

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Zmapování úrovně řízení kvality a bezpečí ve vybraných nemocnicích
ČR.**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
Ing. Iva Brabcová

Autor:
Bc. Iveta Mrázová

2010

Level of Quality Management and Safety Survey in Selected Hospitals in the Czech Republic

Quality of care has become an important concept in present nursing. Accreditation is proper evidence and also the most efficient means to achieve high-quality care. Procedure of accreditation in the Czech Republic is most frequently administered at national level by the Joint Commission on Accreditation of the Czech Republic.

The main objective of my thesis was to survey the setting of quality management and safety in selected hospitals in the Czech Republic. I used quantitative research and quantitative method – interviews and questionnaires in hospitals in České Budějovice, Český Krumlov, Písek, Prachatice, Tábor, Jindřichův Hradec from January to March in 2010. The qualitative part had the form of interviews with staff-nurses from above mentioned hospitals.

For this part of work I set seven survey questions that had stemmed from the standards of accreditation of the Joint Commission on Accreditation. These questions referred to implementation of Programme of Quality Improvement and Safety of Provided Services, to the process of auditing, to the quality and safety data collecting, to the process of observing clients/patients' satisfaction with nursing care, to the setting of report system of unusual and abnormal situations, to the setting of efficient system of complaints solving and to the standardization of health care.

On the grounds of these interviews 9 hypotheses were set. These hypotheses were acknowledged in the quantitative survey among head nurses from above mentioned hospitals. 111 questionnaires were handed out, 82 questionnaires returned.

The first hypothesis (proved) was: Head nurses play active parts in the Programme of Quality Improvement and Safety of Services Provided.

The second hypothesis (not proved) was: Head nurses who perform the function of an auditor, have the certificate of accredited course.

The third hypothesis (proved) is: The most frequent indicator of quality of nursing care is observation of patients' satisfaction with provided care.

The fourth hypothesis (proved) is: Head nurses have a form for reporting unusual/abnormal situations available.

The fifth hypothesis (proved) is: Patients/clients have questionnaires available to express satisfaction with the care.

The sixth hypothesis (proved) is: Corrective measures are taken at wards, on the grounds of patients/clients' satisfaction with care.

The seventh hypothesis (proved): Head nurses participate in preparation of nursing care standards.

The eighth hypothesis (not proved) is: Head nurses engage nurses with advanced education in preparation of the standards. The results proved that only those nurses are engaged, who display interest, regardless of their education.

The ninth hypothesis (proved) is: Nursing care provided at individual wards has a form of nursing process. Neither nursing process nor nursing documentation is used in one hospital only.

The results of the survey will be provided to staff-nurses of the hospitals as a background for continuous quality improvement of provided care.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Zmapování úrovně řízení kvality a bezpečí ve vybraných nemocnicích ČR vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

podpis studenta

Děkuji paní Ing. Ivě Brabcové za její vstřícnost, ochotu a cenné rady při psaní této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem hlavním sestřám, které mi poskytly důležité údaje pro výzkumné šetření.

Obsah:

Seznam použitých zkratk	3
Úvod	4
1 Současný stav	5
1.1 Akreditace zdravotnického zařízení	6
1.1.1 <i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>	6
1.1.2 <i>International Society for Quality in Health Care Inc.</i>	7
1.1.3 <i>Spojená akreditační komise ČR</i>	8
1.2 Certifikace	11
1.3 Oceňování kvality	12
1.4 Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb	13
1.5 Vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče	16
1.5.1 <i>Indikátory kvality ošetrovatelské péče</i>	16
1.5.2 <i>Sledování spokojenosti pacientů/klientů</i>	17
1.5.3 <i>Standardy ošetrovatelské péče</i>	19
1.5.4 <i>Ošetrovatelský audit</i>	22
1.6 Vztah kvality poskytované péče a ekonomické efektivity	24
1.7 Kultura bezpečí	25
1.7.1 <i>Světová aliance pro bezpečí pacienta</i>	26
1.8 Management rizik	27
1.8.1 <i>Analýza možností vzniku a následků selhání</i>	28
1.8.2 <i>Sledování mimořádných/nežádoucích událostí</i>	29
1.8.3 <i>Analýza skutečných příčin/kořenů pochybení</i>	31
1.9 Řešení stížností	32
1.10 Pochybení a právní odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče	33
2 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
2.3 Hypotézy	36
3 Metodika	37

3.1 Metodika práce	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	37
4 Výsledky	39
4.1 Kvalitativní část výzkumu	39
4.1.1 Rozhovory.....	39
4.1.2 Kategorizace dat ke kvalitativní části výzkumu.....	53
4.2 Výsledky z kvantitativní část výzkumného šetření – popisná statistika	62
4.3 Výsledky z kvantitativní část výzkumného šetření – kontingenční tabulky	77
5 Diskuse	80
6 Závěr	88
7 Seznam použité literatury	91
8 Klíčová slova	97
9 Přílohy	98

Seznam použitých zkratk:

ČAS – Česká asociace sester

DySSSy – Dynamic Standard Setting System

EFQM - European Foundation for Quality Management

FMEA - Failure Mode and Effect Analysis

ISO - International Organization for Standardization

ISQua - International Society for Quality in Health Care Inc.

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCIA - Joint Commission International on Accreditation

KZK – Program kontinuálního zvyšování kvality

RCA - Root Cause Analysis

SAK ČR – Spojená akreditační komise České republiky

WHO – World Health Organization

Úvod

Kvalita ošetrovatelské péče je stále diskutovanější téma ve zdravotnictví a v současnosti je to také základní cíl ošetrovatelství. Potvrzuje to vznik nové pracovní skupiny pro kvalitu v České asociaci sester. Kvalita poskytované péče je úzce spjata s profesionalitou a celkovou efektivností péče. Stále více nemocnic v České republice usiluje o získání akreditace Spojenou akreditační komisí ČR, ale také o akreditace mezinárodní. V loňském roce rozšířila Spojená akreditační komise ČR své akreditační standardy. V oblasti kvality šlo o rozšíření z pěti na sedm standardů. To svědčí o stále větším důrazu a důležitosti této oblasti. Oblast kvality je úzce spjata s oblastí bezpečí poskytované péče.

Klienti zdravotnických zařízení jsou v současné době stále více informováni a uvědomují si, že poskytování ošetrovatelské, léčebné a další péče ve zdravotnických zařízeních není služba poskytovaná zcela zdarma. Mají možnost výběru, a proto se zdravotnická zařízení snaží získat důvěru a spokojenost svých klientů poskytováním co nejkvalitnější péče. Největší podíl na řízení kvality a bezpečí ošetrovatelské péče mají hlavní a vrchní sestry jednotlivých nemocnic, záleží proto na nich, jakým způsobem budou k tomuto tématu přistupovat.

Téma zmapování úrovně řízení kvality a bezpečí ve vybraných nemocnicích ČR jsem si vybrala, protože tématem kvality ošetrovatelské péče jsem se zabývala již při psaní mé bakalářské práce a nyní jsem chtěla toto téma zpracovat více do hloubky. Zejména tedy, jakým způsobem je v jednotlivých nemocnicích nastaven systém řízení kvality ošetrovatelské péče. Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapování dodržování národních akreditačních standardů Spojené akreditační komise ČR v oblasti řízení kvality a bezpečí ve vybraných nemocnicích ČR.

Výsledky budou následně poskytnuty hlavním sestřím, které se zúčastnily mého šetření, jako zpětná vazba a návrh možného zvýšení kvality a bezpečnosti poskytovaných služeb.

1 Současný stav

Kvalita má v současné době mnoho definic i přesto, že definovat kvalitu je velmi těžké. Jedná se o velice intuitivní pojem, každý má nějakou představu o kvalitě. Většinou se za kvalitnější považuje to, co je individuální či tzv. šité na míru. Kvalita je velice relativní, proto ji nemůžeme považovat za absolutní kategorii. Na rozdíl od výroby produktů je kvalita služby či péče přímo úměrná kvalitě personálu. Důvodů pro zavádění kvality do oblasti služeb je mnoho. Mohou to být např. zajištění dobrého jména, image, důvěra v zařízení, konkurenční prostředí, diferenciací mezi službami, potřeba větší důvěryhodnosti, předcházení rizikům, chybám a sporům s pojišťovny. Dalším důvodem je také redukce nákladů, protože kvalita je levnější nežli nekvalita (29, 43).

Nejznámější definice kvality je Palírova: „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi (43, s 36)“. A definice WHO zní: „Stupeň dokonalosti péče ve vztahu k úrovni znalostí a technologického rozvoje (43, s. 36)“. Kvalita jako pojem je velice komplexní, může se týkat produktu, péče či služby, kvalifikace zaměstnanců nebo prostředí. Má mnoho kritérií neboli dimenzí. Mezi tyto dimenze patří: bezpečnost, kompetence, přijatelnost, efektivnost, vhodnost, ekonomičnost, dostupnost, kontinuita, včasnost, přiměřenost, úcta a vnímavost (7, 20, 43).

Kvalitou se také čím dál více zabývá ošetrovatelství. Důkazem je vznik pracovní skupiny pro kvalitu v České asociaci sester (dále jen ČAS) 1. srpna 2007. Významnou složkou komplexního hodnocení zdravotní péče je sledování kvality ošetrovatelské péče a i přes to, že v této oblasti již bylo dosaženo mnoha úspěchů, Česká asociace sester se rozhodla pro další rozvoj v této oblasti. Hlavním úkolem je revize stávajících norem v souladu s platnou legislativou a podílet se na zvyšování kvality ošetrovatelské péče. ČAS také realizovala v roce 2008 projekt Regionální vzdělávání nelékařů v oblasti bezpečí zdravotní péče. V rámci tohoto projektu probíhaly vzdělávací akce po celé České republice se zaměřením na metodiku výpočtu nelékařských povolání, bezpečí pacientů s ohledem na prevenci pádů a zranění při hospitalizaci a používání

omezovacích pomůcek, preanalytickou fází laboratorních vyšetření a nutriční péči (17, 18, 39, 40).

1.1 Akreditace zdravotnického zařízení

„Akreditace je proces, při kterém externí organizace hodnotí zdravotnické zařízení a posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče (14, s. 11).“ Akreditace je chápána jako účinný nástroj hodnocení a řízení kvality, tento proces bývá dobrovolný a hodnocené zařízení se zavazuje ke zvyšování kvality péče o pacienty a k zajišťování bezpečí prostředí. Cílem akreditace je vytvoření podmínek pro kontinuální zvyšování kvality, standardizovat a zlepšovat kvalitu a bezpečnost péče na základě vědeckých poznatků, snižovat náklady na zdravotní péči, zvyšovat efektivitu poskytované péče a posílit důvěru veřejnosti. Příprava na akreditaci zdravotnického zařízení má také vzdělávací, organizačně kultivační, ověřovací a standardizační charakter. Akreditované zařízení informuje klienty a plátce, že splňuje požadavky na kvalitu a bezpečnost a také, že finanční standardy jsou optimální a dosažitelné (3, 7, 14, 23, 45).

1.1.1 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

Společná komise pro akreditaci (dále jen JCAHO) je nezávislá nezisková organizace založená v roce 1951 v USA. Hlavním cílem JCAHO je zlepšování kvality zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních. Tato společnost vydává a publikuje standardy již od roku 1953, v současné době akredituje 20 000 zdravotnických zařízení po celém světě (44).

Joint Commission International on Accreditation (dále jen JCIA) je dceřinou společností JCAHO. Hlavním cílem společnosti JCIA je tedy zvyšování kvality péče v mezinárodním prostředí, a to s pomocí mezinárodní akreditace od roku 1998 (14, 44).

Účelem této organizace je předložit objektivní nástroj k hodnocení zdravotnických zařízení, který je založen na standardech. Tyto standardy, kterých je více než 300, vznikly na základě mezinárodního konsenzu a vycházejí z principů řízení kvality a kontinuálního zvyšování kvality. JCIA respektuje odlišnosti jednotlivých států,

jejich právní prostředí i kulturu. Složení akreditačního týmu závisí na velikosti posuzovaného zdravotnického zařízení, ovšem je vždy zaručeno, že se akreditace udílí na základě spolehlivého, objektivního a pravdivého hodnocení (14, 44).

Mezinárodní akreditační standardy vyvinula šestnáctičlenná pracovní skupina, která je složená z lékařů, sester, pracovníků nemocniční správy a z odborníků v oblasti veřejné správy. Tato skupina je mezinárodní. V její práci pokračuje i nadále mezinárodní výbor pro standardy, který provádí aktualizace a potřebné změny (14).

O akreditaci JCIA mohou požádat ta zdravotnická zařízení, která ovšem splňují předepsané podmínky. Zařízení musí poskytovat zdravotní péči v daném státě, musí odpovídat za zvyšování kvality poskytované péče a musí poskytovat formy a druhy péče, které jsou součástí úpravy standardů JCIA. Od roku 1998 bylo akreditováno více než 40 nemocnic, např. v Irsku, Španělsku, Německu, Dánsku, Portugalsku, Brazílii a nyní i v České republice (14, 44).

Akreditační standardy JCIA v kapitole Kvalita péče a bezpečí pacientů se zabývají souhrnným přístupem ke zvyšování kvality. Pro udělení akreditace je nutné dodržovat tyto standardy, které se týkají kvality péče a bezpečí pacientů: plánování a monitorování programu kvality péče a bezpečí pacientů, nemocnice musí dále navrhnout nové a upravené systémy a postupy v souladu s principy zvyšování kvality, vedoucí pracovníci musí určit klíčové indikátory k zajištění kontroly zdravotnické i manažerské struktury, procesů a výsledků nemocnice, pověření zaměstnanci musí systematicky shromažďovat a analyzovat data v nemocnici a zvyšování kvality a bezpečnosti musí být úspěšně dosahováno a udržováno (14).

1.1.2 International Society for Quality in Health Care Inc.

Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (dále jen ISQua) je nonprofitní organizace založená v roce 1985 v italském městě Udine. V roce 1995 bylo v Austrálii otevřeno hlavní sídlo společnosti. Členy této organizace se stalo již sedmdesát zemí. Zabývá se zejména vývojem Modelu mezinárodních principů tvorby národních akreditačních standardů ALPHA, tyto standardy se zabývají kvalitou ve

všech aspektech a jsou v souladu s požadavky Mezinárodní organizace pro standardizaci ISO (43, 44).

1.1.3 Spojená akreditační komise ČR

V České republice se o akreditacích začalo hovořit až po roce 1989, kdy existovaly značné rozdíly mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. V roce 1994 vznikl projekt „Akreditace nemocnic v ČR“, který byl inspirován modelem JCAHO a vznikl za jeho spolupráce. Tento projekt byl ukončen v roce 1998, ve kterém vznikla organizace s názvem Spojená akreditační komise ČR (dále jen SAK ČR). Pouze rok trvalo, než byla akreditována první nemocnice v České republice. V roce 2006 se tato společnost stala členem Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (International Society for Quality in Health Care Inc. – ISQua) [23, 43, 44].

V roce 2001 doporučila Rada pro kvalitu ve zdravotnictví ČR založit při Státním zdravotním ústavu Centrum pro kvalitu ve zdravotnictví. To se stalo hlavním střediskem pro realizaci programů sledování kvality zdravotní péče. Na projektech kvality pracovalo do roku 2006, kdy Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále jen MZ ČR) ukončilo jeho činnost. Místo něj bylo založeno Oddělení kvality péče řízené Odborem zdravotní péče MZ ČR. Na Slovensku akreditaci zajišťuje Slovenská národní akreditační služba (35, 36, 43, 44).

Tým odborníků SAK ČR vychází při tvorbě akreditačních standardů z mezinárodních standardů JCI. Původně vzniklo padesát akreditačních standardů, které byly rozděleny do deseti kapitol. Byly to standardy kvality, diagnostických postupů, péče o pacienty, kontinuity zdravotní péče, dodržování práv pacientů, podmínek poskytované péče, managementu, péče o zaměstnance, pro sběr a zpracování informací a protiepidemických opatření. Akreditace SAK ČR se uděluje na dobu tří let, poté může zdravotnické zařízení žádat o reakreditaci svého zařízení (35, 43, 44).

V roce 2009 vydala SAK ČR nové přepracované akreditační standardy, které vznikly v souladu se zahraničními zkušenostmi a pro nové potřeby v některých oblastech, zejména ošetrovatelské péče. Struktura nových standardů se nezměnila, stále jsou rozděleny do deseti kapitol, ovšem počet standardů se zvýšil na sedmdesát čtyři.

Nové oblasti standardů jsou tedy řízení kvality a bezpečí, diagnostické péče, péče o pacienty, kontinuity zdravotní péče, dodržování práv pacientů, podmínek poskytované péče, managementu, řízení lidských zdrojů, pro sběr a zpracování informací a protiepidemická opatření (24, 25).

Jak je tedy patrné, již první kapitola se zabývá standardy řízení kvality a bezpečí. Prvním standardem této kapitoly je zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Aby tohoto standardu bylo dosaženo, měla by organizace definovat osoby či orgány odpovědné za řízení a pravidelnou aktualizaci programu zvyšování kvality a bezpečí. Tyto osoby samozřejmě musí mít jasně definované pravomoci a odpovědnosti. Manažeři na všech úrovních řízení se musí aktivně zapojit do tohoto programu a poskytnout mu technické, materiální a další potřebné zdroje. Důležité je také zapojení řadových pracovníků, kteří by měli být pravidelně informováni a školeni o změnách. Program musí být neustále aktualizován (24, 25).

Druhým standardem je plánování a rozšiřování programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb do celé organizace. Program zahrnuje i obslužná pracoviště organizace, jako např. údržba či technická doprava, a musí být systematický (24, 25).

Třetí standard se týká provádění interní auditní činnosti, která musí probíhat plánovaně a být zdokumentovaná. Auditní činnost provádějí pověřené a kvalifikované osoby. Jedná se o účinný nástroj k prosazování a udržení změn v organizaci, které jsou nutné v souvislosti se zavedením programu zvyšování kvality péče a bezpečí poskytovaných služeb. Audit je také dobrou formou zpětné vazby v rámci dalšího plánování. Pověřené osoby musí být pravidelně školeny a auditní činnost musí zahrnovat všechny oblasti poskytovaných služeb v celém zařízení (24, 25).

Čtvrtý standard se týká sběru dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb, který by měl v organizaci probíhat, a data by měla být analyzována. Zejména se to týká indikátorů kvality. Každá organizace si může zvolit, která objektivní data bude sledovat, ale musí být schopna tento výběr zdůvodnit. Získaná data musí být dále zpracována a zpětně využita pro další zvyšování kvality. Výsledky se předávají pracovníkům,

kterých se přímo týkají. Pokud je to možné, měla by organizace svá data porovnávat s ostatními organizacemi (24, 25).

Standard číslo pět z oblasti kvality péče a bezpečí zavádí účinný proces sledování mimořádných/nežádoucích událostí. Organizace pro splnění tohoto standardu musí zavést systém hlášení, který bude dostupný všem zaměstnancům. Aby umožnila ochranu zaměstnance před postihem, musí zajistit jeho ochranu např. anonymizací hlášení. Organizace musí mít také definovaný proces zpracování údajů z tohoto hlášení a mít definici odpovědností a pravomocí osob, které tuto činnost vykonávají. Dále musí motivovat pracovníky k zajištění co největšího množství mimořádných/nežádoucích událostí z provozu. Získané údaje se musí analyzovat a zpětně použít ke zvýšení kvality péče a bezpečí v organizaci (24, 25).

Předposledním standardem je zavedení systému sledování spokojenosti pacientů a účinný proces řešení stížností. Zpětná vazba od klienta daného zdravotnického zařízení je velice důležitá, může být poskytnuta formou hodnocení spokojenosti nebo stížností či pochvalou. Tuto zpětnou vazbu používá organizace ke kontinuálnímu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Organizace musí mít interní předpis, kterým se stanoví řešení stížností včetně konkrétních termínů pro reakci a odpovědné osoby. Výsledky systému sledování spokojenosti pacientů musí být pravidelně předávány personálu (24, 25).

Poslední, tedy sedmý, standard se zabývá standardizací péče a postupů diagnostických, léčebných, ošetrovatelských a dalších, které organizace kontinuálně modernizuje a doplňuje. Organizace by se měla řídit podle již vytvořených postupů, nebo si tyto postupy může sama vytvářet. V tom případě musí mít vypracovanou metodiku pro vytváření těchto postupů. Také musí být v souladu s doporučeními odborných či mezinárodních společností a musí být pravidelně aktualizována a doplňována. Organizace a všichni zaměstnanci tato doporučení dodržují, což je kontrolováno interní auditní činností (24, 25).

1.2 Certifikace

„Certifikací rozumíme proces, při kterém oprávněná, nezávislá instituce hodnotí a potvrzuje, že jednotlivec, organizace nebo program odpovídají stanoveným požadavkům, například ISO normám (44, s. 18).“ Hlavní rozdíl mezi certifikací a akreditací je v tom, že certifikovat se dá pouze jednotlivý proces nebo část organizace (44).

Nejznámější společností, která provádí certifikace, je International Organization for Standardization, neboli ISO. Název ISO není pouze v tomto případě zkratkou organizace, ale je odvozen z řeckého slova isos, které znamená stejný. Tato mezinárodní organizace vznikla již v roce 1947 v Ženevě, jejím hlavním cílem bylo vytvářet technické standardy v oblasti průmyslu. Kvalitou procesů v organizacích se začala zabývat až v roce 1987, kdy vznikla série ISO 9000. Nejvýznamnějšími standardy z této série byly ISO 9000, který se zabýval systémem řízení kvality, a to základy a terminologií, dále ISO 9001, který stanovoval požadavky, a ISO 9004, který byl návodem k zlepšování výsledků. Poslední novelizace norem proběhla v roce 2000, která je označována ISO 9001:2000 a sjednocuje všechny série (22, 43, 44).

Normy mají univerzální charakter, proto jsou použitelné jak ve výrobních organizacích, tak v oblasti poskytování služeb. Zaměřují se zejména na zákazníka, dokumentaci, zaměstnance a na program zvyšování a řízení kvality. ISO 9001:2000 je zaměřeno na systémové řízení kvality a na odstranění odchylek ve výkonu. Organizace, která získá tento certifikát, má systém managementu, který je důsledný a spolehlivý, a všichni zákazníci mohou očekávat stejné služby a produkty za všech okolností. Program ISO nenahrazuje akreditace, spíše se navzájem doplňují. Akreditace nemají tak velký důraz přímo na kvalitu jako je to u certifikace ISO, která se na kvalitu přímo zaměřuje. Akreditace vypovídají o základních požadavcích na kvalitu a bezpečí a ISO 9001:2000 vede organizaci k excelenci v oblasti kvality (43, 44).

Další organizací, která uděluje certifikace, je Evropská nadace pro řízení kvality (European Foundation for Quality Management – EFQM). Jedná se o neziskovou organizaci, jež vznikla v roce 1988. Na vzniku se podílelo čtrnáct významných evropských podniků, např. Nestlé, Bosch, Philips a Volkswagen. Hlavním cílem je vést

organizace ke kvalitě, prosazování programu zvyšování a řízení kvality a získání konkurenční výhody. Tato organizace má sídlo v Bruselu. Soubor doporučení se nazývá EFQM Excellence Model, tento model se skládá z osmi koncepcí excelence, které jsou aplikovatelné ve všech organizacích. Zdůrazňuje, že spokojenost klientů i zaměstnanců je závislá na procesu vedení, neboli leadershipu (4, 43, 44).

