, 2009).

1.3.2 Postup interního auditu

V první řadě je nutné poukázat na fakt, že smyslem interního auditu není vyhledávání chyb a následné uložení sankcí, nýbrž zjištění slabých míst v systému nebo procesu a nalézání cest k jejich rychlé nápravě (Škrla a Škrllová, 2003). International Organization for Standardization (ISO) 19011 (2018) stanovuje nutnost zavedení interních auditů, přičemž rozsah programu auditu by měl vycházet z rozsahu a povahy auditovaného subjektu, jakož i z funkčnosti, složitosti, druhu rizik, příležitostí a z úrovně zralosti systému řízení subjektu. Řídícím pracovníkem pro koordinaci a plánování auditní činnosti je vedoucí útvaru interních auditů (Váchal et al., 2013). Při přípravě auditní činnosti je třeba věnovat zvláštní pozornost návrhu, plánování a validaci programu auditů (ISO 19011, 2018). Dle Bakaláře (2017) je audit cyklický proces, jehož hlavními složkami jsou výběr auditorského týmu a oblasti, která bude auditována. Dále je nezbytné nastavení srovnávacích standardů, výběr sledovaných dat, sběr dat a jejich vyhodnocení, interpretace výsledků, změna stávající praxe a následná kontrola účinnosti implementovaných změn.

Dle ISO 19011 (2018) je plánování interního auditu a určení cílů, jež jsou v souladu se strategickým vedením a cíli systému managementu počínající fází auditu. Po stanovení cílů je nutné vytvořit program auditů, a to s přihlédnutím na role a odpovědnosti osoby, která jej bude řídit (ISO 19011, 2018). Auditní činnost může zastávat interní auditor sám, v tom případě je vedoucím auditu. Dalším způsobem vykonávání auditu je koordinace členů týmu vedoucím auditu nebo sestavením týmu interních auditorů. Vedle týmu auditorů může být pověřen auditní činností také technický expert, který není interním auditorem, ale poskytuje specifické znalosti či odborné posudky k auditované oblasti (Pokorná et al., 2019). Při výběru řídicí osoby auditu je nutné brát v úvahu její kompetence ve smyslu znalostí principů, postupů a metod auditu, norem systémů managementu, produktu, procesu, činnosti organizace, příslušných právních a jiných norem a znalostí o zainteresovaných stranách organizace (ISO 19011, 2018). Výběr auditované oblasti je dle Bakaláře (2017) důležitým prvkem auditu. Priorita by měla být dána problémům, jež jsou považovány jako klíčové pro dané pracoviště.

Následným krokem je určit rozsah programu stanovením počtu auditů, kritérií a norem, auditovaných oblastí a činností, případně následných kontrol (ISO 19011, 2018). Program interních auditů rozpracovává interní auditor do auditorských postupů s cílem shromáždit analýzy, vyhodnotit a zaznamenat informace týkající se předmětu auditu (Kafka, 2009). Dle Bakaláře (2017) by mělo být stanoveno nejen to, kdo bude sběr dat provádět, ale také kdy bude sběr dat ukončen a v jakém formátu budou výsledky dostupné ještě před započítáním auditu. Součástí auditorských postupů je zhodnocení plnění povinností vedoucích pracovníků v oblasti řídicí kontrolní funkce a vyhledávání rizik v rámci jejich kompetence (Kafka, 2009). Prokáže-li audit potřebu změn, je vhodné provést širší audit meeting, na kterém bude vysvětleno, na základě jakých výsledků je změna požadována a jaké jsou očekávané přínosy této změny (Bakalář, 2017).

Dalším neméně důležitým krokem je identifikace a hodnocení rizik programu spočívající v analýze rizik, které by mohli nastat například nedosažením cílů auditu, narušením činnosti a procesů nebo přímým či nepřímým ohrožením organizace auditem (ISO 19011, 2018). Proces auditu zahrnuje postupy pro plánování jednotlivých auditů, pro zajištění bezpečnosti a důvěrnosti informací, pro stanovení kompetencí auditorů, pro výběr vhodných týmů auditorů, vlastního provádění auditů, pro podávání zpráv, udržování záznamů, monitorování a přezkoumávání včetně rizik a zlepšování (MFČR, 2018). K rozvoji, řízení a zlepšování činností v oblasti auditu je potřeba

identifikovat zdroje potřebné pro program. Je nutné vzít v potaz lidské, finanční, informační, časové a technické zdroje, náklady spojené s auditem a vybavení, zařízení, včetně bezpečnostních ochranných pomůcek (ISO 19011, 2018). Dle Kafky (2009) vezme-li interní auditor v úvahu výše zmíněné zdroje, provede důkladnou administrativní a odbornou přípravu s určením rozsahu zkoumaného souboru, lze předpokládat efektivitu a úspěšnost auditu.

Interní audit na místě lze provádět jako ohlášený, kdy auditovaná jednotka zná datum a čas auditu či neohlášený (Mišún a Mišúnová – Hudáková, 2017). Auditní šetření se zahajuje prvním setkáním, kterého by se měli účastnit i vedoucí pracovníci daného útvaru (Hulková, 2016). Úvodní rozhovor spočívá v představení auditora, předání pověření k auditu a podrobném seznámení s výkonem, přičemž je vysvětlen postup a specifikace nároků na pracovníky a stanoví se doba ukončení auditu (Válková, 2015).

Poté se přistoupí k samotnému šetření s využitím metod vycházejících z metodologie a strategií výzkumu (Pokorná et al., 2019). Mezi metody využívané v ošetrovatelském auditu řadí Hulková (2016) rozhovor, pozorování sester během činnosti, analýzu dokumentace, získávání retrospektivních, souběžných a současných informací od pacientů, příbuzných a personálu na dané jednotce. Lepiešová et al. (1996) uvádějí, že metody auditu na ošetrovatelské jednotce mohou probíhat kontrolou dodržování směrnic, standardů a jiných nařízení. Dle Hulkové (2016) zahrnuje audit také kontrolu pomůcek na oddělení a kontrolu samotného prostředí. Lepiešová et al. (1996) uvádějí, že jednou z metod je sběr statistických údajů pomocí dotazníku a veškerých indikátorů využívaných v ošetrovatelské praxi. Lze také využít hodnocení poskytované péče dotazováním se pacientů, ostatních spolupracovníků, rodiny a veřejnosti. Jednou z forem auditu je měření účinnosti péče a realizace externí inspekční kontroly (Lepiešová et al., 1996). Závěrečnou fází auditu je ukončovací rozhovor, během kterého jsou vedoucímu auditované jednotky sdělena předběžná zjištění (Kafka, 2009).

Povinností vedoucího interního auditu je zaznamenávat veškeré shody a neshody zjištěné při auditu, následně je konzultovat s týmem zúčastněných auditorů a z těchto skutečností vypracovat závěrečnou zprávu (Drastich, 2011). Zpráva musí obsahovat identifikaci organizace, dokumentů, standardů a požadovaných norem, datum, náplň, rozsah a cíl auditu, sumarizaci neshod a postřehů z auditu, dokumentované objektivní důkazy, posouzení, do jaké míry byly splněny požadavky norem a standardů, doporučení nápravných opatření, datum a podpis odpovědné osoby a všech zúčastněných interních auditorů (Válková, 2015). Závěrečná zpráva by měla být předána na auditované

pracoviště do deseti dnů a její součástí by měl být termín na odstranění zjištěných nedostatků. Ve zprávě by neměly být opomenuty pochvaly a pozitivní zjištění (Hulková, 2016). Auditor by se ve svém závěrečném hodnocení měl vyvarovat subjektivním připomínkám a závěrům (Plevová, 2012). Nápravná opatření mohou být auditorem pouze navržena, je pak v kompetenci vedoucího pracovníka, aby tato opatření stanovil (Válková, 2015). Na závěr je oznámen termín dalšího auditu, jehož cílem je zhodnocení, zda došlo k nápravě (Plevová, 2012).

1.3.3 Interní auditor

Mezi nepodkročitelná kritéria, která musí být během auditu dodržena, řadí Pokorná et al. (2019) etické a společensky korektní chování auditorů, interpretaci skutečných a pravdivých zjištěných dat a správný úsudek vyplývající z odborné způsobilosti auditora. Dále Pokorná et al. (2019) uvádějí nezávislost a nestrannost auditora, zajištění průkaznosti a důvěryhodnosti získaných důkazů a jednání bez předsudků a střetu zájmů. Válková (2015) poukazuje na potřebu interních auditorů ve znalostech norem, standardů, terminologie, nástrojů pro vyhodnocování a metodiky v rámci hodnocení pomocí grafického a procentuálního zpracování získaných dat. Dvořáček (2005) vidí přednosti interního auditora v jeho logickém myšlení, kvalifikaci, dobré orientaci v daném odvětví, znalosti strategií v oblastech zaměření, cílů a rizik organizace, znalosti procesů organizace a znalosti hodnocení získaných dat.

Navzdory snaze a záměru každého interního auditora pracovat objektivně a nezávisle v souladu s odbornými normami, má na úsudek vliv i osobnostní charakteristika (Gul et.al, 2013). ISO 19011 (2018) zahrnuje mezi základní charakteristické rysy auditora spravedlivost, pravdivost, upřímnost, čestnost a rozvážnost, ochotu zvažovat alternativní myšlenky nebo hlediska, taktnost v přístupu k lidem, všímavost, vnímavost, všestrannost, houževnatost, rozhodnost a samostatnost. Chamber (2019) upozorňuje na výzvy moderního interního auditu, které mohou na odborníky vytvářet tlak a podněcovat je k rychlému a ráznému jednání s ochotou vyhovět rostoucím požadavkům. Avšak i přes to by měl interní auditor zůstat věrný základním ctnostem. Mezi tyto ctnosti zahrnuje Chamber (2019) nestrannost a otevřenost, nadšení a snahu neustále se vzdělávat v oboru, upřímnost a spolehlivost, snahu o vytvoření otevřené a vřelé atmosféry a získávání si důvěry auditovaných s cílem efektivní spolupráce ku prospěchu organizace. Dle Kafky (2009) musí být auditor také efektivním komunikátorem, protože tato funkce nepochybně vyžaduje velký kontakt s ostatními zaměstnanci a dalšími zainteresovanými

stranami. Již dialog probíhající během auditu může auditora iniciovat k navržení nejlepších nápravných opatření nebo může vést k ověření zjištěných faktů (Kafka, 2009).

Profese interního auditora je založena na důvěře, jež je vkládána do jejího objektivního ujišťování v oblasti řízení rizik, řídicích a kontrolních procesů, správy a řízení organizace. Proto je nezbytné, aby interní auditor jednal v souladu s etickým kodexem (ČIIA, © 2020). Předpokladem registrace auditora, by mělo být jeho vyjádření souhlasu, že bude svou práci vykonávat v souladu s etickým kodexem auditorů (Drastich, 2011). Jedním ze základních atributů je objektivita. Nejvyšší úroveň profesionální objektivity interní auditoři prokazují při shromažďování, hodnocení a podávání informací o činnostech a procesech. K zachování objektivity při tvorbě svých úsudků je podstatné nenechat se ovlivnit svými vlastními zájmy nebo zájmy jiných (ČIIA, © 2020). Nelze tedy akceptovat žádný podnět, dar či jiný profit od auditované organizace (Drastich, 2011) a vždy je nutné uvádět veškeré známé skutečnosti zjištěné během auditu (ČIIA, © 2020). Nezaujatý postoj auditora a důvěra organizace v jeho schopnosti a úsudky je důležitou součástí auditorské činnosti (Drastich, 2011). K dosažení důvěry musí auditor svou práci vykonávat čestně, s náležitou péčí, odpovědně. Auditor se nesmí zapojovat do nezákonných činností, poskytuje informace, které jsou vyžadovány ze zákona nebo profesí a respektuje zákonné a etické cíle organizace, čímž přispěje k jejich dosažení (ČIIA, © 2020). Poznatky a informace zjištěné auditem nelze poskytovat třetí straně (Drastich, 2011). Tyto informace jsou důvěrné a jsou předávány pouze auditované organizaci. Auditoři svou činnost vykonávají na základě svých zkušeností, dovedností, vědomostí a v souladu se Standardy pro profesionální praxi interního auditu. V zájmu efektivity a kvality služeb poskytovaných auditory by měli usilovat o stálé zvyšování vlastní odbornosti (ČIIA, © 2020).

1.3.4 Interní audit ošetřovatelské jednotky

Metodické opatření MZČR (2004) uvádí, že hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb a ostatních souvisejících, které jsou zasazeny do nemocničního prostředí, podléhá legislativní normě a také povinnosti vypracovat jednotlivé směrnice, standardy k výkonu poskytování zdravotní péče. Ve zdravotnictví tyto normy nesmí být podkročeny, pokud by došlo k nedodržení jasně stanovených postupů, byl by tento postup označen jako non lege artis (Vondráček a Vondráček, 2006).

Věstníkem MZ č. 16 (2015) je dána povinnost hodnocení kvality a bezpečí u poskytovatelů lůžkové péče v oblastech rezortních bezpečnostních cílů. Mezi resortní

bezpečnostní cíle patří: bezpečné identifikace pacientů, bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti, prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech, prevence pádů, zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče, bezpečná komunikace, bezpečné předávání pacientů a prevence vzniku dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Mezi procesy podléhající monitoringu kvality péče patří řešení neodkladných stavů, dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých, sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí, sledování spokojenosti pacientů, dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče nebo dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony (Věstník MZ č. 16/2015).

Na ošetrovatelské jednotce lze provádět audit veškerých činností, které sestra během své práce vykonává (Hulková, 2016). Malíková (2011) uvádí, že se audity nejčastěji zaměřují na prostředí v zařízení a jednotlivé typy ošetrovatelských činností při poskytování péče. Tyto úkony jsou založeny na profesionálních standardech, kterými je jasně stanoven postup při jednání sestry a ostatních nelékařských pracovníků v ošetrovatelské praxi (Plevová, 2012). Příkladem lze uvést postup a bezpečnost při ředění dezinfekčních roztoků, bezpečnost při manipulaci s přístroji a nástroji, používání ochranných pomůcek (Schneiderová, 2014), postup při zavádění invazivních vstupů a jejich ošetrování, postup při převazování a monitoraci ran a dekubitů, postup při podávání stravy, postup při péči o hygienu pacienta, postup při podávání léčivých přípravků, jejich ukládání a likvidaci, postup při dodržování veškerých preventivních opatření ať už s ohledem na pacientovo zdraví či zdraví samotných zdravotnických pracovníků (Vytejková et al., 2015). Vedle postupů a využívaných metod v ošetrovatelské praxi lze také hodnotit výkon zdravotnických pracovníků, jejich kompetence, vzdělání a chápání činnosti, kterou vykonávají, či použití správného druhu, uskladnění, použitelnosti a identifikovatelnosti materiálu, stejně jako správný výběr typu přístroje pro danou činnost, jeho stav a identita přístroje. Hodnocení by nemělo uniknout ani prostředí, ve kterém se poskytuje péče, a to měřením hluku, teploty, bezpečnosti a osvětlení (Válková, 2015).

Z praktického hlediska lze dle Škrly a Škrlové (2003) členit ošetrovatelský audit na čtyři druhy. Retrospektivní revize je zaměřena na revizi ošetrovatelských záznamů a chorobopisů propuštěných pacientů. Audit implementace ošetrovatelských standardů je veden za účelem přesvědčit se o tom, zda se v praxi dodržují. Algoritmový audit se provádí se záměrem zhodnotit strategie péče z perspektivy zachovávání dohodnutých

procesů a jejich možných alternativ (mapy péče, klinické postupy). Audit výsledků péče se nespécializuje jen na zjištění kdo-jak-komu, ale také hledá odpovědi na otázku, zda to, co bylo vykonáno, bylo k něčemu dobré (Škrála a Škrlová, 2003).

1.4 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je neodmyslitelnou součástí poskytování a hodnocení zdravotních služeb. Dle Koksteinové (2014) představuje dokumentace ve zdravotnictví souhrn informací o pacientovi v souvislosti se skutečnostmi o poskytnuté zdravotní péči.

Zdravotnická dokumentace musí obsahovat identifikační údaje o poskytovateli zdravotních služeb, identifikační a kontaktní údaje o pacientovi a jeho pohlaví (Vyhláška č. 137/2018 Sb.). Záznamy v dokumentaci musí být pravdivé, průkazné a čitelné a musí být opatřeny datem a podpisem zdravotníka provádějícího zápis (Štefan et al., 2012). Dalšími údaji jsou informace o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb, o tom, zda jde o pacienta s omezenou svéprávností a identifikační a kontaktní údaje zákonného zástupce pacienta (Vyhláška č. 137/2018 Sb.). Opravy v dokumentaci musí být prováděny novým záznamem označeným datem, identifikací provádějící osobou a podpisem, přičemž původní záznam je nutné ponechat čitelný (Zákon č. 372/2011 Sb.). Součástí dokumentace jsou záznamy ordinace léčivých přípravků a záznamy o vzniku nežádoucích událostí (Pokorná et al., 2019).

Vyhláška č. 137/2018 Sb., o zdravotní dokumentaci dále uvádí povinnost zaznamenávat do dokumentace pracovní závěry a konečnou diagnózu, návrh a průběh diagnostického, léčebného, ošetrovatelského, nutričního a rehabilitačního procesu, záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález, epikrízu, hlášení o výskytu infekčního onemocnění, výsledky veškerých vyšetření, znalecké posudky a údaje vztahující se k úmrtí pacienta, jestliže k němu došlo (Vyhláška č. 137/2018 Sb.). Součástí dokumentace jsou informované souhlasy pacienta s poskytováním zdravotních služeb, jejichž podstatou je svobodně vyjádřený souhlas na základě komplexních a pravdivě sdělených informací o dané zdravotní službě. Pokud pacient odmítne zdravotní službu, pak by měla zdravotnická dokumentace obsahovat pacientem podepsaný negativní revers (Zákon č. 372/2011 Sb.). Nedílnou součástí zdravotnické dokumentace jsou záznamy o vedení ošetrovatelské, nutriční a léčebně rehabilitační péči (Vyhláška č. 137/2018 Sb.).

Zdravotnická dokumentace má velký význam pro potřeby trestního a občanskoprávního řízení, při jejím pečlivém vedení slouží jako cenný důkaz o postupu

lege artis (Štefan et al., 2012). Povinnost mlčenlivosti se vztahuje na veškeré informace o pacientovi, a tudíž i na informace, které jsou v dokumentaci obsaženy (Zákon č. 372/2011 Sb.). V rámci ochrany fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů je poskytovatel zdravotních služeb povinen provést technická a organizační opatření vedoucí k zajištění vysoké úrovně zabezpečení osobních údajů o pacientovi (Těšitelová et al., 2018).

1.4.1 Ošetrovatelská dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je nezbytnou součástí zdravotnické dokumentace. Povinnost řádného vedení ošetrovatelské dokumentace je zakotvena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, vyhlášce č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů a v metodickém opatření MZČR 4 (2014). Z těchto legislativních norem dle Marxe a Vlčka (2014) vycházejí akreditační standardy pro nemocnice.

Ošetrovatelská dokumentace by měla obsahovat záznamy plynoucí ze všech pěti fází ošetrovatelského procesu (Tomagová, 2018). V rámci první fáze jde o zdokumentování anamnézy do 24 hodin od přijetí, získané sběrem dat od pacienta, jeho blízkých či jiných zdravotnických pracovníků, pozorováním nebo měřením objektivních ukazatelů (Kudlová, 2016). Objektivní i subjektivní ukazatele lze hodnotit pomocí měřicích a hodnotících technik využívaných ke zhodnocení soběstačnosti a sebezpečí, nutričního stavu, bolesti, psychických funkcí, mobility a rizika pádu, rizika vzniku dekubitů a vědomí (Pokorná et al., 2013). Po zhodnocení zdravotního stavu pacienta sestra stanoví a zdokumentuje ošetrovatelské diagnózy, plán intervencí vedoucích k odstranění ošetrovatelských problémů, způsob, jakým budou intervence vykonány a následně hodnotí výsledky provedených intervencí (Kudlová, 2016). Součástí ošetrovatelské dokumentace jsou záznamy o bilanci tekutin, teplotní tabulka, záznamy o ošetrování a hojení ran, edukační záznam, ošetrovatelská překládová či propouštěcí zpráva (Burda, 2015).

Ošetrovatelská dokumentace je zdrojem informací, které zabezpečují kontinuitu ošetrovatelské péče, poskytuje přehled o vývoji zdravotního stavu pacienta, je podkladem pro kontrolu kvality v ošetrovatelství a v neposlední řadě slouží jako forenzní důkaz v případě soudního šetření (Kudlová, 2016). I přesto, že sestry uznávají význam ošetrovatelské dokumentace, je stále jejich prioritou péče o pacienta. Je však nutné,

aby sestry vzaly v potaz, že ošetrovatelské praktiky vyžadují dokumentaci k zajištění kontinuity péče, plánování a odpovědnosti, jakož i podpory a přijímání postupů založených na důkazech (Nakate et al., 2015)

1.4.2 Změny ve vedení ošetrovatelské dokumentace

Předmětem dlouhodobé kritiky ve zdravotnictví byla administrativní zátěž personálu, což vedlo k přetížení sester a věnování mnoha času stráveného místo péče o pacienta zpracováváním záznamů ošetrovatelské dokumentace. Tato fakta vedla k rozhodnutí připravit v roce 2018 novelu vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci (Koubová, 2018).

Podle doktora Marxe, ředitele Spojené akreditační komise, je představa, o tom že by sestry přestaly svou péči dokumentovat, nereálná a naivní. Především ve spojitosti s novými postupy ve zdravotnictví a s rozvojem kompetencí sester, kdy výrazně stoupá jejich podíl na poskytování péče, a to i té, která není ordinována lékařem. Dále uvádí, že se nejčastěji setkává s chybami v dokumentaci, týkající se nadbytečných záznamů informací, jež byly zdokumentovány jinde, což považuje za problém vnitřního nastavení pravidel v nemocnici a vyhláška v tomto případě nepomůže (Medical Tribune cz, 2018).

Novela vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci zachovává povinnost vedení záznamů ošetrovatelské péče zdravotníkem, který výkon provedl. Nicméně způsob a rozsah těchto záznamů ponechává legislativa na poskytovateli zdravotních služeb (Vyhláška č.137/2018 Sb.). Dle Šnajdrové (2018a) jsou rozhodnutí o tom, co bude zahrnuto do záznamů o poskytnuté ošetrovatelské péči na jednotlivých zdravotnických zařízeních. V podstatě záleží na kreativitě jednotlivých managementů ve zdravotnictví, v jakém rozsahu se rozhodnou ošetrovatelskou dokumentaci vést.

1.4.3 Audit ošetrovatelské dokumentace

Ve všech zdravotnických zařízeních se provádí audity kvality a jasným měřítkem pro uznání kvality je důsledně a správně vedená dokumentace (Koksteinová, 2014). Ve zdravotnictví se provádí audity otevřené a uzavřené dokumentace (Plevová, 2012). K výkonu auditu ošetrovatelské dokumentace je kompetentní osobou auditor, který je zdravotnický pracovník (Pokorná et al., 2019).

Stěžejní metodou auditu ošetrovatelské dokumentace je analýza dat, při níž se využívá analýza skutečných/kořenových příčin událostí (Brabcová, 2015b). Podstatou není identifikovat viníka, nýbrž najít skutkovou podstatu události, stanovit a odsouhlasit

řešení vedoucí k nápravě a zabránit opakování události (Vorley, 2008). Jednou z metod interního auditu je metoda souběžného auditu, jehož výhoda spočívá dle Viana et al. (2016) v možnosti porovnání skutečností ještě v době, kdy je pacient hospitalizován. V podstatě jde o porovnávání dat z dokumentace s možností jejich ověření pozorováním na oddělení. Dle Carry-Littles et al. (2016) je v rámci implementace nových postupů a metod v ošetrovatelské praxi možné pomocí auditu dokumentace zjistit, zda jsou tyto metody účinnější než předešlé, ale také detekovat jejich slabá místa.

Při auditu dokumentace se využívá kontrolní list tzv. checklist (Pokorná et al., 2019). Checklist vytváří auditor na základě stanoveného cíle auditu, norem, standardů a směrnic auditované ošetrovatelské jednotky (Poortaghi et al., 2015). Kontrolní listy obsahují kritéria, na jejichž základě dochází k posouzení, a zároveň poskytují auditorovi záruku v neopomenutí důležitých otázek k dané problematice. Mimo jiné si auditor do listu zapisuje postřehy z auditu a na jeho základě vypracovává závěrečnou zprávu (Drastich, 2011).

1.5 Standardizace zdravotní péče

Standardy ve zdravotní péči jsou závazné normy, díky kterým je možné objektivně hodnotit poskytovanou péči, zajistit pacientům bezpečí, odbornou úroveň péče a ochranu poskytovatelů zdravotních služeb před neoprávněným postihem (Válková, 2015). Významnou osobností profesionálního ošetrovatelství, která popsala ošetrovatelské postupy a zároveň je i hodnotila s využitím statistického zpracování, byla Florence Nightingalová (Kutnohorská, 2010). V 50. letech 20. století se skupina amerických lékařů s uvědoměním potřeby stanovení pravidel při poskytování péče pokusila sestavit první standardy (Gladkij, 2003). Následně v 70. letech 20. století v USA na základě Charty práv nemocných vznikly první standardy léčebné péče (Válková, 2015).

Základní schéma standardů, které se skládá ze tří částí, sestavil Avedis Donabedian, čímž stanovil rámec ke zvýšení kvality zdravotní péče a měření kvality (Hulková, 2016). První částí tohoto schématu je struktura, jež zahrnuje personální zajištění, kvalifikační strukturu, vybavení pomůckami a přístroji (Donabedian, 1986). Strukturální standardy jsou obvykle označovány pojmem směrnice, přičemž centrálními jsou legislativní normy a z nich vycházejí lokální, které stanovuje zdravotnické zařízení (Válková, 2015). Druhou částí schématu je proces zahrnující hygienický a provozní režim a výkony léčebné, diagnostické a ošetrovatelské (Donabedian, 1986). Procesuální standardy jasně udávají postupy výkonů a záznamů v ošetrovatelské praxi (Válková, 2015). Poslední součástí Donabedianova schématu je výsledek představující incidenci a prevalenci dekubitů,

výskyt bolesti, inkontinence, pitný režim, nozokomiální nákazy, incidenci pádů, spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců a změny soběstačnosti (Donabedian, 1986). Standardy výsledku mají monitorovací funkci, zahrnují měřitelná kritéria k hodnocení kvality poskytnuté péče (Válková, 2015).

Standardizace by měla vycházet z ošetrovatelské praxe založené na důkazech a vzhledem k neustálému vývoji oboru by standardy péče měly být pravidelně aktualizovány a revidovány (Hulková, 2016). Cílem standardizace ošetrovatelské péče je písemně stanovit minimální úroveň ošetrovatelských procesů při využití zdravotnických a informačních technologií (Válková, 2015).

1.5.1 Metodika tvorby standardů

Tvorba a zavádění standardů do praxe představuje náročný proces zahrnující spolupráci interdisciplinárního týmu odborníků (Válková, 2015). Při vypracování standardů je nutné dodržet dohodnutou minimální profesní normu kvality péče. Standardy nejen že musí být uznané a kontrolované odborníky v oboru, ale také dynamické, funkční a hodnotné pro ošetrovatelskou praxi (Gomolčáková et al., 2003).

Tvorba standardů by měla být systematickým procesem, v jehož úvodu stojí sestavení týmu proškolených odborníků a dále určení problému a priorit, přičemž je nutné zjistit rozsah problému a vyhodnotit jej. Následně je vypracován standard a předložen managementu ke schválení. Po schválení managementem je předkládán standard sestřám k ověření využitelnosti a zjištění, jestli odpovídá vědeckým poznatkům. Standard tak prochází pilotní studií, při níž mají sestry možnost připomínkovat jej, a na základě aktuálních podnětů je upraven do konečné podoby. Po implementaci standardu do praxe se v časovém intervalu jednoho až tří let reviduje a aktualizuje (Kolektiv autorů, 2004).

Každý standard by měl být vypracován tak, aby byl stručný, reálný a týkal se zadaného tématu (Gomolčáková, 2003). Měl by být pochopitelný a veškeré kroky procesu by měly na sebe navazovat (Válková, 2015). Vyhodnocení standardu je možné na základě stanovených hodnotících kritérií formulovaných v pozitivním smyslu slova a splnitelných pro dané zařízení (Gomolčáková, 2003). Dle Válkové (2015) musí standard pojímat oblast zaměření, definovat pro kterou kategorii pracovníků a pacientů je určen, dobu platnosti a identifikaci odborníků podílejících se na jeho sestavení. Dále by standard měl obsahovat kontaktní osobu, název zodpovědné instituce a osoby, cíl standardu, strukturální, procesuální a výsledková kritéria, kontrolní kritéria a vymezení nejdůležitějších pojmů (Válková, 2015).

Velký význam ve standardizaci ošetrovatelské péče měl projekt započatý v 60. letech 20. století ve Velké Británii s názvem Study of Nursing Care (McFarlane, 1970). Díky tomuto projektu vznikl výbor pro standardizaci péče, který vypracoval několik doporučení k tvorbě ošetrovatelských norem. Z těchto doporučení bylo čerpáno v dalším projektu, jehož výstupem byl Dynamic Standard Setting System (DySSSy) umožňující sestřám a dalším zdravotnickým pracovníkům nastavovat a kontrolovat vlastní standardy (Harvey a Kitson, 2015). Válková (2015) uvádí následující fáze při použití metody DySSSy využívané k sestavování ošetrovatelských standardů. Počátečním krokem je stanovení a popsání problému ošetrovatelským týmem a určení cíle, jehož má být dosaženo. Poté je nutné přiřadit ke standardu strukturální, procesuální a výsledková kritéria označena kódem a číslem (Válková, 2015). Při vymezení kritérií je nezbytné akceptovat požadavky obsažené v metodě DySSSy zohledňující jednotné schéma standardu, logickou návaznost a pořadí intervencí potřebných k dosažení cíle standardu. Veškerá stanovená kritéria musí být dosažitelná, objektivní, měřitelná a přesně určující oblast měření (Hulková, 2016). Dle Válkové (2015) se po sepsání standardu přikročí k diskuzi, ve které dostane každý člen ošetrovatelského týmu prostor vyjádřit své připomínky, návrhy a názor k danému problému. Následně je v praxi ověřována srozumitelnost, žádoucí úroveň realizace a měřitelnost standardu, při čemž se před finální verzí upraví veškeré zjištěné nedostatky. Dalším krokem je dle Válkové (2015) opatření standardu názvem s jasným vyjádřením jeho obsahu, a pokud je standard relevantní, pochopitelný, měřitelný, akceschopný a dosažitelný, je vyhlášen jako platný. Standard musí odpovídat potřebám daného oddělení a musí být akceptovatelný pro praxi, jedině tak mohou být sestry zodpovědné za jeho dodržování (Gomolčáková, 2003). Součástí standardu je schéma kontrol či hodnocení, na jejichž základě je možné zjistit nové poznatky, chyby nebo mezery, které mohou vést k dalším úpravám (Válková, 2015).

1.5.2 Indikátory kvality

Nástrojem pro měření kvality péče jsou indikátory kvality, jež lze definovat jako ukazatele (kritéria) vztahující se ke struktuře, procesu nebo výstupu důležitého aspektu péče, díky kterým lze měřit míru shody poskytované péče se standardem, směrnici či požadavkem (Válková, 2015). Indikátory kvality definují Roztočil et al. (2011) jako jasně specifikované a kvantifikovatelné parametry určující kvalitu daného procesu nebo služby. Dle Donebediana (1986) jsou indikátory kvality zdravotní péče jasně vymezené

prvky nemoci či péče, jsou měřitelné ve vztahu ke kvalitě a charakterizují strukturu, proces nebo výsledek. Struktury dle Roztočila et al. (2011) zahrnují zdroje, vybavení a personál poskytující zdravotní služby. Indikátory týkající se struktury představují úroveň vzdělání zdravotnických pracovníků a jejich počet, prostorové zajištění, technickou a protipožární vybavenost pracovišť. Procesní ukazatele měří aspekty ošetrovatelské péče, shodu či neshodu s akreditačními standardy, procento nákaz spojených s hospitalizací, úroveň zdravotnické dokumentace, fyzický stav ošetrovatelské jednotky nebo čekací dobu na příjmu (Škrla a Škrlová, 2003). Indikátory výsledku sledují komplikace, nepříznivé události (Roztočil et al., 2011) a výstupy poskytované péče, mezi něž lze řadit náklady na lůžko/den, počet stížností na kvalitu péče, konkrétní určení hlavní diagnózy či mobility při propuštění v porovnání s příjmem (Škrla a Škrlová, 2003).

Stanovené indikátory kvality péče musí být předem určené, konkretizované a relevantní (Žiaková et al., 2009). Jejich úkolem je především sledovat účinnost či neúčinnost přijatých opatření (Pokorná et al., 2019). Musí být smysluplné, aby vedly ke zvyšování kvality. Jde o kvantitu, která nám říká něco o kvalitě. Indikátory kvality jsou vždy vyjádřeny číselně, tak aby výsledek mohl být zasazen do numerického kontextu a jasně umožňoval porovnání dvou proměnných. Indikátory mohou představovat výstražné signály varující, že není něco v pořádku a jsou zaměřené na negativní či pozitivní jevy. Mohou být směřovány na lékaře, sestry, proces, klinickou událost nebo systém (Škrla a Škrlová, 2003). Hodnocení a sledování indikátorů lze provádět z hlediska vlivu na péči o pacienty, na bezpečnost pacientů (náchylnosti ke komplikacím), na práva pacientů, na spokojenost pacientů a zaměstnanců, ovlivnění nákladů, četnosti výskytu nebo dostupnosti spolehlivých dat (Podstatová a Chocholáč, © 2020).

Škrla a Škrlová (2003) uvádějí vztahové – poměrové indikátory kvality. Jejich základem je sběr a agregace dat o jevech vyskytujících se v určité frekvenci vyjádřených v poměrech nebo průměrech. K porovnání však musí zahrnovat jmenovatele a činitele. Jedná se o nutnost srovnání s celkovým počtem a procentuální či grafické vyjádření. Indikátory kvality zaměřené na standardizované procesy ve zdravotnických zařízeních zahrnuje dle Podstatové a Chocholáče (© 2020) klinické sledování. Tyto ukazatele se zaměřují na vyšetření pacienta, chirurgické postupy, aplikaci anestezie, podávání léčivých přípravků a monitoraci pochybení tohoto procesu, používání krve a krevních derivátů, kontrolu nemocničních nákaz a jejich hlášení, bezpečnost a kvalitu na pracovištích s radiačním zářením a v laboratořích. Strážní indikátory se dle Škrly a Škrlové (2003) vztahují na závažné nežádoucí události, které mají za úkol

identifikovat jevy nebo fenomény, kdy je při jejich výskytu nutné provést okamžité vyšetření a analýzu příčin. Indikátory týkající se sledování manažerských činností se dle Podstatové a Chocholáče (© 2020) zaměřují na kontrolu podávání zpráv v oblasti činností, u nichž je toto sledování upraveno zákonnými a podzákonnými normami, řízení rizik, dozorem, kontrolou a prevencí událostí ohrožujících bezpečí pacientů, jejich blízkých a personálu.

Dle Škrly a Škrlové (2003) je při výběru či konstrukci indikátoru třeba zohlednit o jaký jev nebo pozorování se jedná, charakteristiku populace v dané sledované či rizikové skupině, časové omezení při shromažďování dat a zda je k dispozici benchmark (výsledky měření nebo analýza procesů/výkonů) vypovídající o číselném výsledku indikátoru.

