

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Zdravotně sociální fakulta**

**Vliv akreditace na kvalitu poskytované péče ve vybraných  
zdravotnických zařízeních**

Diplomová práce

**Vedoucí práce:**

**doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.**

**Autor:**

**Bc. Jana Somrová**

**2011**

## **Abstrakt**

The quality of nursing care is becoming an increasingly important concept in contemporary nursing. The most effective means of achieving quality of nursing care and the means of proof is the accreditation of medical facilities. It is a significant appreciation of professionalism, the work of health professionals and an important signal for the patients. Quality of care, security of supply and preventing potential risks for healthcare priority.

The main aim of the thesis "The influence of accreditation on quality of care in selected health facilities" was to map the set of quality management and impact monitoring and evaluation of quality indicators in hospitals accredited by the Czech Republic. To determine whether accreditation has become an instrument to ensure comparable quality, and time has changed from an unpopular instrument into an instrument for continuous quality improvement. The survey took place from November 2010 to March 2011 in the form of quantitative data collection using an anonymous questionnaire survey in selected hospitals accredited by the Czech Republic. In the research study were asked managers of nursing care, main, upper station and sisters.

The thesis has been established 6 goals. The first objective was to determine what indicators of quality nursing care in accredited hospitals pursue. Interested in us as quality indicators that were studied before accreditation, and quality indicators to setting up medical facilities in preparation for accreditation. The second objective was to determine how frequently watched indicator of quality is monitored in hospital. The third objective was to determine whether there was in accredited hospitals to reduce adverse events - falls. The fourth objective was to determine whether there was in accredited hospitals to reduce the incidence of nosocomial infections in complying with barrier nursing regime. The fifth objective was to identify the biggest problems arose during the implementation of audits, completeness and comprehensiveness of nursing documentation management into practice. " The

sixth objective was to determine whether there was during the preparation of an increase in hospital nursing staff.

The thesis then was examined six hypotheses. First hypothesis Accredited hospitals monitor the quality of care provided by at least ten quality indicators - were confirmed. Hypothesis 2 The most frequently monitored indicator of the quality of nursing care, the prevalence of pressure ulcers - was confirmed. All respondents said they monitor the prevalence of pressure ulcers as an indicator of quality nursing care. Hypothesis 3 gaining accreditation to reduce the incidence of falls - was confirmed. Hypothesis 4 obtaining accreditation decreased nosocomial infections - was confirmed. Hypothesis 5 The biggest problem in implementing the audit, management complexity and completeness of nursing documentation in practice "has been an increase in paperwork for nursing staff - were confirmed. Hypothesis 6 During the preparation for accreditation has been an increase in nursing staff - has not been confirmed.

Accreditation is perceived by respondents as beneficial for the hospital. Due to accreditation standards and developing quality indicators were identified risk areas in the provision of hospital care and detail can be paid to the prevention of adverse events, nosocomial infections and other risks.

The results of work will be to provide medical facilities where the research was conducted investigation, the presentation of the research will be presented at a conference, the South Bohemian nursing days "and also gives the United Accreditation Commission of the CR as a presentation at the conference to be held early next year ( spring) 2012 th Nursing standards werw created.

**Prohlášení:**

Čestně prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem: Vliv sledování indikátorů kvality na bezpečnou ošetrovatelskou péči ve vybraných akreditovaných oblastních, krajských a fakultních nemocnicích, vypracovala samostatně a použila při její realizaci pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

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

Bc. Jana Somrová

V Písku dne:

Podpis.....

**Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat doc. PhDr. Sylvě Bartlové, Ph.D. za její laskavé vedení a pomoc při zpracovávání této diplomové práce. Další poděkování patří všem respondentům, díky, kterým jsem mohla svůj výzkum uskutečnit. V neposlední řadě patří velký dík mé rodině, hlavně mému manželovi, který mi po celou dobu držel palce a ze všech sil mi pomáhal.

## OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Úvod</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>Současný stav</b> .....   | <b>10</b> |
| 1.1. Definice ošetrovatelství a význam sledování kvality péče.....                             | 10        |
| Současné ošetrovatelství v České republice.....  | 10        |
| <b>1.2 Obecně o kvalitě</b> .....  | <b>11</b> |
| 1.2.1. Definice kvality.....   | 12        |
| 1.2.2. Kvalita ve zdravotnictví.....   | 12        |
| 1.2.3. Znalosti ošetrovatelského personálu o kvalitě péče.....                                 | 14        |
| 1.2.4. Dimenze kvality.....  | 14        |
| 1.2.5. Program kontinuálního zvyšování kvality.....  | 15        |
| <b>1.3. Joint Commission of Accreditation of Health care Organizations ( JCAHO )</b> <b>16</b> |           |
| 1.3.1. Joint Commission International ( JCI ).....   | 16        |
| 1.3.2. Spojená akreditační komise České republiky ( SAK ).....                                 | 17        |
| <b>1.4. Oblasti standardů kvality</b> .....  | <b>18</b> |
| 1.4.1 Oblast standardů řízení kvality a bezpečí.....   | 18        |
| 1.4.2. Oblast standardů diagnostické péče.....   | 19        |
| 1.4.3. Oblast standardů péče o pacienty.....   | 20        |
| 1.4.4. Oblast standardů kontinuity zdravotnické péče.....                                      | 21        |
| 1.4.5. Oblast standardů dodržování práv pacientů.....  | 21        |
| 1.4.6. Oblast standardů podmínek poskytované péče.....   | 22        |
| 1.4.7. Oblast standardů managementu.....   | 22        |
| 1.4.8. Oblast standardů řízení lidských zdrojů.....  | 23        |
| 1.4.9. Oblast standardů pro sběr a zpracování informací.....                                   | 23        |
| 1.4.10. Oblast standardů protiepidemických opatření.....                                       | 24        |
| <b>1.5. Význam a výhody akreditace zdravotnických zařízení</b> .....                           | <b>26</b> |
| 1.5.1. Standardy ošetrovatelské péče.....  | 27        |
| 1.5.2. Vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče.....  | 28        |
| 1.5.3. Charakteristika kvalitní ošetrovatelské péče.....                                       | 29        |
| 1.5.4. Motivace personálu.....   | 29        |
| <b>1.6. Ošetrovatelský audit</b> .....   | <b>29</b> |
| 1.6.1. Indikátory kvality ošetrovatelské péče.....   | 30        |
| 1.6.2. Oblasti indikátorů kvality ošetrovatelské péče.....                                     | 31        |
| 1.6.3. Indikátor kvality – Pády.....   | 32        |
| 1.6.4. Indikátor kvality - Dekubity.....   | 33        |
| 1.6.5. Indikátor kvality - Nežádoucí události.....   | 36        |
| 1.6.6. Indikátor kvality – Sledování nozokomiálních nákaz ( NN ).....                          | 38        |
| 1.6.7. Indikátor kvality – Ošetrovatelská dokumentace.....                                     | 39        |

|  |            |
|--|------------|
| 1.6.8. Indikátor kvality – Sledování spokojenosti pacientů.....    | 40         |
| 1.6.9. Indikátor kvality - Sledování spokojenosti zaměstnanců..... | 42         |
| <b>2. Cíl práce a hypotézy.....</b>                                | <b>43</b>  |
| 2.1. Cíl práce.....  | 43         |
| 2.2. Hypotézy.....   | 44         |
| <b>3. Metodika.....</b>  | <b>44</b>  |
| 3.1. Použitá metoda.....   | 44         |
| 3.2. Charakteristika zkoumaného vzorku.....                        | 44         |
| <b>4. Výsledky.....</b>  | <b>46</b>  |
| <b>5. Diskuze.....</b>   | <b>91</b>  |
| <b>6. Závěr.....</b>   | <b>105</b> |
| <b>7. Seznam použitých zdrojů.....</b>                             | <b>109</b> |
| <b>8. Klíčová slova.....</b>                                       | <b>113</b> |
| <b>9. Použité zkratky.....</b>                                     | <b>114</b> |
| <b>10. Přílohy.....</b>  | <b>115</b> |
| <b>10.1. Seznam příloh.....</b>                                    | <b>115</b> |

## Úvod

***„Nikdo necht' není léčen mnou jinak, než bych si přál být sám léčen, kdybych byl stejně nemocen.“***

*Thomas Sydenham, 1624-89*

Ve zdravotnictví na každém kroku slyšíme slovo „kvalita“, kdo ji nesleduje není „in“ a to je dle mé dlouholeté praxe ve zdravotnictví v pořádku. Z kvality se stala módní záležitost, ale ne všichni však přesně vědí, co skutečně kvalita představuje a jakým způsobem ji sledovat. Je v pořádku, že sledování kvality úspěšně proniká i do netechnických oblastí, do zdravotnictví. Hlavním úkolem této diplomové práce je zjistit, jakým způsobem je nastaven program zavádění kvality ošetrovatelské péče pomocí indikátorů kvality, její sledování v rámci poskytování zdravotnické péče v nemocnicích, které již nesou známku kvalitní a bezpečné péče a jsou akreditované.

V úvodu nemohu opomenout jméno sestry, která byla, je a bude tou nejznámější sestrou v historii světového ošetrovatelství Florence Nihgtingale (1820 – 1910). Byla nejen první ošetrovatelkou teoretičkou, která stanovila první zásady kvality ošetrovatelství, čistotu, dostatečnou výživu, vlídné zacházení a přívětivé slovo, které se staly kritériem v ošetrovatelské péči, ale byla také první, která vyjádřila pravý smysl ošetrovatelského auditu a byla také první sestrou, která prováděla ošetrovatelský výzkum a statisticky jej zpracovávala.

Kvalita má mnoho definicí a je velmi těžké kvalitu přesně vyjádřit. Myslím, že nejznámější definice kvality je definice Palírova: „*Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi*“ a pro mne je to ta nejpřiléhavější definice kvality pro zdravotní péči.

Kvalitní a bezpečná zdravotní péče je velmi sledované téma. Stále více se kvalitou zabývá i ošetrovatelství. Důkazem je vznik pracovní skupiny pro kvalitu v České asociaci sester, která pracuje od 1. srpna 2007. Jejím hlavním úkolem je revize



stávajících procesů a norem v ošetrovatelství, které zvyšují kvalitu péče v nemocnicích v souladu s platnou legislativou.

O bezpečnou a kvalitní péči se dnes také velmi zajímá i veřejnost, takzvaní odběratelé zdravotní péče, tedy pacienti. Zdravotníci jsou pod „drobnohledem“ a současný pacient si již může vybrat, v jaké nemocnici se nechá léčit, či operovat. Trendem v ošetrovatelství je kontinuální zvyšování kvality poskytované péče a s tím úzce souvisí management rizik a indikátory kvality, které dle akreditačních standardů v akreditovaných nemocnicích jsou součástí ošetrovatelského a léčebného procesu. S tím souvisí i profesionální růst personálu s dostatečnou kvalifikací.

Volba tématu mé diplomové práce je pro mne velmi zajímavá a to, z toho důvodu, že pracuji v akreditované nemocnici a s indikátory kvality, managementem rizik a jejich vyhledáváním se zabývám již od roku 2003.

Písecká nemocnice se akreditovala jako devátá v pořadí v České republice v roce 2006. Chtěla bych ve své diplomové práci zjistit, k jakému zkvalitnění zdravotní péče v akreditovaných nemocnicích došlo, pokud mají nastavený systém sledování kvality poskytované péče pomocí indikátorů kvality. Prostřednictvím tohoto systému sledování kvality zdravotní péče lze kvalitu sledovat, vyhodnocovat a kontinuálně zvyšovat. Tato strategie také velmi účinně napomáhá k odvrácení zbytečných selhání zdravotnických pracovníků, nežádoucích událostí a poškození pacientů či zdravotnického personálu.

Akreditace již není v dnešní době neznámý pojem. Většina vyspělých zemí světa dnes standardizuje svá zdravotnická zařízení procesem, kterému se říká akreditace. Akreditační šetření, představuje proces, který začíná svobodným rozhodnutím zdravotnického zařízení zvýšit kvalitu své péče a projít dlouhodobou předakreditační přípravou. Tento proces končí získáním akreditačního certifikátu kvalitní a bezpečné péče ve zdravotnickém zařízení. To se zavazuje ke kontinuálnímu zvyšování kvality poskytované péče a systematické snaze o snižování množství rizik. Celosvětově stoupá zájem o akreditaci jako účinného nástroje pro hodnocení i řízení kvality

Kvalita ve zdravotnickém zařízení je proces, který se týká všech zaměstnanců na různých pozicích.

V teoretické části diplomové práce popisují historii ošetrovatelství, současné ošetrovatelství, co je to kvalita, systémy kvality ve zdravotnictví, historii a současnost akreditací a sledování kontinuálního zvyšování kvality. Dále mapují sledované indikátory kvality ve vybraných nemocnicích.

Domnívám se, že přínos této diplomové práce bude nejen pro neakreditované nemocnice, ale i pro akreditované nemocnice a samotnou Spojenou akreditační komisi (dále SAK) jako důkazný materiál, zda došlo ke zkvalitnění zdravotní péče po splnění a dodržování všech 74 akreditačních standardů.

## **1. Současný stav**

### ***1.1. Definice ošetrovatelství a význam sledování kvality v ošetrovatelství***

Na začátek diplomové práce bych ráda zdůraznila, jak důležité je postavení ošetrovatelské péče ve kvalitní a bezpečné péči o pacienta, jaké byly začátky ošetrovatelství a jaké cíle má ošetrovatelství dnes v souvislosti s kvalitou.

Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína, zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.

Cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života. Dalším cílem a velmi důležitým je poskytovat bezpečnou a kvalitní ošetrovatelskou a léčebnou péči. Vlastní význam ošetrovatelství velice snadno každý pochopí, když se sám ocitne ve zdravotnickém zařízení jako pacient a je závislý na péči ošetrovatelského personálu. Ošetrovatelství je specifické v tom, že se týká každého člověka (49).

#### ***1.1.1. Současné ošetrovatelství v České republice***

Dnešní ošetrovatelství je mladá vědecká disciplína, která má vlastní vědeckou a teoretickou základnu a své cíle. Je to disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného, ale i zdravého člověka. Stejně tak je zaměřena na mírnění utrpení u nevléčitelně nemocných a pomoc v klidném a důstojném umírání a smrti (22).

