

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2008

Veronika Šimková

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Přípravenost vybrané nemocnice k akreditaci

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Ing. Iva Brabcová, R. N.

Autor:

Veronika Šimková

5. 5. 2008

Preparedness of selected hospital to accreditation

Abstract

Accreditation is an adjustment mechanism which should reduce variations in medical care provided by health care facilities. At present there are only twenty-one hospitals accredited by state. This accreditation guarantees that the medical care of the institution meets state standards.

The aim of this work was to find out how much the hospital in Nové Město na Moravě is prepared to be accredited.

There were three hypotheses stated: H1: The hospital meets accreditation standard No 10 "A written plan of a nurse care is prepared for all patients at the beginning of their hospitalisation", H2: the hospital meets accreditation standard No 19 "The hospital has created nurse care standards for all patients" and H3: The hospital does not meet accreditation standards.

The theme was analysed on the basis of professional literature. Quantitative research methods such as questionnaires and an analysis of internal materials were used. Sixty questionnaires were distributed to the hospital nurses chosen at random. The rate of return achieved 80%. In this field the aim was accomplished.

The hospital does not meet all standards so it cannot be accredited. It has, however, all preconditions to supplement the standards in near future. This work should help the hospital to assess its preparatory work for accreditation. I hope it will help other health care facilities and private people in their work concerned with accreditation.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Připravenost vybrané nemocnice k akreditaci“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5.5.2008

.....

Veronika Šimková

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Ivě Brabcové, R. N. za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování bakalářské práce. Děkuji také vedení a zaměstnancům nemocnice v Novém Městě na Moravě za ochotu a vstřícnost při provádění mé výzkumné práce.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Akreditace	5
1.1.1 Historie akreditací ve světě	5
1.1.2 Význam akreditace	6
1.1.2.1 Současný stav akreditovaných nemocnic v České republice	6
1.1.3 Výhody akreditace	7
1.1.4 Spojená akreditační komise	8
1.1.5 Akreditační šetření a proces	9
1.2 Akreditační šetření	9
1.2.1 Průvodce šetřením	9
1.2.2 Postup při akreditačním šetření	10
1.3 Národní akreditační standardy.....	14
1.3.1 Oblast standardů kvality.....	15
1.3.2 Oblast standardů diagnostických postupů.....	15
1.3.3 Oblast standardů péče o pacienty.....	17
1.3.4 Oblast standardů kontinuity zdravotní péče.....	19
1.3.5 Oblast standardů dodržování práv pacientů.....	19
1.3.6 Oblast standardů podmínek poskytované péče.....	20
1.3.7 Oblast standardů managementu.....	20
1.3.8 Oblast standardů péče o zaměstnance.....	21
1.3.9 Oblast standardů pro sběr a zpracování informací.....	22
1.3.10 Oblast standardů protiepidemických opatření.....	23
1.4 Výsledek akreditačního šetření.....	23
1.5 Prevence rizik	24
1.6 Nemocnice Nové Město na Moravě	25
1.6.1 Historie nemocnice	25
1.6.2 Současnost nemocnice.....	26
2. Cíl práce a hypotézy	27
2.1 Cíl práce	27

2.2 Hypotézy práce	27
3. Metodika	28
3.1 Metody a techniky sběru dat.....	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	28
4. Výsledky	29
4.1 Vyhodnocení identifikačních údajů.....	29
4.2 Vyhodnocení akreditačních standardů.....	31
5. Interpretace a diskuze	96
6. Závěr	103
7. Seznam použitých zdrojů	105
8. Klíčová slova	108
9. Seznam příloh	109

Úvod

Motto: *„Smyslem akreditací není pouhá snaha získat kulaté razítko na akreditačním certifikátu. Opravdovým smyslem akreditací je udělat si „jarní úklid“ ve svém vlastním zařízení.“* (Petr Škrla)

Téma akreditace nemocnice jsem si vybrala, protože mě zajímá management jako takový a toto téma spojuje management a zdravotnictví. Nemocnice, kterou jsem si vybrala, tedy nemocnice v Novém Městě na Moravě, se chystá na přijetí akreditace v prosinci roku 2008, a proto bych byla velice ráda, kdyby moje práce jakýmkoliv způsobem pomohla této nemocnici akreditaci získat. Věřím, že poslouží nejen vybrané nemocnici, ale i jiným nemocnicím, které o akreditaci uvažují. Myslím si, že téma akreditace je ve zdravotnictví novější pojem a především řadové sestry a personál nemocnic o tomto tématu moc informací nemá. Byla bych velice ráda, kdyby tato má práce pomohla i těmto zdravotníkům proniknout do zákulisí tohoto tématu, osvojit si některé informace a pochopit význam akreditace, jak pro pacienty, o které se starají, tak především pro ně samotné.

Touto prací bych chtěla zjistit stav kvality ošetrovatelské péče, dodržování standardů, a zda je vybraná nemocnice připravena získat akreditaci.

Akreditace je mechanismus, který má pomoci snížit variabilitu mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Akreditační řízení začíná v době, kdy se zdravotnické zařízení rozhodne sladit své aktivity s požadavky akreditačních standardů a v případě úspěšnosti tento proces končí získáním akreditačního certifikátu.

V současné době je v České republice pouze dvacet jedna nemocnic, které mají akreditaci. Tato akreditace zajišťuje kvalitní ošetrovatelskou péči o pacienta dané nemocnice. Je to dáno tím, že nemocnice, která obdrží akreditaci má splněné všechny podmínky pro získání akreditace a tato ustanovení jsou pravidelně kontrolována. Se zvyšujícími se nároky na péči o pacienta mají nemocnice zájem na tom, aby i ony akreditaci obdržely. Akreditace zajišťuje kvalitní péči pro pacienta, větší spokojenost pacienta,

zvýšenou prestiž nemocnice a také více financí pro danou nemocnici. Je mnoho nemocnic, které se chystají přijmout akreditaci, a proto se připravují na splnění podmínek. Jsou však nemocnice, které o akreditaci neuvažují, neboť kladené podmínky mohou být pro některé nemocnice dosti obtížné.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit připravenost vybrané nemocnice k akreditaci. Vybranou nemocnicí je Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o. Níže získané výsledky budou poskytnuty vybrané nemocnici jako pomůcka pro zhodnocení stavu příprav na akreditaci.

1. Současný stav

1.1 Akreditace

Pojem „akreditace“ je odvozen od latinského slova „credere“ = důvěřovat. Volně přeloženo tedy akreditace znamená „důvěryhodné prokázání způsobilosti“ (20).

Akreditace je schválení organizace úřední revizní komisí poté, co splnila specifické požadavky standardů (5).

Dle české instituce pro akreditaci je to oficiální uznání že subjekt akreditace je způsobilý provádět posuzování, tj. certifikaci systémů jakosti ve shodě s akreditačními požadavky norem EN řady 45 000. Subjekt je oprávněn k hodnocení někoho jiného a posuzovat ho (12).

1.1.1 Historie akreditací ve světě

Historie je úzce spojena se snahou zajistit kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče, a to v době, kdy se začalo zaměřovat více na kontrolu nákladů nežli na kvalitu péče. V jednotlivých zemích se akreditace rozvíjela různou rychlostí a různým způsobem. Nedostatek standardů a kontroly způsobilý závažnou variabilitu v kvalitě služeb.

Poté vznikla v USA JCAHO “Joint commission on accreditation of health care organisations”, která v roce 1976 vytvořila první ucelený soubor standardů a určila počet povinných lékařských a ošetrovatelských auditů za rok.

V Česku si již v roce 1989 zdravotnictví uvědomilo značných rozdílů v oblasti fyzického stavu nemocnic a technického vybavení mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Velké rozdíly byly také v oblasti personálního obsazení a ve způsobu poskytované léčebné a ošetrovatelské péče.

V roce 1994 byl pracovní skupinou při Ministerstvu zdravotnictví iniciován projekt „Akreditace nemocnic“. Zkušenosti byly přijaty z modelu amerického.

V roce 1998 byl projekt ukončen vytvořením Spojené akreditační komise ČR (dále jen SAK – ČR). Ve stejném roce byly popsány akreditační standardy a metodika. První nemocnice byla v České republice akreditována v roce 1999 (20).

1.1.2 Význam akreditace

Akreditace je mechanismus, který má pomoci snížit variabilitu mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Akreditační řízení začíná v době, kdy se zdravotnické zařízení rozhodne sladit své aktivity s požadavky akreditačních standardů a v případě úspěšnosti tento proces končí získáním akreditačního certifikátu.

Stejně jako v Evropě je i v České republice akreditace dobrovolná. Málokterá nemocnice si však může dovolit ji ignorovat. Nezískat akreditační certifikát by mohlo pro zdravotnické zařízení znamenat nejen ztrátu důvěry pacientů, ale také eventuální ztrátu trhu a schopnosti obstát v konkurenčním boji o udržení existence. Do přípravy na získání akreditace patří uvedení svých vlastních standardů, směrnic a praxe do souladu s akreditačními standardy. Informace o kvalitě provozu zdravotnického zařízení získá akreditační tým auditem zdravotnické dokumentace, inspekcí jednotlivých oddělení a pohovorem se zaměstnanci a pacienty. Inspekce trvá 2–3 dny a akreditační vysvědčení uděluje na období 2–3 let.

V České republice jde o dobrovolné rozhodnutí managementu. Zatím se týká jen lůžkových zařízení. O národní akreditaci se ucházejí desítky českých nemocnic a o mezinárodní akreditaci usilují velké pražské nemocnice. Tyto výsledky nemocnice nemusí zveřejnit (20).

1.1.2.1 Současný stav akreditovaných nemocnic v České republice

V současné době je v České republice pouze dvacet jedna nemocnic, které mají akreditaci národní a tři nemocnice obdrželi akreditaci mezinárodní. Tato akreditace zajišťuje kvalitní ošetrovatelskou péči o pacienta dané nemocnice (1, 20).

Je to dáno tím, že nemocnice, která obdrží akreditaci má splněné všechny podmínky pro získání akreditace a tato ustanovení jsou pravidelně kontrolována. Se zvyšujícími se nároky na péči o pacienta mají nemocnice zájem na tom, aby i ony akreditaci obdržely. Akreditace zajišťuje kvalitní péči pro pacienta, větší spokojenost pacienta, zvýšenou prestiž nemocnice a také více financí pro danou nemocnici. Je mnoho nemocnic, které se chystají přijmout akreditaci, a proto se připravují na splnění podmínek. Jsou však nemocnice, které o akreditaci neuvažují, neboť kladené podmínky mohou být pro některé nemocnice dosti obtížné (20).

1.1.3 Výhody akreditace

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

Pro pacienty je akreditace určitou zárukou, že zdravotnické zařízení splňuje nebo překračuje základní požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytované péče. Při návštěvě jiného akreditovaného zdravotnického zařízení pak pacient očekává podobné léčebné metody, přístupy a výsledky, na které je zvyklý z akreditovaného pracoviště.

Zdravotní pojišťovna má v akreditaci záruku, že finanční prostředky, investované do zdravotnického zařízení, které má akreditaci, jsou vyplácené za služby, jež mají měřitelný a prokazatelný standard. V řadě zemí je akreditace podmínkou k uzavření smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou.

Pro obec může akreditace znamenat, že zdravotnické zařízení poskytuje záruku vysoce kvalitní zdravotní péče jejím občanům.

A nakonec i zdravotní sestry mohou od akreditace očekávat zlepšení kvality ošetrovatelské péče a ošetrovatelské dokumentace na všech odděleních. Usnadnění by mělo být ve snížení variability v pracovních a ošetrovatelských procesech a ve zdravotnické dokumentaci. Má také sloužit k budování organizační kultury, v níž existuje dimenze osobní odpovědnosti za kvalitu a efektivitu práce. Pomocí by měla k lepší image zdravotnického zařízení i zdravotníků z pohledu veřejnosti. A v neposlední řadě by měla akreditace vést ke snížení pohybu sester ve zdravotnických zařízeních, nebo jejich odchod z nich (20).

1.1.4 Spojená akreditační komise České republiky

Spojená akreditační komise České republiky (dále jen SAK ČR) vznikla kolem roku 1997 jako zájmové sdružení právnických osob. Stanovené standardy členěné do deseti oblastí byly vydány jako metodický pokyn ministerstva zdravotnictví. Jednotlivé položky standardů jsou mezi sebou provázány. Osvědčení vydané touto komisí platí pro oblast zdravotnictví České republiky. Toto osvědčení, ale není zakotvené v žádné právní normě.

Cena za akreditaci je za jednotlivá oddělení a je stejně vysoká jako cena za evropský uznávaný certifikát (12).

Mezi hlavní prostředky pro naplňování poslání Sak ČR patří vydávání národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně metodiky. Pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, poradenství při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení. Dále provádí poradenskou činnost a akreditaci nanečisto. Organizuje regionální i celostátní vzdělávací akce zaměřené na problematiku kvality zdravotní péče a bezpečí pacientů. Vydává publikace zaměřené na zvyšování kvality péče o pacienty. Spolupracuje s ostatními organizacemi v ČR, které se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví. Podílí na mezinárodní spolupráci v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče a zajištění bezpečí pro pacienty. Vytvoří vlastní systém vzdělávání konzultantů a inspektorů akreditačního procesu (24).

1.1.5 Akreditační šetření a proces

Význam akreditačního procesu je za prvé reálný příspěvek k vytváření podmínek pro zavedení programu soustavného zlepšování kvality ve zdravotnictví. Dále zavedení průkazně ověřených doporučení a postupů a standardu do poskytování zdravotnických služeb. Jejím cílem je sblížení nežádoucích a nepodložených variabilit mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče. A poskytnutí formálních informací a záruky pro pacienty a plátce, že dotyčná zdravotnická instituce splňuje předepsané a očekávané požadavky na kvalitu a bezpečnost, že prostředky vložené do služeb, které mají ověřenou úroveň kvality, účelnost a bezpečnost (4).

1.2 Akreditační šetření

1.2.1 Průvodce šetřením

Tři měsíce před plánovaným termínem akreditačního šetření podá zdravotnické zařízení přihlášku k akreditačnímu šetření, kterou zašle Spojené akreditační komisi. V rámci dojednávání přesného termínu sdělí Sekretariát SAK zdravotnickému zařízení jména inspektorů, většinou jsou to tři osoby – jeden lékař, jedna zdravotní sestra a jeden administrátor, kteří dané zařízení navštíví. Pokud by zařízení s nominací některého z inspektorů nesouhlasilo, zajistí jeho/její výměnu sekretariát.

Dle velikosti nemocnice určí vedoucí týmu inspektorů délku šetření a zašle zařízení časový harmonogram. Přitom čerpá z podkladů, které na vyzvání sekretariátu SAK zašle nemocnice. Je to organizační a provozní řád, spektrum činnosti, případně vnitřní předpisy související s plněním standardů SAK. Sekretariát SAK ve spolupráci s vedením zdravotnického zařízení pro inspektory zajistí ubytování a způsob stravování. Inspektoři nesmějí od zdravotnického zařízení přijímat žádné dary ani bezplatné služby jako například pozvání na večeři.

Po celou dobu akreditačního šetření zajistí nemocnice pro inspektory jednu uzamykatelnou místnost vybavenou počítačem s připojením na internet a s telefonem a k dispozici kontakty na vedoucí pracovníky. Je vhodné dle

místních podmínek buď do této místnosti, nebo do místnosti bezprostředně sousedící připravit podkladové materiály k jednotlivým standardům. K rychlejšímu postupu při dokládání naplnění jednotlivých standardů je vhodné připravit ke každému z akreditačních standardů veškerou související dokumentaci (17, 13).

1.2.2 Postup při akreditačním šetření

První částí akreditačního šetření je úvodní pohovor s vedením zdravotnického zařízení. Účelem je pohovor s vedením nemocnice je prováděn formou krátké schůzky se všemi inspektory a cílem je zhodnotit komunikaci mezi vedoucími pracovníky nemocnice a způsoby, jakými řeší záležitosti týkající se výkonu nemocnice. Místo je dle uvážení vedení nemocnice. Zástupci nemocnice účastníci se šetření jsou ředitel nemocnice, náměstek pro zdravotní péči, hlavní sestra (resp. náměstek/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči), správce zařízení (resp. náměstek odpovídající za provoz zařízení), pracovník odpovědný za koordinaci zlepšování kvality, další zástupci vedení dle uvážení zařízení.

Posuzován je způsob správy a řízení daného zařízení. Hodnocenými standardy jsou všechny kapitoly, zejména pak Standardy kvality, managementu, péče o zaměstnance, podmínek poskytované péče a dodržování práv pacientů. V rámci přípravy na pohovor s vedením nemocnice se inspektoři seznamují s následujícími dokumenty, které zasílá zařízení SAK předem: organizační schéma a organizační řád, provozní řád a plán řízení kvality.

Na úvod pohovoru vedoucí týmu projde s vedením nemocnice program akreditačního šetření a provede případné změny.

Upozorní vedení nemocnice na případné změny v průběhu šetření na základě přání kteréhokoli z inspektorů, většinou s cílem ověřit plnění standardů v případě, že vzniknou pochybnosti o jejich konzistentním plnění v rámci nemocnice.

Inspektoři dále kladou otázky týkající se aktivit vedení a učiněných rozhodnutí. Odpovídat mají všichni zúčastnění. Inspektoři budou hodnotit

plnění některých standardů z kapitoly Standardy managementu a Standardy kvality a některých dalších standardů. Během pohovoru určí s vedením nemocnice oblasti, jimž se budou věnovat v pozdějších fázích inspekce. Zde pracují inspektoři samostatně, ale je vhodné, aby byl přítomen alespoň jeden pracovník koordinující oblast kontinuálního zvyšování kvality v zařízení. Další vedoucí pracovníci by měli být snadno dostupní telefonicky pro případné vyjasnění některých bodů vnitřních předpisů.

Potřebné dokumentace jsou platné vnitřní předpisy (směrnice, příkazy, plány apod.) a to buď v tištěné, nebo v elektronické podobě. Inspektoři si vyberou k detailnímu studiu zpracované vnitřní předpisy – obvykle dle svého zařazení v týmu. Mohou též použít obrácený postup – tedy hledat k jednotlivým standardům nebo indikátorům zpracované vnitřní předpisy nebo jejich části. Pro tuto část šetření je stěžejní důkladná příprava. Tedy dobře zpracované vnitřní předpisy a důkladná znalost toho, které předpisy oblast jednotlivých standardů řeší.

Druhou částí je kontrola vnitřních předpisů. V této části šetření se inspektoři seznamují s vypracovanými vnitřními předpisy daného zařízení tak, aby při vlastní kontrole provozu mohli posuzovat soulad činnosti pracovníků zařízení s těmito předpisy. Také posuzují soulad vypracovaných vnitřních předpisů s aktuálně platnou legislativou a podzákonnými normami. Šetření obvykle probíhá v místnosti inspektorů nebo v místnosti, kde jsou připraveny podklady k jednotlivým standardům.

Třetí částí je kontrola zdravotnické dokumentace. Zde je účelem kontrola zdravotnické dokumentace, zda její obsah odpovídá požadavkům, a nácvik kontrolního postupu, který by měla nemocnice v budoucnu používat. Kontrola probíhá v místnosti pro inspektory.

Čtvrtou částí je kontrola osobních spisů. Cílem této kontroly je zhodnotit postupy daného zařízení užívané při zapracování zaměstnanců a při stanovení odborných kompetencí i hodnocení pracovníků. Dále se zaměřuje na způsob vedení personální agendy zejména s ohledem na jasné stanovení a kontrolu odborných kompetencí pracovníků pečujících o pacienty. Šetření probíhá v místnosti dle rozhodnutí vedení nemocnice.

Pátou částí je prohlídka areálu zařízení. Prohlídka se provádí za účelem posouzení, zda nemocnice plní standardy i národní legislativu, která se týká stavu budovy či budov, kde je zařízení umístěno, zvláště těch, ve kterých probíhá péče o pacienty. Zdravotnické technologie. Bezpečí pacientů, personálu a návštěvníků nemocnice a prevence nemocničních nákaz. Kontrola probíhá v inspektorem vybraných místech nemocnice jako jsou lůžková a ambulantní oddělení a další oblasti jako centrální příjem, kuchyně, lékárny, centrální sterilizace, sklady, prostory odpadového hospodářství, prádelny a elektrocentrály. Inspektor se zaměřuje na to, zda jsou chodby a cesty vedoucí k východům označené a volné pro bezpečné opuštění budovy v případě nutnosti. Šestou částí návštěva lůžkového oddělení. Účelem této kontroly je zhodnocení účinnosti stanovených postupů při péči o pacienty na různých odděleních nemocnice. Místem kontroly je oddělení nebo klinika.

Účastníky šetření jsou vedoucí pracovníci posuzovaného oddělení a ostatní osoby odpovědné za péči o pacienty na daném oddělení. Z podkladů potřebných pro kontrolu je zdravotnická dokumentace pacientů aktuálně hospitalizovaných na daném oddělení.

Návštěva lůžkových oddělení zahrnuje informace o organizaci práce na oddělení a spektru jeho činnosti podaná vedoucími pracovníky oddělení, fyzickou prohlídku oddělení, setkání s lékaři a ošetrovatelským personálem a kontrolu dokumentace.

Dále je to diskuse o účasti zaměstnanců v procesu řízení kvality, monitoringu kvality, procesu trvalého zvyšování kvality a zajištění bezpečnosti pro pacienty. Inspektoři by na úvod návštěvy měli vysvětlit její účel a požádají primáře o podání stručné informace o oddělení. Přípravou je, že vedoucí pracovníci jednotlivých oddělení se musí seznámit s příslušnými standardy. Přísně by měli posoudit, do jaké míry pracoviště, jeho vybavení a postupy užívané při péči o pacienty standardům vyhovují. Zaměstnanci by měli být vyškoleni v postupech vyžadovaných standardy a měli by vědět, co mohou při inspekci očekávat. Dobré je provádět „pseudoakreditace“, aby zaměstnanci věděli, jaké otázky mohou při inspekci očekávat.

Sedmou částí akreditačního šetření je návštěva ambulancí. Zde hodnotí akreditační komise postupy péče o pacienta v rámci ambulantního pracoviště. Místem kontroly je ambulantní oddělení dané nemocnice. Návštěva ambulantních oddělení zahrnuje prohlídku pracoviště, setkání s personálem a kontrola zdravotnické dokumentace. Další součástí je diskuse o účasti personálu v rámci kontroly a zlepšování kvality a v aktivitách směřujících k bezpečí pacientů a krátký rozhovor s některým z pacientů či některým z jeho blízkých, jeli to možné.

Osmou částí je návštěva oddělení laboratorního komplementu. V tomto bodě je účelem návštěvy zhodnotit činnosti oddělení laboratorního komplementu zdravotnického zařízení. Šetření probíhá na oddělení laboratorního komplementu.

Devátou částí je návštěva lékárny. Účelem návštěvy lékárny je zhodnotit postup při skladování a expedici léků, postupy při přípravě léčiv, včetně chemoterapeutik a parenterální a enterální výživy, je-li prováděna, přístup k informacím o léčivech a jejich přípravě, postup při používání bezplatných vzorků léků, postup při zajišťování vzácnějších léků.

Desátou částí je návštěva radiologického pracoviště eventuelně dalších pracovišť zobrazovacích metod. Zde je účelem posoudit činnost RDG pracoviště eventuelně dalších pracovišť zobrazovacích metod. Místem kontroly je příslušné pracoviště.

A jedenáctou částí akreditačního šetření je výstupní konference s vedením zařízení. Na této konferenci je účelem informovat vedení nemocnice o skutečnostech nalezených během inspekce a vyjasnit případné interpretační problémy, které mohly během inspekce nastat. Zástupci nemocnice, kteří se účastní šetření jsou ředitel nemocnice, náměstek pro zdravotní péči, hlavní sestra, další pracovníci dle výběru vedení nemocnice. Z inspektorů se účastní celý tým. Projednávané záležitosti jsou nálezy inspekce. Po zahájení konference inspektory, jsou probrány následující záležitosti: účel konference, souhrn nálezů týkajících se dodržování standardů SAK, diskuse o těch nálezech týkajících se dodržování standardů, u nichž se vyskytnou nějaké otázky či rozdíly názorů, obsah zprávy o provedeném šetření, případná doporučení pro zlepšení (17).