Evropský institut pro veřejnou správu (European Institute of Public Administration – EIPA) má za hlavní cíl zlepšovat kvalitu práce organizací veřejné správy. Zmíněný institut vyvinul pro tento účel model CAF (Common Assessment Framework) neboli Společný hodnotící rámec. Model byl představen na první konferenci v roce 2000 v Lisabonu. Používá metody managementu jakosti ke zlepšení výkonu formou sebehodnocení (44).

Dalším modelem je 6 Sigma, který vznikl v americké organizaci Motorola v roce 1987. Označení 6 Sigma znamená, že v určitém souboru dat jsou pouze 3 až 4 chyby na jeden milion případů. Jedná se o vysoký požadavek na kvalitu, ale řada zdravotnických zařízení se rozhodla tento model implementovat. V současném zdravotnictví se udává hodnota dva až čtyři Sigma, to znamená šest tisíc až tři sta tisíc chyb na jeden milion případů, výkonů. Model má svůj specifický proces složený z pěti bodů: definuj, měř, vyhodnoť, zlepší a kontroluj (4, 43).

V České republice působí v oblasti certifikací Český normalizační institut s označením ČSNi, který vznikl v roce 1993 a je spravován Ministerstvem průmyslu a obchodu ČR. Hlavní činností institutu je tvorba, vydávání a distribuce českých technických norem a poskytování informací o nich. Působnost je velice univerzální, protože zahrnuje všechny oblasti národního hospodářství a lidské činnosti (43).

1.3 Oceňování kvality

S nárůstem konkurence v oblasti služeb roste i touha po získání úspěchu a uznání jednotlivých organizací. Uznání vede k větší motivaci, aktivitě, efektivitě, nižším nákladům a lepším výsledkům. Jako dobrá cesta se osvědčilo zavedení Národních cen za jakost. Ty udělují vládní či nevládní organizací v desítkách zemí (44).

Národní cena kvality Malcolma Baldrige (MBNQA) vznikla v roce 1988 jako uznání za excelenci v kvalitě. Uděluje se v USA vždy jednou za rok. Neuděluje se ovšem za konkrétní produkt, ale za systém řízení. Dotýká se při tom sedmi základních oblastí: vůdcovství, zaměření na zákazníka, strategického plánování, lidských zdrojů, informatiky, řízení procesů a kvality výstupů. Existuje dotazník sestavený na základě těchto kritérií, kterým si může kterákoli organizace otestovat vlastní situaci v oblasti kvality (43).

Dalšími cenami jsou např. Demingova cena, Evropská cena kvality (European Quality Award - EQA) a v České republice je to Národní cena kvality, která je udělována již patnáct let a vychází z Modelu excelence EFQM (44).

1.4 Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb

Tento program není ničím zcela novým, či revolučním. Pouze využívá univerzální principy a prověřené nástroje kvality v rámci nemocnice a využívá všech zaměstnanců. Tento program podporuje uspokojování potřeb pacienta, s nejnižšími náklady a aplikuje strukturované procesy zlepšující všechny aspekty péče. Zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality (dále jen program KZK) je podmíněno mnoha podmínkami. Jsou to zejména motivování a spokojení pacienti, zdravá organizační kultura, dále pochopení filozofie tohoto programu, mít definován pojem zákazník, znát pravidla implementace programu, strategii řešení problémů, procesní řízení a v neposlední řadě pochopit vlastní systém zdravotnického zařízení. Hlavním nástrojem tohoto programu je standardizace a auditní činnost (20, 43).

Hlavními cíli tohoto programu jsou spokojení klienti, ale také zisk organizace v soukromém sektoru a efektivní plnění svého účelu u organizace veřejné či neziskové. Dalšími cíli jsou také zlepšování kvality a spolehlivosti služeb, zlepšování úrovně služeb, kontinuity a v neposlední řadě snižování nákladů organizace. Tyto cíle je třeba určit již na začátku a informovat o nich všechny zaměstnance v organizaci. Strategické cíle určují, kam zařízení bude směřovat, a musí být dál promítnuty do konkrétních dílčích cílů (4).

Jako první krok tohoto programu je pochopení filozofie programu. Jedná se o radikální změnu v myšlení, osvojení si nového způsobu myšlení. To se týká všech zaměstnanců, proto je nutná angažovanost všech zaměstnanců a nelze tento program nařídít shora. Zaměstnanci musí být schopni kooperativního chování a myšlení, předávat si zkušenosti a znalosti. Druhým úkolem je pochopení procesního řízení. Důležité v tomto bodě je zjistit, jaké úkony se vykonávají, proč se vyskytují různé odchylky či variace v různých organizacích. Dokáže určit problematická místa, zbytečné aktivity, které mohou být již zastaralé, neefektivní a ukáže nám, že lidé nejsou příčinou všech problémů. Každý proces lze graficky znázornit jako vývojový diagram. Ten napomáhá ve zjednodušení, k tomu, aby se akce přiblížily více pacientovi, aby se předešlo duplikacím a k zamezení zbytečných prostojů. Tento proces tedy zajišťuje kontinuitu péče a důležité je, aby byl klient spokojený (4, 43).

Třetím stupněm je pochopení konceptu klient/zákazník. V současném zdravotnictví se preferuje péče, která je zaměřená na klienta. Každé zařízení si tedy musí uvědomit, kdo je jejich klientem a že existují dva typy klientů. Prvním typem je interní, tím myslíme pacienta, ale i vedoucí oddělení, spolupracovníci apod. Druhým typem klientů jsou externí, které představují např. studenti vykonávající praxi, vládní orgány či dodavatelé. Dále si organizace musí ujasnit, co jednotliví klienti od nich očekávají a co očekávají od zdravotnického personálu. Teprve potom mohou poskytovat kvalitnější péči (43).

Čtvrtým bodem programu je pochopení pravidel implementace programu KZK. Manažeři si nejprve musí uvědomit, že kvalita je určitá filozofie, způsob myšlení, chování a postoj, a proto se nedá vynutit. Proto musí nejprve dojít k vyhodnocení organizační kultury, dále k vytvoření smysluplné infrastruktury programu KZK a vytvoření podporující koalice. Nezbytná je i výuka všech zaměstnanců o tomto programu, jejich motivace a nejdůležitější složkou je komunikace. Kultura organizace musí podporovat soustavné zlepšování a vytváření vědomí kvality (43).

Pátým, následujícím krokem, je pochopení procesu řešení problémů. Tento krok je jeden z nejdůležitějších a nejzajímavějších. Na každém oddělení by proto měl být vytvořen tým, který se věnuje řešení již vzniklých, ale i potenciálních problémů, dále

různým inovacím, benchmarkingu nebo reengineeringu procesů. Mělo by docházet k celoorganizačním kampaním ze strany managementu zaměřeným na propagaci soustavného zlepšování. Šestým krokem je vytvoření kontrolního grafu. Kontrolní diagram, vytvořený již v roce 1931 dr. Wolkerem Stewartem, je nejlepší pomůckou ke grafickému znázornění sbíraných dat. Slouží ke sledování parametrů nebo výkonnosti systému v daném čase (4, 43).

Sedmým bodem programu je identifikace příčin problémů. U tohoto bodu je důležitá hloubková analýza příčin problémů, jinak je možné, že se tým bude zabývat symptomy či nepodstatnými příčinami. Nejlepší metody pro identifikaci příčin problémů je brainstorming, Ishikawův diagram, multivoting a proč/proto analýza. Ty pomáhají odhalit kořeny problémů (4,43).

Osmým krokem je ověření příčin problému. V tomto kroku se ve vymezeném časovém úseku sbírají data, ta se následně zaznamenají do tabulky a převádějí do grafů – nejčastěji trendových, paretových, rozptylových či histogramů. Nakonec se data interpretují. Dalším, devátým krokem je nalezení řešení. V tomto bodě se hledají různá řešení problémů, ovšem s důrazem na nové trendy, nové způsoby jak problém řešit. Předposledním krokem je zavedení řešení do praxe. Důležité je, aby došlo k pozitivním změnám. Tento krok se skládá ze dvou etap a to je plánování akce. Posledním bodem, tedy jedenáctým, je sledování výsledků, měření a standardizace zlepšení. Nyní se skutečně zjistí, zda došlo k očekávaným výsledkům a zda byla nová metoda účinná (4, 43).

Samozřejmostí při zavádění tohoto programu je přesvědčit všechny zaměstnance, kteří brzdí tento proces změn, ke spolupráci. Nejlepší metodou je vzdělávání formou seminářů, přednášek, konferencí, ale i předávání zkušeností od ostatních zaměstnanců. Někdy je třeba změnit celou organizační kulturu daného pracoviště, oddělení či celého zdravotnického zařízení. Tento úkol náleží vrcholovému managementu. Dále je důležité si uvědomit, že jde o kontinuální zlepšování kvality za použití kvantitativních měřítek. Nelze označit danou situaci za tu nejkvalitnější možnou, protože v blízké budoucnosti může jít o velice běžnou až zastaralou. S programem KZK nerozlučně souvisí program řízení rizik. V některých menších zdravotnických

zařízeních jsou tyto dva programy spojeny a zodpovídá za ně jeden manažer. Nelze tedy od sebe oddělit řízení kvality a řízení rizik či bezpečí. Ten správný okamžik pro zahájení změn musí management včas rozpoznat a nalézt pozitivní přínos pro organizaci (28, 42, 43).

1.5 Vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče

Hodnocení kvality poskytnuté péče je v současné době věnována stále větší pozornost. Hodnocení výsledků se nazývá evaluace. Pro vyhodnocení si musí hodnotitel zodpovědět několik otázek. Bylo dosaženo naplánovaného cíle? Byly využity prostředky (personální, finanční, technické) nejvhodnějším způsobem? Byla péče přiměřená dané situaci a skutečným potřebám jedince? Kromě těchto základních problémů existují metody vyhodnocování kvality, mezi které patří zejména audit ošetrovatelské péče, který je úzce spojen se standardy ošetrovatelské péče a indikátory kvality ošetrovatelské péče. Hlavními zdroji, ze kterých nemocnice získávají informace o kvalitě, jsou pacienti a další interní a externí klienti, externí odborníci, výsledky auditů a indikátory kvality (20, 32).

1.5.1 Indikátory kvality ošetrovatelské péče

Pro vyhodnocování ošetrovatelské péče se používají indikátory kvality ošetrovatelské péče. Indikátory patří do objektivního hodnocení kvality. Jedná se o měřitelná kritéria, která se dále porovnávají se standardy, směnicemi či požadavky. Při tomto srovnání se lze přesvědčit, jak dalece bylo dosaženo těchto norem. Indikátor kvality je vždy číslo nebo procento, tedy kvantita, která nám vyhodnocuje kvalitu (33, 34, 43).

Musíme si uvědomit, že indikátory nejsou neomylné, bez zasazení indikátoru do kontextu nemají význam a jsou pouhou statistikou, která nám nerozvíjí kvalitu. Indikátory jsou zaměřené na lékaře, sestru, proces, klinickou událost nebo systém a týkají se struktury, procesu nebo výstupu. Mohou sledovat pozitivní či negativní jevy. Rozlišují se dva druhy indikátorů. Indikátory vztahu/poměru, neboli poměrové indikátory, které sbírají data o jevech s určitou frekvencí, ty se vyjadřují jako poměr či

průměr a je to např. výskyt dekubitů. Vyjadřují se v procentech nebo pomocí grafu. Druhým typem indikátorů jsou strážní, čili sentinelové indikátory kvality. Ty se používají při sledování mimořádných/nežádoucích událostí. Sledují jevy, které jsou ojedinělé a nežádoucí. Pro tyto indikátory se využívá kniha mimořádných/nežádoucích událostí a kniha stížností (43).

V současné době se objevuje deset základních, globálních indikátorů, které slouží k porovnávání jednotlivých zdravotnických zařízení mezi sebou. Jsou to nozokomiální infekce, infekce operačních ran, mortalita hospitalizovaných pacientů, mortalita novorozenců, perioperativní mortalita, císařské řezy, neplánované znovupřijetí pacienta, neplánované přijetí pacienta po ambulantním chirurgickém zákroku, neplánovaný návrat na jednotku intenzivní péče a neplánovaný návrat na operační sál (13, 43).

Kromě těchto globálních indikátorů zdravotní péče se také sledují indikátory ošetrovatelské péče. Americká ošetrovatelská asociace definovala v roce 1999 základní indikátory kvality ošetrovatelské péče. Jsou to struktura ošetrovatelského personálu, celkový počet hodin ošetrovatelské péče o pacienta za den, výskyt pádů, výskyt dekubitů, spokojenost pacienta s celkovou péčí, spokojenost pacienta s léčbou bolesti, spokojenost pacienta s ošetrovatelskou péčí, spokojenost pacienta s mírou edukace a poskytováním informací, výskyt nemocničních nákaz a spokojenost ošetrovatelského personálu. Samozřejmě se sledují také další indikátory kvality péče, výběr závisí na daném zdravotnickém zařízení a na charakteru oddělení. Doporučeným postupem při výběru je provedení auditu (1, 2, 16, 33).

1.5.2 Sledování spokojenosti pacientů/klientů

Aby organizace dosáhla spokojenosti svých klientů, musí splnit některé požadavky, mezi něž patří kvalita služeb, spolehlivost, schopnost, zdvořilost, dobrá komunikace s klienty, důvěryhodnost a bezpečnost. Očekávání klientů mají stále tendenci vzrůstat. Očekávají neustále vzrůstající úroveň služeb a nebudou spokojeni, pokud se dané standardy budou pouze udržovat na úrovni, kterou považovali za přijatelnou. Ovšem usilovat jen o spokojenost nestačí. Organizace musí také předvídat,

co budou klienti v budoucnu potřebovat. Právě proto je důležité věnovat pozornost a vyhodnocovat potřeby klientů a jejich spokojenost (4).

Pro sběr dat o spokojenosti pacientů/klientů zdravotnického zařízení se používají nejčastěji dvě metody. První je sběr kvantitativních dat pomocí dotazníků a druhou jsou kvalitativní data pořizovaná pomocí cílených rozhovorů, tzv. focus groups. Dotazníková forma sběru dat, není příliš vhodná. Je ovlivněna mnoha faktory, jako např. radost z propuštění domů, únava, bolest, obavy, klient může také chtít udělat radost ošetřovatelskému personálu apod. Statistické zpracování dotazníků je časově velmi náročné a není zcela objektivní. Po analýze dotazníků by se výsledky měly dostat jako zpětná vazba zpět k personálu. Dotazníky nabízejí bezprostřední reakci na poskytnuté služby a je pouze na pacientech/klientech, zda nám dotazník vyplní. Z tohoto důvodu nepředstavují reprezentativní vzorek, může jít o klienty vysoce spokojené či nespokojené (4, 43).

Na rozdíl od dotazníků je rozhovor lepší zpětnou vazbou pro zdravotnický personál. Samozřejmě je nutný citlivý výběr vhodné skupiny pacientů/klientů. Ti by měli být požádáni o rozhovor v poslední fázi hospitalizace. Rozhovor by měl probíhat v neutrálním prostředí zasedací místnosti či knihovny. Během rozhovoru je důležité navodit klidné a příjemné prostředí a vést tak neformální, ale cíleně vedenou diskuzi. Rozhovor s pacienty/klienty by v nich měl navodit pocit partnerství a hledat způsob, jak zkvalitnit péči i prostředí zdravotnického zařízení. Osoba, která vede skupinu, slouží jako moderátor, ale nesmí do diskuze nikterak zasahovat a dominovat. Cílem je nejen získat odpovědi od jednotlivců, ale také nechat klienty diskutovat mezi sebou, aby bylo možné dojít k odpovědím, které jdou více do hloubky problémů (4, 43).

Proces cílených rozhovorů probíhá v několika na sebe navazujících fázích. První je výběr moderátorky. Většinou se jedná o sestru, sociální pracovníci, psychologa či jiného člena multidisciplinárního týmu. Předpokladem pro tuto funkci jsou dobré komunikační vlastnosti, profesionalita a kladný vztah k lidem. Druhou fází je vypracování plánu setkávání skupiny pro cílené rozhovory. S tímto plánem musí moderátorka seznámit vrchní a staniční sestry jednotlivých oddělení. Vrchní či staniční sestra navrhuje vhodné komunikační pacienty pro rozhovory (43).

Ve třetí fázi probíhá seznámení pacientů/klientů s významem rozhovoru a se základními otázkami. Nejlepší způsob je formou pozvánek k rozhovoru, kde je předem poděkováno za účast a ochotu pomoci zlepšit kvalitu poskytované péče. Účast je samozřejmě dobrovolná. Čtvrtou fází je přivítání účastníků, nabídnutí malého občerstvení a vytvoření příjemného neformálního klimatu. V páté fázi je dobré poděkovat účastníkům za ochotu přijít a zdůraznit, že veškeré informace, které budou získány, budou sloužit pouze ke zkvalitnění péče. Vhodné je začít kladnou otázkou. Šestá fáze zahrnuje diskusi zúčastněných, důležité je získat co nejvíce návrhů, informací a zapojit do diskuze co nejvíce účastníků. V sedmé fázi se rozhovory ukončují. Důležité je poděkovat klientům za účast a ujisti je o tom, že jejich připomínky bude management nemocnice brát vážně a bude se jimi zabývat. V osmé, poslední, fázi mohou být klienti informováni o nových službách, které zdravotnické zařízení plánuje a připravuje na základě předchozích rozhovorů s klienty (43).

Důležité je uvědomit si, že dotazníky i cílené rozhovory mají své silné i slabé stránky. Proto je nejvhodnější, pokud zdravotnická zařízení používají kombinaci obou těchto metod k získání co nejucelenějších informací o spokojenosti svých pacientů/klientů s poskytovanou léčebnou i ošetrovatelskou péčí (43).

1.5.3 Standardy ošetrovatelské péče

Standardem ošetrovatelské péče rozumíme platné a přijatelné, neboli kvalitní definice úrovně ošetrovatelské péče. Jedná se o dohodnutou profesní úroveň kvality, a proto jde o vodítko, kterým se hodnotí, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají právě té dané úrovni. Kvalitní ošetrovatelská péče je taková, která uspokojuje individuální potřeby klientů. Standardy ošetrovatelské péče proto musí být orientované právě na uspokojování těchto potřeb (26, 38).

Standardy ošetrovatelské péče vznikly v USA ve stejném období jako lékařské standardy, tedy v 70. letech 20. století, ale náznaky standardů sahají až do období Krymské války v 19. století. Florence Nightingalová sestavila první standardy zaměřené na ošetrovatelský proces a stanovila první indikátory kvality péče. Standardy byly zveřejněny v její knize *Notes on Nursing*. Zaměření těchto standardů bylo především na

čistotu prostředí, prevenci infekcí a sledování efektivity ošetrovatelské péče. V 70. letech určovaly zdravotnickou praxi a zajišťovaly péči, na kterou mají nemocní právo. V současné době existují určité obecné normy pro poskytování ošetrovatelské péče, která je prováděna pomocí ošetrovatelského procesu a je zaznamenána v ošetrovatelské dokumentaci. Tyto normy doporučují organizace jako např. Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní rada sester nebo Evropská unie. I přes tato doporučení vychází každá země z vlastních podmínek. Standardy ošetrovatelské péče zajišťují postupy *lege artis* a jsou neoddělitelnou součástí systému řízení kvality ošetrovatelské péče (12, 27, 28, 38, 50).

Pro zvyšování kvality mají tedy ošetrovatelské standardy skutečný význam. Určují minimální úroveň péče, a pokud nejsou dodrženy, je ošetrovatelská péče riziková, protože ohrožuje pacienta a jeho zdravotní stav. Dalšími funkcemi standardu je umožnění objektivního hodnocení poskytované péče, poskytnutí pocitu bezpečí pro pacienty a ochrana sester před neoprávněným postihem (8, 37, 38, 50).

Standardy lze rozdělit obdobně jako charakteristiku kvality, tedy na strukturální, procesuální a hodnocení výsledků. Strukturální standardy se týkají optimálního personálního a technického vybavení, hygienických a organizačních prostředků. Regulují ošetrovatelskou praxi, organizují služby, nábor a výběr pracovníků, rozdělení personálu na jednotlivá pracoviště, poskytují vybavení pracovišť a všech budov a také upravují legislativní záležitosti (5, 12, 38).

Procesuální standardy se již týkají specifických ošetrovatelských činností a určují kvalitu ošetrovatelské péče a dále je rozdělujeme na dvě oblasti. První oblastí jsou standardy ošetrovatelských postupů při jednotlivých výkonech. Druhou oblastí jsou standardy ošetrovatelských činností, které sestra provádí v rámci ošetrovatelského procesu. Věnují se jednotlivým ošetrovatelským problémům, jako např. péče o spánek a o vyprazdňování či rozvoj soběstačnosti. Nebo také vycházejí ze specifických onemocnění, to jsou např. péče o diabetika, péče o pacienta se stomií apod. Procesuální standardy obsahují kritéria, která je nutno splnit pro dosažení cíle standardu (5, 12, 38).

Standardy hodnocení výsledků se týkají celkového hodnocení kvality poskytované péče. Pro hodnocení se používají standardizované metody a spokojenost

pacientů s péčí. Důležité je, zda byly uspokojeny všechny potřeby pacienta/klienta (5, 38).

V České republice vydává Ministerstvo zdravotnictví centrální standardy jako zákonné či podzákonné normy. Ty se neoznačují jako standardy, ale spíše se jedná o směrnice pro výkon povolání, oficiální koncepce ošetrovatelství, hygienické předpisy, etické kodexy apod. Jednotlivá zdravotnická zařízení vycházejí při tvorbě lokálních standardů právě z těchto centrálních a nesmějí být s nimi v rozporu. Největší motivací pro dodržování standardů je zapojení sester do jejich tvorby. Tím také dochází k jejich profesionálnímu rozvoji a zkvalitňování péče (37, 38).

Jako velice vhodná metoda pro sestavování standardů ošetrovatelské péče se ukázala být metoda Dynamic Standard Setting System, neboli dynamický systém sestavování standardů (dále jen DySSSy). Tento postup vyvinula profesorka Alison Kitsonová z britské Royal College of Nursing. Metoda DySSSy se skládá z osmi na sebe navazujících kroků a je zaváděná v mnoha nemocnicích v České republice (27).

V prvním kroku se vybírá a popisuje problém, kterým je nutné se zabývat. Důležité je stanovit si cíl, kterého bude dosaženo vyřešením problému. U cíle se dále uvádí požadovaná úroveň kvality. Ve druhém kroku se k problému přidávají kritéria. Kritéria jsou strukturální, procesuální a výsledková, každé dostane svůj kód a je číslováno. Kritéria musí být dosažitelná, proto se vždy vychází z individuálních podmínek zdravotnického zařízení, ale současně nesmí být standard nastaven na příliš nízké úrovni. Proto je nutné zapojit do tvorby standardu i manažera, který zodpovídá za materiální vybavení (27).

Ve třetím kroku se standard musí prodiskutovat mezi pracovníky a posoudit jednotlivá kritéria a cíle. Ve čtvrtém kroku se daný standard ověřuje v praxi, zejména zda je srozumitelný, realizovatelný a měřitelný. Případné nedostatky je nutné opravit a doplnit. V pátém kroku se standardu přidělí jasný název, který vyjadřuje jeho obsah. Důležitá je archivace a třídění z důvodu narůstajícího počtu standardů v každém zdravotnickém zařízení. Po splnění těchto kroků se v šestém kroku vyhláší platnost standardu v tzv. RUMBA pravidlo. R znamená relevant, neboli odpovídající, U je

understandable – pochopitelný, M znamená měřitelný – measurable, B je behaviourable, čili akceschopný a A znamená achievable, neboli dosažitelný (27).