Koncepce ošetrovatelství klade důraz na náročnější, kvalitnější, bezpečnou a samostatnější práci ošetrovatelského personálu. Poskytovaná ošetrovatelská péče je prováděna metodou ošetrovatelského procesu a je řádně dokumentována zdravotnickou dokumentací (49).

## **1.2. Obecně o kvalitě**

O „kvalitě“ lze říci, že jeho současným synonymem je i výraz „jakost“. Slovo jakost se používalo už ve středověku a souviselo s tím, že lidé se vždy zajímali o to, jak jim slouží výrobky, které směňovali na trhu.

Nejstarší definice pojmu kvalita je přisuzována Aristotelovi a můžeme ji najít i v moderních filozofických slovnících. Starověk, kde nacházíme u vyspělých kultur počátky vědecké medicíny, byl někdy k léčitelům krutý. Lékaři bývali sice vždy spíše vážení, ale ve starověku bývali i v postavení otroka. Někdy museli pacienta, jehož onemocnění neskončilo uzdravením, nuceně následovat až do hrobu. Zdravotnictví se dlouho sledování kvality vyhýbalo. Pokrok v hodnocení poskytování zdravotní péče se objevuje až v 80. letech minulého století.

Postupně se vyvíjela teorie odpovědnosti za kvalitu i u nevýrobních a servisních útvarů. V současné době se pro zvyšování managementu kvality využívají další metody TQM (Total Quality Management) především v USA. Další metodou, která sleduje kvalitu, je akreditace a certifikace. (23)

Dnes se slovo kvalita používá u všech činnostech souvisejících s léčebnou péčí o pacienta a působí tak trochu jako zaklínadlo. Všichni je používáme, ale co si pod tím představit, umí vysvětlit jen málokdo. Obecně lze říci, že kvalita je vlastnost, kterou klient či zákazník očekává od našeho produktu či služby. Zdravotnické zařízení, které

chce poskytovat kvalitní zdravotní péči, musí zajistit také personál, který je vzdělaný a dále se chce kontinuálně vzdělávat. Kvalita péče velmi závisí na vzdělanosti personálu, technickém zajištění, využití některých diagnostických a léčebných technologií. Důležitým faktorem kvalitní péče, který musí organizace sledovat, je frekvence výkonů, zkušenosti personálu a zpětná vazba. (20)

### **1.2 1. Definice kvality**

Kvalitu ve zdravotnictví je třeba chápat jako poskytování péče, která uspokojí všechny potřeby pacienta - klienta. Pro kvalitu ve zdravotnictví máme několik definic kvality:

- *„Stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje léčby, určený potřebami na základě lékařských věd a praxe“*
- *„Kvalita zdravotní péče je schopnost uspokojovat zdravotní potřeby těch, kteří jsou na péči závislí“*
- *„Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi“*
- *„Kvalita je měřítko shody mezi vytyčenými cíli a poskytovanou péčí“*

Nejčastěji citovanou definici, kterou uvádí Institute Of Medicine definuje kvalitu jako:

- *„Míru pravděpodobnosti, se kterou poskytnutá péče přinese pro jedince či populaci žádaný výsledek a ve shodě s odbornými poznatky“* (Institute Of Medicine: Medicare: A Strategy for Quaiity Assurance. 1990, Vol.1. Washington,D.C.: National Academy Press). (16,12,14,20)

### **1 .2.2. Kvalita ve zdravotnictví**

Kvalita se týká všech procesů od počátku až do konce, zahrnuje kvalitu řízení, kvalitu zdrojů, kvalitu pracovních procesů, kvalitu personálu, kvalitu kulturního prostředí oddělení, kvalitu léčebné a ošetrovatelské péče. Celý systém řízení kvality je podřízen tomu, aby konečným výsledkem byla spokojenost a bezpečnost pacienta. (16)

Mezi služby patří samozřejmě i poskytování zdravotnických služeb. Zákazníkem je pacient, zdravotní pojišťovny, samoplátci. Klienti mají určité požadavky, na které musí poskytovatel reagovat a plnit je. Pozice zdravotnictví je však složitější, neboť pracuje s nemocnými, stresovanými lidmi a každá chyba může končit tím nejhorším – poškozením zdraví či úmrtím. Jako poskytovatel služeb má zdravotnictví zřejmě nejhorší a nejméně standardní podmínky (systém úhrad, legislativa apod.), ale musí se s nimi vyrovnat a poskytovat zdravotní služby v co největší kvalitě, standardně je měřit a hodnotit.

Je však nutné konstatovat, že zdravotnictví patří k těm nejrizikovějším oblastem lidské činnosti. Jít do nemocnice je mnohem nebezpečnější než skočit na laně z mostu nebo sednout do letadla. Dokonce i řízení auta sebou nese menší riziko smrti nebo vážného zdravotního poškození než návštěva či hospitalizace v nemocnici. (24)

Z amerických studií vyplývá, že ve Spojených státech umírá ročně až 98 000 tisíc lidí nikoliv v důsledku svého onemocnění, ale z pochybení, z nedůslednosti prevence v lékařské praxi. (7)

V roce 2003 byly provedeny výzkumy pochybení v Evropě ve Švédsku a Velké Británii. Z výsledků vyplývá, že se mimořádné (nežádoucí) události objevují u 7 % až 11 % hospitalizací. Z výzkumu vyplývá, že příčinou není špatná práce zdravotnického personálu, ale příčiny jsou v aplikovaném systému práce, který není dostatečně zaměřen na sběr dat, analyzování problémů a systematickou prevenci a vyhledávání rizik. V České republice se takovým výzkumem nikdo nezabýval a můžeme tedy předpokládat stejný výskyt mimořádných událostí a pochybení, který je udáván v Evropě. (3,15,16.)

Snížit počet pochybení a rizik lze zavedením určitých pracovních návyků a organizačních opatření jako je systém řízení jakosti. Systematický přístup je založen na specifikování optimálních a ověřených požadavků, které jsou standardizovány. K tomu

slouží programy kvality zdravotní péče, které zavádějí standardizované postupy, podobně jako v průmyslu nebo letecké dopravě. (38)

### ***1.2.3. Znalosti ošetrovatelského personálu o kvalitě péče***

Všichni zdravotničtí pracovníci se podílejí na zvyšování kvality ošetrovatelské a léčebné péče, a proto je nutné, aby pochopili filozofii kvality, získali sebevědomí, profesionalitu a cílevědomost. Ošetrovatelský personál musí chápat, co to je kvalita, uvědomit si její význam pro odbornou práci. Vědět, že kvalita nestojí pouze na jednom členu týmu. Kvalita nepředstavuje pouze vzájemnou spolupráci mezi sestrou a lékařem, ale je zde důležitá spolupráce s rodinou a samotným pacientem. Součástí bezchybné práce je samozřejmě nutná motivace personálu, podpora jejich dovedností a znalostí. Spolupráce v multidisciplinárním týmu je důležitá z hlediska každodenní organizace efektivní a kvalitní práce. Personál se musí naučit přemýšlet o chybování, plýtvání, ze špatně organizované práce a problémech, které mu několikrát za den komplikují život. Tím, že personál změní myšlení, bude vědět, jak je důležité mít znalosti ke správnému používání nástrojů a metod k měření kvality. Členové týmu musí mít jasně dané kompetence činností, tím mohou převzít odpovědnost a pravomoc při rozhodování a plnění daných léčebných, ošetrovatelských a diagnostických úkolů. (28)

### ***1.2.4. Dimenze kvality***

Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization (dále JCAHO) definovala dimenze kvality v roce 1995.

- *Dostupnost péče* - vyjadřuje, jak snadno mohou získat pacienti zdravotní péči. Myslí se dostupnost časová, územní a ekonomická.
- *Přijatelnost péče* - pro pacienta z pohledu jedince, plátce a obce.

- *Kompetence* - souvisí s požadavkem na vzdělanost personálu, dovednosti a znalosti, aby byly v souladu s poskytovanou péčí.
- *Vhodnost* - tím je myšlena poskytovaná péče, podložená léčebnými, ošetrovatelskými standardy.
- *Ekonomičnost* - poskytované péče splňuje, co nejekonomičtější využití zdrojů s minimálními výdaji v dobré kvalitě.
- *Efektivnost* - úspěšnost.
- *Bezpečnost péče* - jedna z nejdůležitějších dimenzí, která je orientována na vyhledávání rizik a jejich minimalizaci, aby nedocházelo k poškození pacienta při poskytování zdravotní péče. Bezpečná péče závisí na kvalitě a kompetencích pracovníků.
- *Kontinuita* - vyjadřuje schopnost návaznosti na péči, uchovávání dokumentace pacientů, možnost využití v péči minulých nálezů.
- *Včasnost* - je požadavek na poskytování péče tehdy, kdy je pro ně nejvíce prospěšná.
- *Přiměřenost péče* - která vychází z vědeckého poznání a odpovídá potřebám a zdravotnímu stavu pacienta. Úcta a vnímavost zapojení pacienta a rodiny do záležitostí, které se týkají jeho zdraví.
- *Bezpečnost* - nedojde k pochybení, minimalizace komplikací.
- *Očekávaná účinnost* mezi očekávanou potřebou a výsledkem. (11,39,21)

#### **1.2.5. Program kontinuálního zvyšování kvality**

Program kontinuálního zvyšování kvality (dále KZK) vznikl na základě zkušeností japonských a amerických firem orientovaných na jakost a kvalitu. Program KZK neobsahuje žádné neznámé prvky. Je postaven na využívání nástrojů kvality v rámci celé nemocnice. Program je založen na čtyřech bodech a to plánovat, provádět, přezkontrolovat a pokračovat. (41,44)

KZK se řídí filozofií uspokojování potřeb klienta aplikací strukturovaných procesů s nejmenším úsilím, nejnižšími náklady. Každá nemocnice by měla monitorovat, vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče a zavádět do praxe tzv. Program kontinuálního zvyšování kvality. Nemocnice se rozhodly zvyšovat kvalitu péče ve svých zařízeních především proto, že chtějí zabezpečením akreditačních standardů zajistit kvalitní a bezpečnou nemocnici dobré pověsti. Chtějí, aby nemocnice byla postavena na osobním rozvoji zaměstnanců získáváním odborného a kompetentního personálu. Chtějí se přiblížit standardům Evropské unie, přežít v konkurenčních podmínkách a také proto, že chtějí dělat správné věci správně a ve správný čas. Informace o kvalitě zdravotní péče získává organizace od pacientů, zaměstnanců z dotazníkových výzkumů spokojenosti, dále od externích auditorů, interních auditorů z vyhodnocení auditů a v neposlední řadě z indikátorů kvality. (25)

### ***1.3. Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)***

Historie této organizace je úzce spojena se snahou zajistit bezpečnou a kvalitní lékařskou a ošetrovatelskou péči. Rozvoj sledování kvality probíhal v jednotlivých zemích různou rychlostí a různým způsobem. Kvalita, která byla sledována v průmyslu, inspirovala zdravotnictví a vznikla tak v USA „Spojená komise pro akreditaci“ – Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) byla založena v roce 1951 v USA. V současné době je největší organizací v USA, která provedla akreditaci ve více než 20 000 zdravotnických zařízeních. V roce 1976 vytvořila první soubor standardů. JCAHO udává globální standard kvality a bezpečné péče. V roce 2002 začlenila do svých standardů pojem vyhledávání rizik, vyhodnocování rizik a procesů ve zdravotnických zařízeních. Vytvořila nástroje, kterými lze předcházet vážným mimořádným, nežádoucím událostem, jako je stranová záměna, medikační pochybení, nozokomiální infekce, kanylové sepse, dekubity, pády a další. (40,21,54)

#### ***1.3.1. Joint Commission International ( dále JCI)***



JCI je celosvětově působící organizací se sídlem v Chicagu s více než stoletou tradicí, která akredituje speciálně zdravotnická zařízení. Její akreditační systém je založen na souboru 331 akreditačních standardů a jejím posláním je zvyšovat bezpečí a kvalitu poskytované péče pacientům po celém světě prostřednictvím standardů a akreditačních programů. Tato společnost vydala v roce 1999 mezinárodní standardy pro akreditaci nemocnic. (26)

### ***1.3.2. Spojená akreditační komise České Republiky***

V České republice se o akreditacích začalo hovořit až po roce 1989. V roce 1994 vznikl projekt Akreditace nemocnic v České republice. Tento projekt byl iniciován JCAHO a byl ukončen v roce 1998, kdy vznikla organizace s názvem Spojená akreditační komise ČR (dále SAK ČR). Posláním této organizace je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. V roce 2006 se SAK ČR stal členem Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (International Society for Quality in Health Care Inc. – ISQua). (27,48,39)

Spojená akreditační komise poskytuje služby v oblasti externího hodnocení kvality zdravotní péče, nabízí široké spektrum konzultačních služeb v řízení kvality a bezpečí zdravotní péče pro zdravotnická zařízení ČR. Organizuje odborné konference a vzdělávací akce a vydává publikace pro podporu těchto aktivit.

Tým odborníků SAK ČR vycházel při tvorbě akreditačních standardů z mezinárodních standardů JCI. Do roku 2009 vzniklo 50 akreditačních standardů. V září roku 2009 byly akreditační standardy aktualizovány a rozšířeny na 74. Jsou rozděleny do deseti kapitol:

1. Standardy řízení kvality a bezpečí
2. Standardy diagnostické péče o pacienty
3. Standardy kontinuity zdravotní péče
4. Standardy péče o pacienty

5. Standardy dodržování práv pacientů
6. Standardy podmínek poskytované péče
7. Standardy managementu péče o zaměstnance
8. Standardy řízení lidských zdrojů
9. Standardy pro sběr a zpracování informací
10. Standardy protiepidemických opatření.