1.3 Národní akreditační standardy

V červnu roku 2005 byly Spojenou akreditační komisí stanoveny dané standardy, které musí splňovat daná nemocnice, proto aby získala akreditaci. Standardů je celkem padesát (viz příloha číslo 2) a v oblasti standardu číslo sedm a čtrnáct mají ještě svoje podstandardy a standard číslo osmnáct má sedm podstandardů. Tyto oblasti jsou situovány do deseti oblastí. Dále jsou rozděleny do dvou kategorií. Standardy druhé kategorie jsou standardy číslo 13, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 40, 41, 43 a 48. Standardy první kategorie jsou všechny ostatní. Pro udělení akreditace musí zdravotnické zařízení splnit až čtyři standardy z druhé kategorie částečně, žádný nesmí být nesplněn a standardy z první kategorie musí být splněny všechny zcela (15).

1.3.1 Oblast standardů kvality

V této oblasti je standard zaměřující se na projekt zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a naplňování potřeb zdravotní péče.

V rámci programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb je dobré přijmout cyklus založený na principech kontinuálního zvyšování kvality. Je nutné určovat priority ve výběru procesů a postupů, jejichž kvalita bude

hodnocena pomocí indikátorů kvality. Součástí standardu jsou povinnosti a kompetence odpovědných osob za program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Nové či upravené postupy by se měli zavádět do praxe.

Další částí v této oblasti je standard, který vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických, léčebných postupů i ošetrovatelských postupů.

Tento standard určuje, že lékařská a ošetrovatelská péče je poskytována dle jasně definovaných klinických postupů. Zde může nemocnice uvést, zda klinickou péči poskytuje dle již vytvořených postupů, nebo zda si postupy vytváří sama. V tomto případě má pak vypracovanou metodiku vytváření těchto postupů a respektuje postupy odborných společností.

Poslední částí první oblasti je standard, ve kterém se sleduje spokojenost pacientů, kdy nemocnice sbírá data o spokojenosti pacientů s poskytovanou zdravotní péčí a pravidelně spokojenost vyhodnocuje. Má zaveden proces řešení stížností pacientů a jejich blízkých (15).

1.3.2 Oblast standardů diagnostických postupů

Do této oblasti je zahrnut standard, který určuje vytvoření medicínských, ošetrovatelských, psychologických a sociálních potřeb každého pacienta do 24 hod. po přijetí, v míře charakteru daného oddělení.

Další částí je standard o kompletním vyšetření pacienta. Kdy je stanoveno, že každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření (anamnéza, fyzikální nález) ošetřujícím lékařem do 24 hod. po přijetí.

Následující částí je standard, ve kterém je určen obsah a rozsah anamnézy a klinického vyšetření včetně formální úpravy zdravotnické dokumentace pro všechny obory. Základem tohoto standardu je vnitřní předpis, který upravuje vedení zdravotnické dokumentace.

Pokračujícím bodem je standard, určující frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů. Předpis upravuje v souladu s místními podmínkami frekvenci a obsah zápisů všech profesí skupin, které o pacienta

pečují, jako jsou lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, kliničtí psychologové. Zde je také stanoveno, kdo má právo do zdravotnické dokumentace zapisovat.

Další částí této oblasti je standard o vyšetření pacienta. Náplní je, že každý pacient bude vyšetřen lékařem nejméně 1x denně se zápisem do pacientovi dokumentace.

Následující položkou druhé oblasti je standard o předání pacienta mezi sestrami. Při každé změně směny sester je předán pacient kvalifikovanou sestrou – kvalifikované sestře, současně se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Při předání pacienta na jiné oddělení je proveden záznam v ošetrovatelské dokumentaci a pacient je předán kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem – kvalifikovanému pracovníkovi. Pro účely akreditace znamená kvalifikovaná sestra a kvalifikovaný zdravotnický pracovník, takový pracovník, který má odbornou i specializovanou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka na daném pracovišti dle zákona č. 96/2004 Sb.

Ošetrovatelská dokumentace představuje všechny písemné, grafické a jiné záznamy, které provádí sestra, týkající se nejen pacientů, ale které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších činností. Je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. A je součástí zdravotnické dokumentace (23, 2).

A posledním standardem této oblasti je postup o předanestetickém vyšetření pacienta. Náplní je, že pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestézii, má předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anesthesie, resuscitace a intenzivní medicíny, v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice, oddělení (15, 9).

1.3.3 Oblast standardů péče o pacienty

Do této oblasti jako první patří standard ve kterém je vyžadováno, aby u každého přijatého pacienta byla včas stanovena pracovní diagnóza a z ní vyplývající plán diagnostických postupů (laboratorní, zobrazovací, konsiliární

vyšetření), terapeutických opatření a ošetrovatelské péče včetně režimových opatření. Plán péče se upravuje dle změn zdravotního stavu pacienta a s ohledem na průběžně získávané výsledky provedených vyšetření.

V náplni dalšího standardu je vyhotovování epikrízy (souhrnná zpráva o nemocném a jeho onemocnění). Vnitřním předpisem je dána frekvence, forma i rozsah zapisování epikríz do dokumentace pacientů. Situace se může na jednotlivých pracovištích lišit. Je zde také stanoveno, který lékař je za zápis odpovědný (22, 10, 15).

Dalším bodem této oblasti je standard o průběhu anestézie. Vnitřním předpisem je upraven postup při podávání celkové anestézie. Je zde stanoveno monitorování základních životních funkcí pacientů během anestézie.

Následující bod zahrnuje tři standardy, které určují podmínky při objednávání léčiv. Postup by měl zahrnovat i řešení neobvyklých situací. Dále metodiku pro podávání léčiv hospitalizovaným pacientům a kvalifikační požadavky na personál podávající léčiva. Jedná se o konkrétní postup při objednávání, skladování, předepisování a podávání léčiv. Stanoví, kteří lékaři jsou oprávněni ordinovat léčiva a dále, které osoby jsou oprávněny léčiva podávat pacientům a požadavky na jejich odbornost.

Dalším bodem je oblast tří standardů, které se zabývají vybavením jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy. Školením personálu k podávání léčiv a používání přístrojů a pomůcek neodkladné péče a dosažitelnosti léčiv neodkladné péče na odděleních.

V těchto standardech je dáno jaké přístroje, zdravotní prostředky a léčiva jsou bezprostředně dostupná na jednotlivých pracovištích k neodkladné KPCR. Je zde upraven rozsah a frekvence proškolení jednotlivého personálu v KPCR. A součástí je kontrola počtu balení a expirační doby jednotlivých léčiv nutných ke KPCR, kterou provádí pověřený pracovník minimálně 1 x týdně a o provedené kontrole učiní zápis.

Další oblastí jsou standardy, které se zabývají stravováním pacientů. Zahrnuje roli dietní sestry nebo nutričního terapeuta v procesu objednávání a podávání stravy pacientům včetně jejich pravomocí při zaškolování ošetrovatelského personálu. Dále upravuje postup při volbě jiné nestandardní

stravy a v případě, že pacient stravu odmítá.

Dále odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů. Zaškolení personálu a dodržování ochranných pomůcek u personálu manipulující s potravinami. Další náplní je, že jídlo, které si přinesou pacienti nebo jejich rodina je bezpečně skladováno. Jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, odpovídají dietě stanovené lékařem.

A v neposlední řadě je to sledování zdravotního stavu personálu v kuchyni. Tento standard je v souladu se zákonem číslo 258/2000 Sb. a upravuje provádění vstupních a průběžných vyšetření pracovníků podílejících se na přípravě stravy. V případě zajišťování stravy dodavatelem, má nemocnice k dispozici zprávu o vyšetření jednotlivých osob od dodavatele.

A posledním standardem této oblasti je standard o ošetrovatelské péči pro všechny kategorie pacientů. Tento standard souvisí se standardem číslo dvě. Tento standard mimo jiné vyžaduje, aby nemocnice přizpůsobila poskytování ošetrovatelské péče pro zvláštní skupiny pacientů, jako jsou děti, senioři, pacienti s fyzickým handicapem, zmatení pacienti, agresivní, nevidomí, pacienti se ztrátou sluchu nebo pacienti nehovořící česky (15).

1.3.4 Oblast standardů kontinuity zdravotní péče

V této oblasti je standard o propuštění pacienta.

Všichni propuštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní), jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány dle jednotlivých oddělení. Je zde stanoven interval na dokončení definitivní zprávy. Součástí jsou také obsahové a formální náležitosti ošetrovatelské překladové zprávy.

A poslední částí této oblasti je standard o překladu pacienta. Jsou zde uvedeny formální i neformální dohody o překladu. Je zde stanovena povinnost překlad vyjednat s přebírajícím zařízením předem. Indikace vhodného transportního prostředku lékařem. A také stanovení náležitostí překladové zprávy jak lékařské tak ošetrovatelské (15).

1.3.5 Oblast standardů dodržování práv pacientů

V této oblasti jsou standardy zaměřující se na práva pacientů. Jednou ze stěžejních oblastí kontinuálního zvyšování kvality je péče o dodržování práv pacientů. (viz příloha číslo 3)

První kodex práv pacientů vznikl v roce 1971 a formuloval jej lékárník David Anderson z Virginie (USA), o rok později přijala asociace amerických nemocnic vlastní práva nemocných. K dnešnímu dni existuje značné množství kodexů týkajících se pacientů. Většina vyspělých států přijala a vyhlásila nejprve obecnou verzi práv pacientů a pak etické kodexy specializované, týkající se určité skupiny nemocných, jejichž problémy jsou stejné nebo velmi podobné. V osmdesátých letech byli práva pacientů pokládáni za samozřejmost ve všech vyspělých státech (7).

Pokud nastane situace, která neumožňuje seznámení pacienta s jeho právy, je potřeba toto seznámení provést bez zbytečných odkladů jakmile to umožní pacientův stav.

Nemocnice zajistí zřetelné vyvěšení Kodexu práv pacientů, příp. Charty práv dětí v nemocnici na jednotlivých odděleních.

Další část této oblasti se věnuje imobilizování a omezování pacienta. To je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR.

Součástí je předpis stanovující indikaci formou ordinace, rozsah a frekvence lékařského a ošetřovatelského vyšetření pacientů před, během a po imobilizaci a jakou formou se vše zaznamenává do dokumentace pacientů (15, 6, 9).

1.3.6 Oblast standardů podmínek poskytované péče

Tato oblast zahrnuje dodržování obecně závazných předpisů, směrnic (instrukcí) a metodických listů vydaných v resortu zdravotnictví ČR (například č. 427/1992 Sb., č. 316/2000 Sb., č. 378/2007 Sb.). Jako součást naplnění tohoto standardu je dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, která je v souladu s Ústavou České republiky. Zvláště dodržování informovaného souhlasu této Úmluvy (15, 18).

Pokud některé pracoviště nesplňuje stavební nebo hygienické předpisy, předloží nemocnice při akreditaci seznam nedostatků a plán nápravy. Nelze

akceptovat nedostatky bezprostředně ohrožující pacienty, pracovníky nebo brání provozu zařízení.

Další náplní této oblasti je kontrola a dodržování stavu protipožární ochrany v souladu s příslušným zákonem. Personál organizace je seznámen s požárním, havarijním a evakuačním řádem a tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány.

Součástí této oblasti je také povinnost mít pro nemocnici náhradní elektrický zdroj minimálně pro operační sály a jednotky intenzivní péče. A plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje užívané k monitoraci funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.) (15).

1.3.7 Oblast standardů managementu

V náplni této oblasti je standard týkající se organizačního řádu nemocnice, ve kterém je jasně definován vztah nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení a formy komunikace mezi jednotlivými funkčními pracovníky. Každý vedoucí oddělení dodržuje tento organizační řád a řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality spolupráce a kooperace s jinými odděleními.

Vedení nemocnice a personál jsou seznámeni s posláním, cíli, a se strategií řízení nemocnice. Pro efektivní fungování nemocnice je důležité, aby všichni zaměstnanci táhli za jeden provaz. Společné poslání nemocnice a vize do budoucna je důležitým prvkem koordinující činnosti řídicích i řadových zaměstnanců.

Dále je to písemné zpracování spektra péče poskytované pacientům na jednotlivých odděleních dané nemocnice.

Také musí mít Vedení nemocnice stanovenou metodiku zpracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů organizace.

A poslední součástí této oblasti je, že vedení nemocnice poskytuje pravidelně, včasné a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnání jednotlivých zařízení (15).

1.3.8 Oblast standardů péče o zaměstnance

Součástí této oblasti je za prvé písemně vypracovaná náplň práce pro všechny typy zaměstnanců, kde vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.

Dalším bodem jsou formy spolupráce jednotlivých oddělení nemocnice mezi sebou. Jedná se o organizaci konsiliárních služeb v rámci nemocnice. Nedílnou součástí je podmínka kvalifikace konsiliárního lékaře, stanovení dostupnosti konsilií v čase dle odbornosti a typu naléhavosti a organizace spojení na konsiliáře.

Následující částí je jasné stanovení spektra kompetencí každého lékaře. Jsou přidělovány na základě jeho vzdělání, spektra a potřeby pacientů, specifických úkolů daného oddělení a osobních kvalit, zdravotního stavu a hodnotového systému daného lékaře. Tyto kompetence jsou průběžně přehodnocovány.

To vše platí i pro nelékařské pracovníky. Kompetence jsou přidělovány nejen na základě výzkumu, ale na základě poslání nemocnice, spektra pacientů a jejich potřeb. Dále dle specifických úkolů konkrétního oddělení, ale také dle osobních kvalit, zdravotního stavu a hodnotového systému konkrétního pracovníka.

S předchozími dvěma body souvisí další standard o sledování spokojenosti zaměstnanců a to vhodnou formou.

Není nutné sledovat spokojenost všech zaměstnanců. Vyhodnocování je pravidelné, minimálně však jednou ročně a zkoumá trendy a jednotlivé kasuistiky. Sledování spokojenosti chrání identitu respondentů.

A posledním bodem této oblasti je vypracování plánu (směrnice) bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek (15).

1.3.9 Oblast standardů pro sběr a zpracování informací

Do náplně této oblasti patří shromažďování informací o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a

využívání pro vlastní potřebu i pro NZIS.

umožňuje To pak porovnání s ostatními zdravotnickými zařízeními na národní i mezinárodní úrovni.

Další částí je standard o lékařské a ošetrovatelské dokumentaci, která obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech jeho léčby. Dokumentace je důležitá pro zpětné rekonstrukce poskytnuté péče pro potřebu nemocnice nebo posudkovou činnost při soudních sporech.

Další standardy se týkají operačního protokolu. V tomto standardu je dáno, že operační protokol je vyhotoven bezprostředně po operaci a obsahuje jméno operátora, asistenta, nálezy, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu. Pooperační dokumentace pacienta obsahuje informaci o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech.

A závěr této oblasti se týká propouštěcí zprávy. Ta musí být vyhotovena v čase propuštění pacienta. Vyhotovení definitivních propouštěcích zpráv pak nejpozději do 10 dnů po propuštění.

Na to navazuje poslední standard této oblasti, který se týká metodiky pro kontrolu úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv. Náplní tohoto standardu je, že nemocnice má zaveden způsob pravidelné kontroly a pravidelnost vyhodnocování výsledků zdravotnické dokumentace. S výsledky pracuje a o jejich výsledcích informuje jednotlivá oddělení (15).

1. 3. 10 Oblast standardů protiepidemických opatření

Do této oblasti je zahrnut standard o nozokomiálních nálezích. Jde o redukci rizik nozokomiálních infekcí pacientů i profesionálních nálezích personálu, monitoruje nozokomiální infekce a profesionální nálezích a opatření k prevenci a snižování těchto rizik. Tento standard souvisí se zákonem 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví vyhláškou 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Výskyt nozokomiálních nálezích je užitečný indikátor kvality péče

v daném zařízení.

A posledním bodem této oblasti je vypracování vnitřního předpisu upravující manipulaci s biologickým materiálem, včetně biologického odpadu a prádla, a postup při likvidaci použitých pomůcek potřísněných biologickými tekutinami (15).

1.4 Výsledek akreditačního šetření

Výsledek akreditačního šetření je na základě informací zjištěných při akreditačním šetření. Poté se rozhoduje o udělení akreditace. Jestliže zařízení splňuje standardy ve všech oblastech poskytované péče, zní rozhodnutí: akreditace udělena.

Standardy jsou rozděleny do dvou kategorií. Standardy druhé kategorie jsou standardy číslo 13, 31, 32, 33, 34, 36, 38, 40, 41, 43 a 48. Standardy první kategorie jsou všechny ostatní standardy.

Pro udělení akreditace musí zdravotnické zařízení splnit až čtyři standardy z druhé kategorie částečně, žádný nesmí být neplněn a standardy z první kategorie musí být splněny všechny zcela. Po splnění daných podmínek může komise udělit danému zdravotnickému zařízení akreditaci.

Jestliže zařízení soustavně neplní standardy nebo pokud zdravotnické zařízení ukončí účast v akreditačním procesu dobrovolně, pak je akreditace neudělena (14).

1.5 Prevence rizik

Studie provedená v roce 2002 v USA ukazuje, že 40% hospitalizovaných pacientů má zkušenost s pochybením zdravotníků. Týkají se pacientů nebo jejich členů rodiny či přátel. Tuto studii lze aplikovat i na Českou republiku

Jak uvádí Škola, teoreticky z 2,2 milionů hospitalizovaných pacientů by mohlo v roce 2002 zemřít více než 3000 pacientů na pochybení ze strany medicíny.

Dle modelu ementálského sýra Nanese Reasona. Management rizik je připodobňován k sýru ementálu. Kde Jednotlivá opatření proti pochybení

představují plátky síru a díry v síru představují jednotková pochybení. Dírami v pochybení jsou nedostatečná výuka, nedodržování protokolů, nepozornost, špatná komunikace, pracovní přetížení, protichůdné příkazy, únava, nedbalost, odkládání, nespolehlivá technika a strach z postihu.

Dle tohoto modelu jednotlivé plátky, bránící pochybení, představuje management rizik, kultura bezpečí, organizační kultura, znalostní sebesta, ISO, standardy a také akreditace, která by měla snížit riziko pochybení (19).

Proto je dobré, aby každá nemocnice měla akreditaci, aby se tak snížila možná rizika, kterým akreditace brání.

1.6 Nemocnice Nové Město na Moravě

Nemocnice, která je předmětem výzkumného šetření je nemocnice kraje Vysočina v Novém Městě na Moravě. Vybraná nemocnice se chystá na udělení akreditace v prosinci roku 2008.

1.6.1 Historie nemocnice

K položení základního kamene došlo dne 21. srpna 1938. Původně plánovaná stavba měla mít podle projektu 5 pavilonů, kapacitu alespoň 120 lůžek a náklady měly být ve výši přibližně 4 miliony Kč. Pět hektarový pozemek darovalo město.

Předpokládané dokončení výstavby bylo v roce 1939, aby mohl být normální provoz zahájen k 1. 1. 1940. Vlivem událostí v roce 1938 byly práce na čas přerušeny a došlo ke zpoždění otevření nemocnice. Ambulantní provoz byl zahájen 15. 11. 1940, částečný provoz s přijímáním pacientů pak 1. 12. 1940.

Nová nemocnice v Novém Městě na Moravě patřila k nejmoderněji vybaveným zařízením té doby na Moravě. Také v následujících letech docházelo k dalšímu rozvoji a budování. Chod nemocnice byl po roce 1948 poznamenán politickými změnami v naší republice. V tomto období se nemocnice stala součástí Okresního ústavu národního zdraví Žďár nad Sázavou. Specifickým rysem okresu Žďár nad Sázavou je velká rozloha, kopcovitý terén, drsné klimatické podmínky a velká četnost obcí s malým

počtem obyvatel. Všechny tyto faktory mají vliv na význam a fungování nemocnice.

Jako samostatný právní subjekt byla nemocnice zřízena na základě rozhodnutí Okresního ústavu národního zdraví s účinností od 1.1.1992 státní příspěvkovou organizací. Její tehdejší název byl Nemocnice s poliklinikou v Novém Městě na Moravě. K 1. 5. 1993 došlo ke změně názvu na Okresní nemocnice v Novém městě na Moravě.

Od 1. 1. 2003 přešla nemocnice do vlastnictví a zřizovatelské působnosti kraje Vysočina. Od 31. 3. 2003 dochází ke změně názvu na "Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace". Organizace je zřízena na dobu neurčitou, jejím statutárním orgánem je ředitel, který je jmenován a odvoláván Radou kraje Vysočina. Současným ředitelem je MUDr. Kadlec.

Vznik lůžkových oddělení se datuje od roku 1942, kdy vznikla oddělení chirurgické, interní, dětské a infekční. V roce 1946 přibýlo ženské oddělení, za čtyři roky poté to byla oddělení ušní, nosní, krční. Od roku 1959 oddělení oční. V roce 1963 neurologie a o rok později kožní oddělení. A od roku 1982 přibýly oddělení anesteziologicko-resuscitační, dětská neurologie a v roce 1997 urologie a ortopedie (8).

1.6.2 Současnost nemocnice

V současné době má nemocnice 627 lůžek. V roce 2000 získala nemocnice certifikaci ISO EN 9001: 2000.

V červnu 2007 proběhla na vybraných odděleních nemocnice jako je ředitelství, oddělení centrální sterilizace, oddělení klinických laboratoří a transfuzní služby recertifikace dle normy ISO. Tento certifikát nemocnice úspěšně obhájila do roku 2010.

A v roce 2006 a 2007 prošlo úspěšně oddělení klinické biochemie akreditačním procesem dle normy pro zdravotnické laboratoře ISO 15189 (8, 16).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit připravenost vybrané nemocnice k akreditaci.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1 Nemocnice splňuje akreditační standard číslo 10 „Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán ošetrovatelské péče.“

Hypotéza 2 Nemocnice splňuje akreditační standard číslo 19 „Nemocnice má vytvořeny standardy ošetrovatelské péče pro všechny pacienty.“

Hypotéza 3 Nemocnice nesplňuje všechny akreditační standardy.

3. Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Téma bylo zpracováno na základě odborné literatury a díky informacím sebraných formou dotazníků a obsahovou analýzu dat z interních dokumentů nemocnice. Dotazník byl anonymní a byl určen sestřím nemocnice v Novém Městě na Moravě. A to jak sestřím směnným tak i ve vedoucích funkcích. V dotazníku jsme kladli uzavřené otázky a počtem jich bylo stejně jako akreditačních standardů (viz příloha 1). Výzkum jsme zpracovali pomocí počítačového programu Microsoft Excel, do grafů a tabulek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

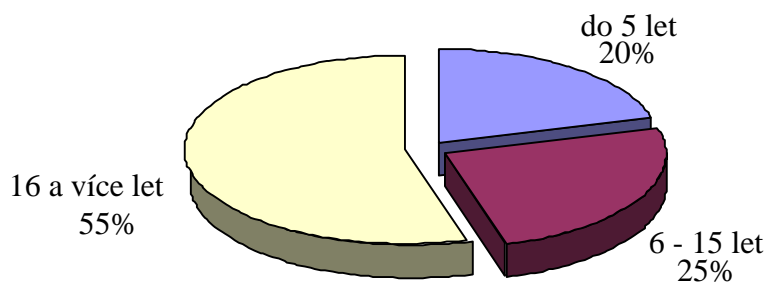
Výzkumným souborem byly sestry Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o. a interní dokumenty nemocnice. Respondenti byli vybráni náhodným způsobem. Ke sběru informací pro výzkum jsme použili dotazníky pro sestry a obsahovou analýzu dat z interních dokumentů nemocnice.

Osloveno bylo šedesát sester dané nemocnice. Byly osloveny vrchní, staniční sestry i směnné sestry. Vráceno bylo padesát jedna dotazníků, z kterých byly tři vyřazeny pro neúplnost. Návratnost dotazníků tedy byla 80%. O povolení šetření v dané nemocnici jsme žádali nejprve hlavní sestru a poté ředitele nemocnice.