1.5.3 Klinické doporučené postupy

Klinické doporučené postupy definovali Field a Lohr (1990) jako systematicky vypracovaná tvrzení, která v dané klinické situaci pomáhají lékařům a pacientům ve výběru vhodné zdravotní péče. Dle American Academy of Family Physicians (© 2019) jsou klinické doporučené postupy návrhy pro zdravotnickou praxi, jenž jsou vytvořené na základě systematického přezkoumání důkazů a přehodnocení přínosů v péči o pacienty. Účelem klinicky doporučených postupů je dle Davis et al. (2007) popsat adekvátní péči vycházející z praxe založené na důkazech a širokém konsenzu, sumarizace výsledků z výzkumů a realizace transparentních klinických rozhodnutí a stanovení priorit budoucích výzkumů. Líčeník (2013) uvádí také možnosti snížení míry nepřiměřené či zbytečné péče, rizika právní odpovědnosti a podporu etické praxe. Dalšími účely klinicky doporučených postupů jsou zvyšování kvality a zlepšování výsledků zdravotní péče, snižování rozdílů v poskytování péče a podpora efektivního využívání zdrojů. Klinické doporučené postupy představují zdroj pro celoživotní vzdělávání, poskytují rady, vědecké vedení zdravotníkům, informovanost pacientům a lze je využívat jako zdroj pro kontrolu kvality péče.

ÚZIS ČR (2018) vidí jako nástroj moderní zdravotní politiky klinické doporučené postupy, které při jejich vhodném vytvoření mohou představovat závazné metodické postupy pro zdravotnickou praxi. Tyto postupy by měly zajistit efektivní využití diagnosticko-léčebných prostředků, a to nejen z hlediska medicínského a ostatních zdravotnických věd, ale také z hlediska efektivního využití veřejných zdrojů. Sjednocení úrovně a kvality poskytovaných služeb lze dle ÚZIS ČR (2018) dosáhnout stanovením

a dodržováním klinicky doporučených postupů, jež také představují standardizovanou algoritmizaci diagnosticko-léčebných postupů využívaných při pregraduálním a postgraduálním vzdělávání zdravotníků. Jarošová a Zeleníková (2014) uvádějí, že klinické doporučené postupy jsou stanoveny obecně a lze je pokládat za vodítka pro zdravotníky v poskytování zdravotní péče. Vždy je však nutné zvažovat, zda jsou doporučení vhodná vzhledem k individuálnímu přístupu v dané situaci a k danému problému u konkrétního pacienta (Jarošová a Zeleníková, 2014).

Tvorba klinicky doporučených postupů probíhá na mezinárodní, národní a lokální úrovni, kdy na začátku procesu stojí otázka, zda je jejich výstup potřebný (Líčeník, 2013). Jarošová a Zeleníková (2014) a Líčeník (2013) uvádějí dva způsoby, jak mohou klinicky doporučené postupy vznikat, a to vytvořením původního doporučeného postupu (full – process guideline) nebo adaptovaného doporučeného postupu (adapted guideline). Dle Jarošové a Zeleníkové (2014) je tvorba původního doporučeného postupu založena na systematických přehledech primárních zdrojů podle definovaného rámce Patient, Intervention, Comparison, Outcome – PICO (TS) a klinických otázek. PICO je doporučovanou metodou pro formulaci klinických otázek, které problém definují ze čtyř hledisek. Prvotním hlediskem je vymezení pacienta nebo skupiny pacientů, kterých se otázka týká. Následně je nutné stanovit intervence zvažované k odstranění problému a intervence k porovnání. Pro vyhodnocení je pak potřeba stanovit očekávaný výsledek (Echevarria a Walker, 2014). Adaptovaný doporučený postup vzniká z původního klinického doporučeného postupu, jenž je následně přizpůsoben metodou transkontextuální adaptace sociokulturnímu a organizačnímu prostředí, ve kterém bude využíván (Jarošová a Zeleníková, 2014). Adaptace klinického postupu či tvorba nového klinického postupu je jasně dána metodickými pravidly s využitím standardních nástrojů ADAPTE a AGREE II, zahrnující proces tvorby s logickou strukturou a systematickostí na základě vědeckých důkazů, systematických přehledů a metaanalýz (Líčeník, 2009). Nástroj AGREE II obsahuje dvacet tři položek uspořádaných do šesti domén, kterými jsou rozsah a účel, zapojení zúčastněných stran, přísnost rozvoje, srozumitelnost prezentace, použitelnost, redakční nezávislost. Dále obsahuje dvě položky pro celkové hodnocení (AGREE II, 2017).

Implementace klinicky doporučených postupů představuje přenos znalostí do praxe (Líčeník, 2013). Klinicky doporučené postupy zahrnují poznatky z praxe založené na důkazech a jejich zaváděním do praxe je přenos vědeckých poznatků jasný a přímý (Jarošová a Zeleníková, 2014). Dle Líčeníka (2013) je implementace klinicky

doporučených postupů souhrn promyšlených strategií na rozdíl od pouhé diseminace. Aby bylo možné určit, které strategie budou efektivní pro konkrétní klinicky doporučený postup, měli by implementátoři analyzovat kontext zdravotní péče, zrevidovat příslušnou literaturu a zdroje a vypracovat cílený plán (Davis et al., 2007). Dle Kozákové (2016) úspěch či neúspěch implementace klinicky doporučených postupů závisí nejen na kontextu zdravotní péče a hodnocení relevantní literatury, ale také na rozvoji systematických intervencí s doplněním o behaviorální teorie a organizační změny. Přijetí a používání klinicky doporučených postupů spočívá na podpůrných faktorech a bariérách (Líčeník, 2013). Mezi tyto faktory Davis et al. (2007) řadí například vnímání zdravotníků potřeby změn v praxi, motivaci zdravotníků tyto změny aplikovat nebo jejich postoje k doporučením klinicky doporučených postupů. Jarošová a Zeleníková (2014) uvádějí jako faktory ovlivňující přijetí doporučených postupů formu jakou je doporučený postup předkládán a podporu managementu při zavádění změn vedoucích ke zkvalitnění péče a často i k ekonomickým benefitům. Dle Líčeníka (2013) ovlivňuje samotná podstata doporučených postupů jejich přijetí cílovými uživateli.

1.6 Rizika ve zdravotnictví

Samotné riziko lze definovat jako pravděpodobnost, že dojde ke škodě, ztrátě či neúspěchu nebo také jako možnost odchýlení skutečných výsledků od očekávaných (Smejkal a Rais, 2013). V souvislosti se zdravotnictvím je riziko v úzkém vztahu se snahou globálního zdravotnictví zaručit bezpečnost poskytované zdravotní péče (Škrla a Škrlová, 2008). Ve zdravotnických zařízeních probíhá podle předem připravených plánů mnoho procesů, jenž jsou ovlivňovány složitostí moderních diagnostických a terapeutických technologií, lidských povah, atmosférou často nabitou stresem a emocemi, nedostatkem finančních a lidských zdrojů. Všechny tyto faktory podporují existenci a růst rizik. (Šamaj, 2016). Dle Pokojové a Bártlové (2018) nedostatek všeobecných sester a jejich vysoké pracovní zatížení negativně ovlivňuje bezpečí pacientů. Mezi další faktory ovlivňující vznik rizika řadí Šamaj (2016) zastaralé funkční řízení, spontánně se rozvíjející organizační kultury, nestabilní politické a ekonomické zázemí.

Systémy řízení rizik se začali rozvíjet v 60. letech 20. století v USA důsledkem zanedbávání péče a zvyšujících se nákladů, z čehož vyplynula potřeba řídit a minimalizovat klinická rizika (Kuhn a Younberg, 2002). V letech 1999–2001 vydali Americký institut medicíny a Institut for Healthcare Improvement publikace

To err is human (Chybovatí je lidské) a Crossing the quality chasm (Překročení propasti kvality), které byly dostupné pro širokou veřejnost a díky nimž se urychlil a zvýšil zájem o chyby a omyly v medicíně (Institut for Healthcare Improvement, © 2020). Dokument To err is human zveřejňuje informace o tom, že v USA dochází k vysokému počtu úmrtí pacientů ve zdravotnických zařízeních následkem pochybení zdravotnického personálu. Problémy vedoucí k pochybením při poskytování zdravotní péče vidí autoři dokumentu v decentralizaci a roztržitosti systému a nedostatečné pozornosti zaměřené na předcházení lékařských omylů (Institut of Medicine, 2000).

Následně Světová zdravotnická organizace v roce 2002 zdůraznila význam bezpečnosti pacientů jako celosvětového problému zdravotní péče a v roce 2004 založila Světovou alianci pro bezpečí pacientů, která zahájila program WHO Patient Safety (WHO, © 2020a). Součástí aktivit Světové aliance pro bezpečí pacientů ve spolupráci s Joint Commission v USA je pravidelné zveřejňování tzv. řešení bezpečí péče o pacienty. „Řešení“ představuje standardizovaný nástroj, který zahrnuje obecné faktory vedoucí ke vzniku rizika pro pacienty, řešení rizik a jejich dopadu a doporučení jakými intervencemi předcházet rizikům nebo zmírňovat jejich dopady (WHO, © 2020b).

Na summitu členských států Evropské unie v roce 2005 byla schválena Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů (Luxembourg Declaration on Patient Safety). V této deklaraci bylo doporučeno členským státům Evropské unie zavádět systémy hlášení mimořádných událostí a zavádět systémy řízení rizik ve zdravotnictví (European Commission DG Health and Consumer Protection, 2005). V roce 2006 byla vyhlášena Londýnská deklarace zahrnující vizi bezpečnějšího zdravotního systému při poskytování péče. Dále byly uvedeny oblasti, ve kterých by pacienti mohli spolupracovat s poskytovateli zdravotní péče a tím přispět ke zvýšení bezpečí pacientů (WHO, 2006).

V roce 2009 byla vyhlášena Vídeňská deklarace (Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna), která zahrnovala kroky ke zvýšení bezpečí pacientů v intenzivní medicíně. Mezi doporučení Vídeňské deklarace patří: lepší komunikace mezi členy multidisciplinárního týmu; zvýšení povědomí o příčinách a důsledcích rizik v bezpečnosti pacientů; otevřená komunikace při případných chybách a nežádoucích událostech; zavedení a vyhodnocování indikátorů bezpečnosti (Moreno et al., 2009).

Helsinská deklarace z roku 2010 je výsledkem konsensu mezi Evropskou anesteziologickou radou a Evropskou anesteziologickou společností v otázkách bezpečí pacientů při podání anestezie. Prohlášení bylo podepsáno zástupci evropské anesteziologie, Světovou federací společností anesteziologů a Evropskou federací

pacientů. Evropská anesteziologická rada a Evropská anesteziologická společnost zřídily pracovní skupinu pro bezpečnost pacientů poskytující nástroje a protokoly anesteziologům, které by mohli potřebovat při plnění povinností vyplývajících z prohlášení (ESA, © 2020).

Intenzivně se problematikou kvality a bezpečí zdravotních služeb zabývá organizace ISQua, pořádající každoročně mezinárodní konference po celém světě (ISQua, © 2018b). Zjevné riziko ve zdravotnictví vyvolalo v mnoha zemích snahy investovat do opatření k posílení systémů zdravotní péče a tím zajistit vyšší bezpečí pacientů. Veškeré úsilí vyvrcholilo v roce 2015 zahájením série Global Ministerial Patient Safety Summit. První summit se konal v roce 2016 v Londýně následně roku 2017 v Bonn, roku 2018 v Tokiu a v roce 2019 v Jeddahu (Ministry of Health, 2019). Neméně aktivní při řešení problematiky kvality a bezpečí zdravotní péče jsou i ostatní mezinárodní organizace. Příkladem lze uvést JCI, Světovou alianci pro bezpečí pacientů, The Center for Patient Safety, Mezinárodní radu sester (ICN), Radu Evropy nebo Radu EU.

Ani v České republice není kvalita a bezpečí zdravotních služeb opomíjena. Ministerstvo zdravotnictví od roku 2003 zajišťuje národní koordinaci programu „Nemocnice a zdravotnická zařízení podporující zdraví,“ které v rámci tohoto programu WHO spolupracují přímo s odborníky z několika českých nemocnic (MZČR, 2016). V roce 2007 byla zveřejněna první verze již zmiňovaného „Řešení“ zpracovávaného skupinami mezinárodních expertů a publikovaná Centrem WHO pro bezpečí pacientů při Joint Commission v USA (MZČR, 2007). V témže roce byl vydán dokument „Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví“ zahrnující strategie Ministerstva zdravotnictví s cílem zajistit vyšší bezpečí pacientů (MZČR, 2008). Ministerstvo zdravotnictví postupně zavádělo systémová opatření vedoucí ke zvyšování bezpečnosti pacientů i kvalitě poskytované zdravotní péče a v roce 2010 byl schválen „Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010–2012“ vycházející z „Doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“. Jedním z opatření k zajištění vyššího bezpečí pacientů bylo vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů formou doporučených postupů. Účelem zavedení Resortních bezpečnostních cílů je minimalizace rizik poškození pacientů a jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče (MZČR, 2013). V roce 2010 vznikla v České republice skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče, která tvoří základní iniciační a koordinační orgán pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče. V návaznosti na „Doporučení Rady EU“ bylo hodnocení kvality a bezpečí zdravotních

služeb legislativně zakotveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (MZČR, 2015). Následným krokem k zavedení bezpečné zdravotní péče bylo zavedení sledování nežádoucích událostí a legislativních norem vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, která byla novelizována vyhláškou č. 262/2016 Sb. a Věstníku č.16/2015 zahrnujícího minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Vyhláška č. 102/2012 Sb., Věstník č.16/2015). Ministerstvo však podniká i další škálu aktivit zaměřených na bezpečí pacientů (Šnajdrová, 2018b). V roce 2016 přeložilo Příručku k osnově o bezpečí pacientů: Multiprofesní edice, která byla v roce 2011 vydána Světovou zdravotnickou organizací pod názvem WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition (WHO, 2011). Vytvořilo Portál kvality a bezpečí pro odbornou i širokou veřejnost, ke snadnější orientaci pacientů ve zdravotnictví, vydává publikaci „*Rádce pacienta*“, realizuje projekt dotazníkového šetření spokojenosti pacientů online a koordinuje systém hlášení nežádoucích událostí prostřednictvím ÚZIS (Šnajdrová, 2018b). V současné době kvalitu a bezpečí zdravotních služeb zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví také pomocí Akčního plánu č. 9 Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí (MZČR, 2015).

1.6.1. Management rizik

Řízení rizik ve zdravotnictví je důležitým systematickým procesem zahrnujícím identifikaci, hodnocení a zavádění preventivních opatření rizik. Tento proces umožňuje řídit klinická, administrativní, provozní a zaměstnanecká bezpečnostní rizika v organizaci (Šupšáková, 2017). Jedná se o jeden ze základních pilířů moderního managementu, jehož cílem je posuzovat rizika do akceptovatelné míry nebo je zcela eliminovat (Škrla a Škrlová, 2008). Dle Šnajdrové (2018b) je cestou ke zvyšování kvality a standardu poskytované péče, přijímání kroků a opatření za účelem předcházení a minimalizace pochybení. Management rizik tak představuje ucelenou proaktivní strategii vedoucí k ochraně dobré pověsti nemocnice, k ochraně pacientů, zdravotnického personálu, návštěv a majetku před možným poškozením jmění či zdraví (Škrla a Škrlová, 2008). Management rizik se zaměřuje na neustálé zvažování možností výskytu nežádoucích situací a navrhování efektivních preventivních opatření (Šamaj, 2016).

Management rizik v ČR je ovlivňován a upravován ISO normou ČSN ISO 31000 Management rizik Směrnice, která obsahuje řadu principů k naplnění efektivního managementu rizik a podněcuje k rozvoji, implementaci a integraci procesů řízení rizik do svého celkového vedení, strategie a plánování, managementu, procesů podávání hlášení, politik, hodnot a kultury organizace (ČSN ISO, 2018). ČSN EN 31010 Management rizik Techniky posuzování rizik je norma obsahující doporučení k výběru a aplikaci systematických technik pro posouzení rizik a to identifikací, analýzou a hodnocením rizik (ČSN EN 31010, 2011).

Vzhledem k rizikovým procesům probíhajících při výkonu pracovní činnosti ve zdravotnických zařízeních je nutno brát v potaz managementem rizik bezpečnost a ochranu zdraví při práci (Prokešová et al., 2014). Řešení bezpečnosti vyžaduje také riziko spojené s procesem nakládání s nebezpečným odpadem, které může mít dopad na zdraví pacientů, zdravotnického personálu, ale může ohrozit i veřejné zdraví a životní prostředí (SZÚ, 2020). Mezi nejvýznamnější rizika v klinické praxi zahrnuje Brabcová (2015c) medikační pochybení, nedostatečnou identifikaci pacienta, záměnu pacienta, výkonu, operované strany, párové končetiny či orgánu, neúplně nebo nesprávně vedenou dokumentaci, nemocniční nákazy, nežádoucí události na operačním sále a v intenzivní péči, poškození zdraví při omezování pohybu pacientů, neúčinnou komunikaci a neočekávané situace ve vztahu s chováním personálu a pacientů. Sestry manažerky dle Prokešové et al. (2014) řadí mezi rizikové procesy v ošetrovatelství procesy spjaté s manipulací s infekčním, nebezpečným, radioaktivním materiálem a chemikáliemi, procesy převodu látek z těla a do těla pacienta, procesy spojené s přenosem nemocničních nákaz a procesy ve vztahu s využíváním přístrojového vybavení, komunikací a administrativou (Prokešová et al., 2014).

1.6.2 Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení

Program řízení rizik v organizaci by měl prostupovat celou organizační strukturou, netýká se tedy pouze manažerů, měl by zahrnovat všechny zaměstnance (Caroll, 2009). Dle MZČR (2008) se musí do procesu snižování rizik zapojit všichni, a to, jak stát a poskytovatelé zdravotních služeb, tak i pacienti. Stát v tomto procesu stanovuje a kontroluje základní parametry, přičemž povinností zdravotnických zařízení je na ně aktivně reagovat, zavádět je do praxe, trvale vyhodnocovat jejich účinnost a reagovat na aktuální potřebu. Hlavní kontrolní úlohu plní pacienti. Ti musí být edukováni

v dostatečném rozsahu a informování o možnostech i formě komunikace. Stát musí přispívat a podporovat v informovanosti pacientů, aby se pomyslný kruh uzavřel.

Škrla a Škrlová (2008) uvádějí, že na rozdíl od jiných organizací jsou ve zdravotnických zařízeních procesy zajišťovány převážně lidmi, což vede k vyššímu počtu zaměstnanců. Také jsou zdravotnická zařízení strukturovaná z více či méně autonomních jednotek s vlastními pravidly a kulturou a komunikace probíhá spíše verbálně a neformálně. Tato fakta pak vedou k výskytu většího komunikačního šumu a častějšímu pochybení. Závadský (2005) a Škrla a Škrlová (2008) vidí efektivní řízení rizik ve zdravotnictví v zavádění procesního řízení vedoucího k zefektivnění procesů. Procesní řízení je systematický postup identifikace, měření, vizualizace, hodnocení a kontinuálního zlepšování procesů uvnitř organizace s aplikací vhodných principů a metod (Závadský, 2005). Procesní přístup k řízení poskytuje vysoký stupeň standardizace a nastavení pravidel organizace ve všech aspektech a oblastech jejího provozu (Briš a Opletalová, 2019). Ve zdravotnictví je procesní řízení v úzkém vztahu s řízením kvality, kdy dochází k prolínání s řízením rizik v procesně řízeném zdravotnickém zařízení při tvorbě i uplatnění standardů, realizaci kontrol a auditů (Prokešová et al., 2014). Procesní management ve zdravotnických zařízeních využívá informační systémy k informačně technologické podpoře procesního řízení, řízení kvality a managementu rizik. V současnosti za účelem minimalizace a eliminace rizik zřizují pozice manažera rizik (Škrla a Škrlová, 2008).

Klíčové procesy řízení rizik jsou dle Carroll (2009) zaměřeny na veškeré činnosti v organizaci a určení zásadních elementů struktury managementu rizik a kontrolního systému s dostatečným rozsahem pro pokrytí všech příslušných rizikových kategorií se zajištěním zpětné vazby. Zaměřují se na stanovení vhodné strategie řízení rizik, vnitřních směrnic a předpisů. Efektivní řízení rizik ochraňuje hodnoty organizace. Škrla a Škrlová (2008) uvádějí čtyři jednoduché kroky metodologie řízení rizik, a to identifikace rizik, vyhodnocení rizik, řešení rizik a zpětnou vazbu. Carroll (2009) uvádí jako efektivní řízení rizik využívání pětikrokového modelu zahrnujícího identifikaci a analýzu/hodnocení rizika, zvážení a výběr vhodných strategií ke zvládnutí rizika a jejich implementaci, monitoraci a zlepšování programu rizik. Prokešová et al. (2014) uvádějí model managementu rizik, který se zaměřuje na rizikové procesy a jejich rizikové části tedy situace, kdy by mohlo či dojde k pochybením a omylům. Model se zakládá na vyhledávání rizikových procesů, jejich rizikových situací, pochybení a omylů, jež mohou nastat během procesů. Motivací k minimalizaci a předcházení rizikových situací

preventivními opatřeními je hledání, identifikace a vyhodnocování rizik. Závažnost a četnost výskytu vyhodnocených rizik podmiňuje buďto k akceptaci rizika nebo k nalézání postupů, dále pak omezení jeho výskytu pomocí opatření, jež jsou sledována a vyhodnocována (Prokešová et al., 2014).

K identifikaci rizik je dle Škrly a Škrlové (2008) nejčastěji zvolen brainstorming, kdy se stanovují hlavní rizikové faktory či oblasti a následně jsou stanovená rizika zapsána do karet a registru rizika. Karty a registr rizik jsou pravidelně, alespoň jednou ročně aktualizovány (Škrly a Škrlová, 2008). K analýze rizik lze využívat kvalitativní, kvantitativní nebo kombinované metody (Smejkal a Rais, 2013). Analýza rizik představuje vhodný způsob podrobného zkoumání příčin, pravděpodobného výskytu rizika a jeho dopadu (Nenadál, 2018). Dle Smejkala a Raise (2013) je základem kvalitativních metod popis závažnosti potenciálního dopadu a pravděpodobnosti, že daná událost nastane. Kvantitativní metody se opírají o matematické výpočty rizika z frekvence výskytu rizika a jeho dopadu. Kombinované metody vycházejí z numerických dat, avšak díky kvalitativnímu hodnocení se více přibližují realitě oproti předpokladům vycházejících z kvantitativních metod.

Odhalování rizika je možné retrospektivním nebo prospektivním přístupem. Retrospektivní forma hodnocení a analýzy rizika je prováděna u proběhlých událostí. Prospektivní metoda je založena na aktivním vyhledávání potenciálních rizik a jejich analýzou (Šupšáková, 2017). Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování stanovuje poskytovatelům zdravotních služeb sledovat a hlásit výskyt nežádoucích událostí. Analýzu kořenových/skutečných příčin události (Rout Cause Analysis, RCA) lze použít k retrospektivnímu zkoumání incidentu, tedy nežádoucí události a je auditním nástrojem reagujícím na závažná selhání (Brabcová, 2015b). Nejdříve je sestaven tým, který shromáždí informace o proběhlé události, ty čerpají z dokumentace a rozhovorů s účastníky incidentu. Následným úkolem týmu je zjistit skutečné příčiny a podmínky, za nichž k pochybení došlo. Dále tým určí a zavede opatření ke zmírnění dopadu pochybení na pacienta, navrhne a implementuje nápravná opatření vedoucí k zamezení opakování nežádoucí události. Implementovaná opatření jsou v dalších obdobích sledována a je vyhodnocována jejich účinnost (Věstník č. 8/2012). Analýza možnosti vzniku vad a jejich následků (Failure Mode and Effect Analysis, FMEA) je metodou proaktivního vyhledávání rizik. Pomocí této metody je možné včasné identifikování nežádoucí události a včasná prevence k minimalizaci jejího výskytu, eventuálně ke zmírnění dopadu vzniklého pochybení

(Brabcová, 2015b). Na počátku analýzy FMEA je stanovena možná nežádoucí událost. V souvislosti s touto událostí se hodnotí tři oblasti, kterými jsou možné následky nežádoucí události, pravděpodobnost výskytu nežádoucí události a stávající způsob kontroly. Každé oblasti je přidělena numerická hodnota na stupnici jedna až deset, kdy se pro možné následky nežádoucí události stanovuje hodnota významnosti (nejnižší hodnotou je jedna), pro pravděpodobnost výskytu události hodnota výskytu (nejnižší hodnotou je jedna) a pro stávající způsob kontroly hodnota odhalitelnosti (nejnižší hodnotou je jedna). Součinem těchto hodnot je stanovena míra rizika (Risk Priority Number, RPN) jenž vypovídá o rizikovosti události (Kapias, 2014). Odborníky byla mezní hranicí RPN stanovena hodnota 125, což odpovídá součinu průměrných hodnot dílčích kritérií. Po vyhodnocení rizik jejich analýzou jsou do praxe implementována preventivní opatření (RPN \uparrow 125) či dochází k akceptaci rizika (RPN \downarrow 125). Ve zdravotnictví se však setkáváme s vysoce rizikovými procesy, u nichž je nutné brát v potaz i nižší mezní hranici RPN (Brabcová, 2015b). V návaznosti na zjištění míry rizika je potřeba nejen navrhnout nápravná opatření, ale také zavádět změny v procesech, které povedou k minimalizaci rizik (Filip, 2019).

Škrla a Škrlová (2008) uvádějí, že v následujících obdobích je nutné rizika dokumentovat, monitorovat a sledovat účinnost preventivních opatření. Dle Nenadála (2018) by veškeré aktivity managementu rizik měly probíhat opakovaně v plánovaných intervalech. K vyhodnocení účinnosti programu managementu rizik lze využívat indikátory kvality citlivé pro sledování stupně rizik, které mohou pomoci při vyhledávání a sledování potenciálních rizik (Škrla a Škrlová, 2008).

2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Popsat systém interních auditů lůžkové ošetrovatelské péče.

Cíl 2: Vyhodnotit vliv interních auditů ošetrovatelské péče na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče z pohledu interních auditorů.

Cíl 3: Vyhodnotit vliv interních auditů ošetrovatelské péče na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče z pohledu směnných sester.

Cíl 4: Vyhodnotit vliv interního auditu ošetrovatelské dokumentace na úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace.

2.2 Výzkumné otázky

V 1: Ve kterých oblastech jsou využívány interní audity v ošetrovatelské praxi?

V 2: Jaké jsou názory interních auditorů na využití interních auditů v ošetrovatelské praxi?

V 3: Jaké jsou názory sester na využití interních auditů v ošetrovatelské praxi?

2.3 Hypotézy

H1: Interní audit ošetrovatelské dokumentace statisticky významně zvyšuje správnost záznamů ošetrovatelské péče.

H2: S délkou hospitalizace se zvyšuje počet chyb v záznamech ošetrovatelské dokumentace.

H3: V záznamech ošetrovatelské dokumentace se vyskytují statisticky významně častěji chyby na stanici A než na stanici B.

2.4 Operacionalizace základních pojmů

Interní audit představuje plánovanou a systematickou činnost hodnocení kvality ošetrovatelské péče (Plevová, 2012).

Kvalita zdravotní péče je druh péče, při níž lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a očekávaný užitek je v porovnání s náklady vyšší ve všech stádiích léčebného procesu (Donabedián, 1986).

Ošetrovatelská dokumentace je chronologický souhrn plánovaných i neplánovaných činností poskytovaných pacientovi všeobecnou sestrou a ostatními členy ošetrovatelského týmu (Tomagová, 2018).

Ošetrovatelský standard je odsouhlasená odborná úroveň poskytované ošetrovatelské péče, která je vytvořena na základě jasně definovaných podmínek se stanovenými kritérii a indikátory kvality pro ošetrovatelskou péči (Válková, 2015).

Klinické doporučené postupy jsou systematicky vypracovaná tvrzení, která v dané klinické situaci pomáhají lékařům a pacientům ve výběru vhodné zdravotní péče (Field a Lohr, 1990).

Riziko lze definovat jako pravděpodobnost, že dojde ke škodě, ztrátě či neúspěchu nebo také jako možnost odchýlení skutečných výsledků od očekávaných (Škrála a Škrlová, 2008).

3 METODIKA

3.1. Použité metody

Výzkumná studie byla realizována kvalitativně kvantitativní metodou, technikou obsahové analýzy vybraných interních předpisů, polostrukturovaných rozhovorů a sekundární analýzy zdravotnické dokumentace (interní audit). Výzkum byl prováděn na Interním oddělení vybrané nemocnice Jihočeského kraje. Písemný souhlas s výzkumným šetřením byl získán od managementu nemocnice a je k dispozici u autorky výzkumné studie. Výzkum v nemocnici probíhal v období červenec 2019 až duben 2020.

Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo technikou obsahové analýzy vybraných interních předpisů a hloubkových rozhovorů.

Obsahová analýza vybraných interních předpisů byla zaměřena na směrnice týkající se vedení zdravotnické dokumentace, které jsou závazné pro všechny zaměstnance pracující se zdravotnickou dokumentací. Dále byla provedena obsahová analýza vnitřního předpisu pro výkon interních auditů.

Technika polostrukturovaného rozhovoru nám umožnila získat názor oslovených sester a interních auditorů na vliv interních auditů ošetrovatelské péče na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Následně byla provedena analýza rozhovorů pomocí otevřeného kódování. Otevřené kódování je dle Strausse a Corbinové (1999) základním krokem, při kterém jsou zjištěné údaje rozebrány, prozkoumány, porovnány, konceptualizovány a kategorizovány pomocí pečlivého studia údajů.

Kvantitativní výzkumné šetření probíhalo ve třech fázích.

1. První auditní šetření bylo realizováno na začátku července 2019. Výzkumný soubor tvořilo 130 uzavřených zdravotnických dokumentací pacientů hospitalizovaných na dvou stanicích Interního oddělení vybrané nemocnice Jihočeského kraje.
2. Následně byly sestry seznámeny s výsledky proběhlého auditu, s nedostatky ve vedení ošetrovatelské dokumentace a možnostmi zlepšení.
3. Druhý audit proběhl v měsíci listopad 2019. V rámci druhého auditu bylo zkontrolováno 155 uzavřených zdravotnických dokumentací.

Šlo o záměrný výběr a pro zařazení ošetrovatelské dokumentace do studie byla stanovena čtyři kritéria:

- ✓ Ošetrovatelská dokumentace byla vedena u pacientů hospitalizovaných déle než 48 hodin na interním oddělení.
- ✓ Ošetrovatelská dokumentace byla vedena u pacientů hospitalizovaných v měsíci červen 2019 na interním oddělení (první audit).
- ✓ Ošetrovatelská dokumentace byla vedena u pacientů hospitalizovaných v měsíci září 2019 na interním oddělení (druhý audit).
- ✓ Ošetrovatelská dokumentace obsahovala souhlas pacienta s nahlížením do zdravotnické dokumentace osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a s poskytováním informací.

Komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace byla hodnocena prostřednictvím 28 hodnotících kritérií (viz Příloha 1). Sledovaná kritéria byla zaměřena na kontrolu záznamů v oblasti dodržování obecně platných norem, screeningu, edukace, plánu a realizaci ošetrovatelské péče, podávání léčivých přípravků a překlada pacienta.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné soubory kvalitativní části výzkumného šetření tvořili interní předpisy, všeobecné sestry a interní auditoři.

Obsahová analýza byla provedena u třech interních předpisů:

1. Vedení zdravotnické dokumentace
2. Vedení ošetrovatelské dokumentace
3. Interní audity

Ke zpracování obsahové analýzy interních předpisů byla zvolena tato kritéria:

- ✓ Obecné zásady vedení zdravotnické dokumentace
- ✓ Rozsah ošetrovatelské dokumentace
- ✓ Obecné zásady a postupy interního auditu

Výzkumný soubor tvořilo pět interních auditorů dané nemocnice a pět sester pracujících na Interním oddělení. Jediným kritériem pro výběr výzkumného souboru byla ochota spolupracovat. Podkladem k rozhovoru s interními auditory bylo 20 předem

stanovených otevřených otázek (viz Příloha 2) a se sestrami 17 předem stanovených otevřených otázek (viz Příloha 3).

V kvantitativní části výzkumu byla provedena obsahová analýza 285 zdravotnické dokumentace na dvou pracovištích Interního oddělení vybrané nemocnice Jihočeského kraje. V rámci prvního interního auditu zdravotnické dokumentace bylo vyhodnoceno 130 a během druhého auditu bylo vyhodnoceno 155 dokumentací.

Výzkumný soubor zahrnující zdravotnickou dokumentaci pacientů s krátkodobou hospitalizací (do 5 dnů) tvořilo 129 dokumentací (45,3 %) a hospitalizací delší (6 a více dnů) 155 dokumentací (54,7 %).

Na stanici A byla provedena kontrola 137, na stanici B 148 dokumentací.

3.3 Statistické zpracování dat

Získaná data byly zpracována statistickou analýzou s využitím programu SPSS verze 16,0 (Statistical Package for Social Science). Nejprve byla provedena deskriptivní popisná statistika. K porovnání získaných dat byly zvoleny Personův chí kvadrát, Fisherův přesný test a znaménkové schéma umožňující sledování signifikantních vztahů v kontingenční tabulce. Znaménkové schéma porovnává adjustovaná residua na 95 %, 99 % a 99,9 % hladině spolehlivosti. Znaménko rezidua je v každé buňce uvedeno tolikrát, kolik z uvedených mezí bylo překročeno. Pro hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ je určeno znaménko +/-, pro hladinu významnosti $\alpha = 0,01$ znaménko ++/- - a pro hladinu významnosti $\alpha = 0,001$ znaménko +++/- --.

4 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

4.1 Obsahová analýza vybraných interních předpisů

4.1.1 Analýza interního předpisu „Vedení zdravotnické dokumentace“

Mezi náležitosti zdravotnické dokumentace patří chorobopis zahrnující jméno, příjmení, titul, rodné číslo, pojišťovnu, bydliště, rodinný stav, zaměstnání, jméno a bydliště nejbližších příbuzných a praktického lékaře pacienta. Dále jsou v chorobopisu údaje o tom, kdo pacienta odesílá k hospitalizaci, datum, čas a důvod přijetí, začátek příznaků, pracovní diagnóza a jméno přijímajícího lékaře. Dalším formulářem je příjmový list, ve kterém je zaznamenána podrobná anamnéza, zhodnocení subjektivních potíží pacienta, fyzikální vyšetření a diagnostický závěr. Plán diagnostické a léčebné péče je vypracován lékařem do dekurzního listu obsahujícího souhrn ordinovaných laboratorních, zobrazovacích a specializovaných vyšetření, plán konziliárních vyšetření, plán terapeutických postupů, rozpis medikace a plán ošetrovatelské péče. Každý den zahrnuje dekurz aktuální medikaci, záznam o provedení vizity a vyšetření pacienta a veškeré aktuální informace o jeho zdravotním stavu. Epikrízu je povinen lékař sepsat do dekurzu 1x týdně. Nedílnou součástí zdravotnické dokumentace jsou informované souhlasy s hospitalizací a souhlasy s diagnostickými a terapeutickými výkony eventuelně při odmítnutí výkonu negativní reverz.

Do zdravotnické dokumentace provádí zápisy kompetentní osoby. Záznamy jsou čitelné, srozumitelné, přesné, pravdivé, přehledné a úplné. Všechny zápisy v dokumentaci musí být opatřeny datem, identifikací a podpisem osoby provádějící záznam. V situacích, které to vyžadují, je vhodné uvádět i čas. Každý list musí být označen identifikačními údaji pacienta. V dokumentaci je možné používat pouze zkratky uvedené v seznamu používaných zkratek nemocnice. Opravy jsou prováděny přeškrtnutím jednou čarou, aby byla zachována čitelnost původního zápisu, a následně je provedena novým zápisem s uvedením data opravy, opatřena identifikací a podpisem osoby provádějící opravu. Splnění ordinace lékaře sestra potvrdí zaškrtnutím a z dokumentace musí jasně vyplývat, která sestra ordinace plnila. Pokud sestra léčivý přípravek nepodá, zakroužkuje jej a uvede důvod, proč nebyl podán. Je-li lékařem stanovena doba, po kterou má být léčivý přípravek podán, zapíše sestra dobu, od kdy do kdy byl aplikován. Fyziologické funkce zaznamenává do dokumentace sestra 1x denně,

nestanoví-li lékař jinak. Součástí dokumentace je Hlášení nežádoucí události, pokud k této události dojde. Hlášení nežádoucí události musí být řádně vyplněno sestrou i lékařem, který byl o události informován a poté předáno do 24 hodin (event. do 72 hodin o víkendu či svátcích) vrchní sestře.