#### ***1.4. Oblast standardů kvality***

V první oblasti se standardy kvality zaměřují na projekty zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb, která je rozpracována do 7 standardů. V rámci tohoto programu zvyšování kvality jsou definovány odpovědné osoby, které vyberou procesy a postupy, jejichž kvalita bude hodnocena pomocí indikátorů kvality. Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb je rozšířen do celé nemocnice. Ve zdravotnickém zařízení probíhá interní auditní činnost. Tato činnost je plánovaná a dokumentovaná a provádějí ji k tomu pověřené a kvalifikované osoby. Další oblastí je standard, který vytváří pro klinické obory metodiku k lékařské a ošetrovatelské péči. Ta je poskytována dle přesně definovaných klinických postupů. Ve zdravotnickém zařízení je dále zaveden účinný proces sledování nežádoucích událostí. Poslední částí první oblasti je standard, ve kterém se sleduje spokojenost pacientů, která se pravidelně vyhodnocuje. V nemocnici je zaveden proces řešení stížností pacientů a rodinných příslušníků. (30)

##### ***1.4.1. Oblast standardů řízení kvality a bezpečí***

Tato oblast zahrnuje 7 standardů. Aby projekt zvyšování kvality a bezpečí fungoval, je nutné stanovit odpovědné osoby za řízení kvality. Standard také obsahuje zpracovaný program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb. V dalším

standardu je plánovaná interní auditní činnost. Obsahem další části standardů je sběr a analýza objektivních dat o kvalitě (indikátorů kvality). Jsou definované indikátory kvality pro nemocnici a jednotlivá oddělení. Součástí dalšího standardu je sledování nežádoucích událostí v nemocnici. Předposlední standard obsahuje zavedení systému sledování spokojenosti pacientů a řešení stížností. Poslední standard obsahuje doporučenou diagnostickou, léčebnou a ošetrovatelskou metodiku postupů. (30)

#### ***1.4.2. Oblast standardů diagnostické péče***

Tato oblast zahrnuje 8 standardů. Do této oblasti je zahrnut standard, který určuje vytvoření medicínských, ošetrovatelských, psychologických a sociálních potřeb každého pacienta v časovém intervalu stanoveném vnitřním předpisem do 24 hodin po přijetí pacienta k hospitalizaci.

Další částí je standard, ve kterém je určen rozsah kompletního vyšetření pacienta lékařem a sestrou (anamnéza, fyzikální vyšetření, ošetrovatelská anamnéza, ošetrovatelský plán a ošetrovatelské diagnózy).

Následující částí je standard, ve kterém je dán obsah a rozsah anamnézy a klinického vyšetření včetně formální úpravy zdravotnické dokumentace. Základem standardu je vnitřní předpis, který upravuje vedení zdravotnické dokumentace v nemocnici. (30)

Další standard obsahuje frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacienta. Předpis upravuje frekvenci a obsah zápisů všech, kteří se o pacienta starají jako jsou lékaři, všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti. V předpisu je uvedeno, kdo má právo do zdravotnické dokumentace nahlížet, pořizovat kopie a zapisovat.

Další částí této oblasti je standard, který stanovuje vyšetření pacienta lékařem 1x za den se zápisem do dokumentace. Dále pak na odděleních JIP a ARO je stanoveno vyšetření pacienta nejméně 2x za den se zápisem do dokumentace.

Následující standard upravuje postup předávání pacienta mezi sestrami. Při každé směně je pacient předán kvalifikovanou sestrou – kvalifikované sestře, současně se záznamem v ošetrovatelské dokumentaci. Kvalifikovaná sestra má odbornou i

specializovanou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka. Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace.

Posledním standardem v této oblasti je postup o předanestetickém vyšetření pacienta. Předoperační vyšetření a předanestetické vyšetření je prováděno v rozsahu metodického doporučení „*České společnosti anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny*“. Rozsah vyšetření je stanoven vnitřním předpisem. (30)

### **1.4.3. Oblast standardů péče o pacienty**

V prvním standardu této oblasti je vyžadováno, aby u každého pacienta na začátku hospitalizace byl vyhotoven písemně plán diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče.

V náplni dalšího standardu je vyhotovování epikrizy (souhrnná zpráva o pacientovi a léčebném plánu) v dokumentaci každého pacienta s frekvencí a věcným obsahem stanoveným pro každé oddělení.

Dalším bodem této oblasti je standard, který upravuje vnitřním předpisem průběh celkové anestezie a monitoraci základních životních funkcí během anestezie a po jejím skončení. Dalším standardem se stanovuje vypsání operačního protokolu bez zbytečného odkladu po operaci. Obsahuje začátek a konec operace, jméno operátora, asistenta, instrumentářky, nálezy, užitý postup, zvláštnosti, použitý materiál, instrumentarium, přístroje a případné komplikace průběhu.

V náplni dalšího standardu je stanovený postup pooperační péče o pacienta a dokumentace. (30)

Následující oblast zahrnuje tři standardy, které určují podmínky při objednávání, skladování a likvidaci léčiv. Metodiku při zápisu léku do zdravotnické dokumentace lékařem, podávání léčiv hospitalizovaným pacientům a kvalifikační požadavky na personál.

Následují standardy, které se zabývají vybavením jednotlivých oddělení přístroji, léčivy a pomůckami pro urgentní stavy, školením personálu k podávání léčiva a používání přístrojů. Léčiva neodkladné péče jsou trvale dosažitelná na odděleních. Počet balení a expirační doby kontroluje pověřený pracovník minimálně 1x týdně, po resuscitaci a o provedené kontrole učiní zápis.

Další oblastí jsou standardy, které se zabývají stravováním pacientů. Je zde zahrnuta role nutričního terapeuta, objednávání stravy, podávání stravy, školení všech zaměstnanců, kteří přicházejí do styku se stravou pacienta a v neposlední řadě je to sledování zdravotního stavu personálu v kuchyni. Tento standard je v souladu se zákonem č. 258/2000 Sb.

Další standard upravuje informace o všech laboratorních vyšetřeních poskytovaných pacientům a dostupnost radiodiagnostických služeb. Nemocnice má vypracováno a zveřejněno spektrum prováděných zobrazovacích vyšetření a dostupnosti jejich výsledků. Nemocnice má k dispozici výsledky kontrolních šetření SÚJB. (30)

#### ***1.4.4. Oblast standardů kontinuity zdravotní péče***

Tato oblast zahrnuje standardy o spektru a dostupnosti konziliárních služeb pro pacienty. Nemocnice zajišťuje péči různým skupinám obyvatel. Dětem, seniorům, pacientům s fyzickým nebo psychickým handicapem, agresivním pacientům, nevidomým pacientům nebo pacientům, kteří mají kulturní odlišnosti a pacienti nehovořící česky.

Další standardy v této oblasti se zabývají informovaností pacientů a rodinných příslušníků. Všichni propuštění pacienti jsou v den propuštění vybaveni propouštěcí zprávou. Součástí jsou také dané náležitosti ošetřovatelské překládové zprávy.

Poslední částí této oblasti je standard o překládu pacienta do jiného zdravotnického nebo sociálního zařízení. Je zde stanovena povinnost překlad vyjednat a informovat pacienta nebo rodinného příslušníka. Standard obsahuje též indikaci vhodného transportního prostředku lékařem. (30)

#### ***1.4.5. Oblast standardů dodržování práv pacientů***

Tato oblast pěti standardů je zaměřena na práva pacientů a jejich seznámení s nimi. Dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního

zvyšování kvality. Pokud nastane situace, která neumožňuje seznámení pacienta s jeho právy, je potřeba jej seznámit ihned, jakmile to umožní jeho stav.

Nejvýznamnějším nástrojem k zajištění účasti pacientů na rozhodování o poskytnuté zdravotní péči je informovaný souhlas. Pacient je průběžně seznamován se všemi plánovanými diagnostickými a terapeutickými postupy a jejich alternativním řešením v písemné formě a svým podpisem stvrzuje, že porozuměl a souhlasí s navrhovanou léčbou. Edukace pacienta a rodiny je nedílnou součástí ošetrovatelské dokumentace a je zaznamenána do dokumentace pacienta.

Další část této oblasti se věnuje imobilizaci a omezování pacienta. Tato situace musí být odůvodněna a zdokumentována v zájmu bezpečí pacienta a s ohledem na právní řád České republiky. Součástí je daný předpis stanovující indikaci formou ordinace, rozsah a frekvence lékařského a ošetrovatelského vyšetření pacientů před, během a po imobilizaci. (2)

#### ***1.4.6. Oblast standardů podmínek poskytované péče***

Tato oblast standardů zahrnuje dodržování obecně závazných předpisů a oborovou legislativu. Nemocnice zajišťuje bezpečné prostředí pro pacienty a měla by splňovat hygienické a stavební předpisy. Další náplní této oblasti je pravidelná kontrola a dodržování protipožární ochrany v souladu s příslušnými předpisy. Personál nemocnice je seznámen s požárním, havarijním a evakuačním řádem. Tyto znalosti jsou prověřovány 1x za rok v praktickém nácviku evakuace nemocnice.

Dalším standardem je ošetřen náhradní elektrický zdroj minimálně pro ARO, jednotky intenzivní péče a operační sály. Součástí je plán preventivních prohlídek zdravotnické techniky, tento plán musí být v souladu s platnou legislativou. (30)

#### ***1.4.7. Oblast standardů managementu***

V náplni této oblasti jsou standardy týkající se organizačního řádu, ve kterém jsou jasně definovány vztahy nadřízenosti a podřízenosti a rozsah pravomocí vedoucích

pracovníků na jednotlivých úrovních řízení. Vedení nemocnice a personál jsou seznámeni s posláním a strategickými cíli nemocnice. Každé oddělení nemocnice má písemně zpracované „Spektrum péče poskytované pacientům“. Společné poslání nemocnice a vize do budoucna jako je například: *„Poskytování špičkové péče v příjemném prostředí prosperující nemocnice. Spokojenost klientů dotvářet cestou spokojených zaměstnanců,“* je důležitým prvkem koordinující činnosti řídicích i řadových zaměstnanců.

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

Vedení nemocnice má stanovenou metodiku zapracování změn v oborové legislativě do vnitřních předpisů organizace. (30)

#### **1.4.8. Oblast standardů řízení lidských zdrojů**

Součástí této oblasti je stanovit počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o pacienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky. Nemocnice vede pro každého pracovníka osobní spis, který obsahuje důležité informace o jeho dosažené kvalifikaci a další informace požadované zákonem a podzákonnými normami.

Dalším bodem je náplň práce. Každý pracovník nemocnice má stanovenou náplň práce, která odpovídá jeho dosažené kvalifikaci a je aktuální.

Následující část stanovuje adaptační proces, zapracování při nástupu do nemocnice. Délka, rozsah a náplň zapracování odpovídá pracovnímu místu, které pracovník zastává.

Dalším bodem je stanovení spektra kompetencí každého pracovníka nemocnice. Informace o spektru kompetencí jsou uvedeny v jejich osobních spisech, jsou u každého zdravotnického pracovníka průběžně hodnoceny a minimálně jednou ročně aktualizovány.

Nemocnice má vypracovány v souladu s platnou legislativou vnitřní předpisy upravující oblast BOZP, má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci pro všechna pracoviště včetně stanoveného rozsahu osobních ochranných pomůcek.

S předchozími body souvisí další standard o sledování spokojenosti zaměstnanců, který je hodnocen minimálně jednou ročně. Výsledky sledování spokojenosti zaměstnanců se analyzují a vedou k nápravným opatřením. (30)

#### ***1.4.9. Oblast standardů pro sběr a zpracování informací***

Do náplně této oblasti patří shromažďování informací o počtu pacientů, diagnózách a výkonech všech provozů a jednotek ve stanovené struktuře a využívá je pro vlastní potřebu i pro NZIS, což umožňuje porovnání dané nemocnice s ostatními zdravotnickými zařízeními na národní i mezinárodní úrovni.

Další částí je standard o včasnosti vyhotovení definitivní propouštěcí zprávy, která je zpravidla vyhotovena v čase propuštění. Úplnost a včasnost vyhotovení propouštěcích zpráv je součástí pravidelné kontroly zdravotnické dokumentace. V nemocnici probíhají pravidelné audity zdravotnické dokumentace interním auditem.

Další standardy se týkají zachování důvěrnosti dat a informací a jejich utajení. Nemocnice má vnitřní předpis určující důvěrnost informací a jejich utajení respektující zákony a podzákoné normy. Předpis obsahuje stupeň důvěrnosti u jednotlivých kategorií dat a informací. (30)

#### ***1.4.10 Oblast standardů protiepidemických opatření***

Do této oblasti je zahrnut proces k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, program ke snížení rizik nozokomiálních infekcí pacientů a profesionálních infekcí personálu. Nemocnice má za povinnost hlásit výskyt infekčních



onemocnění dle platné legislativy. Je to velmi důležitý a užitečný indikátor kvality bezpečné péče.

Základem dalšího bodu této oblasti je dodržování správné hygieny rukou. V nemocnici se kontrolují správné postupy při mytí a dezinfekci rukou. V rámci prevence nozokomiálních nákaz nemocnice provádí pravidelná školení v hygieně rukou u svých pracovníků.

V náplni této oblasti je povinnost dodržovat hygienické požadavky pro příjem a ošetřování fyzických osob do zdravotnického zařízení. Je proto vypracovaný provozní řád, který obsahuje minimálně následující body:

- Příjem a ošetření fyzických osob
- Zásady dezinfekce a dvoustupňové dezinfekce
- Zásady sterilizace a vyššího stupně dezinfekce
- Zásady manipulace s prádlem
- Zásady manipulace se stravou
- Zásady úklidu a malování
- Zásady a postup při kontaminaci prostor a ploch biologickým materiálem
- Zásady třídění a likvidace odpad
- Zásobování vodou - opatření na prevenci legionelóz.
- Hlášení infekčních onemocnění, nozokomiálních a profesionálních infekcí
- Bariérová ošetřovací technika
- Izolace pacientů

Dalším bodem této oblasti jsou stanovené metody a postupy spojené s rizikem infekcí a je určen jednotný postup pro hygienicko-epidemiologicky významné situace za účelem snižování rizika infekce pro pacienty a personál. Riziková místa a činnosti hygienicko-epidemiologicky významné jsou nemocnicí pravidelně kontrolována a stanovené postupy a metody se dodržují. Mezi tyto oblasti a činnosti patří:

- Nakládání s odpadem
- Manipulace s prádlem

- Poranění o použitou jehlu, kontaminovanou pomůcku, expozice biologickým materiálem
- Odběr a manipulace s biologickým materiálem
- Ochranná dezinsekce, deratizace
- Úklid a malování
- Zásady dezinfekce
- Zásady sterilizace a její kontroly
- Manipulace se stravou

Nemocnice provádí pravidelné školení personálu v oblasti hygienicko–epidemiologické problematiky. (51)

Akreditace se stala nástrojem k zajištění porovnatelné kvality, časem se změnila z nepopulárního nástroje v nástroj výuky a kontinuálního zvyšování kvality. Akreditační šetření začíná podáním žádosti zdravotnického zařízení. To obdrží informační balíček, který obsahuje akreditační standardy. Příprava zdravotnického zařízení většinou trvá 3 až 5 let, záleží na velikosti zařízení. Vlastní akreditační šetření provádí kvalifikovaní komisaři. Do zdravotnického zařízení přijíždí vždy lékař, všeobecná sestra a technik. Akreditace se uděluje na dobu 3 let, výjimečně na 1 rok, kdy organizace musí doplnit shledané neshody s akreditačními standardy. 1.9.2009 vydala SAK ČR nové dopracované akreditační standardy, které vznikly v souladu s novými potřebami, v oblastech zejména ošetrovatelské péče a auditorské činnosti. Počet akreditačních standardů se zvýšil na 74, ale struktura se nezměnila, stále jsou rozděleny do deseti kapitol, jak bylo výše uvedeno. (30,34,36,48)

### ***1.5 Význam a výhody akreditace zdravotnických zařízení***

Významný posun v ošetrovatelství představuje proces akreditace, kterého se účastní celé týmy, rovnocenní partneři všeobecné sestry, zdravotní laboranti, fyzioterapeuti, nutriční terapeuté, radiologičtí asistenti, lékař a manažeři. Akreditace zlepšuje image

zdravotnického zařízení ve spádové oblasti, vytváří atraktivnější podmínky pro získání nebo udržení špičkového zdravotnického personálu. Pro pacienty je určitou zárukou, že zdravotnické zařízení splňuje nebo překračuje základní požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytované péče. Pro plátce zdravotní pojišťovny, akreditované zdravotnické zařízení znamená, že finanční prostředky vyplácené za služby jsou placeny instituci, která má měřitelný a prokazatelný standard poskytovaných služeb a v nemocnici je zajištěno kontinuální zvyšování kvality. (34,36,48,25)

Aby kontinuální zvyšování kvality fungovalo je nezbytné používání čtyř důležitých postupů

- *metodologie*, logistiku programu
- *nástroje* jako pomůcky
- *techniky*, návody na používání nástrojů
- *výuku*, proces v používání technik a nástrojů.