4. Výsledky

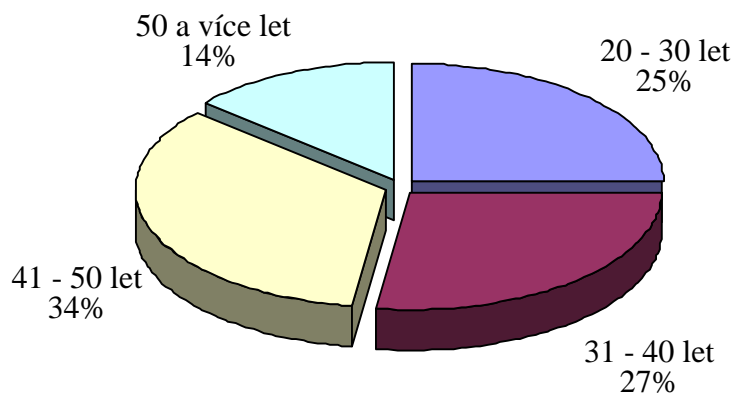
4.1 Vyhodnocení identifikačních údajů

Graf 1 Délka praxe respondentů



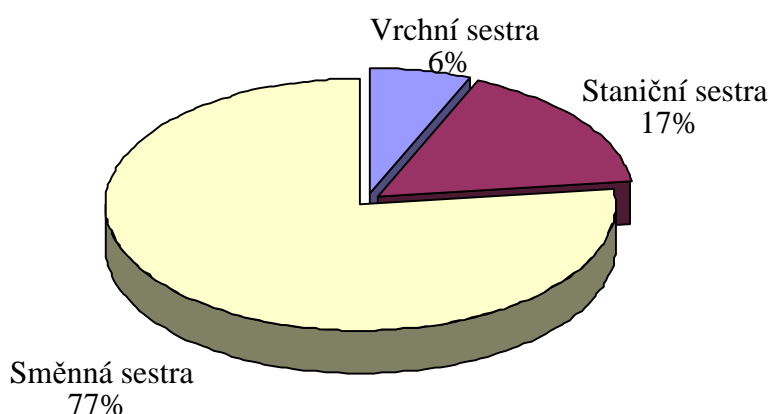
Z celkového počtu 48 (100%) sester dané nemocnice 9 (20%) sester pracuje ve zdravotnictví do pěti let, 11 (25%) pracuje ve zdravotnictví od šesti do patnácti let, 24 (55%) sester pracuje ve zdravotnictví šestnáct a více let.

Graf 2 Věk dotazovaných sester



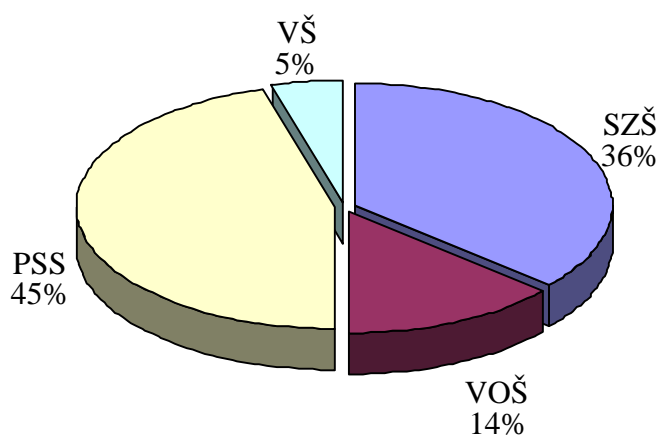
Z celkového počtu 48 (100%) dotázaných sester je 11 (25%) ve věku od dvaceti do třiceti let, 12 (27%) ve věkovém rozmezí třicet jedna let až čtyřicet let, 15 (34%) sester je ve věkovém rozmezí čtyřicet jedna až padesát let a 6 (14%) sester je ve věku padesát a více let.

Graf 3 Funkce dotazovaných sester na oddělení



Z celkového počtu 48 (100%) sester vykonávají 3 (6%) funkci vrchní sestry, 8 (17%) má funkci na daném oddělení staniční sestry a 37 (77%) tvoří směnné sestry.

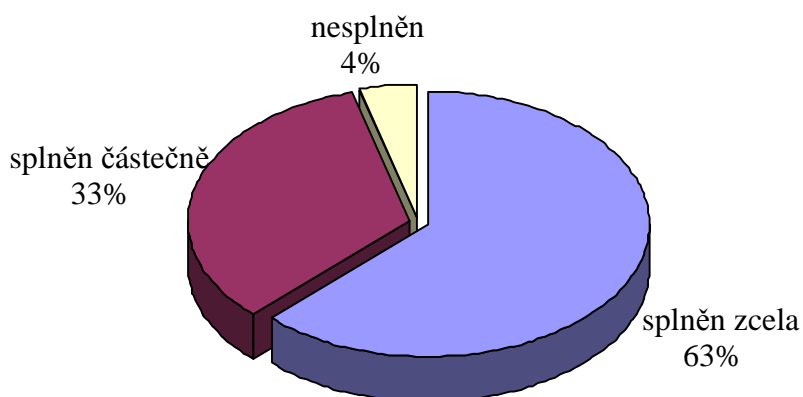
Graf 4 Nejvyšší vzdělání dotazovaných sester



Z celkového počtu 48 (100%) dotázaných sester má 16 (36%) nevyšší ukončené vzdělání Střední Zdravotnickou školou, 6 (14%) sester dosáhlo Vyššího odborného vzdělání, 20 (45%) sester má nejvyšší ukončené vzdělání specializační a 2 (5%) sestry mají vysokoškolské vzdělání.

4.2 Vyhodnocení akreditačních standardů

Graf 5 Standard 1 „Nemocnice vytvoří projekt zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a naplňování potřeb zdravotní péče-projekt rozvíjí, sleduje a vyhodnocuje.“



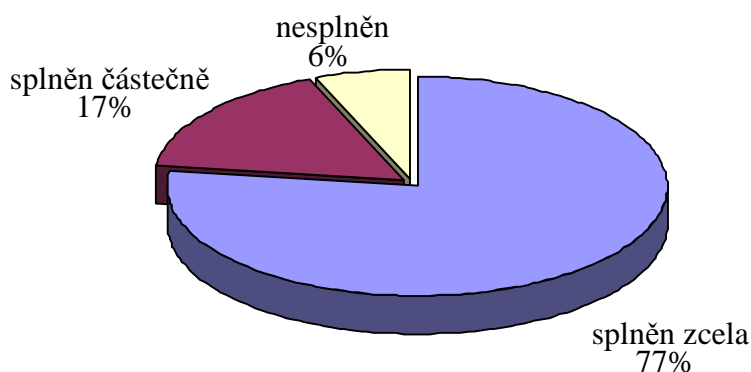
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 30 (63%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela 16 (33%) si myslí, že je splněn částečně a 2 (4%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 1: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 1**

Standard 1	Nemocnice vytvoří projekt zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a naplňování potřeb zdravotní péče-projekt rozvíjí, sleduje a vyhodnocuje.
Plnění standardů	Nemocnice má auditní tým, který provádí interní audity dle směrnice 9/2008 „Interní audity“. Auditní tým provádí šetření a vyhodnocuje nalezené výsledky a zavádí změny, o kterých informuje zaměstnance a změny sleduje.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 6 Standard 2 „Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických, léčebných postupů i ošetrovatelských postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.“



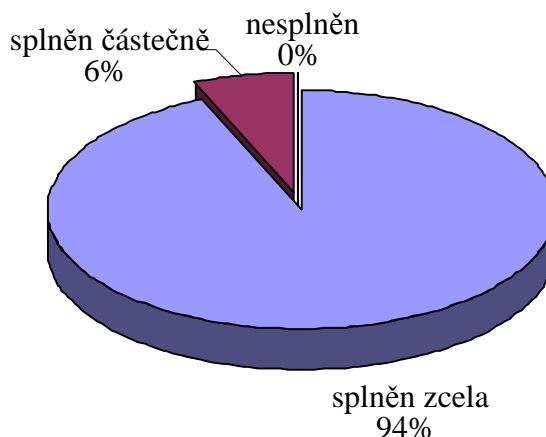
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 37 (77%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 8 (17%) si myslí, že je splněn částečně a 3 (6%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **splněn zcela**.

Tabulka 2: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 2

Standard 2	Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických, léčebných postupů i ošetrovatelských postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.
Plnění standardu	Tento standard není, vedení nemocnice jej vypracovává.
Doporučení	Nemocnici chybí vytvoření metodiky výběru pro všechny klinické obory, tvorby a sledování standardních diagnostických a léčebných a ošetrovatelských postupů. Tyto vytvořené postupy by měla nemocnice pravidelně aktualizovat a dodržuje.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 7 Standard 3 „Nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování výstupů.“



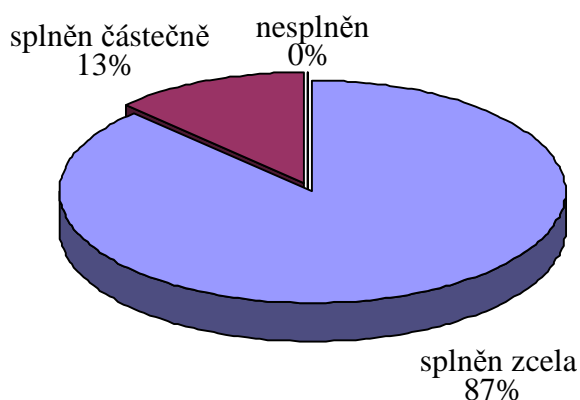
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 44 (94%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 3 (6%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **splněn zcela**.

Tabulka 3: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 3**

Standard 3	Nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování výstupů.
Plnění standardu	Nemocnice má pro sledování spokojenosti pacientů příručku jakosti – kapitola 8.2.1. „Spokojenost zákazníka“. Metodika pro řešení stížností je standard 7/2004 „Pravidla pro řešení stížností a reklamací“.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 8 Standard 4 „Příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetrovatelské, psychologické a sociální potřeby každého pacienta do 24 hod. po přijetí, a to v míře odpovídající charakteru oddělení.“



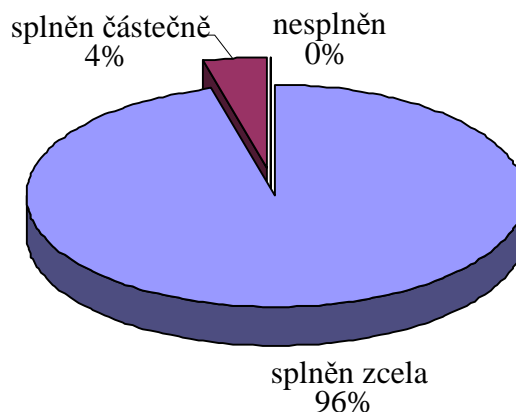
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 42 (87%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 4: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 4**

Standard 4	Příslušně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetrovatelské, psychologické a sociální potřeby každého pacienta do 24 hod. po přijetí a to v míře odpovídající charakteru oddělení.
Plnění standardu	Nemocnice má Standard 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“ (rozsah je dán pokynem primáře pro dané oddělení). Má vnitřní předpis pro stanovení vstupního vyšetření (lékařského, ošetrovatelského, fyzioterapeut, dietní sestra, sociální sestra. Je dán rozsah a čas pro všechna oddělení. Plnění tohoto standardu je sledováno pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 9 Standard 5 „Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření (anamnéza a fyzikální nález) ošetřujícím lékařem do 24 hod. po přijetí.“



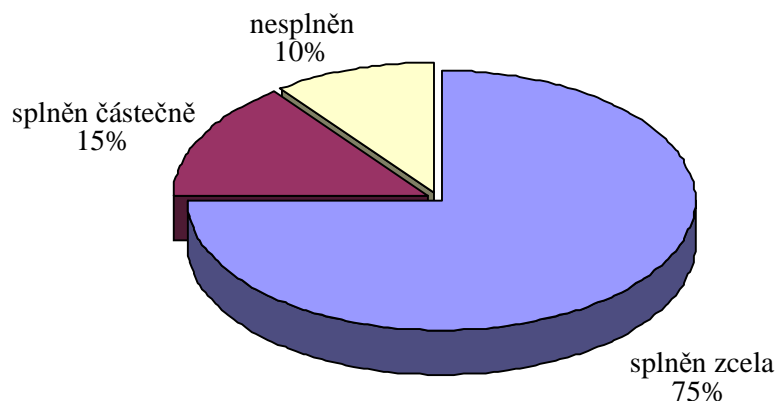
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 45 (96%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 2 (4%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 5: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 5**

Standard 5	Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření (anamnéza a fyzikální nález) ošetřujícím lékařem do 24 hod. po přijetí.
Plnění standardu	Nemocnice má standard 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“, rozsah je dle pokynů primáře daného oddělení. Je zde dán rozsah vstupní anamnézy a vstupního fyzikálního vyšetření v jednotlivých odbornostech, intervaly do kdy je lékař povinen vyšetření provést. Jsou prováděny audity otevřené a uzavřené dokumentace, z kterých jsou prováděny zápisy.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 10 Standard 6 „Nemocnice určí vnitřním předpisem standardní obsah a rozsah anamnézy a klinického vyšetření včetně formální úpravy zdravotnické dokumentace pro všechny obory.“



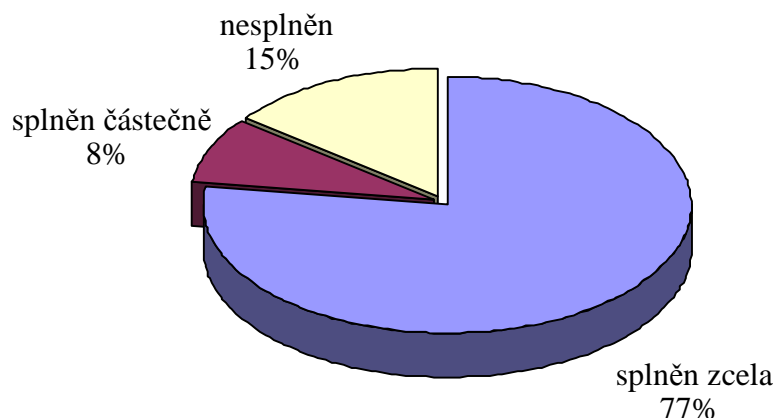
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 36 (75%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 7 (15%) si myslí, že je splněn částečně a 5 (10%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 6: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 6

Standard 6	Nemocnice určí vnitřním předpisem standardní obsah a rozsah anamnézy a klinického vyšetření včetně formální úpravy zdravotnické dokumentace pro všechny obory.
Plnění standardu	Nemocnice má vnitřní směrnice na vedení zdravotnické dokumentace ambulantních i hospitalizovaných pacientů. Předpis na stanovení rozsahu anamnézy a fyzikálního vyšetření je dán pokynem primáře na daném oddělení. Plnění je sledováno pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 11 Standard 7 „Nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů.“



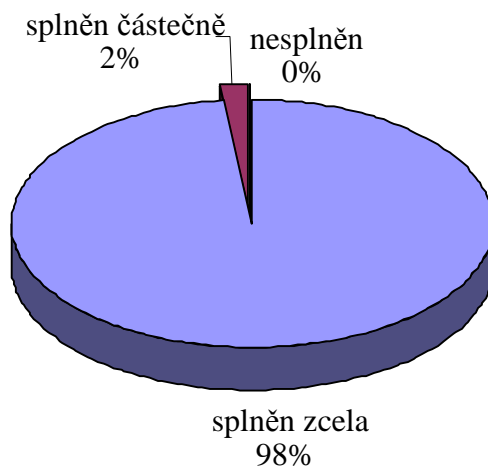
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 37(77%) sester si myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 4(8%) si myslí, že je splněn částečně a 7(15%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 7: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 7

Standard 7	Nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů.
Plnění standardu	Dán ve standardu 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“, rozsah dle pokynů primáře, kde je stanovena frekvence a obsahové náplně zápisů. Je zde dáno kdo má právo do zdravotnické dokumentace zapisovat. Plnění je kontrolováno pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 12 Standard 7.1 „Každý pacient bude vyšetřen lékařem nejméně 1x denně se zápisem do dokumentace.“



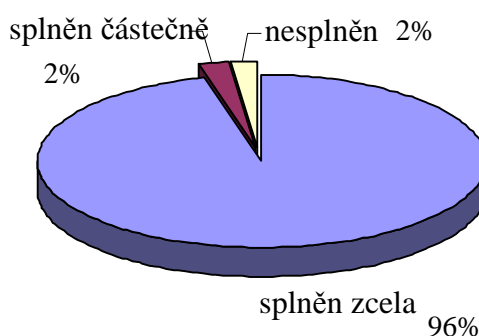
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 47(98%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 1(2%) si myslí, že je splněn částečně a 0(0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 7.1: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 7.1

Standard 7.1	Každý pacient bude vyšetřen lékařem nejméně 1x denně se zápisem do dokumentace.
Plnění standardu	V nemocnici je dán vnitřní předpis o vyšetření pacienta lékařem nejméně 1x denně. Vytvořen standard 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“. Plnění tohoto standardu je sledováno pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 13 Standard 8 „Při každé změně směny sester bude předání pacienta na oddělení provedeno kvalifikovanou sestrou – kvalifikované sestře, současně se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v ošetrovatelské dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem - kvalifikovanému pracovníkovi.“



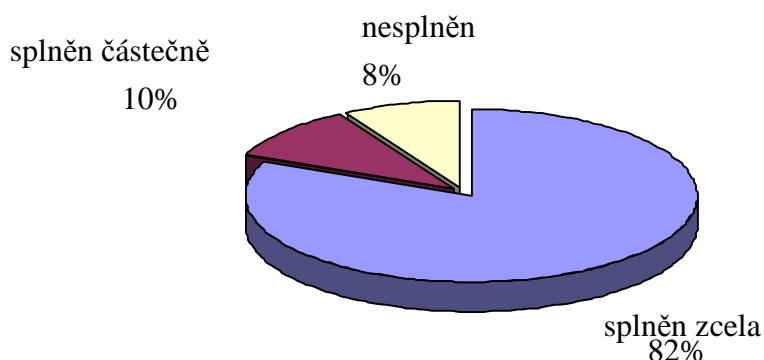
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 46(96%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 1(2%) si myslí, že je splněn částečně a 1(2%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 8: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 8

Standard 8	Při každé změně směny sester bude předání pacienta na oddělení provedeno kvalifikovanou sestrou – kvalifikované sestře, současně se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v ošetrovatelské dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem – kvalifikovanému pracovníkovi.
Plnění standardu	Nemocnice má směrnici „Předávání pacienta mezi dvěma směnami“. „Směrnice na překládání pacienta na jiné oddělení, do jiného zdravotnického zařízení“, kde jsou dány odborné kompetence těchto pracovníků. Plnění je sledováno pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 14 Standard 9 „Pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestézii, má předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anesthesie, resuscitace a intenzivní medicíny v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice, oddělení.“



Z celkového počtu 48 (100%) sester si 39 (82%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 5 (10%) si myslí, že je splněn částečně a 4 (8%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

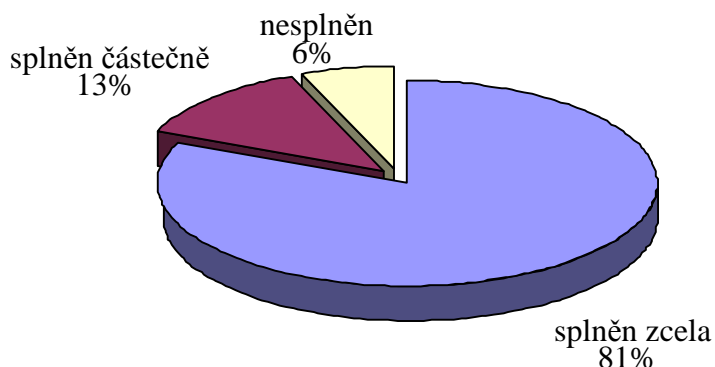
Tabulka 9: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 9

Standard 9	Pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestézii, má předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anesthesie, resuscitace a intenzivní medicíny v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice, oddělení.
Plnění standardu	Primář ARO právě vypracovává vnitřní předpis o předanestetickém vyšetření u akutních a objednaných pacientů.
Doporučení	Nemocnice by si měla vytvořit vnitřní předpis upravující postup při předanestetickém vyšetření pacientů, kde jsou stanoveny rozsah a obsah vyšetření na úrovni metodiky. Dále také vytvořit postup vyšetření u akutních pacientů a objednaných k provedení elektivního výkonu.

	K tomuto standardu také patří předpis, který určuje kvalifikační podmínky, které musí splnit lékař provádějící předanestetické vyšetření. A tento předpis by měla nemocnice dodržovat.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 15 Standard 10 „Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.“



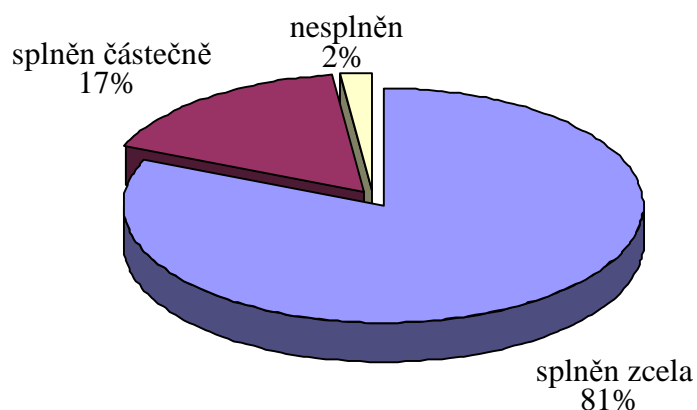
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 39 (81%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 3 (6%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 10: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 10**

Standard 10	Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.
Plnění standardu	Při přijetí pacienta je vyhotoven plán péče v dekursu lékařský, v ošetrovatelské dokumentaci ošetrovatelský a v záznamu rehabilitační dle standardu 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“. Plnění tohoto standardu je sledováno pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 16 Standard 11 „V dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikrís s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení.“



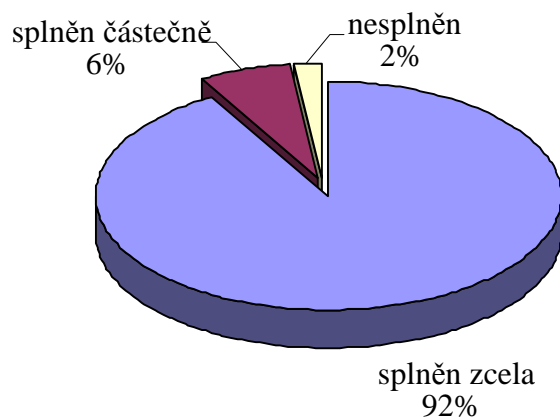
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 39 (81%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 8 (17%) si myslí, že je splněn částečně a 1 (2%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 11: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 11

Standard 11	V dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikrís s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení.
Plnění standardu	Pro nemocnici je dán vnitřní předpis pro frekvenci, formu a rozsah epikrís-minimálně 1x za 7 dní na standardním oddělení, denně na intenzivní péči. Obsah je stanoven pokyny primáře daného oddělení. Vše je popsáno ve standardu 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“. Je kontrolován audity uzavřené i otevřené dokumentace.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 17 Standard 12 „U každého pacienta jsou během anestézie a po ní monitorovány základní vitální funkce (v rozsahu určenému pro příslušné oddělení).“



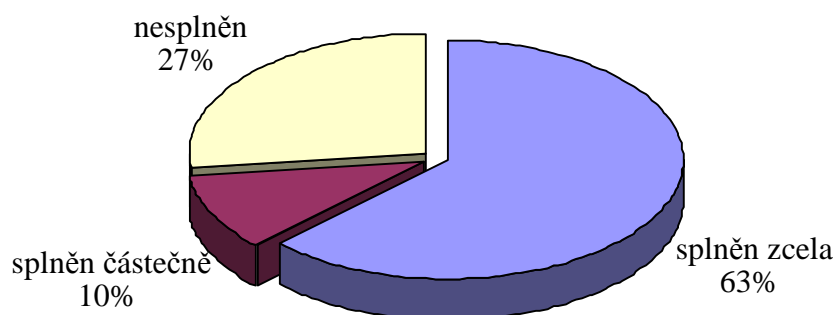
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 44 (92%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 3 (6%) si myslí, že je splněn částečně a 1 (2%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 12: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 12