Sedmý krok se zabývá schémata kontrol, neboli audits. Zde existuje několik přístupů. Buď se jedná o zaměření na výsledky, které, pokud jsou dosaženy, předpokládá se splnění struktury i procesu. Nebo se jedná o hodnocení všech kritérií, k němuž je nutné připravit list s kontrolními kritérii, který musí obsahovat metodu monitorování, kontrolní kritéria a způsob hodnocení jednotlivých kritérií. Dále se musí uvést název oddělení či stanice, datum auditu a jména auditorů. Posledním krokem je pravidelná kontrola standardu, změny v případě nových poznatků nebo na základě auditů, které odhalily chyby ve standardu (27).

Česká asociace sester, ve snaze o zvýšení kvality ošetrovatelské péče, vydala šest nejnovějších standardů, některé již vyšly ve formě brožur a jednotlivá zdravotnická zařízení je mají k dispozici. Jedná se o metodu stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovacích jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště. Dále prevence pádů a zranění klienta a jejich řešení, výživa hospitalizovaných klientů, péče o neklidného klienta, proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních a pracovní postup – preanalytická fáze laboratorního vyšetření. Další standardy se nadále připravují (19).

1.5.4 Ošetrovatelský audit

Hodnocení kvality péče ve zdravotnickém zařízení i na jednotlivých odděleních by se mělo řídit určitými zásadami. Mezi tyto zásady patří provádění auditní činnosti ošetrovatelské i lékařské péče, tento audit provádějí vedoucí pracovníci a odborníci. Na hodnocení péče se musí podílet lékaři, sestry, pacienti, pracovníci z ekonomického úseku a další partneři zařízení. Jedná se o proces, jehož cílem je objektivní vyhodnocení skutečného stavu věcí. Jsou tedy nedílnou součástí měření kvality ošetrovatelské péče. Před samotným hodnocením mají být určena kritéria a vypracované standardy. Důležité je také získání informací z různých zdrojů, jako jsou např. statistiky, ekonomické

výkazy, indikátory kvality, dokumentace, evidence stížností a pochval. S programem hodnocení musí být samozřejmě informováni všichni pracovníci daného pracoviště, měl by být pravidelně revidován a zdokonalován. Audity analyzují úspěchy jednotlivých oddělení, sester nebo organizace, protože hledají shodu mezi plány a dosaženými výsledky. Dále odkrývají problémové oblasti a poukazují na úspěchy. Audit je jedním z nejefektivnějších nástrojů programu kontinuálního zvyšování kvality (7, 20, 43).

Audit, neboli vyhodnocení, je zaměřen na objektivně měřitelné stránky kvality ošetrovatelské péče. Kvalitu pomocí auditu můžeme hodnotit ze dvou hledisek. Prvním je ošetrovatelský audit, který hodnotí plnění jednotlivých standardů. Zjišťujeme, zda byla splněna kritéria strukturální, procesuální a kritéria výsledku. Nejdůležitějším měřítkem pro kvalitu jsou vždy splněné cíle. Druhým hlediskem je ošetrovatelský audit, který hodnotí celkovou kvalitu ošetrovatelské péče (38).

Audity také dělíme na interní, které provádějí většinou kolegové, a externí, které provádějí různé kontrolní orgány. Pokud je zaveden účinný systém interních auditů, které jsou systematicky a pravidelně prováděny, není třeba využívat externí audit příliš často. V budoucnu se ovšem dá očekávat větší potřeba těchto externích auditů (31, 43).

Cílem ošetrovatelského auditu není hledání chyb a následných disciplinárních postihů. Spíše jde o nalezení slabých míst v celém systému či procesu a následné řešení. Hlavní podmínkou pro co nejefektivnější využití auditu je ochota realizovat změny a flexibilita oddělení. Předmět auditu je vždy předem oznámen, jedná se o partnerský postup. Bývá prováděn v týmu s manažerkou programu kontinuálního zvyšování kvality. Porovnává skutečnou ošetrovatelskou praxi se standardy a hodnotí efektivitu péče. Výsledky auditu nejsou veřejně oznámena, ale informace dostane pouze oddělení, kde audit proběhl (20, 43).

Z praktického hlediska rozlišujeme následující čtyři druhy ošetrovatelského auditu. Retrospektivní revize se zabývá ošetrovatelskou dokumentací propuštěných pacientů. Audit implementace ošetrovatelských standardů, jehož cílem je zjistit, zda se standardy dodržují v praxi. Algoritmový audit vyhodnocuje různé strategie péče již používaných a jejich alternativních možností. Audit výsledků péče se zabývá otázkou, zda to bylo k něčemu dobré. Dalšími typy auditů jsou také souběžný, který probíhá při

provádění dané činnosti pomocí pozorování, audit procesní, který ověřuje systém, a audit kvality produktu ověřující provádění určitých činností (31, 43).

Mezi metody ošetrovatelského auditu řadíme pozorování sester při práci, kontrolu ošetrovatelské dokumentace, sběr statistických údajů, dotazy na pacienty, hodnocení spolupracovníků, hodnocení sester, sledování sester při sesterní vizitě, měření účinnosti péče, hodnocení externisty a inspekční kontrolu. Hlavním účelem ošetrovatelského auditu je tedy odůvodnění nákladů na personální a materiální zdroje, sledování efektivity péče a podpora kritického myšlení sester (20, 38, 43).

Tým auditorů se většinou skládá minimálně ze dvou osob. Vedoucím auditorem je vedoucí zaměstnanec nebo externí auditor. Auditorem se může stát proškolená osoba s certifikátem o absolvování akreditovaného kurzu. Školení zahrnuje minimálně čtyřicet hodin výuky a alespoň dvacet auditů se čtyřmi kompletně zpracovanými audity. V týmu bývá také technický expert, který zná problematiku daného pracoviště, kde audit probíhá. Auditor musí mít znalosti a dovednosti v oblasti norem, standardů, terminologie, statistiky a metodologie. Každé zdravotnické zařízení musí mít vypracován plán auditů pro celý rok (31).

1.6 Vztah kvality poskytované péče a ekonomické efektivity

Ekonomické zdroje jsou v klinické praxi vždy limitované. Pokud budou neracionálně využívány, jistě budou chybět v oblastech, kde by mohly být více užitečné. Kvalitní péče proto může šetřit zdroje tím, že redukuje duplicity, zbytečné opakované návštěvy lékaře, opakovaná vyšetření, rehospitalizace, reoperace či napravování nekvalitní péče. Cena plýtvání v systémech zdravotní péče je třicet procent, někdy i více. Musíme si uvědomit, že neúčinná péče je vždy neefektivní, mezi účinností péče a ekonomickou efektivností není symetrický vztah, pokud existují dva možné postupy, měli bychom volit ekonomicky výhodnější a v případě konfliktu mezi otázkami medicínskými a ekonomickými se musí vždy brát v úvahu přínosy a náklady jednotlivých variant řešení. Důležité je vždy najít a identifikovat kořeny příčin plýtvání s ekonomickými zdroji (7, 26).

Ovšem také je zde otázka nákladů spjatých se zaváděním systému kvality a s jeho řízením. Tyto náklady nemusí být zrovna zanedbatelné. Vždy musíme zvážit, zda se tyto náklady vyplatí a nějakým způsobem se vrátí (7).

1.7 Kultura bezpečí

V současné době se věnuje čím dál větší pozornost prostředí a klimatu zdravotnických zařízení. Zkoumá se vliv zdravé a otevřené organizační kultury na zlepšování zdravotní péče. Důležitá je atmosféra vzájemné důvěry mezi zaměstnanci, která umožňuje řešení problémů bez strachu z postihu. Klima kultury bezpečí zdůrazňuje pozitivní postoj zdravotníků k bezpečí pacientů a hledání bezpečnosti celého systému péče o klienty. Bezpečí musí zdravotnická zařízení zajistit pro klienty, příbuzné, ale také pro zaměstnance. Bezpečí se netýká pouze fyzické stránky, ale také psychického stavu (6, 15, 43).

Kultura bezpečí je charakteristická tím, že rozumí systémům, zná původ chyb a omylů, uplatňuje poznatky z výzkumu, podporuje vzdělávání a buduje bezpečné systémy a procesy. Kultura bezpečí ovšem nevznikne sama o sobě, musí se vybudovat a vytvořit. K vytvoření takové kultury je naprosto nezbytná vzájemná a otevřená komunikace o chybách, omylech a následcích. Důležitá je změna myšlení a chování, postojů všech zaměstnanců v souvislosti s hlášením chyb a nežádoucích událostí. Všichni zaměstnanci musí brát v úvahu bezpečí pacienta jako prioritní součást své práce. Týmové spolupráce a kooperativního zaměření se dosahuje pomocí kontinuální výuky v oblastech týmové dovednosti a kompetence ve specifických oblastech péče. Prostor na pracovišti musí být bez obviňování mezi zaměstnanci (15, 21, 43).

Trestání zaměstnanců za chyby jako varování pro ostatní vychází z chybné koncepce, že každý je zodpovědný za své omyly. Pokud dojde k osobní chybě, většinou vychází ze systémového selhání. Pokud si tento fakt management uvědomí, zaměstnanci přestanou své chyby maskovat a skrývat a dojde k dobrovolnému hlášení mimořádných/nežádoucích událostí. Zařízení tak bude moci provést nápravy v systému a zajistí tak větší bezpečí pacientů (41, 43).

Bezpečné prostředí tedy motivuje a váží si odkrývání chyb, nepodporuje se neodpovědnost a nekompetentnost, umožňuje diskuzi o hlášení a prevenci chyb a upravuje směrnice a procesy v souladu s vědomím, že k většině chyb dochází následkem neefektivního a špatně navrženého systému. Kultura bezpečí netoleruje anonymitu, nekompetentnost, porušení standardů, neposlušnost, ilegální aktivity, práci pod vlivem toxických látek a neochotu převzít profesionální odpovědnost. Vytvoření bezpečnostní kultury vede ke zvyšování kvality léčebné i ošetrovatelské péče (10, 21, 43).

Jednou ze základních podmínek většiny akreditačních programů je zajištění bezpečné léčebné a ošetrovatelské péče. Zdravotnické zařízení, které chce změnit organizační kulturu, musí zabudovat filozofii bezpečnostní kultury do poslání a hodnot organizace. Management také musí projevit nadšení, důslednou podporu a příkladné jednání a chování (41).

1.7.1 Světová aliance pro bezpečí pacienta

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) se otázkou bezpečí pacientů začala zabývat v roce 2004. V tomto roce vznikla Světová aliance pro bezpečí pacienta (World Alliance for Patient Safety). Prvním předsedou se stal Sir Liam Donaldson a hlavní sídlo má v Ženevě. Aliance vznikla na základě aktivit WHO, která již od roku 2002 přijala rezoluci WHA 55.18, kterou vybízela členské státy k tomu, aby se věnovaly tématům bezpečí pacientů a kvality péče. Každý region WHO určuje své hlavní priority v tomto programu (30, 51, 52).

Program aliance se zaměřuje na šest základních oblastí. Globální výzva bezpečí pacientů se zaměřením na nozokomiální nákazy, pacienti pro bezpečí pacientů, taxonomie pro bezpečí pacientů, výzkum pro bezpečí pacientů, řešení pro bezpečí pacientů a hlásicí systém. Aliance se zaměřuje především na vzdělávání v oblasti bezpečí pacientů, nové technologie ve zdravotnictví, financování a organizování vzdělávacích akcí a konferencí. Vydává doporučení pro členské země se zaměřením na prevenci poškození pacientů působením zdravotní péče. Základním programem aliance je The Patient Safety Solutions, tzv. řešení bezpečí péče o pacienty. Ministerstvo

zdravotnictví ČR tento program zveřejňuje v Knize bezpečí. Program se zabývá doporučeními odborníků v oblasti péče o pacienty a cílem je minimalizovat rizika ve zdravotnických zařízeních. V roce 2007 byla zveřejněna první verze, která zahrnovala identifikaci pacientů, řádný postup při hygieně rukou, prevenci záměny orgánu, strany výkonu či pacienta, prevenci záměny léků s podobnými názvy a obaly, postup při předávání pacientů mezi směnami, bezpečné skladování koncentrovaných elektrolytů, prevenci medikačních chyb při překlada pacientů, řádné používání jednorázových pomůcek a prevenci nesprávného napojení katetrů (30, 51, 52).

1.8 Management rizik

Management rizik je jedním z aspektů řízení kvality. Zahrnuje plánování, organizaci a řízení komplexního programu aktivit pro identifikaci vyhodnocení a napravení rizik, která mohou vést ke zranění pacientů či zaměstnanců, ke ztrátě či poškození majetku a finanční ztrátě. Management rizik se tedy zabývá zanedbáním lékařské i ošetrovatelské péče, nedbalostí i profesionální zodpovědností. Hlavním cílem je snížit možnosti výskytu těchto událostí (9, 43).

Mezi hlavní prvky programu managementu rizik patří finanční management, přenos rizik, identifikace rizik, analýza rizik, řešení rizik a vyhodnocení rizik. Finanční management je velice složitá koncepce zahrnující pojištění u různých společností. Riziko je v tomto případě přeneseno na uzavřený fond nebo na pojišťovnu. Zaměstnanci mají také možnost pojištění, ale lepším způsobem je dodržování předepsaných směrnic nemocnice a standardů ošetrovatelské péče (9).

Identifikace rizik zahrnuje kontrolu dokumentace, hlášení o mimořádné/nežádoucí události a rozhovor s personálem o problémech, které představují riziko finanční i právní. Analýza rizik je proces za účelem určení rizik. Jedná se o matematický a statistický úkon, kterým lze určit, s jakou pravděpodobností může nastat riziková událost. Řešení rizik znamená vyřešení situací tak, aby se snížila rizika pro finanční, lidské a hmotné zdroje organizace. Vyhodnocení rizik určuje efektivitu intervencí a metod použitých k získání informací o potencionálním problému. Hodnocení se soustředí na vliv problému, na majetek organizace, na budoucí kredit

instituce a její kapitálovou hodnotu a na vztah s komunitou. Za vypracování plánu a strategie zodpovídá primář oddělení a hlavní sestra ve spolupráci s manažerem kvality. Vypracovaný plán by měl být součástí ošetřovatelského i lékařského manuálu oddělení (9, 43).

Management rizik ve své funkci uplatňuje také sestra manažerka. Jedním z nástrojů, který má k dispozici, je hlášení mimořádných/nežádoucích událostí. Umožňuje upozorňovat manažera rizik na potenciální problémy, identifikovat problémy vysoce rizikové povahy a dokumentovat opravná opatření, která byla podniknuta. Vždy závisí na přístupu vedoucích pracovníků, zda se hlášení bude používat pouze k potrestání zaměstnanců, nebo zda povede ke zkvalitnění péče a tím k udržení nebo zlepšení dobré pověsti celého zdravotnického zařízení. (9).

1.8.1 Analýza možností vzniku a následků selhání

Analýza možností vzniku a následků selhání (Failure Mode and Effect Analysis – FMEA) je preventivní strategie. Tato metoda se používá již více než čtyřicet let v oblasti průmyslu a nyní se dostává i do povědomí zdravotníků. Jedná se o jednoduchou metodu identifikování a prevence potenciálních chyb ještě před tím, než k nim může dojít. V oblasti zdravotnictví se uplatňuje především v hledání a realizaci zlepšení ještě před tím, než dojde k poškození pacienta. Rozlišují se dva druhy FMEA analýzy. Jedná se o analýzu výrobku a analýzu procesu. Analýza výrobků se zaměřuje především na technické vybavení, formuláře nebo procedurální manuály. Analýza procesu se týká především vysoce rizikových procesů, u kterých je vysoká pravděpodobnost výskytu selhání a chyb. Je tedy nejvhodnější při analýze léčebné a ošetřovatelské péče. Česká zdravotnická zařízení se zaměřují především na retrospektivní využití FMEA analýzy, ale správné použití této metody je prospektivně, tedy jako preventivní analýzu (41, 42).

FMEA je proces několika na sebe navazujících kroků. Jedná se tedy především o sestavení multidisciplinárního týmu, zvolení procesu, který chce zařízení prověřit. Možnost pochybení stoupá s počtem kroků a výkonů u jednotlivých pacientů/klientů. Důležité je získat co nejvíce informací o procesu. Poté následuje provedení pečlivé

analýzy potenciálních rizik. Po odhalení těchto rizik musí následovat návrh a realizace preventivních opatření. Samozřejmě nesmí chybět vyhodnocení efektivity těchto opatření. FMEA analýza je uvedena také v textu standardů JCAHO (41, 42).

1.8.2 Sledování mimořádných/nežádoucích událostí

Mimořádnou/nežádoucí událostí rozumíme takovou, během které došlo k pochybení při péči o pacienta/klienta zdravotnického zařízení nebo pokud léčebná intervence neproběhla podle plánu, směrnic nebo ošetrovatelských standardů. Následkem je poškození zdraví pacienta, zaměstnance, další osoby nebo majetku. Mimořádné/nežádoucí události dělíme do dvou hlavních skupin. První skupinou je incident. Ten neohrožuje život pacienta, návštěvy či zaměstnance a neslučuje se s běžnou praxí nebo s předpisy daného zařízení. Příčinou může být nehoda či jiná okolnost, při které dojde ke zranění, poškození majetku či k ohrožení pověsti zdravotnického zařízení. Dále do této skupiny řadíme také nedodržování směrnic nebo předpisů, které vedou ke zvýšenému riziku poškození zdraví či majetku (20, 41, 43).

Druhou skupinou jsou závažné incidenty. Jedná se o kritickou událost, která má za následek vážnou újmu na zdraví nebo dokonce smrt poškozené osoby. Tento typ incidentů většinou končí soudním řízením a kriminálním vyšetřováním (41, 43).

Mimořádné/nežádoucí události většinou zahrnují chyby ve strategii léčby, medikační chyby, pády, poranění v souvislosti s požárem, neopatrné až nebezpečné jednání zaměstnanců nebo pacientů/klientů, selhání přístrojové techniky a ztrátu či poškození majetku nemocnice nebo pacientů/klientů. Závažnost mimořádných/nežádoucích událostí se dělí do čtyřbodové škály. První jsou ty události, při kterých nedojde k žádným následkům. Do druhé skupiny řadíme takové, při kterých nejsou zdánlivě žádné následky, ale charakter incidentu si žádá další sledování. Třetí skupinou jsou již události, během nichž skutečně dojde ke klinickým projevům a stav vyžaduje zákrok či léčbu. Poslední skupinou mimořádných/nežádoucích událostí jsou takové, při kterých dojde k ireverzibilním komplikacím či dokonce ke smrti (41, 43).

Každý pracovník zdravotnického zařízení je povinen hlásit mimořádné/nežádoucí události, kterých je svědkem. Ošetrovatelský personál hlásí tyto

události staniční nebo vrchní sestře oddělení. Ty poté rozhodují, zda je nutné tuto událost nahlásit dalším osobám jako jsou primář oddělení, lékaři, pacient/klient, příbuzní pacienta/klienta, manažer/ka pro mimořádné/nežádoucí události, právní oddělení nemocnice nebo další instituce. Každou takto hlášenou událost je nutné zaznamenat do dokumentace, kterou představuje formulář. Účelem této dokumentace je zkvalitnění léčebné i ošetrovatelské péče, zajištění nápravných opatření a zvýšení bezpečnosti prostředí. Do dokumentace se nezaznamenávají subjektivní úvahy, spekulace a hypotézy. Zápis musí být konkrétní, zaznamenán přesný čas a datum, nesmí chybět podpis. Vyplněný formulář v obálce se předává manažerovi pro mimořádné/nežádoucí události. Informace zaznamenané v tomto formuláři jsou považovány za důvěrné. Musí obsahovat tato data: osobní údaje poškozeného, charakter události, rozsah škod, popis události, jméno svědka, zda byl o události informován lékař, záznam o první pomoci, návrh nápravných opatření, závěr šetření a připomínky. Formulář není součástí chorobopisu pacienta, je majetkem nemocnice a nesmí být bez souhlasu managementu duplikován (10, 20, 43, 47).

Za ověření všech skutečností týkajících se mimořádné/nežádoucí události je odpovědná vrchní sestra oddělení. Komunikuje s postiženým, svědky, plní návrhy opatření, edukuje a provádí změny na svém oddělení. Vyšetřování mimořádných/nežádoucích událostí má dále na starosti výbor pro šetření těchto událostí. Pokud událost nevyžaduje okamžité řešení, projednává se na nejbližším pracovním setkání týmu, které se koná pravidelně jednou za měsíc. Pokud je to vhodné či nutné, má být postižený o výsledku šetření informován včetně preventivních opatření, která byla provedena. Realizaci doporučených opatření kontroluje manažer pro mimořádné/nežádoucí události, vyvozuje důsledky při opakovaných incidentech. Také sleduje trendy a statistické údaje o mimořádných/nežádoucích událostech. Spolupracuje s vedoucími pracovníky jednotlivých oddělení při realizaci preventivních opatření (9, 20, 41, 43).

Jednotlivá zdravotnická zařízení se liší v přístupu řešení mimořádných/nežádoucích událostí. Česká republika téměř nepoužívá systém hlášení

pochybení. Důvody jsou různé, např. strach z potrestání, soudního postihu či nepochopení efektivity tohoto opatření při zvyšování kvality poskytované péče (43).

1.8.3 Analýza skutečných příčin/kořenů pochybení

Analýza skutečných příčin/kořenů pochybení, neboli Root Cause Analysis (dále jen RCA) je metodika pro hledání skutečných příčin problémů či pochybní. Tato analýza se v praxi používá v případech, kdy již došlo k výskytu mimořádné/nežádoucí události nebo k téměř pochybení. Jedná se tedy o retrospektivní metodu. JCAHO vyžaduje používání této metody v akreditovaných nemocnicích. Existuje několik metod použití této analýzy, od nejjednodušších až po složité. Důležité je zjistit skutečnou příčinu, nejen symptom. Příčin selhání může být velká řada, ve zdravotnických zařízeních to bývají např. pochybení v procesu rozhodování, selhání systému jako celku, nedostatečné personální obsazení, pracovní přetížení, nedostatečná komunikace nebo chybná dokumentace (42).

Klasická metoda RCA se stává z pěti základních kroků. Prvním krokem je sběr dat, který začíná v okamžiku výskytu mimořádné/nežádoucí události. Je důležité pečlivé zhodnocení stavu před výskytem události či problému, o situaci během a po události, o zaměstnancích a všech aspektech, které úzce souvisí s problémem či událostí. Druhým, stěžejním, krokem v RCA metodě je vyhodnocení. Během vyhodnocení je důležité identifikovat problém, určit jeho závažnost, určit příčiny a podmínky, které předcházely problému a identifikovat důvody, proč příčiny existovaly před výskytem události či problému. V praxi se nejčastěji k tomuto účelu používá Ishikawův diagram, tzv. diagram rybích kostí. Třetím krokem je zvolení nápravného opatření, a to pro všechny identifikované příčiny. Tím se snižuje riziko dalšího výskytu problémů či nežádoucích událostí a zvyšuje se kvalita poskytované péče. Nápravná opatření se ve čtvrtém kroku musí implementovat do praxe. V tomto kroku je důležité zapojit všechny zaměstnance, změnit jejich dosavadní stereotypní myšlení a chování. Vzbudit v nich pocit osobní zodpovědnosti a budovat kulturu bezpečí. V pátém kroku dochází ke kontrolám a zpětné vazbě, zjišťuje se efektivita nápravných opatření (42).