4.1.2 Analýza interního předpisu „Vedení ošetrovatelské dokumentace“

Veškerá ošetrovatelská dokumentace je sestrou vyplněna komplexně v souladu se získanými informacemi o zdravotním stavu pacienta do 24 hodin od přijetí. Sestra při přijetí pacienta na oddělení vyplňuje ošetrovatelskou anamnézu a hodnotící škály. Mezi hodnotící škály využívané na interním oddělení jsou zahrnuty Barthelův test všedních činností, Přepřacovaná stupnice Nortonové, Rizikové faktory pro vznik pádu a Hodnocení nutričního stavu. Přehodnocení hodnotících škál sestra provádí každý následující 8. den po nebo při změně stavu či medikace pacienta. Při přehodnocení Barthelova testu všedních činností je použita nová značka event. jiná barva, aby bylo patrné, k jakým změnám v oblasti soběstačnosti u pacienta došlo. Pokud je po vyhodnocení Přepřacované stupnice Nortonové pacient v riziku vzniku dekubitů, sestra zavede polohovací záznam. Jestliže dojde u pacienta ke vzniku dekubitu II. - IV. stupně nebo je již s dekubitem přijímán, založí sestra do dokumentace formulář Monitorace porušení kožní integrity a popíše stupeň, velikost a lokalizaci dekubitu. Do tohoto formuláře zaznamenává v den převazu popis dekubitu a jakým materiálem byl ošetřen. Záznam Monitorace porušení kožní integrity je veden také u pacientů s jinou poruchou kožní integrity než dekubitem.

Je-li pacient dle hodnocení v riziku pádu, sestra po předešlé edukaci pacienta provede zápis do Edukačního záznamu. Do Edukačního záznamu je proveden zápis o jakékoliv edukaci pacienta a ze záznamu musí být patrné kdo a v jaké oblasti pacienta edukoval. Uvedena musí být i forma edukace a reakce pacienta na edukaci, ověřena zpětnou vazbou. Vždy při přehodnocení Rizikových faktorů pro vznik pádu provede reedukaci pacienta, o níž provede záznam do Realizace ošetrovatelské péče svislou čarou v příslušné kolonce, viz níže. Po zhodnocení nutričního stavu pacienta je kontaktován nutriční terapeut v případě, že v hodnocení bylo dosaženo tří a více bodů. Prvotní hodnocení bolesti sestra zaznamenává do ošetrovatelské anamnézy. Má-li pacient bolest do stupně dva, provádí se zápis 1x denně do sesterského dekurzu. Jestliže je bolest stupně tři a více, zavede sestra záznam Hodnocení a monitorace bolesti, v němž hodnotí bolest minimálně 3x za den. Do záznamu se zapisuje datum, čas a stupeň bolesti, způsob podání

analgetik a do hodiny od podání analgetik provede přehodnocení bolesti. Kontrola a zápis o hmotnosti pacienta se provádí 1x za týden.

Ošetrovatelská dokumentace dále zahrnuje Plán ošetrovatelské péče a Realizaci ošetrovatelské péče a Sesterský dekurz. V Plánu ošetrovatelské péče sestra stanoví aktuální a potenciální ošetrovatelské problémy a navrhne vhodná řešení problému. Při ukončení ošetrovatelského problému sestra uvede datum, přidá jmenovku a podpis. V realizaci ošetrovatelské péče sestra označí vodorovnou čarou provedené výkony a vyžívané pomůcky u pacienta. Invazivní vstupy jsou v Realizaci ošetrovatelské péče zaznamenány číslicí, která představuje den zavedení. Do sesterského dekuru provede sestra záznam o změně stavu pacienta a zaznamenává subjektivní pocity, které pacient uvádí. Do sesterského dekuru zaznamenává sestra také zjištění z průběžných kontrol při léčebných a diagnostických výkonech. Nedílnou součástí ošetrovatelské dokumentace je teplotní tabulka, do které je minimálně 1x denně zapisován záznam o tělesné teplotě a odchodu stolice. V případě potřeby sledování bilance tekutin, příjmu stravy a příjmu a výdeje tekutin zavede sestra formuláře Bilance tekutin nebo Záznam příjmu stravy a tekutin, ve kterých musí být zaznamenán datum, avšak nemusí být opatřeny podpisem zdravotníka. Při překladi pacienta je sepsána ošetrovatelská překladová zpráva, která musí být komplexní a v souladu s údaji ze zdravotnické dokumentace. Do zdravotnické dokumentace je založen originál ošetrovatelské překladové zprávy. Každý lékař je povinen sledovat záznamy sester nejen v lékařské dokumentaci, ale také v ošetrovatelské.

4.1.3 Analýza interního předpisu „Interní audit“

Nemocnice provádí interní audity plánované, ohlášené, neohlášené, mimořádné a audit zdravotnické otevřené a uzavřené dokumentace. Odpovědnou osobou za řádnou přípravu, provádění auditů, přípravu ročního plánu auditů a jmenování interních auditorů pro jednotlivé audity je Koordinátor pro řízení kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče. Ten spolu s komisí pro kvalitu hledá, vybírá a navrhuje vedení nemocnice interní auditory. Koordinátor pro řízení kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče spolu se členy Komise pro kvalitu vypracuje roční plán interních auditů a následně jej předá vedoucím pracovníkům oddělení. V průběhu roku může dojít k úpravě či aktualizaci tohoto plánu, především na základě zjištěných závažných nedostatků na pracovišti, nálezů rizikových oblastí na pracovišti či po vypracování nového interního předpisu. Interní audity jsou prováděny v oblastech zdravotní péče, ošetrovatelské péče, bezpečnosti práce, požární ochrany, odpadového hospodářství, zajištění provozu, hygienicko – epidemiologického

režimu, edukace, předávání informací, skladování, vedení zdravotnické a nezdravotnické dokumentace (např. provozní deníky přístrojů), resortních bezpečnostních cílů, léčivých přípravků, administrativy, kontroly zavedení změn, úpravy vnitřních předpisů a interní audity pro styk se zdravotními pojišťovny. Auditovány jsou veškeré komplementy nemocnice, což zahrnuje vedle klinických pracovišť také neklinické části nemocnice (např. stravovací provoz).

Interní audit vykonávají interní auditoři, kteří jsou vybíráni z řad zaměstnanců nemocnice. Podmínkou je minimálně středoškolské vzdělání v oboru a následně absolvování kurzu interní auditor. Při výkonu auditorské činnosti je povinen auditor zachovávat mlčenlivost, objektivitu a ctít zásady asertivního chování během auditu. Audit se účastní minimálně dva auditoři, přičemž provádí audity „na kříž“ tzn. že auditor vykonává audit na jiných odděleních, ne však na oddělení, na kterém je zaměstnán. V případě potřeby se účastní auditu technický či jiný neklinicky zaměřený zaměstnanec.

Audity začínají příchodem auditorů na auditované pracoviště a přítomnost vedoucího pracovníka daného úseku není podmínkou pro jeho zahájení a provedení. Průběh auditu zahrnuje přezkoušení znalostí personálu, kontrolou poskytované péče či výkonu činnosti, nahlížením a kontrolou dokumentace. Bezprostředně po provedení auditu seznámí auditor přítomné účastníky prověřovaného úseku s předběžným výsledkem, eventuálně upozorní na zjištěné závažné neshody s potřebou neprodleného řešení. Výstupem je vypracování závěrečné zprávy dle předem stanoveného kontrolního listu s procentuálním vyhodnocením splnění kritérií nebo volným textem. Za zprávu je zodpovědný vedoucí interního auditu, který tuto zprávu předkládá ostatním zúčastněným auditorům k odsouhlasení. Poté je zpráva předána vedoucímu prověřovaného úseku, který může být vyzván ke zpětné vazbě a vyjádření k zápisu z auditu. Následně jsou prováděny kontrolní audity, zda došlo k nápravě zjištěných pochybení.

4.2 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů s auditory

Výsledky rozhovorů s interními auditory byly rozčleněny do sedmi kategorií zahrnujících dvě až čtyři subkategorie.

1. Význam interního auditu

- ✓ monitoring a zvyšování kvality péče
- ✓ zajištění bezpečí pacientů a zaměstnanců
- ✓ možnost aplikace změn do praxe
- ✓ edukace sester o postupech správné praxe

2. Průběh interních auditů

- ✓ formy auditu
- ✓ hodnotící metody využívané při auditu
- ✓ spolupráce sester s interními auditory

3. Nedostatky v ošetrovatelské praxi

- ✓ předmět interních auditů
- ✓ identifikované nedostatky při auditu ošetrovatelské jednotky
- ✓ identifikované nedostatky při auditu ošetrovatelské dokumentace

4. Nápravná opatření

- ✓ osoby navrhuující nápravná opatření
- ✓ navržená nápravná opatření
- ✓ implementace nápravných opatření do praxe

5. Výsledky interního auditu

- ✓ předávání výsledků interních auditů
- ✓ reakce sester na výsledky interních auditů
- ✓ využití závěrů interních auditů ke zlepšení kvality a bezpečí ošetrovatelské péče

6. Systém interních auditů

- ✓ osoby vykonávající a stanovující interní auditu
- ✓ četnost interních auditů
- ✓ názor interních auditorů na systém interních auditů
- ✓ změny v systému interních auditů

7. Výhody a nevýhody interního auditu

- ✓ výhody interního auditu
- ✓ nevýhody interního auditu

4.2.1 Význam interního auditu

Z obsahové analýzy rozhovorů vyplývá, že interní auditoři vidí význam interních auditů v **monitoringu a zvyšování kvality péče, zajištění bezpečí pacientů a zaměstnanců, možnosti aplikace změn do praxe a edukaci sester o postupech správné praxe.**

Důležitost interních auditů vidí interní auditorky (IA1 – IA5) v zajištění a zvyšování kvality péče prověřováním dodržování postupů v souladu s interními předpisy. Interní auditorka IA5 se vyjádřila: *„Je to kontrolní systém. Z mého pohledu jde o to, aby se ošetrovatelská péče poskytovala správným způsobem. Bohužel jsem v praxi zjistila, že je kontrola důležitá v celém systému při poskytování ošetrovatelské péče i když to není moc příjemné.“* Interním auditem je možné dle auditorek (IA1 – IA5) zjistit skutečný stav praxe, identifikovat nedostatky v praxi a zjednat jejich nápravu. Dle IA1 a IA5 je kontrolní systém nedílnou součástí ošetrovatelské praxe.

Komunikační partnerky (IA1 – IA5) během rozhovorů uvedly, že audit hraje významnou roli při poskytování bezpečné péče a ochraně zaměstnanců. K bezpečnosti pacientů a personálu IA1 uvedla: *„Snahou je zajistit bezpečí personálu a pacientů. Především dodržováním bezpečnosti práce a dodržováním postupů v rámci prevence infekce, kterou může být při jejich nedodržení pacient ohrožen.“* V rámci ochrany zaměstnanců uvedly oslovené auditorky audity zaměřené na komplexní a úplné vedení ošetrovatelské dokumentace. K této problematice se vyjádřila IA2: *„...když kontrolujeme dokumentaci a zjistíme, že sestry neprovádějí zápisy správně, snažíme se je navést na správnou cestu...chrání tím i sebe, zvláště v současnosti, kdy by se všichni soudili.“*

Interní auditorky (IA1 – IA5) považují audit za vhodný nástroj, který lze využívat v případě implementace změn do praxe. Mezi tyto změny řadí zavádění nových postupů do praxe (IA1 – IA5) či pořizování nových pomůcek a vybavení (IA1, IA2, IA5). O novém postupu týkajícího se péče o permanentní žilní katetry PICC a Midline hovořila IA5, která se k systému implementace změn do praxe dále vyjádřila: *„...v případě, že budeme dělat změny, musíme je umět odůvodnit. Proč se provádějí a k čemu jsou dobré.... Spousta věcí práci usnadní, zefektivní a sníží náklady, ale vše se personálu musí vysvětlit.“* Možnost ověřit efektivitu a vhodné nastavení postupů pro danou ošetrovatelskou praxi zmiňovaly IA1 a IA2.

Edukace sester o postupech správné praxe je dle oslovených auditorek (IA1 – IA5) součástí auditu. V souvislosti s edukací uvedla IA2 možné proškolení personálu v oblastech, které byly během auditu identifikovány jako nedostatečné. O povinných

školeních v návaznosti na výsledky auditů mluvila IA5: „*Probíhají pravidelná školení, protože opakování je matka moudrosti. Zjišťujeme, že i když jsou dané standardy a některé jsou fajn, jednoduše napsané, co se má konkrétně udělat. Stejně se to tak neděje. Takže se prostě musí dělat školení.*“ Dále zmiňovala potřebu dobrých školitelů, kteří by vedli zaměstnance v rámci adaptačního procesu.

4.2.2 Průběh interního auditu

Kategorie průběh interního auditu zahrnuje subkategorie **formy auditu, hodnotící metody využívané při auditu a spolupráce sester s interními auditory.**

Interní auditorky (IA1, IA3, IA5) hovořily o více formách interních auditů, a to o neplánovaném, plánovaném, ohlášeném nebo neohlášeném. Audit ohlášený vysvětlují uvedené auditorky jako audit, o kterém jsou sestry auditovaného oddělení předem informovány. Součástí informace o ohlášeném auditu je také upozornění, na co se budou auditori zaměřovat. Svůj názor na ohlášený audit vyjádřila auditorka IA5: „*Z praxe jsem zjistila, že je dobré zpočátku audit oznámit, ať se připraví a pak udělat neplánovaný audit jednou za čas s tím, že se z výsledků udělají zápisy, opatření, doporučení a pak by se měl za určitou dobu udělat kontrolní audit, jestli opatření fungují, dodržují se či ne.*“ Potřebu kontrolního auditu uvedly auditorky (IA1 – IA5) při implementaci nápravných opatření a ověřování jejich efektivity v praxi. Auditní šetření zahrnuje audit uzavřené a otevřené ošetrovatelské dokumentace spočívající ve vyhodnocení úplnosti a komplexnosti vedení sesterských záznamů (IA1-IA5). K auditu ošetrovatelské dokumentace se IA2 vyjádřila: „*Je to takové stopování v dokumentaci a zjišťování, jestli se nedělají chyby, tam kde by se dělat mohly.*“

Hodnotící metody využívané v průběhu interního auditu jsou pozorování, rozhovor a dotazování se sester (IA1-IA5) a názorná ukázka daného postupu (IA1, IA2). Interní auditorky (IA1, IA2, IA5) uvedly, že si během auditního šetření všimají nejen skutečností, na které je audit zaměřen. Auditorky IA1 a IA2 zmínily především úpravu nehtů a šperky na ruku. Ke zjištěným nedostatkům mimo auditovanou oblast IA5 dodala: „*Pokud nalézám i jiné nedostatky, kterých se právě probíhající audit netýká, pak ve zprávě tyto nedostatky nevytýkám, ale upozorním na ně hned.... Možná bych to sestřám napsala jen do poznámky, že jsme si toho všimli.*“

Oslovené auditorky (IA1 – IA5) se shodují, že sestry přistupují k auditu různě. O spolupráci sester s interními auditorkami se IA2 vyjádřila: „*Je to různé, některé sestry dobře spolupracují. Některé utíkají nebo se schovávají. Některé dělají, že neví, jiné*

nemluví a jsou sestry, které vysypou vše z rukávu.“ Dle auditorky IA4 většina sester zaujímá ke spolupráci pozitivní postoj a dle IA5 se sestry bojí, avšak dodává, že se postupem času spolupráce zlepšuje, což uvedla též IA3.

4.2.3 Nedostatky v ošetrovatelské praxi

Kapitola nedostatky v ošetrovatelské praxi zahrnuje **předmět interních auditů, identifikované nedostatky při auditu ošetrovatelské jednotky, identifikované nedostatky při auditu ošetrovatelské dokumentace.**

Předmětem interních auditů jsou dle auditorek resortní bezpečnostní cíle, z nichž uvedly *standardní postup hygieny rukou (IA1 – IA5), identifikaci pacientů (IA1-IA5), prevenci pádů (IA1, IA3, IA5), prevenci vzniku dekubitů (IA1, IA3, IA5), bezpečnost při používání rizikových léčiv (IA1), prevenci záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech s kontrolou verifikačních protokolů (IA5), bezpečné předávání pacientů (IA2) a bezpečnou komunikaci (IA4, IA5).* IA5 dodala: *„V podstatě jsou připravené audity na všechny resortní bezpečnostní cíle.“* Další auditované oblasti uvedené auditorkami (IA1 – IA5) jsou audit ošetrovatelská dokumentace, bezpečnosti práce a audit ošetrovatelské jednotky. Na ošetrovatelské jednotce se prověřuje dodržování hygienicko-epidemiologického režimu (IA1, IA2, IA4, IA5), nakládání s nebezpečným odpadem (IA1, IA4, IA5), ukládání léčiv (IA1, IA2, IA4, IA5), ochrana osobních údajů a kontrola invazivních vstupů, především zavedených periferních katetrů (IA1 – IA5). Auditorka IA4 uvedla, že se interní ošetrovatelské audity provádí nejen na lůžkové části, ale také v ambulantní sféře a dále řekla: *„Prověřujeme také, jakým způsobem je zajištěný provoz na oddělení a nezdravotnickou dokumentaci. Příkladem je náležitá dokumentace k přístrojům používaným na oddělení.“* K technickému vybavení se vyjádřila IA5, která uvedla: *„Technické záležitosti jsou také součástí ošetrovatelské péče, i když se to nezdá. ...každý přístroj musí mít v pořádku BTK, protokoly o shodě, musí mít návod v češtině, a to je také součástí ošetrovatelského interního auditu. Každý přístroj, který se dostane do styku s pacientem, může nějakým způsobem ovlivnit jeho bezpečí a život. Tyto kontroly musí být pravidelné.“*

Během auditu dochází k identifikaci nedostatků na ošetrovatelské jednotce. Mezi nejčastější nedostatky řadí auditorky nedodržování hygienicko-epidemiologického režimu (IA1, IA2, IA4, IA5) především nevhodnou úpravu nehtů a nošení šperků na rukou (IA1, IA2). Neznalost sester dané problematiky uvedly IA2 a IA4, ke které se IA4 vyjádřila: *„Neznalost daných postupů zjišťujeme zejména u pracovišť, kde se dané*

činnosti provádějí jen občas." Z dalších nedostatků jmenovala IA4: „*nedodržení předpisů, legislativy, nedostatečná péče ve sledované oblasti a úklid.*“ Auditorka IA5 se k nedostatkům na ošetrovatelské jednotce vyjádřila: „*Záleží na tom kolikrátý audit to byl. Zpočátku bylo nedostatků hodně, byly neuzavřené sesterny nebo lékárny, nesprávně uložené léky, byly chyby v podávání opiátů, uložení infekčního odpadu.... nefungovala protipožární ochrana, zaměstnanci pravidla protipožární ochrany úplně nevěděli... pak se to sice teoreticky naučili...pravidla protipožární ochrany (postupy při zahoření) se dají prakticky nacvičit. Postupem času se však tyto nedostatky odstranily.*“ Problém při sledování stavu okolí vpichu a krytí PŽK, kterým je katetr fixovaný zmínily IA1, IA5 a IA3, která uvedla: „*Občas je problém s periferními vstupy, konkrétně s krytím, odlepuje se, je nesmyslně obtočený náplastí nebo krev podtéká pod krytí.*“

Při auditu ošetrovatelské dokumentace auditorka IA2 často nalézá nečitelné záznamy a dále uvedla, že se chyby v dokumentaci odvíjí od typu oddělení. Příkladem uvedla chirurgické oddělení. Na tomto oddělení sestry téměř u všech pacientů monitorují bolest, a proto tyto záznamy vedou pečlivě. Podobně se vyjádřily auditorky IA1 a IA 5, která se vyslovila: „*Je zajímavé, že nedostatky, které nacházíme, jsou různé dle oddělení. Sestry na chirurgii, kde je velké množství operativy, hodnotí bolest a vedou záznamy monitorace bolesti téměř bez nedostatků. Na interním oddělení dobře pracují s ležícími pacienty a jsou téměř nulové nedostatky v péči o dekubity. Ale zase mají nedostatky v monitoraci bolesti.*“ Problematiku hodnocení bolesti uvedla IA3 a dodala zhodnocení ošetrovatelských problémů. Nečitelnost záznamů, nesoulad zápisů v dokumentaci mezi jednotlivými odděleními při překlada pacienta, použití nestandardizovaných zkratek, nedostatečný zápis a zápisy, které nejsou v souladu s vnitřními předpisy nebo legislativou uvedla IA4. Používání nestandardizovaných zkratek a nedostatečnou aktualizaci ošetrovatelských problémů zmínila IA1.

4.2.4 Nápravná opatření

Kategorie nápravná opatření zahrnuje **osoby navrhuující nápravná opatření, navržená nápravná opatření, implementace nápravných opatření do praxe.**

Komunikační partnerky během rozhovorů uvedly, že nápravná opatření navrhuje interní auditor vykonávající audit. Auditorka IA4 vysvětlila jakým způsobem se opatření navrhuji následovně: „*Doporučení se týkají vždy nedodržení předpisu či legislativy. Navrhují se formou „doporučuji“, vyjádření by mělo být krátké, konkrétní a výstižné obsahující uvedení postupu, který je již stanoven vnitřním předpisem nebo legislativou.*“

Konkrétní příklad nápravných opatření uvedla auditorka IA3, kdy navrhovala pravidelné kontroly staniční sestrou u pacientů v riziku pádu, zda mají šedý náramek. Důvodem bylo, že sestry opomíjely označit tyto pacienty šedým náramkem, značícím riziko pádu. Opakované kontrolní audity ošetrovatelské dokumentace navrhovala IA2 v případě nečitelnosti záznamů. Auditorka IA5 uvedla: *„Příkladem je péče o periferní žilní katetry, nedostatečná péče, převazy. Nebylo prokazatelné, jestli byl převaz udělán nebo neudělán. Tak se zavedlo, že se na krycí materiál napíše datum. Tím je prokazatelné, že převaz byl proveden. Snadno sestra napíše do papírů čárku, že převaz provedla.“* Opatření k zamezení zamazávání chybných záznamů navrhovala IA1, a to odstranění korekčních laků z oddělení.

Implementaci nápravných opatření do praxe zajišťuje vrchní sestra (IA1, IA3, IA5). Kontrola zavedení a efektivity nápravných opatření je prováděna namátkovou kontrolou a kontrolními audity (IA1-IA5). V názoru na to, jak lépe navržená nápravná opatření prosazovat a zavádět do ošetrovatelské praxe se auditorky shodují v provádění kontrolních auditů a namátkové kontroly. Auditorka IA1 se dále vyjádřila: *„Je však potřeba, aby se do kontrolního systému zapojovali i vedoucí daných pracovišť. Je potřebná i vzájemná komunikace a spolupráce mezi sestrami a auditory. Sestry samy mohou zhodnotit, jak jsou nápravná opatření účinná a proveditelná v praxi nebo mohou navrhnout lepší alternativu.“* S tímto souhlasila IA4 a IA5. Auditorka IA3 k implementaci nápravných opatření dodala: *„Pokud sestry uvidí, že to třeba již někde funguje a jim samotným to práci zlepší, snadněji se novým věcem přizpůsobují. Pokud opatření nemají smysl a jsou nelogická, tak to nikdy fungovat nebude. Někdy je třeba postupovat pomalu, aby sestry měly čas zvyknout si a nevnímaly změnu jako nátlak.“* A auditorka IA5 řekla: *„Změny musíme umět odůvodnit. Proč se provádějí a k čemu jsou dobré. Je důležité personál získat na svou stranu.“* Dle auditorky IA4 při implementaci nápravných opatření záleží na zodpovědnosti zaměstnanců.

4.2.5 Výsledky interního auditu

Kategorie výsledky auditu obsahuje subkategorie **vyhodnocení interních auditů, předávání výsledků interních auditů, reakce sester na výsledky interních auditů, využití závěrů interních auditů ke zlepšení kvality a bezpečí ošetrovatelské péče.**

Podkladem pro hodnocení auditu je kontrolní list, který zahrnuje kritéria týkající se prověřované oblasti péče. Vyhodnocení jednotlivých kritérií se zapisuje formou splněno, částečně splněno a nesplněno. Konečným výsledkem je procentuální vyhodnocení

kontrolního listu. Dále auditorka IA1 uvádí: „*Kontrolní listy jsou vytvořené jak pro audity na ošetrovatelské jednotce, tak k dokumentaci. Následně provádí koordinátorka kvality a bezpečí ošetrovatelské péče statistické zpracování dat, které je uvedené na interním serveru nemocnice a k nahlédnutí pro všechny zaměstnance.*“ Statistické zpracování dat v rozhovorech uvedly též IA3, IA4. Auditorka IA5 se ke kontrolním listům vyjádřila: „*Kontrolní listy nám sice dají čísla, ale někdy je to takové zavádějící a nevyovídající. Na druhou stranu dávají jakýsi mustr a představu, na co by se měl interní auditor opakovaně zaměřit.*“ Oslovené komunikační partnerky uvedly, že vyhotovují závěrečnou zprávu z auditu. Zpráva je předávána koordinátorce pro kvalitu a bezpečí ošetrovatelské péče eventuálně dalším auditorům, kteří se auditu účastnili k odsouhlasení (IA1).

Předávání výsledků auditů probíhá písemnou formou. Závěrečnou zprávu a vyhodnocený kontrolní list obdrží vedoucí pracovníci daného oddělení, primář a vrchní sestra, která zprávu předává sestřím na oddělení. Poté je vedením nemocnice očekávána zpětná vazba od vedoucích pracovníků (IA4, IA5). Auditorka IA5 uvedla: „*Pak se zpráva předá na auditované oddělení a sestry se zpětně vyjadřují k výsledkům. Očekáváme i zpětnou reakci vedoucího pracovníka. Jeho vyjádření ke zjištěným nedostatkům.*“

Reakce sester na výsledky auditu jsou dle auditorek (IA3, IA5) závislé na auditovaném oddělení, což vysvětlila IA5: „*Dle mého názoru kultura na oddělení závisí na staniční sestře.*“ Reakce sester dle názoru auditorek ovlivňuje také četnost auditů (IA5) a výsledek auditu (IA2). Auditorka IA3 se k dotazu na reakce sester vyslovila: „*Některé sestry si špatné hodnocení berou příliš osobně a nerespektují výsledek auditu. Jiné sestry berou zjištěné nedostatky konstruktivně a jsou schopny se z nich poučit.*“ Podobně se vyjádřila IA2 a auditorky IA1 a IA5 dodaly, že jsou sestry, které dělají chyby opakovaně i přesto, že jsou jim vytýkány. Auditorka IA4 posoudila reakce sester slovy: „*Jsou negativní i pozitivní.*“ Za pozitivní reakci považuje IA5 diskuzi mezi interními auditory a sestrami, probíhající na základě výsledků auditu: „*Také se stává, že sestry přijdou s auditorem diskutovat. Díky diskuzím se zjistilo, že jsou některé věci ve standardech, které lze dělat lépe. Na základě těchto podnětů od sester se standardy předělávaly, pokud šlo o navržený postup lege artis.*“

Dle auditorek lze závěry interních auditů využít ke zlepšení kvality a bezpečí ošetrovatelské péče formou úpravy vnitřních předpisů, což by vedlo ke zjednodušení či zlepšování postupů a jejich efektivitě v praxi. Dále uvedly auditorky (IA1-IA5), že díky výsledkům auditů lze implementovat nápravná opatření. Auditorky (IA1 – IA5) uvedly

snahu vést sestry k dodržování standardních postupů, čímž by se snížilo riziko pochybení v praxi. Auditorky (IA2, IA5) dále zmínily pořizování nového materiálu či vybavení.

4.2.6 Systém interních auditů

V této kapitole jsou zahrnuty tři subkategorie **interní auditoři, četnost interních auditů, názor interních auditorů na systém interních auditů** a změny v systému interních auditů.

O předmětu interních auditů je rozhodováno komisí pro kvalitu péče. Předmět interního auditu dle auditorek IA4 a IA5 primárně navrhuje koordinátorka pro kvalitu a bezpečí ošetrovatelské péče, poté jej schvaluje komise. Dle auditorky IA4 se o předmětu auditu rozhoduje na základě zjištěných závažných nedostatků z pracoviště, příkladem jsou stížnosti pacientů, příbuzného nebo zaměstnance, nálezu rizikové oblasti na pracovišti nebo po vytvoření nového interního předpisu. Interní auditory vybírá hlavní sestra z řad zaměstnanců nemocnice (IA1-IA5). Auditorka IA5 se k výběru auditorů vyjádřila: *„Je těžké vybrat osobu interního auditora tak, aby měla, a vlastně musí mít, autoritu a velké znalosti... Audity jsou řehole. Interní auditor musí být osobnost. Musí se povznést nad takové to a proč a proč a proč. Je těžké vybírat interního auditora, aby se auditor nesložil při první kritice sester z oddělení.....také je důležité, aby měl auditor podporu ve vedení a neustále opakovat zaměstnancům, že audity pro ně představují benefit.“* Oslovené komunikační partnerky prošly certifikovaným kurzem Spojené akreditační komise nebo Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Po získání certifikátu se auditorky účastnily auditů se zkušeným auditorem v rámci zaškolení. Výběr auditovaných oddělení a stanovení auditorského týmu je v kompetenci koordinátorky pro kvalitu a bezpečí ošetrovatelské péče (IA1-IA5). Audity vykonávají interní auditoři, koordinátorka pro kvalitu a bezpečí ošetrovatelské péče a v případě auditů s technickým zaměřením se auditu účastní vedoucí pracovník dané oblasti.

Na dotaz, jak často jsou vykonávány interní audity, odpověděla auditorka IA4: *„Audity probíhají několikrát ročně. Je stanovený roční plán auditů v Programu kvality a bezpečí. Termíny jsou řešeny operativně. Mění se i zaměření auditu podle aktuální situace. Plán auditu je orientační a zahrnuje minimum na daný rok.“* V rámci interních ošetrovatelských auditů není dle IA5 stanovena frekvence auditů a dodala, že četnost auditů je ovlivněna stávající situací a identifikovanými nedostatky. V případě, že jsou zjištěny nedostatky mohou auditorky provádět libovolný počet kontrolních auditů. K četnosti auditů ošetrovatelské dokumentace se IA5 vyjádřila: *„Interní auditorka má*

stanovený počet zdravotnických dokumentací, které by v průběhu měsíce nebo roku měla zauditovat. Já osobně nejsem zastáncem toho, aby bylo striktně dáno, že se to musí dodržovat. Samozřejmě je to důležité...“ Dle auditorek IA1-IA3 jsou audity vykonávány na základě rozhodnutí koordinátorky pro kvalitu a bezpečí ošetrovatelské péče.

Ke zlepšení systému auditů by dle auditorek (IA1 – IA3) mohlo vést provádění auditů častěji a pravidelně. Dále však IA2 a IA3 zdůraznily nedostatek času na auditní činnost z důvodu pracovního vytížení na vlastním oddělení. Potřebu vyššího nasazení v auditní činnosti vyjádřila IA5: *„Je potřeba pravidelnost, kontinuita a návaznost auditů a nejen koordinátorky, ale i interních auditorů.“* Auditorka IA1 doporučuje provádět více neohlášených auditů a rozšíření auditního týmu. Potřebu navýšit počet auditorů, a to především z řad lékařů uvedla IA4 a dále dodala: *„Je nezbytná podpora ze strany vedení oddělení.“* Auditorka IA5 uvedla, že je neustále vyvíjena snaha zlepšovat systém interních auditů a dále se ke stávajícímu systému vyslovila: *„Úplně šťastné není to, že se audity dělají ve vlnách. Když se budou audity dělat kontinuálně, tak si to všechno sedne a ošetrovatelský personál je lépe přijme.“*

4.2.7 Výhody a nevýhody interních auditů

Výhody interních auditů vidí auditorky (IA1 – IA5) v možnosti ověřit si, zda jsou v praxi dodržovány standardní postupy, k čemuž se IA5 vyslovila: *„Výhoda je, že díky auditům budou děvčata základní standardní postupy provádět správně.“* Dle auditorky IA4 je výhodou auditů: *„Udržení pomyslné laťky kvality, tedy snaha zaměstnanců dělat vše co nejlépe, nejefektivněji a bezpečně.“* Auditorky (IA1 – IA5) mezi další pozitiva plynoucí z auditů zahrnují zvyšování kvality ošetrovatelské péče a prověřování efektivity implementovaných nápravných opatření. Ochranu zaměstnanců uvedly IA1, IA2 a IA5, předcházení nežádoucím událostem auditorka IA4 a edukaci zaměstnanců o správných postupech auditora auditorky IA1 – IA5. Spolupráci sester a auditorů uvedla jako výhodu auditu IA3, která se vyjádřila: *„Sestry se mohou vyjádřit, co jim vyhovuje a naopak, kde ony samy vidí, že mají případně nedostatky. Nebo mají nápady na zefektivnění jejich práce.“* O změnách ošetrovatelské praxe na základě výsledků interních auditů se během rozhovorů zmiňovaly všechny komunikační partnerky.

Mezi nevýhody auditů uváděly auditorky (IA1, IA2, IA3, IA5) především jejich náročnost. Dle auditorek IA2 a IA5 představuje audit pro personál stresovou zátěž. Auditorka IA4 v auditech žádné nevýhody nevidí.

4.3 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů se sestrami

Výsledky rozhovorů se sestrami byly rozčleněny do osmi kategorií zahrnujících dvě až pět subkategorií.