Standard 12	U každého pacienta jsou během anestézie a po ní monitorovány základní vitální funkce (v rozsahu určenému pro příslušné oddělení).
Plnění standardu	Tento standard nyní vypracovává primář ARO.
Doporučení	Nemocnice by měla vytvořit postup při podávání celkové anestézie kde stanoví minimální rozsah vyšetření pacienta anesteziologem před zahájením anestézie. Stanoví také způsob monitorování základních životních funkcí během anestézie a způsob monitorování po skončení anestézie.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 18 Standard 13 „Nemocnice má seznam léčiv – „pozitivní list“, který je pravidelně obnovován.“



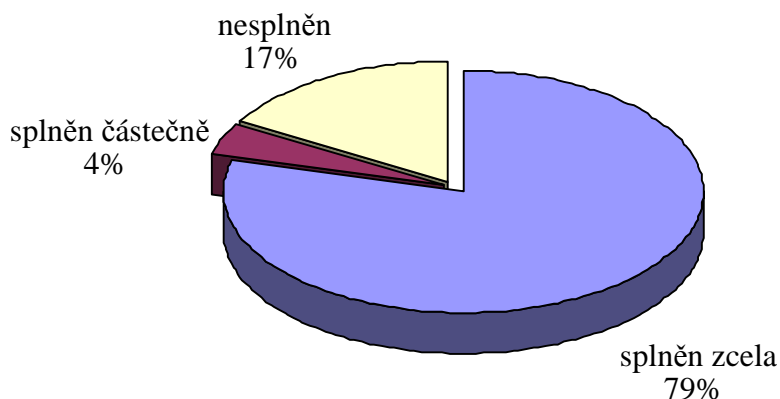
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 30 (63%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 5 (10%) si myslí, že je splněn částečně a 13 (27%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 13: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 13**

Standard 13	Nemocnice má seznam léčiv – „pozitivní list“, který je pravidelně obnovován.
Plnění standardu	Nemocnice má seznam léčiv tzv. „pozitivní list“, který je pravidelně obnovován. Nemocnice má stanoven postup při objednávání léků, řešení neobvyklých situací vzniklých při objednávání léků „Postup objednávání léků“. Dodržování tohoto standardu je pravidelně kontrolováno vedením nemocnice.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 19 Standard 14 „Nemocnice má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léčiv hospitalizovaných pacientů.“



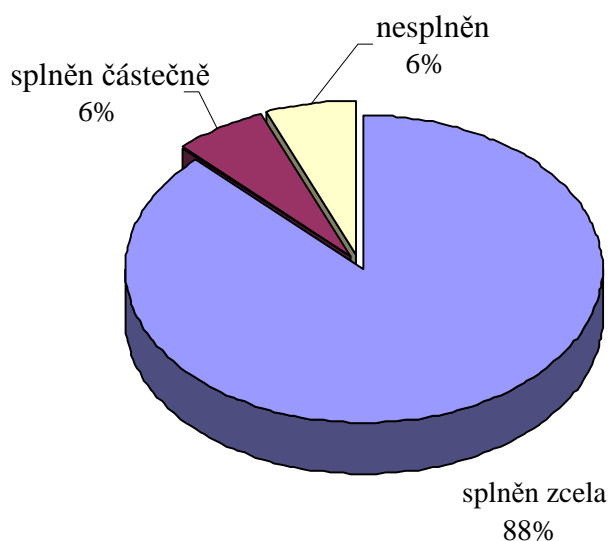
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 38 (79%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 2 (4%) si myslí, že je splněn částečně a 8 (17%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 14: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 14**

Standard 14	Nemocnice má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léčiv hospitalizovaných pacientů.
Plnění standardu	Nemocnice má vypracovány ošetrovatelské standardy číslo 7 „Podávání léků ústy“, č. 8 „Podávání léků konečníkem“, č. 9 „Podávání léků na kůži“, č. 10 „Podávání léků do dýchacího ústrojí“, č. 11 „Podávání injekcí“, č. 12 „Podávání opiátů“, č.13 „Podávání intravenózních injekcí“, č. 14 „Podávání infuzí“. Nemocnice má stanoven postup při objednávání, skladování a předepisování léků a řešení neobvyklých situací při objednávání léčiv. Kontrola probíhá formou auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 20 Standard 14.1 „V nemocnici je vypracována metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léčiva.“



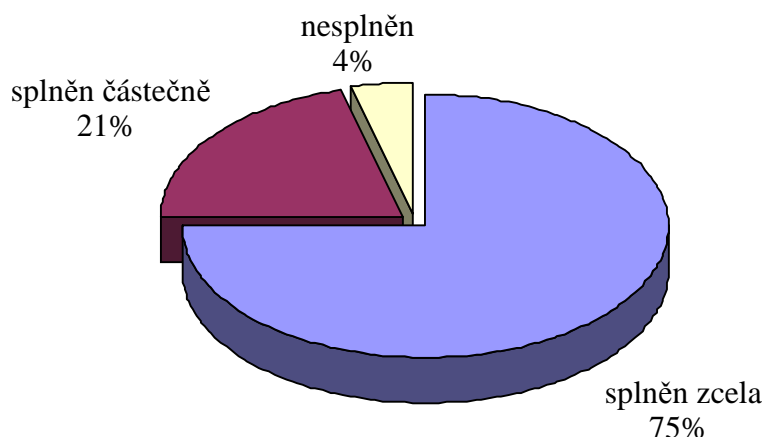
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 42 (88%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 3 (6%) si myslí, že je splněn částečně a 3 (6%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny setre je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 14.1: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 14.1

Standard 14.1	V nemocnici je vypracována metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léčiva.
Plnění standardu	Nyní je vypracováván standard „Zacházení s léčivými přípravky“.
Doporučení	Pro splnění tohoto standardu vytvoří nemocnice předpis stanovující, které osoby jsou oprávněny ordinovat léčiva. A předpis, které osoby jsou oprávněny léčiva podávat. Nemocnice vytvoří metodiku kontroly tohoto standardu.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 21 Standard 15 „Nemocnice specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy.“



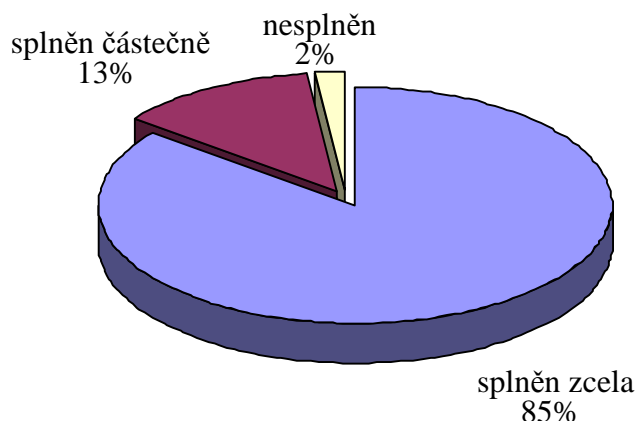
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 36 (75%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 10 (21%) si myslí, že je splněn částečně a 2 (4%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 15: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 15**

Standard 15	Nemocnice specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy.
Plnění standardu	Nyní je připravována směrnice k tomuto standardu.
Doporučení	Nemocnice by měla mít předpis upravující vybavení jednotlivých oddělení přístroji, pomůckami a léčivy k neodkladné KPCR. Stanovit v tomto předpisu rozsah a frekvenci jednotlivých skupin personálu v KPCR. Proškolení personálu v KPCR dle požadavků tohoto vnitřního předpisu. A provádět zápisy o provedené kontrole přítomnosti a expirační době léčiv k neodkladné KPCR.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 22 Standard 16 „Personál je školen k podávání léčiv a používání přístrojů a pomůcek neodkladné péče.“



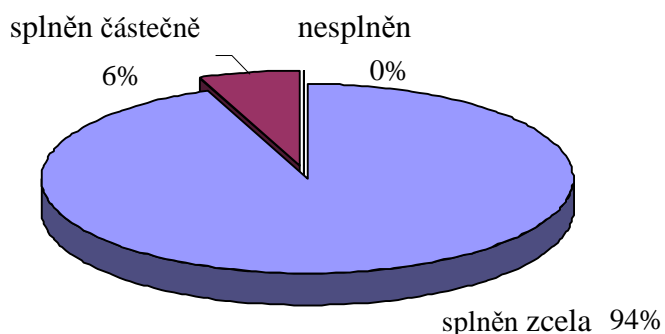
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 41 (85%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 1 (2%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 16: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 16**

Standard 16	Personál je školen k podávání léčiv a používání přístrojů a pomůcek neodkladné péče.
Plnění standardu	Personál je pravidelně proškolen na provozních schůzích, seznamován se standardy a prozkoušen při interních auditech. Technický stav přístrojů je pravidelně kontrolován v rámci pravidelných prohlídek. Každé oddělení má kontakt na servisní středisko.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 23 Standard 17 „Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně 1 x týdně a o provedené kontrole učiní zápis.“



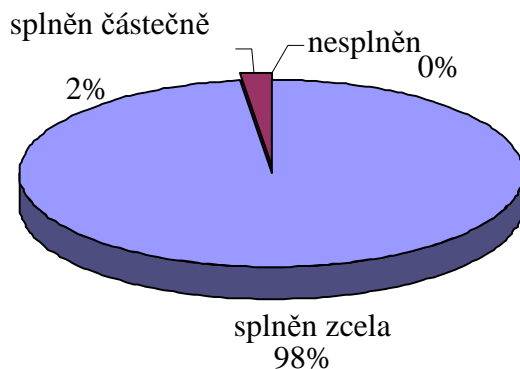
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 45 (94%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 3 (6%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 17: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 17**

Standard 17	Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně 1 x týdně a o provedené kontrole učiní zápis.
Plnění standardu	Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních a provádí se jejich pravidelná kontrola. Nemocnice nemá vnitřním předpisem stanovené vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy, ani standardizovanou jejich kontrolu.
Doporučení	Nemocnice by si měla v rámci standardu stanovit povinnost jednotlivých oddělení pravidelně kontrolovat léčiva pro neodkladnou péči na daných pracovištích dle expirační doby a počtu balení alespoň jednou týdně a o této kontrole provádět zápis.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 24 Standard 18 „Nemocnice má vypracován standard podávání stravy pacientům. Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným dietní sestrou.“



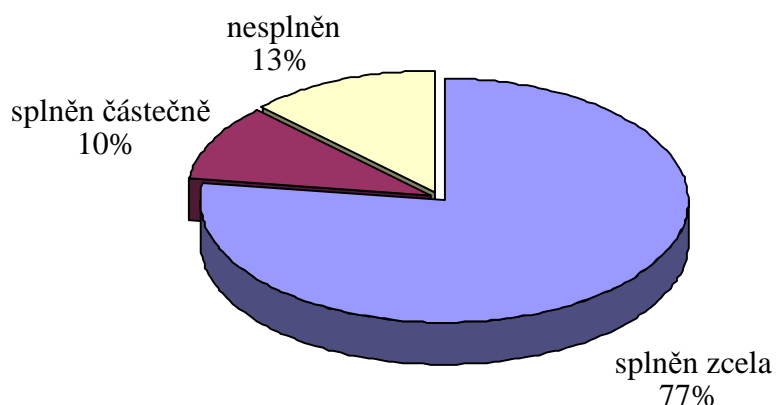
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 47 (98%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 1 (2%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 18: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 18

Standard 18	Nemocnice má vypracován standard podávání stravy pacientům. Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným dietní sestrou.
Plnění standardu	Pacienti dostávají stravu schválenou dietní sestrou, bezpečným, přesným a přijatelným způsobem. Nemocnice, ale nemá toto podávání stravy standardizované.
Doporučení	Ve vnitřním předpisu by měla nemocnice mít postup při objednávání a podávání stravy pacientům. Určit, které osoby jsou odpovědné za ordinaci stravy a za její podávání a kontrolu stravovacího režimu pacientů. A také mít popsán postup při méně obvyklých situacích.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 25 Standard 18.1 „Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů.”



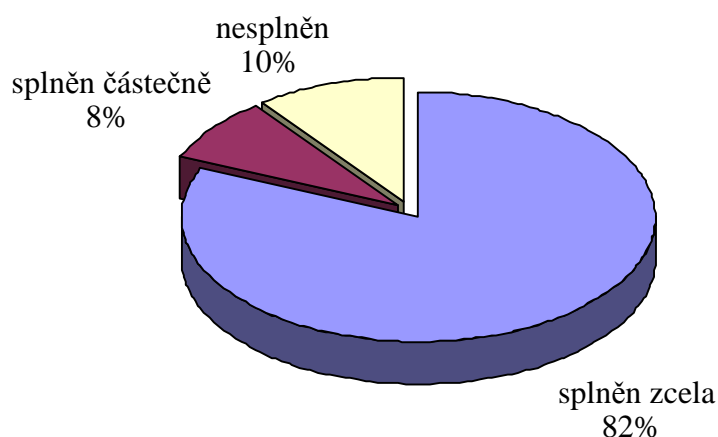
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 37 (77%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 5 (10%) si myslí, že je splněn částečně a 6 (13%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 18.1: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 18.1**

Standard 18.1	Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů.
Plnění standardu	Nemocnice nemá standardizovanou formu odpovědnosti za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy na všech stupních řízení.
Doporučení	Nemocnice by měla vytvořit vnitřní předpis pro stanovení postupu při přípravě, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů včetně stanovení odpovědnosti jednotlivých pracovníků. To vše stanovit i pro externí dodavatele.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 26 Standard 18.1.2 „Personál připravující jídlo pro pacienty je zaškolen.“



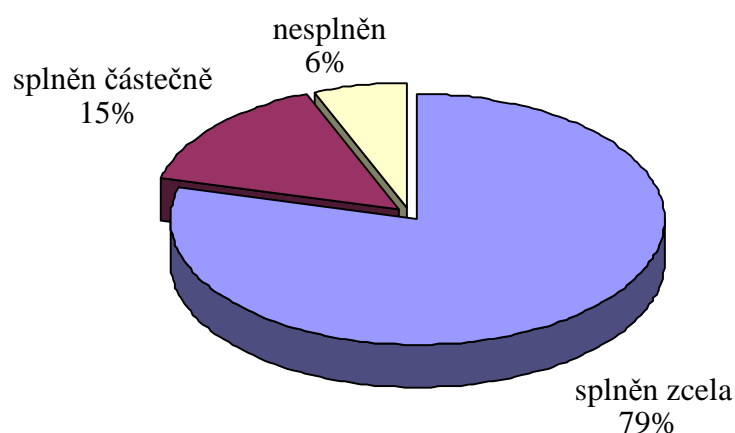
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 39 (82%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 4 (8%) si myslí, že je splněn částečně a 5 (10%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 18.1.2: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 18.1.2

Standard 18.1.2	Personál připravující jídlo pro pacienty je zaškolen.
Plnění standardu	Personál nemocnice připravující jídlo pro pacienty je zaškolen, ale nemocnice toto proškolení nemá standardizované.
Doporučení	Nemocnice má pravidelně proškolovat osoby, které se podílejí na přípravě stravy a osoby, které stravu převážejí a které ji podávají pacientům. O proškolení má vést písemné záznamy.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 27 Standard 18.1.3 „Každý pacient dostává jídlo podle svých potřeb.“



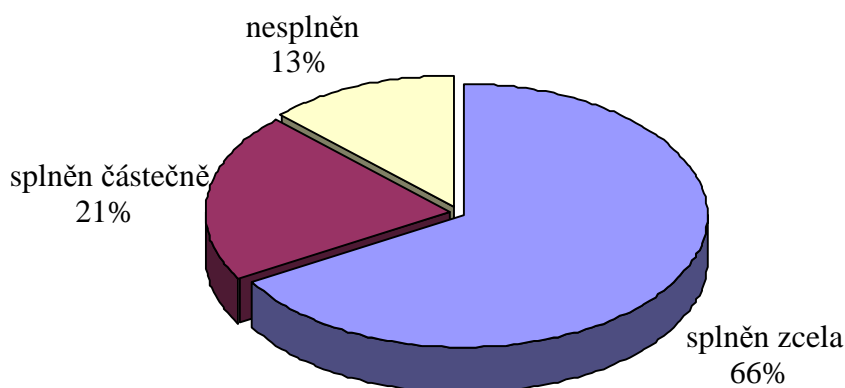
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 38 (79%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 7 (15%) si myslí, že je splněn částečně a 3 (6%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 18.1.3: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 18.1.3

Standard 18.1.3	Každý pacient dostává jídlo podle svých potřeb.
Plnění standardu	Nemocnice zajišťuje podávání jídla pacientům dle jejich potřeb v rámci týmu nutričních specialistů. Přesto tato oblast není zatím zařízením standardizována.
Doporučení	Nemocnice zajistí pacientovi stravu odpovídající jeho zdravotnímu stavu. A poskytovat stravu odpovídající stravovacím zvyklostem a spirituálním hodnotám pacienta, pokud to dovolují místní podmínky.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 28 Standard 18.1.4 „Rukavice a pokrývka hlavy jsou používány, tak jak je předepsáno.“



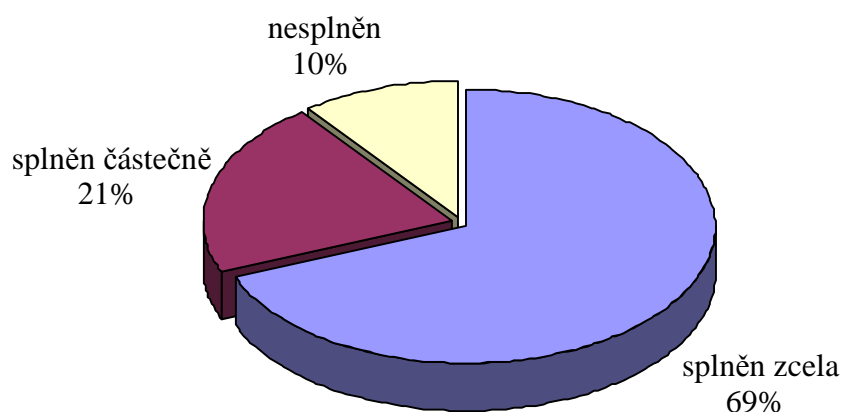
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 32 (66%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 10 (21%) si myslí, že je splněn částečně a 6 (13%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 18.1.4: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 18.1.4**

Standard 18.1.4	Rukavice a pokrývka hlavy jsou používány, tak jak je předepsáno.
Plnění standardu	Personál připravující a podávající stravu pacientovi používá rukavice a pokrývky, ale toto opatření není nemocnicí standardizováno.
Doporučení	Nemocnice by měla stanovit ve vnitřním předpisu používání ochranných pomůcek pro osoby podílející se na přípravě a podávání stravy a dohlížet na dodržování.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 29 Standard 18.1.5 „Jídlo, které si přinesou pacienti nebo jejich rodina je bezpečně skladováno.“



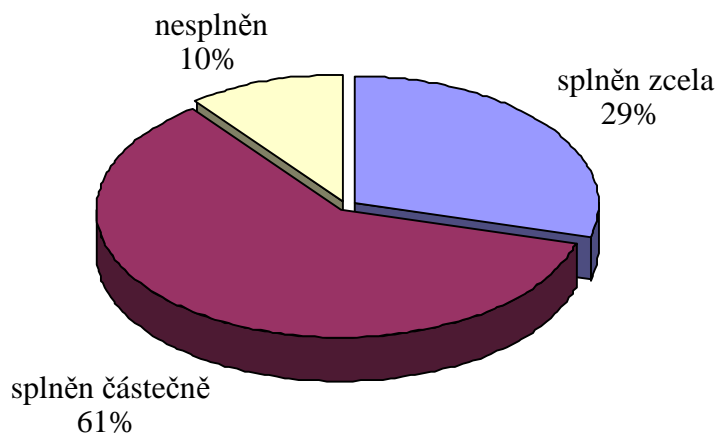
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 33 (69%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 10 (21%) si myslí, že je splněn částečně a 5 (10%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 18.1.5: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 18.1.5**

Standard 18.1.5	Jídlo, které si přinesou pacienti nebo jejich rodina je bezpečně skladováno.
Plnění standardu	Pacienti mají možnost jídlo přinesené z domova uschovat ve zvlášť určených lednicích, ve kterých sleduje teplota. Přesto tuto oblast péče nemá nemocnice standardizovanou.
Doporučení	V provozních řádech jednotlivých pracovišť by nemocnice měla mít upraven postup při skladování potravin donesených pacienty nebo jejich blízkými.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 30 Standard 18.1.6 „Jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, odpovídají dietě stanovené lékařem.“



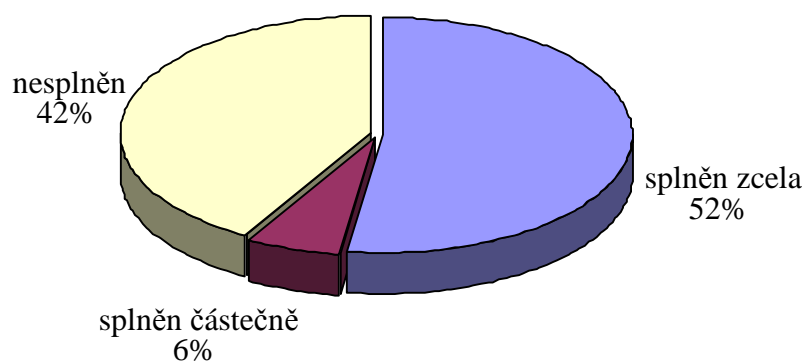
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 14 (29%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 29 (61%) si myslí, že je splněn částečně a 5 (10%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **splněn částečně**.