Metoda RCA vyžaduje úplnou podporu vrcholového managementu zdravotnického zařízení. Tato metoda s sebou také nese nebezpečí chybných závěrů a tím neefektivních a finančně náročných opatření, která nemusí přinášet požadovaný výsledek (42).

1.9 Řešení stížností

Stížnosti pacientů můžeme zařadit do indikátorů kvality poskytované léčebné i ošetrovatelské péče. V současnosti těchto stížností stále více přibývá. Očekávání stěžovatelů je takové, že jejich stížnost bude objektivně prošetřena, a to pokud možno nezávislými odborníky. Adresované mohou být vedení zdravotnického zařízení, zřizovateli zdravotnického zařízení nebo ministerstvu zdravotnictví. Stížnosti na lékaře bývají také na vědomí zasílány České lékařské komoře. V posledních letech se v obsahu stížností objevují konkrétní jména zaměstnanců (46).

Stížnosti na sestry se mohou rozdělit do dvou základních skupin. První je stížnost na poskytnutou péči a druhou je stížnost na chování a jednání sester vůči stěžovateli. Bylo ovšem dokázáno, že pouze patnáct až dvacet procent stížností je oprávněných. Oprávněné stížnosti jsou ve většině případů velice konkrétní, stručné a věcné. Poukazují na pochybení při konkrétním výkonu ošetrovatelské péče (46).

Je nutné si uvědomit, že stížnosti jsou především ukazatelem celospolečenského klimatu. Proto je nutné rozlišovat, zda jde o závadu v systému či o pochybení jednotlivce. Stížnost by měla především vést k odstranění závady nebo nedostatku a poté teprve hledat a trestat viníka. Při řešení stížnosti je třeba vždy pečlivě zvážit všechny okolnosti konkrétního případu, včetně pracovního zatížení sestry. Nespravedlivé řešení stížností v neprospěch sester vede k demotivaci a je jedním z faktorů vzniku syndromu vyhoření (46).

Do adaptačního procesu nových zaměstnanců by měla být zařazena základní pravidla pro řešení stížností pacientů. Nemocnice by měly mít pro tento účel vypracovanou směrnici o řešení a prevenci stížností (42).

Proces řešení stížností má každé zdravotnické zařízení zajištěno vlastním způsobem. Ovšem ve většině případů dochází k předání stížnosti radě pro kvalitu

či oddělení kontroly a vnitřního auditu. Zde dojde k prvnímu předběžnému vyhodnocení stížnosti a pacient/klient je informován, zda byla stížnost přijata k řešení či ne. Pokud je stížnost přijata, dojde k získání dalších informací, prošetření stížnosti a ke snaze vyřešit stížnost. Stížnost se může řešit otevřením dialogu či dohodou. Pokud je stížnost tímto způsobem vyřešena, uzavře se. Pokud není vyřešena, dojde k následné arbitráži. Výsledek je dále oznámen pacientovi i radě pro kvalitu. Posledním a nejdůležitějším krokem je poučení ze stížnosti, dojde k preventivním či nápravným opatřením a k zaznamenání do příslušné dokumentace (42).

1.10 Pochybení a právní odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská péče je stejně jako jakákoliv jiná lidská činnost ohrožena selháním lidského faktoru s většími či menšími následky. V případě ošetrovatelské péče jsou následky patrné jak pro pacienta, tak pro ošetrovatelský personál. Důsledky nese ten, kdo pochybení způsobil, a odpovídají škodlivosti následků. Subjektivní a objektivní vnímání velikosti pochybení se velice liší, proto pochybení hodnotí soudní znalci. Právní úprava poskytování zdravotní péče chrání poskytovatele i pacienty/klienty (11, 48).

Odpovědnost je definována jako povinnost strpět určité sankce za jednání, které bylo shledáno jako protiprávní. U zdravotnických pracovníků se považuje za protiprávní jednání postup *non lege artis*. Sestra je oprávněna odmítnout provést výkon, a to v určitých případech. Jedná se zejména o nečitelnost v dokumentaci, rozpor s postupem *lege artis* nebo chybné ordinace medikamentů (48, 49).

Podle typu protiprávního jednání a podle závažnosti následků se rozlišuje odpovědnost trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní a správněprávní. Trestněprávní odpovědnost znamená, že fyzická osoba je odpovědná za trestný čin, který je uveden v trestních zákonech. Trestní řízení probíhá vždy před soudem. Sestra může být volána k této odpovědnosti zejména za trestný čin ublížení na zdraví z nedbalosti, ublížení na zdraví z nedbalosti s následkem těžké újmy na zdraví nebo smrti a neoprávněné nakládání s osobními údaji (11, 48).

Občanskoprávní odpovědnost, zejména odpovědnost za škodu, se týká jak fyzické osoby, tak i právnické. Pokud tedy sestra způsobí škodu jako zaměstnanec, náhradu musí uhradit zdravotnické zařízení, pokud ovšem sestra způsobí škodu při výkonu domácí péče či jiné samostatné činnosti, musí ji také sama uhradit. Pracovněprávní odpovědnost je zakotvena v zákoníku práce. Zaměstnanec odpovídá svému zaměstnavateli, proto musí zejména pracovat svědomitě a řádně, plnit pokyny nadřízených, dodržovat zásady spolupráce, plně využívat pracovní dobu, plnit kvalitně a včas zadané úkoly, dodržovat právní předpisy, řádně hospodařit s prostředky svěřenými jim zaměstnavatelem a střežit a ochraňovat majetek zaměstnavatele. Správněprávní odpovědnost zahrnuje specifické druhy deliktů, zejména pak přestupky. Přestupek je takové jednání, které porušuje nebo ohrožuje zájem společnosti. V zákoně nejde o jiný správní delikt ani o trestný čin. Zvláštním druhem odpovědnosti je také odpovědnost funkční. Ta je odvozena z funkčního postavení zaměstnance (11, 48).

2 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

2.1 Cíle práce

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapování dodržování národních akreditačních standardů SAK ČR v oblasti řízení kvality a bezpečí ve vybraných nemocnicích v ČR. Na základě hlavního záměru jsme stanovili tyto dílčí cíle:

1. Zmapovat, jakým způsobem mají nemocnice zaveden „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.“
2. Zjistit, jakým způsobem v nemocnicích probíhá interní auditní činnost.
3. Zmapovat, jak v nemocnicích probíhá sběr dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb.
4. Zjistit, jakým způsobem v nemocnicích probíhá hlášení mimořádných/nežádoucích událostí.
5. Zjistit, jak nemocnice sledují spokojenost pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí.
6. Zjistit, jakým způsobem mají nemocnice nastaven účinný systém řešení stížností.
7. Zjistit, jak nemocnice standardizují postupy ošetrovatelské péče.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem nemocnice zavádějí „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb?“
2. Jakým způsobem probíhá v nemocnicích interní auditní činnost?
3. Jak probíhá v nemocnicích sběr dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb?
4. Jakým způsobem v nemocnici probíhá sledování spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí?
5. Jak mají nemocnice nastaven systém hlášení mimořádných/nežádoucích událostí?
6. Jakým způsobem mají nemocnice nastaven účinný systém řešení stížností?
7. Jak nemocnice standardizují postupy ošetrovatelské péče?

2.3 Hypotézy

H1: Vrchní sestry se aktivně podílí na „Programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.“

H2: Vrchní sestry, které vykonávají funkci auditorky, mají certifikát akreditovaného kurzu.

H3: Nejčastěji sledovaným indikátorem kvality ošetrovatelské péče je sledování spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí.

H4: Vrchní sestry mají k dispozici formulář pro hlášení mimořádných/ nežádoucích událostí.

H5: Pacienti/klienti mají možnost vyjádřit spokojenost s ošetrovatelskou péčí pomocí dotazníků.

H6: Na odděleních jsou prováděna nápravná opatření na základě výsledků spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí.

H7: Vrchní sestry se podílí na přípravě standardů ošetrovatelské péče.

H8: Vrchní sestry zapojují do přípravy standardů sestry s vyšším vzděláním (DiS., Bc., Mgr.)

H9: Ošetrovatelská péče je poskytována na jednotlivých odděleních formou ošetrovatelského procesu.

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro výzkumnou část této práce jsme použili kvalitativně kvantitativní formu výzkumu. Jako techniky sběru dat jsme zvolili nestandardizovaný rozhovor a dotazníkové šetření. Rozhovor byl použit v první fázi výzkumného šetření a obsahoval celkem osm otázek (viz Příloha 1), které vycházely z akreditačních standardů kvality a bezpečí Spojené akreditační komise ČR platné od 1. 9. 2009. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon se souhlasem respondentů. Respondenti nám poskytli potřebné informace pro potřeby výzkumného šetření pod podmínkou zachování anonymity.

Na základě rozhovorů jsme stanovili hypotézy, které jsme ověřili pomocí dotazníkového šetření. Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem dvacet otázek (viz Příloha 2). Deset otázek bylo uzavřených, devět otázek polootevřených a jedna otázka sloužila k vyjádření skutečnosti vlastními slovy. Respondenti měli označit vždy jednu nabízenou variantu, u dvou otázek mohli vybrat více možností.

Na základě dat, která jsme získali z rozhovorů, byly následně vytvořeny kategorizační tabulky.

Pro zpracování kvantitativních dat získaných z dotazníkového šetření jsme použili program Microsoft Excel 2007 a statistický program SPSS 16.0 – frekvenční statistiku prvního a druhého stupně třídění. Data byla zpracována procentuálně. Výzkumné šetření probíhalo v období od ledna do března roku 2010.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor kvalitativní části šetření tvořily hlavní sestry nemocnic České Budějovice, a.s., Český Krumlov, a.s., Jindřichův Hradec, a.s., Písek, a.s., Tábor, a.s. a Prachatice, a.s. Rozhovory byly zaznamenány pomocí diktafonu po souhlasu hlavních sester a písemnou formou.

Výzkumný soubor kvantitativní části tvořily vrchní sestry výše uvedených nemocnic a Nemocnice Strakonice, a.s. Výzkumné šetření probíhalo se souhlasem

hlavních sester jednotlivých nemocnic. Hlavním kritériem byla ochota vrchních sester vyplnit dotazník. Celkem bylo rozdáno a rozesláno 111 dotazníků, 82 dotazníků se vrátilo, žádný dotazník nebyl vyřazen. K výzkumnému šetření bylo tedy použito 82 dotazníků, návratnost činila 73,9 %.

4 Výsledky

4.1 Kvalitativní část výzkumu

4.1.1 Rozhovory

Rozhovor I

Respondentka č. 1 je zástupkyně náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči. Tato nemocnice se připravuje na akreditaci Spojenou akreditační komisí ČR již jeden a půl roku, zatím získala certifikaci ISMS, která se zaměřuje na bezpečnost informací.

V nemocnici mají zaveden „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“, za který je zodpovědný náměstek řízení kvality a bezpečí. Na tomto programu se aktivně podílí vždy jeden určený lékař a sestra z každého oddělení nemocnice. Pravidelná setkání tohoto týmu pracovníků se konají ve čtvrtletních intervalech. Při setkání se zejména hodnotí úkoly, jejich splnění, určení cílů pro další období. Program je pravidelně aktualizován při pravidelných setkáních, zejména v případě nových legislativních změn, a je rozšířen v celé nemocnici. O programu a jeho činnosti jsou informováni všichni zaměstnanci nemocnice prostřednictvím zástupců z oddělení. V případě zavádění změn v souvislosti s tímto programem dochází ke školení, zavádění nových směrnic, které se dostávají k zaměstnancům skrze intranet.

V celé nemocnici probíhá interní auditní činnost ošetrovatelské péče. Auditní činnost provádějí auditoři, kteří jsou vyškoleni k tomuto účelu. Audity jsou předem plánované a každé pracoviště je týden před provedením auditu ošetrovatelské péče informováno o tématu auditu. Po ukončení auditu je sepsán přímo na pracovišti protokol a případné neshody se tedy řeší okamžitě na místě. V tomto případě následuje do třiceti dnů nový, kontrolní audit, při kterém se zjišťují nápravná opatření. Nemocnice má vypracovaná kritéria k provádění auditů, která jsou závazná pro interní auditory.

Mezi hlavní indikátory kvality ošetrovatelské péče, které jsou sledovány na všech odděleních, patří sledování výskytu dekubitů, výskyt pádů, spokojenost pacientů s poskytnutou péčí, ale také monitorace bolesti, nutriční screening, sledování katetrových infekcí a sledování spokojenosti pracovníků u nových zaměstnanců. Pro

výskyt pádů mají vyčleněn formulář pro výskyt nežádoucích událostí. Výskyt dekubitů se sleduje čtvrtletně a celkové zhodnocení tohoto indikátoru probíhá jedenkrát za rok. Na každém oddělení jsou za sledování a vyhodnocování jednotlivých indikátorů zodpovědné staniční a vrchní sestry. Nemocnice nesrovnává výsledky s dalšími zdravotnickými zařízeními. Informace získané z indikátorů kvality ošetrovatelské péče jsou využívány k provádění změn a k trvalému zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče.

Pro hlášení mimořádných/nežádoucích událostí má nemocnice vytvořen formulář, který mají zaměstnanci k dispozici na každém oddělení. Mimořádné/nežádoucí události dělí do dvou základních skupin. První je oznámení nežádoucí události při poskytování zdravotní péče a druhou je mimořádná událost na pracovišti, kam spadají např. krádeže či útěk pacienta/klienta. Každý zaměstnanec je informován o tom, komu musí v případě výskytu mimořádné/nežádoucí události tuto skutečnost hlásit. V nemocnici mají pro tento účel výbor pro šetření nežádoucích událostí, který tvoří vedoucí pracovníci jednotlivých oddělení a vedení nemocnice. Každých čtrnáct dní se konají pravidelné porady tohoto výboru, do kterého také spadá etická komise při řešení událostí, jež spadají do její kompetence. Poškozený mimořádnou/nežádoucí událostí je vždy písemně informován o vyřešení události. Nemocnice sleduje statistické údaje o nežádoucích událostech vždy za jeden rok.

Pro sběr dat o spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí používá nemocnice dotazníky spokojenosti. K tomuto účelu je vypracován standard ošetrovatelské péče „Kvalita poskytované péče z pohledu pacientů.“ Dotazníky mají pacienti/klienti k dispozici na všech odděleních i ambulancích. Po dobu hospitalizace je každému dotazník aktivně nabídnut k vyplnění ošetrovatelským personálem, a to minimálně jedenkrát. Dotazník se vhadzuje do určených a uzamčených schránek na oddělení, kde se shromažďují vždy po dobu jednoho měsíce. Poté se vyjmou a určená komise na každém oddělení, složená ze staniční sestry, vrchní sestry a primáře oddělení, dotazníky statisticky zpracuje do předem připraveného formuláře na intranetu. V nemocnici jsou čtyři druhy dotazníků. První je určen pro lůžková oddělení, druhý je určen pro ambulance, třetí je určen doprovodu dětského pacienta na lůžkovém oddělení

a čtvrtý je určen doprovodu dětského pacienta na ambulanci. V dotazníku je vždy použita škála od nuly do pěti, kdy nula znamená, že se s tím pacient/klient nesetkal či nemá názor, jedna znamená velmi spokojen/a, pět znamená nespokojen/a. Výsledky jsou zveřejněny na intranetu. Při zjištění nespokojenosti, problému či stížnosti ze strany pacienta/klienta v dotazníku je komise povinna učinit okamžitá nápravná opatření či vyřešení problému. Dotazníky se na jednotlivých odděleních archivují po dobu jednoho roku.

Řešení stížností v nemocnici určuje interní předpis. Každý pacient/klient si může stěžovat buď prostřednictvím dotazníků spokojenosti s poskytnutou péčí, nebo přímo na ředitelství nemocnice, a to ústně, písemně nebo elektronickou formou prostřednictvím e-mailu. Stížnosti se shromažďují na právním oddělení ředitelství nemocnice. O řešení stížnosti rozhoduje předseda představenstva. Stížnosti se člení na neoprávněné, v řízení, oprávněné, postoupené a částečně oprávněné. Přehled stížností vždy za každý rok je zveřejněn ve výroční zprávě nemocnice.

Pro tvorbu standardů ošetrovatelské péče má nemocnice vyhrazenou komisi vedoucích pracovníků z jednotlivých klinických oborů. Standardy jsou aktualizovány minimálně jedenkrát za tři roky, pokud dojde k zásadním změnám či ke změnám v legislativě, jsou aktualizovány dříve. Standardy ošetrovatelské péče jsou v praxi dodržovány, což je kontrolováno interní auditní činností. Jednotlivé standardy ošetrovatelské péče se k sestřím na jednotlivá oddělení dostávají prostřednictvím intranetu. Sestry si musí aktivně vyhledávat nové standardy, většinou je určená sestra na každém oddělení, která nese zodpovědnost za tuto činnost. Standardy si poté tisknou na odděleních. U každého standardu je vyčleněná kolonka pro podpis všech sester, které si standard prostudují. Samozřejmě je to jejich povinnost.

V nemocnici je ošetrovatelská péče poskytována formou ošetrovatelského procesu a je zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace.

Rozhovor II

Informace o řízení kvality a bezpečí mi také poskytla respondentka č. 2, která vykonává funkci hlavní sestry nemocnice.

Nemocnice získala akreditaci Spojené akreditační komise ČR v roce 2006. Jednalo se o akreditaci s platností jednoho roku, na kterou se nemocnice připravovala tři roky. V roce 2007 byla nemocnice reakreditována, tentokrát již na tři roky, tedy do roku 2010. V současné době se nemocnice připravuje na druhou reakreditaci. Laboratoře nemocnice mají certifikaci ISO.

V nemocnici je zaveden „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“. Činnost je definována v interních dokumentech nemocnice. Tento program je rozšířen v celé nemocnici, ovšem každé oddělení má tento program přizpůsoben svým potřebám. Za řízení a aktualizaci tohoto programu je zodpovědná Rada pro kvalitu. Rada je tříčlenná a spolupracují s ní další týmy pracovníků z úrovně řízení. Setkání se konají pravidelně jedenkrát měsíčně. Personál nemocnice je o tomto programu pravidelně informován prostřednictvím intranetu a na pravidelných poradách. V případě změn je personál školen.

Auditní činnost ošetrovatelské péče je v nemocnici plánovaná. Tým auditorů je školen k tomuto účelu a auditní činnost probíhá v celé nemocnici. Audity ošetrovatelské péče jsou plánovány vždy měsíc dopředu a jednotlivá oddělení jsou informována o tématech. Témata vycházejí z akreditačních standardů Spojené akreditační komise ČR. Výsledky auditů jsou zveřejněny v rámci nemocnice a jsou využity k odstraňování nedostatků a k dalšímu zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče.

Sběr a analýza dat o kvalitě probíhá sledováním indikátorů kvality ošetrovatelské péče. V nemocnici sledují plošně výskyt pádů, dekubitů a nozokomiálních nákaz, indikátory si každé oddělení volí podle potřeb a specifík péče. Indikátory jsou vyhodnocovány jedenkrát za rok a za sledování a hodnocení je vždy zodpovědná vrchní sestra a primář oddělení. Výskyt dekubitů je vyhodnocován jedenkrát měsíčně. Personál je o výsledcích informován a výsledky jsou využity k trvalému zvyšování kvality poskytované péče. Indikátory nesrovnávají s dalšími zdravotnickými zařízeními, pouze výskyt pádů je sledován celorepublikově.

Pro hlášení mimořádných/nežádoucích událostí má nemocnice vypracovanou směrnici. Sledují široké spektrum mimořádných/nežádoucích událostí, včetně verbálního napadení, událostí týkajících se návštěv nebo útěku pacientů/klientů. Pro záznam o mimořádné/nežádoucí události slouží formulář, který musí být vyplněn nejpozději do čtyřiceti osmi hodin od události, a to ve dvou kopiích. Originální se zakládá do dokumentace pacienta/klienta, kopie se předává hlavní sestře. Formuláře se zpracovávají každý měsíc. Zaměstnanci nemocnice jsou informováni o postupu při výskytu těchto událostí i o výsledcích a statistických ukazatelích v rámci nemocnice. V nemocnici neexistuje výbor pro šetření mimořádných/nežádoucích událostí. Poškozený touto událostí je informován o výsledku šetření, a to písemně. Celorepublikově srovnávají výskyt pádů a nyní se zapojují do programu sledování dekubitů.

V nemocnici probíhá sledování spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. Sběr informací o spokojenosti se uskutečňuje pomocí dotazníkového šetření mezi pacienty/klienty nemocnice. Vyplnění dotazníku je závislé na dobrovolnosti a ochotě pacientů/klientů poskytnout zpětnou vazbu nemocnici. V dotaznících je použita hodnotící škála a výsledky jsou poskytnuty personálu nemocnice jedenkrát za rok. Pro zpracování výsledků má nemocnice určen tým zaměstnanců. V minulosti se nemocnice zúčastnila celorepublikového šetření o spokojenosti pacientů/klientů s péčí. Při výskytu negativního hodnocení či stížnosti hlavní sestra kontroluje nápravná opatření na daném pracovišti.

Pro řešení stížností má nemocnice vypracovanou směrnici. Případný stěžovatel vyplní formulář stížností a ten je následně předán právníkovi nemocnice, který má na starosti řešení stížností. V interních dokumentech mají určen interval, do kterého musí být stížnost vyřešena. Stěžovatel je vždy informován o vyřešení stížnosti.

Standardy ošetrovatelské péče tvoří tým sester, ve kterém jsou vrchní sestry a další sestry z oddělení. Upřednostňovány jsou sestry s vyšším vzděláním. Nemocnice má patnáct základních standardů, které jsou platné pro všechna oddělení. Každé oddělení má také speciální standardy ošetrovatelské péče, které jsou specifické pro dané

oddělení. Standardy jsou aktualizovány jedenkrát za tři roky. Auditní činnost kontroluje jejich dodržování v praxi. Nové standardy se na oddělení dostávají v tištěné podobě.

Ošetrovatelská péče je v nemocnici poskytována formou ošetrovatelského procesu a je zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace. Každé oddělení má přizpůsobenou ošetrovatelskou dokumentaci potřebám svého oddělení.

Rozhovor III

Respondentka č. 3 je hlavní sestra nemocnice a zároveň vykonává funkci manažera kvality.

Nemocnice nemá v současné době zájem o akreditaci Spojenou akreditační komisí ČR. Preferují certifikaci ISO, kterou získali po roční přípravě. Jedná se o systém řízení kvality podle normy ČSN EN ISO 9001:2001. Certifikaci provází každoroční provádění externích dozorových auditů, o kterém jsou informováni všichni zaměstnanci nemocnice. Audit probíhá na náhodně vybraném pracovišti. Jedenkrát za tři roky je proveden recertifikační audit. Biochemická laboratoř je jediným pracovištěm nemocnice, které je akreditované.

Za řízení kvality poskytované péče je zodpovědný představitel vedení pro kvalitu společně s manažerem kvality. Nemocnice má zaveden „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.“ Tento program je řízen Týmem řízení kvality, který má pět až šest členů. Tým je odpovědný za plánování, stanovení cílů pro dané období, realizaci a hodnocení. Setkání týmu probíhá nepravidelně, vždy dle aktuální potřeby. V tomto týmu jsou zastoupeny osoby z vrcholového managementu nemocnice. Vše je definováno v interních dokumentech nemocnice. Personál nemocnice je pravidelně informován o řízení a zvyšování kvality prostřednictvím intranetu. Noví zaměstnanci musí být proškoleni o programu kvality nemocnice. Pokud dojde ke změnám, je personál zaškolen. Program kvality a bezpečí je pravidelně aktualizován a je rozšířen v celé nemocnici. Jedenkrát ročně je zhodnocen ve výroční zprávě nemocnice a jsou naplánovány nové cíle pro další období.