1. Význam interního auditu

- ✓ monitoring a zvyšování kvality péče
- ✓ zajištění bezpečí pacientů a zaměstnanců
- ✓ možnost aplikace změn do praxe
- ✓ edukace sester o postupech správné praxe

2. Formy interních auditů

- ✓ ohlášený audit
- ✓ neohlášený audit
- ✓ audit ošetrovatelské dokumentace

3. Předmět interních auditů

- ✓ resortní bezpečnostní cíle
- ✓ bezpečnost práce
- ✓ úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace
- ✓ audity prováděné na inspekčním pokoji sester a na ošetrovatelské jednotce

4. Průběh interního auditu

- ✓ proces vyhodnocení znalostí sester
- ✓ hodnocení ošetrovatelské jednotky
- ✓ vyhodnocení komplexnosti a úplnosti ošetrovatelské dokumentace

5. Nedostatky v ošetrovatelské praxi a nápravná opatření

- ✓ identifikované nedostatky při auditu ošetrovatelské jednotky
- ✓ identifikované nedostatky při auditu ošetrovatelské dokumentace
- ✓ navržená nápravná opatření
- ✓ osoby navrhuující nápravná opatření
- ✓ problematické oblasti z pohledu sester a interních auditorů

6. Výsledky interního auditu

- ✓ předávání výsledků interních auditů sestram
- ✓ vyjádření sester k výsledkům interních auditů
- ✓ využití závěrů interních auditů ke kvalitě a bezpečí ošetrovatelské péče

7. Systém interních auditů

- ✓ osoby vykonávající interní audity
- ✓ četnost interních auditů
- ✓ názor sester na systém interních auditů
- ✓ změny v systému interních auditů

8. Výhody a nevýhody interního auditu

- ✓ výhody interního auditu
- ✓ nevýhody interního auditu

4.3.1 Význam interního auditu

Výsledky této kategorie shrnují názory sester na význam interních auditů. Dle sester spočívá smysl interních auditů **v monitoringu a zvyšování kvality péče, zajištění bezpečí pacientů a zaměstnanců, možnost aplikace změn do praxe a edukace sester o postupech správné praxe.**

Smyslem interních auditů je dle sester S1, S2 a S3 kvalita péče a její zvyšování pomocí kontroly dodržování vnitřních předpisů. Sestra S1 uvádí: „*Myslím si, že audit má smysl v hodnocení naší práce, zda pracujeme a postupujeme podle standardů. Smyslem auditů je také zjistit, v čem je nutné některé postupy zlepšovat, změnit nebo je kontrolovat.*“ Dále sestra S1 zmiňuje: „*Pokud děláme něco špatně, je možné auditem zkontrolovat, zda byla do praxe zavedena nápravná řešení.*“ Dle sestry S2 jsou interní audity prováděny za účelem zvyšování kvality péče a představují zpětnou vazbu pro pracovníky ve vedoucích funkcích. Smyslem ošetrovatelského auditu dle sestry S3: „*je zjišťovat kvalitu péče na oddělení, zda se dodržují standardy konkrétního oddělení.*“ Sestry S4 a S5 vidí význam interních auditů v kontrole standardních postupů při výkonu práce. Sestry S1 a S4 dodaly kontrolu vedení dokumentace a S5 se k významu interního auditu vyjádřila: „*Audit má smysl pro vedení organizace, aby měla papír na to, že jsou audity prováděny, ale pro mě v praxi význam nemá.*“

Zajištění bezpečí pacientů a zaměstnanců zmiňuje sestra S1: „*Díky auditu je možné zjistit nedostatky, které se potom mohou napravit a vést k většímu bezpečí pacientů i nás sester nebo lepší péči.*“ Sestra S2 uvádí: „*Na základě výsledků auditů kvalitářka určila správné postupy práce, aby bylo dosaženo co nejvyššího bezpečí pacienta a nedošlo k poškození jeho zdraví.*“

Dle sester S1 a S2 spočívá význam interních auditů v zavádění změn do ošetrovatelské praxe. Sestra S1 se vyjádřila: „*Smyslem auditů je zjistit, v čem je nutné některé postupy zlepšovat, změnit nebo je kontrolovat.*“ Dle sestry S2 lze interním auditem ověřit efektivitu nově implementovaných postupů, zda jsou vhodně nastaveny pro danou ošetrovatelskou praxi. S1 uvedla v souvislosti se zaváděním nových postupů do praxe: „*Naposledy si vzpomínám, že jsme se všechny učily nový postup, a to péči o PICC a Midline. Prošly jsme povinným školením.*“ Změny v ošetrovatelské praxi uvádí také S5: „*Záleží na tom, co se zjistí z auditu. Určitě by se daly dělat změny v postupech, standardech, podle kterých by se pak pracovalo lépe.*“

Význam interního auditu v oblasti edukace sester uvedly komunikační partnerky S1, S2 a S3. Sestra S1 zmiňuje: „*Podle mě je dobré, když někdo poukáže na to, co děláme*

špatně, tak si to spíš uvědomíme. Díky auditu a výsledkům z něj si také čteme standardy a připravujeme se na audit. Tím se učíme napravovat chyby a osvojit si správné postupy.“ Přípravu na interní audit studiem standardů udávaly všechny oslovené sestry. Dle sestry S2: *„Audit pomáhá vedoucím pracovníkům v tom, že pořád sami neopakují, že se něco tak dělat nemá. Ale ty holky to pak vidí, že i přitom auditu je jim to vytykané.“* Sestra S3 uvedla: *„Audity nás učí, jak pracovat správně, ne že bychom se o to nesnažili, ale jsou určité postupy, které máme už v praxi zaseté. Někdy se snažíme práci ulehčit, tím pádem pak může dojít k nějaké chybě.“*

4.3.2 Formy interních auditů

Z obsahové analýzy rozhovorů vyplývá, že na Interním oddělení jsou prováděny **pravidelné audity ohlášené, neohlášené a audity ošetřovatelské dokumentace.**

Na ohlášené interní audity se sestry vždy připravují. Všechny oslovené sestry uvedly, že příprava probíhá úklidem a kontrolou oddělení a prostudováním vnitřních předpisů týkajících se dané oblasti. Sestra S1 se k přípravě na interní audit vyjádřila: *„Většinou víme, v čem máme na oddělení nedostatky a co by potřebovalo zlepšit. Asi potřebujeme jen, aby nás něco postrčilo k tomu dělat vše tak, jak se má.“* Dále S1 považuje ohlášený audit za: *„návštěvu auditorů na oddělení, které je uklizené a není možné odhalit případné nedostatky, které se v praxi běžně vyskytují.“* Dle S2 se před auditem kontroluje expirace léků, dokumentace, označení pacientů v riziku a identifikační náramky na ruku pacientů. Jestliže je předem oznámena oblast auditu, pak se kontrola zaměřuje na danou oblast. Sestra S3 dodává kontrolu popsání pytlů na odpad, třídění odpadu, a ověřuje si, zda v dokumentaci nechybí razítka a podpisy sester u záznamů. Sestra S3 se vyjádřila: *„Většinou je příprava na audit na nočních sestřích, které dostanou od staniční echo a mají za úkol projít na sesterně, co se dá.“* Sestra S4 zmiňuje kontrolu lékárny, sesterny, pokojů pacientů a dodává: *„Jinak pracuju jako vždycky a moc se na to nepřipravuju.“* O přípravě na plánovaný interní audit hovořila sestra S5 následovně: *„Podíváme se do standardu, aby se všechno dělalo tak, jak má. Když se někdo zeptá, abychom odpověděli jako učebnice. Prostě si na oddělení všechno projdeme, pročteme standard nebo směrnici, podle toho, na co se audit zaměřuje.“*

Neohlášený interní audit považují sestry S1, S3 a S5 za mnohem vhodnější nástroj pro zjištění skutečné praxe. Sestra S1 se vyslovila: *„Nic není připravené, ale je vidět, jak v praxi běžně fungujeme a jak co děláme. Díky němu se zjišťuje skutečná praxe, a ne jako při plánovaném auditu.“* Dle sestry S3 má větší význam pro praxi neohlášený audit a dále

dodává: „*Podle mého názoru není dobře, když si budeme říkat, jak se všechno dělá dobře. Je mnohem účinnější zjistit skutečnost a chyby a problémy řešit, tak aby se neopakovaly.*“ Odhalení chyb v praxi pomocí neplánovaného auditu zmiňuje také S5. Dle jejího názoru lze více chyb odhalit při auditu, o kterém nejsou sestry předem informovány než při auditu ohlášeném, kdy sestry vykonávají činnosti v souladu s interními předpisy. Z rozhovoru se sestrou S2 vyplývá, že neohlášený audit a jeho opakování v pravidelných intervalech vede sestry k dodržování standardních postupů. Sestra S2 uvedla: „*Nebudeme se vracet k zlovykům a zjednodušovat si práci. Je vidět, že se auditem v některých věcech dosáhlo zlepšení a standard péče se nemění, neklesá. Správné postupy jsou zažité právě opakovaným kontrolováním.*“ Sestra S4 vyjádřila negativní názor na neohlášené audity, protože se na ně nemůže připravit a pociťuje mnohem vyšší míru nervozity než při auditu ohlášeném.

Dle oslovených sester probíhají interní audity uzavřené a otevřené ošetrovatelské dokumentace. Podstatu těchto auditů vidí v identifikaci nesouladu vedených záznamů s interními předpisy.

4.3.3 Předmět interních auditů

Mezi auditované oblasti řadí oslovené sestry **resortní bezpečnostní cíle, bezpečnost práce, úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace**, audity prováděné na inspekčním pokoji sester a na ošetrovatelské jednotce.

Oslovené sestry uvedly, že se interní audity zaměřují na resortní bezpečnostní cíle. Z těchto cílů jmenovaly *standardní postup hygieny rukou (S1-S5), identifikaci pacientů (S1-S5), prevenci pádů (S1-S4), prevenci vzniku dekubitů (S1, S3) a bezpečnost při používání rizikových léčiv (S2-S5)*. Standardní postup hygieny rukou prověřují auditoři pozorováním a dotazováním. Identifikace pacientů je zajišťována identifikačními náramky na ruku pacientů. Sestra S1 konstatovala: „*Bezpečnost pacientů je spojená s označením pacientů, aby nedošlo k záměně a sestra si mohla ověřit, že podává léky nebo provádí výkon u správného pacienta. Kontroluje se čitelnost náramků.*“ Dle S1 – S3 se v rámci rizika pádu a rizika vzniku dekubitů během auditního šetření prověřuje zhodnocení a pravidelné přehodnocení screeningových testů v ošetrovatelské dokumentaci. S3 dále uvedla: „*Také se kontroluje evidence pacientů s dekubity.*“ S1 – S4 uvedly v souvislosti s prevencí pádu označení pacientů náramkem značícím, že je pacient v riziku pádu. S3 dodává: „*kontroluje se také označení rizikových pacientů na informační tabuli pacientů na sesterně. Ke každému riziku jako je pád nebo riziko vzniku*

malnutrice máme určenou barvu, kterou je pacient v riziku označen na informační tabuli.“ Kontrolu uložení léčiv s vyšší mírou rizika vyslovily S2-S5.

Auditní činnost zaměřenou na bezpečnost práce uvedly všechny oslovené sestry. Používání ochranných pomůcek dodaly S1 a S4.

Interní audit ošetrovatelské dokumentace uvedly sestry S1-S5. Dle S5 si auditor vybere dokumentaci a nejprve si v informovaném souhlasu s hospitalizací ověří souhlas s nahlížením do dokumentace. Dle oslovených sester zahrnuje audit ošetrovatelské dokumentace ověření správnosti vedených záznamů. Mezi tyto záznamy řadily S1, S2, S3 a S5 zhodnocení a pravidelné přehodnocení zdravotního stavu pacienta, záznamy o edukaci (S2, S3), zápisy ve formuláři Monitorace porušení kožní integrity (S1, S5) a označení místa dekubitu a posouzení stavu rány či dekubitu (S1, S3 a S5). O kontrole záznamů u pacientů s dekubity hovořila i sestra S2. Z obecných zásad při vedení zdravotnické dokumentace jmenovaly sestry čitelnost záznamů (S3), správný postup při korekci chyb (S1, S3), používání standardizovaných zkratk (S1, S3, S4) a soulad ošetrovatelských záznamů s lékařskými (S3). V rámci plnění ordinací se S5 vyjádřila k nahlížení do lékařského dekurzu z důvodu: „...*jestli odškrtaujeme splněné ordinace, podané léky a zapsané časy podaných léků.*“ Kontrolu správného označení podaného léku sestrou uvedla také sestra S1 a záznam času u podané medikace sestra S1, S3 a S4. Kontrolu standardního postupu zápisu aplikovaných opiátů uvedly S2, S3 a S5. O kontrole záznamů u pacientů při podání transfuze hovořily S2a S3 a o zápisech o zavedeném invazivním vstupu S3 a S5. Zavedení a aktualizaci ošetrovatelských problémů uvedly S1, S2, S3 a S4 a monitoraci bolesti S1, S2, S3 a S5. Dle S1 se audit ošetrovatelské dokumentace zaměřuje také na označení záznamů identifikačními údaji sestry a označení formulářů identifikačními údaji pacienta.

Na ošetrovatelské jednotce probíhá přezkoumání ošetrovatelských postupů. Všechny oslovené sestry uvedly kontrolu invazivních vstupů, především zavedených periferních katetrů. Auditoři sledují stav okolí vpichu a lepení, kterým je katetr fixovaný. Součástí správného postupu v péči o katetr je popsání krytí kanyly datem převazu. Dle S1 se audit prověřuje: „*dodržování bariérového přístupu nebo zvýšeného hygienického režimu.*“ Tuto oblast uvedly také sestry S3 a S4, které dále zmínily kontrolu ukládání stravy na oddělení. Sestra S2 uvedla, že se auditoři zaměřují také na kontrolu, zda na pokojích nejsou sestrami ponechávány stříkačky s fyziologickým roztokem, který je určen na proplach kanyl. Což představuje zvýšené bezpečnostní riziko.

Z rozhovorů vyplývá, že v průběhu auditu auditorky provádí kontrolu skladování a expirace léčiv. Sestra S1 shrnula audit na inspekčním pokoji sester: „*Na sesterně se dívají na uložení léků, záznamy teploty v lékárně a lednici, odpady, desinfekční prostředky, na označení pacientů v riziku na tabuli.*“ Kontrolu uložení a expirace léků během rozhovoru uvedly také sestry S2-S4. O záznamech teploty v lékárně a pravidelných zápisech o kontrole lékárny sestrami hovořila S3. Audity týkající se manipulace s odpadem, a to především jeho tříděním a popisem odpadových pytlů uvedly sestry S3, S4 a S5. Sestra S3 v souvislosti s odpadem dodává: „*popsání nádob na ostré předměty.*“ Kontrolu desinfekčních prostředků zmínila nejen S1, ale také S5. Sestra S1 neopomněla audit zaměřený na ochranu citlivých údajů, ke kterému se vyjádřila: „*Kontroluje se také dodržování směrnice GDPR, například jestli zavíráme dveře ve chvíli, kdy není nikdo na sesterně.*“

4.3.4 Průběh interního auditu

Kategorie průběh interního auditu zahrnuje subkategorie **proces vyhodnocení znalostí sester, hodnocení ošetrovatelské jednotky a vyhodnocení komplexnosti a úplnosti ošetrovatelské dokumentace.**

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že interní auditoři v průběhu auditu prověřují znalosti sester ve zvoleném ošetrovatelském procesu (S1 – S5). Negativní pocity spojené s pokládanými dotazy vyjádřila S4: „*Je to jako při zkoušení, jako bych se vrátila do školy a byla u tabule. Je mi to dost nepříjemné. Když si pak nejsem jistá nějakou odpovědí, cítím se hloupě. Potom si ale říkám, že jsem to věděla. Vždyť tu práci dělám denně. Asi v otázkách hledám nějaké záłudnosti, nevím.*“ Dle názoru S2 pracují na oddělení zkušené sestry, avšak i ony mají obavy z nesprávných odpovědí a mají negativní pocity ze zkoušení. Sestry S1, S3 a S5 se k tomuto tématu více nevyjádřily.

Na ošetrovatelské jednotce je zahájeno auditní šetření příchodem auditorů, kteří dle vyjádření S1 – S4 jako první oslovují staniční sestru. Dle sestry S3 auditoři spolupracují převážně se staniční sestrou, jež jim poskytuje veškeré informace. Dále dle oslovených sester průběh závisí na zaměření auditu. Všechny oslovené sestry uvedly kontrolu inspekčního pokoje sester a následně kontrolu na pokojích pacientů. Sestra S2 se k auditu ošetrovatelské jednotky vyjádřila: „*Myslím si, že se nás auditorky snaží uklidnit, abychom se nestresovali, abychom byli v klidu.*“ a S3 dodává: „*Všechno je v klidu a v celku rychle za námi. Snaží se nám do práce moc nezasahovat a nějak nás nezdržovat.*“ Snahu auditorů nezasahovat do chodu oddělení a práce sester vyslovila také S1.

Všechny oslovené sestry uvedly, že pravidelně probíhají interní audity uzavřené a otevřené ošetrovatelské dokumentace. Dle sester je podstatou auditu vyhodnocení shody vedených záznamů s vnitřními předpisy. Audit uzavřené ošetrovatelské dokumentace probíhá mimo oddělení. Sestra S5 se vyjádřila k průběhu auditu uzavřené ošetrovatelské dokumentace: *„Uzavřená dokumentace se audituje mimo oddělení. Předpokládám, že si auditoři projdou formulář po formuláři a zkontrolují ji. Jestli vedeme záznamy správně nebo špatně. A pak dostane zpětnou vazbu o výsledku auditu.“* S tímto názorem se ztotožňují i ostatní oslovené sestry. Audit otevřené ošetrovatelské dokumentace se dle sester (S1 – S5) vykonává na oddělení. Auditoři si vybírají dokumentaci pacientů, u kterých jsou vedeny zápisy vztahující se k danému předmětu auditu. Sestra S2 uvádí: *„pokud se provádí audit otevřené dokumentace, tak auditor přijde, zeptá se na pacienta, kterému podáváme opiáty nebo pacienta s monitorací bolesti nebo pacienta, kterému byla podána transfúze a následně si vybere dokumentaci těchto pacientů.“*

4.3.5 Nedostatky v ošetrovatelské praxi a nápravná opatření

V této kapitole jsou uvedeny **nedostatky**, které byly identifikovány auditem **ošetrovatelské jednotky a ošetrovatelské dokumentace** a popsána navržená nápravná opatření. Dále tato kategorie zahrnuje subkategorii **osoby navrhuující nápravná opatření a problematické oblasti z pohledu sester a interních auditorů**.

Zjištěné nedostatky na ošetrovatelské jednotce dle sestry S1 jsou: nedodržování postupu mytí rukou, znečištěné okolí invazivního vstupu nebo nepopsání jeho krytí datem přelepení, nepoužívání ochranných pomůcek a ponechání stříkačky s proplachem na pokoji pacienta. Dle S2 se již proplachy na pokojích neponechávají, ale problém se znečištěním invazivního vstupu zmiňuje stejně jako S4 a S5. Dle S5 je problémem převaz invazivního vstupu, kdy se textilní krytí použité záchrannou službou ponechá déle než jeden den. Sestra S4 dodala nepoužívání ochranných pomůcek. Sestra S5 se k ponechání stříkačky s roztokem na proplach kanyly na pokoji pacientů vyjádřila: *„Proplachy jsou problém. Bylo fajn, když byly ty jednorázové. Člověk je mohl nosit v kapse a nemusel se pořád vracet na sesternu. Brzy ale došly a nové jsme nedostali. Chvilku jsme to vydrželi a proplachy se na pokojích nenechávaly. Ale teď už jsme zase sklouzli ke starým zvyklostem a proplachy si na pokojích necháváme.“* Také S3 uvedla, že stříkačky s proplachy na pokoji nalézají, avšak sama je vždy vyhodí a jde si pro nový roztok, aby věděla a měla jistotu, co pacientovi aplikuje. V souvislosti s proplachy bylo již dříve

zpracováno do ošetrovatelského standardu, že stříkačky s roztokem určeným pro proplach kanyly nesmí být ponechány na pokoji pacientů (S1, S2, S3, S5). Dle sester S2 a S4 bylo díky auditům pořízeno nové krytí na invazivní vstupy, k němuž se S2 vyjádřila: „...konkrétním příkladem je lepení na kanyly. Jejich pořízení určitě vedlo ke zlepšení péče a zvýšení bezpečí pacienta před infekcí. Navíc, když se kanyla denně přelepovala, stávalo se, že se musela znovu zavést.“

Interní audity ošetrovatelské dokumentace odhalily nedostatky v oblasti chybných oprav záznamů, a to přeškrtváním či zamazáním (S1 a S3). K zamezení používání korekčních laků při opravách záznamů v dokumentaci bylo navrženo jejich odstranění z oddělení (S1). Sestry dále uvedly použití nestandardizovaných zkratk (S1, S3, S4), nestandardní hodnocení bolesti (S1, S2, S3, S5), nezaznamenání edukace o invazivním vstupu (S1) a o riziku pádu (S1) a neuvedení času podání léků a infuze (S1, S4). Sestry S1, S2 a S3 hovořily o problému s ukončením ošetrovatelských problémů, které již pacient nemá. Sestra S2 dále uvedla, že chybí záznamy, týkající se vyjádření sestry k ošetrovatelským problémům. Sestry S2 a S3 jako pomoc při vedení ošetrovatelské dokumentace vidí vytvořené myšlenkové mapy pro tyto oblasti péče: monitoring a řešení bolesti pacienta, hlášení nežádoucí události a pravidla zvýšeného hygienického režimu u pacienta. K nedostatkům v ošetrovatelské dokumentaci se dále S2 vyjádřila: „Řekla bych, že chyby při vedení ošetrovatelské dokumentace pramení z neustálého opisování stejných záznamů a z časové tísně během směny. I když si změny při předávání hlášení ústně předáváme, tak už je v dokumentaci často nezaznamenáme. Co se týká dokumentace, tak je podle mě až na posledním místě. Nejdůležitější je postarat se o pacienty, aby bylo vše v pořádku a dopsat se to může i později. Problémem je nedostatek personálu a pak není kolikrát na směně na všechno čas.“ Sestra S3 uvedla nesoulad ošetrovatelských záznamů s lékařskými, což vidí v rozdílném podání informací sestře a lékaři. Dále dodala, že v dokumentaci chybí identifikační údaje sestry u záznamů. Identifikační údaje na teplotní tabulce chybí dle S4 a dle S5 není vždy odškrtnutá splněná ordinace lékaře sestrou.

Nápravná opatření při zjištěném pochybení navrhují dle S1 interní auditoři, avšak jejich akceptování a realizace je zcela na vrchní a staniční sestře. Sestra S2 uvedla: „Nápravná opatření zjištěných nedostatků navrhuje management nemocnice, konkrétně interní auditoři. Důležité je, aby odpovědný pracovník provedl kontrolu zavedených opatření, a to i individuálně pokud ví, že třeba někdo něco dělá

opakovaně špatně. “ Dle sestry S5 stanovuje nápravná opatření koordinátorka pro kvalitu a bezpečí ošetrovatelské péče a interní auditoři s hlavní sestrou.

Jako problematickou oblast ošetrovatelské péče uvedla S2 znečištění okolí zavedeného invazivního vstupu, kdy okolí je v přítomnosti sestry čisté a během ranní hygieny může dojít k jeho znečištění nepozorností pacienta. Pokud však pacient ihned na tuto skutečnost neupozorní, je možné, že sestře bude auditorem toto vytknuto. Dle S5 je problémovou oblastí hodnocení bolesti u pacientů s kontinuálně tišenou bolestí opiáty. K této problematice se vyjádřila: *„Diskutovali jsme s auditory jak nejlépe zaznamenávat bolest u pacientů s opiátovými náplastmi. Zda zavádět nebo nezavádět monitoraci bolesti, která se zavádí při bolesti od stupně tři. Pacienti mají bolest kontinuálně tlumenou a nám už neuvádí stupeň bolesti tři. Stejný problém jsme řešili i s injekčními opiáty, když má pacient bolest do stupně dva, jestli psát nebo nepsat tento záznam.“*

4.3.6 Výsledky interního auditu

Kategorie výsledky interního auditu zahrnuje subkategorie **předávání výsledků interních auditů sestrám, vyjádření sester k výsledkům interních auditů a využití závěrů interních auditů ke kvalitě a bezpečí ošetrovatelské péče.**

Výsledky interního auditu jsou sestrám předávány formou závěrečné zprávy, která obsahuje slovní vyjádření a kontrolní list s procentuálním vyhodnocením splnění auditu. Zprávu obdrží nejprve vrchní sestra a následně ji předá směnným sestrám. Povinností sester je dle S1, S2 a S3 si zprávu přečíst a S2 dodává: *„Ve zprávě jsou zvýrazněny často opakované chyby nebo co by se mohlo opakovat. Potvrzení o přečtení zprávy o výsledku auditu doložíme podpisem. Není pak možné říct, že jsem nevěděla, že se něco dělá špatně, když si zprávu přečtu a podepišu. Zprávy jsou určeny pro všechny pracovníky daného oddělení, nejen pro ty, co byli u auditu a udělali chybu.“* Předběžné výsledky interních auditů ošetrovatelské jednotky nebo otevřené dokumentace jsou sděleny sestrám (S1 – S5) na konci auditu. Statistické zpracování výsledků interních auditů je dostupné pro zaměstnance na intranetu nemocnice (S2).

K předběžným výsledkům interních auditů ošetrovatelské jednotky nebo otevřené dokumentace se mohou sestry (S1 – S5) ihned vyjádřit a v případě nejasností s auditory probrat danou problematiku. O výsledcích auditů je dle S1 a S2 vedena diskuze mezi sestrami na oddělení. Následně S2 uvedla: *„...většinou chce po nás vrchní sestra vyjádření ke zjištěným nedostatkům. Jaké uděláme opatření, aby byla provedena změna.*

Chce slyšet náš názor, proč k chybě došlo nebo proč to či ono není v dokumentaci zaznamenáno.“ Podobně se vyjádřila také S1.

Závěry interních auditů lze dle oslovených sester využít ke zvyšování kvality a bezpečí ošetrovatelské péče. Dle S1 mohou být využity k úpravě vnitřních předpisů, což by vedlo ke zlepšování nebo zjednodušení postupů a jejich efektivitě v praxi. Dle sester S2, S3 a S4 je díky závěrům interních auditů kladen vyšší důraz na dodržování standardů a postupů. Sestry S1 a S4 uvádí zlepšení vedení ošetrovatelské dokumentace a S1 dodává nákup nových pomůcek, které jsou pořizovány na základě zjištěných nedostatků. Pořízení nových pomůcek uvedly sestry S2 a S5. Mezi tyto pomůcky sestry (S1, S5) řadí jednorázové stříkačky s roztokem určené k proplachu periferních žilních katetrů, které však byly k dispozici jen krátkou dobu a foliové lepení (S1, S2 a S5) na periferní žilní katetry, jež nahradilo textilní krytí. Sestry dále uvedly jako výstupy interních auditů vypracování myšlenkových map, které jsou návodem, jak postupovat u pacienta s bolestí (S1, S2, S3, S5), u pacienta s potřebou zvýšeného hygienického režimu (S1 – S3) a při nežádoucí události (S1, S3). Dle S2 jsou tyto myšlenkové mapy perfektní pomůckou pro praxi. Naopak sestra S5 vyjádřila názor: *„Myšlenková mapa je hezká, fajn, moderní, ale jestliže pacient bolest má nebo nemá, si snad každý dokáže zhodnotit, jak to pak napíše do papírů. A nepotřebuje na to mapu. Myšlenková mapa je pěkná, ale že by to pro mě byla nějakou výhodou pro praxi to nemohu říct.*“ Za přínos pro praxi považuje S2 označení pacientů s rizikem pádu na tabuli. Dále uvedla, že management nemocnice vyvíjí snahu aktualizovat standardy v případě, že jsou nedostatečně nebo složitě napsány.

4.3.7 Systém interních auditů

Kategorie systém interních auditů zahrnuje **osoby vykonávající interní audit, četnost interních auditů, názor sester na systém interních auditů a změny v systému interních auditů.**

Interní auditů dle oslovených sester na oddělení vykonávají interní auditoři, koordinátorka pro kvalitu a bezpečí ošetrovatelské péče. Sestry S1 a S3 uvedly přítomnost bezpečnostního technika v případě auditu týkajícího se bezpečnosti práce. Vrchní sestra se účastní auditů v případě, že je přítomna na oddělení (S1, S2, S4, S5). Dle sester S1 a S2 vykonávají interní audit vždy alespoň dva auditoři.

K dotazu na četnost interních auditů na oddělení se sestra S2 vyjádřila: *„Před akreditací se zvýšila frekvence interních auditů, a pak pokračovaly i dál s menší*

frekvencí... Řekla bych, že se polevilo. A teď se zase začíná. Teď byl zase další audit. “ Časté a opakované audity před akreditačním šěřením uvedly i ostatní oslovené sestry. Dle sestry S1 probíhají audity párkrát do roka a dle S3 a S4 se pravidelně provádí audity zdravotnické dokumentace. Sestra S5 vyjádřila svůj názor: „Většinou probíhají interní audity, když se blíží externí audit, akreditace nebo nějaká kontrola z ministerstva, ale jinak si nevzpomínám, že by se nějak více dělaly. Před akreditací se začnou dělat audity, aby to vypadalo, že se dělá vše tak, jak má, že máme na všechno pomůcky a lidi, ale po akreditaci všechno utichne. Mně to v praxi nic nepřináší. Jinak se audity pravidelně nedělají. “ Sestra S1 dodává, že se audity provádí v případě problémů, stížností nebo při zavádění nového či upraveného postupu do praxe. Četnost auditů závisí dle S2 na potřebě vedení. Svůj názor vyjádřila: „...když sledují, že to je teď v pořádku, tak nás nechají. A když vidí, že se zase v péči polevilo, tak je třeba zase kontrola. A vím ze své zkušenosti vedoucího pracovníka, že opravdu si myslíte, že je něco nastavený a lidi to mají zažitý a už to funguje. A pak najednou s udivením zjistíte, že něco, co už vlastně fungovalo, má najednou zase chybičky. “

Názory sester na systém interních auditů se liší. Sestra S3 uvedla: „Hlavně jde o přístup personálu a jejich zodpovědnost k dodržování předepsaných pravidel a standardů. “ S tímto názorem se ztotožňuje S1 a S5. Sestra S1 nevidí problém v systému auditů, ale v nedostatku personálu a uvedla: „Nedostatek personálu se projevuje především na kvalitě péče. “ Sestry S1 a S2 hodnotí systém interních auditů jako dobře nastavený. Dále uvádějí dobrou spolupráci a komunikaci s interními auditory. Sestra S2 dodává otevřenost vedoucích pracovníků ke změnám v praxi, které vedou k vyšší kvalitě ošetrovatelské péče. Opačný názor má sestra S4: „Podle mého názoru by bylo nejlepší, kdyby se audity nedělaly. “ Sestra S5 vyjádřila své pochybnosti nad objektivitou interních auditorů následovně: „Kontrolu provádějí interní zaměstnanci nemocnice. Tím může být audit ovlivněný. Jsme malý špitál, lidi spolu chodí na kávu, tak si myslím, že to není úplně tak upřímný, jak by to mělo být. “

Změny v systému interních auditů by provedly sestry S1, S3 a S5. Dle S1 by se audity měly vykonávat pravidelně nebo alespoň častěji než doposud. Sestra S3 doporučuje provádět častěji neohlášené audity a S5 doporučuje vykonávat audity externími auditory.

4.3.8 Výhody a nevýhody interního auditu

Výhody neohlášeného auditu dle oslovených sester (S1, S2, S3, S5) spočívají ve zjištění skutečné praxe. Dle sestry S5 je výhodou neohlášeného auditu možnost odhalit chyby, které jsou součástí běžné praxe. Sestry S1 a S2 se shodují, že při neohlášeném auditu se tolik nestresují jako před a během ohlášeného auditu.

Dle sester S1 – S4 tkví pozitiva interního auditu v upozornění sester na nedostatky a chyby, kterých se dopouští v praxi. Sestry S1 a S2 uvádějí udržení a zvyšování kvality péče, jež lze dosáhnout pomocí auditů. Sestra S2 vysvětluje: „*Myslím si, že si sestry potřebují jednou za čas připomenout obsah ošetrovatelského standardu. Ač se to nezdá, tak sklouzávají k pohodlnosti, zjednodušování si práce na úkor předpisů anebo i kvality péče.*“ Možnost získání zpětné vazby ke své vlastní práci zmiňuje S1 a S3. Sestra S1 vidí výhodu auditu ve stanovení správného postupu interními auditory v závěrečné zprávě z auditu. Dle S5 záleží na zjištěných skutečnostech během auditu, díky kterým by mohlo docházet ke změnám v postupech, podle kterých by se pak pracovalo lépe. Následně však dodává: „*Ale myslím si, že se nic takového nedělo. Přišla kontrola, podívali se. Zhodnotili dobrý nebo špatný, ale že by z toho byl nějaký pozitivní nebo negativní výstup, to ne.*“ Dle sestry S1 spočívá přínos auditu v možnosti ověřit si nové postupy v praxi a dle S2 jsou efektivnější častější audity, protože si na ně sestry zvyknou a nejsou potom tolik nervózní.

Sestry S1, S2 a S5 oceňují způsob vyhodnocení interních auditů ošetrovatelské dokumentace formou závěrečných zpráv. Sestra S5 řekla: „*Ve zprávě jsou konkrétně vypsány nedostatky a auditované sestry, které se chyb dopustily. To je dobře, člověk se pak více snaží. To se mi líbí, myslím si, že je to účinný.*“ Tímto způsobem je dle jejich názoru možné dosáhnout lepšího vedení dokumentace.

Sestry S1, S2 a S4 uvedly jako nevýhodu auditu stres, který pociťují před plánovaným interním auditem. Sestra S4 dále zmiňuje, že ji audit zdržuje od práce. S1 pociťuje stres z toho, že se dívají auditoři na to, jak pracuje a dle S2 zapříčiňuje nervozitu dotazování interních auditorů.

4.4 Výsledky kvantitativního výzkumu

V prvním auditu byla provedena kontrola 130 zdravotnických dokumentací. Bylo stanoveno 28 kritérií, které byly hodnoceny v těch dokumentacích, kde daná proměnná byla přítomna. Například záznam o nežádoucí události byl součástí a je tedy i hodnocen ve čtyřech dokumentacích. Relativní četnosti (%) jsou vypočítány z dokumentací, kde bylo hodnotící kritérium přítomno, jde o tzv. validní záznamy.

Tabulka 1 Výsledky prvního auditu realizovaného v červenci 2019

č.	Název kritéria	N	Splněno %	Částečně splněno %	Nesplněno %	Celkem %
1	Označení ID pacienta	130	20,8	79,2	0,0	100
2	Označení ID sestry	130	86,2	13,8	0,0	100
3	Čitelnost záznamů	130	100,0	0,0	0,0	100
4	Standardní postup oprav v záznamů	95	17,9	32,6	49,5	100
5	Úžití standardizovaných zkratk	130	78,5	21,5	0,0	100
6	Stanovení ošetrovatelské anamnézy	130	99,2	0,8	0,0	100
7	Zhodnocení soběstačnosti	130	98,5	1,5	0,0	100
8	Zhodnocení rizika vzniku dekubitů	130	84,6	14,6	0,8	100
9	Zhodnocení rizika pádů	130	93,8	4,6	0,6	100
10	Zhodnocení nutričního stavu	130	95,4	4,6	0,0	100
11	Zhodnocení bolesti	130	68,5	31,5	0,0	100
12	Komplexnost vedení edukačního záznamu	127	95,3	3,1	1,6	100
13	Záznam edukace – prevence pádu	120	79,2	5,8	15,0	100
14	Záznam edukace – invazivní vstup	116	56,9	20,7	22,4	100
15	Stanovení ošetrovatelských problémů	128	91,4	8,6	0,0	100
16	Záznam o za vedení invazivního vstupu	116	99,1	0,9	0,0	100
17	Soulad ošetrovatelských a lékařských záznamů	130	97,7	2,3	0,0	100
18	Návrh preventivních opatření minimalizující riziko pádu	120	37,5	58,3	4,2	100
19	Pravidelnost záznamů hmotnosti/TT/stolice	130	76,1	22,3	1,6	100
20	Záznam o zhodnocení rány při převazu	18	94,4	0,0	5,6	100
21	Záznam času podání infuze	90	53,3	40,0	6,7	100
22	Záznam času podání léčiva dle potřeby	41	85,4	4,9	9,7	100
23	Záznam nepodání léků	72	68,1	11,1	20,8	100
24	Záznam o stanovení nápravného opatření k NU	4	50,0	25,0	25,0	100
25	Záznam o analýze příčin NU	4	75,0	0,0	25,0	100
26	Úplnost překladové zprávy	17	88,2	11,8	0,0	100
27	Správnost záznamů v překladové zprávě	17	94,1	5,9	0,0	100
28	Přítomnost originálu překladové zprávy v dokumentaci pacienta	17	0,0	0,0	100,0	100

Identifikace pacienta (ID) byla na každém formuláři dokumentace uvedena vždy ve 20,8 % případů a částečně v 79,2 % (N = 130). Hodnotící kritérium označení záznamů ID sestry bylo splněno v 86,2 % a částečně v 13,8 % dokumentací (N = 130). Záznamy byly

vždy čitelné. Z 95 validních záznamů byl dodržen standardní postup oprav v 17,9 %, částečně v 32,6 % a nedodržen v 49,5 % případů. Standardizované zkratky obsahovalo 78,5 % dokumentací a 21,5 % dokumentací zahrnovalo standardizované i nestandardizované zkratky (N = 130). Ošetřovatelská anamnéza byla komplexně sepsána v 99,2 % dokumentací (N = 130). Komplexní zhodnocení soběstačnosti obsahovalo 98,5 % záznamů (N = 130). Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů bylo zcela přítomno v 84,6 %, částečně v 14,6 % a nepřítomno v 0,8 % dokumentací (N = 130). Vyhodnocení rizika pádu bylo součástí 93,8 % dokumentací (N = 130). Záznam o vyhodnocení rizika malnutrice byl přítomen v 95,4 % dokumentací (N = 130). Hodnocení bolesti dle standardního postupu splňovalo 68,5 % a částečně 31,5 % dokumentací (N = 130). V jaké oblasti a kým byl pacient edukován bylo zřejmé v 95,3 % případů (N = 127). Edukace o prevenci rizika pádu byla zcela uvedena v 79,2 %, částečně v 5,8 % a neuvedena v 15 % dokumentací (N = 120). Kritérium týkající se úplnosti záznamů o edukaci pacienta v péči o invazivním vstupu zcela splňovalo 56,9 %, částečně 20,7 % a nesplňovalo 22,4 % dokumentací (N = 116). Stanovení ošetřovatelských problémů a jejich aktualizace bylo správně provedeno v 91,4 % a částečně v 8,6 % dokumentací (N = 128). Úplné vedení záznamů o zavedení invazivního vstupu bylo uvedeno v 99,1 % dokumentací (N = 116). Soulad ošetřovatelských a lékařských záznamů byl zaznamenán v 97,7 % dokumentací (N = 130). Preventivní opatření k minimalizaci rizika pádu obsahovalo 37,5 %, částečně 58,3 % dokumentací a toto kritérium nesplňovalo 4,2 % dokumentací (N = 120). Pravidelný záznam stolice, TT a hmotnosti byl uveden v 76,1 %, částečně v 22,3 % a tyto záznamy nebyly uvedeny v 1,6 % případů (N = 130). Posouzení rány a záznam o použitém materiálu při převazu splňovalo 94,4 % dokumentací (N = 18). Kritérium zaznamenání času podání infuze splňovalo 53,3 %, částečně 40 % a nesplňovalo 6,7 % dokumentací (N = 90). Čas podání léku ordinovaného dle potřeby byl uveden v 85,4 %, částečně v 4,9 % a neuveden v 9,7 % dokumentací (N = 41). Důvod, proč nebyl lék podán, byl zaznamenán v 68,1 % dokumentací (N = 72). Protokol o nežádoucí události (NU) byl veden ve čtyřech dokumentacích. Ve třech záznamech NU (75 %) byly analyzovány kořenové příčiny NU a ve dvou záznamech NU (50 %) byla navržena nápravná opatření. Ze 17 ošetřovatelských překládových zpráv bylo 88,2 % sepsáno komplexně a 11,8 % neúplně. V souladu s informacemi z dokumentace bylo vypracováno 94,1 % překládových zpráv. Založena do dokumentace byla vždy kopie překládové zprávy místo originálu.