Tabulka 18.1.6: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 18.1.6

Standard 18.1.6	Jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, odpovídají dietě stanovené lékařem.
Plnění standardu	Jídlo, které přinese pacientovi rodina nebo on sám, je dle diety stanovené lékařem. Nemocnice, ale toto opatření nemá standardizované.
Doporučení	Pracovníci nemocnice mají kontrolovat u pacienta potraviny z hlediska jeho dietních omezení, které stanovil lékař. Nemocnicí by měl být dán postup při vyřazování nevhodných potravin.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 31 Standard 18.1.7 „Zdravotní stav personálu v kuchyni se sleduje podle platných předpisů.“



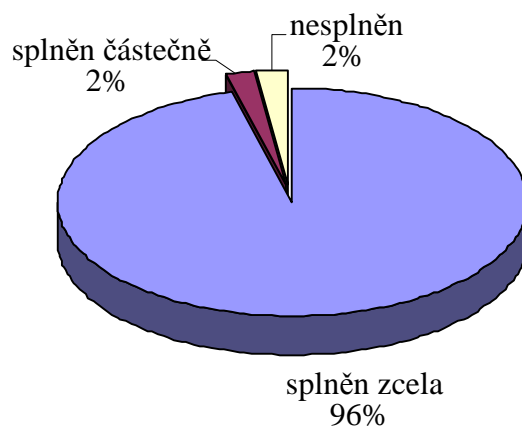
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 25 (52%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 3 (6%) si myslí, že je splněn částečně a 20 (42%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 18.1.7: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 18.1.7**

Standard 18.1.7	Zdravotní stav personálu v kuchyni se sleduje podle platných předpisů.
Plnění standardu	Vedoucí nutriční specialista dle zákona 258/2000 vede záznamy o zdravotním stavu personálu kuchyně. Nemocnice nemá pro tuto oblast žádný vnitřní předpis.
Doporučení	Nemocnice by měla definovat sledování zdravotního stavu personálu v kuchyni vnitřním předpisem. Nemocnice by měla pravidelně kontrolovat zdravotní stav osob podílejících se na přípravě stravy. O provedených kontrolách a o výsledcích by měla pořizovat záznamy.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 32 Standard 19 „Nemocnice má vytvořené standardy ošetrovatelské péče pro všechny kategorie pacientů.“



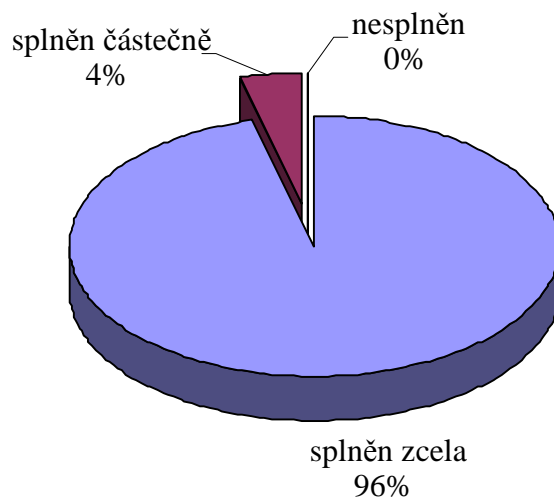
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 45 (96%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 1 (2%) si myslí, že je splněn částečně a 1 (2%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 19: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 19

Standard 19	Nemocnice má vytvořené standardy ošetrovatelské péče pro všechny kategorie pacientů.
Plnění standard	Nemocnice má vytvořeny ošetrovatelské standardy pro všechny kategorie pacientů. Tyto standardy pravidelně aktualizuje. Všechny ošetrovatelské standardy jsou umístěny na interní síti nemocnice „intranetu“.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 33 Standard 20 „Všichni propuštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní), jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány pro jednotlivá oddělení vnitřním předpisem.“



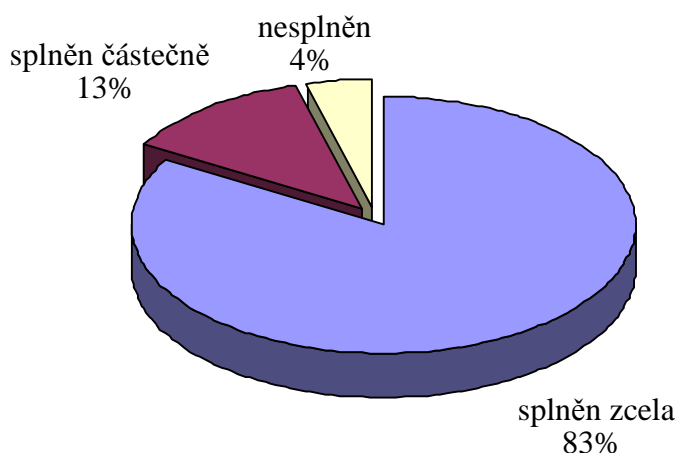
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 46 (96%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 2 (4%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 20: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 20**

Standard 20	Všichni propuštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní (jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány pro jednotlivá oddělení vnitřním předpisem.
Plnění standard	Ve vytvořeném standardu 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“ je tento standard naplňován v kapitolách 11. 1. „Definitivní překladová zpráva“, 11. 2. „Předběžná propouštěcí zpráva“, 16.3.7 „Ošetřovatelská překladová zpráva“.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 34 Standard 21 „Zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi mezi nemocnicemi bude před transportem stabilizován. Když jsou pacienti překládáni do jiného zařízení, pak s potvrzením tohoto zařízení, že pacienta přijme, toto potvrzení bude zajištěno ještě před vlastním transportem (výjimku tvoří případy bezprostředního nebezpečí z prodlení). Dokumentace musí být jednoznačná a musí obsahovat popis, jak a proč se pacient do nemocnice dostal a co bylo obsahem nemocniční péče, případná doporučení pro přebírajícího lékaře (zejména při předání do péče praktických lékařů), odhad prognózy s předpokladem kvality života pacienta.“



Z celkového počtu 48 (100%) sester si 40 (83%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 2 (4%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

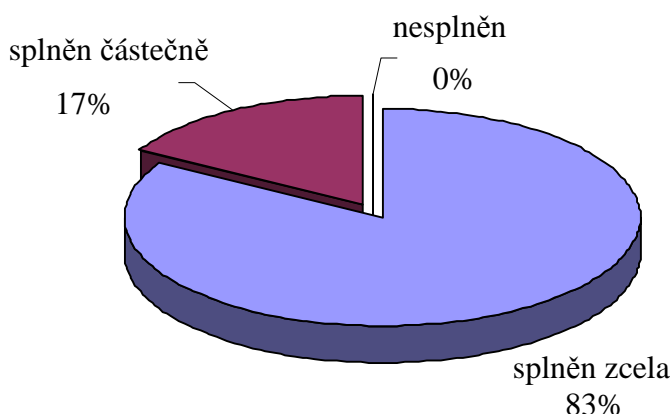
Tabulka 21: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 21

Standard 21	Zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi mezi nemocnicemi bude před transportem stabilizován. Když jsou pacienti překládáni do jiného zařízení, pak s potvrzením tohoto zařízení, že pacienta přijme, toto potvrzení bude zajištěno ještě před vlastním transportem (výjimku tvoří případy bezprostředního nebezpečí z prodlení). Dokumentace musí být
--------------------	---

	jednoznačná a musí obsahovat popis, jak a proč se pacient do nemocnice dostal a co bylo obsahem nemocniční péče, případná doporučení pro přebírajícího lékaře (zejména při předání do péče praktických lékařů), odhad prognózy s předpokladem kvality života pacienta.
Plnění standardu	Obsahová a formální stránka propouštěcí zprávy je dána ve standardu 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“. Postup při překladu pacientů je ve směrnici, která bude nyní (6/2008) vydána. Ostatní náplň standardu se vytváří v nové směrnici.
Doporučení	Nemocnice vnitřním předpisem upraví postup při překladu pacienta do jiného zdravotnického zařízení, uvede povinnost překlad pacienta objednat předem a povinnost lékaře indikovat podmínky transportu pacienta.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 35 Standard 22 „Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.“



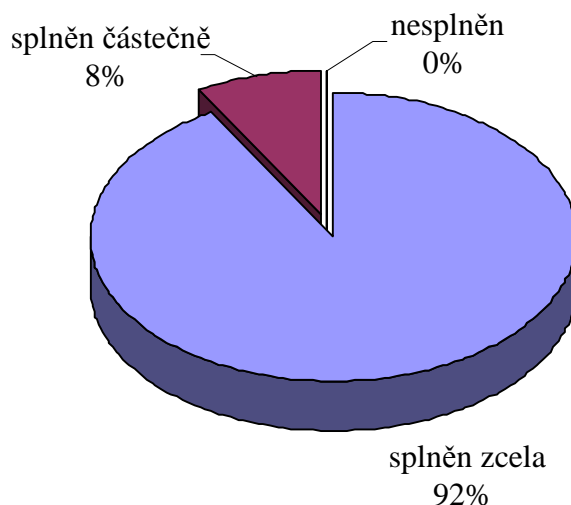
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 40 (83%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 8 (17%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 22: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 22

Standard 22	Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.
Plnění standardu	Náplň tohoto standardu je obsažena v ošetřovatelském standardu číslo 1 Příjem, překlad a propuštění nemocného, který bude ještě aktualizován. Pacient je o svých právech seznámen sestrou během příjmu a o tomto poučení je učiněn zápis do ošetřovatelské dokumentace – formulář „Ošetřovatelská anamnéza“
Doporučení	Nemocnice určí pracovníka, který odpovídá za informování pacienta. Určí postup pro případy, kdy nelze pacienta o jeho právech informovat při přijetí. A určí jak postupovat při informování pacientů, kteří neovládají český jazyk či pacienti s komunikačními bariérami.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 36 Standard 23 „Nemocnice zajistí zřetelné vyvěšení Kodexu práv pacientů, příp. Charty práv dětí v nemocnici na jednotlivých odděleních.“



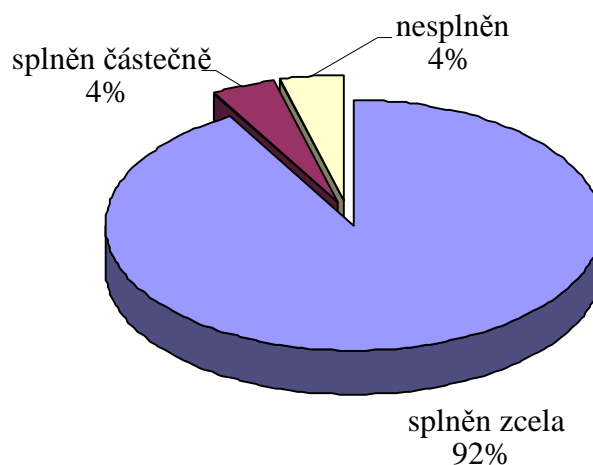
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 44 (92%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 4 (8%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 23: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 23

Standard 23	Nemocnice zajistí zřetelné vyvěšení Kodexu práv pacientů, příp. Charty práv dětí v nemocnici na jednotlivých odděleních.
Plnění standardu	Nemocnice má na všech svých odděleních vyvěšená práva pacientů a na odděleních pečujících o děti je vyvěšena práva hospitalizovaných dětí. Kontrola tohoto standardu je sledována pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 37 Standard 24 „Imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR.“



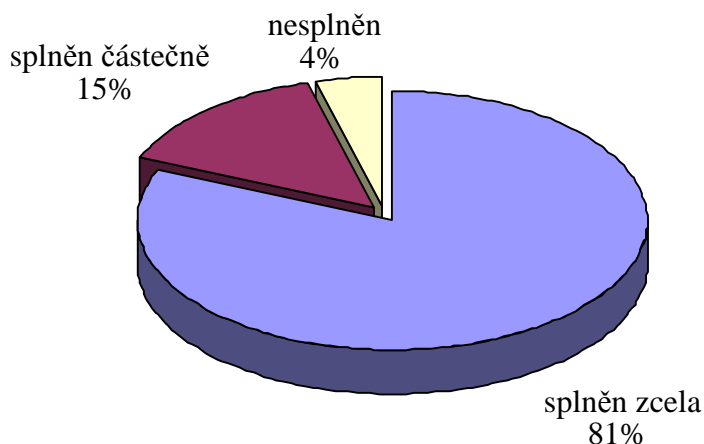
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 44 (92%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 2 (4%) si myslí, že je splněn částečně a 2 (4%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 24: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 24

Standard 24	Imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR.
Plnění standardu	Tento standard je naplňován ve standardu 13/2007 „Používání omezovacích prostředků“ a v kapitole 4. 6. „Farmakologické omezovací prostředky“. Kontrola tohoto standardu je sledována pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 38 Standard 25 „Nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR.”



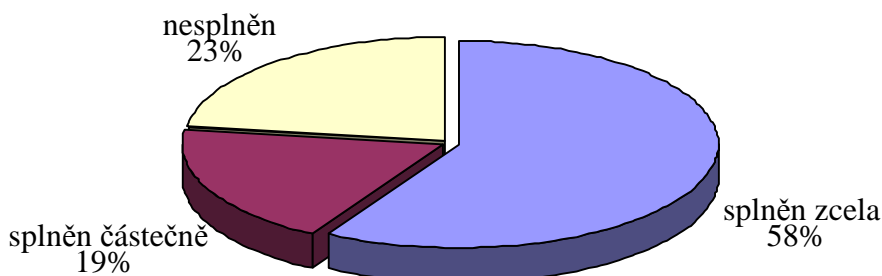
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 39 (81%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 7 (15%) si myslí, že je splněn částečně a 2 (4%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 25: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 25

Standard 25	Nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR.
Plnění standardu	Tento standard je vypracován v vnitřním předpise v „Příručce jakosti“ kapitola 5.5.3. „Interní komunikace“. Seznamování personálu s novou legislativou probíhá na poradách vedení, zasláním patřičného dokumentu v písemné formě vrchním sestřám a primáři oddělení. Ti seznámí své podřízené. Nemocnice má standard „Informované souhlasy“, který nyní aktualizuje právník nemocnice. Kontrola je pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 39 Standard 26 „Nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR.“



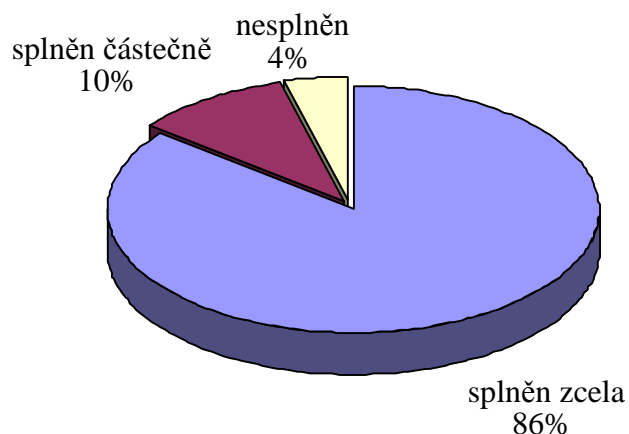
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 28 (58%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 9 (19%) si myslí, že je splněn částečně a 11 (23%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 26: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 26

Standard 26	Nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR.
Plnění standardu	Nemocnice má k dispozici zřizovací listinu. Přehled kontroly orgánů veřejného zdraví nyní vytváří hlavní sestra nemocnice. Technické oddělení vytváří seznam nedostatků stavebních a hygienických a vytváří plán nápravy.
Doporučení	Pokud některé z pracovišť nevyhovuje stavebním či hygienickým předpisům, předloží nemocnice při zahájení akreditačního šetření seznam těchto nedostatků i s plánem nápravných opatření.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 40 Standard 27 „Nemocnice pravidelně kontroluje dodržování stavu protipožární ochrany v souladu s příslušným zákonem.“



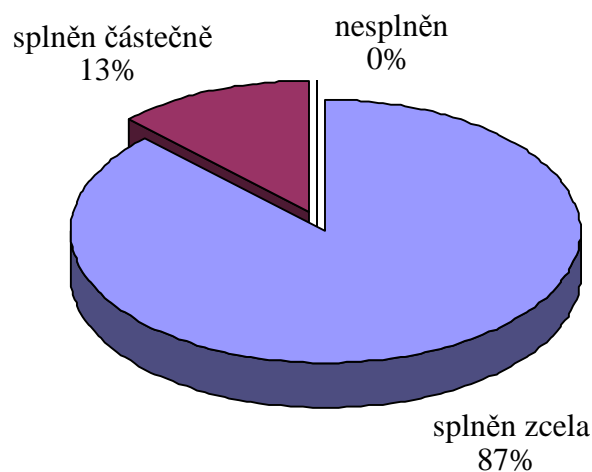
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 41 (86%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 5 (10%) si myslí, že je splněn částečně a 2 (4%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 27: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 27**

Standard 27	Nemocnice pravidelně kontroluje dodržování stavu protipožární ochrany v souladu s příslušným zákonem.
Plnění standardu	Nemocnice má aktualizovaný požární a evakuační řád a má zápisy z těchto kontrol. Kontrola probíhá pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 41 Standard 28 „Personál organizace je seznámen s požárním, havarijním a evakuačním řádem, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány.”



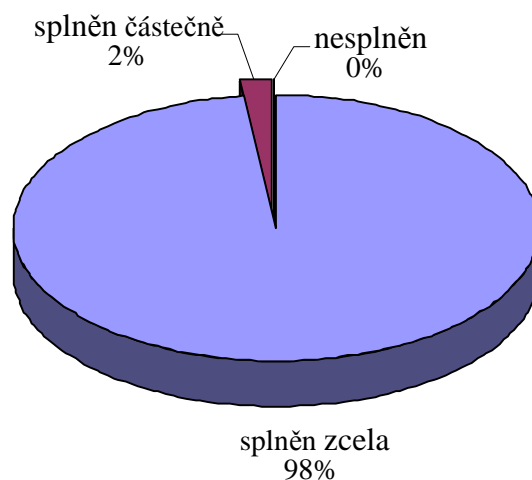
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 42 (87%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 28: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 28

Standard 28	Personál organizace je seznámen s požárním, havarijním a evakuačním řádem, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány.
Plnění standardu	Nemocnice má požární a evakuační řád a proškoluje každoročně v rámci školení BOZP všechny zaměstnance. O těchto školeních je učiněn zápis.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 42 Standard 29 „Nemocnice má náhradní elektrický zdroj minimálně pro operační sály a jednotky intenzivní péče.”



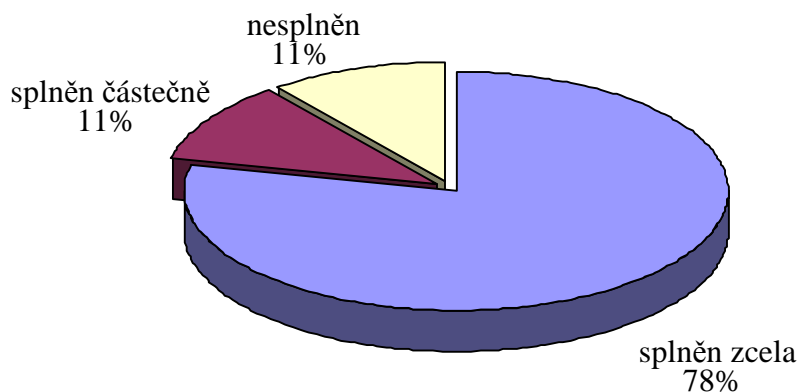
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 47 (98%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 1 (2%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 29: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 29**

Standard 29	Nemocnice má náhradní elektrický zdroj minimálně pro operační sály a jednotky intenzivní péče.
Plnění standardu	Nemocnice má náhradní elektrický zdroj pro operační sály a jednotky intenzivní péče, který je kontrolován.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 43 Standard 30 „Nemocnice stanoví vnitřním předpisem plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje užívané k monitoraci funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.)”



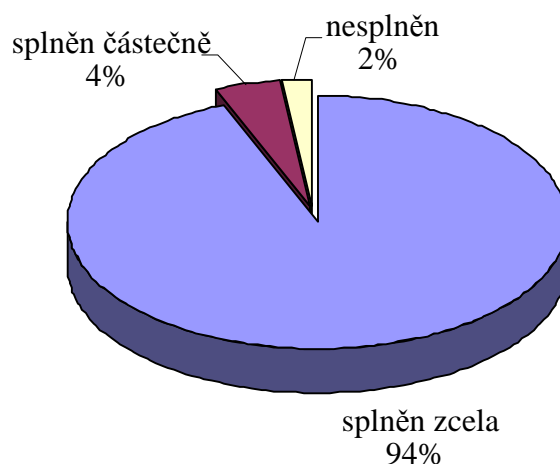
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 37 (78%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 5 (11%) si myslí, že je splněn částečně a 5 (11%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 30: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 30

Standard 30	Nemocnice stanoví vnitřním předpisem plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje užívané k monitoraci funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.)
Plnění standardu	K tomuto standardu proběhne v nejbližší době audit a bude vytvořen vnitřní předpis.
Doporučení	Nemocnice by měla mít plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje užívané k monitoraci a podpoře základních životních funkcí.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 44 Standard 31 „Ředitel nemocnice vydává organizační řád nemocnice, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení.”



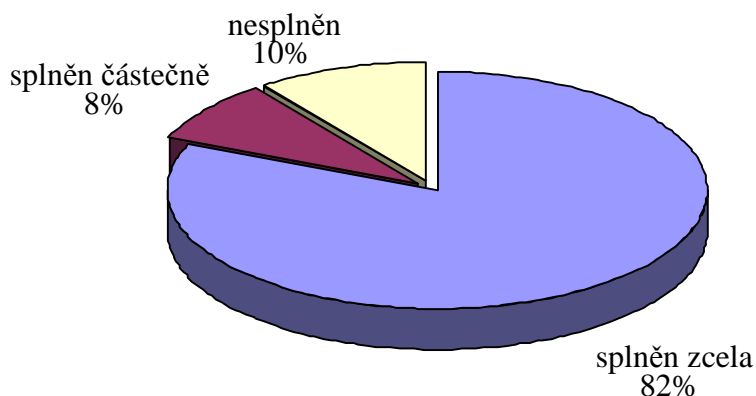
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 45 (94%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 2 (4%) si myslí, že je splněn částečně a 1 (2%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 31: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 31

Standard 31	Ředitel nemocnice vydává organizační řád nemocnice, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení.
Plnění standardu	Organizační řád nemocnic je zpracováván. Nemocnice má určeny pravomoci a povinnosti jednotlivých vedoucích pracovníků. Pravomoci k vydávání dokumentů jsou ve standardu 9/2004 „Řízení dokumentace“.
Doporučení	V organizačním řádu by měla nemocnice definovat její organizační strukturu a definovat formy komunikace.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 45 Standard 32 „Každé oddělení nemocnice má písemně zpracované spektrum péče poskytované pacientům.“



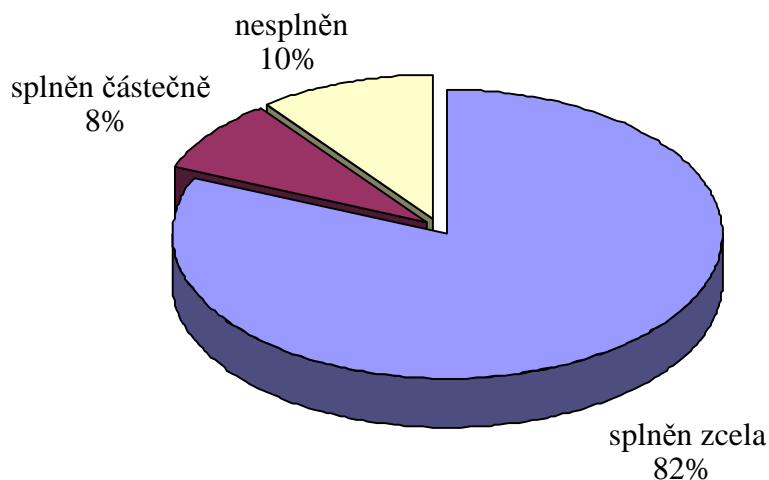
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 39 (82%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 4 (8%) si myslí, že je splněn částečně a 5 (10%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 32: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 32

Standard 32	Každé oddělení nemocnice má písemně zpracované spektrum péče poskytované pacientům.
Plnění standardu	Spektrum poskytovaných služeb na jednotlivých odděleních je nyní vytvářeno. Časové vymezení ambulancí je vyvěšeno na internetových stránkách nemocnice, kde je také informace o nadstandardních službách poskytovaných v nemocnici. Návaznost péče na vyšší pracoviště je. Personální obsazení oddělení je na personálním oddělení a u vedoucích pracovníků oddělení. Lékařská ústavní pohotovostní služba je zajištěna.
Doporučení	Nemocnice má mít písemný dokument o spektru péče každého oddělení, které slouží vedoucím pracovníkům k řízení nemocnice. Tento dokument je pravidelně aktualizován.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 46 Standard 33 „Každý vedoucí oddělení dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality spolupráce a kooperace s jinými odděleními.“



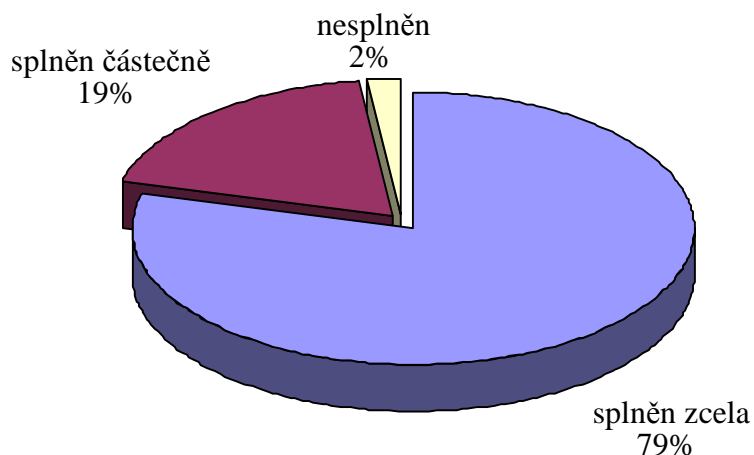
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 39 (82%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 4 (8%) si myslí, že je splněn částečně a 5 (10%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 33: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 33

Standard 33	Každý vedoucí oddělení dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality spolupráce a kooperace s jinými odděleními.
Plnění standardu	Plán rozvoje zatím v nemocnici není. Vedení nemocnice jej vypracovává.
Doporučení	Nemocnice by měla mít organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, odborný rozvoj, rozvoj kvality a rozvoj spolupráce a kooperace s jinými odděleními. Tento řád a plán dodržuje každý vedoucí jednotlivých oddělení.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 47 Standard 34 „Vedení nemocnice a personál jsou seznámeni s posláním, cíli, a se strategií řízení nemocnice.“



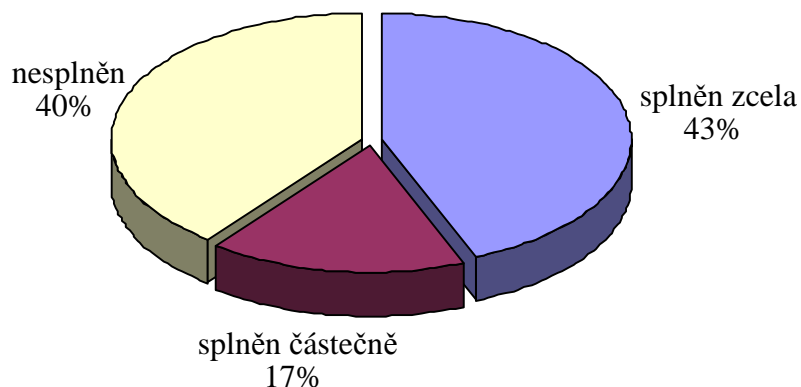
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 38 (79%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 9 (19%) si myslí, že je splněn částečně a 1 (2%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 34: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 34**

Standard 34	Vedení nemocnice a personál jsou seznámeni s posláním, cíli a se strategií řízení nemocnice.
Plnění standardu	Tento standard vyšel jako příkaz ředitele, se kterým zaměstnanci seznámily vrchní sestry a vyvěsily ho na jednotlivá oddělení.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 48 Standard 35 „Vedení nemocnice má stanovenou metodiku zpracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů organizace.“



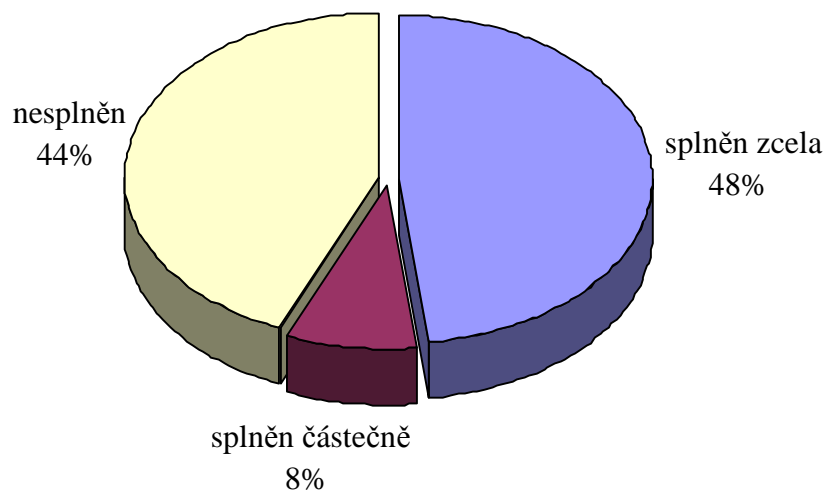
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 21 (43%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 8 (17%) si myslí, že je splněn částečně a 19 (40%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu sester je tento standard zcela splněn.