Na intranetu se personál dozvídá o plánu interní auditní činnosti. Plán je zveřejněn vždy na celý rok dopředu. Jsou v něm uvedena témata, pracoviště i jména

auditorů, kteří budou audit provádět. Audity ošetrovatelské péče vykonává auditorský tým, který tvoří osm až deset auditorů z řad zaměstnanců nemocnice. Všichni auditori jsou vyškoleni v této oblasti. Výsledky auditů jsou následně zveřejněny na intranetu, ovšem bez názvu pracoviště. Výsledků je i nadále využíváno k hodnocení a plánování dalších cílů v oblasti zlepšení a zvýšení kvality ošetrovatelské péče.

V nemocnici sledují některé indikátory kvality ošetrovatelské péče. Zejména se jedná o výskyt dekubitů, pádů, spokojenost zaměstnanců prostřednictvím dotazníků, spokojenost pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí a také o výskyt nozokomiálních nákaz. Indikátory vyhodnocují většinou čtvrtletně, vždy záleží na daném indikátoru. Na jednotlivých odděleních jsou za jejich sledování odpovědné vrchní sestry. Indikátory kvality ošetrovatelské péče nemocnice nesrovnává s jinými zdravotnickými zařízeními. Výsledky jednotlivých indikátorů jsou zveřejňovány na intranetu nemocnice. Výsledky jsou zároveň zveřejňovány v každoroční zprávě a jsou tedy podkladem k plánování dalšího zlepšování a k tvorbě standardů ošetrovatelské péče. Například standard „Chování zaměstnanců“ vznikl na základě hodnocení indikátoru spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí.

Nemocnice má definovány události, které považuje za mimořádné/nežádoucí, a to v interních dokumentech. Sledují celkem devatenáct typů mimořádných/nežádoucích událostí. Tyto typy jsou uvedeny ve formuláři „Hlášení mimořádné události“. Každý zaměstnanec je informován o tom, že při výskytu mimořádné/nežádoucí události musí tuto skutečnost sdělit příslušnému lékaři na oddělení, který informace o výskytu předává řediteli nemocnice. Výsledky analýz a statistických údajů využívá vedení nemocnice ke stanovení cílů, standardů a dalších opatření. Výsledky jsou personálu nemocnice sdělovány prostřednictvím intranetu. Mimořádné/nežádoucí události šetří Výbor pro mimořádné/nežádoucí události, který nepořádá pravidelná setkání. Nemocnice sleduje statistické trendy v oblasti těchto událostí.

Sledování spokojenosti pacientů/klientů je jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče, které nemocnice sleduje. Výběr pacientů je náhodný a probíhá jak na lůžkových odděleních, tak na ambulancích. Nemocnice sleduje spokojenost

pacientů/klientů prostřednictvím dotazníků, které jsou anonymní. Tyto dotazníky jsou k dispozici v celé nemocnici a sbírají se do označených schránek. Nemocnice používá v dotaznících škálu od nejvíce spokojen/a až po nejméně spokojen/a. Hlavní sestra nemocnice následně zpracovává výsledky o spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí. Výsledky jsou zveřejněny na intranetu nepravidelně, většinou dvakrát ročně.

Pro řešení stížností má nemocnice interní předpis. Každý pacient je informován o možnosti stěžovat si prostřednictvím letáku kvality, který je umístěn na každém oddělení a na internetu. Druhou možností je dotazník spokojenosti s poskytnutou péčí. Pacienti/klienti si mohou stěžovat jak písemně, tak i ústní formou. Stížnosti se shromažďují u ředitele nemocnice. Nemocnice nemá určen časový interval, za který musí být stížnost vyřešena. Rozhodnutí o stížnosti je v kompetenci ředitele nemocnice.

Standardy ošetrovatelské péče v nemocnici tvoří hlavní sestra. Standardy jsou aktualizovány nepravidelně, většinou v případě novel, nových zákonů či jiných legislativních změn. Standardy jsou v praxi dodržovány, což je kontrolováno auditní činností. Jednotlivé standardy ošetrovatelské péče se k sestřím dostávají písemnou formou. Nemocnice nepoužívá ošetrovatelskou dokumentaci a ošetrovatelské diagnózy.

Rozhovor IV

Informace o řízení kvality ošetrovatelské péče mi poskytla respondentka č. 4, která vykonává funkci hlavní sestry nemocnice.

Akreditaci Spojené akreditační komise ČR získala nemocnice v červnu roku 2009. Laboratoř OKBH získala certifikaci AUDUI A I. v prosinci 2008.

V nemocnici mají zaveden „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“. Řízení a rozvoj tohoto programu má na starosti Komise pro zvyšování kvality, jejímiž hlavními členy jsou hlavní sestra a lékař – předseda komise. Nesou odpovědnost za kontrolu a dodržování nastavených standardů a pravidel při výkonu povolání. Setkání komise probíhá v závislosti na výskytu aktuálních problémů, v období přípravy na akreditaci se setkání konaly i několikrát týdně. Ošetrovatelský personál nemocnice je pravidelně informován prostřednictvím vrchních a staničních sester, které tento program

rozšiřují v celé nemocnici. Vyhodnocování programu probíhá podle platné směrnice, která určuje časový horizont vyhodnocení jednotlivých kritérií.

Interní auditní činnost v nemocnici probíhá ve formě šetření a je plánovaná. Zaměřuje se na všechny oblasti, které jsou definované Spojenou akreditační komisí. Pracoviště nejsou předem informována, neznají termín ani téma auditu ošetrovatelské péče. Nemocnice má určeny auditory, kteří jsou pověřeni jmenováním do této funkce a musí být proškoleni. Auditní činnost probíhá v celé nemocnici a jednotlivá oddělení se o výsledcích dozvídají z písemné zprávy o auditu. Výsledky jsou potvrzením nastavené kvality ošetrovatelské péče, případné nesrovnalosti vyžadují okamžité řešení.

V nemocnici sledují následující indikátory kvality ošetrovatelské péče – monitorace bolesti, nutriční screening, sledování pádů, sledování dekubitů, spokojenost pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí, výskyt nozokomiálních nákaz, sledování katéetrových infekcí a sledování spokojenosti zaměstnanců. Frekvence vyhodnocování jednotlivých indikátorů kvality ošetrovatelské péče se řídí platnou směrnicí, v níž je to uvedeno. Za sledování indikátorů je zodpovědná komise pro zvyšování kvality, která je dále vyhodnocuje pomocí grafického znázornění. Tato data se pomocí grafů dostávají k personálu nemocnice.

Mimořádné/nežádoucí události mají v nemocnici definovány a jejich výskyt je sledován podle aktuální směrnice. Každý zaměstnanec nemocnice je informován, jakým způsobem se má zachovat v případě výskytu této události. K hlášení používají formulář, ve kterém jsou uvedeny všechny nežádoucí události, jež sledují. Nežádoucí události šetří a zpracovává komise pro kvalitu pomocí grafického znázornění. Při výskytu nežádoucí události jsou prováděna nápravná opatření a nemocnice informuje poškozeného.

Data o spokojenosti pacientů/klientů sbírají v nemocnici písemnou formou pomocí dotazníků. Ty mají pacienti/klienti k dispozici na volném prostranství a vyplněné je vhazují do poštovních schránek umístěných v nemocnici. Pověřený pracovník tyto schránky vybírá většinou jedenkrát za tři měsíce. V dotaznících je využita škála od jedné do pěti, kde se pacienti/klienti mohou vyjádřit o spokojenosti s péčí. Vyhodnocení probíhá jedenkrát za rok pomocí grafického znázornění.

Pro řešení stížností má nemocnice interní předpis, kterým se řídí. Na některých odděleních jsou umístěné schránky, do nichž může pacient/klient umístit svou stížnost, oficiální stížnosti jsou podávány přes právní oddělení nemocnice, kde jsou shromažďovány. Na žádost pacienta/klienta je informován o vyřešení stížnosti. Pacienti/klienti mohou využít jak písemnou, tak ústní formu stížnosti, obě jsou akceptovány. V závazné směrnici má nemocnice předepsaný interval, do kterého musí stížnost vyřešit. Při řešení stížnosti má rozhodující slovo vedení nemocnice.

Při torbě standardů ošetrovatelské péče vychází nemocnice ze zákonných norem, směrnic, vyhlášek a konzultací s kolegy. Na tvorbě standardů se nejvíce podílejí všechny vrchní sestry a dále jim podřízené všeobecné sestry. Standardy jsou v praxi dodržovány, probíhá kontrolní auditní činnost. Standardy se k sestřím dostávají přes vrchní a staniční sestry.

V nemocnici sestry pracují metodou ošetrovatelského procesu a záznam je prováděn do ošetrovatelské dokumentace.

Rozhovor V

Údaje potřebné k šetření z oblasti řízení kvality a bezpečí ošetrovatelské péče mi poskytla respondentka č. 5, která je hlavní sestrou nemocnice.

Nemocnice získala akreditaci Spojené akreditační komise ČR v květnu 2009. Příprava na akreditaci trvala v nemocnici dva roky. Největší změnou bylo zavedení nové zdravotnické dokumentace. V současné době se nemocnice nechystá získat žádný jiný druh certifikace.

„Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“ mají v nemocnici zaveden a týká se jak péče o pacienta, tak i o zaměstnance. Za dodržování kvality poskytovaných služeb v nemocnici zodpovídá hlavní sestra, lékař pro kvalitu léčebné péče, sestra pro kvalitu ošetrovatelské péče, vedení nemocnice, asistentka hygienické péče a technik. Tento tým se pravidelně schází jedenkrát za měsíc. Do setkání patří také porady s vedoucími pracovníky. Tato oblast je definována příslušnými směrnicemi a ošetrovatelskými standardy. Zlepšení je plánováno a vyhodnocováno zejména v oblastech stravování a výživy, výskytu dekubitů, mimořádných událostí, výskytu

pádů, ambulantního ošetření a to zejména v souvislosti s čekací dobou a školení zaměstnanců v oblasti kardiopulmonární resuscitace a bezpečnosti práce. Zaměstnanci nemocnice jsou informováni prostřednictvím intranetu a pravidelných porad.

Interní audity ošetrovatelské péče jsou prováděny vždy dle předem sjednaného termínu a informací poskytnutých prostřednictvím intranetu. Výsledky jsou následně zpracovány písemně i graficky. Auditorický tým tvoří hlavní sestra nemocnice, vedoucí kvality ošetrovatelské péče, hygienička a staniční sestry, protože nemocnice nemá zavedenou funkci vrchních sester. Výsledky interních auditů jsou dále využívány k nápravě a zlepšení poskytované péče, včetně zajištění ochrany personálu nemocnice. Jsou zaměřeny zejména na ošetrovatelskou péči, bezpečí pacientů/klientů, bezpečí zaměstnanců, na prevenci a hygienu.

V nemocnici sledují indikátory kvality ošetrovatelské péče. Mezi sledované patří monitorace bolesti, nutriční screening, sledování pádů, sledování dekubitů, spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí, výskyt nozokomiálních nákaz, sledování katérových infekcí, sledování spokojenosti pracovníků a hygiena rukou. Jednotlivé indikátory vyhodnocují čtvrtletně, pololetně je vyhodnocována spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, hygiena rukou je vyhodnocována jedenkrát za měsíc. Na odděleních je za sledování jednotlivých indikátorů zodpovědná staniční sestra a primář oddělení. Nemocnice neporovnává jednotlivé indikátory s ostatními zdravotnickými zařízeními, pouze mezi jednotlivými odděleními. Výsledky jsou vždy zveřejněny na intranetu a na poradách vedoucích pracovníků.

V případě výskytu mimořádné/nežádoucí události je každý zaměstnanec povinen sepsat tuto událost za přítomnosti svědka a předat záznam vedoucímu pracoviště. Evidenci událostí dále hodnotí sestra pro kvalitu ošetrovatelské péče. Mezi mimořádné/nežádoucí události řadí nemocnice zejména pád s následným zraněním, sebezranění, napadení personálu, napadení pacienta/klienta, krádež, opuštění zdravotnického zařízení, záměnu léků a selhání vyšetřovací techniky. Informace o výskytu těchto událostí v nemocnici jsou k dispozici zaměstnancům na intranetu. Hodnocení probíhá při setkání Komise kvality a na poradách. Údaje

o mimořádných/nežádoucích událostech jsou vyhodnocovány sepsáním základních informací. Zaznamenává se, co se stalo, kde se to stalo, kolik a způsob poskytnuté péče.

Spokojenost pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí je v nemocnici sledována prostřednictvím dotazníků. Dotazník dostává každý pacient/klient, který je hospitalizován. Po jeho vyplnění jej vhodí do schránky na oddělení a výběr provádí hlavní sestra nemocnice. Průběžně tyto dotazníky zpracovává a vyhodnocuje. Informace o spokojenosti jsou zveřejňovány na intranetu, dále při poradách vedoucích pracovníků a při setkání Komise kvality. Eventuelní připomínky pacientů/klientů jsou písemně zaznamenány a vyhodnocovány. Řešena je jak pochvala personálu, tak i negativní ohlasy. Vyhodnocení se provádí jedenkrát za půl roku, a to formou písemnou i grafickou.

Postup pro řešení stížností má nemocnice popsán v příslušné směrnici. Stížnost může pacient/klient nemocnice podat jak písemnou, tak i ústní formou. Stížnosti se shromažďují na ředitelství nemocnice a preferuje se co nejkratší doba pro vyřešení stížnosti. Za řešení je zodpovědný ředitel nemocnice nebo náměstek pro léčebnou péči.

Za tvorbu standardů ošetrovatelské péče je zodpovědná hlavní sestra společně s jí vybranými pracovníky z jednotlivých pracovišť. Standardy jsou dodržovány v praxi, což potvrzují interní audity ošetrovatelské péče. Všichni noví zaměstnanci jsou v průběhu adaptačního procesu seznámeni s jednotlivými standardy, které jsou umístěny na intranetu. Ošetrovatelská péče je v nemocnici prováděna formou ošetrovatelského procesu a následně je zaznamenána v ošetrovatelské dokumentaci.

Rozhovor VI

Respondentka č. 6, která je hlavní sestrou nemocnice, mi poskytla potřebné informace z oblasti řízení kvality a bezpečí.

Nemocnice není zatím akreditována, ale soustavně se připravuje již dva roky na akreditaci Spojenou akreditační komisí ČR. Jiný druh certifikace nemá.

„Program zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče“ má nemocnice definován ve směrnících. Hlavními orgány, které jsou odpovědné za tento program, jsou auditorské týmy. Programu se účastní zejména střední a vyšší management nemocnice. Program je pravidelně aktualizován a personál nemocnice je informován prostřednictvím intranetu, kde jsou zveřejněny důležité informace o tomto programu. Program je rozšířen v celé nemocnici.

Pro interní auditní činnost ošetrovatelské péče má nemocnice dva auditorské týmy, které jsou složené vždy ze tří sester vyškolených k tomuto účelu. Auditorské týmy kontrolují kvalitu ošetrovatelské péče, včetně auditů zdravotnické dokumentace a dodržování standardů ošetrovatelské péče.

Mezi indikátory kvality ošetrovatelské péče, které nemocnice sleduje, patří zejména sledování pádů, za které je zodpovědná vždy vrchní a staniční sestra daného oddělení a hlavní sestra nemocnice. Dále sledování mimořádných událostí, které sledují a vyhodnocují vrchní sestry, vedoucí nezdravotnických oddělení a hlavní sestra. Monitoraci bolesti sledují sestry u pacientů/klientů s bolestí, nutriční screening sledují sestry u všech pacientů/klientů. Výskyt dekubitů je sledován u rizikových pacientů. Dále je sledována spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, kterou vyhodnocuje vrcholový management nemocnice jedenkrát měsíčně. Výskyt nozokomiálních nákaz sleduje epidemiolog a asistent hygienické služby. Posledním indikátorem je sledování spokojenosti zaměstnanců, které sleduje a vyhodnocuje náměstek pro kvalitu zdravotnické péče.

Hlášení mimořádných/nežádoucích událostí vychází ze směrnice nemocnice. Všichni zaměstnanci jsou informováni, komu a jakým způsobem musí tyto události hlásit. K hlášení slouží speciální formulář, ve kterém jsou všechny druhy mimořádných/nežádoucích událostí, od pádu až po krádeže či prasklé potrubí apod.

Bezprostřední nápravu po výskytu této události musí provést vedoucí oddělení, tedy vrchní sestra a primář oddělení. Hlavní sestra provádí vyhodnocení formou statistiky a záznamem do grafů.

Nemocnice sbírá data o spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí pomocí dotazníků. Ty jsou k dispozici na jednotlivých odděleních, kde jsou také schránky pro vhadování vyplněných dotazníků. Dotazníky vyhodnocuje hlavní sestra a zajišťuje také nápravu při výskytu negativních reakcí ze strany pacientů/klientů. Vyhodnocují se pomocí elektronického programu, kde index 1,0 znamená výborně a vše, co je za desetinnou čárkou, znamená horší. Výsledky jsou k dispozici zaměstnancům nemocnice na intranetu.

Stížnosti řeší vrcholový management nemocnice. Vždy záleží na typu stížnosti. Řeší se všechny stížnosti, tedy ústní, písemné i anonymní. Délka řešení od převzetí stížnosti po vyřešení, vyhodnocení je většinou do třiceti dnů. Průběh řešení stížností je popsán ve speciální směrnici nemocnice.

Standardy ošetrovatelské péče tvoří týmy sester. Aktualizace probíhá dle časového harmonogramu příslušného standardu nebo při změnách v legislativě. Standardy jsou v praxi dodržovány, což je pravidelně kontrolováno sesternskými audity ošetrovatelské péče. Standardy mají sestry k dispozici v tištěné podobě na každé stanici a také jsou zveřejněny na intranetu nemocnice. Sestry nemocnice pracují formou ošetrovatelského procesu a záznam provádí do příslušné ošetrovatelské dokumentace.

4.1.2 Kategorizace dat získaných z kvalitativní části výzkumného šetření

Tabulka 1 Akreditace nemocnic

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Akreditace SAK ČR		1		1	1		3
Příprava na akreditaci	1					1	2
Certifikace ISO			1				1
Celkem	1	1	1	1	1	1	6

Tabulka znázorňuje aktuální stav akreditačního řízení, 3 nemocnice jsou akreditovány, 2 nemocnice se na akreditaci připravují a 1 nemocnice upřednostnila certifikaci ISO.

Tabulka 2 Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Je zaveden v celé nemocnici	1	1	1	1	1	1	6
Program řídí tým určených pracovníků	1	1	1	1	1	1	6
Personál nemocnice je informován a školen	1	1	1	1	1	1	6
Celkem	3	3	3	3	3	3	18

Z tabulky vyplývá, že „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“ mají všechny nemocnice zaveden v celém zařízení, tento program ve všech nemocnicích řídí tým určených pracovníků a personál všech nemocnic je o tomto programu informován a školen.

Tabulka 3 Interní auditní činnost ošetrovatelské péče

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Interní auditní činnost v nemocnici probíhá	1	1	1	1	1	1	6
Auditoři jsou školeni	1	1	1	1		1	5
Je plánovaná	1	1	1	1	1	1	6
Výsledky vedou ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče	1	1	1	1	1	1	6
Celkem	4	4	4	4	3	4	23

Interní auditní činnost ošetrovatelské péče probíhá ve všech 6 nemocnicích, 5 respondentů uvedlo, že auditoři jsou školeni k tomuto účelu, auditní činnost je ve všech nemocnicích plánovaná a výsledky nemocnice využívají ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Tabulka 4 Sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Za sledování zodpovídá staniční, vrchní sestra	1	1	1		1	1	5
Za sledování zodpovídá komise pro zvyšování kvality				1			1
Celkem	1	1	1	1	1	1	6

Sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče má v 5 nemocnicích v kompetenci staniční a vrchní sestra, v 1 nemocnici za sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče zodpovídá komise pro zvyšování kvality.

Tabulka 5 Indikátory kvality ošetrovatelské péče sledované v nemocnici

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Výskyt dekubitů	1	1	1	1	1	1	6
Pády	1	1	1	1	1	1	6
Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí	1	1	1	1	1	1	6
Monitorace bolesti	1			1	1	1	4
Nutriční screening	1			1	1		3
Sledování katérových infekcí	1			1	1		3
Spokojenost zaměstnanců	1		1	1	1	1	5
Nozokomiální nákazy		1	1	1	1	1	5
Výskyt mimořádných událostí						1	1
Hygiena rukou					1		1
Celkem	7	4	5	8	9	7	40

Tabulka znázorňuje, které indikátory jsou sledovány v jednotlivých nemocnicích. Ve všech 6 nemocnicích sledují výskyt dekubitů, pády a spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, ve 4 nemocnicích monitorují bolest, 3 nemocnice provádí nutriční screening, stejný počet nemocnic sleduje katérové infekce. Spokojenost svých zaměstnanců a výskyt nozokomiálních nákaz sleduje 5 nemocnic. Výskyt mimořádných událostí jako indikátor kvality ošetrovatelské péče sleduje 1 nemocnice a hygienu rukou také 1 nemocnice.

Tabulka 6 Indikátory kvality ošetrovatelské péče

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Indikátory jsou vyhodnocovány v určeném časovém období	1	1	1	1	1	1	6
Výsledky jsou využívány ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče	1	1	1	1	1	1	6
Celkem	2	2	2	2	2	2	12

Ve všech nemocnicích mají určen interval pro vyhodnocování jednotlivých indikátorů kvality ošetrovatelské péče a výsledky využívají ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Tabulka 7 Hlášení mimořádných/nežádoucích událostí

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Vypracovaný formulář pro hlášení MU/NU	1	1	1	1	1	1	6
Formulář k dispozici všem zaměstnancům	1	1	1	1	1	1	6
Výsledky jsou využívány ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče	1	1	1	1	1	1	6
Celkem	3	3	3	3	3	3	18

Z tabulky vyplývá, že ve všech sledovaných nemocnicích mají vypracovaný formulář pro hlášení mimořádných/nežádoucích událostí, který je k dispozici všem zaměstnancům, a výsledky využívají ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Tabulka 8 Vyhodnocování výskytu mimořádných/nežádoucích událostí

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Výbor pro šetření MU/NU	1		1				2
Komise pro kvalitu				1	1		2
Hlavní sestra		1				1	2
Celkem	1	1	1	1	1	1	6

Tabulka znázorňuje, kdo vyhodnocuje výskyt mimořádných/nežádoucích událostí. Ve 2 nemocnicích je to samostatný výbor pro šetření mimořádných/nežádoucích událostí, ve 2 nemocnicích je to komise pro kvalitu a ve 2 nemocnicích je to hlavní sestra.

Tabulka 9 Sledování spokojenosti pacientů

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Data sbírána pomocí dotazníků	1	1	1	1	1	1	6
Dotazníky jsou k dispozici v celé nemocnici	1	1	1	1	1	1	6
Použití hodnotící škály	1	1	1	1		1	5
Výsledky jsou k dispozici personálu	1	1	1	1	1	1	6
Nápravná opatření vždy při nesrovnalostech	1	1			1	1	4
Celkem	5	5	4	4	4	5	27

Z následující tabulky je zřejmé, že všech 6 nemocnic využívá pro sběr dat o spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí dotazník spokojenosti. Dotazníky jsou ve všech nemocnicích k dispozici v celém zařízení. Použití hodnotící škály uvedlo 5 respondentů. Ve všech nemocnicích má personál výsledky k dispozici. Ve 4 nemocnicích provádí vždy nápravná opatření při výskytu nesrovnalostí na základě dotazníků.