V druhém auditu byla provedena kontrola 155 zdravotnických dokumentací. Bylo stanoveno 28 kritérií, které byly hodnoceny v těch dokumentacích, kde daná proměnná byla přítomna. Relativní četnosti (%) jsou vypočítány z dokumentací, kde bylo hodnotící kritérium přítomno, jde tedy o tzv. validní záznamy.

Tabulka 2 Výsledky druhého auditu realizovaného v období listopad 2019

č.	Název kritéria	N	Splněno %	Částečně splněno %	Nesplněno %	Celkem %
1	Označení ID pacienta	155	49,7	50,3	0,0	100
2	Označení ID sestry	155	87,1	12,9	0,0	100
3	Čitelnost záznamů	155	99,4	0,6	0,0	100
4	Standardní postup oprav v záznamů	112	35,7	52,7	11,6	100
5	Užití standardizovaných zkratk	154	81,2	18,8	0,0	100
6	Stanovení ošetrovatelské anamnézy	155	92,9	7,1	0,0	100
7	Zhodnocení soběstačnosti	155	98,1	1,9	0,0	100
8	Zhodnocení rizika vzniku dekubitů	155	96,1	3,9	0,0	100
9	Zhodnocení rizika pádů	155	97,5	1,9	0,6	100
10	Zhodnocení nutričního stavu	155	95,5	4,5	0,0	100
11	Zhodnocení bolesti	155	74,8	25,2	0,0	100
12	Komplexnost vedení edukačního záznamu	155	98,8	0,6	0,6	100
13	Záznam edukace – prevence pádu	138	76,8	13,8	9,4	100
14	Záznam edukace – invazivní vstup	131	69,5	9,1	21,4	100
15	Stanovení ošetrovatelských problémů	153	92,2	7,8	0,0	100
16	Záznam o zavedení invazivního vstupu	131	100	0,0	0,0	100
17	Soulad ošetrovatelských a lékařských záznamů	155	94,8	5,2	0,0	100
18	Návrh preventivních opatření minimalizující riziko pádu	138	49,3	50,7	0,0	100
19	Pravidelnost záznamů hmotnosti/TT/stolice	155	86,5	13,5	0,0	100
20	Záznam o zhodnocení rány při převazu	10	80,0	20,0	0,0	100
21	Záznam času podání infuze	110	66,4	31,8	1,8	100
22	Záznam času podání léčiva dle potřeby	59	81,4	15,2	3,4	100
23	Záznam nepodání léků	88	72,7	19,3	8,0	100
24	Záznam o stanovení nápravného opatření k NU	5	100,0	0,0	0,0	100
25	Záznam o analýze příčin NU	5	100	0,0	0,0	100
26	Úplnost překladové zprávy	19	84,2	15,8	0,0	100
27	Správnost záznamů v překladové zprávě	19	94,7	5,3	0,0	100
28	Přítomnost originálu překladové zprávy v dokumentaci pacienta	19	10,5	0,0	89,5	100

Z celkového počtu 155 dokumentací v druhém auditu bylo vždy uvedeno označení každého listu ID pacienta ve 49,7 % a částečně v 50,3 % dokumentací. Označení záznamů ID sestry, která záznam provedla, bylo splněno v 87,1 % a částečně v 12,9 % dokumentací (N = 155). Záznamy byly vždy čitelné v 99,4 % dokumentací (N = 155). Z validních 112 záznamů byly korekce chyb provedeny standardním postupem v 35,7 % dokumentací.

Částečně splňovalo správný postup 52,7 % a nesplňovalo 11,6 % dokumentací. Pouze standardizované zkratky byly použity v 81,2 % dokumentací a 18,8 % dokumentací zahrnovaly standardizované i nestandardizované zkratky (N = 154). Komplexně byla sepsána ošetrovatelská anamnéza v 92,9 % dokumentací (N = 155). Zhodnocení soběstačnosti pomocí screeningového testu zahrnovalo 98,1 % dokumentací (N = 155). V oblasti rizika vzniku dekubitů byl řádně zpracovaný screeningový test součástí 96,1 % dokumentací (N = 155). Vyhodnocení rizika pádu bylo zcela přítomno v 97,5 % dokumentací (N = 155). Komplexní zhodnocení rizika malnutrice bylo zaznamenáno v 95,5 % dokumentací (N = 155). Standardní postup při hodnocení bolesti byl dodržen v 74,8 % a částečně v 25,2 % dokumentací (N = 155). Z edukačního záznamu bylo zřejmé, kdo a v jaké oblasti edukoval pacienta v 98,8 % dokumentací (N = 155). Edukace o prevenci pádu byla zcela zaznamenána v 76,8 %, částečně v 13,8 % dokumentací a nezaznamenána v 9,4 % dokumentací (N = 139). Kritérium hodnotící edukaci o invazivním vstupu zcela splňovalo 69,5 %, částečně 9,1 % a nesplňovalo 21,4 % dokumentací (N = 131). Stanovení ošetrovatelských problémů a jejich aktualizaci zcela splňovalo 92,2 % a částečně 7,8 % dokumentací (N = 153). Úplné záznamy o zavedení invazivního vstupu byly součástí všech 131 dokumentací. Soulad ošetrovatelských a lékařských záznamů byl zaznamenán v 94,8 % dokumentací (N = 155). Preventivní opatření k minimalizaci rizika pádu zahrnovalo 49,3 % dokumentací a částečně 50,7 % dokumentací (N = 138). Pravidelný záznam o hmotnosti, stolici a TT byl veden v 86,5 % dokumentací a částečně ve 13,5 % dokumentací (N = 155). Posouzení rány a záznam o použitém materiálu při převazu splňovalo 80 % a částečně 20 % dokumentací (N = 10). Kritérium zaznamenání času podání infuze splňovalo 66,4 %, částečně 31,8 % a nesplňovalo 1,8 % dokumentací (N = 110). Čas podání léků ordinovaných dle potřeby byl vždy uveden v 81,4 % dokumentací, částečně 15,2 % dokumentací a neuveden v 3,4 % dokumentací (N = 59). V 72,7 % dokumentací byl uveden důvod, proč nebyl lék podán (N = 88). K nežádoucí události došlo dle záznamů v 5 dokumentacích, přičemž vždy byla provedena analýza její příčiny a navržena nápravná opatření. Z 19 ošetrovatelských překládových zpráv bylo 84,2 % sepsáno komplexně a 15,8 % částečně. V souladu s informacemi z dokumentace bylo sepsáno 94,7 % překládových zpráv. Originál překládové zprávy obsahovalo 10,5 % dokumentací a do 89,5 % dokumentací byla založena kopie zprávy.

Tabulka 3 Statisticky významné rozdíly ve výsledcích realizovaných auditů

č.	Název kritéria	Hodnota χ^2	df	p	významnost
1	Označení ID pacienta	25,5	1	<0,001	***
2	Označení ID sestry	0,054	1	0,816	n.s.
3	Čitelnost záznamů	0,842	1	0,359	n.s.
4	Standardní postup oprav záznamů	36,1	2	<0,001	***
5	Užití standardizovaných zkratk	0,322	1	0,570	n.s.
6	Stanovení ošetřovatelské anamnézy	7,02	1	0,008	**
7	Zhodnocení soběstačnosti	0,065	1	0,799	n.s.
8	Zhodnocení rizika vzniku dekubitů	11,5	2	0,001	***
9	Zhodnocení rizika pádů	2,24	2	0,327	n.s.
10	Zhodnocení nutričního stavu	0,002	1	0,968	n.s.
11	Zhodnocení bolesti	1,42	1	0,233	n.s.
12	Komplexnost vedení edukačního záznamu	3,12	2	0,210	n.s.
13	Záznam edukace – prevence pádu	5,70	2	0,058	n.s.
14	Záznam edukace – invazivní vstup	7,17	2	0,028	*
15	Stanovení ošetřovatelských problémů	0,052	1	0,819	n.s.
16	Záznam o zavedení invazivního vstupu	1,09	1	0,297	n.s.
17	Soulad ošetřovatelských a lékařských záznamů	1,55	1	0,213	n.s.
18	Návrh preventivních opatření minimalizující riziko pádu	8,31	2	0,011	*
19	Pravidelnost záznamů hmotnosti/TT/stolice	5,20	2	0,074	n.s.
20	Záznam o zhodnocení rány při převazu	4,31	2	0,116	n.s.
21	Záznam času podání léků	5,23	2	0,073	n.s.
22	Záznam času podání léčiva dle potřeby	4,05	2	0,132	n.s.
23	Záznam nepodání léků	6,61	2	0,037	*
24	Záznam o stanovení nápravného opatření k NU	3,21	2	0,200	n.s.
25	Záznam o analýze příčin NU	1,41	1	0,236	n.s.
26	Úplnost překladové zprávy	0,122	1	0,727	n.s.
27	Správnost záznamů v překladové zprávě	0,007	1	0,935	n.s.
28	Přítomnost originálu překladové zprávy v dokumentaci pacienta	1,90	1	0,169	n.s.

Poznámka: χ^2 – chí kvadrát; df – stupně volnosti, p – dosažená hladina významnosti v testu nezávislosti; n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl, * – statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, ** – statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,01$, *** – statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,001$.

Statisticky významný rozdíl ve výsledcích mezi prvním a druhým auditem byl potvrzen v sedmi oblastech hodnotících kritérií. Mezi tyto oblasti patří označení ID pacienta ($p < 0,001$), standardní postup oprav záznamů ($p < 0,001$), stanovení ošetřovatelské anamnézy ($p = 0,008$), zhodnocení rizika vzniku dekubitů ($p = 0,003$), záznam o edukaci o invazivním vstupu ($p = 0,028$), návrh preventivních opatření minimalizujících riziko pádu ($p = 0,015$), záznam nepodání léků ($p = 0,037$). V následující části jsou uvedeny kontingenční tabulky pouze u sledovaných kritérií, kde byl zaznamenán ve výsledcích statisticky významný rozdíl.

Tabulka 4 Rozdíly v označení identifikačními údaji pacienta mezi sledovanými audity

Interní audit		Označení formulářů dokumentace ID pacienta		
		Splněno	Částečně splněno	Celkem
Absolutní četnost	Interní audit 1	27	103	130
	Interní audit 2	77	78	155
	Celkem	104	181	285
Relativní četnosti	Interní audit 1	20,8%	79,2%	100,0%
	Interní audit 2	49,7%	50,3%	100,0%
	Celkem	36,5%	63,5%	100,0%
Znaménkové schéma	Interní audit 1	- - -	+++	
	Interní audit 2	+++	- - -	

Z důvodu nulového zastoupení v kategorii „nesplněno“ byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že v kritériu „*Je každý formulář dokumentace označen identifikačním štítkem pacienta*“ došlo mezi prvním a druhým auditem ke statisticky významnému zlepšení. Zatímco v prvním auditu toto kritérium zcela splňovalo 20,8 % dokumentací, v druhém auditu to bylo již 49,7 %. Chí kvadrát $\chi^2 = 25,5$, $df = 1$, $p < 0,001$. Lze říci, že v druhém auditu došlo ke statisticky významnému zlepšení vedení záznamů zdravotnické dokumentace v oblasti označení formulářů dokumentace ID pacienta.

Tabulka 5 Rozdíly ve standardním postupu oprav záznamů mezi sledovanými audity

Interní audit		Standardní postup oprav záznamů			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Interní audit 1	17	31	47	95
	Interní audit 2	40	59	13	112
	Celkem	57	90	60	207
Relativní četnosti	Interní audit 1	17,9%	32,6%	49,5%	100,0%
	Interní audit 2	35,7%	52,7%	11,6%	100,0%
	Celkem	27,5%	43,5%	29,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Interní audit 1	--	--	+++	
	Interní audit 2	++	++	---	

Standardní postup oprav záznamů byl sledován v prvním auditu v 95 dokumentacích a v druhém auditu ve 112 dokumentacích.

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že došlo ke statisticky významnému zlepšení mezi prvním a druhým auditem. Správný postup oprav záznamů byl častěji dodržen v dokumentacích zařazených do druhého auditu 35,7 % než v dokumentacích prvního auditu v 17,9 %. Chí kvadrát $\chi^2 = 36,1$, $df = 2$, $p < 0,001$. Na základě těchto výsledků lze učinit závěr, že v kritériu „*Jsou opravy prováděné dle platného interního předpisu*“ bylo v druhém auditu zjištěno statisticky významné zlepšení.

Tabulka 6 Rozdíly ve stanovení ošetřovatelské anamnézy mezi sledovanými audity

Interní audit		Stanovení ošetřovatelské anamnézy		
		Splněno	Částečně splněno	Celkem
Absolutní četnost	Interní audit 1	129	1	130
	Interní audit 2	144	11	155
	Celkem	273	12	285
Relativní četnosti	Interní audit 1	99,2%	0,8%	100,0%
	Interní audit 2	92,9%	7,1%	100,0%
	Celkem	95,8%	4,2%	100,0%
Znaménkové schéma	Interní audit 1	++	--	
	Interní audit 2	--	++	

Z důvodu nulového zastoupení v kategorii „nesplněno“ byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena.

V případě stanovení ošetřovatelské anamnézy bylo identifikováno statisticky významné zhoršení mezi prvním a druhým auditem. Z kontingenční tabulky vyplývá, že v kritériu „*Je ošetřovatelská anamnéza komplexně vyplněna do 24h od přijetí pacienta na oddělení*“ došlo statisticky významně častěji ke splnění tohoto kritéria v prvním auditu 99,2% než v druhém auditu 92,9%. Naopak v druhém auditu statisticky významně častěji docházelo jen k částečnému splnění kritéria 7,1 % než v prvním auditu 0,8 %. Chí kvadrát $\chi^2 = 7,02$, $df = 1$, $p = 0,008$. V oblasti stanovení ošetřovatelské anamnézy lze konstatovat, že došlo v druhém auditu ke statisticky významnému zhoršení.

Tabulka 7 Rozdíly ve zhodnocení rizika vzniku dekubitů mezi sledovanými audity

Interní audit		Zhodnocení rizika vzniku dekubitů			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Interní audit 1	110	19	1	130
	Interní audit 2	149	6	0	155
	Celkem	259	25	1	285
Relativní četnosti	Interní audit 1	84,6%	14,6%	0,8%	100%
	Interní audit 2	96,1%	3,9%	0,0%	100%
	Celkem	90,9%	8,8%	0,3%	100%
Znaménkové schéma	Interní audit 1	0	++	- - -	
	Interní audit 2	0	--	+++	

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že ke zhodnocení rizika vzniku dekubitů došlo v prvním auditu v 84,6 % dokumentací a v druhém auditu 96,1 %. V prvním auditu bylo kritérium částečně splněno statisticky významně častěji 14,6 %, než v druhém auditu 3,9 %. Nesplněno bylo toto kritérium v prvním auditu v 0,8 %. Ve druhém auditu však k nesplnění kritéria nedošlo. Chí kvadrát $\chi^2 = 11,5$, $df = 2$, $p = 0,001$. Závěrem lze konstatovat, že v kritériu „*Je zhodnocení rizika vzniku dekubitu pacienta provedeno do 24h od přijetí na oddělení a následně přehodnoceno v intervalech dle platného interního předpisu*“ došlo mezi prvním a druhým auditem ke statisticky významnému zlepšení. Nicméně výsledky statistického testování mohou být oslabeny pro malý počet pozorování.

Tabulka 8 Rozdíly v záznamu o edukaci o invazivním vstupu mezi sledovanými audity

Interní audit		Záznam o edukaci o invazivním vstupu			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Interní audit 1	66	24	26	116
	Interní audit 2	91	12	28	131
	Celkem	157	36	54	247
Relativní četnosti	Interní audit 1	56,9%	20,7%	22,4%	100,0%
	Interní audit 2	69,5%	9,1%	21,4%	100,0%
	Celkem	63,6%	14,5%	21,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Interní audit 1	-	++	0	
	Interní audit 2	+	--	0	

Záznamy o edukaci pacienta o invazivním vstupu byly sledovány během prvního auditu ve 116 dokumentacích a průběhu druhého auditu ve 131 dokumentacích.

Záznamy o edukaci pacienta o invazivním vstupu zcela splňovalo v prvním auditu 56,9 % dokumentací a ve druhém auditu již v 69,5 %. Z kontingenční tabulky je zřejmé, že došlo ke statisticky významnému zlepšení mezi prvním a druhým auditem (chí kvadrát / $\chi^2=7,17$, $df = 2$, $p = 0,028$). Lze konstatovat, že v druhém auditu došlo v oblasti záznamů o edukaci o invazivním vstupu ke statisticky významnému zlepšení.

Tabulka 9 Rozdíly v návrhu preventivních opatření minimalizujících riziko pádu mezi sledovanými audity

Interní audit		Návrh preventivních opatření minimalizujících riziko pádu			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Interní audit 1	45	70	5	120
	Interní audit 2	68	70	0	138
	Celkem	113	140	5	258
Relativní četnosti	Interní audit 1	37,5%	58,3%	4,2%	100,0%
	Interní audit 2	49,3%	50,7%	0,0%	100,0%
	Celkem	43,8%	54,3%	1,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Interní audit 1	0	0	+	
	Interní audit 2	0	0	-	

Stanovení preventivních opatření minimalizujících riziko pádu bylo sledováno během prvního auditu ve 120 dokumentacích a v průběhu druhého auditu ve 138 dokumentacích.

Navržená preventivní opatření k minimalizaci pádu byla v dostatečném rozsahu v prvním auditu zaznamenána v 37,5 % dokumentací a v druhém auditu v 49,3 %. Z kontingenční tabulky je patrný statisticky významný rozdíl v oblasti nesplnění kritéria, které bylo v prvním auditu 4,2 % zatímco ve druhém auditu bylo toto kritérium vždy částečně nebo zcela splněno. Chí kvadrát $\chi^2=8,31$, $df = 2$, $p = 0,011$. Lze konstatovat, že kritérium „*Jsou navrženy mechanismy k prevenci pádu*“ bylo verifikováno ve druhém auditu statisticky významné zlepšení. Nicméně výsledky statistického testování mohou být oslabeny pro malý počet pozorování.

Tabulka 10 Rozdíly v záznamu o nepodání léků mezi sledovanými audity

Interní audit		Záznam nepodání léků			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Interní audit 1	49	8	15	72
	Interní audit 2	64	17	7	88
	Celkem	113	25	22	160
Relativní četnosti	Interní audit 1	68,1%	11,1%	20,8%	100,0%
	Interní audit 2	72,7%	19,3%	8,0%	100,0%
	Celkem	70,6%	15,6%	13,8%	100,0%
Znaménkové schéma	Interní audit 1	0	0	+	
	Interní audit 2	0	0	-	

Záznam o důvodu nepodání léků byl v prvním auditu hodnocen v 72 dokumentacích a v druhém auditu v 88 dokumentacích.

V prvním auditu byly záznamy o nepodání léků řádně vedeny v 68,1 % a v druhém auditu v 72,7 % dokumentací. Statisticky významný rozdíl mezi prvním a druhým auditem v kritériu „*Je zaznamenán v dokumentaci důvod, proč sestra nepodala léčivý přípravek*“ byl identifikován v oblasti nesplnění tohoto kritéria. Zatímco v prvním auditu nebyl uveden důvod nepodání léku ve 20,8 % dokumentací ve druhém auditu to bylo jen 8,0 % dokumentací. Chí kvadrát $\chi^2 = 6,61$, $df = 2$, $p = 0,037$. Lze říci, že v oblasti správného vedení záznamů o nepodání léků sestrou došlo ve druhém auditu ke statisticky významnému zlepšení.

V rámci auditu zdravotnické dokumentace s krátkodobou hospitalizací pacientů (do 5 dnů) byla provedena kontrola 129 zdravotnických dokumentací. Bylo stanoveno 28 kritérií, které byly hodnoceny v těch dokumentacích, kde daná proměnná byla přítomna. Relativní četnosti (%) jsou vypočítány z dokumentací, kde bylo hodnotící kritérium přítomno, jde tedy o tzv. validní záznamy.

Tabulka 11 Výsledky auditu zdravotnické dokumentace pacientů s krátkodobou hospitalizací (do 5 dnů)

č.	Název kritéria	N	Splněno %	Částečně splněno %	Nesplněno %	Celkem %
1	Označení ID pacienta	129	37,2	62,8	0,0	100
2	Označení ID sestry	129	89,9	10,1	0,0	100
3	Čitelnost záznamů	129	100	0,0	0,0	100
4	Standardní postup oprav v záznamů	85	34,2	32,9	32,9	100
5	Užití standardizovaných zkratk	128	88,3	11,7	0,0	100
6	Stanovení ošetrovatelské anamnézy	129	96,9	3,1	0,0	100
7	Zhodnocení soběstačnosti	129	99,2	0,8	0,0	100
8	Zhodnocení rizika vzniku dekubitů	129	94,6	4,6	0,8	100
9	Zhodnocení rizika pádů	129	96,1	2,3	1,6	100
10	Zhodnocení nutričního stavu	129	100	0,0	0,0	100
11	Zhodnocení bolesti	129	79,8	20,2	0,0	100
12	Komplexnost vedení edukačního záznamu	127	96,9	1,6	1,5	100
13	Záznam edukace – prevence pádu	113	83,2	2,7	14,1	100
14	Záznam edukace – invazivní vstupu	102	65,7	17,6	16,7	100
15	Stanovení ošetrovatelských problémů	125	95,2	4,8	0,0	100
16	Záznam o zavedení invazivního vstupu	102	99,1	0,9	0,0	100
17	Soulad ošetrovatelských a lékařských záznamů	129	96,9	3,1	0,0	100
18	Návrh preventivních opatření minimalizující riziko pádu	113	49,6	47,8	2,6	100
19	Pravidelnost záznamů hmotnosti/TT/stolice	129	88,4	11,6	0,0	100
20	Záznam o zhodnocení rány při převazu	12	75,0	16,7	8,3	100
21	Záznam času podání infuze	78	67,9	24,4	7,7	100
22	Záznam času podání léčiva dle potřeby	37	78,4	16,2	5,4	100
23	Záznam nepodání léků	59	72,9	13,6	13,5	100
24	Záznam o stanovení nápravného opatření k NU	4	100	0,0	0,0	100
25	Záznam o analýze příčin NU	4	100	0,0	0,0	100
26	Úplnost překladové zprávy	11	90,9	9,1	0,0	100
27	Správnost záznamů v překladové zprávě	11	100	0,0	0,0	100
28	Přítomnost originálu překladové zprávy v dokumentaci pacienta	11	9,1	0,0	90,9	100

Veškeré záznamy v auditu zdravotnické dokumentace pacientů s hospitalizací do 5 dnů byly označeny ID pacienta v 37,2 % a částečně v 62,8 % (N = 129). Správný záznam ID sester byl v 89,9 % dokumentací (N = 129). Záznamy byly vždy čitelné. Standardní postup oprav byl dodržen v 34,2 %, částečně v 32,9 % a nedodržen v 32,9 % dokumentací

(N = 85). K použití standardizovaných zkratk došlo v 88,3 % dokumentací a 11,7 % dokumentací obsahovalo standardizované i nestandardizované zkratky (N = 128). Komplexní stanovení ošetřovatelské anamnézy bylo zaznamenáno v 96,9 % dokumentací (N = 129). Při zhodnocení soběstačnosti byl dodržen postup v 99,2 % dokumentací (N = 129). Záznam o vyhodnocení rizika vzniku dekubitů byl řádně veden v 94,6 % dokumentací (N = 129). Kritérium zhodnocení rizika pádu splňovalo 96,1 % dokumentací (N = 129). Komplexní záznam o vyhodnocení rizika malnutrice byl součástí všech 129 dokumentací. K hodnocení bolesti dle standardního postupu došlo v 79,8 % a částečně v 20,2 % případech (N = 129). Komplexnost vedení edukačního záznamu splňovalo 96,9 % dokumentací (N = 127). Záznam o edukaci prevence pádu splňovalo 83,2 %, částečně 2,7 % a nesplňovalo 14,1 % dokumentací (N = 113). Edukace o invazivním vstupu byla zaznamenána v 65,7 %, částečně v 17,6 % případů a záznam nebyl veden v 16,7 % dokumentací (N = 102). Ošetřovatelské problémy byly stanoveny a aktualizovány v 95,2 % dokumentací (N = 125). Záznam o invazivním vstupu byl zcela přítomen v 99,1 % dokumentací (N = 102). V souladu byly ošetřovatelské a lékařské záznamy v 96,9 % dokumentací (N = 129). Preventivní opatření k minimalizaci pádu byla navržena v 49,6 %, částečně v 47,8 % a nebyla navržena v 2,6 % dokumentací (N = 113). Záznam stolice, TT a hmotnosti byl pravidelně uveden v 88,4 % a nepravidelně v 11,6 % případů (N = 129). Záznam o posouzení rány a použitím materiálu při převazu byl veden v 75 %, částečně v 16,7 % a nebyl veden v 8,3 % dokumentací (N = 12). Čas podání infuze byl zaznamenán v 67,9 %, částečně v 24,4 % a nezaznamenán v 7,7 % dokumentací (N = 78). Čas podání léku ordinovaného dle potřeby byl uveden v 78,4 %, částečně v 16,2 % a neuveden v 5,4 % případů (N = 37). K odůvodnění nepodání léku došlo v 72,9 %, částečně v 13,6 % záznamů a 13,5 % dokumentací toto kritérium nesplňovalo. K nežádoucí události došlo ve čtyřech případech. Ve všech těchto případech byla provedena analýza kořenových příčin a navržena nápravná opatření. Součástí 11 dokumentací byla ošetřovatelská překládová zpráva. Komplexně bylo vypracováno 90,9 % překládových zpráv. Všechny překládové zprávy byly v souladu s léčebnou částí dokumentace. Originál těchto zpráv byl do zdravotnické dokumentace založen v 9,1 % případech a v 90,9 % byla do dokumentace založena kopie zprávy.

Do auditu zdravotnické dokumentace pacientů s delší dobou hospitalizace (6 a více dnů) bylo zařazeno 156 zdravotnických dokumentací. Bylo stanoveno 28 kritérií, které byly hodnoceny v těch dokumentacích, kde daná proměnná byla přítomna. Relativní četnosti (%) jsou vypočítány z dokumentací, kde bylo hodnotící kritérium přítomno, jde tedy o tzv. validní záznamy.

Tabulka 12 Výsledky auditu zdravotnické dokumentace pacientů s hospitalizací 6 a více dnů

č.	Název kritéria	N	Splněno %	Částečně splněno %	Nesplněno %	Celkem %
1	Označení ID pacienta	156	35,9	64,1	0,0	100
2	Označení ID sestry	156	84,0	16,0	0,0	100
3	Čitelnost záznamů	156	99,4	0,6	0,0	100
4	Standardní postup oprav v záznamů	122	23,0	50,8	26,2	100
5	Užití standardizovaných zkratk	156	73,1	26,9	0,0	100
6	Stanovení ošetřovatelské anamnézy	156	94,9	5,1	0,0	100
7	Zhodnocení soběstačnosti	156	97,4	2,6	0,0	100
8	Zhodnocení rizika vzniku dekubitů	156	87,8	12,2	0,0	100
9	Zhodnocení rizika pádů	156	95,5	3,9	0,6	100
10	Zhodnocení nutričního stavu	156	91,7	8,3	0,0	100
11	Zhodnocení bolesti	156	65,4	34,6	0,0	100
12	Komplexnost vedení edukačního záznamu	155	97,5	1,9	0,6	100
13	Záznam edukace – prevence pádu	145	73,8	15,9	10,3	100
14	Záznam edukace – invazivní vstup	145	62,1	12,4	25,5	100
15	Stanovení ošetřovatelských problémů	156	89,1	10,9	0,0	100
16	Záznam o zavedení invazivního vstupu	145	100	0,0	0,0	100
17	Soulad ošetřovatelských a lékařských záznamů	156	95,5	4,5	0,0	100
18	Návrh preventivních opatření minima lizující riziko pádu	145	39,3	59,3	1,4	100
19	Pravidelnost záznamů hmotnosti/TT/stolice	156	77,0	22,4	0,6	100
20	Záznam o zhodnocení rány při převazu	16	100	0,0	0,0	100
21	Záznam času podání infuze	122	55,8	42,6	1,6	100
22	Záznam času podání léčiva dle potřeby	63	85,8	7,9	6,3	100
23	Záznam nepodání léků	101	69,3	16,8	13,9	100
24	Záznam o stanovení nápravného opatření k NU	5	60,0	20,0	20,0	100
25	Záznam o analýze příčin NU	5	80,0	20,0	0,0	100
26	Úplnost překladové zprávy	25	84,0	16,0	0,0	100
27	Správnost záznamů v překladové zprávě	25	92,0	8,0	0,0	100
28	Přítomnost originálu překladové zprávy v dokumentaci pacienta	25	4,0	0,0	96,0	100

Z celkového počtu 156 dokumentací 35,9 % záznamů obsahovalo ID pacienta a 64,1 % záznamů toto kritérium splňovalo částečně. Identifikační údaje sestry provádějící záznam byly zcela přítomny v 84 % a částečně v 16 % dokumentací (N = 156). Čitelnost záznamů byla splněna v 99,4 % dokumentací (N = 156). Standardní postup oprav byl dodržen v 23 %, částečně v 50,8 % a nedodržen v 26,2 % dokumentací (N = 122). Kritérium užití standardizovaných zkratk splňovalo 73,1 % a 26,9 % dokumentací zahrnovalo standardizované i nestandardizované zkratky (N = 156). Ošetřovatelská anamnéza byla řádně zaznamenána v 94,9 % případů (N = 156). Screening v oblasti soběstačnosti byl komplexní v 97,4 % záznamů (N = 156). Riziko vzniku dekubitů bylo vyhodnoceno v 87,8 % a částečně v 12,2 % dokumentací (N = 156). Úplný záznam zhodnocení rizika pádu byl součástí 95,5 % dokumentací (N = 156). Ke zhodnocení rizika malnutrice došlo v 91,7 % případů (N = 156). Bolest byla hodnocena dle standardního postupu v 65,4 % a částečně v 34,6 % dokumentací (N = 156). Edukační záznam byl veden ve 155 dokumentacích, ze kterých 97,5 % záznamů bylo komplexních. Záznamy o edukaci o riziku pádu byly zcela přítomny v 73,8 % dokumentací a v 10,3 % tyto záznamy chyběly (N = 145). Kritérium o edukaci o invazivním vstupu zcela splňovalo 62,1 %, částečně 12,4 % a nesplňovalo 25,5 % dokumentací (N = 145). Ošetřovatelské problémy byly stanoveny a aktualizovány v 89,1 % a částečně v 10,9 % záznamů (N = 156). Záznamy o zavedení invazivního vstupu byly řádně vedeny ve všech případech (N = 145). V 95,5 % dokumentací byly vždy ošetřovatelské záznamy v souladu s lékařskými (N = 156). Preventivní opatření k minimalizaci pádu byla navržena v 39,3 %, částečně v 59,3 % a nebyla zaznamenána v 1,4 % dokumentací (N = 145). K pravidelnému zápisu stolice, TT a hmotnosti došlo v 77 % dokumentací (N = 156). Ve všech dokumentacích došlo ke zhodnocení rány a záznamu o použitém materiálu (N = 16). Čas podání infuze byl vždy uveden v 55,8 %, částečně v 42,6 % a neuveden v 1,6 % případů (N = 122). Léky dle potřeby byly podávány dle záznamů v 63 dokumentacích, z toho 85,8 % obsahovalo zápis o čase podání. K zaznamenání důvodu nepodání léku došlo v 69,3 % dokumentací (N = 101). Součástí pěti dokumentací byl protokol o nežádoucí události (NU). Kořenová analýza příčin NU byla provedena ve čtyřech případech (80 %). Nápravná opatření byla stanovena ve třech protokolech o NU (60 %). Z 25 ošetřovatelských překladových zpráv bylo komplexně sepsáno 84 % a v souladu s lékařskými informacemi bylo 92 % ošetřovatelských překladových zpráv. Originál ošetřovatelské překladové zprávy byl založen ve 4 % dokumentací a kopie v 96 % dokumentací.

Tabulka 13 Statisticky významné rozdíly ve výsledcích realizovaných auditů ve vazbě na délku hospitalizace

č.	Název kritéria	Hodnota χ^2	df	P	významnost
1	Označení ID pacienta	0,052	1	0,819	n.s.
2	Označení ID sestry	2,16	1	0,141	n.s.
3	Čitelnost záznamů	0,830	1	0,362	n.s.
4	Standardní postup oprav záznamů	6,73	2	0,035	*
5	Užití standardizovaných zkratk	10,1	1	0,001	***
6	Stanovení ošetřovatelské anamnézy	0,720	1	0,396	n.s.
7	Zhodnocení soběstačnosti	1,31	1	0,252	n.s.
8	Zhodnocení rizika vzniku dekubitů	6,13	2	0,047	*
9	Zhodnocení rizika pádů	1,07	2	0,584	n.s.
10	Zhodnocení nutričního stavu	11,3	1	0,001	***
11	Zhodnocení bolesti	7,31	1	0,007	**
12	Komplexnost vedení edukačního záznamu	0,621	2	0,733	n.s.
13	Záznam edukace – prevence pádu	12,5	2	0,002	**
14	Záznam edukace – invazivní vstup	3,39	2	0,183	n.s.
15	Stanovení ošetřovatelských problémů	3,43	1	0,064	n.s.
16	Záznam o zavedení invazivního vstupu	1,36	1	0,243	n.s.
17	Soulad ošetřovatelských a lékařských záznamů	0,366	1	0,545	n.s.
18	Návrh preventivních opatření minimalizující riziko pádu	3,61	2	0,165	n.s.
19	Pravidelnost záznamů hmotnosti/TT/stolice	6,51	2	0,039	*
20	Záznam o zhodnocení rány při převazu	4,48	2	0,106	n.s.
21	Záznam času podání infuze	10,0	2	0,007	**
22	Záznam času podání léčiva dle potřeby	1,64	2	0,441	n.s.
23	Záznam nepodání léků	0,325	2	0,850	n.s.
24	Záznam o stanovení nápravného opatření k NU	2,06	2	0,358	n.s.
25	Záznam o analýze příčin NU	0,900	1	0,343	n.s.
26	Úplnost překladové zprávy	0,305	1	0,581	n.s.
27	Správnost záznamů v překladové zprávě	0,932	1	0,334	n.s.
28	Přítomnost originálu překladové zprávy v dokumentaci pacienta	0,377	1	0,539	n.s.

Poznámka: χ^2 – chí kvadrát; df – stupně volnosti; p – dosažená hladina významnosti v testu nezávislosti; n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl, * – statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, ** – statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,01$, *** – statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,001$.

Statisticky významný rozdíl ve výsledcích mezi krátkodobou (do 5 dnů) a dlouhodobou hospitalizací (6 a více dnů) byl prokázán v osmi hodnocených kritériích.