V kvalitě poskytované péče musíme docenit význam ošetřovatelské péče v komplexní péči o pacienta. Standardizace ošetřovatelské péče ve zdravotnických zařízeních předpokládá vzájemnou propojenost se standardizací lékařské péče, standardizací řízení kvality a bezpečí. Na ošetřovatelském personálu, a nejen na něm, je standardy dodržovat. To znamená, že sestra nepovede dokumentaci nebo nebude provádět ošetřovatelský proces či výkon jinak, než je dané v příslušném standardu ošetřovatelské péče. (11,39,30)

### ***1.5.2 Standardy ošetřovatelské péče***

Standard ošetřovatelské péče určuje přijatelnou, kvalitní a bezpečnou ošetřovatelskou péči a určuje dohodnutou profesní normu úrovně kvality a práv pacientů. Standardy ošetřovatelské péče mají pro zvyšování kvality klíčový význam, protože jednoznačně vymezují minimální úroveň poskytované péče. Na ošetřovatelském personálu, a nejen na něm, je pak stanovené standardy beze zbytku dodržovat, pracovat podle nich a řídit se jimi. Jestliže standard ošetřovatelské péče není dodržován, stává se sama péče rizikem pro pacienta, ale i pro ošetřovatelský personál. Standard také slouží

jako doklad kvalitní ošetrovatelské péče u stížností nebo při eventuálním trestním stíhání. Při přípravě na akreditační šetření je důležitá standardizace všech oblastí nejen ošetrovatelské péče tak, aby vyhovovala národním akreditačním standardům SAK ČR, legislativním požadavkům a hlavně provozu a reálným možnostem zdravotnického zařízení. (30,19)

Standardy můžeme rozdělit na centrální a lokální standardy. Centrální standardy vydávané Ministerstvem zdravotnictví definují základní cíle, což jsou například kompetence a vzdělávání ošetrovatelského personálu. Patří sem koncepce ošetrovatelství, zákony, vyhlášky, etický kodex a další. Co se týče lokálních standardů, tak ty vycházejí z centrálních standardů a jsou rozpracovány zdravotnickým zařízením. Mezi centrálním a lokálním standardem nesmí být rozpor. Každý standard by měl být srozumitelný a musí jasně vymezovat požadovanou normu. Úkolem managementu oddělení je, aby každý zaměstnanec byl se standardy seznámen, rozuměl jim, dodržoval je a pracoval podle nich. (5,19,9)

### ***1.5.3 Vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče***

Lékař hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče podle způsobu zajištění diagnosticko-terapeutického plánu pacienta. Pacient používá především subjektivní kritéria. Kvalitu ošetrovatelské péče posuzuje podle míry uspokojování svých základních potřeb, podle míry profesionality sester k jeho potřebám nebo podle aktivity a jednání a kultivovanosti projevu sester.

Zdravotnické zařízení je velmi složitá organizace, na jejíž fungování má vliv řada vnitřních a vnějších činitelů, které nějakým způsobem ovlivňují kvalitu ošetrovatelské a léčebné péče. Úroveň ošetrovatelské péče tvoří spolu s úrovní péče lékařské pilíř, o který se opírá celková úroveň poskytované péče v každém zdravotnickém zařízení. Všeobecné sestry by měly mít rovnocenné místo v týmu zdravotníků, neboť zcela samostatně provádí ošetrovatelský proces, který se významně podílí na výsledcích léčebné péče o pacienta. (11)

## ***1. Charakteristika kvalitní ošetrovatelské péče***

Kvalitní ošetrovatelskou péčí lze vymezit následovně:

- Jasná koncepce ošetrovatelství
- Péče o pacienta je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu
- Ošetrovatelský proces je zaměřen na holistický přístup k pacientovi, na individuální přístup
- Ve zdravotnickém zařízení funguje týmová práce
- Počet ošetrovatelského personálu odpovídá požadované saturaci
- Ve zdravotnickém zařízení funguje motivace personálu
- Ošetrovatelský personál je odborně vzdělaný a kontinuálně se vzdělává dle platné legislativy
- Důležitost se klade na úroveň organizace práce daného pracoviště
- Ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex
- Do ošetrovatelské péče jsou zapojeni pacienti a rodina
- Zdravotnické zařízení má požadované přístrojové vybavení
- Léčebná a ošetrovatelská péče je řádně dokumentovaná
- Péče o pacienta je ohleduplná pokud jde o intimitu, strach a úzkost pacienta (11)

### ***1.5.5 Motivace personálu***

Mezi hlavní kompetence manažerů při řízení programu kvality patří tvorba koncepce daného zdravotnického zařízení se zaměřením na uspokojování zdravotních potřeb pacientů, vytváření vhodných podmínek pro kvalitní a efektivní péči. Další funkcí, která je neméně důležitá, je docenit význam ošetrovatelské péče v komplexní péči o pacienta. Umět motivovat personál pro celoživotní vzdělávání a umožnit například dálkové studium ošetrovatelství na některé z vysokých škol. Vytvořit zajímavé pracovní i finanční podmínky pro práci ošetrovatelského personálu. Je třeba si uvědomit, jak důležitou úlohu má ve zdravotnickém zařízení organizační kultura, jaké mají lidé

interpersonální chování. Pro vyhodnocování ošetrovatelské péče nesmíme zapomenout stanovit si cíle, jakým nejhodnějším způsobem jich dosáhneme, zda máme všechny prostředky, jak personální, finanční a technické k jejich splnění. (32,12,21)

### ***1.6 Ošetrovatelský audit***

Analýza ošetrovatelského procesu péče o pacienta se často nazývá ošetrovatelský audit, je to systematická kritická analýza péče léčebných, ošetrovatelských a diagnostických postupů. Jde o systematický proces, při němž zdravotničtí pracovníci vyhodnocují svoji práci. Lze jej též popsat jako důkladné vyhodnocení nebo průzkum. Audity ve zdravotnictví tvoří nedílnou součást měření a kontinuálního zvyšování kvality péče. (38)

Aby ošetrovatelský audit byl úspěšný, je nutná ochota realizovat potřebné změny ve zdravotnickém zařízení a samotných odděleních. Audit můžeme rozdělit na interní, kdy auditorem je vyškolený zaměstnanec zdravotnického zařízení nebo externí, kdy auditorem je akreditovaná firma. Cílem auditu by nemělo být pouze vyhledávání chyb nebo pochybení sester, ale musí být jasné, že jde o partnerský vztah a hledají se společně slabá místa v ošetrovatelské péči a dodržování standardů. O jaký audit půjde a na co se zaměří, by mělo být oznámeno předem. Výsledek auditů by měl být sdělen pouze tomu oddělení, kde byl audit proveden, nikoliv veřejně. Kopie z provedeného auditu jsou předávány hlavní sestře nebo náměstkyni pro ošetrovatelskou péči. Plán auditů je vždy stanoven na celý rok. Kromě plánovaných auditů, existují ještě neplánované audity, které ověřují nápravy z předešlých shledaných neshod. (4,29,39)

#### ***1.6.1 Indikátory kvality léčebné péče***

Indikátor kvality je definován jako měřitelné kritérium kvality při porovnání s určitým standardem, požadavkem nebo směrnicí. Ukazuje, jak dalece bylo standardu či směrnice dosaženo. Mezi podstatné vlastnosti indikátorů kvality patří jejich smysluplnost.

Indikátor představuje vodítko pro monitorování, hodnocení a zlepšování kvality, je to výstražný signál, který nás varuje, že něco není v pořádku. Může být zaměřen na negativní nebo pozitivní jevy, stejně jako na lékaře, sestry, proces nebo systém. Indikátory můžeme zařadit podle struktury, procesu nebo výstupu.

Mezi indikátory *struktury* se řadí například vybavení pracoviště přístroji a prostorové vybavení. U *procesu* představuje indikátor kvality míru správnosti efektivity léčebného procesu. Patří sem čekací doba na operační výkon, na příjem k hospitalizaci, procento nozokomiálních nákaz. Mezi indikátory *výstupu* se řadí spokojenost pacientů, ale i zaměstnanců, počet stížností a pochval, ale také i náklady na lůžko/den. Dalším rozlišením jsou indikátory zvané *poměrové*, které jsou založeny na sběru dat o jevech s určitou frekvencí. Jsou to například císařské řezy, reoperace, pády, dekubity nebo poranění kontaminovanou jehlou. Druhým typem jsou *strážní* indikátory kvality. Ty se vztahují hlavně na nežádoucí události. Mají za úkol identifikovat jevy, jejichž výskyt má vždy za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčiny. Bývá to při poškození pacienta, medikační pochybení, selhání zdravotnické techniky nebo náhlá smrt pacienta.

(52)

### **1.6.2 Oblasti indikátorů kvality ošetrovatelské péče**

Abychom vybrali nejlepší indikátory kvality, potřebujeme si určit některá kritéria. To znamená, že například důležitým indikátorem u operačních oborů jsou pooperační infekce. Kriteřiem pro výběr indikátorů může být senzitivita, indikátor, který je citlivý na určité činnosti, proces. Je nesmyslné monitorovat všechny procesy pomocí indikátorů. Výběr spektra monitorovaných indikátorů je jeden z úkolů při řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. Volba indikátorů kvality by měla reflektovat na trhy péče, rizikové procesy, nákladné procesy, nově zavedené procesy, neuspokojivé výsledky nebo ty indikátory kvality, které je možné porovnat s jiným zdravotnickým zařízením. V praxi to znamená, že pracoviště si vyhledává rizikové situace v léčbě pacienta a dle nich si stanovuje indikátory kvality.

Indikátory kvality nejsou dalším byrokratickým nástrojem používaným v programu kontinuálního zvyšování kvality ošetrovatelské a léčebné péče. Bez využívání výsledků bychom dnes nemohli poskytovat kvalitní léčebnou a ošetrovatelskou péči. (52,39)

Americká ošetrovatelská asociace (American Nurses Association – ANA) řadí indikátory kvality týkající se ošetrovatelské péče do oblastí:

- struktura ošetrovatelského personálu (počet registrovaných sester /RS/ na počet zdravotních asistentů)
- celkový počet hodin ošetrovatelské péče (počet poskytnuté RS na 1000 ošetrovacích dnů)
- výskyt dekubitů (podíl celkového počtu pacientů s dekubitem, stupeň 1. - 4.)
- výskyt pádů u pacientů (podíl celkového počtu pádů pacientů vyvolávajících zranění na 1000 ošetrovacích dnů)
- spokojenost pacienta s léčbou bolesti - dotazník
- spokojenost pacienta s celkovou péčí - dotazník
- spokojenost pacienta s ošetrovatelskou péčí- dotazník
- spokojenost pacienta s mírou edukace a poskytování informací
- výskyt nemocničních nákaz (počet NI na 1000 ošetrovacích dnů)
- spokojenost ošetrovatelského personálu - dotazník (8,1)

### **1.6.3 Indikátor kvality - Pády**

Není vytvořena žádná přesná definice, co je vlastně pád pacienta ve zdravotnickém zařízení, můžeme pouze konstatovat, že je to nežádoucí událost, která je nebezpečná a může poškodit pacienta. Při poškození pacienta zde musíme počítat s eventuální stížností samotného pacienta nebo rodiny na poškození a podání trestního stíhání. Dále musíme vzít v úvahu i ekonomičnost pádu - finanční nárůst za hospitalizaci.

Důvodem četnosti pádů a sekundární morbidit je skutečnost, že pády se mohou objevovat jako důsledek nejen chorob lokomočního aparátu, nervové soustavy nebo vestibulárního systému. Z toho můžeme odvodit, že pády ve zdravotnickém zařízení



jsou rizikem zejména pro pacienty seniory. Nejvyšší prevalence se popisuje u osob akutně a chronicky nemocných a osob hospitalizovaných dlouhodobě. Každé zdravotnické zařízení má snahu o snižování výskytu pádů. Vyžaduje to komplexní přístup k této problematice. Základem je aktivní vyhledávání rizik, umět je rozpoznat, vyhodnotit a cíleně je eliminovat. (17,45)

Mezi nejdůležitější strategií k odstranění rizik pádů řadíme efektivní proškolení pracovníků ve schopnosti získání dostatku anamnestických údajů týkajících se pádů. Nedostatek informací může mít vliv na zavádění individualizované péče u rizikových pacientů. Pokud nedojde k přesnému předávání informací o pacientovi, snižuje se tak šance k zavedení opatření snižující riziko pádu. Velký vliv na prevenci pádů má také dobře vedená rehabilitace. (17)

Znalost příčin pádů je základ pro prevenci pádu. Pokud umíme dobře pojmenovat příčiny, které zvyšují předpoklad pádu, umíme také některá rizika vyloučit a tím snížit výskyt možnosti pádu a nebezpečí úrazu u pacienta. V prevenci je důležité se zaměřit na prostředí okolo pacienta, bezpečné a bezbariérové prostředí. Je nutné věnovat pozornost vybavení koupelen, WC, kde by měla být nainstalována madla. Pacienti by měli umět manipulovat s nouzovou signalizací. K prevenci pádu patří také obuv pacienta, opěrné pomůcky, nácvik chůze a stability. Je nutné nezapomínat na medikaci, která může způsobovat závratě nebo točení hlavy. (18)

Nejdůležitějším faktorem v prevenci pádu řadíme bezpečné fyzické prostředí. Zajištění mokrého úklidu bez rizika pádu. Do této problematiky spadají i prostorné volné chodby vybavené madly, stabilní nábytek bez koleček, snadný přístup k lůžku a nočnímu stolečku, vhodné noční osvětlení a obuv.