Tabulka 10 Zpracování dotazníků spokojenosti pacientů

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Určený tým pracovníků	1	1		1			3
Hlavní sestra			1		1	1	3
Celkem	1	1	1	1	1	1	6

Dotazníky spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí zpracovává ve 3 nemocnicích určený tým pracovníků, ve 3 nemocnicích je zpracovává hlavní sestra.

Tabulka 11 Forma podání stížnosti

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Ústní	1		1	1	1	1	5
Písemná	1	1	1	1	1	1	6
Elektronická	1						1
Celkem	3	1	2	2	2	2	12

Tabulka znázorňuje způsob, kterým pacienti/klienti nemocnic mohou podat stížnost. Ústní a písemnou formou lze podat stížnost ve 4 nemocnicích, pouze písemnou formou v 1 nemocnici. Možnost ústní, písemné nebo elektronické formy podání stížnosti nabízí svým klientům 1 nemocnice.

Tabulka 12 Shromažďování stížností

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Právní oddělení nemocnice	1	1		1			3
Ředitel nemocnice, předseda představenstva			1		1	1	3
Celkem	1	1	1	1	1	1	6

Stížnosti pacientů/klientů se ve 3 nemocnicích shromažďují na právním oddělení nemocnice, ve 3 nemocnicích u ředitele nemocnice.

Tabulka 13 Řešení stížností

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Řešení stížností určuje interní předpis	1	1	1	1	1	1	6
Právní oddělení		1					1
Ředitel nemocnice, předseda představenstva	1		1	1	1	1	5
Celkem	2	2	2	2	2	2	12

Řešení stížností určuje ve všech nemocnicích interní předpis. V 1 nemocnici řeší stížnosti právní oddělení a v 5 nemocnicích ředitel nemocnice.

Tabulka 14 Tvorba standardů ošetrovatelské péče

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Tým sester (komise)	1	1		1	1	1	5
Hlavní sestra			1				1
Celkem	1	1	1	1	1	1	6

Následující tabulka znázorňuje, kdo v jednotlivých nemocnicích tvoří standardy ošetrovatelské péče. V 5 nemocnicích je to tým sester, v 1 nemocnici je to pouze hlavní sestra.

Tabulka 15 Rozšiřování standardů na jednotlivá pracoviště

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Intranet	1				1		2
Tištěná podoba		1	1	1		1	4
Celkem	1	1	1	1	1	1	6

Standardy ošetrovatelské péče se dostávají na jednotlivá pracoviště pomocí intranetu ve 2 nemocnicích, tištěnou podobu upřednostňují ve 4 nemocnicích.

Tabulka 16 Používání ošetrovatelského procesu

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Ano	1	1		1	1	1	5
Ne			1				1
Celkem	1	1	1	1	1	1	6

Z tabulky vyplývá, že v 5 nemocnicích používají sestry ošetrovatelský proces, v 1 nemocnici jej nepoužívají.

Tabulka 17 Používání ošetrovatelské dokumentace

Odpověď	Respondenti						Celkem
	I	II	III	IV	V	VI	
Ano	1	1		1	1	1	5
Ne			1				1
Celkem	1	1	1	1	1	1	6

Ošetrovatelskou dokumentaci mají sestry k dispozici v 5 nemocnicích, v 1 nemocnici dokumentaci nepoužívají.

4.2 Výsledky z kvantitativní části výzkumného šetření – popisná statistika

Tabulka 18 Zavedení „Programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“ v nemocnici

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	79	96,4	96,4	96,4
	Spíše ano	2	2,4	2,4	98,8
	Nevím	1	1,2	1,2	100,0
	Spíše ne	0	0	0	
	Ne	0	0	0	
	Total		82	100,0	100,0

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) na otázku, zda je v nemocnici zaveden „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“, odpovědělo 79 respondentů (96,4 %) ano, 2 respondenti (2,4 %) odpověděli spíše ano a 1 respondent (1,2 %) zvolil odpověď nevím. Žádný respondent nezvolil odpověď spíše ne a ne.

Tabulka 19 Zapojení vrchních sester do „Programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aktivní zapojení vrchní sestry	58	70,7	71,6	71,6
	Aktivní vyhledávání informací	14	17,1	17,3	88,9
	Pasivní příjem informací	9	11,0	11,1	100,0
	Jiné	0	0	0	
	Total	81	98,8	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	1	1,2		
Total		82	100,0		

Z celkových 81 (100 %) respondentů, kteří odpovídali na tuto otázku, se aktivně do „Programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“ zapojuje 58 respondentů (71,6 %), aktivně vyhledává informace o tomto programu 14 respondentů (17,3 %), pasivně přijímá informace 9 respondentů (11,1 %) a možnost jiné ne zvolil žádný respondent. V předchozí otázce 1 respondent (1,2 %) zvolil možnost nevím, tudíž na tuto otázku neodpovídal.

Tabulka 20 Interní auditní činnost v nemocnicích

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	81	98,8	98,8	98,8
	Spíše ano	0	0	0	98,8
	Nevím	1	1,2	1,2	100,0
	Spíše ne	0	0	0	
	Ne	0	0	0	
	Total	82	100,0	100,0	

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) na otázku, zda probíhá v nemocnici interní auditní činnost ošetrovatelské péče, zvolilo odpověď ano 81 respondentů (98,8 %) a 1 respondent (1,2 %) odpověděl neví. Žádný respondent nezvolil odpověď spíše ano, spíše ne ani ne.

Tabulka 21 Zapojení vrchních sester do role auditorky

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, mám certifikát	24	29,3	29,6	29,6
	Ano, nemám certifikát	25	30,5	30,9	60,5
	Ne	32	39,0	39,5	100,0
	Total	81	98,8	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	1	1,2		
Total		82	100,0		

Z celkového počtu 81 respondentů (100 %) na otázku, zda se podílí na auditní činnosti jako auditor/ka, zvolilo odpověď ano, mám certifikát akreditovaného kurzu 24 respondentů (29,6 %), odpověď ano, nemám certifikát akreditovaného kurzu, označilo 25 respondentů (30,9 %) a odpověď ne si vybralo 32 respondentů (39,5 %). Na předchozí filtrační otázku 1 respondent (1,2 %) odpověděl neví, tudíž na tuto otázku neodpovídal.

Tabulka 22 Audity ošetrovatelské péče, které proběhly na jednotlivých odděleních

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Retrospektivní revize	5	6,1	6,2	6,2
	Implementace ošetrovatelských standardů	39	47,6	48,2	54,4
	Algoritmový audit	1	1,2	1,2	55,6
	Audit výsledků péče	23	28,0	28,4	84,0
	Jiný	13	15,9	16,0	100,0
	Total	81	98,8	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	1	1,2		
Total		82	100,0		

Z celkového počtu 81 respondentů (100 %), kteří odpovídali na tuto otázku, si nejvíce respondentů, tedy 39 (48,2 %), vybralo možnost implementace ošetrovatelských standardů, 23 respondentů (28,4 %) zvolilo odpověď audit výsledků péče, 5 respondentů (6,2 %) odpovědělo retrospektivní revize, 1 respondent označil možnost algoritmový audit a 13 respondentů (16,0 %) označilo možnost jiný, 1 respondent (1,2 %) neodpovídal na tuto otázku, protože v předchozí filtrační otázce zvolil možnost nevím.

Tabulka 23 Audity, které proběhly a nebyly uvedeny ve výběru možností

Název auditu	Počet respondentů
Hygienický audit	4
Recertifikační audit	3
Audit dokumentace	3
Audit BOZP	2
Audit přístrojů	1
Celkem	13

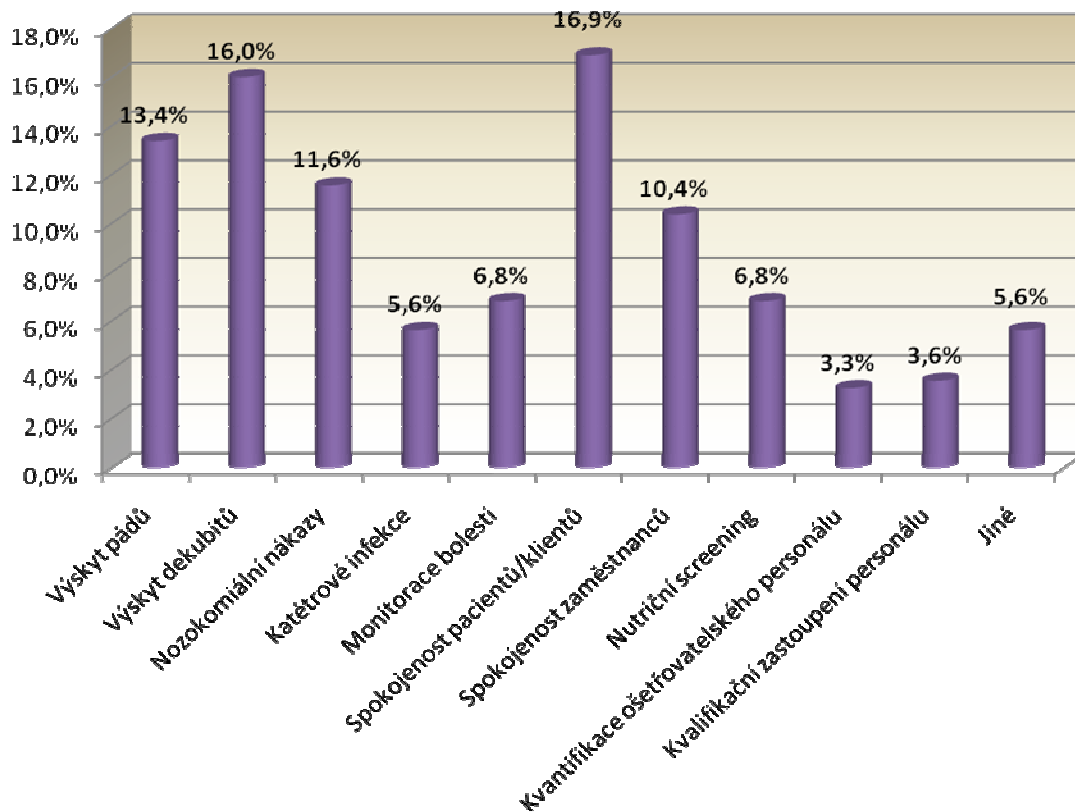
Z celkového počtu 13 respondentů, kteří v předchozí otázce uvedli možnost jiné, vypsal 4 respondenti hygienický audit, 3 respondenti uvedli recertifikační audit, 3 respondenti uvedli audit dokumentace, 2 respondenti uvedli audit bezpečnosti práce a 1 respondent uvedl audit přístrojů.

Tabulka 24 Seznámení vrchních sester s výsledky auditů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, vždy	72	87,8	88,9	88,9
	Často	9	11,0	11,1	100,0
	Z poloviny	0	0	0	
	Zřídka	0	0	0	
	Nikdy	0	0	0	
	Total	81	98,8	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	1	1,2		
Total		82	100,0		

Z celkového počtu 81 respondentů (100 %) na otázku, zda je vrchní sestra seznámena s výsledky auditů odpovědělo ano, vždy 72 respondentů (88,9 %), možnost často zvolilo 9 respondentů (11,1 %). Žádný respondent neoznačil možnosti z poloviny, zřídka ani nikdy. Předchozí filtrační otázkou byl vyřazen 1 respondent (1,2 %), proto na tuto otázku neodpovídal.

Graf 1 Sledované indikátory kvality ošetrovatelské péče



Graf 1 zobrazuje odpovědi na otázku, které indikátory kvality sledují vrchní sestry na svých odděleních. V této otázce měly možnost označit více odpovědí. Celkem bylo označeno 337 položek, což odpovídá 100 %. Indikátor výskyt pádů byl označeno 45-krát (13,4 %), výskyt dekubitů je sledován 54-krát (16,0 %), nozokomiální nákazy byly označeny 39-krát (11,6 %), katéetrové infekce jsou sledovány 19-krát (5,6 %), monitorace bolesti je jako indikátor kvality ošetrovatelské péče používán 23-krát (6,8 %), nejvíce bylo označeno sledování spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí, tedy 57-krát (16,9 %), spokojenost zaměstnanců je sledována 35-krát (10,4 %), nutriční screening byl označen 23-krát (6,8 %), kvantifikaci ošetrovatelského personálu je používána 11-krát (3,3 %), kvalifikační zastoupení personálu je sledována 12-krát (3,6 %) a možnost jiné byla označena 19-krát (5,6 %).

Tabulka 25 Další sledované indikátory kvality ošetrovatelské péče

Název sledovaného indikátoru	Počet respondentů
Kvalita laboratorní práce	3
Komplikace při zavedení periferní žilní kanyly	3
Validace sterilizačních postupů	2
Hodnocení soběstačnosti pacientů/klientů	2
Parenterální únik cytostatik	1
Počet opakovaných rentgenových snímků	1
Kojení u fyziologických a patologických novorozenců	1
Komplikace při výživě pacienta/klienta nasogastrickou sondou	1
Komplikace u pacientů/klientů s močovou inkontinencí	1
Sledování kvality přípravy pacienta/klienta před koloskopií a operačním výkonem	1
Riziko pádů	1
Celkem	17

Následující tabulka zobrazuje další indikátory, které uvedli respondenti v kolonce jiné. Kvalitu laboratorní práce sledují 3 respondenti, 3 respondenti sledují komplikace při zavedení periferní žilní kanyly, 2 respondenti uvedli validaci sterilizačních postupů, 2 respondenti hodnotí soběstačnost pacientů/klientů, 1 respondent uvedl parenterální únik cytostatik, 1 respondent sleduje kojení u fyziologických a patologických novorozenců, 1 respondent uvedl komplikace při výživě pacienta/klienta nasogastrickou sondou, 1 respondent uvedl sledování komplikací u pacientů/klientů s močovou inkontinencí, 1 respondent sleduje kvalitu přípravy pacienta/klienta před koloskopií a operačním výkonem a 1 respondent sleduje riziko pádů.

Tabulka 26 Způsob informovanosti o výsledcích jednotlivých indikátorů kvality ošetrovatelské péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pravidelně přes intranet	51	62,2	62,2	62,2
	Nepravidelně přes intranet	9	11,0	11,0	73,2
	V tištěné podobě	20	24,4	24,4	97,6
	Jiné	2	2,4	2,4	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) je o jednotlivých indikátorech kvality ošetrovatelské péče 51 respondentů (62,2 %) informováno pravidelně přes intranet, nepravidelně přes intranet je informováno 9 respondentů (11,0 %), tištěnou podobou je informováno 20 respondentů (24,4 %). Odpověď jiné zvolili 2 respondenti (2,4 %).

Tabulka 27 Znalost sester o postupu hlášení mimořádných/nežádoucích událostí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, sestry jsou školeny při nástupu do zaměstnání	51	62,2	62,2	62,2
	Ano, sestry jsou informovány od nadřízených	31	37,8	37,8	100,0
	Ne	0	0	0	
	Jiné	0	0	0	
	Total	82	100,0	100,0	

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) školí 51 respondentů (62,2 %) sestry při nástupu do zaměstnání, 31 respondentů (37,8 %) informuje sestry na oddělení. Žádný respondent nezvolil odpověď ne a jiné.

Tabulka 28 Formulář hlášení mimořádných/nežádoucích událostí je k dispozici na odděleních

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	82	100,0	100,0	100,0
	Ne	0	0	0	
	Nevím	0	0	0	
	Total	82	100,0	100,0	

Formulář hlášení mimořádných/nežádoucích událostí má k dispozici 82 respondentů (100 %). Žádný respondent nezvolil odpověď ne a nevím.

Tabulka 29 Sledování spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, na oddělení mají k dispozici dotazník, který je volně přístupný	70	85,4	85,4	85,4
	Ano, dotazník vydává sestra na požádání pacienta/klienta	5	6,1	6,1	91,5
	Ano, ústně	2	2,4	2,4	93,9
	Ne, nemá	1	1,2	1,2	95,1
	Jiné	4	4,9	4,9	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Na otázku, zda mohou pacienti/klienti vyjádřit spokojenost či nespokojenost s ošetrovatelskou péčí, z celkového počtu 82 respondentů (100 %) odpovědělo 70 respondentů (85,4 %), že pacienti/klienti mají k dispozici dotazník, který je volně přístupný, 5 respondentů (6,1 %) vybralo odpověď, že pacienti/klienti mají dotazník k dispozici na požádání u sestry. Ústní formu vyjádření označili 2 respondenti (2,4 %), 1 respondent (1,2 %) uvedl, že nemá, a možnost jiné zvolili 4 respondenti (4,9 %).

Tabulka 30 Návrat zpracovaných výsledků o spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí vrchním sestřám

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, vždy	67	81,7	81,7	81,7
	Často	6	7,3	7,3	89,0
	Z poloviny	2	2,5	2,5	91,5
	Zřídka	6	7,3	7,3	98,8
	Nikdy	1	1,2	1,2	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

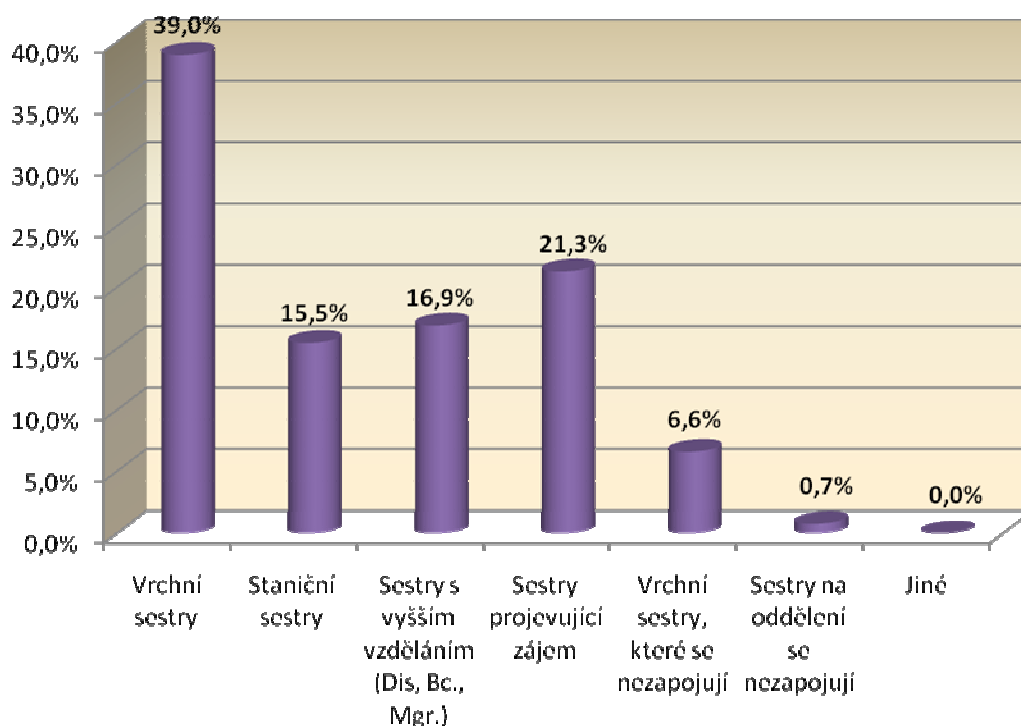
Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) označilo odpověď vždy na otázku, zda se respondentům vracejí zpracované výsledky o spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí, 67 respondentů (81,7 %), odpověď často označilo 6 respondentů (7,3 %), z poloviny zvolili 2 respondenti (2,5 %), možnost zřídka uvedlo 6 respondentů (7,3 %) a odpověď nikdy uvedl 1 respondent (1,2 %).

Tabulka 31 Provedení nápravných opatření na základě spokojenosti pacientů/klientů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, vždy	57	69,5	69,5	69,5
	Často	20	24,4	24,4	93,9
	Z poloviny	3	3,7	3,7	97,6
	Zřídka	0	0	0	97,6
	Nikdy	2	2,4	2,4	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) na základě výsledků spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí provádí vždy nápravná opatření 57 respondentů (69,5 %), často je provádí 20 respondentů (24,4 %), 3 respondenti (3,7 %) uvedli možnost z poloviny a 2 respondenti (2,4 %) označili možnost nikdy. Žádný respondent neuvedl možnost zřídka.

Graf 2 Zapojování sester do tvorby standardů ošetrovatelské péče



Graf 2 zobrazuje odpovědi na otázku, jakým způsobem se respondenti zapojují do přípravy standardů ošetrovatelské péče. Respondenti měli možnost označit více odpovědí, celkem bylo označeno 136 odpovědí, které tedy tvoří 100 %. Nejvíce, 53-krát (39,0 %), byla označena možnost, že se jako vrchní sestry zapojují do tvorby standardů, zapojení staničních sester do tvorby standardů bylo označeno 21-krát (15,5 %), zapojení sester s vyšším vzděláním bylo označeno 23-krát (16,9 %), zapojení sester projevujících zájem bylo označeno 29-krát (21,3 %), 9-krát (6,6 %) byla označena možnost, že se vrchní sestra do tvorby nezapojuje, a 1-krát (0,7 %) bylo uvedeno, že se nezapojují sestry na oddělení. Žádný respondent nevyužil možnost jiné.

Tabulka 32 Způsob, kterým se standardy ošetrovatelské péče dostávají k sestřám

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	V tištěné podobě	53	64,6	64,6	64,6
	Elektronicky	28	34,2	34,2	98,8
	Jiné	1	1,2	1,2	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) tištěnou podobu standardů ošetrovatelské péče využívá 53 respondentů (64,6 %), elektronickou formu preferuje 28 respondentů (34,2 %) a jiný způsob zvolil 1 respondent (1,2 %).

Tabulka 33 Názor vrchních sester, zda jsou standardy ošetrovatelské péče přínosem a vedou k vyšší kvalitě ošetrovatelské péče

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	58	70,8	70,8	70,8
	Spíše ano	22	26,8	26,8	97,6
	Nevím	1	1,2	1,2	98,8
	Spíše ne	0	0	0	98,8
	Ne	1	1,2	1,2	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) na otázku, zda jsou standardy ošetrovatelské péče přínosem a vedou k vyšší kvalitě ošetrovatelské péče, odpovědělo 58 respondentů (70,8 %) ano, 22 respondentů (26,8 %) spíše ano, 1 respondent (1,2 %) uvedl nevím a 1 respondent (1,2 %) uvedl možnost ne. Žádný respondent neoznačil možnost spíše ne.

Tabulka 34 Použití ošetřovatelského procesu a ošetřovatelské dokumentace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano, používáme ošetřovatelský proces a záznam je veden v ošetřovatelské dokumentaci	67	81,8	81,8	81,8
	Ano, používáme ošetřovatelský proces, ale nevedeme ošetřovatelskou dokumentaci	2	2,4	2,4	84,2
	Ne, nepoužíváme ošetřovatelský proces	11	13,4	13,4	97,6
	Jiné	2	2,4	2,4	100,0
	Total	82	100,0	100,0	

Z celkového počtu 82 respondentů (100 %) uvedlo používání ošetřovatelského procesu i ošetřovatelské dokumentace 67 respondentů (81,8 %), možnost používání ošetřovatelského procesu, ale ne ošetřovatelské dokumentace uvedli 2 respondenti (2,4 %), 11 respondentů (13,4 %) nepoužívá ošetřovatelský proces a 2 respondenti (2,4 %) využili možnost označit jiné.