Šlo o tyto hodnotící kritéria: standardní postup oprav záznamů ($p = 0,035$), užití standardizovaných zkratk ($p = 0,001$), zhodnocení rizika vzniku dekubitů ($p = 0,047$), zhodnocení nutričního stavu ($p = 0,001$), zhodnocení bolesti ($p = 0,007$), záznam o edukaci v oblasti prevence pádu ($p = 0,002$), pravidelnost záznamů hmotnosti, TT, stolice ($p = 0,039$), záznam času podání infuze ($p = 0,007$). V následující části jsou uvedeny kontingenční tabulky pouze u sledovaných kritérií, kde byl zaznamenán ve výsledcích statisticky významný rozdíl.

Tabulka 14 Rozdíly ve standardním postupu oprav ošetrovatelských záznamů a délkou hospitalizace

Délka hospitalizace		Standardní postup oprav záznamů			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Hospitalizace do 5 dnů	29	28	28	85
	Hospitalizace 6 a více dnů	28	62	32	122
	Celkem	57	90	60	207
Relativní četnosti	Hospitalizace do 5 dnů	34,2%	32,9%	32,9%	100%
	Hospitalizace 6 a více dnů	23,0%	50,8%	26,2%	100%
	Celkem	27,5%	43,5%	29,0%	100%
Znaménkové schéma	Hospitalizace do 5 dnů	0	--	0	
	Hospitalizace 6 a více dnů	0	++	0	

Standardní postup oprav záznamů byl sledován v 85 dokumentacích pacientů s krátkodobou hospitalizací (do 5 dnů) a ve 122 dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace (6 a více dnů).

V kritériu „*Jsou opravy prováděné dle platného interního předpisu*“ byly statisticky významné rozdíly zaznamenány v kategorii „částečně splněno“. Zatímco správný postup oprav byl v dokumentacích pacientů s krátkodobou hospitalizací částečně dodržen ve 32,9 %, u pacientů s delší dobou hospitalizace to bylo již 50,8 %. Chí kvadrát / $\chi^2 = 6,73$, $df = 2$, $p = 0,035$. Lze konstatovat, že s délkou hospitalizace se statisticky významně zlepšuje vedení ošetrovatelských záznamů v kritériu „*Jsou opravy prováděné dle platného interního předpisu*“.

Tabulka 15 Rozdíly v užití standardizovaných zkratk a délkou hospitalizace

Délka hospitalizace		Užití standardizovaných zkratk		
		Splněno	Částečně splněno	Celkem
Absolutní četnost	Hospitalizace do 5 dnů	113	15	128
	Hospitalizace 6 a více dnů	114	42	156
	Celkem	227	57	284
Relativní četnosti	Hospitalizace do 5 dnů	88,3%	11,7%	100%
	Hospitalizace 6 a více dnů	73,1%	26,9%	100%
	Celkem	79,9%	20,1%	100%
Znaménkové schéma	Hospitalizace do 5 dnů	++	--	
	Hospitalizace 6 a více dnů	--	++	

Z důvodu nulového zastoupení v kategorii „nesplněno“ byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena. Užívání standardizovaných zkratk bylo hodnoceno ve 128 dokumentacích pacientů s krátkodobou hospitalizací (do 5 dnů) a ve 156 dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace (6 a více dnů).

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že statisticky významně častěji byly použity standardizované zkratky v dokumentacích pacientů s krátkodobou hospitalizací (88,3 %) než v dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace (73,1%). Chí kvadrát / $\chi^2= 10,1$, $df = 1$, $p = 0,001$. Závěrem lze konstatovat, že v kritériu „Obsahuje dokumentace pouze standardizované zkratky“ došlo ke statisticky významnému zhoršení v dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace.

Tabulka 16 Rozdíly ve zhodnocení rizika vzniku dekubitů a sledovanou délkou hospitalizace

Délka hospitalizace		Zhodnocení rizika vzniku dekubitů			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Hospitalizace do 5 dnů	122	6	1	129
	Hospitalizace 6 a více dnů	137	19	0	156
	Celkem	259	25	1	285
Relativní četnosti	Hospitalizace do 5 dnů	94,6%	4,6%	0,8%	100%
	Hospitalizace 6 a více dnů	87,8%	12,2%	0,0%	100%
	Celkem	90,9%	8,7%	0,4%	100%
Znaménkové schéma	Hospitalizace do 5 dnů	+	-	0	
	Hospitalizace 6 a více dnů	-	+	0	

Z kontingenční tabulky vyplývá, že v dokumentacích pacientů s krátkodobou hospitalizací (do 5 dnů) bylo v 99,2 % zcela nebo částečně splněno hodnotící kritérium „Je zhodnocení rizika vzniku dekubitu pacienta provedeno do 24h od přijetí na oddělení a následně přehodnoceno v intervalech dle platného interního předpisu“. Nicméně v dokumentacích pacientů s hospitalizací 6 a více dnů bylo toto kritérium splněno zcela nebo částečně ve 100 % záznamů. Rozdíly jsou statisticky významné ($\chi^2 = 6,13$, $df = 2$, $p = 0,047$). Lze konstatovat, že s délkou hospitalizace se statisticky významně zlepšuje vedení dokumentace v oblasti zhodnocení a přehodnocení rizika dekubitů u pacientů. Výsledky statistického testování mohou být oslabeny pro malý počet pozorování.

Tabulka 17 Rozdíly ve zhodnocení nutričního stavu a délkou hospitalizace

Délka hospitalizace		Zhodnocení nutričního stavu		
		Splněno	Částečně splněno	Celkem
Absolutní četnost	Hospitalizace do 5 dnů	129	0	129
	Hospitalizace 6 a více dnů	143	13	156
	Celkem	272	13	285
Relativní četnosti	Hospitalizace do 5 dnů	100%	0,0%	100%
	Hospitalizace 6 a více dnů	91,7%	8,3%	100%
	Celkem	95,4%	4,6%	100%
Znaménkové schéma	Hospitalizace do 5 dnů	+++	---	
	Hospitalizace 6 a více dnů	---	+++	

Z důvodu nulového zastoupení v kategorii „nesplněno“ byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena.

Kritérium „*Je zhodnocen nutriční stav pacienta do 24h od přijetí na oddělení a následně přehodnocen v intervalech dle platného interního předpisu*“ bylo v dokumentacích kategorie krátkodobé hospitalizace ve 100% splněno, zatímco v dokumentacích u pacientů s delší hospitalizací bylo splněno v 91,7%. Chí kvadrát $\chi^2 = 11,3$, $df = 1$, $p = 0,001$. Z kontingenční tabulky je zřejmé, že vedení záznamů o riziku malnutrice se s délkou hospitalizace statisticky významně zhoršuje.

Tabulka 18 Rozdíly ve zhodnocení bolesti a délkou hospitalizace

Délka hospitalizace		Zhodnocení bolesti		
		Splněno	Částečně splněno	Celkem
Absolutní četnost	Hospitalizace do 5 dnů	103	26	129
	Hospitalizace 6 a více dnů	102	54	156
	Celkem	205	80	285
Relativní četnosti	Hospitalizace do 5 dnů	79,8%	20,2%	100%
	Hospitalizace 6 a více dnů	65,4%	34,6%	100%
	Celkem	71,9%	28,1%	100%
Znaménkové schéma	Hospitalizace do 5 dnů	++	--	
	Hospitalizace 6 a více dnů	--	++	

Z důvodu nulového zastoupení v kategorii „nesplněno“ byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena.

Hodnocení bolesti dle standardního postupu, jak vyplývá z kontingenční tabulky bylo statisticky významně častěji dodrženo v dokumentacích krátkodobé hospitalizace 79,8 % než v dokumentacích u pacientů s delší dobou hospitalizace 65,4 %. Chí kvadrát / $\chi^2= 7,31$, $df = 1$, $p = 0,007$. V záznamech hodnocení bolesti bylo identifikováno statisticky významně více nedostatků ve skupině dokumentací pacientů s delší dobou hospitalizace.

Tabulka 19 Rozdíly v záznamu o edukaci v oblasti prevence pádu a délkou hospitalizace

Délka hospitalizace		Záznam o edukaci v oblasti prevence pádu			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Hospitalizace do 5 dnů	94	3	16	113
	Hospitalizace 6 a více dnů	107	23	15	145
	Celkem	201	26	31	258
Relativní četnosti	Hospitalizace do 5 dnů	83,2%	2,7%	14,1%	100%
	Hospitalizace 6 a více dnů	73,8%	15,9%	10,3%	100%
	Celkem	78,0%	10,0%	12,0%	100%
Znaménkové schéma	Hospitalizace do 5 dnů	0	- - -	0	
	Hospitalizace 6 a více dnů	0	+++	0	

Záznamy o edukaci prevence v oblasti pádu byly vedeny ve 113 dokumentacích pacientů s krátkodobou hospitalizací a ve 145 dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace.

V případě edukace o prevenci pádu splňovalo kritérium „*Je v dokumentaci zaznamenána edukace o riziku pádu a následně je zaznamenána reedukace dle platného interního předpisu*“ 83,2 % dokumentací krátkodobé hospitalizace a 73,8 % dokumentací u pacientů s delší dobou hospitalizace. Z kontingenční tabulky vyplývá, že v tomto kritériu došlo ke statisticky významnému zlepšení v oblasti částečného splnění kritéria. Zatímco dokumentace krátkodobé hospitalizace edukaci o prevenci rizika pádu byly částečně splněny pouze ve 2,7 %, dokumentace delší hospitalizace již v 15,9 %. Chí kvadrát $\chi^2 = 12,5$, $df = 2$, $p = 0,002$. Závěrem lze konstatovat, že ke statisticky významnému zlepšení v této oblasti došlo v dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace.

Tabulka 20 Rozdíly v pravidelnosti záznamů hmotnosti /TT/ stolice a délkou hospitalizací

Délka hospitalizace		Pravidelnost záznamů hmotnosti /TT/ stolice			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Hospitalizace do 5 dnů	114	15	0	129
	Hospitalizace 6 a více dnů	120	35	1	156
	Celkem	234	50	1	285
Relativní četnosti	Hospitalizace do 5 dnů	88,4%	11,6%	0,0%	100%
	Hospitalizace 6 a více dnů	77,0%	22,4%	0,6%	100%
	Celkem	82,0%	17,6%	0,4%	100%
Znaménkové schéma	Hospitalizace do 5 dnů	+	-	0	
	Hospitalizace 6 a více dnů	-	+	0	

Statisticky významně častěji byly vedeny pravidelné záznamy hmotnosti, TT a stolice v dokumentacích pacientů s krátkodobou hospitalizací (88,4 %) než v dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace (77 %). Rozdíly jsou statisticky významné (Chí kvadrát / $\chi^2=6,51$, $df=2$, $p=0,039$). Na základě výše uvedených výsledků lze učinit závěr, že vedení záznamů TT, stolice a hmotnosti pacientů v ošetrovatelské dokumentaci se statisticky významně zhoršuje s délkou hospitalizace. Nicméně výsledky statistického testování mohou být oslabeny pro malý počet pozorování.

Tabulka 21 Rozdíly v záznamu času podání infuze a délkou hospitalizace

Délka hospitalizace		Záznam času podání infuze			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Hospitalizace do 5 dnů	53	19	6	78
	Hospitalizace 6 a více dnů	68	52	2	122
	Celkem	121	71	8	200
Relativní četnosti	Hospitalizace do 5 dnů	67,9%	24,4%	7,7%	100%
	Hospitalizace 6 a více dnů	55,8%	42,6%	1,6%	100%
	Celkem	60,5%	35,5%	4,0%	100%
Znaménkové schéma	Hospitalizace do 5 dnů	0	- -	+	
	Hospitalizace 6 a více dnů	0	++	-	

Záznam času podání infuzní terapie byl sledován v 78 dokumentacích pacientů s krátkodobou hospitalizací a ve 122 dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace.

Statisticky významný rozdíl v kritériu „*Je v dokumentaci zaznamenán čas podání infuze*“ byl identifikován v kategorii „částečně splněno“ a „nesplněno“. Zatímco v dokumentacích u pacientů hospitalizovaných krátkodobě bylo toto kritérium částečně splněno ve 24,4 % a nesplněno v 7,7 % případů, v dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace bylo toto kritérium částečně splněno ve 42,6 % a nesplněno v 1,6 % případů (chí kvadrát / $\chi^2= 10,0$, df = 2, p = 0,007). Lze říci, že záznamy času podání infuze byly statisticky významně lépe vedeny v dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace.

Na stanici A byla provedena kontrola 137 zdravotnických dokumentací. Bylo stanoveno 28 kritérií, které byly hodnoceny v těch dokumentacích, kde daná proměnná byla přítomna. Relativní četnosti (%) jsou vypočítány z dokumentací, kde bylo hodnotící kritérium přítomno, jde tedy o tzv. validní záznamy.

Tabulka 22 Výsledky auditu zdravotnické dokumentace pacientů stanice A (%)

č.	Název kritéria	N	Splněno%	Částečně splněno%	Nesplněno%	Celkem
1	Označení ID pacienta	137	23,4	76,6	0,0	100
2	Označení ID sestry	137	82,5	17,5	0,0	100
3	Čitelnost záznamů	137	99,3	0,7	0,0	100
4	Standardní postup oprav v záznamů	93	25,8	38,7	35,5	100
5	Užití standardizovaných zkratk	137	73,0	27,0	0,0	100
6	Stanovení ošetřovatelské anamnézy	137	94,2	5,8	0,0	100
7	Zhodnocení soběstačnosti	137	97,1	2,9	0,0	100
8	Zhodnocení rizika vzniku dekubitů	137	87,6	12,4	0,0	100
9	Zhodnocení rizika pádů	137	95,6	4,4	0,0	100
10	Zhodnocení nutričního stavu	137	91,2	8,8	0,0	100
11	Zhodnocení bolesti	137	69,3	30,7	0,0	100
12	Komplexnost vedení edukačního záznamu	136	95,6	2,9	1,5	100
13	Záznam edukace – prevence pádu	120	65,8	17,5	16,7	100
14	Záznam edukace – invazivní vstup	122	58,2	16,4	25,4	100
15	Stanovení ošetřovatelských problémů	135	89,6	10,4	0,0	100
16	Záznam o zavedení invazivního vstupu	122	100	0,0	0,0	100
17	Soulad ošetřovatelských a lékařských záznamů	137	94,9	5,1	0,0	100
18	Návrh preventivních opatření minimalizující riziko pádu	120	35,0	65,0	0,0	100
19	Pravidelnost záznamů hmotnosti/TT/stolice	137	64,2	35,1	0,7	100
20	Záznam o zhodnocení rány při převazu	13	84,6	15,4	0,0	100
21	Záznam času podání infuze	101	47,5	44,6	7,9	100
22	Záznam času podání léčiva dle potřeby	47	89,4	8,5	2,1	100
23	Záznam nepodání léků	69	69,6	14,5	15,9	100
24	Záznam o stanovení nápravného opatření k NU	2	100	0,0	0,0	100
25	Záznam o analýze příčin NU	2	100	0,0	0,0	100
26	Úplnost překladové zprávy	17	88,2	11,8	0,0	100
27	Správnost záznamů v překladové zprávě	17	88,2	11,8	0,0	100
28	Přítomnost originálu překladové zprávy v dokumentaci pacienta	17	5,9	0,0	94,1	100

Identifikace pacienta byla na každém formuláři dokumentace uvedena vždy ve 23,4 % a částečně v 76,6 % případů (N = 137). Označení záznamů identifikačními údaji sestry, která záznam provedla, bylo zcela splněno v 82,5 % a částečně v 17,5 % dokumentací (N = 137). Čitelnost záznamů byla splněna v 99,3 % dokumentací (N = 137). Z validních 93 záznamů byly korekce chyb provedeny standardním postupem v 25,8 % dokumentací.

Částečně splňovalo správný postup 38,7 % a nesplňovalo 35,5 % dokumentací. Pouze standardizované zkratky byly použity v 73 % dokumentací a 27 % dokumentací obsahovalo standardizované i nestandardizované zkratky (N = 137). Komplexně sepsaná ošetrovatelská anamnéza byla přítomna v 94,2 % případů (N = 137). Při zhodnocení soběstačnosti byl dodržen postup v 97,1 % dokumentací (N = 137). Záznam o vyhodnocení rizika vzniku dekubitů byl řádně veden v 87,6 % a částečně v 12,4 % dokumentací (N = 137). Řádné vyhodnocení rizika pádu bylo součástí 95,6 % dokumentací (N = 137). K úplnému zhodnocení rizika malnutrice došlo v 91,2 % a neúplnému v 8,8 % případů (N = 156). Standardní postup při hodnocení bolesti byl dodržen v 69,3 % a částečně v 30,7 % dokumentací (N = 137). Edukační záznam byl kompletně veden v 95,6 % dokumentací (N = 136). Edukace v oblasti prevence pádu byla zaznamenána v 65,8 % dokumentací, částečně v 17,5 % dokumentací a v 16,7 % tento záznam chyběl (N = 120). Záznam o edukaci o invazivním vstupu byl přítomen v 58,2 % případů. Částečně byl tento záznam veden v 16,4 % a nebyl veden v 25,4 % případů (N = 122). Ke stanovení a aktualizaci ošetrovatelských problémů došlo v 89,6 % záznamů. Částečně toto kritérium splňovalo 10,4 % záznamů (N = 135). Záznam o zavedení invazivního vstupu byl vždy přítomen (N = 122). Ošetrovatelské a lékařské záznamy byly v souladu v 94,9 % dokumentací (N = 137). Ze 120 dokumentací obsahovalo 35 % návrh preventivních opatření k minimalizaci pádu a částečně byla opatření navržena v 65 % dokumentací. Hmotnost, TT a stolice byly pravidelně zaznamenány v 64,2 % a nepravidelně v 35,1 % dokumentací a tyto záznamy chyběly v 0,7 % případů (N = 137). Úplný záznam o zhodnocení rány a použitím materiálu při převazu obsahovalo 84,6 % dokumentací a neúplný záznam byl přítomen v 15,4 % dokumentací (N = 13). Čas podání infuze byl vždy uveden v 47,5 %, částečně v 44,6 % a neuveden v 7,9 % případů (N = 101). Uvedení času podání léku ordinovaného dle potřeby splňovalo 89,4 % dokumentací, částečně 8,5 % a nesplňovalo 2,1 % dokumentací (N = 47). K zaznamenání důvodu, proč nebyl lék podán, došlo v 69,6 % dokumentací, částečně v 14,5 % a důvod nebyl zaznamenán v 15,9 % dokumentací (N = 69). V obou případech, kdy došlo k nežádoucí události, byla navržena nápravná opatření a provedena analýza kořenových příčin. Komplexně sepsaná ošetrovatelská překládová zpráva v souladu s informacemi z dokumentace byla součástí 88,2 % dokumentací, v 11,8 % případů byla anamnéza stanovena částečně (N = 17). Originál těchto zpráv byl do zdravotnické dokumentace založen v 5,9 % případech a v 94,1 % byla do dokumentace založena kopie zprávy.

Na stanici B byla provedena kontrola 148 zdravotnických dokumentací. Bylo stanoveno 28 kritérií, které byly hodnoceny v těch dokumentacích, kde daná proměnná byla přítomna. Relativní četnosti (%) jsou vypočítány z dokumentací, kde bylo hodnotící kritérium přítomno, jde tedy o tzv. validní záznamy.

Tabulka 23 Výsledky auditu zdravotnické dokumentace pacientů stanice B (%)

č.	Název kritéria	N	Splněno %	Částečně splněno %	Nesplněno %	Celkem
1	Označení ID pacienta	148	48,6	51,4	0,0	100
2	Označení ID sestry	148	90,5	9,5	0,0	100
3	Čitelnost záznamů	148	100	0,0	0,0	100
4	Standardní postup oprav záznamů	114	28,9	47,4	23,7	100
5	Užití standardizovaných zkratk	147	86,4	13,6	0,0	100
6	Stanovení ošetřovatelské anamnézy	148	97,3	2,7	0,0	100
7	Zhodnocení soběstačnosti	148	99,3	0,7	0,0	100
8	Zhodnocení rizika vzniku dekubitů	148	93,9	5,4	0,7	100
9	Zhodnocení rizika pádů	148	96,0	2,0	2,0	100
10	Zhodnocení nutričního stavu	148	99,3	0,7	0,0	100
11	Zhodnocení bolesti	148	74,3	25,7	0,0	100
12	Komplexnost vedení edukačního záznamu	146	98,6	0,7	0,7	100
13	Záznam edukace – prevence pádu	138	88,4	3,6	8,0	100
14	Záznam edukace – invazivní vstup	125	68,8	12,8	18,4	100
15	Stanovení ošetřovatelských problémů	146	93,8	6,2	0,0	100
16	Záznam o zavedení invazivního vstupu	125	99,2	0,8	0,0	100
17	Soulad ošetřovatelských a lékařských záznamů	148	97,3	2,7	0,0	100
18	Návrh preventivních opatření minimalizující riziko pádu	138	51,5	45,0	3,5	100
19	Pravidelnost záznamů hmotnosti/TT/stolice	148	98,7	1,3	0,0	100
20	Záznam o zhodnocení rány při převazu	15	93,3	0,0	6,7	100
21	Záznam času podání infuze	99	73,7	26,3	0,0	100
22	Záznam času podání léčiva dle potřeby	53	77,4	13,2	9,4	100
23	Záznam nepodání léků	91	71,4	16,5	12,1	100
24	Záznam o stanovení nápravného opatření k NU	7	71,4	14,3	14,3	100
25	Záznam o analýze příčin NU	7	85,7	14,3	0,0	100
26	Úplnost překladové zprávy	19	84,2	15,8	0,0	100
27	Správnost záznamů v překladové zprávě	19	100	0,0	0,0	100
28	Přítomnost originálu překladové zprávy v dokumentaci pacienta	19	5,3	0,0	94,7	100

Z celkového počtu 148 dokumentací v druhém auditu bylo vždy uvedeno označení každého listu ID pacienta ve 48,6 % a částečně v 51,4 % dokumentací. Správný záznam ID sester byl v 90,5 % dokumentací. Částečně toto kritérium splňovalo 9,5 % dokumentací (N = 148). Záznamy byly čitelné vždy (N = 148). Standardní postup oprav záznamů byl dodržen ve 28,9 % případů, částečně v 47,4 % a nedodržen ve 23,7 %

dokumentací (N = 114). Pouze standardizované zkratky byly použity v 86,4 % dokumentací a 13,6 % dokumentací zahrnovaly standardizované i nestandardizované zkratky (N = 148). Komplexní stanovení ošetřovatelské anamnézy bylo zaznamenáno v 97,3 % dokumentací (N = 148). Úplný záznam screeningu v oblasti soběstačnosti byl součástí 99,3 % dokumentací (N = 148). Vyhodnocení rizika vzniku dekubitů splňovalo 93,9 %, částečně 5,4 % a nesplňovalo 0,7 % dokumentací (N = 148). Kritérium zhodnocení rizika pádu splňovalo 96,0 % dokumentací (N = 148). Ke zhodnocení rizika malnutrice došlo v 99,3 % případů (N = 148). Hodnocení bolesti dle standardního postupu splňovalo 74,3 % a částečně 25,7 % dokumentací (N = 148). Edukační záznam byl veden komplexně v 98,6 % dokumentací (N = 146). Edukace o prevenci pádu byla zcela zaznamenána v 88,4 %, částečně v 3,6 % a nezaznamenána v 8,0 % dokumentací (N = 138). Edukace o invazivním vstupu byla zaznamenána v 68,8 % případů, částečně v 12,8 % a záznam nebyl veden v 18,4 % dokumentací (N = 125). Ošetřovatelské problémy byly stanoveny a aktualizovány v 93,8 % záznamů (N = 146). Vedení záznamů o zavedení invazivního vstupu splňovalo 99,2 % dokumentací (N = 125). Soulad ošetřovatelských a lékařských záznamů byl zaznamenán v 97,3 % dokumentací (N = 148). Preventivní opatření minimalizující riziko pádu byla řádně navržena v 51,5 %, částečně v 45 % a nebyla navržena v 3,5 % případů (N = 138). Pravidelný záznam o hmotnosti, TT a stolici byl veden v 98,7 % dokumentací (N = 148). Záznam o posouzení rány a použitém materiálu při převazu byl veden v 15 dokumentacích. Z těchto 15 dokumentací splňovalo kritérium 93,3 % a nesplňovalo 6,7 % dokumentací. Kritérium zaznamenání času podání infuze splňovalo 73,7 % a částečně 26,3 % dokumentací (N = 99). Léky dle potřeby byly podávány dle záznamů v 53 dokumentacích, z toho v 77,4 % byl uveden zápis o čase podání. Částečně bylo splněno toto kritérium v 13,2 % dokumentací. K zaznamenání důvodu nepodání léku došlo v 71,4 %, částečně v 16,5 % a neuveden v 12,1 % dokumentací (N = 91). K nežádoucí události došlo dle záznamů v 7 dokumentacích. Kořenová analýza příčin NU byla součástí čtyř dokumentací (85,7 %) a částečně byla provedena v jedné dokumentaci. Ve třech dokumentacích (71,4 %) byla zaznamenána nápravná opatření zcela, částečně v jedné dokumentaci a jedna dokumentace opatření neobsahovala. Z 19 ošetřovatelských překladových zpráv bylo komplexně sepsáno 84,2 %, částečně 15,8 % a v souladu s lékařskými informacemi byly veškeré ošetřovatelské překladové zprávy. Originál ošetřovatelské překladové zprávy byl založen pouze v jedné dokumentaci.

Tabulka 24 Statisticky významné rozdíly ve výsledcích realizovaných auditů ve vazbě na klinické pracoviště

č.	Název kritéria	Hodnota χ^2	df	p	významnost
1	Označení ID pacienta	19,6	1	<0,001	***
2	Označení ID sestry	4,00	1	0,046	*
3	Čitelnost záznamů	1,08	1	0,298	n.s.
4	Standardní postup oprav záznamů	3,53	2	0,171	n.s.
5	Užití standardizovaných zkratk	7,94	1	0,005	**
6	Stanovení ošetřovatelské anamnézy	1,74	1	0,188	n.s.
7	Zhodnocení soběstačnosti	2,08	1	0,149	n.s.
8	Zhodnocení rizika vzniku dekubitů	5,22	2	0,074	n.s.
9	Zhodnocení rizika pádů	4,03	2	0,134	n.s.
10	Zhodnocení nutričního stavu	10,7	1	0,001	***
11	Zhodnocení bolesti	0,874	1	0,350	n.s.
12	Komplexnost vedení edukačního záznamu	2,50	2	0,287	n.s.
13	Záznam edukace – prevence pádu	20,8	2	<0,001	***
14	Záznam edukace – invazivní vstup	3,03	2	0,220	n.s.
15	Stanovení ošetřovatelských problémů	1,65	1	0,199	n.s.
16	Záznam o zavedení invazivního vstupu	0,972	1	0,324	n.s.
17	Soulad ošetřovatelských a lékařských záznamů	1,11	1	0,292	n.s.
18	Návrh preventivních opatření minimalizující riziko pádu	13,1	2	0,001	***
19	Pravidelnost záznamů hmotnosti/TT/stolici	57,9	2	<0,001	***
20	Záznam o zhodnocení rány při převazu	3,23	2	0,199	n.s.
21	Záznam času podání infuze	18,2	2	<0,001	***
22	Záznam času podání léčiva dle potřeby	3,15	2	0,207	n.s.
23	Záznam nepodání léků	0,543	2	0,762	n.s.
24	Záznam o stanovení nápravného opatření k NU	0,735	2	0,693	n.s.
25	Záznam o analýze příčin NU	0,321	1	0,571	n.s.
26	Úplnost překladové zprávy	0,122	1	0,727	n.s.
27	Správnost záznamů v překladové zprávě	2,37	1	0,124	n.s.
28	Přítomnost originálu překladové zprávy v dokumentaci pacienta	0,007	1	0,935	n.s.

Poznámka: χ^2 – chí kvadrát; df – stupně volnosti, p – dosažená hladina významnosti v testu nezávislosti; n.s. – statisticky nevýznamný rozdíl, * – statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, ** – statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,01$, *** – statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,001$.

Statisticky významný rozdíl ve výsledcích mezi stanicí A a stanicí B byl potvrzen v osmi oblastech hodnotících kritérií.

Mezi tato kritéria patří: označení ID pacienta ($p < 0,001$), označení ID sestry ($p = 0,046$), užití standardizovaných zkratk ($p = 0,005$), zhodnocení nutričního stavu ($p = 0,001$), záznam o edukaci v oblasti prevence pádu ($p < 0,001$), návrh preventivních opatření minimalizující riziko pádu ($p = 0,001$), pravidelnost záznamů hmotnosti/TT/stolice ($p < 0,001$) a záznam času podání infuze ($p < 0,001$). V následující části jsou uvedeny kontingenční tabulky pouze u sledovaných kritérií, kde byl zaznamenán ve výsledcích statisticky významný rozdíl.

Tabulka 25 Rozdíly v označení formulářů identifikačními údaji pacienta mezi klinickými pracovišti

Název stanice		Označení ID pacienta		
		Splněno	Částečně splněno	Celkem
Absolutní četnost	Stanice A	32	105	137
	Stanice B	76	72	148
	Celkem	104	181	285
Relativní četnosti	Stanice A	23,4%	76,6%	100%
	Stanice B	48,6%	51,4%	100%
	Celkem	36,5%	63,5%	100%
Znaménkové schéma	Stanice A	---	+++	
	Stanice B	+++	---	

Z důvodu nulového zastoupení v kategorii „nesplněno“ byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena.

V případě označení každého formuláře identifikačními údaji pacienta v dokumentaci byl identifikován statisticky významný rozdíl mezi stanicemi. Zatímco na stanici A došlo ke splnění kritéria ve 23,4 % případů a k částečnému splnění v 76,6 % případů. Na stanici B bylo kritérium splněno v 48,6 % dokumentací a částečně v 51,4 % dokumentací. Chí kvadrát $\chi^2 = 19,6$, $df = 1$, $p < 0,001$. Závěrem lze konstatovat, že při auditu zdravotnické dokumentaci byly na stanici A identifikovány statisticky významně častěji nedostatky v hodnotícím kritériu „Je každý list označen identifikačním štítkem pacienta?“ než na stanici B.

Tabulka 26 Rozdíly v označení záznamů identifikačními údaji sestry mezi klinickými pracovišti

Název stanice		Označení ID sestry		
		Splněno	Částečně splněno	Celkem
Absolutní četnost	Stanice A	113	24	137
	Stanice B	134	14	148
	Celkem	247	38	285
Relativní četnosti	Stanice A	82,5%	17,5%	100%
	Stanice B	90,5%	9,5%	100%
	Celkem	86,7%	13,3%	100%
Znaménkové schéma	Stanice A	-	+	
	Stanice B	+	-	

Z důvodu nulového zastoupení v kategorii „nesplněno“ byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena.

Z kontingenční tabulky vyplývá, že na stanici B jsou ošetrovatelské záznamy označeny identifikačními údaji sestry statisticky významně častěji než na stanici A. Kritérium „Je záznam označen datem, identifikačním razítkem a podpisem sestry, která záznam provedla“ splňovalo na stanici A jen 82,5 % dokumentací a na stanici B toto kritérium splňovalo již 90,5 % dokumentací. Rozdíly jsou statisticky významné (chí kvadrát $\chi^2= 4,00$, $df = 1$, $p = 0,046$).

Tabulka 27 Rozdíly v užití standardizovaných zkratk mezi klinickými pracovišti

Název stanice		Užití standardizovaných zkratk		
		Splněno	Částečně splněno	Celkem
Absolutní četnost	Stanice A	100	37	137
	Stanice B	127	20	147
	Celkem	227	57	284
Relativní četnosti	Stanice A	73,0%	27,0%	100%
	Stanice B	86,4%	13,6%	100%
	Celkem	79,9%	20,1%	100%
Znaménkové schéma	Stanice A	--	++	
	Stanice B	++	--	

Z důvodu nulového zastoupení v kategorii „nesplněno“ byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena.

Statisticky významný rozdíl mezi stanicemi byl zaznamenán v užívání standardizovaných zkratk. Na stanici B byly pouze standardizované zkratky použity v 86,4 % dokumentací na stanici A toto kritérium splňovalo jen 73 % dokumentací. Na stanici A docházelo statisticky významně častěji k používání nestandardizovaných zkratk, a to v 27 % případů, zatímco na stanici B v 13,6 % případů. Chí kvadrát $\chi^2 = 7,94$, $df = 1$, $p = 0,005$. Z kontingenční tabulky je zřejmé, že na stanici B byly statisticky významně častěji v dokumentacích použity standardizované zkratky.

Tabulka 28 Rozdíly ve zhodnocení nutričního stavu pacienta mezi klinickými pracovišti

Název stanice		Zhodnocení nutričního stavu		
		Splněno	Částečně splněno	Celkem
Absolutní četnost	Stanice A	125	12	137
	Stanice B	147	1	148
	Celkem	272	13	285
Relativní četnosti	Stanice A	91,2%	8,8%	100%
	Stanice B	99,3%	0,7%	100%
	Celkem	95,4%	4,6%	100%
Znaménkové schéma	Stanice A	---	+++	
	Stanice B	+++	---	

Z důvodu nulového zastoupení v kategorii „nesplněno“ byla tato kategorie při statistickém testování vyřazena.

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že k vyhodnocení rizika vzniku malnutrice došlo na stanici A v 91,2 % dokumentací a na stanici B v 99,3 %. Chí kvadrát / $\chi^2=10,7$, $df=1$, $p=0,001$. Na základě výše uvedených výsledků lze učinit závěr, že kritérium „Je zhodnocen nutriční stav pacienta do 24h od přijetí na oddělení a následně přehodnocen v intervalech dle platného interního předpisu“ bylo statisticky významně častěji splněno na stanici B.

Tabulka 29 Rozdíly v záznamech o edukaci v oblasti prevence pádu mezi klinickými pracovišti

Název stanice		Záznam o edukaci v oblasti prevence pádu			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Stanice A	79	21	20	120
	Stanice B	122	5	11	138
	Celkem	201	26	31	258
Relativní četnosti	Stanice A	65,8%	17,5%	16,7%	100,0%
	Stanice B	88,4%	3,6%	8,0%	100,0%
	Celkem	78,0%	10,0%	12,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Stanice A	---	+++	+	
	Stanice B	+++	---	-	

Záznamy o edukaci v oblasti prevence pádu byly sledovány na stanici A ve 120 dokumentacích a na stanici B ve 138 dokumentacích.

Kritérium „*Je v dokumentaci zaznamenána edukace o riziku pádu a následně je zaznamenána reedukace dle platného interního předpisu*“ zcela splňovalo 65,8 % dokumentací a částečně 17,5 % dokumentací vedených na stanici A. Na stanici B byla edukace o prevenci pádu řádně zaznamenána v 88,4 % případů a částečný záznam byl uveden v 3,6 % případů. V záznamech o edukaci v oblasti prevence pádu bylo identifikováno statisticky významně více nedostatků v dokumentacích vedených na stanici A. Chí kvadrát $\chi^2 = 20,8$, $df = 2$, $p < 0,001$.

Tabulka 30 Rozdíly v návrhu preventivních opatření minimalizující riziko pádu mezi klinickými pracovišti

Název stanice		Návrh preventivních opatření minimalizující riziko pádu			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Stanice A	42	78	0	120
	Stanice B	71	62	5	138
	Celkem	113	140	5	258
Relativní četnosti	Stanice A	35,0%	65,0%	0,0%	100,0%
	Stanice B	51,5%	45,0%	3,5%	100,0%
	Celkem	43,8%	54,3%	1,9%	100,0%
Znaménkové schéma	Stanice A	--	+++	-	
	Stanice B	++	---	+	

Stanovení preventivních opatření minimalizující riziko pádu bylo sledováno ve 120 dokumentacích na stanici A a ve 138 dokumentacích na stanici B.

Z kontingenční tabulky je zřejmé, že preventivní opatření minimalizace pádu pacientů byly statisticky významně častěji stanoveny v dokumentacích na stanici A (100 %) než na stanici B (96,5 %), $\chi^2=13,1$, $df=2$, $p=0,001$. Lze učinit závěr, že dokumentace vedená na stanici A byly statisticky významně lépe vedeny záznamy o stanovení preventivních opatření k minimalizaci rizika pádu.