Podle zveřejněného výzkumu Juráskové, z Fakultní Thomayerovy nemocnice, k nejvyššímu počtu pádů dochází na pokoji pacienta. Jedná se dokonce o více než 80 % vzniklých pádů u seniorů. K pádům dochází při vstávání z lůžka, při přesunech z lůžka na toaletní křeslo nebo vozík. Dle výzkumu jen málo pacientů má možnost přivolat sestru signálními zařízeními. Výsledkem výzkumu je fakt, že zajištění bezpečného a funkčního pokoje je prioritou při snižování rizik výskytu pádů a úrazů.

Při vybavení bezpečného pokoje pro pacienta by měla být dodržována jasná pravidla. Lůžko ze tří stran přístupné, kontrastní barvy v pokoji pacienta, podlaha protiskluzová. Důležité je noční osvětlení lůžka, nastavení výšky lůžka na noc - využít nejnižší polohu.

Tento indikátor kvality je sledován celorepublikově, zdravotnické zařízení se může dobrovolně zapojit do tohoto sledování. Výstupem je porovnání statistiky pádů v rámci celé republiky. (17).

#### **1.6.4 Indikátor kvality – Dekubity**

Sledování výskytu dekubitů je bezesporu jedním z nejhlavnějších indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Je to nežádoucí událost, byť ne zcela vždy ovlivnitelná sestrou. Dekubit přináší velké utrpení pro nemocného, komplikace a prodloužení hospitalizace, což znamená zvýšení nákladů zdravotnického zařízení vynaložené na celkovou léčbu u pacienta. V dnešní době může být dekubit pokládán za následek nedostatečné ošetrovatelské péče a určitě se stává podkladem žaloby pro poškození pacienta a hlavně pro dosažení peněžitého odškodnění. Dekubity byly a jsou obávanou komplikací především u imobilních pacientů. (44)

Tento indikátor kvality patří mezi indikátory kvality poměrové. Výskyt nově vzniklých dekubitů na oddělení je vizitkou ošetrovatelského personálu, vypovídá o kvalitní, profesionální a důsledné péči. Management každého oddělení má snahu předcházet a zamezit výskytu dekubitů u rizikových pacientů.

V zahraniční i české literatuře můžeme najít nepřeborné množství definic, co je dekubit. Výstižnou definici dekubitů uvádí firma AURA Medical na svých internetových stránkách zabývající se problematikou chronických ran. Dekubity jsou zde definovány takto: „*Dekubity (proleženiny, tlakové léze, vředy), jsou rány vyvolané zejména působením lokálního tlaku na kůži. Rozsah odumrtí tkáně závisí na vzájemném působení intenzity tlaku, době působení tlaku, odolnosti organismu na tlak, celkovém stavu postiženého a na vlivech zevního prostředí.*“ (15)

Téměř všechny definice ale uvádí jako hlavní faktor vzniku dekubitů tlak, kdy vzniká místní ischemie a následné poškození kůže, podkoží a svalstva. Dekubity se

objevují v místech vystavených vysokému tlaku tělesné váhy. Dekubitus ale nevzniká pouze na kůži, ale může postihnout i sliznice, například dlouho zavedená nasogastrická sonda nebo tlak permanentního močového katetru na sliznici močové trubice. Na vzniku dekubitu se podílí několik složek: traumatická, cévní, nervová. Dále na vznik a vývoj dekubitů působí mnoho známých faktorů: výživa, tělesná hmotnost, celkový zdravotní stav, věk, inkontinence. Při dlouhodobém tlaku v predilekčních místech dochází k uzávěru drobných kapilár, tato místa strádají ischemií a dochází k ischemickému poškození. K rozvoji ischemického poškození může dojít v čase mezi jednou až šesti hodinami. Faktor jako je tření vede k poškození kůže a tím přispívá k riziku infekce. Při imobilitě dochází ke ztrátě spontánních pohybů, ke snížení tlaku a tím je vyšší riziko dekubitů. (46,47)

Vyhodnocování rizika vzniku dekubitů se pro praxi používá při příjmu pacienta, ale i během hospitalizace skórovací systém podle Nortonové. Při tomto hodnocení se přiřazují jednotlivé body v oblastech spolupráce, věk, stav pokožky, další onemocnění, stav vědomí, pohyblivost, aktivita a inkontinence.

Dekubity se klasifikují podle rozdělení na stupně:

1. stupeň je zarudnutí kůže
2. stupeň jsou povrchové kožní vředy
3. stupněm se hodnotí nekróza podkožního tuku
4. stupeň hodnotí postižení všech hlubších struktur kromě kostí
5. stupněm se označují rozsáhlé nekrózy s osteomyelitidou, sekvestrace kostí nebo destrukce kloubů (46,47)

Tak jak bylo již řečeno, tento indikátor kvality je chápán jako vizitka ošetrovatelské péče. Proto i v dnešní době je kladen velký důraz na sledování tohoto indikátoru kvality ve zdravotnických zařízeních. V souvislosti se sledováním výskytu dekubitů je velmi důležitá spolupráce s rodinou.

Vedení dokumentace u výskytu dekubitů by měla splňovat legislativní požadavky na zdravotnickou dokumentaci, která se řídí zákonem č. 20 /1966 v platném znění, Vyhláškou 385/2006 Sb. a zákonem č. 11/2007 Sb., ve znění pozdějších změn a

předpisů. Měla by zdokumentovat poskytovanou péči v ošetrovatelském procesu a splnit předpoklady na ošetrovatelskou dokumentaci. (33,12)

- Jednoduchost
- Komplexnost
- Pravdivost
- Čitelnost
- Dostupnost

Ošetrovatelská dokumentace u prevence a léčby dekubitů by měla obsahovat i doporučovanou fotodokumentaci jako součást ošetrovatelské dokumentace a v pravidelných stanovených intervalech nebo při zhoršení stavu dekubitu je pořizena nová fotografie. Všechny fotografie jsou součástí ošetrovatelské dokumentace. (51,50,31)

V České republice se problematikou prevence a léčby dekubitů zabývá Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR), která byla založena v roce 1999. Jejím cílem je podílet se na komplexním řešení problému hojení rány, na zlepšování kvality péče o nemocné s chronickými ranami v nemocniční, ambulantní i domácí sféře.

Problematice výskytu dekubitů je věnována velká pozornost na celém světě. V USA již v roce 1987 byl zřízen Národní poradní tým složený z odborníků pro dekubity NPUAP. (37)

#### ***1.6.5.Indikátor kvality - Nežádoucí události***

Management nežádoucích událostí je významnou součástí programu kontinuálního zvyšování kvality. Nežádoucí události jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je psychické či socioekonomické. Patří sem také případy, kdy poškozeným je zdravotnické zařízení nebo jeho pracovník. (Věstník ČR MZ 5. Listopad 2010)

Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních bezprostředně navazuje na doporučení Rady Evropské unie ze dne 9. června 2009 o bezpečnosti pacientů. Odhaduje se, že v členských státech Evropské unie je 8-12%

pacientů přijatých do nemocnic způsobena újma na zdraví v důsledku nežádoucích událostí během poskytování zdravotní péče. Nedostatečná bezpečnost pacientů představuje jednak závažný problém pro veřejné zdraví a jednak vysokou hospodářskou zátěž. Řadě nežádoucích událostí u hospitalizovaných i ambulantních pacientů se dá zabránit, neboť většina z nich je způsobena systémovými faktory. Pochybení jako taková však eliminovat nikdy zcela nelze, neboť jsou spojena s účastí lidského faktoru.

Management zdravotnického zařízení si samo určí spektrum hlášených nežádoucích událostí.

Do tohoto spektra jsou zahrnuty minimálně následující oblasti:

- Administrativní problém (problém při objednávání vyšetření, vyřizování překladu pacienta...)
- Problém s informovaným souhlasem (s výkonem, léčebným plánem)
- Problém při výkonu (záměna pacienta, strany, jiný výkon, poranění pacienta)
- Problém se zdravotnickou dokumentací (nedostupná, nečitelná, chybná dokumentace)
- Nozokomiální infekce
- Problém při předepisování léků (záměna pacienta/,léčiva, chyba v dávkování)
- Nežádoucí účinek léčiva
- Problém s krevními produkty
- Problém s dietou (záměna pacienta, diety)
- Problém se zdravotnickou technikou
- Svévolný odchod pacienta ze zdravotnického zařízení (či nevrácení se v určitém termínu )
- Sebepoškozování, sebevražda pacienta
- Problém s chováním pacienta (verbální, fyzické napadení )
- Problém s chováním personálu (verbální, fyzické napadení)
- Neočekávané úmrtí pacienta
- Pád pacienta
- Problém s nezdravotnickou technikou či jiným vybavením

- Dekubitus

Nežádoucí události lze rozdělit do čtyř skupin, první skupina naprosto žádné následky, druhá skupina zdánlivě žádné následky, ale charakter nežádoucí události vyžaduje monitoraci. Třetí skupina nežádoucí klinické nálezy vyžadují zákrok nebo léčbu, která je úspěšná, do čtvrté skupiny se řadí ireverzibilní komplikace nebo smrt. Při nežádoucí události je nutné okamžitě zajistit optimální péči postiženému, bezpečně uschovat zdravotnickou techniku, pomůcku, které mohly být příčinou vzniku nežádoucí události, za účelem šetření příčin. Je nutné provést písemné hlášení nežádoucí události. Cílem tohoto hlášení je získat zpětnou vazbu pro vyhodnocování kvality péče poskytované ve zdravotnickém zařízení. (41,35)

Hlášení se řídí následujícími principy:

1. Zdravotnické zařízení deklaruje nesankční přístup k hlášení nežádoucích událostí.
2. Zdravotnické zařízení ustanovuje hlášení nežádoucích událostí jako povinnost každého zdravotnického pracovníka zdravotnického zařízení, který událost zjistí.
3. Zdravotnické zařízení edukuje své pracovníky o smyslu a účelu hlášení nežádoucích událostí.
4. Zdravotnické zařízení umožňuje anonymní hlášení nežádoucích událostí.
5. Provedení hlášení je snadné a obsah hlášení se soustředí na textový popis události.
6. Hlášení je bez zbytečného zdržení směřováno přímo k osobě či osobám, které se zabývají ve zdravotnickém zařízení zpracováváním hlášení nežádoucích událostí. Většinou to bývá manažer pro kvalitu, který zpracovává nežádoucí události v rámci zdravotnického zařízení nebo je statistika nežádoucích události zpracovávána metodou hlášení a analýzy nežádoucích událostí na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy. (41)

#### 1.6.6 *Indikátor kvality - Sledování nozokomiálních nákaz (dále NN)*

Snad prvním protiepidemickým opatřením v nemocničním prostředí se do historie zapsal v roce 1847 Ignaz Semmelweis ve své studii o příčinách puerperální sepse. Požadoval mytí rukou v chlorované vodě lékařů před kontaktem s rodičkou. Dále to byli další lékaři, vědci mezi nimi byl Robert Koch, James Zuong Simpson, Joseph Lister, který formuloval a zaváděl do praxe pojmy asepse a antisepte. Další etapa ovlivnění infekčních nemocí včetně nozokomiálních nákaz byla spjata s rozvojem bakteriologie koncem 19 a počátkem 20. století. (6)

*„Nozokomiální nákazou se rozumí nákaza exogenního i endogenního původu, která vznikla v příčinné souvislosti s pohybem osob ve zdravotnickém zařízení.“ (42)*

Nozokomiální nákazy jsou bohužel negativním jevem zdravotnické péče i ve 21. století. Nozokomiální nákazy mají kromě zdravotních i rozsáhlé ekonomické dopady na zdravotnické zařízení. Představují závažný problém, který je celosvětový. Epidemiologické metody sledování nozokomiálních nákaz, incidenční a prevalenční studie v USA, ale i v České republice nám ukazují, že hodnoty prevalence nozokomiálních nákaz jsou několikanásobně vyšší než hodnoty hlášených incidencí nozokomiálních nákaz. Například prevalenční studie v ČR ukázala, že na chirurgických odděleních je dvojnásobný výskyt nozokomiálních nákaz než na interních odděleních. Je zcela jasné, že výskyt nozokomiálních nákaz je ovlivnitelný zdravotnickým personálem, proto zavádění sledování nozokomiálních nákaz je povinností k akreditaci zdravotnického zařízení. (42)

Šíření nozokomiálních nákaz ve zdravotnickém zařízení je podmíněno:

- přítomností zdroje nákazy
- možností přenosu
- přítomnost vnímavého jedince.