Tabulka 35 Standard ošetrovateľskej péče pro vedení ošetrovateľského procesu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	61	74,4	88,4	88,4
	Ne	6	7,3	8,7	97,1
	Nevím	2	2,4	2,9	100,0
	Total	69	84,1	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	13	15,9		
Total		82	100,0		

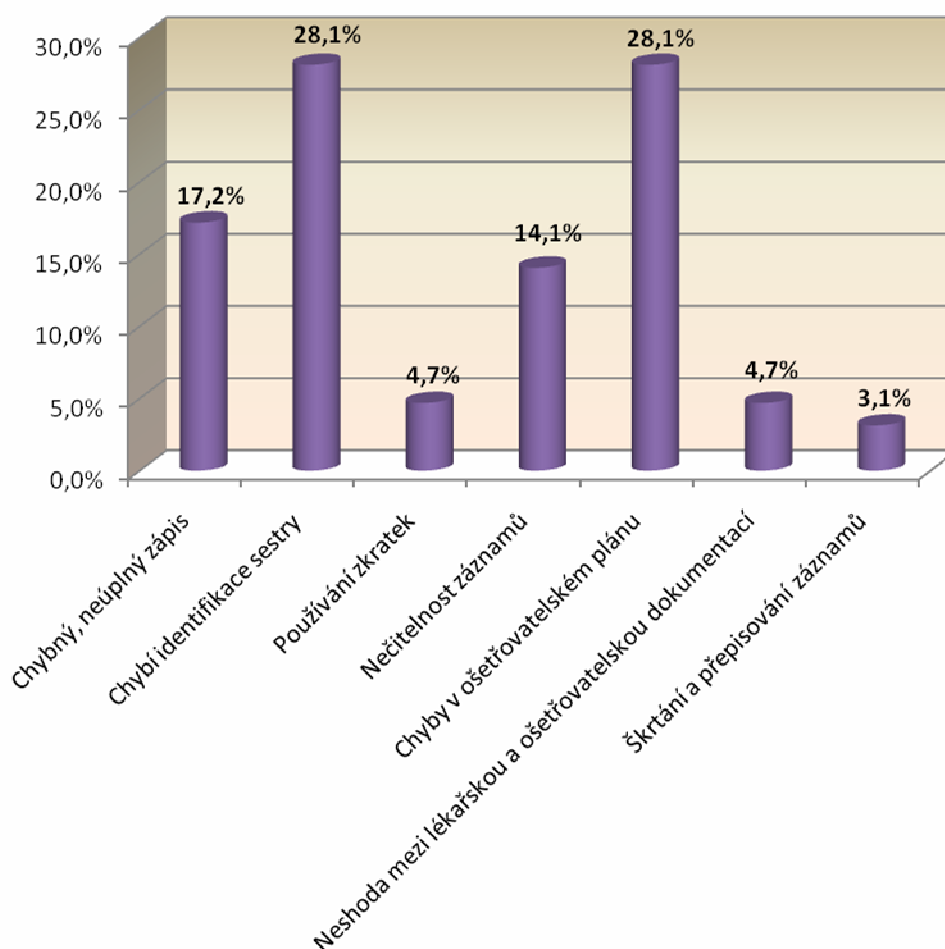
Z celkového počtu 69 respondentů (100 %), kteří odpovídali na tuto otázku, uvedlo 61 respondentů (88,4 %), že mají standard ošetrovateľskej péče pro vedení ošetrovateľského procesu, 6 respondentů (8,7 %) uvedlo, že nemají standard, a 2 respondenti (2,9 %) označili možnost nevím. Z předchozí filtrační otázky vyplývá, že 13 respondentů (15,9 %) na tuto otázku neodpovídalo, protože označili možnosti ne nebo jiné.

Tabulka 36 Standard ošetrovateľskej péče pro vedení ošetrovateľské dokumentace

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	60	73,2	87,0	87,0
	Ne	8	9,8	11,6	98,6
	Nevím	1	1,2	1,4	100,0
	Total	69	84,1	100,0	
Missing	Předchozí negativní odpověď	13	15,9		
Total		82	100,0		

Standard ošetrovateľskej péče pro vedení ošetrovateľské dokumentace má 60 respondentů (87,0 %) z celkového počtu 69 respondentů (100 %), 8 respondentů (11,6 %) nemá standard pro vedení ošetrovateľské dokumentace a 1 respondent (1,4 %) uvedl odpověď nevím. Na tuto otázku neodpovídalo 13 respondentů (15,9 %), kteří označili v předchozí filtrační otázce možnosti ne nebo jiné.

Graf 3 Nejčastější chyby odhalené při auditu ošetrovatelské dokumentace



Graf 3 zobrazuje odpovědi na otázku, které nejčastější chyby byly odhaleny při auditu ošetrovatelské dokumentace. Respondenti měli možnost vypsát odpovědi vlastními slovy. Celkem bylo uvedeno 64 odpovědí, které tvoří 100 %. Chybný či neúplný zápis v ošetrovatelské dokumentaci bylo uvedeno 11-krát (17,2 %), 18-krát (28,1 %) bylo uvedeno, že chybí identifikace sester u zápisů v ošetrovatelské dokumentaci, 3-krát (4,7 %) bylo uvedeno používání zkratk, 9-krát (14,1 %) byla uvedena nečitelnost záznamů, 18-krát (28,1 %) byly uvedeny chyby v ošetrovatelském plánu, 3-krát (4,7 %) byly uvedeny neshody mezi lékařskou a ošetrovatelskou dokumentací a 2-krát (3,1 %) bylo uvedeno škrtnání a přepisování záznamů.

4.3 Výsledky z kvantitativní části výzkumného šetření – kontingenční tabulky

Tabulka 37 Vliv zapojení vrchních sester do „Programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“ na aktivní zapojení do auditní činnosti

Zapojení vrchních sester do programu		Zapojení vrchních sester do role auditorky			
		Ano, mám certifikát	Ano, nemám certifikát	Ne	Total
	Ano, aktivně	20	19	18	57
	Ano, vyhledávám informace	2	4	8	14
	Ne	2	2	5	9
	Total	24	25	31	80

Na tyto otázky odpovídalo celkem 80 respondentů, 2 respondenti byli vyřazeni předchozími filtračními otázkami. Z výsledků vyplývá, že sestry, které se aktivně zapojují do „Programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“ se aktivně zapojují do auditní činnosti. Celkem se jich zapojuje do auditní činnosti i programu 39. Do auditní činnosti ani do programu se vůbec nezapojuje pouze 5 respondentek.

Tabulka 38 Vliv návratnosti výsledků spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí na provádění nápravných opatření

Provádění nápravných opatření		Návratnost výsledků				
		Ano, vždy	Často	Z poloviny	Nikdy	Total
	Ano, vždy	51	16	0	0	67
	Často	5	0	1	0	6
	Z poloviny	0	1	0	1	2
	Zřídka	1	3	2	0	6
	Nikdy	0	0	0	1	1
	Total	57	20	3	2	82

Z následujících výsledků je patrné, že pokud se k sestřám dostanou zpracované výsledky spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí, provádějí nápravná opatření. Celkem 51 respondentů uvedlo, že mají výsledky k dispozici vždy a také vždy provádějí nápravná opatření. Pouze 1 respondent uvedl, že výsledky nemá k dispozici nikdy, proto nikdy neprovádí nápravná opatření.

Tabulka 39 Vliv vypracovaného standardu pro vedení ošetrovatelského procesu na poskytování péče formou ošetrovatelského procesu

Poskytování péče		Vypracovaný standard			
		Ano	Ne	Nevím	Total
	Ošetrovatelský proces i dokumentace	61	4	2	67
	Pouze ošetrovatelský proces	0	2	0	2
	Total	61	6	2	69

Ošetrovatelský proces i ošetrovatelskou dokumentaci používá 61 respondentů, kteří mají k dispozici vypracovaný standard pro provádění ošetrovatelského procesu. Pouze 4 respondenti používají ošetrovatelský proces i dokumentaci aniž by měli vypracovaný standard ošetrovatelské péče. Celkem odpovídalo 69 respondentů, protože ti, kteří odpověděli, že ošetrovatelský proces nepoužívají, neodpovídali následně na otázku, zda mají vypracovaný standard.

5 Diskuse

Tato diplomová práce se zabývá tématem řízení kvality a bezpečí ošetrovatelské péče. V první části jsme pro zmapování tohoto tématu použili kvalitativní výzkumné šetření a stanovili jsme si několik výzkumných otázek. Na základě první kvalitativní části a prostudované literatury jsme vytvořili devět hypotéz.

Výzkumné šetření probíhalo v nemocnicích v Českých Budějovicích, Českém Krumlově, Písku, Táboře, Jindřichově Hradci a Prachaticích v období od ledna do března 2010. Kvalitativní část tvořily rozhovory s hlavními sestrami výše uvedených nemocnic a kvantitativní část tvořilo dotazníkové šetření mezi vrchními sestrami těchto nemocnic a Nemocnice Strakonice.

První otázka směřovala na zájem o akreditace mezi nemocnicemi. Jak uvádí Ivan Staněk: „Zájem o tato šetření v posledních letech výrazně roste a počty akreditovaných zařízení se již počítají na desítky (25, s. 4)“. Mezi nemocnicemi, ve kterých bylo provedeno šetření, jsou tři nemocnice akreditované Spojenou akreditační komisí ČR, a to Nemocnice Písek, Nemocnice Český Krumlov a Nemocnice Jindřichův Hradec. Na akreditaci se připravuje Nemocnice České Budějovice a Nemocnice Tábor. Nemocnice Prachatice nemá o akreditaci zájem, ale dala přednost systému řízení kvality podle normy ČSN EN ISO 9001:2001. Z toho je patrné, že o akreditaci jako doložení kvality poskytované péče je opravdu zájem.

Další otázky byly vymezené akreditačními standardy Spojené akreditační komise ČR, které se týkají řízení kvality a bezpečí. První standard se zabývá programem zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, ke kterému jsme stanovili výzkumnou otázku č. 1: „**Jakým způsobem nemocnice zavádějí Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb?**“ Jak je uvedeno: „V nemocnici je zaveden program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. V organizační struktuře nemocnice jsou definovány osoby či orgány odpovědné za řízení a pravidelnou aktualizaci programu zvyšování kvality a bezpečí. Personál nemocnice je pravidelně informován o programu zvyšování kvality a bezpečí služeb a školen v zavedených změnách (25, s. 8)“. Všechny nemocnice, ve kterých bylo provedeno výzkumné šetření, mají zaveden „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných

služeb“, za tento program je zodpovědný určený náměstek pro kvalitu, Rada pro kvalitu, Tým řízení kvality, Komise pro zvyšování kvality a další osoby vrcholového managementu jednotlivých nemocnic. O zavádění programu a jeho činnosti jsou zaměstnanci nemocnic informováni prostřednictvím zástupců z oddělení, na poradách, a prostřednictvím intranetu. Pokud je třeba, je personál vždy zaškolen v jednotlivých změnách. Výzkumná otázka byla zodpovězena a všechny nemocnice dodržují tento standard Spojené akreditační komise ČR.

K této výzkumné otázce jsme dále stanovili hypotézu 1: **„Vrchní sestry se aktivně podílí na „Programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.“** Z odpovědí vyplývá, že se na zavádění tohoto programu na jednotlivá pracoviště podílí vrcholový management těchto pracovišť. O zavedení tohoto programu v nemocnici je informováno 96,4 % respondentů (viz Tabulka 18) a 71,6 % respondentů se aktivně zapojuje do tohoto programu. Aktivně vyhledává informace o tomto programu 17,3 % respondentů (viz Tabulka 19). **Potvrzujeme** tedy hypotézu, že „Vrchní sestry se aktivně podílí na Programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“. Tento výsledek také potvrzuje, že oslovené nemocnice postupují ve shodě s národním akreditačním standardem, ve kterém je uvedeno: „Vedoucí pracovníci na všech úrovních řízení se aktivně účastní programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb (25, s. 8).“

V další výzkumné otázce č. 2: **„Jakým způsobem probíhá v nemocnicích interní auditní činnost?“** jsme se zaměřili především na indikátory akreditačního standardu č. 3, které zní: „V nemocnici probíhá interní auditní činnost. Interní auditní činnost je plánovaná a dokumentovaná. Osoby pověřené interní auditní činností jsou k tomuto účelu školeny (25, s. 10).“ A také jak je zde uvedeno: „Interní audit je základním nástrojem prosazování a udržení změn, které jsou zaváděny v souvislosti se zvyšováním kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Zároveň je tato činnost jedním ze zdrojů zpětné vazby pro následné stanovování priorit v rámci dalšího plánování (25, s. 10)“. V Tabulce 3 je uvedeno, že interní auditní činnost probíhá a je plánovaná ve všech šesti nemocnicích, výsledky vedou ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče také ve všech nemocnicích. Pět nemocnic uvedlo, že školí auditory k tomuto účelu.

V každé nemocnici mají odlišný přístup k informování jednotlivých pracovišť o provedení auditu ošetrovatelské péče. V nemocnicích jsou jednotlivá pracoviště buď informována týden před provedením auditu a jsou informována i o tématu auditu, nebo jsou audity ošetrovatelské péče plánovány měsíc dopředu a pracoviště jsou seznámena předem s tématem auditu. V další nemocnici jsou audity ošetrovatelské péče plánovány na celý rok a seznam je zveřejněn prostřednictvím intranetu. V jedné nemocnici nejsou jednotlivá pracoviště seznámena ani s termínem, ani s tématem auditu. Všechny nemocnice uvádějí, že při zjištění nesrovnalostí dochází k nápravným opatřením. Například dochází k provedení kontrolního auditu do třiceti dnů od zjištění nesrovnalosti a jsou zjišťována nápravná opatření.

Všechny nemocnice, kromě jedné, uvedly, že školí auditory k tomuto účelu. Nina Müllerová uvádí: „Auditor je osoba způsobilá k provádění auditu, která má také proškolení s certifikátem a je absolventem akreditovaných kursů (31, s. 28).“ Na základě těchto údajů jsme stanovili druhou hypotézu: **„Vrchní sestry, které vykonávají funkci auditorky, mají certifikát akreditovaného kurzu.“** Tuto hypotézu **nepotvrzujeme** na základě výsledků, které jsou zobrazeny v Tabulce 21, ze které vyplývá, že 29,6 % respondentů provádí auditní činnost a má certifikát akreditovaného kurzu, ale 30,9 % respondentů provádí auditní činnost, ale nemá certifikát akreditovaného kurzu. Dle mého názoru dochází ke školení auditorů pouze v rámci nemocnic, ale nejsou využívány k tomuto účelu služby akreditovaných kurzů. Důležitým údajem v této oblasti je také, že výsledky auditů se k vrchním sestram dostávají v 87,8 % vždy a v 11,0 % často. To také odpovídá akreditačním standardům, ve kterých je zdůrazněna funkce zpětné vazby.

Sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče, je jedním ze základních objektivních dat kvality poskytovaných služeb, proto je tomuto tématu věnován další akreditační standard Spojené akreditační komise: „V nemocnici probíhá sběr dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb (25, s. 11).“ Další výzkumnou otázkou je: **„Jak probíhá v nemocnici sběr dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb?“**

V Tabulce 4 je znázorněno, že v pěti zdravotnických zařízeních zodpovídají za sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče staniční a vrchní sestry jednotlivých

pracovišť a v jedné nemocnici zodpovídá za sledování indikátorů komise pro zvyšování kvality. Všechny nemocnice sledují výskyt dekubitů, pádů a spokojenost pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí (viz Tabulka 5). Bohužel ne všechny nemocnice se zapojují do celonárodního sledování těchto indikátorů. Do celorepublikového sledování vybraných indikátorů se zapojuje pouze jedna nemocnice. Pokud je již sledují, bylo by vhodné tyto indikátory porovnávat s ostatními pracovišti, jak je uvedeno v akreditačních standardech: „Tam kde je to možné, vyhledává zařízení příležitosti ke srovnávání vlastních výsledků s dalšími organizacemi (25, s. 11).“ Pozitivní však je, že jednotlivé indikátory jsou ve všech nemocnicích vyhodnocovány v určených intervalech. Vždy záleží na daném indikátoru, většina je vyhodnocována čtvrtletně nebo jedenkrát za rok. Výsledky jsou zveřejňovány ve většině případů na intranetu. Všechny nemocnice používají indikátory kvality ošetrovatelské péče jako ukazatel kvality a proto při výskytu nevyhovujících výsledků vedou ke zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče pomocí zavádění změn a nápravných opatření.

Na základě těchto informací a prostudování akreditačních standardů jsme stanovili další hypotézu: **„Nejčastěji sledovaným indikátorem kvality ošetrovatelské péče je sledování spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí.“** Tuto hypotézu **potvrzujeme** na základě Grafu 1, ve kterém je znázorněno, které indikátory kvality ošetrovatelské péče sledují vrchní sestry na svých odděleních. Nejčastěji sledovaným indikátorem je sledování spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí, a to v 16,9 %, kdy tento indikátor byl označen 57-krát. Výskyt dekubitů (16,0 %) a pádů (13,4 %) tvoří také velice často sledované indikátory, což koresponduje s výsledky rozhovorů. Vyhodnocené výsledky indikátorů kvality ošetrovatelské péče se k vrchním sestřám nejčastěji dostává přes intranet, a to v 73,2 %, a v tištěné podobě pouze ve 24,4 % (viz. Tabulka 26).

Nejčastěji sledovaným indikátorem kvality ošetrovatelské péče je spokojenost pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. Pro tento indikátor je určen akreditační standard: „Nemocnice má zaveden systém sledování spokojenosti pacientů (25, s. 13).“ Proto další výzkumnou otázkou je: **„Jakým způsobem v nemocnici probíhá sledování spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí?“**

Spokojenost pacientů/klientů se může sbírat v několika formách. Buď jako dotazníkové šetření, nebo ve formě ústní tzv. focus groups, jak uvádí Škrla: „Pro manažery může být překvapující, jak se informace získané z dotazníkových akcí liší od informací získaných prostřednictvím focus groups. Dotazník předložený pacientovi propuštěnému z nemocniční péče rovněž není ukazatelem kvality lékařské nebo ošetrovatelské péče. Na rozdíl od dotazníků cílené rozhovory představují získání zpětné vazby od citlivě vybrané skupiny pacientů, kteří jsou požádáni o rozhovor v konečné fázi své hospitalizace (43, s. 116).“ Všechny nemocnice preferují způsob získávání informací pomocí dotazníků, které jsou k dispozici v celém zdravotnickém zařízení. Používání hodnotící škály uvedlo pět nemocnic a čtyři nemocnice uvedly, že na základě výsledků provádějí nápravná opatření. Výsledky jsou k dispozici personálu všech šesti nemocnic (viz Tabulka 9). Ve třech nemocnicích výsledky zpracovává tým určených pracovníků, a ve třech nemocnicích má vyhodnocení výsledků šetření v kompetenci hlavní sestra (viz Tabulka 10). V jedné nemocnici mají vypracovaný standard ošetrovatelské péče: „Kvalita poskytované péče z pohledu pacientů.“ Osobně si myslím, že dotazníkové šetření má své výhody i nevýhody, proto by bylo vhodné doplnit je o rozhovory s pacienty. Zřejmě by pak výsledky byly více objektivní než doposud.

Na základě těchto dat jsme stanovili hypotézu: **„Pacienti/klienti mají možnost vyjádřit spokojenost s ošetrovatelskou péčí pomocí dotazníků.“** Tuto hypotézu **potvrzujeme** na základě výsledků, které jsou uvedeny v Tabulce 29, ze které vyplývá, že volně přístupný dotazník má na oddělení 85,4 % respondentů, 6,1 % respondentů uvedlo, že dotazník vydává sestra na požádání klientem. Naopak pouze 6,1 % uvedlo možnost, že pacient/klient tuto možnost nemá, nebo odpověď jiné. Další hypotézu, kterou jsme stanovili v souvislosti se sledováním spokojenosti pacientů/klientů, je: **„Na odděleních jsou prováděna nápravná opatření na základě výsledků spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí.“** Hypotézu **potvrzujeme** na základě výsledků z Tabulky 30 a Tabulky 31. Zpracované výsledky se vždy vracejí na oddělení v 81,7 % a často v 7,3 %. To znamená, že vrchní sestry mají k dispozici podklady pro provádění změn či nápravných opatření. Nápravná opatření provádí 69,5 % respondentů, 24,4 % respondentů provádí nápravná opatření často.

Další výzkumná otázka **„Jak mají nemocnice nastaven systém hlášení mimořádných/nežádoucích událostí?“** vychází z akreditačního standardu: „V nemocnici je zaveden účinný proces sledování mimořádných/nežádoucích událostí (25, s. 12).“ Ve všech šesti nemocnicích mají vypracován formulář hlášení mimořádných/nežádoucích událostí, který je všem k dispozici, a výsledky analýzy těchto událostí vedou ke zvyšování kvality poskytované péče (viz Tabulka 7). Ve dvou nemocnicích vyhodnocuje výsledky Výbor pro šetření mimořádných/nežádoucích událostí, ve dvou nemocnicích se vyhodnocením zabývá Komise pro kvalitu a ve stejném počtu nemocnic hlavní sestra nemocnice (viz Tabulka 8).

Pro tuto oblast jsme stanovili hypotézu: **„Vrchní sestry mají k dispozici formulář hlášení mimořádných/nežádoucích událostí.“** Tuto hypotézu **potvrzujeme**, protože 100% respondentů má k dispozici tento formulář (viz Tabulka 28). Sestry jsou školeny o postupu hlášení mimořádných/nežádoucích událostí, a to 62,2 % již při nástupu do zaměstnání (viz Tabulka 27).

Se sledováním spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí úzce souvisí také možnost vyjádřit stížnost či pochvalu. Proto další výzkumnou otázkou je: **„Jakým způsobem mají nemocnice nastaven účinný systém řešení stížností?“** Jak je uvedeno v akreditačních standardech: „Obě tyto formy zpětné vazby využívá nemocnice ke kontinuálnímu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb (25, s. 13).“ Ve všech nemocnicích řešení stížností upravuje interní předpis (viz Tabulka 13), což je v souladu s indikátorem akreditačního standardu č. 6: „Nemocnice vnitřním předpisem stanoví proces řešení stížností, který stanoví postupy, termíny a odpovědné osoby; vnitřní předpis obsahuje popis postupu při přijímání ústních stížností (25, s. 13).“ S tím také souvisí forma podání stížností, ve všech nemocnicích mají pacienti/klienti možnost podat stížnost písemnou formou, ústní formu neakceptuje pouze jedna nemocnice, která má vypracovaný písemný formulář pro podání stížnosti. Elektronickou formu umožňuje pouze jedna nemocnice (viz Tabulka 11). Stížnosti řeší právní oddělení v jedné nemocnici. V ostatních nemocnicích řeší stížnosti přímo předseda představenstva. Jedna nemocnice vydává

přehled stížností za daný rok ve výroční zprávě a zde jsou dále rozděleny na neoprávněné, v řízení, oprávněné, postoupené a částečně oprávněné. Jedna nemocnice nemá určen interval pro vyřešení stížnosti, vždy záleží na individuálním případě. V další nemocnici mají předepsaný interval pro řešení stížnosti, a to 30 dnů. Zde akceptují i anonymní stížnosti.