Tabulka 31 Rozdíly v pravidelnosti záznamů hmotnosti /TT/ stolice mezi klinickými pracovišti

Název stanice		Pravidelnost záznamů hmotnosti /TT/ stolice			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Stanice A	88	48	1	137
	Stanice B	146	2	0	148
	Celkem	234	50	1	285
Relativní četnosti	Stanice A	64,2%	35,1%	0,7%	100%
	Stanice B	98,7%	1,3%	0,0%	100%
	Celkem	82,0%	17,6%	0,4%	100%
Znaménkové schéma	Stanice A	---	+++	0	
	Stanice B	+++	---	0	

Z kontingenční tabulky vyplývá, že v kritériu „Obsahuje dokumentace záznam o hmotnosti, tělesné teplotě a stolici v intervalech dle platného vnitřního předpisu“ došlo mezi stanicemi ke statisticky významnému rozdílu. Zatímco dokumentace vedená na stanici A toto kritérium zcela splňovala v 64,2 %, na stanici B to bylo již 98,7 % dokumentací, Chí kvadrát $\chi^2 = 57,9$, $df = 2$, $p < 0,001$. Lze říci, že statisticky významně častěji jsou pravidelně vedené záznamy hmotnosti, TT a stolice vedeny na stanici B. Nicméně výsledky statistického testování mohou být oslabeny pro malý počet pozorování.

Tabulka 32 Rozdíly v záznamu času podání infuze mezi klinickými pracovišti

Název stanice		Záznam času podání infuze			
		Splněno	Částečně splněno	Nesplněno	Celkem
Absolutní četnost	Stanice A	48	45	8	101
	Stanice B	73	26	0	99
	Celkem	121	71	8	200
Relativní četnosti	Stanice A	47,5%	44,6%	7,9%	100,0%
	Stanice B	73,7%	26,3%	0,0%	100,0%
	Celkem	60,5%	35,5%	4,0%	100,0%
Znaménkové schéma	Stanice A	---	++	++	
	Stanice B	+++	--	--	

Záznam času podání infuzní terapie byl sledován na stanici A ve 101 dokumentacích a na stanici B v 99 dokumentacích.

Záznam času podání infuzní terapie byl zcela veden ve 47,5 % dokumentací a částečně ve 44,6 % dokumentací na stanici A. Dokumentace na stanici B toto kritérium splňovala v 73,7 % a částečně ve 26,3 % případů. Z kontingenční tabulky je zřejmé, že statisticky významně lépe byly záznamy času podání infuze vedeny v dokumentacích na stanici B. Rozdíly jsou statisticky signifikantní ($\chi^2 = 18,2$, $df = 2$, $p < 0,001$).

5 DISKUZE

Cílem výzkumné studie bylo popsat systém interních auditů pomocí metody obsahové analýzy vnitřních předpisů týkajících se vedení ošetrovatelské dokumentace a interních auditů. V návaznosti na zjištěná data byla vyhodnocena úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace na Interním oddělení vybrané nemocnice Jihočeského kraje. K dosažení stanovených cílů byla zvolena metoda kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření s využitím obsahové analýzy vnitřních předpisů, polostrukturovaných rozhovorů a obsahové analýzy uzavřených ošetrovatelských dokumentací. Pomocí těchto metod byly zjištěny názory sester a interních auditorů na vliv interních auditů na ošetrovatelskou praxi a identifikovány nedostatky ve vedení ošetrovatelské dokumentace.

Prvním cílem bylo popsat systém interních auditů lůžkové ošetrovatelské péče s využitím obsahové analýzy vnitřních předpisů pro vedení ošetrovatelské dokumentace a vykonávání interních auditů. Tento cíl byl stanoven, aby bylo možné vyhodnotit úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace. Z výsledků vyplývá, že náležitosti zdravotnické dokumentace zahrnují: chorobopis, Příjmový list, Informované souhlasy či nesouhlasy a dekurzní list. V případě nežádoucí události je součástí dokumentace formulář Hlášení nežádoucí události. Ošetrovatelská dokumentace, která je nedílnou součástí komplexní zdravotnické dokumentace, zahrnuje formuláře: Ošetrovatelská anamnéza, Barthelův test všedních činností, Přepřacovaná stupnice Nortonové, Rizikové faktory pro vznik pádu, Hodnocení nutričního stavu, Plán ošetrovatelské péče, Edukační záznam, Realizace ošetrovatelské péče, Sesterský dekurz, Teplotní tabulka a Ošetrovatelská překládová zpráva. Dle zhodnocení zdravotního stavu pacienta a je-li to potřeba, jsou zaváděny tyto záznamy: Hodnocení a monitorace bolesti, Polohovací záznam, Monitorace porušení kožní integrity, Bilance tekutin a Záznam příjmu stravy a tekutin.

Interní audity jsou prováděny interními auditory na základě rozhodnutí Koordinátora pro řízení kvality a bezpečnosti ošetrovatelské péče a komise pro kvalitu. Prováděné interní audity jsou plánované, ohlášené, neohlášené, mimořádné a audit zdravotnické otevřené a uzavřené dokumentace. Předmětem interních auditů jsou veškerá pracoviště a činnosti související s ošetrovatelskou péčí. Podkladem pro vyhodnocení auditu je kontrolní list se stanovenými kritérii. Výsledky auditu jsou následně sepsány a předávány sestřám formou závěrečné zprávy.

Druhým a třetím cílem bylo vyhodnotit vliv interních auditů ošetrovatelské péče na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče z pohledu interních auditorů a sester. Každý poskytovatel zdravotních služeb je povinen zavádět systém hodnocení kvality a bezpečí za účelem zajištění kvality procesů ve zdravotnictví (Zákon č. 372/2011 Sb.). Vhodný nástroj k hodnocení poskytovaných služeb představuje interní audit (Pokorná et al., 2019). Význam interních auditů spočívá dle sester (S1 – S4) a auditorek (IA1 – IA5) v monitoringu a zvyšování kvality péče, zajištění bezpečí pacientů a zaměstnanců, možnosti aplikace změn do praxe a edukace sester o postupech správné praxe. Avšak sestra S5 vidí smysl auditu pouze v potřebě získání potvrzení o provedených auditech, ale ke zvyšování kvality péče nedochází. Názor sester, že audity nevedou ke zvyšování kvality péče, zaznamenaly ve své studii také Svobodová (2017) a Havlíčková (2012). Toto tvrzení nekoreluje s výpovědí sester S1 a S2, které během rozhovoru uvedly, že audity vedly k nákupu nového krytí na invazivní vstupy, které poskytuje pacientům vyšší bezpečí v rámci prevence infekce.

Se zavedením periferního žilního katetru je úzce spjato zvýšené riziko infekce. Je nezbytné, aby bylo kontrolováno okolí vpichu a prováděny pravidelné převazy. V této oblasti byly často identifikovány nedostatky dle sestry S2 a auditorek IA1, IA3 a IA5. Dle Streitové et al. (2015) je intravaskulární podávání medikace a výživy rutinní záležitostí, avšak ani přesto nelze podceňovat rizika, která vyplývají z výkonu zavedení a manipulace s periferním žilním katetrem. Katérová infekce krevního řečiště je nejzávažnější nozokomiální nákazou způsobenou zdravotnickými pracovníky (Streitová et al., 2015). Auditorka IA5 dále uvedla, že bylo zavedeno popisování fixačního materiálu kanyly datem, aby bylo zřejmé, kdy byl převaz proveden. Toto opatření hodnotíme pozitivně. Sestra S5 v souvislosti s invazivním vstupem v rozhovoru uvedla, že na základě výsledků auditů byly pořízeny předplněné jednorázové stříkačky s roztokem určeným k proplachu periferních žilních katetrů. Ty však měly sestry k dispozici jen krátkou dobu. Následně začalo docházet k porušování vnitřního předpisu. Sestry ponechávají stříkačky s fyziologickým roztokem na pokojích pacientů. Tento postup hodnotíme jako vysoce rizikový vedoucí k vědomému ohrožení zdraví pacienta, a to nejen infekcí, ale také možností, že bude pacientovi intravenózně aplikován jiný roztok.

Auditorky IA1, IA2, IA4, IA5 dále uvedly, že během auditů byly zjištěny nedostatky v dodržování hygienicko-epidemiologického režimu. Dle Mahútové (2016) je hygienicko-epidemiologický režim založen na dodržování principu antiseptiky a aseptiky.

Jeho dodržováním je zajištěna ochrana pacientů, jakož i zdravotnických pracovníků především před přenosem nozokomiálních infekcí.

Výše uvedená fakta nás utvrzují v přesvědčení, že sofistikovaný systém interních kontrol je nedílnou součástí programu zvyšování kvality a bezpečí pacientů, ale také ošetrovatelské praxe. Dle Válkové (2015) lze auditem získávat důkazy o provádění činností správným způsobem. Dle Papouškové et al. (2006) jsou audity nezbytnou součástí dobrého fungování organizace, poskytují potvrzení dobré praxe a vyzdvihují oblasti s potřebou dalšího rozvíjení. Dle sestry S4 jsou audity vedeny pouze za účelem kontroly dodržování postupů a vedení ošetrovatelské dokumentace. Nicméně sestry S1 – S3 a auditorky (IA1 – IA5) vidí smysl auditů v možnosti identifikace odchylek od doporučených postupů a v možnosti implementace změn do ošetrovatelské praxe. Dle Válkové (2015) lze auditem získat informace o naplnění jednotlivých standardů, což umožňuje zjistit, zda je klinická praxe dobře řízena. Tím dochází ke zvyšování kvality péče.

Z obsahové analýzy rozhovorů vyplynulo, že předmětem auditů jsou dle sester a auditorek resortní bezpečnostní cíle, bezpečnost práce, úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace. Audit technického vybavení stanice uvedly auditorky IA4 a IA5. Dle Pokorné et al. (2019) jsou nežádoucí události spjaty s používáním medicínských přístrojů a vybavením ošetrovatelských jednotek. Je nezbytné, aby toto vybavení bylo pravidelně podrobováno revizím, aby byly vedeny řádné záznamy o kontrolách a personál byl proškolen o jejich používání (Pokorná et al., 2019).

Potřebu provádět audity pravidelně a častěji v rámci zlepšení systému auditů vyslovily auditorky IA1, IA2, IA3 a IA5, ale překvapivě také sestra S1. Dle vyjádření auditorky IA5 jsou audity vykonávány nepravidelně, což hodnotí jako nešťastné nastavení. Také sestry S1 – S5 uvedly během rozhovorů vykonávání četných auditů před externím auditem, ale poté auditní činnost ustává a je vykonávána méně často. Ke stávajícímu systému auditů má negativní postoj sestra S4, která zastává názor, že by se audity provádět neměly. V této souvislosti je nutné zmínit zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ukládající poskytovatelům zdravotních služeb povinnost implementovat interní systémy hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Interní audit není jen součástí kontrolního systému, jak se domnívá sestra S4, ale hraje podstatnou roli také v řízení rizik a edukaci zaměstnanců zdravotnických zařízení (Škrla a Škrlová, 2008). V souvislosti s edukací uvádí Pokorná et al. (2019) nutnost opakovaného prověřování znalostí formou pravidelných

plánovaných auditů. Prověřování znalostí dané problematiky jako součást auditního šetření uvedly v rozhovorech všechny oslovené sestry i auditorky, audity však nejsou vykonávány pravidelně. Součástí edukace zaměstnanců jsou dle Pokorné et al. (2019) vzdělávací akce a školení. Školení jsou v dané nemocnici pořádána dle auditorky IA5 mimo jiné i na základě identifikace nedostatečných znalostí nelékařského personálu. Objektivita interních auditorů je dle ČIIA (© 2020) jedním ze základních principů auditorské činnosti. Sestra S5 však během rozhovoru vyjádřila pochybnosti nad objektivitou interních auditorů. V tomto případě zmiňujeme Kafku (2009), který slovo objektivita považuje za velmi významné a vyjadřující, že interní auditor nese přímou zodpovědnost za výstupy své práce a jeho práce musí být podložena znalostmi, dovednostmi a současně dostatečnou auditní dokumentací.

Dle Špičkové (2015) se sestry na plánované audity připravují, provádějí kontrolu oddělení a dokumentace. Pečlivou přípravu na audity, o kterých jsou sestry předem informovány, uvedly také námi oslovené sestry (S1 – S5). Do přípravy zahrnuly i studium standardu, který se týká auditované oblasti. Toto považujeme za přínosné v rámci edukace sester, ale nedostatečné pro odhalení chyb, kterých se sestry v běžné praxi dopouštějí. Dle Papouškové et al. (2006) je audit vykonáván za účelem objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí, porovnat, zda realita odpovídá standardu, zjistit, zda je standardu v praxi dosahováno. Právě tento význam přisuzují neohlášeným auditům sestry S1, S3 a S5. Dle vyjádření auditorky IA5 je vhodné provádět audit plánovaný, předem sestrám oznámený a s odstupem času vykonat audit neplánovaný, o kterém sestry nejsou informovány. Naopak auditorka IA1 by doporučovala provádět častěji audity neohlášené. Ve spojitosti s neohlášenými audity sestra S4 pociťuje mnohem vyšší míru stresu než při auditu ohlášeném. Stres spojený s auditním šetřením uvedly sestry S1 a S2 a auditorky IA2 a IA5. Dle Špičkové (2015) audit vede ke stresu sester. Z obsahové analýzy rozhovorů se sestrami a auditorkami vyplynulo, že sestry mají možnost komunikovat s auditorkami a vyjádřit se k výsledkům auditů či efektivitě a vhodnosti postupů a nápravných opatření v praxi. Auditorky očekávají zpětnou vazbu od sester a uvedení důvodů proč k nedostatkům či pochybením v praxi došlo. K vzájemné komunikaci je dle IA5 potřeba získat si sestry na svou stranu a jako faktor ovlivňující postoj sester k interním auditům uvedla kulturu na daném oddělení. Dle Gladkije (2003) by měl manažer vytvářet na pracovišti kulturu, která bude mimo jiné podněcovat změny, motivovat a vést lidi. Manažer tím může vytvářet kulturu ovlivňující oblast zvyšování kvality péče (Gladkij, 2003). Weske et al. (2018) ve své studii dospěli k závěru, že

motivace vedoucích pracovníků k dodržování postupů ovlivňuje nejen dodržování standardů ostatními pracovníky na oddělení, ale také přijímání výsledků auditů a implementaci nápravných opatření do praxe. Dle Lískovcové (2008) pozitivně ovlivňuje dodržování standardních postupů a zvyšuje zájem personálu o chod zařízení a hospodaření zdravotnického zařízení pochvala za vykonanou práci.

Čtvrtým cílem bylo vyhodnotit úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace. Na základě zjištěných skutečností z obsahové analýzy vybraných vnitřních předpisů bylo provedeno zhodnocení úplnosti a komplexnosti vedení ošetrovatelské dokumentace. Stanoveny byly tři hypotézy. Hypotéza **H1: Interní audit ošetrovatelské dokumentace statisticky významně zvyšuje správnost záznamů ošetrovatelské péče.** Komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace byla hodnocena prostřednictvím 28 hodnotících kritérií. V případě 21 kritérií nebyly identifikovány statisticky významné rozdíly ve výsledcích mezi prvním a druhým auditem. V sedmi oblastech hodnotících kritérií byl zaznamenán statisticky významný rozdíl (tab. 3) a v šesti oblastech byly dokumentace vedeny lépe v prvním auditu než ve druhém (tab. 4-10). Na základě výše zmíněných výsledků lze konstatovat, že hypotéza 1 byla potvrzena.

Kritérium „*Je každý formulář dokumentace označen identifikačním štítkem pacienta*“ bylo v prvním auditu splněno jen v 20,8 %, ve druhém auditu to bylo již v 49,7 % dokumentací (tab. 4). Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění novely č. 137/2018 Sb., jasně uvádí nutnost označení zdravotnické dokumentace identifikačními údaji pacienta. Pokud by došlo k situaci, kdy by některý z těchto neoznačených listů nebyl založen do dokumentace, bylo by velmi těžké zpětně určit, do jaké dokumentace neoznačené formuláře patří. Riziko záměny by bylo vysoké. Komplexní ošetrovatelská dokumentace je dle Kudlové (2016) důležitým zdrojem informací o poskytnuté péči a vývoji zdravotního stavu pacienta v návaznosti na provedené ošetrovatelské úkony. Zároveň slouží jako podklad pro posouzení kvality péče a je důkazem při soudních sporech. Není-li ošetrovatelská dokumentace úplná, vypovídá o poskytování ošetrovatelské péče non lege artis. Správně vedenou zdravotnickou dokumentaci považují Vondráček a Wirthová (2009) za jeden z pilířů ochrany zdravotníků. Mathioudakis et al. (2016) uvádějí, že při soudních řízeních nezáleží na tom, zda byla poskytována zdravotní péče co nejlépe, pokud tato skutečnost nebyla přesně zdokumentována.

Značným problémem se během výzkumného šetření ukázalo dodržování standardního postupu oprav záznamů. Správný postup oprav záznamů byl častěji zcela dodržen v dokumentacích zařazených do druhého auditu 35,7 %, než v dokumentacích prvního auditu v 17,9 %. Statisticky významný rozdíl byl identifikován též v oblasti částečného naplnění tohoto kritéria, v prvním auditu 32,6 % a ve druhém auditu 52,7 % dokumentací (tab. 5). Nedostatky při opravě chybných záznamů odhalily auditorky již dříve, jak uvedla v rozhovoru sestra S1. Korekce byly provedeny použitím bílé pásky a přepisováním, což Vondráček a Wirthová (2009), ale také vnitřní předpis nemocnice, ve které byl výzkum proveden, uvádějí jako nepřipustné. Také Zámostná (2009) a Slepíčková (2013) upozorňují na nesprávně provedené opravy zápisů ve zdravotnické dokumentaci. Dle Slepíčkové (2013) sestry považují nesprávné korekce chyb za nejméně závažné pochybení při vedení dokumentace. S tímto názorem sester se neztotožňujeme, protože přelepováním záznamů, jejich mazáním bílou páskou či přepisováním je možné zápisy falzifikovat, což může vést k nedůvěryhodnosti a snížení konkurenceschopnosti poskytovatele zdravotních služeb.

Stanovení ošetřovatelské anamnézy je dle Tothové (2014) první fází ošetřovatelského procesu, jenž zahrnuje posouzení stavu pacienta. V této fázi sestra sbírá data o pacientovi, ověřuje jejich platnost, třídí údaje, kontroluje správnost prvního dojmu a pečlivě zaznamenává údaje, související s aktuálním stavem pacienta. Tyto kroky jsou prováděny za účelem vytvoření databáze, která zahrnuje sesterskou anamnézu, fyzikální vyšetření, fyzikální posouzení, výsledky diagnostických a laboratorních testů. Marečková a Jarošová (2005) doporučují ihned zaznamenávat veškeré údaje. Tím sestra předejde zahlcení informacemi a nedokonalému zápisu do ošetřovatelské dokumentace s následkem opomenutí důležitých informací. Komplexní ošetřovatelská anamnéza byla součástí 99,2 % dokumentací zahrnutých do prvního auditu. Ve druhém auditu byly zaznamenány podobné výsledky, kdy komplexnost anamnézy naplňovalo 92,9 % dokumentací (tab. 6).

Jedním ze screeningových testů, který je určen k hodnocení zdravotního stavu pacienta, je přepracovaná škála dle Nortonové k zhodnocení rizika vzniku dekubitů. Kritérium bylo hodnoceno jako zcela splněné v případě, že bylo hodnocení provedeno do 24 hodin od přijetí pacienta, škála byla komplexně a správně zpracována a v případě, že byl pacient v riziku, bylo postupováno dle vnitřního předpisu. Toto kritérium zcela splňovalo v prvním auditu 84,6 % a v druhém auditu 96,1 % dokumentací (tab. 7). Vyhodnocení prevalence dekubitů patří mezi národní indikátory kvality péče

(Věstník MZ č.16/2015). Nejčastější chronické rány jsou dekubitální léze, představující ve zdravotnictví závažný nežádoucí jev spojený s vysokými socio-ekonomickými náklady. Je tedy opodstatněné považovat dekubity za důležitý indikátor kvality a nákladovosti péče (Posnett et al., 2009). Polohování je dle Pokorné et al. (2013) jedním z účinných mechanismů využívaných v prevenci vzniku proleženin. Topinková (2005) také řadí mezi zásady prevence vzniku dekubitů pravidelné polohování pacienta s využitím správné techniky vedoucí k omezení působení tlaku, střihových sil a tření. Aby bylo prokazatelné, že došlo k pravidelnému polohování a kvalitně poskytované ošetrovatelské péči, je potřeba vést pečlivě záznam o polohování (Šolcová, 2015).

O problematice infekce spojené se zavedeným invazivním vstupem jsme se zmiňovali již výše. Ve spojitosti s invazivním vstupem je dle Sedlářové et al. (2017) velkým benefitem spolupracující a edukovaný pacient, který sám upozorní sestru na komplikace již v jejich počátku. Záznamy o edukaci pacienta o invazivním vstupu zcela splňovalo v prvním auditu 56,9 % dokumentací a ve druhém auditu již v 69,5 % (tab. 8). Dle našeho názoru je vedle edukace pacienta důležité, aby byl zavedený invazivní vstup kontrolován a současně prováděny pravidelné zápisy o stavu okolí místa vpichu a jeho funkčnosti. Díky pravidelným kontrolám místa vpichu a jeho systematického hodnocení lze dle Phillips a Gorski (2014) včasné rozpoznat počínající komplikace.

Nejen prevalence dekubitů, ale také pádů patří mezi národní indikátory kvality péče (Věstník MZ č.16/2015). Pády hospitalizovaných pacientů zvyšují riziko úrazů a možných závažných komplikací. Díky pádům a dekubitům dochází k prodlužování hospitalizací a zvýšeným nákladům na zdravotní péči. Je tedy nutné, aby byla veškerá rizika identifikována a následně minimalizována. Nicméně jsme v prvním auditu zjistili, že navrhovaná opatření k prevenci pádu byla zcela zaznamenána v 37,5 % a částečně v 58,3 % případů. Ve druhém šetření byly záznamy vedeny lépe, kritérium bylo zcela splněno ve 49,3 % a částečně v 50,7 % dokumentací (tab. 9). Rajagopalan et al. (2017) vidí predikci pádu jako mnohostranný problém zahrnující vzájemné působení fyziologických, behaviorálních a environmentálních faktorů. Správné vyhodnocení rizika pádu spočívá v identifikaci vnitřních a vnějších faktorů, díky kterým je možné plánovat intervence vedoucí k eliminaci pádu. Dle Bizovské et al. (2017) by měly být strategie pro prevenci pádu komplexní a mnohostranné a měly by určovat rozsah jednotlivých rizikových faktorů a nalézat postupy pro jejich odstranění.

Zatímco léková preskripce patří do kompetence lékařů, příprava a podání léků patří mezi stěžejní činnosti sester. Aby bylo zabráněno medikačnímu pochybení, je nezbytné

dodržovat zásady správného podání. Mezi tyto zásady řadí Workman (2006) správnou identifikaci pacienta, trojí kontrolu léku, podání správné dávky, správný způsob aplikace a správný čas podání léku. Záznam o nepodání léku, kdy by měl být zapsán důvod, proč sestra lék nepodala, byl proveden v dokumentacích prvního auditu v 68,1 % a v druhém auditu v 72,7 % dokumentací (tab. 10).

V rozhovoru auditorka IA2 uvedla, že se v ošetrovatelské dokumentaci často nalézají nečitelné záznamy. Toto tvrzení se nám ani v jednom z auditů nepotvrdilo. Záznamy byly téměř vždy čitelné. Auditorka IA5 vyslovila jako problematickou oblast označení záznamů identifikačními údaji sestry provádějící zápis. V tomto případě, jak znázorňují tabulky 1 a 2, jsme také identifikovali nedostatky. Avšak lze konstatovat, že ve druhém auditu došlo k mírnému zlepšení (cca o 1 %). Závěrem lze tedy konstatovat, že interní audit ošetrovatelské dokumentace pozitivně ovlivňuje úplnost a komplexnost jejího vedení.

Druhou stanovenou hypotézou byla **H2: S délkou hospitalizace se zvyšuje počet chyb v záznamech ošetrovatelské dokumentace.** Z výsledků šetření vyplývá, že ve 20 kritériích z 28 nedošlo k významným rozdílům (tab.11 a 12). Statisticky významné rozdíly byly prokázány v osmi hodnocených kritériích (tab. 13). Ve čtyřech sledovaných oblastech došlo ke snížení chybovosti a ve čtyřech ke zvýšení chybovosti v dokumentacích pacientů s delší hospitalizací (tab. 14-21). Lze tedy říci, že hypotéza 2 nebyla potvrzena.

Stejně jako u první hypotézy byly identifikovány statisticky významné rozdíly v oblasti standardního postupu při opravě chybných záznamů. V tomto případě však došlo ke snížení chybovosti s narůstající délkou hospitalizace. Zatímco dokumentace vedené u pacientů s hospitalizací do pěti dnů obsahovaly nestandardní postup v 32,9 % případů, dokumentace u pacientů s delší dobou hospitalizace to bylo jen 26,2 % (tab. 14).

Další statisticky významné rozdíly byly potvrzeny v užití standardizovaných zkratk. Používání nestandardizovaných zkratk uvedly jako identifikované nedostatky při vedení ošetrovatelské dokumentace sestry S1, S3, S4 a auditorky IA1 a IA4. Pouze standardizované zkratky byly použity v dokumentacích s krátkou dobou hospitalizace v 88,3 % a v dokumentacích s délkou hospitalizace šest a více dnů v 73,1 % (tab. 15). Vondráček (2008) poukazuje na skutečnost, že používáním nestandardizovaných zkratk dochází k častým nedorozuměním mezi zaměstnanci téhož zařízení. Dle Vondráčka (2008) vznikají při využívání zkratk kolize mezi zaměstnanci navzájem a díky jejich používání dochází k překážkám při obhajobě kvality poskytované péče.

Také Koh et al. (2015) došli ve své studii k závěru, že nebezpečí používání nestandardních zkratk spočívá v jejich špatném výkladu jinými zdravotnickými pracovníky. Dle našeho názoru jsou tato pochybení a možné nejasnosti záznamu zbytečné, protože na každém oddělení je seznam standardizovaných zkratk k dispozici.

Lépe vedené záznamy zhodnocení rizika vzniku dekubitů byly zaznamenány v dokumentacích s delší dobou hospitalizace (100 %) než v dokumentacích s krátkodobou hospitalizací (99,2 %); tab.16.

Jednou ze základních biologických potřeb člověka je výživa. Dle Svačiny (2008) je výživa zdrojem energie pro fyzickou aktivitu, základní životní pochody a stavební materiál pro tvorbu orgánů i tkání. Mezi faktory, které ovlivňují výživu, řadí Trachtová et al. (2013) vlivy biologické, kulturně sociální, psychické či faktory životního prostředí. Dle našeho názoru je nezbytné řádně hodnotit riziko vzniku malnutrice, a to zvláště v případě, kdy se člověk ocitá v nemocničním zařízení a jeho zdravotní stav není kompenzovaný. Z výsledků výzkumného šetření však vyplývá, že při delší hospitalizaci jsou tyto záznamy vedeny hůře (91,7 %) než v dokumentacích vedených při krátkodobé hospitalizaci (100 %); tab. 17.

Standardní postup při hodnocení bolesti byl statisticky významně častěji dodržen v dokumentacích krátkodobé hospitalizace 79,8 % než v dokumentacích u pacientů s delší hospitalizací 65,4 % (tab. 18). Bolest je individuální a subjektivní prožitek. Dle Lejčka (2018) je nutné si uvědomit, že bolest není jen příznakem doprovázejícím mnoho onemocnění, nýbrž také varovným signálem upozorňujícím na komplikace či nově vzniklé problémy související se zdravotním stavem pacienta. Dle našeho mínění je podstatné provádět pravidelné hodnocení bolesti, a to z důvodu včasného zjištění možných komplikací, ale také posouzení, zda je léčba bolesti účinná. I přesto, že je bolest součástí života, není nutné, aby člověk bolestí trpěl. Zvláště v současné době, kdy má medicína v této oblasti rozsáhlé možnosti a může využívat mnoho způsobů a léčivých přípravků k tišení bolesti. K tlumení bolesti může napomoci také sestra využitím vhodně zvolených intervencí. Základní podmínkou pro tišení bolesti je její pravidelné zhodnocení na základě informací získaných od pacienta či pozorováním a následným zdokumentováním. Z obsahové analýzy rozhovorů se sestrami (S1, S2, S3, S5) a auditorkami (IA1, IA2, IA5) vyplynulo, že záznamy o hodnocení bolesti byly často identifikovány jako nedostatečné, což potvrzují i výsledky kvantitativního šetření. Dále auditorky uvedly, že řádné hodnocení bolesti je vedeno na chirurgickém oddělení, a naopak na jiných odděleních byly v záznamech o bolesti identifikovány nedostatky.

Podstatnou roli v prevenci pádu hraje edukace pacienta. Řádné záznamy v oblasti edukace pádu byly vedeny v 83,2 % dokumentací vedených u pacientů s krátkodobou hospitalizací a v 73,8 % dokumentací vedených u pacientů s hospitalizací šest a více dnů (tab. 19). Rozdíly byly zjištěny také v případě pravidelnosti záznamů hmotnosti, TT a stolice (tab. 20). Záznamy byly v dokumentacích pacientů s krátkodobou hospitalizací vedeny lépe (88,4 %) než v dokumentacích pacientů s delší dobou hospitalizace (77 %).

Výzkumné šetření prokázalo, že v 7,7 % dokumentací s krátkodobou hospitalizací a v 1,6 % dokumentací s delší hospitalizací nebyl uveden čas podání léčivého přípravku, který byl aplikován formou infuzní terapie (tab. 21). Čas podání léku je nutné do dokumentace zaznamenat, aby lékař mohl vzít v potaz souvislost podání léčivého přípravku s eventuálními reakcemi na medikament či odchylky hodnot z laboratorního vyšetření. Příkladem můžeme uvést zvýšenou hladinu glukózy při podání infuze glukózy nebo změny v hladinách minerálů při jejich intravenózním podání.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že hypotéza **H3: V záznamech ošetrovatelské dokumentace se vyskytují statisticky významně častěji chyby na stanici A než na stanici B.** Sledováno bylo 28 kritérií, přičemž ve 20 nedošlo ke statisticky významným rozdílům (tab. 22 a 23). V osmi sledovaných kritériích byl potvrzen statisticky významný rozdíl (tab. 24). Z těchto osmi kritérií byly identifikovány častěji nedostatky na klinickém pracovišti A než na klinickém pracovišti B, a to v sedmi případech. Pouze v jednom kritériu došlo ke statisticky významně lepšímu vedení záznamů na stanici A (tab. 25–32). Na základě výše uvedených výsledků lze konstatovat, že hypotéza 3 byla potvrzena.

Kritérium označení formulářů identifikačními údaji pacienta splňovalo 23,4 % dokumentací na stanici A a 48,6 % dokumentací na stanici B (tab. 25). Identifikační údaje sester byly uvedeny u všech záznamů na stanici A v 82,5 % a na stanici B v 90,5 % dokumentací (tab. 26). Pouze standardizované zkratky použily sestry na stanici B v 86,4 % případů a na stanici A v 73 % případů (tab.27). Hodnocení nutričního stavu bylo řádně vedeno na stanici B v 99,3 %, zatímco na stanici A pouze v 91,2 % dokumentací (tab. 28). V oblasti edukace o prevenci pádu splňovalo kritérium na stanici A jen 65,8 %, avšak na stanici B 88,4 % dokumentací (tab. 29). Preventivní opatření k minimalizaci pádu navrhovaly sestry na stanici A v 35 % dokumentací a na stanici B v 51,5 % dokumentací (tab. 30). Další oblastí, ve které byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi klinickými pracovišti, byly pravidelné záznamy hmotnosti, TT a stolice. Kritérium bylo naplněno v 64,2 % dokumentací na stanici A a v 98,7 % na stanici B (tab. 31).

Posledním sledovaným kritériem se statisticky významným rozdílem byl záznam času podání infuze. Úplné splnění kritéria bylo součástí 47,5 % dokumentací na pracovišti A a 73,7 % dokumentací na pracovišti B (tab. 32). Výsledky jasně ukazují, že se ve velké míře vyskytují nedostatky v úplnosti a komplexnosti vedení ošetrovatelské dokumentace na klinickém pracovišti A. Lepší výsledky ve vedení dokumentace oproti druhému klinickému pracovišti byly zaznamenány pouze v pěti hodnotících kritériích, a to v záznamech o zavedeném invazivním vstupu, v zápisech času podání léku ordinovaného dle potřeby, v záznamu o stanovení nápravného opatření k nežádoucí události, v záznamu o analýze příčin nežádoucí události a úplnosti překladové zprávy (tab. 22 a 23). Doporučovali bychom vedoucím pracovníkům daného oddělení a interním auditorkám provádět častější kontrolu dokumentace na tomto pracovišti.

6 ZÁVĚR

V současnosti je kladen stále větší důraz na zajištění a zvyšování kvality, která je obecně chápána jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technické úrovni (Bartůňková et al., 2011). Interní audit představuje účinný nástroj uplatňující se v ošetrovatelské praxi ke zhodnocení kvality péče a k odhalení slabých míst. Studie je zaměřena na získání uceleného názoru interních auditorů a sester na vliv na ošetrovatelskou péči a na aspekty posouzení komplexního vedení ošetrovatelské dokumentace pomocí interního auditu. Na začátku výzkumného šetření byly stanoveny čtyři cíle.

Prvním cíle bylo popsat systém interních ošetrovatelských auditů. K dosažení saturace dat byla využita obsahová analýza vnitřních předpisů. Obsahovou analýzou vybraných vnitřních předpisů byl zjištěn rozsah, předmět, četnost a zásady při auditní činnosti. V rámci ošetrovatelské dokumentace, bylo zjištěno, jaké formuláře jsou součástí komplexní zdravotnické dokumentace a jaké jsou jejich náležitosti.

Druhým a třetím cílem bylo vyhodnotit vliv interních auditů ošetrovatelské péče na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče z pohledu interních auditorů a sester. K naplnění tohoto cíle byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, pro který bylo podkladem 20 předem stanovených otevřených otázek pro auditory a 17 otázek pro sestry. Z výzkumného šetření vyplynulo, že auditoři vnímají interní audit jako vhodný nástroj k udržení a zvyšování kvality péče. Nedostatky v systému vnitřních kontrol vidí auditoři v četnosti a pravidelnosti auditní činnosti. Zatímco pro sestry S1-S3 představuje audit vhodný nástroj vedoucí k zajištění a zvyšování kvality péče, sestry S4 a S5 vnímají systém interních auditů jako restriktivní kontrolní nástroj.

V návaznosti na zjištěné skutečnosti z obsahové analýzy vnitřních předpisů pro vedení ošetrovatelské dokumentace byl stanoven cíl *vyhodnotit vliv interního auditu ošetrovatelské dokumentace na úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace.* Sběr dat probíhal pomocí připraveného kontrolního listu, ve kterém bylo hodnoceno 28 kritérií. K tomuto cíli byly stanoveny tři hypotézy. **H1: Interní audit ošetrovatelské dokumentace statisticky významně zvyšuje správnost záznamů ošetrovatelské péče.** Mezi prvním a druhým auditem nedošlo ve 21 sledovaných oblastech ke statisticky významným rozdílům. Ty byly identifikovány v sedmi hodnocených kritériích, přičemž v šesti případech došlo ke zlepšení vedení dokumentace ve druhém auditu oproti prvnímu a pouze v jednom kritériu bylo zaznamenáno zhoršení.

Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že interní audit zvyšuje správnost vedení záznamů v ošetrovatelské dokumentaci. **H2: S délkou hospitalizace se zvyšuje počet chyb v záznamech ošetrovatelské dokumentace.** Výzkumné šetření prokázalo, že ve 20 auditních kritériích nedošlo mezi prvním a druhým auditem k významným rozdílům. V dokumentacích vedených u pacientů s delší dobou hospitalizace byly ve čtyřech sledovaných kritériích vedeny záznamy lépe a ve čtyřech hůře. Na základě těchto výsledků lze konstatovat, že hypotéza 2 nebyla potvrzena. **H3: V záznamech ošetrovatelské dokumentace se vyskytují statisticky významně častěji chyby na stanici A než na stanici B.** Ve 20 sledovaných hodnotících kritériích nebyly zaznamenány statisticky významné rozdíly. Statisticky významně častější nedostatky ve vedení záznamů byly identifikovány v sedmi kritériích na klinickém pracovišti A. Pouze v jednom ze stanovených kritérií došlo ke zlepšení vedení záznamů na stanici A oproti stanici B. Na základě výsledků lze konstatovat, že hypotéza 3 byla potvrzena.