Nositelem nozokomiálních nákaz může být samotný pacient, zdravotnický personál, návštěva či další osoby ve zdravotnickém zařízení. Přenos nozokomiálních nákaz se šíří ze zdroje nákazy na vnímavého hostitele. Tím je ve zdravotnickém zařízení pacient, který má z řady důvodů oslabenou imunitu. (13)

Je třeba znát rizikové faktory. Důležité je pro šíření nozokomiálních nákaz, aby je bylo možné ovlivňovat. Můžeme je rozdělit do dvou skupin:

- Vnitřní faktory – které souvisí s biologickou rovnováhou organismu. Sem můžeme zařadit poruchy imunitní, hormonální, oběhové, mikroflóra, metabolismus
- Vnější faktory – mají přímou souvislost s léčebným a diagnostickým plánem u pacienta. Mezi tyto faktory můžeme zařadit operační výkony, miniinvazivní diagnostická vyšetření, katetrizace močového měchýře, intravenózní katetry a další. Sledování indikátoru kvality nozokomiálních nákaz ve zdravotnickém zařízení je pro akreditovaná zdravotnická zařízení povinná. (42,43)

### ***1.6.7. Indikátor kvality - Ošetrovatelská dokumentace***

Zdravotnická dokumentace je prostředkem, jenž zdravotnický pracovník používá při svých ošetrovatelských činnostech a v podstatě bez záznamů plánů a realizace péče nelze péči poskytovat. Vyhláška 385/2006 o zdravotnické dokumentaci je prvním právním předpisem, který se v České republice zmiňuje existenci ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelskou dokumentací jsou všechny písemné, grafické, fotografické a jiné záznamy prováděné sestrou, které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče. Je součástí zdravotnické dokumentace a dalším členům týmu (fyzioterapeut, logoped, nutriční terapeut a další) poskytují řadu významných informací, které si v rámci ošetrovatelského týmu mezi sebou předávají. Může sloužit i jako podkladový materiál pro vědu a výzkum v ošetrovatelské péči. Základem dobře vedené ošetrovatelské dokumentace je jednoduchost, čitelnost, přehlednost, komplexnost, pravdivost a dostupnost. (51)

Zdravotnická dokumentace, včetně ošetrovatelské dokumentace, není vlastnictvím samotného pacienta, ale pacient, mimo zákonem dané osoby, si sám určuje, kdo může nahlédnout nebo jinak nakládat s informacemi v jeho dokumentaci.

Zdravotnická dokumentace se může stát sama nežádoucí událostí a to v souvislosti s chybějícími či nečitelnými záznamy, prepisováním, přelepováním a dopisováním údajů nebo její záměnou. Správné vedení zdravotnické dokumentace je ochrana před vznikem



nežádoucí události. Při dodržování určitých kritérií by nemělo dojít k pochybení při vedení zdravotnické dokumentace. (53)

Kriteria:

- Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být průkazný, pravdivý, čitelný, jednoznačný. Toto kritérium by mělo být pravidelně kontrolováno.
- Zápis v dokumentaci musí být opatřen datem zápisu eventuelně i hodinou a jménem autora zápisu. Zápisy musí mít časovou posloupnost.
- Opravy ve zdravotnické dokumentaci se provádí pouze přeškrtnutím chybného zápisu. V dokumentaci se nesmí zápisy přelepovat. Oprava ve zdravotnické dokumentaci se provádí pouze novým zápisem s uvedením přesného časového údaje opravného zápisu.

Kontrolu ošetrovatelské dokumentace provádí sama sestra při výkonu svého povolání. Dále pak vedoucí pracovníci, což vyplývá z jejich povinností. Kontrola ošetrovatelské dokumentace má být součástí náplně práce vrchních a staničních sester. Primář oddělení zodpovídá za správně vedenou lékařskou a ošetrovatelskou dokumentaci. (53,55)

#### ***1.6.8. Indikátor kvality – Sledování spokojenosti pacientů***

Spokojenost pacientů v České republice se začala sledovat na začátku 90. let 20. století. Po roce 1989 došlo k transformaci českého zdravotnictví. Pacienti si mohli určit svého lékaře a zdravotnické zařízení. Začal se klást důraz na kvalitu péče a tím se začala sledovat spokojenost pacientů s péčí. Zdravotnická zařízení si volila různé průzkumy spokojenosti pacientů. (33)

Sledování spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí je velmi důležitý indikátor kvality. Zkušenosti ukazují, že tam, kde je spokojený pacient, je spokojený i personál, ale i naopak. Spokojenost pacientů je důležitým ukazatelem kvality poskytovaných služeb ve zdravotnickém zařízení. Znat názor pacienta na úroveň poskytované péče je důležitou zpětnou vazbou pro management zdravotnického zařízení, ale je také zpětnou vazbou pro ošetrovatelský personál a lékaře. (33)

Metody sledování spokojenosti pacientů:

- Individuální rozhovor (respondent – tazatel) může být dopředu naplánován strukturovaný rozhovor, otázky jsou předem připravené nebo nestrukturovaný rozhovor, volný rozhovor bez připravených otázek
- Skupinový rozhovor (skupina respondentů – tazatel) probíhá s cíleně vybranou skupinou osob „focus groups“ nebo s náhodně vybranou skupinou. Přítomno bývá většinou 6 – 12 osob, moderátor je seznámen s danou problematikou, diskuze trvá 2 -3 hodiny. Je možné pořídit audio nebo video záznam. (3)
- Nejčastější metodou je dotazníkové šetření. Základem šetření je dotazník, který by měl obsahovat položky ve formě otázek nebo posuzovací škály. Škála je forma otázky, kterou respondenta žádáme, aby zkoumaný problém zařadil do určité stupnice. V dotazníku můžeme používat *otázky uzavřené* (kdy si pacient – respondent vybere z možných odpovědí), *otevřené otázky* (zde je na respondentovi, jak odpoví sám), *polouzavřené otázky* (kombinace uzavřené a otevřené otázky, respondent doplňuje jinou odpověď), *filtrační otázky* (ty odliší respondenty, kteří nemohou odpovědět na následující otázku), *projekční otázky* (respondentovi předkládáme k posouzení názory jiných lidí) a *kontrolní otázky* (ty, používáme tam, kde potřebujeme ověřit pravdivost výpovědi. (3)

Při dotazníkovém šetření by dotazník neměl být příliš obsáhlý, maximálně 30 položek. Je-li delší, přestává být pro pacienty zajímavý. Při delším vyplňování pacienti ztrácejí trpělivost a odmítají dlouhý dotazník vyplnit a tím samozřejmě klesá návratnost a šance získat dostatek validních odpovědí. Dotazníky nejčastěji dáváme k vyplnění hospitalizovaným pacientům, zde je třeba vystihnout správný čas na vyplnění dotazníku. Nejlepší doba je před propuštěním z nemocnice, kdy má pacient už ucelenou zkušenost s celkovou léčbou a přístupem personálu. Musí být zaručena anonymita respondenta a možnost vhození vyplněného dotazníku do schránky k tomu určené. (3)

### ***1.6.9 Indikátor kvality - Sledování spokojenosti zaměstnanců***

Tento idikátor kvality je také velmi důležitý pro zkvalitnění ošetrovatelské péče. Kultura prostředí oddělení a celého ošetrovatelského týmu má ten největší vliv na spokojenost pacienta s péčí jak lékařskou, tak ošetrovatelskou.

Pracovní spokojeností rozumíme v podstatě příjemný pocit, který se váže k vykonávané práci. Výzkumům pracovní spokojenosti všeobecných sester je v zahraničí věnována větší pozornost než v naší republice.

V České republice všeobecné sestry většinou vyjadřují se svou prací větší či menší míru spokojenosti nebo se k ní vyjadřují neutrálně. Ve výzkumu „Změny v postavení sester na počátku nového tisíciletí“, který byl řešen v rámci IGA MZ ČR v letech 2004 - 2006, uváděly sestry za nejdůležitější faktor, přispívající k jejich spokojenosti s prací, dobré vztahy na pracovišti, pracovní prostředí, různorodost práce a dobrou organizaci práce.

Jednoznačně jsou sestry nespokojené v souvislosti se špatným finančním ohodnocením.

Péče o pacienty a jejich kvalita závisí rovněž ve velké míře na celoživotním vzdělávání těch, kdo jsou odpovědni za její poskytování. Celoživotní vzdělávání je důležité pro strategický plán zdravotnické instituce, má pozitivní vliv na kvalitu péče o pacienty. Řada studií dokumentuje, že indikátory kvality, jako je výskyt chyb v medikaci, pády pacientů, vznik dekubitů a výskyt nozokomiálních infekcí, jsou výrazně snižovány pomocí dvou důležitých faktorů: 1) průběžného vzdělávání sester 2) odpovídajícího počtu kvalifikovaného ošetrovatelského personálu. (1,2)

Zajištění vzdělávání sester ze strany managementu má významný dopad i na takové faktory, jako je spokojenost pacientů, zkrácení doby pobytu v nemocnici a snížený výskyt komplikací. Kontinuální vzdělávání zlepšuje schopnost plnit své povinnosti. Zlepšuje klinické dovednosti a znalosti, ale také chování a postoje, které jsou nutné ke změně prostředí zdravotnické péče. Vzdělání má potenciál rozvíjet schopnosti analýzy, kritického myšlení, komunikace, týmové práce, flexibility a schopnost přizpůsobovat se změnám. (2)

## ***2. Cíle práce a hypotézy***

### ***2.1. Cíl práce***

Cílem výzkumu je zmapovat vliv sledovaných indikátorů kvality na bezpečnou ošetrovatelskou péči ve vybraných akreditovaných nemocnicích:

Cíl 1) Zjistit, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče se v akreditovaných nemocnicích sledují.

Cíl 2) Zjistit, zda došlo v akreditovaných nemocnicích ke snížení nežádoucích událostí pádů.

Cíl 3) Zjistit, zda došlo v akreditovaných nemocnicích ke snížení výskytu nozokomiálních nákaz v souvislosti s bariérovým ošetrovatelským režimem.

Cíl 4) Zjistit, jaké největší problémy vznikly při zavádění auditů „Úplnost a komplexnost vedení ošetrovatelské dokumentace do praxe“.

Cíl 5) Zjistit, zda došlo během přípravy na akreditaci k navýšení ošetrovatelského personálu.

### ***2.2. Hypotézy***

H1 Akreditované nemocnice sledují kvalitu poskytované péče minimálně pomocí deseti indikátorů kvality.

H2 Nejčastějším sledovaným indikátorem kvality ošetrovatelské péče je prevalence dekubitů.

H3 Získáním akreditace došlo ke snížení pádů.

H4 Získáním akreditace došlo ke snížení výskytu nozokomiálních nákaz.

H5 Největším problémem, při zavádění auditu „Komplexnost a vedení ošetrovatelské dokumentace do praxe“, bylo navýšení administrativy pro ošetrovatelský personál.

H6 Během přípravy na akreditaci došlo k navýšení ošetrovatelského personálu

### ***3. Metodika***

#### ***3.1. Popis metodiky***

V rámci kvantitativního šetření jsme využili metodu dotazování technikou anonymního dotazníku. Jednalo se o nestandardizovaný dotazník vytvořený pouze pro účely této práce. Dotazník byl zaměřen na vliv indikátorů kvality, jejich sledování a vyhodnocování, na kvalitu ošetrovatelské péče v akreditovaných nemocnicích. Dotazník obsahoval celkem 43 otázek.(příloha 1) Respondenti volili z navrhovaných možností a mohli zvolit i více odpovědí nebo vepsat vlastní odpověď. V závěru dotazníku jsme umístili prostor pro případné názory, připomínky týkající se vlivu akreditace na kvalitu poskytované péče v respondentově zdravotnickém zařízení.

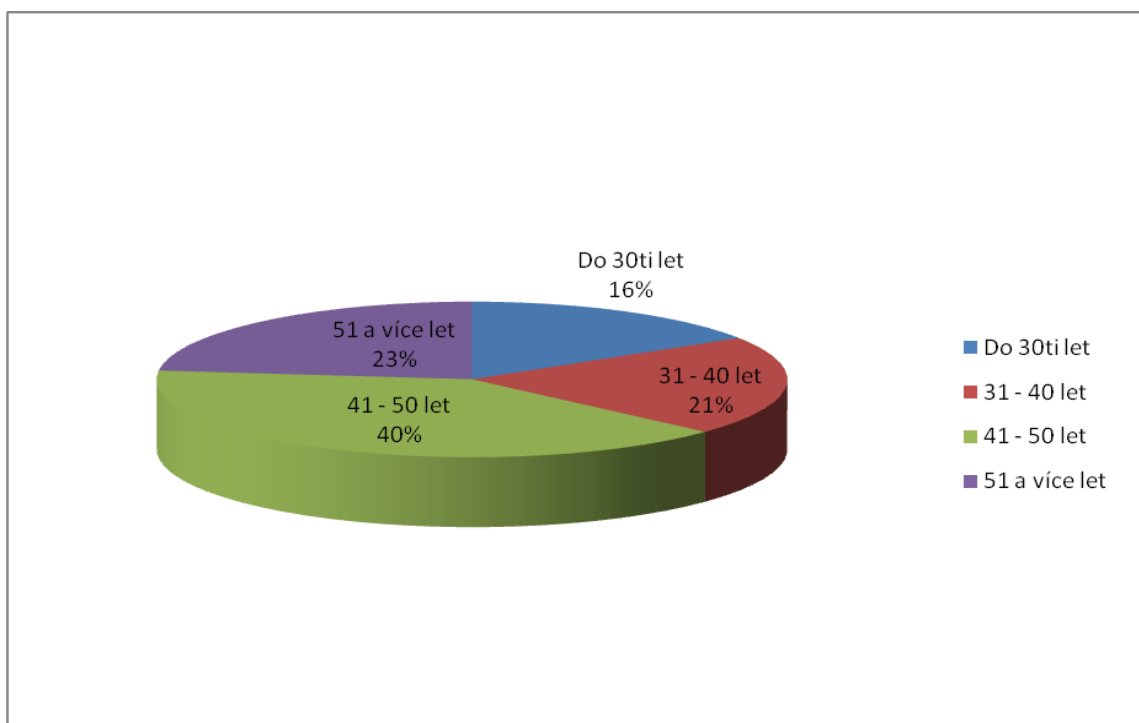
Šetření probíhalo od listopadu 2010 do března 2011.

#### ***3.2. Charakteristika zkoumaného souboru***

Výzkumný soubor tvořily akreditované nemocnice v České republice, které prošly akreditací v letech 2002 – 2009. Dotazníky pro výzkumné šetření byly rozdány představitelům vrcholového a středního managementu. Oslovili jsme management nemocnic, které mají již nějaké výsledky ze sledovaných indikátorů kvality a mohli nám tedy poskytnout informace, zda akreditace a sledované indikátory kvality mají vliv na sledovanou kvalitu. Bylo osloveno 25 akreditovaných zdravotnických zařízení, celkem rozdáno 400 dotazníků. Návratnost činila 74 %, což odpovídá 295 dotazníkům. Z těchto bylo vyřazeno 15 pro neúplné nebo nesprávné vyplnění. Ke zpracování bylo použito celkem 280 dotazníků.