Tabulka 35: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 35

Standard 35	Vedení nemocnice má stanovenou metodiku zpracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů organizace.
Plnění standardu	Tento standard je naplněn v příručce jakosti.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 49 Standard 36 „Vedení nemocnice poskytuje pravidelně, včasně a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnání jednotlivých zařízení.“



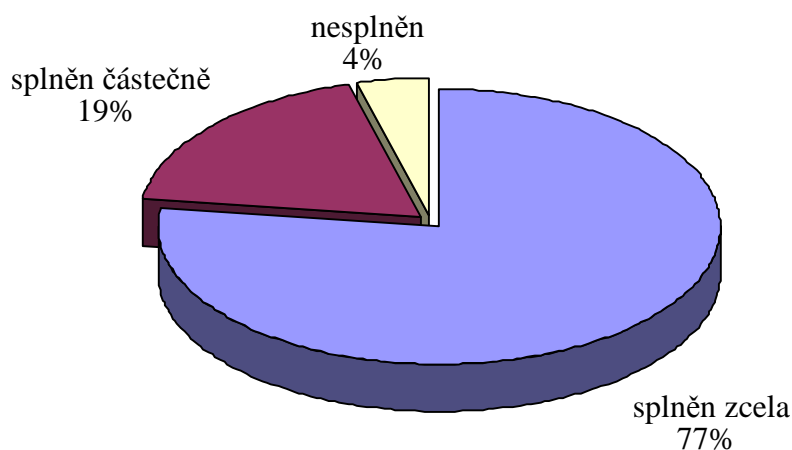
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 22 (46%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela 4 (8%) si myslí, že je splněn částečně a 22 (46%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 36: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 36**

Standard 36	Vedení nemocnice poskytuje pravidelně, včasně a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnání jednotlivých zařízení.
Plnění standardu	Nemocnice přes odpovědné pracovníky dle požadavků poskytuje statistická data orgánům státní správy a povinná hlášení.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 50 Standard 37 „Nemocnice má písemně vypracovanou náplň práce pro všechny typy zaměstnanců, vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.“



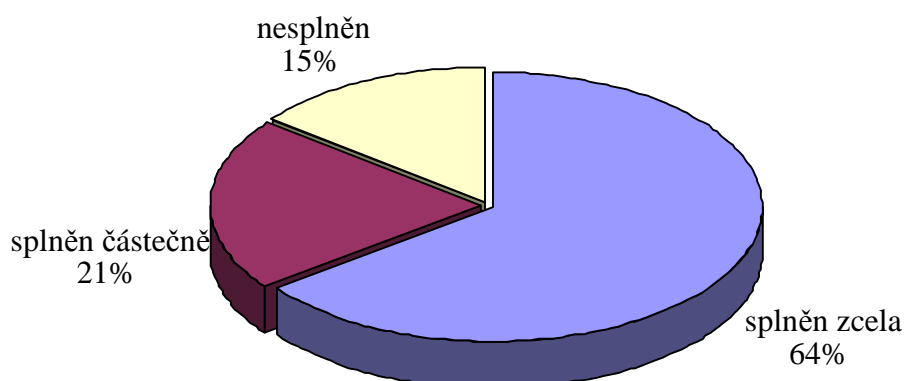
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 37 (77%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 9 (19%) si myslí, že je splněn částečně a 2 (4%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 37: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 37

Standard 37	Nemocnice má písemně vypracovanou náplň práce pro všechny typy zaměstnanců, vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.
Plnění standardu	Tento standard je naplněn ve standardu 10/2004 „Personální řízení“.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 51 Standard 38 „Kromě určení kvalifikace a výkonových předpokladů všech zaměstnanců, určuje v organizačním řádu vedení nemocnice formy spolupráce jednotlivých oddělení nemocnic.“



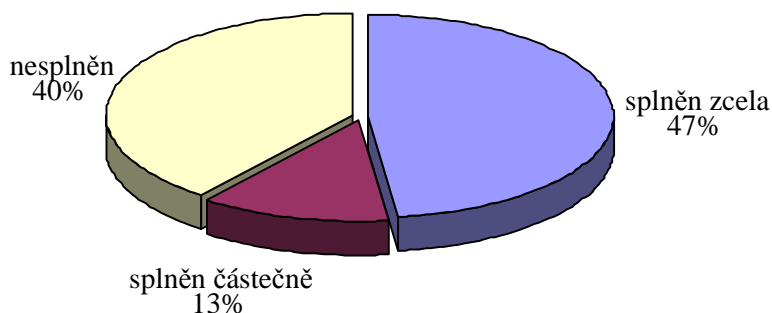
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 31 (64%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 10 (21%) si myslí, že je splněn částečně a 7 (15%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 38: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 38

Standard 38	Kromě určení kvalifikace a výkonových předpokladů všech zaměstnanců, určuje v organizačním řádu vedení nemocnice formy spolupráce jednotlivých oddělení nemocnic.
Plnění standardu	V přípravě je standard „Konziliární služby“. Organizace a dostupnost interdisciplinárních služeb je ve standardu 12/2006 „Provozní řád nemocnice“. Multidisciplinární spolupráce je obsažena ve standardu 1/2008 „Traumatologický řád“.
Doporučení	Nemocnice by měla mít vnitřním předpisem danou organizaci konsiliárních služeb pro své pacienty a tento předpis dodržovat.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 52 Standard 39 „Vedení nemocnice rozvíjí systematicky proces školení prověřování lékařů k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon lékařů.“



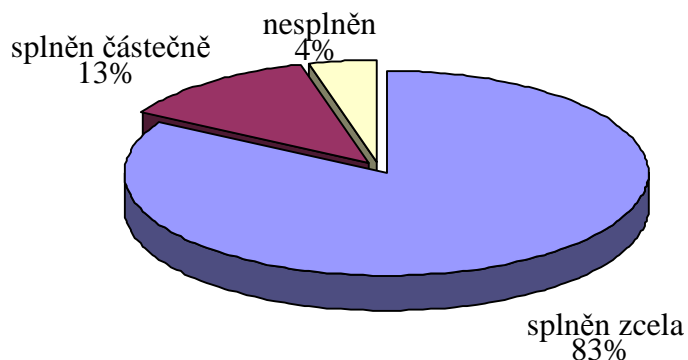
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 23 (47%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 19 (40%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 39: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 39**

Standard 39	Vedení nemocnice rozvíjí systematicky proces školení prověřování lékařů k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon lékařů.
Plnění standardu	Zpracování lékařů je ve standardu 10/2004 „Personální řízení“, který se nyní realizuje na odděleních. Stanovení kompetencí lékařů a jejich metodika určení a změny bude zabudována ve standardu „Personální řízení“ nebo „Příručky jakosti“.
Doporučení	Každý lékař nemocnice má mít konkrétní spektrum svých kompetencí, které jsou průběžně aktualizovány a odpovídají skutečnosti a jsou uvedeny v jeho osobních spisech. Každý lékař je písemně hodnocen do půl roku od začátku pracovního poměru a dále minimálně jednou za dva roky a toto hodnocení je uvedeno v jeho osobních spisech.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 53 Standard 40 „Vedení ošetrovatelského personálu rozvíjí systematicky proces školení pověřování sester k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon sester.“



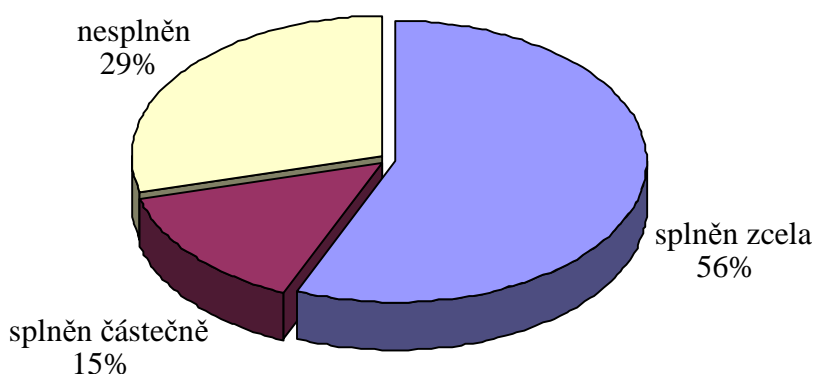
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 40 (83%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 2 (4%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 40: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 40**

Standard 40	Vedení ošetrovatelského personálu rozvíjí systematicky proces školení pověřování sester k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon sester.
Plnění standardu	Tento standard je částečně zabudován ve standardu 10/2004 „Personální řízení“, který je nyní aktualizován a přebudováván. K tomuto standardu probíhají audity.
Doporučení	Každý pracovník nemocnice má mít konkrétní spektrum svých kompetencí, které jsou průběžně aktualizovány a odpovídají skutečnosti a jsou uvedeny v jeho osobních spisech. Každý pracovník je písemně hodnocen do půl roku od začátku pracovního poměru a dále minimálně jednou za dva roky a toto hodnocení je uvedeno v jeho osobních spisech.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 54 Standard 41 „Nemocnice sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.“



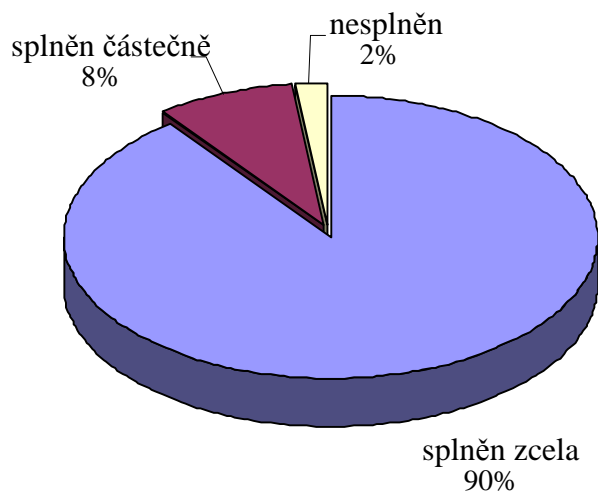
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 27 (56%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 7 (15%) si myslí, že je splněn částečně a 14 (29%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 41: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 41**

Standard 41	Nemocnice sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.
Plnění standardu	Nyní proběhla anketa spokojenosti zaměstnanců a výsledky jsou nyní vyhodnocovány. Monitorování komunikace v nemocnici bude probíhat prostřednictvím komisí a pracovníků, kteří jsou nyní sestavováni.
Doporučení	Nemocnice by měla sledovat spokojenost svých zaměstnanců a výsledky tohoto sledování by měla analyzovat.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 55 Standard 42 „Nemocnice má vypracován plán (směrnice) bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.“



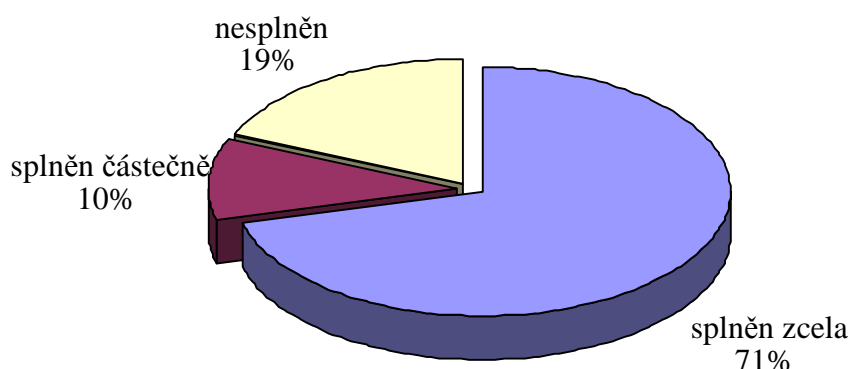
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 43 (90%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 4 (8%) si myslí, že je splněn částečně a 1 (2%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 42: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 42

Standard 42	Nemocnice má vypracován plán (směrnice) bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.
Plnění standardu	Nemocnice má směrnici BOZP zapracovanou ve standardu 3/2006 „BOZP“.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 56 Standard 43 „Nemocnice shromažďují informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro NZIS.“



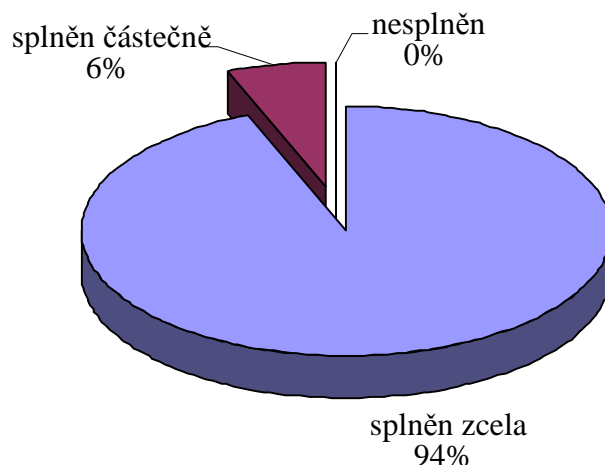
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 34 (71%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 5 (10%) si myslí, že je splněn částečně a 9 (19%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 43: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 43**

Standard 43	Nemocnice shromažďují informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro NZIS.
Plnění standardu	Metodika pro shromažďování dat o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů se nyní zpracovává. Archivace zdravotnické dokumentace je zanesena ve standardu 3/2004 „Spisový, skartační a archivní řád“.
Doporučení	Nemocnice má shromažďovat data o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 57 Standard 44 „Lékařská a ošetrovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby.“



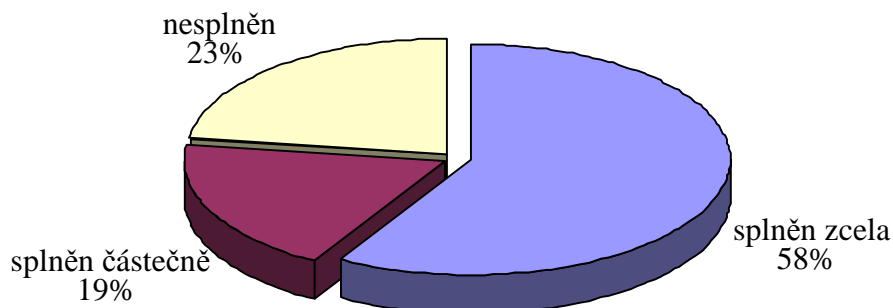
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 45 (94%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 3 (6%) si myslí, že je splněn částečně a 0 (0%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 44: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 44**

Standard 44	Lékařská a ošetrovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby.
Plnění standardu	Směrnice o zdravotnické dokumentaci je dána v kapitole 6 a 16.1.2. standardu 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“. Prevence stranové záměny je dána ve standardu 14/2007 „Prevence stranové záměny a identifikace“. Nyní je zaváděn systém kontinuálního zvyšování kvality zdravotnické dokumentace.
Doporučení	Nemocnice by měla zavést systém kontinuálního zvyšování kvality zdravotnické dokumentace.
Zhodnocení	Splněn částečně

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 58 Standard 45 „Operační protokol je vypsán okamžitě po operaci, obsahuje jméno operátora, asistenta, náказы, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu.“



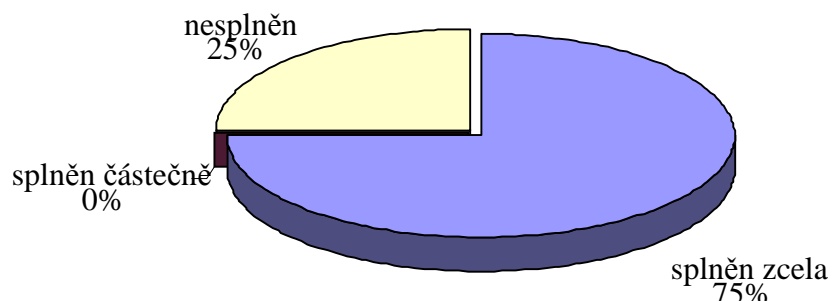
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 28 (58%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 9 (19%) si myslí, že je splněn částečně a 11 (23%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 45: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 45**

Standard 45	Operační protokol je vypsán okamžitě po operaci, obsahuje jméno operátora, asistenta, náказы, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu.
Plnění standardu	Náležitosti operačního protokolu jsou zaneseny ve standardu 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 59 Standard 46 „Pooperační dokumentace u pacientů obsahuje informaci o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech.“



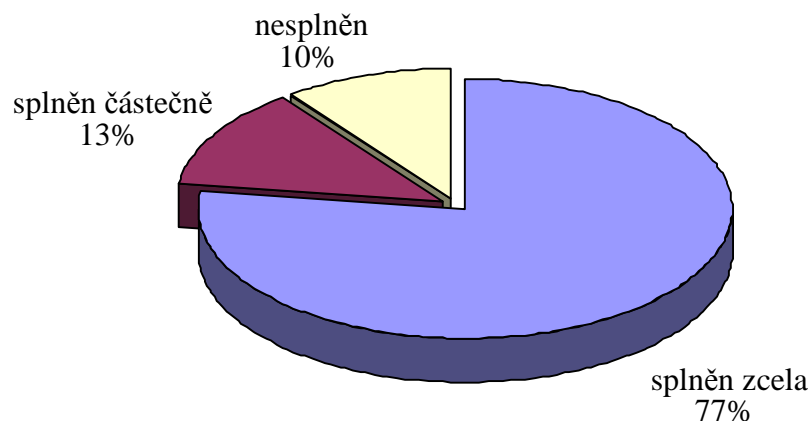
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 36 (75%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 0 (0%) si myslí, že je splněn částečně a 12 (25%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester j tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 46: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 46**

Standard 46	Pooperační dokumentace u pacientů obsahuje informaci o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech.
Plnění standardu	Náplň tohoto standardu je nyní vytvářena.
Doporučení	Nemocnice by měla vytvořit vnitřní předpis, ve kterém stanoví formu a rozsah pooperační dokumentace pacienta a který je zpracován v souladu s národní legislativou. Pooperační dokumentace by měla obsahovat informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci, aplikaci krve a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech, které nastanou u pacienta.
Zhodnocení	Nesplněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 60 Standard 47 „Nemocnice eviduje včasnost vyhotovení definitivní propouštěcí zprávy. Všechny předběžné propouštěcí zprávy budou vyhotoveny v čase propuštění. Vyhotovení definitivních propouštěcích zpráv bude provedeno nejpozději do 10 dnů po propuštění.“



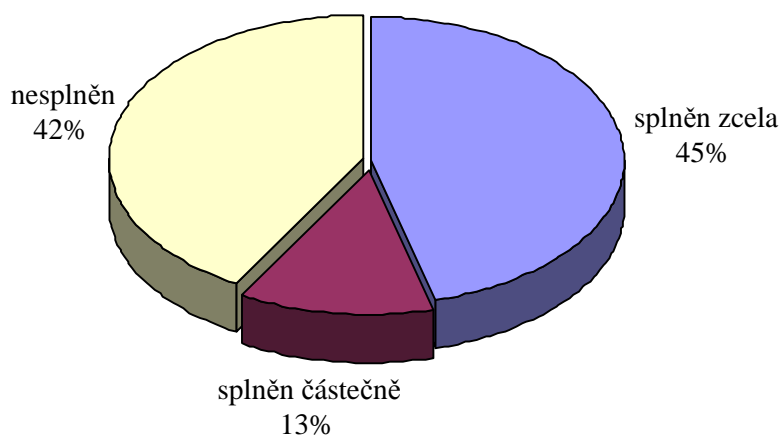
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 37 (77%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 5 (10%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 47: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 47

Standard 47	Nemocnice eviduje včasnost vyhotovení definitivní propouštěcí zprávy. Všechny předběžné propouštěcí zprávy budou vyhotoveny v čase propuštění. Vyhotovení definitivních propouštěcích zpráv bude provedeno nejpozději do 10 dnů po propuštění.
Plnění standardu	Evidence je součástí auditu uzavřených chorobopisů. Vnitřním předpisem je stanovena forma a rozsah propouštěcí zprávy a termíny předběžné i definitivní verze.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 61 Standard 48 „Nemocnice má metodiku kontroly úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv.“



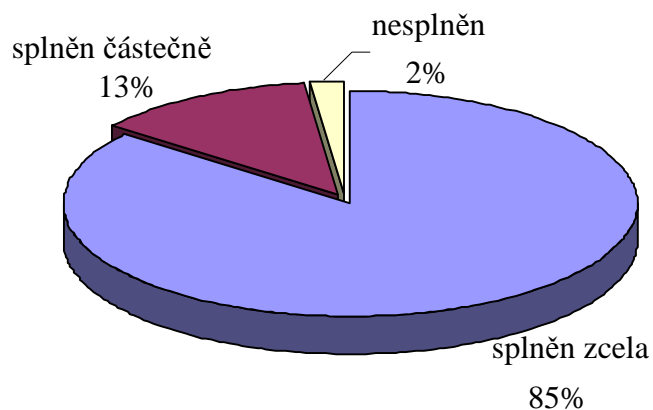
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 22 (45%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 20 (42%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 48: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 48

Standard 48	Nemocnice má metodiku kontroly úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv.
Plnění standardu	K tomuto standardu má nemocnice standard 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“ v kapitole 11 „Propouštěcí zpráva“. Dále jsou prováděny audity na kontrolu propouštěcích zpráv, které jsou součástí auditů uzavřené dokumentace. Postup při úmrtí pacienta je popsán ve standardu 12/2007 „Postup při úmrtí pacienta“, sesterský standard 29 „Péče o umírajícího“ a č. 30 „Péče o mrtvé tělo“. Kontrola tohoto standardu je pomocí auditů.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 62 Standard 49 „Nemocnice rozvíjí a využívá koordinační proces k redukci rizik nozokomiálních infekcí pacientů i profesionálních nákaz personálu, monitoruje nozokomiální infekce a profesionální nákazy a podniká opatření k prevenci a snižování rizik nozokomiálních infekcí a profesionálních nákaz.“



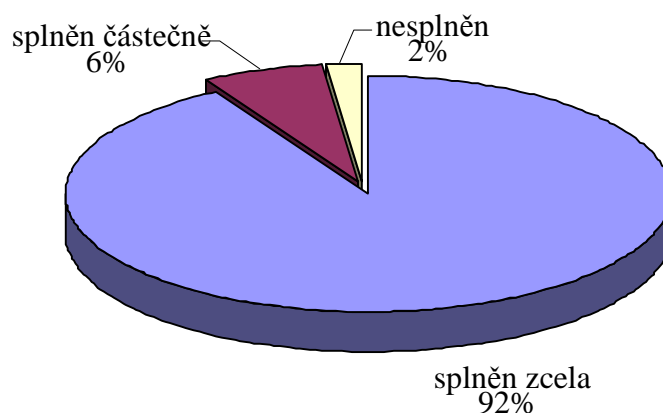
Z celkového počtu 48 (100%) sester si 41 (85%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 1 (2%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 49: **Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 49**

Standard 49	Nemocnice rozvíjí a využívá koordinační proces k redukci rizik nozokomiálních infekcí pacientů i profesionálních nákaz personálu, monitoruje nozokomiální infekce a profesionální nákazy a podniká opatření k prevenci a snižování rizik nozokomiálních infekcí a profesionálních nákaz.
Plnění standardu	Nemocnice sleduje výskyt nozokomiálních nákaz, má k dispozici zprávu za rok 2007, podniká opatření ke snížení vzniku nosokomiálních infekcí a vytváří standard Nozokomiální nákazy. Za monitoraci nozokomiálních nákaz odpovídá ústavní epidemiolog.
Zhodnocení	Splněn

(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Graf 63 Standard 50 „V souladu s platnými předpisy probíhají pravidelná školení personálu o manipulaci s biologickým materiálem a jeho skladování, včetně likvidace použitých pomůcek.“



Z celkového počtu 48 (100%) sester si 44 (92%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 3 (6%) si myslí, že je splněn částečně a 1 (2%) si myslí, že splněn není nebo o něm neví. Z pohledu většiny sester je tento standard **zcela splněn**.