6.1 Doporučení pro praxi

Vzhledem ke zjištěným nedostatkům při vedení ošetrovatelské dokumentace navrhuje tato preventivně nápravná opatření:

- ✓ realizovat pravidelné (plánované), ale také mimořádné (neplánované) interní audity uzavřené a otevřené ošetrovatelské dokumentace
- ✓ s výsledky auditu seznámit sestry dotčených pracovišť
- ✓ pořádat odborné semináře zaměřené na problematiku vedení ošetrovatelské dokumentace
- ✓ kontrolou správnosti vedení dokumentace pověřit několik manažerských úrovní (staniční, vrchní sestru, interní auditor nemocnice)
- ✓ do adaptačního procesu sester více začlenit práci s ošetrovatelskou dokumentací.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. AGREE II, 2017. *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II*. [online]. [cit. 2019-12-12]. Dostupné z: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
2. American Academy of Family Physicians, © 2019. *Clinical Practice Guideline Manual*. [online]. AAFP [cit. 2019-11-12]. Dostupné z: <https://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/cpg-manual.html#i>
3. ANDERSON, U., 2003. *Chapter 4 Assurance and Consulting Service*. Florida: The Institute of Internal Auditor. 129 p. ISBN 0-89413-498-1.
4. BAKALÁŘ, B., 2017. Audit na jednotce intenzivní péče. In: ZADÁK, K. et al., 2017. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. doplněné a přepracované vyd. Praha: Grada. s. 34-37. ISBN 978-80-271-0282-2.
5. BARTONÍČKOVÁ, D. et al., 2018. Definování jednotlivých dimenzí kultury bezpečnosti pacientů. *Ošetrovatel'stvo*. 8(2), 38-45. ISSN 1338-6263.
6. BATŮŇKOVÁ, J. et al., 2011. *Vyšetřovací metody v imunologii*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. s. 164. ISBN 978-80-247-3533-7.
7. BAŠTA, J., KLIMENT, J., 2013. Kvalita auditování v současném pojetí. *Perspektivy kvality*. 2(2), 4. ISSN 1805-6857.
8. BIZOVSKÁ, L. et al., 2017. *Rovnováha a možnosti jejího hodnocení*. Oloumouc: Univerzita Palackého. 125 s. ISBN 978-80-244-5260-9.
9. BRABCOVÁ, I., 2015a. Systém řízení kvality a bezpečí lůžkové péče v České republice. In: BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S. et al., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN. s. 207-212. ISBN 978-80-7422-402-7.
10. BRABCOVÁ, I., 2015b. Problematika pochybení při poskytování zdravotní péče. In: BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S. et al., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN. s. 34-46. ISBN 978-80-7422-402-7.
11. BRABCOVÁ, I., 2015c. Nejčastější chyby a omyly v ošetrovatelské praxi. In: BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S. et al., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN. s. 57-125. ISBN 978-80-7422-402-7.
12. BRIŠ, P., OPLETALOVÁ, M., 2019. *Řízení procesů ve zdravotnictví*. Strategický projekt UTB ve Zlíně, reg. č. CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_015/0002204.

13. BURDA, P., 2015. Zdravotnická dokumentace. In: BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 81-83. ISBN 978-80-247-5333-1.
14. CARROLL, R. L., 2009. *Risk Management Handbook for Health Care Organizations*. Student ed. San Francisco: Jossey-Bass. 650 p. ISBN 978-0-470-30017-6.
15. CARRY-LITTLES, et al., 2016. Symptom word documentation: A novel approach to identifying and managing hospital-acquired infections. *American Journal of Infection Control*. 44(11), 1424-1426, doi: 10.1016/j.ajic.2016.03.004.
16. ČIIA, © 2019. *Co je interní audit?* [online]. ČIIA. [cit. 2019-12-15]. Dostupné z: <https://www.interniaudit.cz/ciia/?idKategorie=3>
17. ČIIA, © 2020. *Etický kodex*. [online]. ČIIA. [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.interniaudit.cz/ciia/clenstvi/eticky-kodex.php>
18. ČSN EN 31010, 2011. *Management rizik – Techniky posuzování rizik* Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví. EAN 8590963872407.
19. ČSN ISO 31000, 2018. *Management rizik – Směrnice*. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví. EAN 8596135058907.
20. DAVIS, D. et al., 2007. *Handbook on clinical practice guidelines*. Ottawa: Canadian Medical Association. p. 40. ISBN 978-1-894391-28-3.
21. DONABEDIAN, A., 1986. Quality Assurance in Our Health Care System. *Quality Assurance and Utilization Review*. 1(1), 6-12. doi: 10.1177/0885713X8600100104.
22. DRASTICH, M., 2011. *Systém managementu bezpečnosti informací*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4251-9.
23. DUŠEK, J., 2018. *Účetní uzávěrka a závěrka v přehledech: snadno a rychle*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0808-4.
24. DVOŘÁČEK, J., 2003. *Interní audit a jeho kontrola*. 2 přepracované a doplněné vyd. Praha: C. H. Beck. 201 s. ISBN 80-7179-805-3.
25. DVOŘÁČEK, J., 2005. *Audit podniku a jeho operací*. Praha: C. H. Beck. 165 s. ISBN 80-717-9809-5.
26. EFQM, © 2020a. *Our History*. [online]. EFQM. [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://www.efqm.org/index.php/about-us/our-history/>

- 27.EFQM, © 2020b. *EFQM Model*. [online]. EFQM. [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://www.efqm.org/index.php/efqm-model/>
- 28.ECHEVARRIA, I. M., WALKER, S., 2014. To make your case, start with a PICOT question. *Nursing 2014*. 44(2), 18-9, doi: 10.1097/01.NURSE.0000442594.00242.f9.
- 29.ESA, © 2020. Helsinki declaration. [online]. ESA. [cit. 2020-03-27]. Dostupné z: <https://www.esahq.org/helsinki-declaration-overview/>
- 30.European Commission DG Health and Consumer Protection, 2005. *Luxembourg Declaration on Patient Safety*. [online]. [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2011/11/LuxembourgDeclarationFinal.pdf>
- 31.European Commission, 2012. *Report from the Commission to the Council on the basis of Member States' reports on the implementation of the Council Recommendation (2009/C 151/01) on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infection*. [online]. [cit. 2019-12-12]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2012/EN/1-2012-658-EN-F1-1.Pdf>
- 32.FIELD, M., J., LOHR, K., N., 1990. *Clinical Practice guidelines: directions for a new program*. Washington: National Academy Press. 196 p. ISBN 0-309-04346-8.
- 33.FILIP, L., 2019. *Efektivní řízení kvality*. Praha: Pointa. 248 s. ISBN 978-80-907-5306-8.
- 34.FÜLÖP, M. T., SZEKELY, S. V., 2017. The evolution of the internal auditing function in the context of corporate transparency. *Audit financiar*. XV, 3(147), 440-450, doi: 10.20869/AUDITF/2017/147/440.
- 35.GLADKIJ, I. et al., 2003 *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. 392 s. ISBN 80-7226-996-8.
- 36.GOMOLČÁKOVÁ, V. et al., 2003. *Rámcové procesuálne štandardy ošetrovateľských výkonov*. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva SR. 52(8), 40 s. ISSN 1335-4477.
- 37.GUL, F.A. et al., 2013. Do individual auditors affect audit quality? Evidence from archival data. *The Accounting Review*. 88(6), 1993-2023, doi:10.2308/accr-50536
- 38.HARVEY, G., KITSON, A., 2015. *Implementing Evidence-Based Practice in Healthcare: A Facilitation Guide* 224 p..ISBN 978-1-136-76808-8.

- 39.HAVLÍČKOVÁ, Š. 2012. *Interní audity a jejich efektivnost z pohledu sester a interních auditorů*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF.
- 40.HEIDEMANN, E. G., 1999. The ALPHA program. Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*. 11(4), 275-277, doi: 10.1093/intqhc/11.4.275.
- 41.HROBONĚ, P., 2015. *Praktické hodnocení kvality zdravotních služeb*. [online]. [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: <https://www.advanceinstitute.cz/newsletter/seznam-newsletteru/a1-2015-advance-newsletter?id=479>
- 42.HULKOVÁ, V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovateľstve*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-8192-3.
- 43.CHAMBER, R., 2016. *7 Characteristics of the Virtuous Internal Auditor*. [online]. The Institute of Internal Auditors. [cit. 2019-07-15]. Dostupné z: <https://iaonline.theiia.org/blogs/chambers/2019/Pages/7-Characteristics-of-the-Virtuous-Internal-Auditor.aspx>
- 44.IIA, © 2019a. *The Institute of Internal Auditors*. [online]. IIA. [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: <https://na.theiia.org/about-us/Pages/About-The-Institute-of-Internal-Auditors.aspx>
- 45.IIA, © 2019b. *The Institute of Internal Auditors*. [online]. IIA. [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: <https://na.theiia.org/standards-guidance/Pages/Mission-of-Internal-Audit.aspx>
- 46.Institut for Healthcare Improvement, © 2020. *Across the Chasm: Six Aims for Changing the Health Care System*. [online]. Institute for Healthcare Improvement. [cit. 2020-01-29]. Dostupné z: <http://www.ihf.org/resources/Pages/ImprovementStories/AcrossTheChasmSixAimsForChangingTheHealthCareSystem.aspx>
- 47.Institute of Medicine. 2000. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academies Press. 312 p. ISBN 978-0-309-26174-6.
- 48.Interní audity, (interní směrnice). Český Krumlov: Nemocnice Český Krumlov, a.s. 6 s.
- 49.ISO 19011, 2018. *International Standard Guidelines for auditing management systems Lignes directrices pour l'audit des systèmes de management*. 3th Ed. Geneva: ISO copyright office. 46 p. ICS 03.120.20;03.100.70.

- 50.ISO 9001, 2015. *International standard. Quality management systems — Requirements*. [online]. ISO. [cit. 2020-01-29]. Dostupné z: http://dmsc.moph.go.th/iso/upload/iso9001_2015.pdf
- 51.ISO, © 2020. *The ISO Story*. [online]. ISO. [cit. 2020-01-29]. Dostupné z: <https://www.iso.org/the-iso-story.html#0>
- 52.ISQua, © 2018a. *International Society for Quality in Health Care*. [online]. ISQua. [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://www.isqua.org/>
- 53.ISQua, © 2018b. *Past Events*. [online]. ISQua. [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <https://www.isqua.org/events/past-conferences.html>
- 54.JAKUŠOVÁ, V., 2010. *Základy zdravotnického manažmentu*. Martin: Osveta. 142 s. ISBN 978-80-8063-347-9.
- 55.JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetrovatelství založené na důkazech: Evidence Based Nursing*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-9345-0.
- 56.JCI, © 2020. *Facts About The Joint Commission*. [online]. ISO. [cit. 2020-01-29]. Dostupné z: <https://www.jointcommission.org/about-us/facts-about-the-joint-commission/>
- 57.Joint Commission International, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Grada. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
- 58.KAFKA, T., 2009. *Průvodce pro interní audit a risk management*. Praha: C. H. Beck. 167 s. ISBN 978-80-7400-121-5.
- 59.KAPIAS, P., 2015. *Analytické nástroje k identifikaci a prioritizaci rizik*. In: Certifikovaný kurz „Interní auditor kvality a manažer rizik ve zdravotnictví“ Praha: SAK, ISBN není uvedeno.
- 60.KOH, K. C. et al., 2015. A study on the use of abbreviations among doctors and nurses in the medical department of a tertiary hospital in Malaysia. *Med J Malaysia*.. 70(6), 334-340, PMID:26988205.
- 61.KOKSTEINOVÁ, N., 2014. Zdravotnická dokumentace. In: KEBZA, V. et al., 2014. *Psycholog ve zdravotnictví*. Praha: Karolinum. 52-59 s. ISBN 978-80-246-2446-4.
- 62.KOLEKTIV AUTORŮ, 2004. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče; Etický kodex sester; Charty práv pacientů*. Brno: NCO NZO 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
- 63.KOUBOVÁ, M., 2018. *MZ zjednodušilo vedení zdravotnické dokumentace, administrativu sníží i při revizi pokynů ve věstníku*. [online]. Zdravotnický deník.

- [cit. 2019-12-27]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickyydenik.cz/2018/07/mz-zjednodusilo-vedeni-zdravotnicke-dokumentace-administrativu-snizi-i-pri-revizi-pokynu-ve-vestniku/>
- 64.KOZÁKOVÁ, R., 2016. Implementace a evaluace klinicky doporučených postupů. In: JAROŠOVÁ, D. et al., 2016. *Klinicky doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada. s. 72-92. ISBN 978-80-247-5426-0.
- 65.KUDLOVÁ, P., 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 133 s. ISBN 978-80-7454-600-6.
- 66.KUHN, A., M., YOUNBERG, B. J., 2002. The need for risk management to evolve to assure a culture of safety. *Quality & safety in health care*.11(2), 158-162, doi: 10.1136/qhc.11.2.158.
- 67.KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 206 s. ISBN978-80-247-3224-4.
- 68.LEGIDO-QUIGLEY, H. et al., 2008. *Assuring the quality of health care in the European Union A case for action*. Cornwall: WHO – World Health Organization. 199 p. ISBN 978-92-890-7193-2.
- 69.LEJČKO, J., 2018. Bolest jako velký problém současné medicíny. In: ČELEDOVÁ, L. et al., 2017. *Člověk ve zdraví i v nemoci: Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. s. 354-357. ISBN 978-80-246-3828-7.
- 70.LEPIEŠOVÁ, E. et al., 1996. *Manažment v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 145 s. ISBN 80-217-0352-0.
- 71.LÍČENÍK, R., 2009. *Klinické doporučené postupy. Obecné zásady, principy tvorby a adaptace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 115 s. ISBN 978-80-244-2265-7.
- 72.LÍČENÍK, R., 2013. *Klinické doporučené postupy I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 121 s. ISBN 978-80-244-3983-9.
- 73.LÍSKOVCOVÁ, I., 2008. Lidský faktor – skrytý zdroj bohatství a prosperity zdravotnické firmy. *Kontakt*, 10(1), 112-116. ISSN 1212–4117.
- 74.MAHÚTOVÁ, M., 2016. Hygienicko epidemiologický režim. In: BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 33–34 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
- 75.MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

- 76.MAREČKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D., 2005. *NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, ZSF. 86 s. ISBN 80-7368-030-0.
- 77.MARX, D., 2015. *Bezpečí pacientů: prvním krokem je přiznání, že chybovat je lidské*. [online]. [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/02/bezpeci-pacientu-prvnim-krokem-je-priznani-ze-chybovat-je-lidske/>
- 78.MARX, D., VLČEK, F., 2009. *Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise, o.p.s. v nemocnicích a zařízeních akutní péče*. 2. vyd. Praha: SAK, o.p.s. 31 s. ISBN neuvedeno
- 79.MARX, D., VLČEK, F., 2014. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3 vyd. Praha: SAK a Tigis, 162 s. ISBN 978-80-87323-04-05.
- 80.MATHIOUDAKIS, A. et al., 2016. How to keep good clinical records. *Breathe (Sheffield, England)*. 12(4), 369-373, doi:10.1183/20734735.018016.
- 81.MATIEDES, A., ĎAĎO, J., 2002. *Služby*. Bratislava: Mračko. 749 s. ISBN 80-8057-452-9.
- 82.MBNQA, 2019. *Malcolm Baldrige National Quality Award*. [online]. [cit. 2020-02-06]. Dostupné z: <https://www.nist.gov/baldrige/baldrige-award>
- 83.MCFARLANE, K. J., 1970. *The proper study of the nurse: an account of the first two years of a research project "The study of nursing care", including a study of the relevant background literature*. London: Royal College of Nursing. 63 p. ASIN: B007SXDC48.
- 84.MEDICAL TRIBUNE CZ., 2018. *Vyhláška uvolní ruce sestřám i lékařům. O trochu*. [online]. MEDICAL TRIBUNE CZ a dodavatelé obsahu (ČTK). [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/43647-vyhlaska-uvolni-ruce-sestram-i-lekarum-o-trochu>
- 85.Metodické opatření MZČR, 2004. *Koncepce ošetrovatelství*. In: *Věstník MZČR*, částka 9. [online]. MZČR. [cit. 2019-11-20]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html
- 86.MFČR, 2018. *Studijní text ke zvláštní části úřednické zkoušky pro obor státní služby obor 3 – audit*. [online]. MFČR [cit. 2019-12-17]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/sluzba/soubor/skripta-03-audit-20180801-pdf.asp>
- 87.Ministry of Health, 2019. *Jeddah Declaration on Patient Safety*. [online]. [cit. 2020-03-28]. Dostupné z:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/PSS_2019/Patientensicherheit_Erklaerung_Dschidda_2019.pdf

88. MIŠŮN, J., MIŠŮNOVÁ – HUDÁKOVÁ, I., 2017. *Kontrolovanie v manažmente*. Bratislava: Kartprint. 178 s. ISBN 978-80-89553-47-1.
89. MORENO, R. P. et al., 2009. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive Care Medicine*. 35(10), 1667-1672, doi: 10.1007/s00134-009-1621-2.
90. MZČR, 2007. *Řešení oblastí bezpečí pacientů*. [online]. MZČR. [cit. 2019-12-12]. Dostupné z: www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/reseni-oblasti-bezpeci-pacientu_2375_20.html
91. MZČR, 2008. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví*. [online]. MZČR. [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/cesta-ke-kvalitnimu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1817_13.html
92. MZČR, 2012. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb*. [online]. MZČR. [cit. 2019-07-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_2556_15.html
93. MZČR, 2013. *Resortní bezpečnostní cíle*. [online]. MZČR. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-_2922_29.html
94. MZČR, 2015. *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online]. MZČR. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akcni%20plany%20-%20přilohy/AP%2009_01%20AP%20KaB_20150717PT.pdf
95. MZČR, 2016. *Program HPH v ČR*. [online]. MZČR. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/program-hph-v-cr_3498_29.html
96. MZČR, 2019. *Seznam oprávněných osob*. [online]. MZČR. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/seznam-opravnenych-osob_3294_29.html

- 97.NAKATE, G. et al, 2015. Knowledge and Attitudes of Select Ugandan Nurses towards Documentation of Patient Care. *African J Nurs Midwifery*. 5(12), 1063-1071, doi: 10.4236/ojn.2015.512113.
- 98.NENADÁL, J. et al., 2008. *Moderní management jakosti*. Praha: Management press. 375 s. ISBN 978-80-7261-186-7.
- 99.NENADÁL, J. et al., 2018. *Management kvality pro 21. století*. Praha: Albatros Media a.s. 368 s. ISBN 978-80-726-1561-2.
- 100.O'REILLY, V. M. et al., 1999. *Montgomery's Auditing*, 12th Ed. New York: John Wiley & Sons. 694 p. ISBN: 978-0-471-34605-0.
- 101.PAPOUŠKOVÁ, P. et al., 2006. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu. *Kontakt*. 8(2), 240-248. ISSN 1212–4117.
- 102.PHILLIPS, L. D., GORSKI, L., 2014. *Manual of I.V. therapeutics: evidence-based practice for infusion therapy*. 6th Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company. 854 p. ISBN 978-0-8036-3846-4.
- 103.PLEVOVÁ, I., 2012. Kontrola. In: PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. s. 171-177. ISBN 978-80-247-3871-0.
- 104.PODTATOVÁ, R., CHOCHOLÁČ, D., © 2020. *Ukazatele kvality ve zdravotnictví*. [online]. STAPRO. [cit. 2020-01-06]. Dostupné z: <http://www.stapro.cz/ukazatele-kvality-ve-zdravotnictvi/>
- 105.POKOJOVÁ, R., BÁRTLOVÁ, S., 2018. Personální zabezpečení jako součást kultury bezpečí ve zdravotnických zařízeních. *Kontakt*. 20(1), 11-17. ISSN 1212–4117.
- 106.POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- 107.POKORNÁ, A. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
- 108.POORTAGHI, S. et al., 2015. Findings from a Nursing Care Audit Based on the Nursing Process: A Descriptive Study. *Nurs Midwifery Stud*. 4(3), e30181, doi: 10.17795/nmsjournal30181.
- 109.POSNETT, J. et al., 2009. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. *Journal of Wound Care*. 18(4), 154–61, doi:10.12968/jowc.2009.18.4.41607.

110. PROKEŠOVÁ, R. et al., 2014. Specifics of risk management in select medical facility. *Kontakt*. 16(4), 256–262. ISSN 1212–4117.
111. PROKEŠOVÁ, R., 2015. Řízení rizik v ošetrovatelství. In: BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S. et al., 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, 21-32 s. ISBN 978-80-7422-402-7.
112. RAITER, T., © 2010. *Hodnocení nemocnic*. [online]. [cit. 2019-11-12]. Dostupné z: [http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb\[1\].html](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/Jak-projekt-meri-kvalitu-zdravotnich-sluzeb[1].html)
113. RAJAGOPALAN, R. et al. 2017. Fall Prediction and Prevention Systems: Recent Trends, Challenges, and Future Research Directions. *Sensors*. 17(11), 2509, doi: 10.3390/s17112509.
114. RAMAMOORTI, S., 2003. *Chapter 1 Internal Auditing: History, Evolution, and Prospect*. Florida: The Institute of Internal Auditor. 23 p. ISBN 0-89413-498-1.
115. ROZTOČIL, A. et al., 2011. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada. 508 s. ISBN 978-80-247-2832-2.
116. SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2017. Aktuální doporučení v péči o periferní žilní katétry. *Medicína pro praxi*. 14(2), 94–97. ISSN 1214-8687.
117. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
118. Six Sigma, © 2020. *About Six Sigma*. [online]. © 2020 Six Sigma, us [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.6sigma.us/six-sigma.php>
119. SLEPIČKOVÁ, E., 2013. *Význam správného vedení zdravotnické dokumentace*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZCU.
120. SMEJKAL, V., RAIS, K., 2013. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích*. 4. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Grada. 483 s. ISBN 978-80-247-4644-9.
121. SPEJCHALOVÁ, D., 2012. *Management kvality*. 4 vyd. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu. 211 s. ISBN 978-80-86730-88-2.
122. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
123. STREITOVÁ, D. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 170 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
124. SVAČINA, Š. et al., 2008. *Klinická dietologie*. Praha: Grada. 380 s. ISBN 978-80-247-2256-6.

- 125.SVOBODOVÁ, Š., 2017. *Pohled všeobecných sester na interní audity ve zdravotnických zařízeních*. Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií.
- 126.SZÚ, 2020. *Odpady ze zdravotnických zařízení*. [online]. SZÚ. [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/odpady-ze-zdravotnickych-zarizeni>
- 127.ŠAMAJ, M., 2016. *Krizový management ve zdravotnictví Management rizik*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 92 s.ISBN 978-80-244-5086-5.
- 128.ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- 129.ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- 130.ŠNAJDROVÁ, L., 2018a. *Smrt ošetrovatelské dokumentace?* [online]. Ošetrovatelství.info. [cit. 2019-11-27]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/smrt-osetrovatelske-dokumentace/>
- 131.ŠNAJDROVÁ, L., 2018b. *Co děláme pro bezpečí pacientů?* [online]. [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/dnes-je-mezinarodni-den-bezpeci-pacientu/>
- 132.ŠOLCOVÁ, L., 2015. Hygienická péče o děti a dospělé. In: BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. s.108–130. ISBN 978-80-247-5333-1.
- 133.ŠPIČKOVÁ, N., 2015. *Interní audity z pohledu všeobecných sester*. Pardubice. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií.
- 134.ŠTEFAN, J. et al., 2012. Zdravotnicko – právní problematika. In: ŠTEFAN, J. et al., 2012. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha: Grada. s. 371–398. ISBN 978-80-247-3594-8.
- 135.ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
- 136.TĚŠITELOVÁ, V. et al., 2018. *Jak implementovat nařízení Evropského parlamentu a RADY 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) do resortu zdravotnictví*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. 114 s. ISBN neuvedeno.

137. The Joint Commission, 2015. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Patient Safety Systems Chapter*. [online]. [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: http://www.mitsstools.org/uploads/3/7/7/6/3776466/psc_for_web.pdf
138. TOMAGOVÁ, M., 2018. Ošetrovatelský proces. In: PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetrovatelství I. 2. přepracované a doplněné vyd.* Praha: Grada. s. 106-129. ISBN 978-80-21-2326-1.
139. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
140. TÓTHOVÁ, V., 2014. Zhodnocení zdravotního stavu pacienta - 1. fáze ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 2. aktualizované vyd.* Praha: Triton. s. 37-61. ISBN 978-80-7387-785-9.
141. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO. 185 s. ISBN-13: 978-80-7013-553-2.
142. ÚZIS ČR, 2018. *Klinické doporučené postupy*. [online]. ÚZIS. [cit. 2019-12-04]. Dostupné z: <https://kdp.uzis.cz/index.php?pg=o-projektu>
143. VÁCHAL, J. et al., 2013. *Podnikové řízení*. Praha: Grada. 681 s. ISBN 978-80-247-4642-5.
144. VÁLKOVÁ, M., 2015. *Hodnocení kvality a poskytovaných služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělání ve zdravotnictví. 78 s. CZ.1.04/1.1.00/D3.00004.
145. Vedení ošetrovatelské dokumentace, (interní směrnice). Český Krumlov: Nemocnice Český Krumlov, a.s. 81 s.
146. Vedení zdravotnické dokumentace, (interní směrnice). Český Krumlov: Nemocnice Český Krumlov, a.s. 21 s.
147. Věstník MZ č. 16/2015. *Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb*. [online]. MZČR. [cit. 2019-07-15]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html
148. Věstník MZ č. 8/2012. *Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. [online]. MZČR. [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html

- 149.VIANA et al., 2016. Implementation of Concurrent Nursing Audit: An Experience Report. *Experiment Reports*. 25(1), e3250014, doi:10.1590/0104-070720160003250014.
- 150.VOCHOZKA et al., 2012. *Podniková ekonomika*. Praha: Grada. 576 s. ISBN 978-80-247-4372-1.
- 151.VONDRÁČEK, J., 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
- 152.VONDRÁČEK, L., VONRÁČEK, J., 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. 68 s. ISBN 978-80-247-6084-1.
- 153.VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: Příručka pro praxi*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
- 154.VORLEY, G., 2008. *Mini Guide to Root Cause Analysis*. Guildford Surrey: *Quality Management and Training*. [online]. [cit. 2019-11-28]. Dostupné z: <http://www.root-cause-analysis.co.uk/images/Green%20RCA%20mini%20guide%20v5%20small.pdf>
- 155.Vyhláška 262/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, 2016. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 101, s. 3932. ISSN 1211-1244.
- 156.Vyhláška č. 137/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2018. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 71, s. 1770-1775. ISSN 1211-1244.
- 157.VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
- 158.WESKE, U. et al., 2018. Using regulatory enforcement theory to explain compliance with quality and patient safety regulations: the case of internal audits. *BMC Health Services Research*. 18(62), doi: 10.1186/s12913-018-2865-8.
- 159.WHO, © 2020a. *Patient safety*. [online]. WHO. [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/patientsafety/about/en/>
- 160.WHO, © 2020b. *Patient Safety Solutions*. [online]. WHO. [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://www.who.int/patientsafety/topics/solutions/en/>
- 161.WHO, 2006. *London Declaration*. [online]. [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/London_Declaration_EN.pdf

- 162.WHO, 2011. *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*. Switzerland: WHO. p. 272. ISBN 978-92-4-150195-8.
- 163.WORKMAN, B., 2006. Podávání léků. In: WORKMAN, B., BENNETT, C., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. s. 81-110. ISBN 80-247-1714-X.
- 164.World Health Organization in the European Region, 1996. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. [online]. WHO. [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>
- 165.Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.
- 166.ZÁMOSTNÁ, B., 2009. *Komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace ve zdravotnickém zařízení*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
- 167.ZÁVADSKÝ, J., 2005. *Systémové pojednání o procesním řízení*. Praha: Alfa. 77 s. ISBN 80-86851-15-X.
- 168.ŽIAKOVÁ, K. et al., 2009. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Osveta. 218 s. ISBN 978-80-8063-315-8.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Kontrolní list

Příloha 2 Seznam otázek k rozhovoru s auditory

Příloha 3 Seznam otázek k rozhovoru se sestrami

9 SEZNAM ZKRATEK

ALPHA	Agenda for Leadership in Programs in Health Accreditation
BTK	Bezpečnostně technické kontroly
ČSN EN	Česká technická norma, která zavádí do soustavy českých norem evropskou normu
ČSN ISO	Česká technická norma, která zavádí do soustavy českých norem mezinárodní normu ISO
DySSSy	Dynamic Standard Setting System, Dynamický systém sestavování standardů
EFQM	European Foundation for Quality Management
EU	Evropská unie
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis, Analýza možnosti vzniku vad a jejich následků
GDPR	General Data Protection Regulation, Ochrana osobních údajů
ICN	International Council of Nurses, Mezinárodní rada sester
ISO	International Organization for Standardization, Mezinárodní organizace pro standardizaci
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
JCI/JCIA	Joint Commission International Accreditation
MBNQA	Malcolm Baldrige National Quality Award
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
RCA	Root Cause Analysis, Analýza kořenových/skutečných příčin události
RPN	Risk Priority Number
PŽK	Periferní žilní katetr
SAK	Spojená akreditační komise, o.p.s.
TT	Tělesná teplota
USA	United States of America, Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

Příloha 1 Kontrolní list

Délka hospitalizace/ stanice				
Dokumentace – č. chorobopisu				
1. Je každý list označen identifikačním štítkem pacienta?				
2. Je záznam označen datem, identifikačním razítkem a podpisem sestry, která záznam provedla?				
3. Jsou veškeré záznamy sester čitelné?				
4. Jsou opravy prováděné dle platného interního předpisu?				
5. Obsahuje dokumentace pouze standardizované zkratky?				
6. Je ošetrovatelská anamnéza komplexně vyplněna do 24h od přijetí pacienta na oddělení?				
7. Je zhodnocení soběstačnosti pacienta provedeno do 24h od přijetí na oddělení a následně přehodnoceno v intervalech dle platného interního předpisu?				
8. Je zhodnocení rizika vzniku dekubitu pacienta provedeno do 24h od přijetí na oddělení a následně přehodnoceno v intervalech dle platného interního předpisu?				
9. Je zhodnocení rizika pádu pacienta provedeno do 24h od přijetí na oddělení a následně postupováno dle platného interního předpisu?				
10. Je zhodnocení nutriční stav pacienta do 24h od přijetí na oddělení a následně přehodnoceno v intervalech dle platného interního předpisu?				
11. Je zhodnocena bolest pacienta do 24h při přijetí na oddělení a následně přehodnocena v intervalech dle platného interního předpisu?				
12. Je z edukačního záznamu jasné, ve které oblasti byl pacient edukován a kým byla edukace provedena?				
13. Je v dokumentaci zaznamenána edukace o riziku pádu a následně je zaznamenána reedukace dle platného interního předpisu?				
14. Obsahuje edukační záznam edukaci o invazivním vstupu?				
15. Jsou stanoveny ošetrovatelské problémy do 24h od přijetí pacienta na oddělení, aktualizovány a následně ukončeny dle platného interního předpisu?				
16. Je zaznamenán v dokumentaci den zavedení invazivního vstupu?				
17. Jsou záznamy v ošetrovatelské dokumentaci v souladu se záznamy lékaře?				
18. Jsou navrženy mechanismy k minimalizaci pádu?				
19. Obsahuje dokumentace záznam o hmotnosti, tělesné teplotě a stolici v intervalech dle platného vnitřního předpisu?				
20. Obsahuje dokumentace zhodnocení dekubitu či rány při každém provedení převazu sestrou a druh použitého materiálu?				
21. Je v dokumentaci zaznamenán čas podání infuze?				
22. Je v dokumentaci zaznamenán čas podání léčivého přípravku v případě, že byl ordinován dle potřeby?				
23. Je zaznamenán v dokumentaci důvod, proč sestra nepodala léčivý přípravek?				
24. Byla navržena opatření k prevenci opakované nežádoucí události?				
25. Byla provedena analýza nežádoucí události vedoucím pracovníkem?				
26. Je ošetrovatelská překladová zpráva komplexně vyplněna?				
27. Je ošetrovatelská překladová zpráva sepsána v souladu s informacemi z ošetrovatelské dokumentace?				
28. Je založen originál ošetrovatelské překladové zprávy v dokumentaci pacienta?				

Hodnocení kritérií splněno 3, částečně splněno 2, nesplněno 1, nehodnoceno 9 **Zdroj: vlastní výzkum**

Příloha 2 Seznam otázek k rozhovoru s auditory

1. Co je cílem interních ošetrovatelských auditů?
2. V jakých oblastech ošetrovatelské péče interní audity probíhají?
3. Kdo rozhoduje o plánu (předmětu a frekvenci) interních ošetrovatelských auditů?
4. Jak často interní ošetrovatelské audity na odděleních probíhají?
5. Jakým školením interních auditorů jste prošla?
6. V čem vidíte výhody interního auditu?
7. V čem vidíte nevýhody interního auditu?
8. Kdo a na kterých pracovištích vykonává interní ošetrovatelské audity?
9. Jakým způsobem probíhá interní audit na ošetrovatelské jednotce?
10. Jakým způsobem jsou prováděny interní audity ošetrovatelské dokumentace?
11. Jakým způsobem jsou vyhodnocovány interní audity?
12. Jaké nejčastější nedostatky jsou identifikovány při auditu ošetrovatelské dokumentace?
13. Jaká nejčastější nedostatky jsou zjištěny při auditu na ošetrovatelské jednotce?
14. Kdo stanovuje nápravná opatření na základě výsledků interních auditů? Uveďte konkrétní případ navržených nápravných opatření.
15. Jakým způsobem probíhá kontrola implementace navržených nápravných doporučení do praxe?
16. Jak lépe navržená nápravná opatření prosazovat a zavádět do ošetrovatelské praxe?
17. Jak jsou sestry informovány o výsledcích interních auditů? Jaké jsou jejich reakce na tato sdělení?
18. Jakým způsobem jsou závěry interních auditů využívány ke zvyšování kvality a bezpečí?
19. Co by dle Vašeho názoru mohlo vést ke zlepšení systému interních auditů?
20. Jaké zkušenosti máte se spoluprací sester při interních auditech?

Příloha 3 Seznam otázek k rozhovoru se sestrami

1. Jaký význam (smysl) má dle Vašeho názoru interní ošetřovatelský audit?
2. V jakých oblastech ošetřovatelské péče interní audity na Vašem oddělení probíhají?
3. Jak často interní ošetřovatelské audity na Vašem oddělení probíhají?
4. V čem vidíte výhody interního auditu?
5. V čem vidíte nevýhody interního auditu?
6. Jak probíhá Vaše příprava na ohlášený interní ošetřovatelský audit?
7. Jaký máte názor na neohlášený interní ošetřovatelský audit?
8. Kdo na Vašem pracovišti vykonává interní ošetřovatelské audity?
9. Jakým způsobem probíhá interní audit na ošetřovatelské jednotce?
10. Jakým způsobem jsou prováděny interní audity ošetřovatelské dokumentace?
11. Jakým způsobem jsou vyhodnocovány interní audity?
12. Jaké nejčastější nedostatky jsou identifikovány při auditu ošetřovatelské dokumentace?
13. Jaká nejčastější nedostatky jsou zjištěny při auditu na ošetřovatelské jednotce?
14. Kdo stanovuje nápravná opatření na základě výsledků auditů? Uveďte konkrétní případ navržených nápravných opatření, které vedly ke změnám v ošetřovatelské praxi.
15. Jak jste informována o výsledcích interních auditů?
16. Jakým způsobem jsou závěry interních auditů využívány ke zvyšování kvality a bezpečí péče?
17. Jakým způsobem lze dle Vašeho názoru zlepšit systém interních ošetřovatelských auditů?