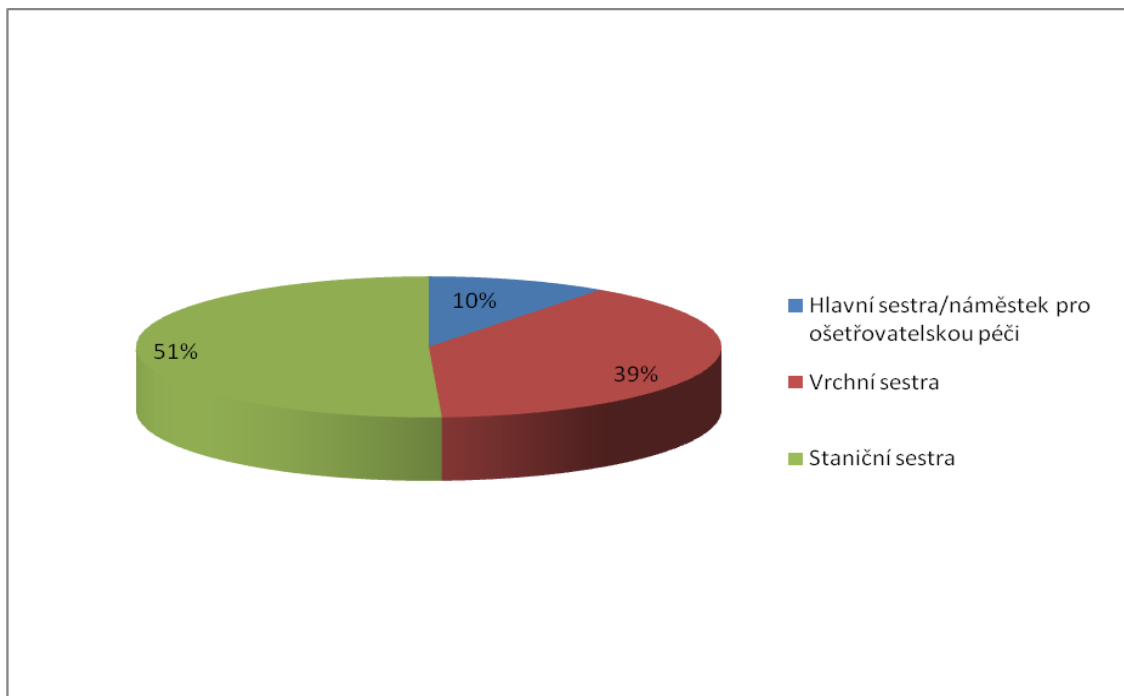
#### 4. Výsledky

**Graf 1 Věkové kategorie respondentů**  
(Graf k otázce č. 1)



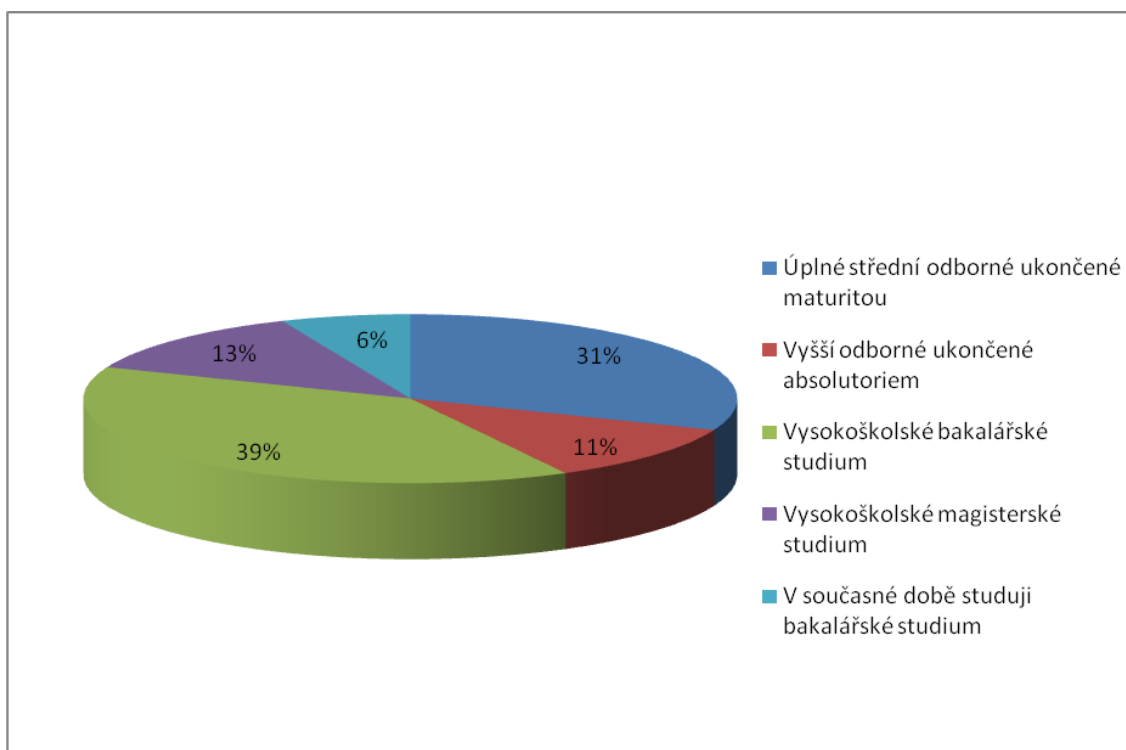
Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů první věkovou kategorií do 30 let tvoří 45 (16 %) respondentů. Druhou věkovou kategorií 31 -40 let tvoří 58 (21%) respondentů. Třetí věkovou kategorií 41 – 50 let tvoří 112 (40%) respondentů. Čtvrtou poslední věkovou kategorií 51 a více let tvoří 65 (23%) respondentů. Z grafu je zřejmé, že nejvíce zastoupená věková kategorie v manažerských funkcích je u dotazovaných ve věku 41-50 let

**Graf 2 Pozice funkčního zařazení**  
(Graf k otázce č.2 )



Z celkového počtu dotazovaných vedoucích pracovníků a vrcholového managementu 280 (100 %) pracuje na pozici hlavních sester 28 (10 %), na pozici vrchních sester pracuje 110 (39 %) respondentů a na pozici staničních sester 142 (51 %) dotazovaných. Nejvyšší zastoupení v našem výběrovém vzorku měly dotazované staniční sestry (51 %)

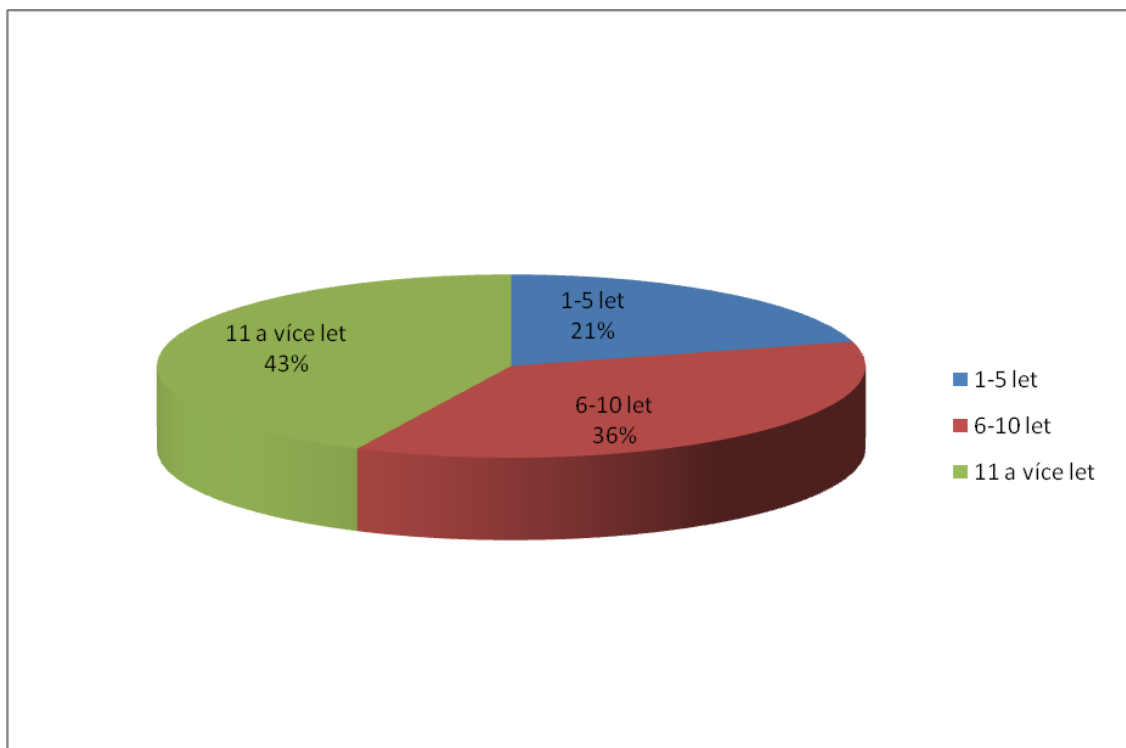
**Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání v oboru všeobecná sestra**  
(Graf k otázce č.3,4)



Graf znázorňuje vzdělání sester na pozici vedoucích pracovníků a vrcholového managementu v akreditovaných zdravotnických zařízeních. Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů má 89 (31%) úplné střední odborné vzdělání, vyšší odborné vzdělání zakončené absolutoriem má 31 (11%) respondentů, vysokoškolské bakalářské vzdělání má 107 (39%) respondentů, vysokoškolské magisterské vzdělání má ukončené 35 (13%) respondentů, v současné době studuje vysokoškolské bakalářské studium 18 (6%) respondentů. Graf nám znázorňuje, že nejvyšší zastoupení u vedoucích pracovníků má vzdělání - úplné střední odborné studium zakončené maturitou.



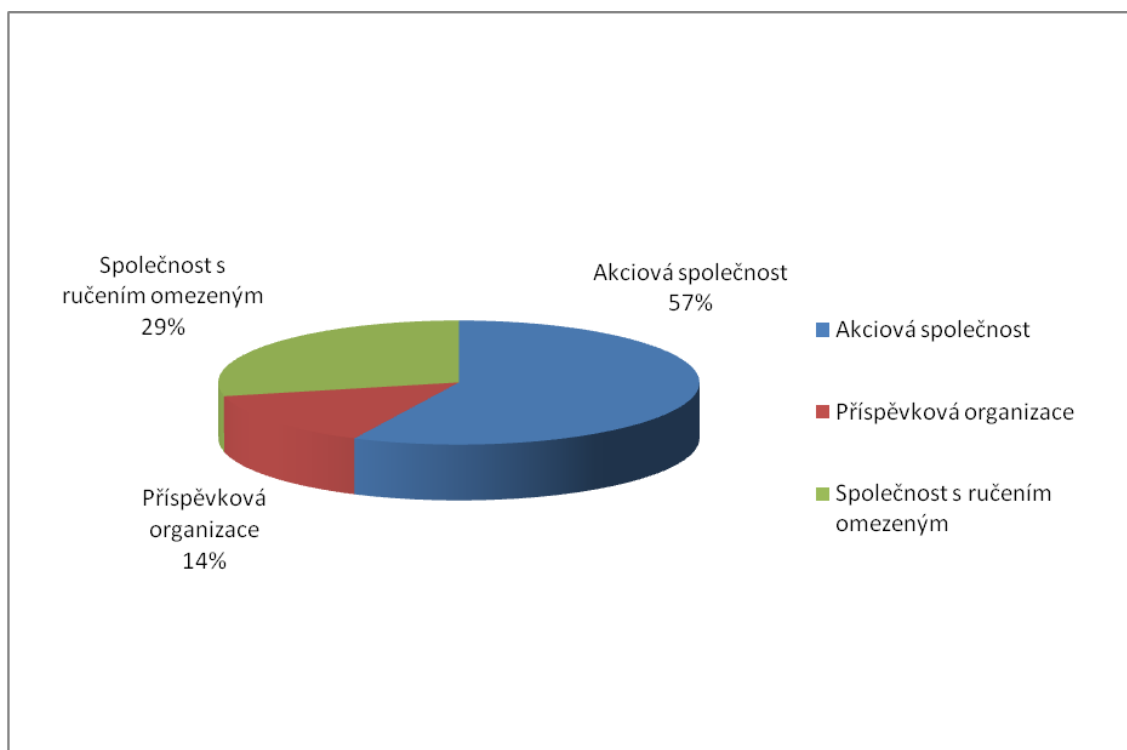
**Graf 4 Délka profesní praxe dotazovaných vedoucích pracovníků ve zdravotnictví**  
(Graf k otázce č. 4)



Z celkového počtu 280 (100 %) dotazovaných vedoucích pracovníků, 58 (21 %) dotazovaných pracuje na pozici manažera 1 -5 let, 102 (36 %) dotazovaných vedoucích pracovníků pracuje ve funkci manažera 6-10 let, 120 (43 %) dotazovaných vedoucích manažerů pracuje na pozici manažera 11 a více let. Z grafu je zřejmé, že dotazovaní vedoucí pracovníci pracují na pozici manažera nejčastěji 11 a více let (43 %).