Tabulka 50: Vyhodnocení akreditačního standardu číslo 50

Standard 50	V souladu s platnými předpisy probíhají pravidelná školení personálu o manipulaci s biologickým materiálem a jeho skladování, včetně likvidace použitých pomůcek.
Plnění standardu	Nemocnice nemá vytvořenou směrnici pro nakládání s biologickým materiálem. Manipulace s infekčním prádlem je popsána ve standardu 4/2007 „Nakládání s odpady“. Směrnice o odpadech je popsána ve standardu 4/2007 „Nakládání s odpady“.
Zhodnocení	Splněn

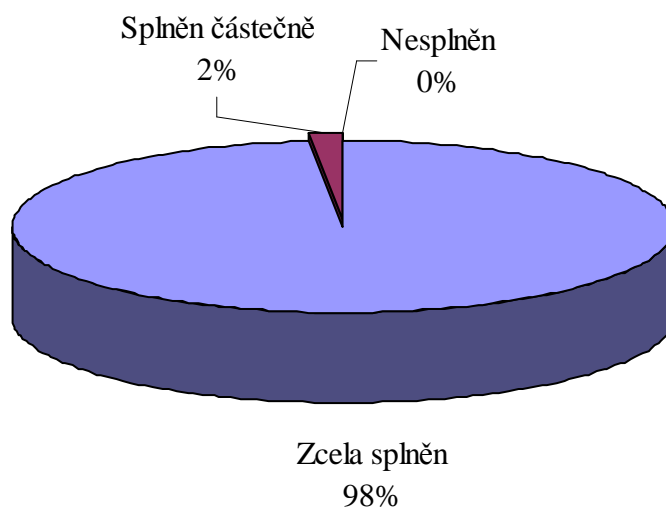
(Obsahová analýza dat z interních dokumentů nemocnice)

Tabulka 51: Plnění národních akreditačních standardů z pohledu sester

1	<i>Splněn</i>	18. 1.	<i>Splněn</i>	32	<i>Splněn</i>
2	<i>Splněn</i>	18.1.2.	<i>Splněn</i>	33	<i>Splněn</i>
3	<i>Splněn</i>	18.1.3.	<i>Splněn</i>	34	<i>Splněn</i>
4	<i>Splněn</i>	18.1.4.	<i>Splněn</i>	35	<i>Splněn</i>
5	<i>Splněn</i>	18.1.5.	<i>Splněn</i>	36	<i>Splněn</i>
6	<i>Splněn</i>	18.1.6.	<i>Splněn částečně</i>	37	<i>Splněn</i>
7	<i>Splněn</i>	18.1.7.	<i>Splněn</i>	38	<i>Splněn</i>
7. 1.	<i>Splněn</i>	19	<i>Splněn</i>	39	<i>Splněn</i>
8	<i>Splněn</i>	20	<i>Splněn</i>	40	<i>Splněn</i>
9	<i>Splněn</i>	21	<i>Splněn</i>	41	<i>Splněn</i>
10	<i>Splněn</i>	22	<i>Splněn</i>	42	<i>Splněn</i>
11	<i>Splněn</i>	23	<i>Splněn</i>	43	<i>Splněn</i>
12	<i>Splněn</i>	24	<i>Splněn</i>	44	<i>Splněn</i>
13	<i>Splněn</i>	25	<i>Splněn</i>	45	<i>Splněn</i>
14	<i>Splněn</i>	26	<i>Splněn</i>	46	<i>Splněn</i>
14. 1.	<i>Splněn</i>	27	<i>Splněn</i>	47	<i>Splněn</i>
15	<i>Splněn</i>	28	<i>Splněn</i>	48	<i>Splněn</i>
16	<i>Splněn</i>	29	<i>Splněn</i>	49	<i>Splněn</i>
17	<i>Splněn</i>	30	<i>Splněn</i>	50	<i>Splněn</i>
18	<i>Splněn</i>	31	<i>Splněn</i>		

Z celkového počtu 59 standardů sestry uvedly, že 58 standardů nemocnice splňuje zcela a 1 standard splňuje částečně.

Graf 64 Plnění národních akreditačních standardů z pohledu sester



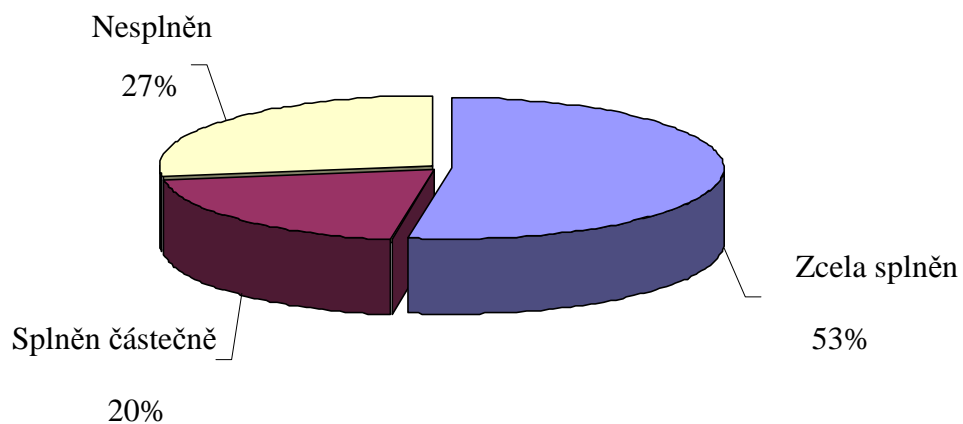
Z celkového počtu 59 (100%) standardů vyhodnotily sestry v dotazníku 58 (98%) standardů jako zcela splněných 1 (2%) standard splněn částečně a 0 (0%) standardů jako nesplněn.

Tabulka 52: Plnění národních akreditačních standardů na základě analýzy interních dokumentů nemocnice

1	<i>Splněn</i>	18. 1.	<i>Nesplněn</i>	32	<i>Splněn částečně</i>
2	<i>Nesplněn</i>	18.1.2.	<i>Nesplněn</i>	33	<i>Nesplněn</i>
3	<i>Splněn</i>	18.1.3.	<i>Nesplněn</i>	34	<i>Splněn</i>
4	<i>Splněn</i>	18.1.4.	<i>Nesplněn</i>	35	<i>Splněn</i>
5	<i>Splněn</i>	18.1.5.	<i>Nesplněn</i>	36	<i>Splněn</i>
6	<i>Splněn</i>	18.1.6.	<i>Nesplněn</i>	37	<i>Splněn</i>
7	<i>Splněn</i>	18.1.7.	<i>Nesplněn</i>	38	<i>Splněn částečně</i>
7. 1.	<i>Splněn</i>	19	<i>Splněn</i>	39	<i>Splněn část.</i>
8	<i>Splněn</i>	20	<i>Splněn</i>	40	<i>Splněn část.</i>
9	<i>Nesplněn</i>	21	<i>Splněn část.</i>	41	<i>Splněn část.</i>
10	<i>Splněn</i>	22	<i>Splněn část.</i>	42	<i>Splněn</i>
11	<i>Splněn</i>	23	<i>Splněn</i>	43	<i>Splněn část.</i>
12	<i>Nesplněn</i>	24	<i>Splněn</i>	44	<i>Splněn část.</i>
13	<i>Splněn</i>	25	<i>Splněn</i>	45	<i>Splněn</i>
14	<i>Splněn část.</i>	26	<i>Splněn</i>	46	<i>Nesplněn</i>
14. 1.	<i>Nesplněn</i>	27	<i>Splněn</i>	47	<i>Splněn</i>
15	<i>Nesplněn</i>	28	<i>Splněn</i>	48	<i>Splněn</i>
16	<i>Splněn</i>	29	<i>Splněn</i>	49	<i>Splněn</i>
17	<i>Splněn částečně</i>	30	<i>Nesplněn</i>	50	<i>Splněn</i>
18	<i>Nesplněn</i>	31	<i>Splněn část.</i>		

Z celkového počtu 59 standardů bylo z interních dokumentů zjištěno, že 31 standardů nemocnice splňuje zcela 12 standardů splňuje částečně a 16 nesplňuje.

Graf 65 Plnění národních akreditačních standardů na základě analýzy interních dokumentů nemocnice



Z celkového počtu 59 (100%) standardů vyšlo z analýzy interních dokumentů, že nemocnice zcela splňuje 31 (53%) standardů 16 (27%) standardů nespĺňuje a 12 (20%) standardů splňuje částečně.

5. Diskuze

Účelem této práce bylo zjistit, jak je mnou vybraná nemocnice v Novém Městě na Moravě připravena na získání akreditace. První částí mého výzkumu bylo náhodné rozdání dotazníku sestřám dané nemocnice. Vybrala jsem si ta větší oddělení jako chirurgické, interní, gynekologické, neurologické a ORL, na kterých jsem dotazníky rozdala jak vrchním sestřám, staničním, ale i směnným sestřám. Rozdáno bylo šedesát dotazníků, návratnost byla 80%. Dotazník měl dvě části: první částí byly identifikační informace o sestřách jako kolik jim je let, kolik let pracují ve zdravotnictví, jakou zastávají funkci a jakého dosáhli nevyššího vzdělání. Druhou částí byly jednotlivé standardy, na které sestry odpovídaly, zda si myslí, že daný standard jejich nemocnice splňuje zcela, částečně nebo je standard nesplňuje.

Na základě analýzy interních dokumentů nemocnice a vyhodnocení dat z dotazníkového šetření jsem dospěla k těmto zajímavým výsledkům. Graf 64 a tabulka 51 ukazuje plnění akreditačních standardů z pohledu sester. Z pohledu sester je z celkového počtu 59 standardů zcela splněno 58 (98%) standardů 1 (2%) standard splněn částečně a 0 (0%) standardů nesplněno. Po provedení obsahové analýzy dat z interních dokumentů nemocnice, jsme zjistili toto: z celkového počtu 59 standardů nemocnice zcela splňuje 31 (53%) standardů 16 (27%) standardů nesplňuje a 12 (20%) standardů splňuje částečně (viz graf 65 a Tabulka 52).

Z dotazníků, které se mi vrátily, jsem zjistila, že si sestry myslí, že jejich nemocnice je na akreditaci připravená jak popisuje graf 64. V dané oblasti managementu, které se spíše týkají vedení nemocnice a ne tak vlastní prací sester, v hojné míře uváděly sestry buď nesplnění standardu, nebo o přítomnosti tohoto standardu nevěděly. Jak je patrné v grafu 48, z celkového počtu 48 sester si 21 (43%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 8 (17%) si myslí, že je splněn částečně a 19 (40%) si myslí, že splněn není. Obdobně v grafu 49 ze 48 sester uvedlo 22 (46%) sester, že nemocnice splňuje standard zcela 4 (8%) si myslí, že je splněn částečně a 22 (46%) sester uvedlo, že standard splněn není. A graf 52 ukazuje, že 23 (47%) sester si myslí, že

nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 19 (40%) si myslí, že splněn není.

Proto bych v tomto ohledu doporučila vedení nemocnice zodpovědné za přípravu nemocnice k akreditaci, aby sestry seznámily i těmito standardy. Akreditace se netýká pouze vedení nemocnice, ale velikou součástí provozu nemocnice jsou řadoví zaměstnanci, a proto by bylo dobré, aby se cítili jako rovní partneři při vytváření péče o pacienta a měli tak i dostačující informace.

Myslíme si, že sestry jsou již nějakou formou o akreditaci informovány. Neboť 55% sester pracuje ve zdravotnictví 16 a více let jak ukazuje graf 1 a největšího procenta (34%) dosahuje věk sester 41–50 let (viz graf 2). Tudíž je jasné, že nepřevažují sestry mladšího věku, které by se s akreditací seznámily ve škole nebo při svém vzdělávání. Toto tvrzení ani nevyvrací fakt, že 77% sester jsou sestry směnné, a tudíž se nejedná o sestry ve vedoucích funkcích, které by o akreditaci mohly vědět více (viz graf 3).

Dochází zde ale k rozporu mezi zjištěnými informacemi z daných dotazníků (viz graf 64 a tabulka 51) a obsahovou analýzou dat z interních dokumentů nemocnice (viz graf 65 a tabulka 52). Neboť sestry uvádějí, že dané standardy splňuje nemocnice na 98%. Oproti tomu z interních dokumentů vyplývá, že tomu tak není. Nemocnice má pouze 53% standardů, které splňují zcela a asi 27% standardů nesplňuje vůbec, což je dle akreditační komise nepřijatelné (viz graf 65).

Je ale důležité vzít v potaz, že tyto standardy jsou většinou na oddělení v dané nemocnici dodržovány prakticky, ale nejsou všechny zaneseny v interních spisech formou standardů, vnitřních předpisů a podobně. Proto je dobré se podívat na odpovědi sester i ze strany toho, že se dívaly na dodržování standardů po praktické stránce, v rámci svého povolání a denních činností. Bylo by dobré, aby se nemocnice zaměřila nejprve na to, aby doplnila chybějící standardy i do formy písemné a hlavně aby s nimi seznámila i své zaměstnance. Pokud se toto nemocnici podaří, je na akreditaci výborně připravena.

V přípravě nemocnice na akreditaci dosáhlo zmíněné zdravotnické

zařízení doposud toho, že splňuje třicet jedna standardů, což je malou nemocnici za velmi krátkou dobu velice dobré. Dalších dvanáct standardů nemocnice má splněny částečně, což znamená, že u těchto standardů stačí dodatky a úpravy, aby byly splněny (viz graf 65).

Hypotéza 1 byla, že nemocnice splňuje akreditační standard číslo 10 „Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán ošetrovatelské péče.“ Tato hypotéza byla potvrzena a to jak sestrami formou dotazníku, ale i analýzou interních materiálů (viz graf 15 a tabulka 10), kdy ze 48 sester si 39 (81%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 6 (13%) si myslí, že je splněn částečně a 3 (6%) si myslí, že splněn není. A analýzou interních materiálů jsme zjistili, že nemocnice při přijetí pacienta vyhotovuje plán péče v dekursu lékařský, v ošetrovatelské dokumentaci ošetrovatelský a v záznamu rehabilitační, dle standardu 17/2007 „Vedení zdravotnické dokumentace“. A plnění tohoto standardu je sledováno pomocí auditů.

Hypotéza 2 byla, že nemocnice splňuje akreditační standard číslo 19 „Nemocnice má vytvořeny standardy ošetrovatelské péče pro všechny pacienty.“ I tato hypotéza byla potvrzena a to stejně jako předchozí sestrami jak ukazuje graf 32, že ze 48 sester si 45 (96%) sester myslí, že nemocnice splňuje standard zcela, 1 (2%) si myslí, že je splněn částečně a 1 (2%) si myslí, že splněn není. A analýzou interních materiálů, z kterých vychází tabulka 19, jsme zjistili, že má nemocnice vytvořeny ošetrovatelské standardy pro všechny kategorie pacientů. Tyto standardy pravidelně aktualizuje a všechny ošetrovatelské standardy jsou umístěny na interní síti nemocnice „intranetu“.

Hypotéza 3 byla, že nemocnice nesplňuje všechny akreditační standardy. I tato hypotéza byla potvrzena. Nemocnice splňuje pouze 31 akreditačních standardů, deset jich splňuje částečně a patnáct nesplňuje vůbec, jak vše ukazuje graf 65 a tabulka 52.

V této diskuzi bych ráda vybrala ty standardy, které nemocnice nesplňuje a měla by se na ně zaměřit. Zde uvádím doporučení, která by se měla dodržet, aby byl daný standard splněn. Zaměřím se na standardy

nesplněné, neboť standardy, které jsou splněny částečně, jsou již nemocnicí rozpracovávány.

Ke standardu číslo 2 (viz tabulka 2) „Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických, léčebných postupů i ošetrovatelských postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.“ by měla nemocnice vytvořit metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů. Tyto postupy by měly být nemocnicí pravidelně aktualizovány a především dodržovány.

Standard číslo 9 (tabulka 9) „*Pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestézii, má předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anesthesie, resuscitace a intenzivní medicíny v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice, oddělení*“ určuje vnitřním předpisem postup předanestetického vyšetření, které nemocnice nemá. V tomto předpisu by měla nemocnice mít stanovený obsah a rozsah předanestetického vyšetření. V tomto předpisu má být uveden postup vyšetření u akutních pacientů. Jsou zde také uvedeny kvalifikační požadavky na lékaře provádějícího předanesteické vyšetření.

Standard číslo 12 (viz tabulka 12) „*U každého pacienta jsou během anestézie a po ní monitorovány základní vitální funkce (v rozsahu určenému pro příslušné oddělení)*“ určuje vnitřním předpisem postup při podávání celkové anestézie. Je zde stanoven minimální rozsah vyšetření pacienta před zahájením anestézie. V tomto standardu by měla nemocnice stanovit způsob monitorování základních životních funkcí během anestézie a po skončení anestézie.

Ke standardu číslo 14. 1. (tabulka 14.1) „*Nemocnice má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léčiv hospitalizovaných pacientů*“ by měla nemocnice vypracovat předpis stanovující osoby, které jsou oprávněny ordinovat léčiva, a které osoby jsou oprávněny léčiva podávat.

Standard číslo 15 (viz tabulka 15) „*Nemocnice specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy*“

předepisuje vybavení jednotlivá oddělení přístroji, pomůckami a léčivy k neodkladné KPCR. Nemocnice zařídí pravidelné proškolení personálu v KPCR a zavede to požadavků vnitřního předpisu. Součástí jsou také zápisy o provedené kontrole přítomnosti a expirační době léčiv k neodkladné KPCR.

Standardy 18, 18. 1., 18.1.2., 18.1.3., 18.1.4., 18.1.5., 18.1.6 a 18.1.7 se týkají přípravy a podávání stravy. *“Nemocnice má vypracován standard podávání stravy pacientům. Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným dietní sestrou. Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů. Personál připravující jídlo pro pacienty je zaškolen. Každý pacient dostává jídlo podle svých potřeb. Rukavice a pokrývka hlavy jsou používány, tak jak je předepsáno. Jídlo, které si přinesou pacienti nebo jejich rodina je bezpečně skladováno. Jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, odpovídají dietě stanovené lékařem. Zdravotní stav personálu v kuchyni se sleduje podle platných předpisů“*

Aby byly tyto standardy naplněny, musí mít nemocnice ve vnitřních předpisech zaveden postup při objednávání a podávání stravy pacientům. Musí být stanoven postup při přípravě, skladování, distribuci a vydávání potravin a to včetně stanovení odpovědnosti jednotlivých pracovníků.

Součástí vnitřních předpisů musí být zanesení o pravidelném proškolení osob, které se podílejí na přípravě a podávání stravy pacientům. O tomto proškolení by měla nemocnice vést písemné záznamy.

Dalším důležitým bodem je aby bylo zajištěno podání stravy pacientům dle jejich zdravotního stavu a pokud to umožní místní podmínky, aby pacientovi bylo umožněno podání stravy dle jeho stravovacích zvyklostí a spirituálním hodnotám.

Osoby, které nepodílejí na přípravě a podávání stravy musí používat ochranné pomůcky, které stanoví vnitřním předpisem nemocnice. Jejich zdravotní stav je pravidelně kontrolován a o výsledcích jsou prováděny záznamy.

Do provozních řádů nemocnice zanesete postup při skladování potravin donesených pacientem nebo jeho blízkými. Součástí je také kontrola zdravotnickými pracovníky, zad pacient dostává stravu vhodnou z hlediska jeho dietních omezení, které stanovil lékař a nevhodné potraviny vyřadit.

Standard číslo 30 (viz tabulka 30) *“Nemocnice stanoví vnitřním předpisem plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje užívané k monitoraci funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.)“* stanovuje, že nemocnice má mít ve svém vnitřním předpisu plán preventivních prohlídek přístrojů, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje, které jsou užívané k monitoraci životních funkcí jako jsou respirátory, defibrilátory a monitory.

Náplní standardu číslo 33 (viz tabulka 33) *„Každý vedoucí oddělení dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality spolupráce a kooperace s jinými odděleními“* je dodržování organizačního řádu a plánu rozvoje nemocnice každým vedoucím jednotlivých oddělení. Ten řeší otázky personální, odborný rozvoj, rozvoj kvality a spolupráce a kooperace s jinými odděleními.

Standardem číslo 46 (tabulka 46) *„Pooperační dokumentace u pacientů obsahuje informaci o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech“* ve vnitřním předpisu nemocnice stanovuje rozsah a formu pooperační dokumentace pacienta. Musí být zpracován v souladu s národní legislativou.

Pooperační dokumentace obsahuje informace o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, mediaci, aplikaci krve a krevních derivátů a o všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech při pooperační péči.

Zde jsme uvedli doporučení pro nemocnici v Novém Městě na Moravě, dle vybraných standardů, které nemocnice nesplňuje.

Všechny mé hypotézy, které jsem si zadala byly potvrzeny. Cílem mé práce bylo zjistit, zda je nemocnice v Novém Městě na Moravě připravena na to aby získala akreditaci. Dle mého výzkumu na akreditaci připravena není, i

když si to po vyhodnocení dotazníků myslí místní sestry. Ale je na velice dobré cestě tuto akreditaci získat. Je to dáno plnou nasazeností sestavené komise, která má přípravu na akreditaci na starosti. Velice lidský a kolegiální vztah ke všem zaměstnancům a to nejen k nadřízeným, je tím nejlepším krokem k získání akreditace.