Poslední výzkumná otázka **„Jak nemocnice standardizují postupy ošetrovatelské péče?“** souvisí s akreditačním standardem: „Nemocnice vytvoří pro všechny klinické obory metodiku výběru, tvorby a sledování účinnosti standardních doporučených diagnostických, léčebných, ošetrovatelských a dalších postupů, kterou systematicky modernizuje a doplňuje (25, s. 14).“ Standardy ošetrovatelské péče používají a tvoří ve všech nemocnicích. V pěti nemocnicích má tvorbu standardů ošetrovatelské péče na starosti určený tým sester, nebo komise a v jedné nemocnici je tvoří hlavní sestra (viz Tabulka 14). Standardy jsou v praxi dodržovány, což potvrzuje provádění auditní činnosti v nemocnicích (viz Tabulka 3). Aktualizace standardů probíhá ve většině případů jedenkrát za tři roky. Standardy se k sestřím dostávají nejčastěji elektronickou formou prostřednictvím intranetu nebo přímo v tištěné podobě. Sestry jsou se standardy seznámeny během adaptačního procesu a v případě nové aktualizace či nového standardu ošetrovatelské péče. V jedné nemocnici zapojují do tvorby standardu sestry s vyšším vzděláním.

Pro tuto výzkumnou otázku jsme stanovili hypotézy: **„Vrchní sestry se podílí na přípravě standardů ošetrovatelské péče.“** a **„Vrchní sestry zapojují do přípravy standardů sestry s vyšším vzděláním (DiS., Bc., Mgr.).“** První z těchto hypotéz **potvrzujeme** na základě výsledku, kdy možnost zapojení vrchních sester byla označena 53-krát (39 %) (viz Graf 2), a druhou hypotézu **nepotvrzujeme**, protože možnost zapojení sester s vyšším vzděláním byla označena jen 23-krát (16,9 %) (viz Graf 2). Více jsou zapojovány sestry, které projevují zájem bez ohledu na vzdělání, a to 21,3 %. Zajímavé také je, že staniční sestry se podílejí pouze v 15,4 % z označených odpovědí. Výsledky této hypotézy mě osobně překvapily, protože sestry s vyšším vzděláním mají předpoklady pro tvorbu standardů ošetrovatelské péče vzhledem ke svému vzdělání.

Poslední otázku jsme zaměřili také na zavádění ošetřovatelského procesu v jednotlivých nemocnicích, protože hlavní pracovní metodou sester je v současné době právě ošetřovatelský proces, jak je uvedeno v koncepci ošetřovatelství. K zápisu slouží ošetřovatelská dokumentace. Tato metoda vede ke zvyšování profesionality a kvality ošetřovatelské péče. Jak je patrné z Tabulky 16 a 17, pouze pět nemocnic používá ošetřovatelský proces a záznam vede v ošetřovatelské dokumentaci. Jedna nemocnice ošetřovatelský proces ani dokumentaci nezavedla. Proto jsme stanovili poslední hypotézu: **„Ošetřovatelská péče je poskytována na jednotlivých odděleních formou ošetřovatelského procesu.“** Tuto hypotézu **potvrzujeme** na základě výsledků, které jsou uvedeny v Tabulce 34. Ošetřovatelský proces s vedením záznamu do ošetřovatelské dokumentace používá 81,7 % respondentů a 2,4 % respondentů používá ošetřovatelský proces, ale nevede záznam do ošetřovatelské dokumentace. Standard ošetřovatelské péče pro vedení ošetřovatelského procesu má k dispozici 74,4 % respondentů, to je 88,4 % respondentů, kteří odpověděli, že používají ošetřovatelský proces. Standard ošetřovatelské péče pro vedení ošetřovatelské dokumentace má k dispozici 73,2 % respondentů, to je 87 % respondentů, kteří používají ošetřovatelský proces. Předpokládala jsem vyšší procentuální zastoupení respondentů v této oblasti, protože sestry jsou povinné používat ošetřovatelský proces.

V poslední otázce dotazníku jsme se zaměřili na nejčastější chyby v ošetřovatelské dokumentaci. Z Grafu 3 je patrné, že nejčastěji se vyskytují chyby v ošetřovatelském plánu (28,1 %) a chybí identifikace sester u jednotlivých záznamů v dokumentaci (28,1 %). Mezi další chyby také patří neúplný či chybný zápis (17,2 %), nečitelnost záznamů (14,1 %), používání zkratk (4,7 %), neshoda mezi lékařskou a ošetřovatelskou dokumentací (4,7 %) a škrtnání a přepisování záznamů (3,1 %).

6 Závěr

Kvalita ošetrovatelské péče se stává stále významnějším pojmem v současném ošetrovatelství. Informovanost klientů/pacientů stále roste, a proto vyžadují kvalitnější a profesionálnější péči ve všech zdravotnických zařízeních. V současné době je nejučinnějším prostředkem k dosahování kvalitní ošetrovatelské péče a také důkazním prostředkem akreditace zdravotnických zařízení. V České republice je nejčastěji akreditační řízení vedeno na národní úrovni prostřednictvím Spojené akreditační komise ČR.

Hlavním záměrem naší diplomové práce bylo zmapovat nastavení systému řízení kvality a bezpečí poskytované péče ve vybraných nemocnicích ČR. Při stanovení dílčích cílů jsme vycházeli z nejnovějších akreditačních standardů Spojené akreditační komise ČR, které jsou platné od 1. září 2009. Cíl práce byl splněn.

V první části výzkumného šetření jsme použili kvalitativní výzkum, techniku rozhovoru s hlavními sestrami vybraných nemocnic. Nemocnice, ve kterých probíhalo výzkumné šetření, byly Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Písek, a.s., Nemocnice Prachatice, a.s., Nemocnice Český Krumlov, a.s., Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. a Nemocnice Tábor, a.s. Ve druhé části výzkumného šetření jsme použili kvantitativní výzkum, techniku dotazníku. Dotazníky byly určeny vrchním sestřám výše uvedených nemocnic a Nemocnice Strakonice, a.s.

Pro kvalitativní část jsme si stanovili následující výzkumné otázky. Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem nemocnice zavádějí „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“? Výzkumná otázka 2: Jakým způsobem probíhá v nemocnicích interní auditní činnost? Výzkumná otázka 3: Jak probíhá v nemocnicích sběr dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb? Výzkumná otázka 4: Jakým způsobem v nemocnici probíhá sledování spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí? Výzkumná otázka 5: Jak mají nemocnice nastaven systém hlášení mimořádných/nežádoucích událostí? Výzkumná otázka 6: Jakým způsobem mají nemocnice nastaven účinný systém řešení stížností? Výzkumná otázka 7: Jak nemocnice standardizují postupy ošetrovatelské péče? Všechny výzkumné otázky byly zodpovězeny ve výsledcích výzkumného šetření. Bylo zjištěno, že všechny nemocnice

mají nastaven účinný systém řízení kvality ošetrovatelské péče a je v souladu s akreditačními standardy SAK ČR, které se týkají řízení kvality a bezpečí. Všechny nemocnice zavádějí „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“ a mají určen tým pracovníků, kteří se intenzivně podílejí na jeho řízení a aktualizaci. Všechny sledované nemocnice mají účinný systém hlášení mimořádných/nežádoucích událostí a řešení stížností, také provádějí interní auditní činnost, pomocí které dochází ke kontrole dodržování standardů ošetrovatelské péče. Nemocnice sbírají data o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb pomocí sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče, nejvíce je sledován indikátor spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. Hlavní sestry mají největší vliv na řízení kvality ošetrovatelské péče.

V kvantitativní části výzkumného šetření jsme stanovili devět hypotéz, které vznikly na základě kvalitativní části šetření a prostudované literatury. Hypotéza 1: Vrchní sestry se aktivně podílí na „Programu zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb.“ byla potvrzena. Hypotéza 2: Vrchní sestry, které vykonávají funkci auditorky, mají certifikát akreditovaného kurzu. Tuto hypotézu jsme nepotvrdili. Hypotéza 3: Nejčastěji sledovaným indikátorem kvality ošetrovatelské péče je sledování spokojenosti pacientů/klientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. Hypotéza 4: Vrchní sestry mají k dispozici formulář pro hlášení mimořádných/nežádoucích událostí. Hypotéza 5: Pacienti/klienti mají možnost vyjádřit spokojenost s ošetrovatelskou péčí pomocí dotazníků. Hypotéza 6: Na odděleních jsou prováděná nápravná opatření na základě výsledků spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí. Hypotéza 7: Vrchní sestry se podílí na přípravě standardů ošetrovatelské péče. Tyto hypotézy jsme potvrdili. Hypotéza 8: Vrchní sestry zapojují do přípravy standardů sestry s vyšším vzděláním (DiS., Bc., Mgr.). Tuto hypotézu jsme nepotvrdili. Hypotéza 9: Ošetrovatelská péče je poskytována na jednotlivých odděleních formou ošetrovatelského procesu. Tuto hypotézu jsme potvrdili.

Z výsledků vyplývá, že nemocnice mají nastaven účinný systém řízení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Pouze školení auditorů by mělo probíhat v rámci akreditovaných kurzů, které zajistí lépe připravené auditory a tím pádem profesionální

vedení auditů ošetrovatelské péče. Dalším nedostatkem je zavádění ošetrovatelského procesu a vedení ošetrovatelské dokumentace, které je v současné době vyžadované a je hlavní metodou práce sester. Věřím, že v souvislosti se vzděláváním sester se změní přístup k této metodě a podaří se ošetrovatelský proces zavést na všechna oddělení všech nemocnic. Posledním doporučením, které vyplývá z výsledků, je zapojování sester s vyšším vzděláním do tvorby standardů ošetrovatelské péče. Sestry jsou na tuto činnost kvalifikačně připraveny a jejich znalosti z této oblasti by bylo potřeba více využívat. Samozřejmě také záleží na přístupu samotných sester a jejich motivaci k této činnosti.

Výsledky diplomové práce budou následně poskytnuty hlavním sestřám nemocnic, ve kterých bylo provedeno výzkumné šetření, jako podklad pro další kontinuální zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

7 Seznam použité literatury

1. ANA. *Nursing – Sensitive Quality Indicators for Acute Care Settings and ANA's Safety and Quality Initiative*. [Online], [cit. 2009-11-16]. Dostupné z: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality/NDNQI/Research/QIforAcuteCareSettings.aspx>>.
2. ANA. *Nursing Quality Indicators*. [Online], [cit. 2009-11-14]. Dostupné z: <<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAPoliticalPower/State/StateLegislativeAgenda/NursingQualityIndicators.aspx>>.
3. ARCHALOUSOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatelská péče. Úvod do oboru ošetrovatelství pro studující všeobecného a zubního lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 295 s. ISBN 80-246-1113-9.
4. ARMSTRONG, M., STEPHENS, T. *Management a leadership*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 268 s. ISBN 978-80247-2177-4.
5. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
6. FIŠAROVÁ, Z. Zajistit bezpečí patří do kompetence manažera. *Florence*, Praha: 2009, roč. 5, č. 1, s. 33-34. ISSN 1801-464X.
7. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
8. GLADKIJ, I., STRNAD, L. *Zdravotní politika – zdraví - zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
9. GROHAR-MURRAY, M. E., DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.

10. HANZLOVÁ, E., BRABCOVÁ, I. Management rizik ošetrovatelské péče v českých nemocnicích. *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 10, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
11. HOLUBOVÁ, A. Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče. *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
12. HRAŠNOVÁ, K., NOVOTNÝ, J., STANČIAK, J. The Quality of Nursing Care Providing Through the Nursing Standards. *Journal of Health Sciences Management and Public Health*, Česká republika: 2007, roč. 8, č. 1, s. 62-69. ISSN 1512-0651.
13. CHARVÁTOVÁ, P. Metodika sledování nozokomiálních nákaz z pohledu sestry. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 7-8, s. 336-337. ISSN 1801-464X.
14. Joint Commission International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Komentovaný oficiální překlad*. Přel. David Marx a Ivan Staněk. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 288 s. Přel. z: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. ISBN 80-247-0629-6.
15. Joint Commission Resources. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení, cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.
16. JURÁSKOVÁ, D. *Indikátory kvality ošetrovatelské péče a jejich sledování*. [Online], [cit. 2009-11-14]. Dostupné z: <http://www.cskz.cz/seznamy/13_juraskova_oseetrovatelske_ind.ppt>.
17. JURÁSKOVÁ, D. Projekt Regionální vzdělávání nelékařů v oblasti bezpečí zdravotní péče. *Sestra*, Praha: 2008, roč. 18, č. 6, s. 17. ISSN 1210-0404.
18. JURÁSKOVÁ, D. Role odborné společnosti při sledování a zvyšování kvality. *Florence*, Praha: 2008, roč. 4, č. 1, s. 4-5. ISSN 1801-464X.

19. JURÁSKOVÁ, D., SVOBODOVÁ, D. Kvalita jako priorita. *Florence*, Praha: 2009, roč. 5, č. 4, s. 9. ISSN 1801-464X.
20. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: JU ZSF, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
21. KEEGAN, M. *The Orange Book. Management of Risk – Principles and Concepts*. 1. vyd. London: HM Treasury, 2004. 52 s. ISBN 1-84532-044-1.
22. MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
23. MARX, D. *Současný stav akreditací v ČR a výhled do budoucna*. [Online], [cit. 2009-11-14]. Dostupné z: <http://www.fnspo.cz/veda_a_vyzkum/kongresy_a_seminare/pdf/2008_02_21_002.pdf> .
24. MARX, D., VLČEK, F. Kapitola první: Standardy řízení kvality a bezpečí. *Zdravotnické noviny*, Praha: 2009, roč. 58, č. 9-10, s. 18.
25. MARX, D., VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vyd. účinné od 1. 9. 2009. Praha: Tigis, 2008. 91 s. ISBN 978-80-903750-6-2.
26. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství, II. díl. Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
27. MÁDLOVÁ, I. *Sestavování standardů metodou DySSSy*. [Online], [cit. 2010-04-02]. Dostupné z: <<http://www.fnplzen.cz/data/prac/usek/pece/metodikadysssy.htm>>.
28. MÁŠOVÁ, R., HAVRDLÍKOVÁ, M. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. *Sestra*, Praha: 2009, roč. 19, č. 9, s. 19-20. ISSN 1210-0404.
29. MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR. Výstupy z aplikovaného výzkumu*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7262-499-7.

30. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Knihá bezpečí. Řešení oblastí bezpečí pacientů*. [On line], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z: <<http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/10-Reseni-oblasti-bezpeci-pacientu.html>>.
31. MÜLLEROVÁ, N. Sestra v roli auditorky. *Florence*, Praha: 2006, roč. 2, č. 7-8, s. 27-29. ISSN 1801-464X.
32. PACOVSKÝ, V., SUCHARDA, P. *Úvod do medicíny*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 149 s. ISBN 80-246-0414-0.
33. PAPOUŠKOVÁ, P. *Zmapování indikátorů kvality ošetrovatelské péče v českobudějovické nemocnici: diplomová práce*. České Budějovice: JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 163 s.
34. PAPOUŠKOVÁ, P., OTÁSKOVÁ, J., BRABCOVÁ, I. Vyhodnocení kvality ošetrovatelské péče v Českobudějovické nemocnici pomocí vybraných indikátorů. *Kontakt*, České Budějovice: 2009, roč. 11, č. 1, s. 9 – 21. ISSN 1212-4117.
35. PELIKÁNOVÁ, M. Udělením certifikátu pro nás rozhodně nic nekončí! *Sestra*, Praha: 2009, roč. 19, č. 10, s. 10-11. ISSN 1210-0404.
36. RAISOVÁ, B. Sledovanie kvality a ošetrovateľskej starostlivosti v Českej republike a v Slovenskej republike. *Ošetrovatelství*, Hradec Králové: 2008, roč. 10, č. 1-2, s. 7-12. ISSN 1212-723X.
37. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 50 s. ISBN 80-7013-263-9.
38. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 2. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.

39. SVOBODOVÁ, D. Bezpečí zdravotní péče. *Florence*, Praha: 2008, roč. 4, č. 10, s. 369-370. ISSN 1801-464X.
40. SVOBODOVÁ, D. Pracovní skupina pro kvalitu. *Florence*, Praha: 2007, roč. 3, č. 10, s. 400. ISSN 1801-464X.
41. ŠKRLA, P. *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
42. ŠKRLA, P. ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
43. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
44. VAŠÁTKOVÁ, I. Manažerská hlediska kvality péče v nemocnicích – příklad Fakultní nemocnice v Hradci králové. *Ošetrovatelství*, Hradec Králové: 2008, roč. 10, č. 1-2, s. 13-32. ISSN 1212-723X.
45. VAŠÁTKOVÁ, I., MÍČKOVÁ, E. Sledování kvality péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové – auditní činnost. *Ošetrovatelství*, Hradec Králové: 2006, roč. 8, č. 3-4, s. 81-83. ISSN 1212-723X.
46. VONDRÁČEK, L., DVOŘÁKOVÁ, V. Stížnosti v ošetrovatelské péči. *Florence*, Praha: 2008, roč. 4, č. 4, s. 168. ISSN 1801-464X.
47. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 72 s. ISBN 80247-0704-7.
48. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5.

49. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 68 s. ISBN 80-247-119-3.
50. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
51. WHO. *Global Priorities for Patient Safety Research.* 1. vyd. Switzerland: WHO Press, 2009. 9 s. ISBN 9789241598620.
52. WHO. *World Alliance for Patient Safety. About us.* [On line], [cit. 2010-02-26]. Dostupné z: <<http://www.who.int/patientsafety/about/en/index.html>>.

8 Klíčová slova

Akreditace

Akreditační standardy

Bezpečí

Kvalita

Ošetřovatelství

Řízení

9 Přílohy

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru

Příloha 2 – Dotazník

Příloha 1 Otázky k rozhovoru

1. Je vaše nemocnice akreditována SAK ČR nebo se na tuto akreditaci připravuje?
2. Jakým způsobem v nemocnici zavádíte „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“ ?
3. Jakým způsobem provádíte v nemocnici interní auditní činnost ošetrovatelské péče?
4. Jak probíhá v nemocnici sběr a analýza dat o kvalitě služeb?
5. Jakým způsobem probíhá v nemocnici hlášení mimořádných/ nežádoucích událostí?
6. Jakým způsobem sbíráte v nemocnici data o spokojenosti pacientů/klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí?
7. Jakým způsobem řešíte stížnosti?
8. Jakým způsobem standardizujete ošetrovatelskou péči?
9. Jakým způsobem poskytujete ošetrovatelskou péči?

Příloha 2 Dotazník

Vážená vrchní sestro,

tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Jedná se o anonymní dotazník, který bude využit pouze k účelům zpracování mé diplomové práce na téma „Zmapování úrovně řízení kvality a bezpečí ve vybraných nemocnicích ČR“. Zakroužkujte, prosím, jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Předem děkuji.

Bc. Iveta Mrázová

1. Je ve Vaší nemocnici zaveden program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb (pozn. v některých nemocnicích může probíhat i pod jiným názvem, jde o řízení a zvyšování kvality a bezpečí)?

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

➤ pokud je vaše odpověď **nevím, spíše ne, ne**, pokračujte otázkou č. 3

2. Jakým způsobem se do tohoto programu zapojujete?

a) aktivně, podílím se na jeho rozvoji, rozšiřování, plnění cílů, proškolení zaměstnanců, sběru dat apod.

b) aktivně vyhledávám informace, ale přímo se ho neúčastním

c) nezapojuji se, pasivně přijímám informace

d) jiné (uved'te).....

3. Probíhá ve Vaší nemocnici interní auditní činnost?

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

➤ Pokud je vaše odpověď **nevím, spíše ne, ne**, pokračujte otázkou č. 7

4. Podílíte se jako vrchní sestra aktivně na auditní činnosti jako auditorka?

- a) ano, mám certifikát akreditovaného kurzu
- b) ano, ale nemám certifikát akreditovaného kurzu
- c) ne

5. Jaké audity v poslední době proběhly na Vašem oddělení?

- a) retrospektivní revize
- b) implementace ošetrovatelských standardů
- c) algoritmový audit
- d) audit výsledků péče
- e) jiný (doplňte).....

6. Jste seznámena s výsledky auditů?

- a) ano, vždy b) často c) z poloviny d) zřídka e) nikdy

7. Které indikátory kvality ošetrovatelské péče sledujete na Vašem oddělení? (můžete označit více možností)

- a) výskyt pádů
- b) výskyt dekubitů
- c) nozokomiální nákazy
- d) katéetrové infekce
- e) monitorace bolesti
- f) spokojenost pacientů/klientů
- g) spokojenost zaměstnanců
- h) nutriční screening
- i) kvantifikace ošetrovatelského personálu
- j) kvalifikační zastoupení personálu
- k) jiné (doplňte).....

8. Jakým způsobem se k Vám dostávají informace o vyhodnocení jednotlivých indikátorů kvality ošetrovatelské péče?

- a) v pravidelných intervalech přes intranet
- b) nepravidelně přes intranet
- c) v tištěné podobě (formou výročních zpráv apod.)
- d) jiné (doplňte).....

9. Znají všechny sestry postup hlášení mimořádných (nežádoucích) událostí?

- a) ano, všechny sestry jsou školeny při nástupu do zaměstnání
- b) ano, jsou informovány od nadřízených
- c) ne
- d) jiné (doplňte).....

10. Máte na oddělení k dispozici formulář k hlášení mimořádných (nežádoucích) událostí?

- a) ano b) ne c) nevím

11. Mají všichni pacienti možnost vyjádřit spokojenost či nespokojenost s poskytnutou ošetrovatelskou péčí?

- a) ano, na oddělení mají k dispozici dotazník, který je volně přístupný
- b) ano, dotazník vydává sestra na požádání pacienta/klienta
- c) ano, ústně
- d) ne, nemá
- e) jiné (doplňte).....

12. Dostávají se k Vám zpracované výsledky spokojenosti pacientů/klientů s ošetrovatelskou péčí?

- a) ano, vždy b) často c) z poloviny d) zřídka e) nikdy

13. Provádíte nápravná opatření na základě výsledků spokojenosti pacientů/klientů?

- a) ano, vždy b) často c) z poloviny d) zřídka e) nikdy

14. Jakým způsobem se zapojujete do přípravy standardů ošetrovatelské péče? (můžete označit více možností)

- a) osobně se podílím na tvorbě standardů
b) zapojuji staniční sestry do tvorby standardů
c) zapojuji sestry s vyšším vzděláním (Dis, Bc., Mgr.)
d) zapojuji sestry, které projevují zájem
e) nezapojuji se do tvorby standardů
f) nezapojuji sestry na oddělení do tvorby standardů
g) jiné (doplňte).....

15. Jakým způsobem se ošetrovatelské standardy dostávají k sestřám?

- a) v tištěné podobě
b) elektronicky
c) jiné (doplňte).....

16. Myslíte si, že jsou standardy přínosem a vedou k vyšší kvalitě ošetrovatelské péče?

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

17. Poskytujete na oddělení ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu?

- a) ano, používáme ošetrovatelský proces a záznam je veden v ošetrovatelské dokumentaci
b) ano, používáme ošetrovatelský proces, ale nevedeme ošetrovatelskou dokumentaci
c) ne, nepoužíváme ošetrovatelský proces
d) jiné (doplňte).....

➤ Pokud je vaše odpověď **ano**, pokračujte dalšími otázkami. Pokud je vaše odpověď ne, děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

18. Máte standard pro vedení ošetrovatelského procesu?

- a) ano b) ne c) nevím

19. Máte standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace?

- a) ano b) ne c) nevím

20. Jaké nejčastější chyby odhalí audit ošetrovatelské dokumentace? (prosím vypište)

.....
.....
.....