6. Závěr

Akreditace je velice složitá věc na přípravu pro dané zdravotnické zařízení obzvláště pokud je nuceno akreditaci získat za velmi krátkou dobu.

Cílem této práce bylo zjistit, zda je Nemocnice v Novém Městě na Moravě na akreditaci připravena. Na základě stanoveného cíle jsem navrhla tři hypotézy. H1 byla, že nemocnice splňuje akreditační standard číslo 10 „Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán ošetrovatelské péče.“ H2 zněla, že nemocnice splňuje akreditační standard číslo 19 „Nemocnice má vytvořeny standardy ošetrovatelské péče pro všechny pacienty.“ A poslední hypotézou je H3, že nemocnice nesplňuje všechny akreditační standardy. Na základě vyhodnocených dat se H1 potvrdila, H2 se potvrdila a H3 se také potvrdila.

Je ale důležité vzít v potaz, že tyto standardy jsou většinou na oddělení v dané nemocnici dodržovány prakticky, ale nejsou všechny zaneseny v interních spisech formou standardů, vnitřních předpisů a podobně. Proto je dobré se podívat na odpovědi sester i ze strany toho, že se dívali na dodržování standardů po praktické stránce, v rámci svého povolání a denních činností. Bylo by dobré, aby se nemocnice zaměřila nejprve na to, aby doplnila chybějící standardy i do formy písemné a hlavně, aby s nimi seznámila i své zaměstnance. Pokud se toto nemocnici podaří, je na akreditaci výborně připravena.

Touto prací bych velice ráda pomohla nemocnici v Novém Městě na Moravě v již tak hezky rozběhlé přípravě na získání akreditace. Ve své práci jsem zhodnotila, které standardy nemocnice dodržuje, které ne a dodala doporučení, na která by se měla nemocnice a především přípravný tým zaměřit. Věřím, že tyto získané informace budou ku prospěchu využity a to nejen nemocnicí, kterou jsem si vybrala pro svůj výzkum v této práci, ale také pro všechny ostatní nemocnice a zdravotnická zařízení, která se chystají akreditaci získat. Přála bych si, aby nejenom jim byla tato práce ku prospěchu, neboť téma akreditace je v dnešní době velice diskutované téma a také je to téma nové, na které ještě nevyšlo mnoho zdrojů literatury, proto

bych byla velice ráda poslouží-li tato práce při rozšiřování tohoto tématu mezi ostatní zdravotníky.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Akreditovaná zdravotnická zařízení*. [online], [cit. 2008-04-26]. Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/akreditovana-zarizeni.php>>.
2. BOCZAR, N., a kol. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN: 80-247-0278-9.
3. *Etický kodex práv pacientů*. [online], [cit.2008-04-25]. Dostupné z: <<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14>>.
4. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd., Brno: Computer press, 2003. ISBN- 80-7226-996-8.
5. GROHAR, M., a kol. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd., Praha: Grada, 2003. ISBN: 80-247-0267-3.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd., Praha: Galén, 2007. ISBN: 978-80-7262-497-3.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Kutilové, 1996. ISBN: není uveden.
8. *Historie*. [online], [cit. 2008-11-12]. Dostupné z: <<http://www.nnm.cz/?id=historie>>.
9. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a praxe*. [Díl] 2. 1. vyd., Martin: Osveta, 1995. ISBN: 80-217-0528-0.
10. KRAUS, J. *Nový akademický slovník cizích slov: A-Ž*. 1. vyd., Praha: Academia, 2006. ISBN: 80-200-1415-2.

11. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2069-2.
12. MADAR, J. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*., 1. vyd., Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0585-0.
13. MARX, D., a kol. *Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise České republiky (manuál a metodika)*. [online], [cit. 2008-03-12]. Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/files/Pruvodce-akr-setrenim-2007.pdf>>.
14. MARX, D., STANĚK, I. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad*. 1.vyd., Praha: Grada, 2004. ISBN-80-247-0629-6.
15. MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. [online], [cit. 2008-03-12]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/files/metodika_nemocnice.pdf>.
16. *O nemocnici-certifikace*. [online], [cit. 2008-11-12]. Dostupné z: <http://www.nnm.cz/?id=nemocnice_jakost>.
17. *Pravidla zahájení akreditačního šetření sak ČR ve zdravotnickém zařízení*. [online], [cit. 2008-04-23]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/files/pravidla_akreditacni_setreni.pdf>.
18. *Seznam platných předpisů a směrnic*. [online], [cit. 2008-04-14]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/283-iii-zdravotni-pece.html>>.

19. ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN – 80-7013-419-4.
20. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd., Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
21. *Ústřední vojenská nemocnice obhájila po třech letech mezinárodní akreditaci JCI*. [online], [cit. 2008-04-12]. Dostupné z: <<http://forum.czechmed.cz/?q=node/2773>>.
22. VOKURKA, M. *Praktický slovník medicíny*. 8. rozš. vyd., Praha: Maxdorf, 2007. ISBN: 978-80-7345-123-3.
23. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd., Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0704-7.
24. *Základní údaje o SAK ČR*. [online], [cit. 2008-04-27]. Dostupné z: <<http://www.sakcr.cz/about.php>>.

8. Klíčová slova

Akreditace

Nemocnice

Spojená akreditační komise

Standard

9. Seznam příloh

1. Dotazník
2. Národní akreditační standardy pro nemocnice
3. Práva hospitalizovaných dětí a dospělých pacientů

Příloha 1 Dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Veronika Šimková, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, kde studuji 3. rokem obor Všeobecná sestra.

Touto cestou bych Vás chtěla požádat o spolupráci na mé bakalářské práci na téma „Připravenost vybrané nemocnice k akreditaci“.

Prosím, aby jste odpovídali pravdivě. Data získaná od Vás jsou anonymní a budou použity pouze pro bakalářskou práci.

Velice Vám děkuji za strávený čas nad tímto dotazníkem a za ochotu jej vyplnit.

Děkuji Veronika Šimková

Prosím zakroužkujte nabízenou možnost nebo dopište:

Kolik let pracujete ve zdravotnictví?

- a) do 5 let
- b) 6 – 15 let
- c) 16 a více let

Kolik Vám je let?

Jakou funkci v nemocnici vykonáváte?

- a) Vrchní sestra
- b) Staniční sestra
- c) Směnná sestra
- d) jiné.....

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ (středoškolské)
- b) VOŠ (vyšší odborné)
- c) PSS (specializační)
- d) VŠ (vysokoškolské)
- e) jiné

V následující části dotazníku jsou vypsané národní akreditační standardy, které stanovila Spojená akreditační komise České republiky a jejich plnění je podmínkou pro získání akreditačního certifikátu.

Pozorně si jednotlivé akreditační standardy přečtěte a dle vlastního uvážení určete, zda daný standard nemocnice zcela splňuje, částečně splňuje, nesplňuje nebo nevíte. Zakroužkujte jednu odpověď’.

	Zcela splněn	Částečně splněn	Nesplněn	Nevím
1. Nemocnice má vytvořený projekt zvyšování kvality služeb a naplňování potřeb zdravotní péče – projekt rozvíjí, sleduje a vyhodnocuje.	3	2	1	0
2. Nemocnice má vytvořený pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických, léčebných postupů i ošetrovatelských postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.	3	2	1	0
3. Nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování výstupů.	3	2	1	0
4. Postupně kvalifikovaný personál stanoví medicínské, ošetrovatelské, psychologické a sociální potřeby každého pacienta do 24 hod. po přijetí a to v míře odpovídající charakteru oddělení.	3	2	1	0
5. Každý pacient má provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření (anamnéza + fyzikální nález) ošetřujícím lékařem do 24 hod. po přijetí.	3	2	1	0
6. Nemocnice má vnitřním předpisem určen standardní obsah a rozsah anamnézy a klinického vyšetření včetně formální úpravy zdravotnické dokumentace pro všechny obory.	3	2	1	0
7. Nemocnice má vnitřním předpisem určenou frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů.	3	2	1	0
7. 1. Každý pacient je vyšetřen lékařem nejméně 1x denně se zápisem do dokumentace.	3	2	1	0
8. Při každé změně směny sester je předání pacienta na oddělení provedeno kvalifikovanou sestrou – kvalifikované sestře, současně se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Při předání pacienta na jiné oddělení je proveden záznam v ošetrovatelské dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem – kvalifikovanému pracovníkovi.	3	2	1	0

9. Pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestézii, má předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anesthesie, resuscitace a intenzivní medicíny v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice, oddělení.	3	2	1	0
10. Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.	3	2	1	0
11. V dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikríza s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení.	3	2	1	0
12. U každého pacienta jsou během anestézie a po ní monitorovány základní vitální funkce (v rozsahu určenému pro příslušné oddělení).	3	2	1	0
13. Nemocnice má seznam léčiv – „pozitivní list“, který je pravidelně obnovován.	3	2	1	0
14. Nemocnice má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léčiv hospitalizovaných pacientů.	3	2	1	0
14. 1. V nemocnici je vypracována metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léčiva.	3	2	1	0
15. Nemocnice specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy.	3	2	1	0
16. Personál je školen k podávání léčiv a používání přístrojů a pomůcek neodkladné péče.	3	2	1	0
17. Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně 1 x týdně a o provedené kontrole učiní zápis.	3	2	1	0
18. Nemocnice má vypracovaný standard podávání stravy pacientům. Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným dietní sestrou.	3	2	1	0
18. 1. Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy a vyživovacích produktů.	3	2	1	0
18.1.2. Personál připravující jídlo pro pacienty je zaškolen.	3	2	1	0
18.1.3. Každý pacient dostává jídlo podle svých potřeb.	3	2	1	0
18.1.4. Rukavice a pokrývka hlavy jsou používány, tak jak je předepsáno.	3	2	1	0
18.1.5. Jídlo, které si přinesou pacienti nebo jejich rodina je bezpečně skladováno.	3	2	1	0
18.1.6. Jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, odpovídají dietě stanovené lékařem.	3	2	1	0
18.1.7. Zdravotní stav personálu v kuchyni se sleduje podle platných předpisů.	3	2	1	0

19. Nemocnice má vytvořeny standardy ošetrovatelské péče pro všechny pacienty.	3	2	1	0
20. Všichni propuštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní)(jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány pro jednotlivá oddělení vnitřním předpisem.	3	2	1	0
21. Zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi mezi nemocnicemi bude před transportem stabilizován. Když jsou pacienti překládáni do jiného zařízení, pak s potvrzením tohoto zařízení, že pacienta přijme, toto potvrzení bude zajištěno ještě před vlastním transportem (výjimku tvoří případy bezprostředního nebezpečí z prodlení). Dokumentace musí být jednoznačná a musí obsahovat popis, jak a proč se pacient do nemocnice dostal a co bylo obsahem nemocniční péče, případná doporučení pro přebírajícího lékaře (zejména při předání do péče praktických lékařů), odhad prognózy s předpokladem kvality života pacienta.	3	2	1	0
22. Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.	3	2	1	0
23. Nemocnice zajistí zřetelné vyvěšení Kodexu práv pacientů, příp. Charty práv dětí v nemocnici na jednotlivých odděleních.	3	2	1	0
24. Imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR.	3	2	1	0
25. Nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR.	3	2	1	0
26. Nemocnice je uspořádána ve shodě s příslušnými stavebními a hygienickými předpisy (ČSN) a registruje seznam provozů, které aktuálním normám nevyhovují.	3	2	1	0
27. Nemocnice pravidelně kontroluje dodržování stavu protipožární ochrany v souladu s příslušným zákonem.	3	2	1	0
28. Personál organizace je seznámen s požárním, havarijním a evakuačním řádem, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány.	3	2	1	0
29. Nemocnice má náhradní elektrický zdroj minimálně pro operační sály a jednotky intenzivní péče.	3	2	1	0
30. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje užívané k monitoraci funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.)	3	2	1	0
31. Ředitel nemocnice vydává organizační řád nemocnice, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení.	3	2	1	0
32. Každé oddělení nemocnice má písemně zpracované spektrum péče poskytované pacientům.	3	2	1	0
33. Každý vedoucí oddělení dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality spolupráce a	3	2	1	0

kooperace s jinými odděleními.				
34. Vedení nemocnice a personál jsou seznámeni s posláním, cíli, a se strategií řízení nemocnice.	3	2	1	0
35. Vedení nemocnice má stanovenou metodiku zpracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů organizace.	3	2	1	0
36. Vedení nemocnice poskytuje pravidelně, včasně a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnání jednotlivých zařízení.	3	2	1	0
37. Nemocnice má písemně vypracovanou náplň práce pro všechny typy zaměstnanců, vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjí kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.	3	2	1	0
38. Kromě určení kvalifikace a výkonových předpokladů všech zaměstnanců, určuje v organizačním řádu vedení nemocnice formy spolupráce jednotlivých oddělení nemocnic.	3	2	1	0
39. Vedení nemocnice rozvíjí systematicky proces školení prověřování lékařů k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon lékařů.	3	2	1	0
40. Vedení ošetrovatelského personálu rozvíjí systematicky proces školení pověřování sester k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon sester.	3	2	1	0
41. Nemocnice sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.	3	2	1	0
42. Nemocnice má vypracován plán (směrnice) bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.	3	2	1	0
43. Nemocnice shromažďují informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro NZIS.	3	2	1	0
44. Lékařská a ošetrovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby.	3	2	1	0
45. Operační protokol je vypsán okamžitě po operaci, obsahuje jméno operátora, asistenta, náказы, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu.	3	2	1	0
46. Pooperační dokumentace u pacientů obsahuje informaci o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech.	3	2	1	0
47. Nemocnice eviduje včasnost vyhotovení definitivní propouštěcí zprávy. Všechny předběžné propouštěcí zprávy budou vyhotoveny v čase propuštění. Vyhotovení definitivních propouštěcích zpráv bude provedeno nejpozději do 10 dnů po propuštění.	3	2	1	0
48. Nemocnice má metodiku kontroly úplnosti a včasnosti vyhotovování	3	2	1	0

propouštěcích zpráv.				
49. Nemocnice rozvíjí a využívá koordinační proces k redukcí rizik nozokomiálních infekcí pacientů profesionálních nákaz personálu, monitoruje nozokomiální infekce a profesionální nákazy a podniká opatření k prevenci a snižování rizik nozokomiálních infekcí a profesionálních nákaz.	3	2	1	0
50. V souladu s platnými předpisy probíhají pravidelná školení personálu o manipulaci s biologickým materiálem a jeho skladování, včetně likvidace použitých pomůcek.	3	2	1	0

Příloha 2 Národní akreditační standardy pro nemocnice

I. Standard kvality

1. Nemocnice vytvoří projekt zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a naplňování potřeb zdravotní péče-projekt rozvíjí, sleduje a vyhodnocuje.

2. Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování standardních diagnostických, léčebných postupů i ošetrovatelských postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje.

3. Nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů a způsob vyhodnocování výstupů.

II. Standardy diagnostických postupů

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

5. Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno kompletní vyšetření (anamnéza a fyzikální nález) ošetřujícím lékařem do 24 hod. po přijetí.

6. Nemocnice určí vnitřním předpisem standardní obsah a rozsah anamnézy a klinického vyšetření včetně formální úpravy zdravotnické dokumentace pro všechny obory.

7. Nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů.

7.1 Každý pacient bude vyšetřen lékařem nejméně 1x denně se zápisem do dokumentace.

8. Při každé změně směny sester bude předání pacienta na oddělení provedeno kvalifikovanou sestrou – kvalifikované sestře, současně se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Při předání pacienta na jiné oddělení bude proveden záznam v ošetrovatelské dokumentaci pacienta a bude provedeno předání pacienta kvalifikovaným zdravotnickým pracovníkem – kvalifikovanému pracovníkovi.

9. Pacient, u kterého je plánován diagnostický či terapeutický výkon v celkové anestézii, má předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření v rozsahu metodického doporučení České společnosti anesthesie, resuscitace a intenzivní medicíny v rozsahu stanoveném vnitřním předpisem nemocnice, oddělení.

III. Standardy péče o pacienty

10. Pro každého pacienta je na začátku hospitalizace písemně vyhotoven plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.

11. V dokumentaci každého pacienta je pravidelně písemně vyhotovována epikríza s frekvencí a věcným obsahem stanovenými pro každé oddělení.

12. U každého pacienta jsou během anestézie a po ní monitorovány základní vitální funkce (v rozsahu určenému pro příslušné oddělení).

13. Nemocnice má seznam léčiv – „pozitivní list“, který je pravidelně obnovován.

14. Nemocnice má písemně vypracovanou metodiku upravující podávání léčiv hospitalizovaných pacientů.

14. 1. V nemocnici je vypracována metodika, která obsahuje kvalifikační požadavky na personál podávající léčiva.

15. Nemocnice specifikuje vybavení jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy.

16. Personál je školen k podávání léčiv a používání přístrojů a pomůcek neodkladné péče.

17. Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních, počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně 1 x týdně a o provedené kontrole učiní zápis.

18. Nemocnice má vypracován standard podávání stravy pacientům. Strava pro pacienty se podává bezpečným, přesným, včasným a pro pacienty přijatelným způsobem stanoveným pro každé oddělení a schváleným dietní sestrou.

18. 1. Na všech stupních řízení je přesně definována odpovědnost za přípravu, skladování, distribuci a vydávání potravy a výživových produktů.

18.1.2. Personál připravující jídlo pro pacienty je zaškolen.

18.1.3. Každý pacient dostává jídlo podle svých potřeb.

18.1.4. Rukavice a pokrývka hlavy jsou používány, tak jak je předepsáno.

18.1.5. Jídlo, které si přinesou pacienti nebo jejich rodina je bezpečně skladováno.

18.1.6. Jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, odpovídají dietě stanovené lékařem.

18.1.7. Zdravotní stav personálu v kuchyni se sleduje podle platných předpisů.

19. Nemocnice má vytvořené standardy ošetrovatelské péče pro všechny kategorie pacientů.

IV. Standardy kontinuity zdravotní péče

20. Všichni propuštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou (předběžnou nebo definitivní (jejíž rozsah a náležitosti jsou definovány pro jednotlivá oddělení vnitřním předpisem).

21. Zdravotní stav pacientů, kteří jsou převáženi mezi nemocnicemi bude před transportem stabilizován. Když jsou pacienti překládáni do jiného zařízení, pak s potvrzením tohoto zařízení, že pacienta přijme, toto potvrzení bude zajištěno ještě před vlastním transportem (výjimku tvoří případy bezprostředního nebezpečí z prodlení). Dokumentace musí být jednoznačná a musí obsahovat popis, jak a proč se pacient do nemocnice dostal a co bylo obsahem nemocniční péče, případná doporučení pro přebírajícího lékaře (zejména při předání do péče praktických lékařů), odhad prognózy s předpokladem kvality života pacienta.

V. Standardy dodržování práv pacientů

22. Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.

23. Nemocnice zajistí zřetelné vyvěšení Kodexu práv pacientů, příp. Charty práv dětí v nemocnici na jednotlivých odděleních.

24. Imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR.

VI. Standardy podmínek poskytované péče

25. Nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR.

26. Nemocnice dodržuje obecně závazné předpisy, směrnice (instrukce) a metodické listy vydané v resortu zdravotnictví ČR.

27. Nemocnice pravidelně kontroluje dodržování stavu protipožární ochrany v souladu s příslušným zákonem.

28. Personál organizace je seznámen s požárním, havarijním a evakuačním řádem, tyto znalosti jsou pravidelně prověřovány.

29. Nemocnice má náhradní elektrický zdroj minimálně pro operační sály a jednotky intenzivní péče.

30. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem plán preventivních prohlídek přístrojů zahrnující přístroje, které jsou zdroji ionizačního záření a přístroje užívané k monitoraci funkcí (respirátory, defibrilátory, monitory atd.)

VII. Standardy managementu

31. Ředitel nemocnice vydává organizační řád nemocnice, ve kterém jasně definuje vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích pracovníků na jednotlivých úrovních řízení.

32. Každé oddělení nemocnice má písemně zpracované spektrum péče poskytované pacientům.

33. Každý vedoucí oddělení dodržuje organizační řád a plán rozvoje, který řeší otázky personální, rozvoj odborný, rozvoj kvality spolupráce a kooperace s jinými odděleními.

34. Vedení nemocnice a personál jsou seznámeni s posláním, cíli, a se strategií řízení nemocnice.

35. Vedení nemocnice má stanovenou metodiku zpracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů organizace.

36. Vedení nemocnice poskytuje pravidelně, včasně a kvalitně podklady orgánům státní správy a statistiky za účelem analýzy a možnosti srovnání jednotlivých zařízení.

VIII. Standardy péče o zaměstnance

37. Nemocnice má písemně vypracovanou náplň práce pro všechny typy zaměstnanců, vedení nemocnice stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjí kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.

38. Kromě určení kvalifikace a výkonových předpokladů všech zaměstnanců, určuje v organizačním řádu vedení nemocnice formy spolupráce jednotlivých oddělení nemocnic.

39. Vedení nemocnice rozvíjí systematicky proces školení prověřování lékařů k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon lékařů.

40. Vedení ošetrovatelského personálu rozvíjí systematicky proces školení pověřování sester k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon sester.

41. Nemocnice sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.

42. Nemocnice má vypracován plán (směrnice) bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.

IX. Standardy pro sběr a zpracování informací

43. Nemocnice shromažďují informace o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů i jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro NZIS.

44. Lékařská a ošetrovatelská dokumentace obsahuje dostatečné informace o identifikaci pacienta, diagnóze a postupech léčby.

45. Operační protokol je vypsán okamžitě po operaci, obsahuje jméno operátora, asistenta, náklady, užitý postup, zvláštnosti a případné komplikace průběhu.

46. Pooperační dokumentace u pacientů obsahuje informaci o životně důležitých funkcích, stavu vědomí, medikaci (včetně podaných infuzí), o aplikaci krve a krevních derivátů a všech nezvyklých komplikacích a jiných závažných okolnostech.

47. Nemocnice eviduje včasnost vyhotovení definitivní propouštěcí zprávy. Všechny předběžné propouštěcí zprávy budou vyhotoveny v čase propuštění. Vyhotovení definitivních propouštěcích zpráv bude provedeno nejpozději do 10 dnů po propuštění.

48. Nemocnice má metodiku kontroly úplnosti a včasnosti vyhotovování propouštěcích zpráv.

X. Standardy protiepidemických opatření

49. Nemocnice rozvíjí a využívá koordinační proces k redukci rizik nozokomiálních infekcí pacientů i profesionálních nákaz personálu, monitoruje nozokomiální infekce a profesionální nákazy a podniká opatření k prevenci a snižování rizik nozokomiálních infekcí a profesionálních nákaz.

50. V souladu s platnými předpisy probíhají pravidelná školení personálu o manipulaci s biologickým materiálem a jeho skladování, včetně likvidace použitých pomůcek.

MARX, D., VLČEK, F., *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. [online], [cit. 2008-03-12]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/files/metodika_nemocnice.pdf>.

23. Charta práv hospitalizovaných dětí¹⁹

(1993)

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo při ambulantním docházení.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti a jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. MUSEJÍ mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti a jejich rodiče mají právo poučeno se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, před zbytečnými úkony podniknutými pro zmaření jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením, neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost v nemocnici nosit své vlastní oblečení a mít s sebou své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům, aby zároveň vyhovovalo uznávaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

¹⁹ Tento dokument vychází z textu Charty práv dětských pacientů organizace „National Association for the Welfare of Children in Hospitals“ (N/AWCH) se sídlem v Londýně. Charta hospitalizovaných dětí vznikla v návaznosti na Listinu základních práv a svobod. Chartu hospitalizovaných dětí vyhlásila Centrální etická komise MZ ČR v roce 1993.

Etický kodex práv pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré správy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

* * *

Tato práva pacientů byla prohlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR za platná dne 25. února 1992.

Etický kodex práv pacientů. [online], [cit.2008-04-25]. Dostupné z:
<<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14>>.