## Graf 5 Právní forma zdravotnického zařízení

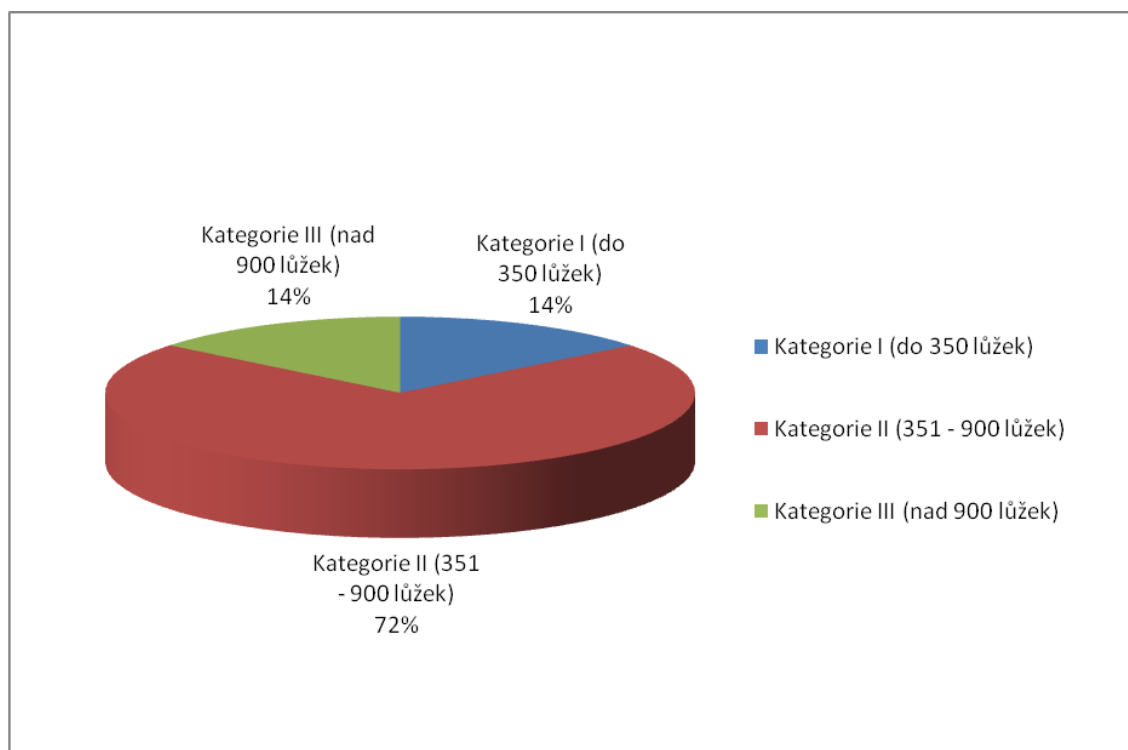
(Graf k otázce č. 5)



Z celkového počtu respondentů 280 (100 %) uvedlo právní formu zdravotnického zařízení - akciovou společnost 16 (57 %) dotazovaných, 4 (14 %) dotazovaných uvedlo příspěvkovou organizaci a 8 (29 %) respondentů uvedlo právní formu zdravotnického zařízení - společnost s ručením omezeným.

## Graf 6 Velikost zdravotnického zařízení

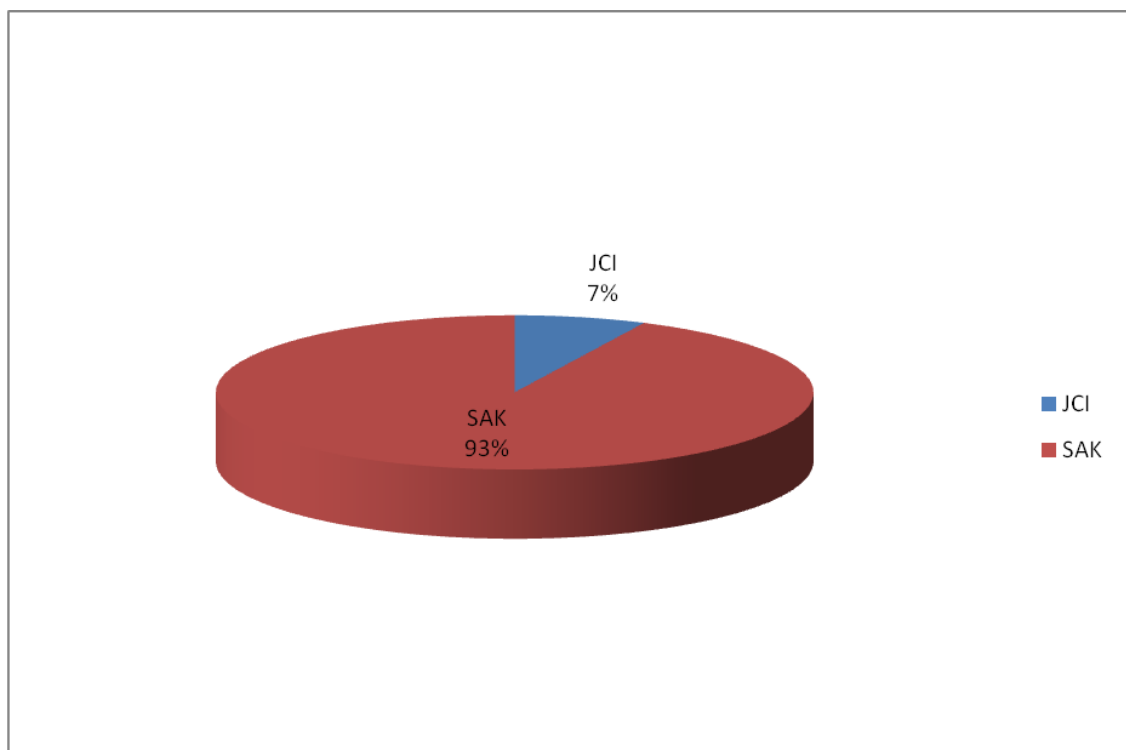
(Graf k otázce č. 6)



Z celkového počtu dotazovaných vedoucích pracovníků 280 (100 %) pracuje ve zdravotnickém zařízení kategorie I (do 350 lůžek) 40 (14 %) dotazovaných pracovníků, v kategorii II ( 351 – 900 lůžek ) 200 (72 %) respondentů a v kategorii III (nad 900 lůžek) 40 (14 %) dotazovaných.

### Graf 7 Ocenění kvality zdravotnického zařízení JCI a SAK

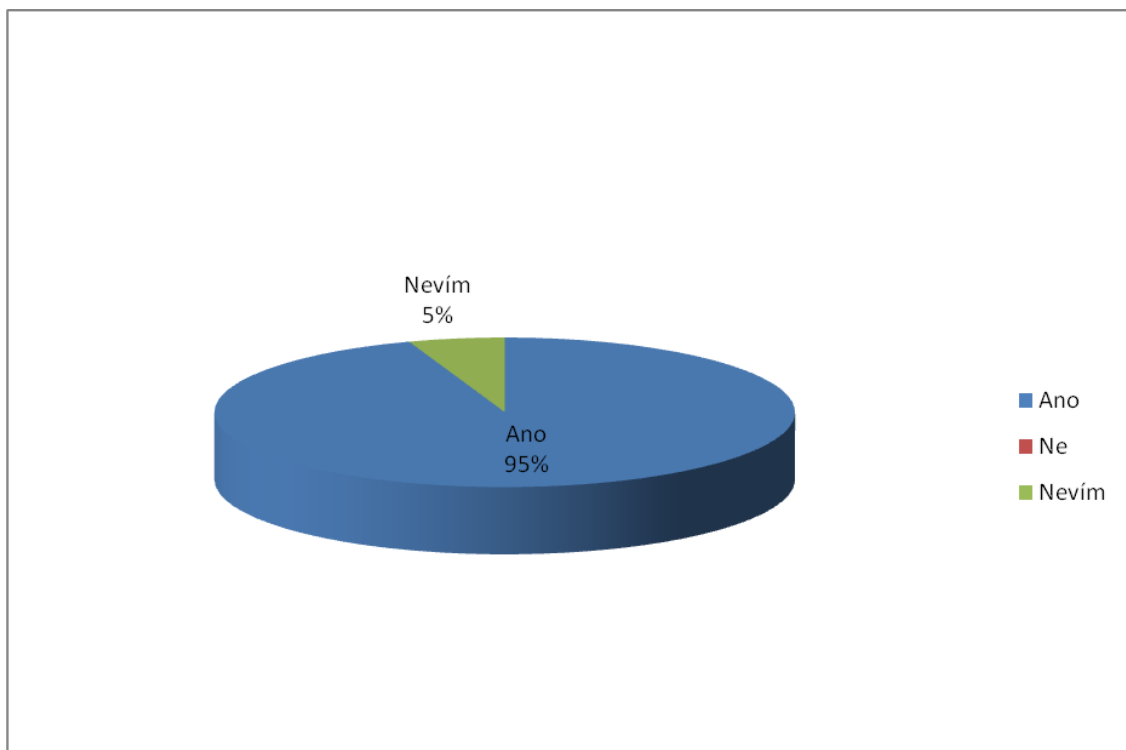
(Graf k otázce č. 7)



Z celkového počtu 280 (100 %) oslovených vedoucích pracovníků 20 (7 %) získalo jejich zdravotnické zařízení ocenění kvality JCI a 260 (93 %) respondentů odpovědělo, že dosáhlo ocenění kvality SAK pro svoje zdravotnické zařízení.

### Graf 8 Ve zdravotnickém zařízení existuje zavedený program zvyšování kvality

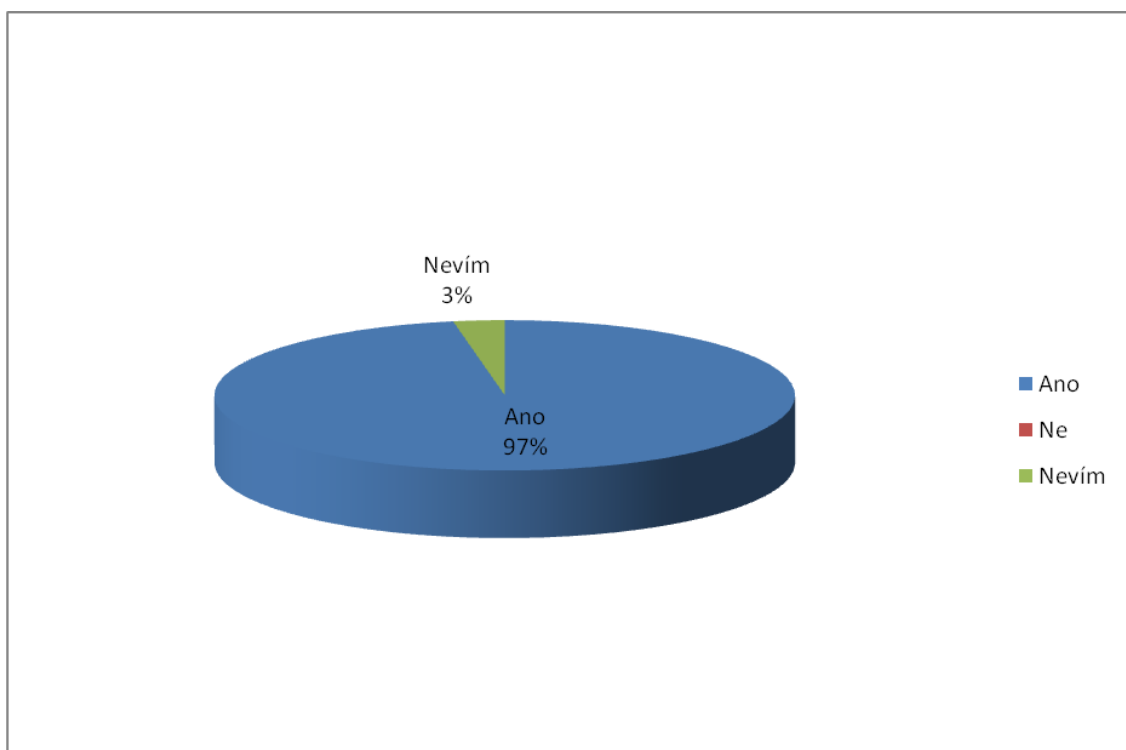
(Graf k otázce č. 8)



Z celkového počtu oslovených vedoucích pracovníků 280 (100%), odpovědělo 265 (95 %) respondentů, že mají zavedený program zvyšování kvality ve svém zdravotnickém zařízení, 15 (5 %) dotazovaných uvedlo, že neví o programu zvyšování kvality v jejich zdravotnickém zařízení.

### Graf 9 Manažer kvality v organizační struktuře

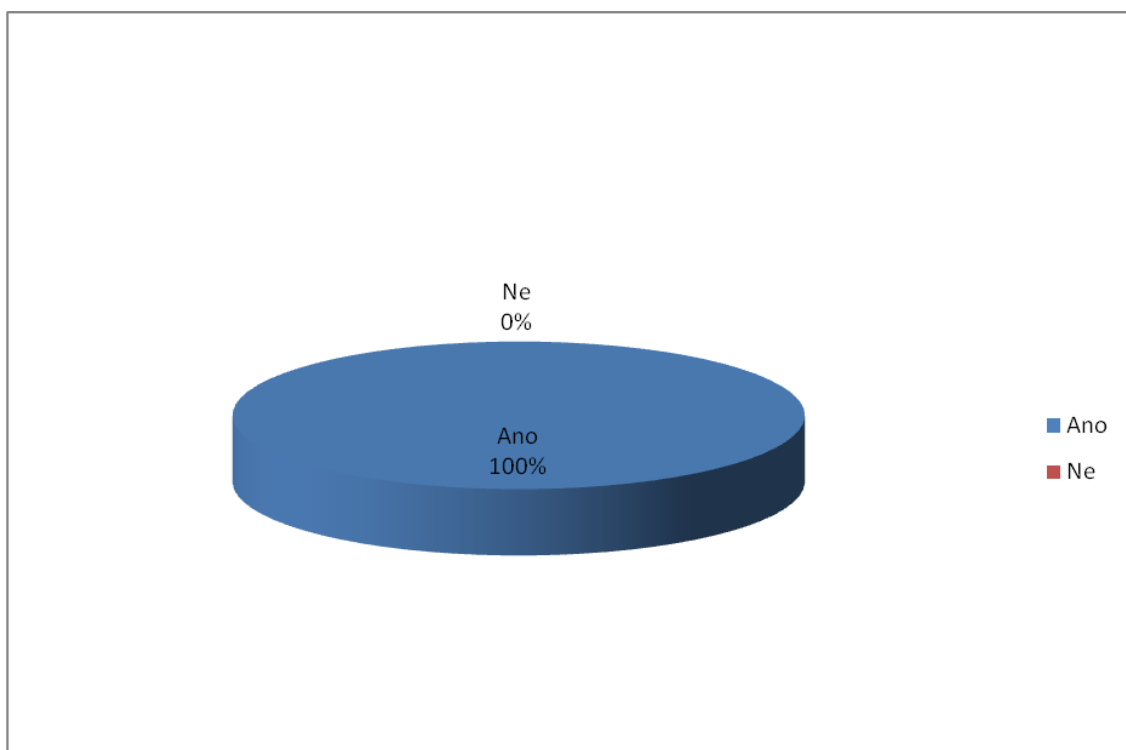
(Graf k otázce č. 9 )



Z celkového počtu dotázaných vedoucích pracovníků 280 (100 %), odpovědělo 272 (97 %) dotazovaných, že mají v organizační struktuře manažera kvality a 8 (3 %) dotazovaných vedoucích pracovníků odpovědělo, že neví.

## Graf 10 Sledování kvality poskytované péče pomocí indikátorů kvality

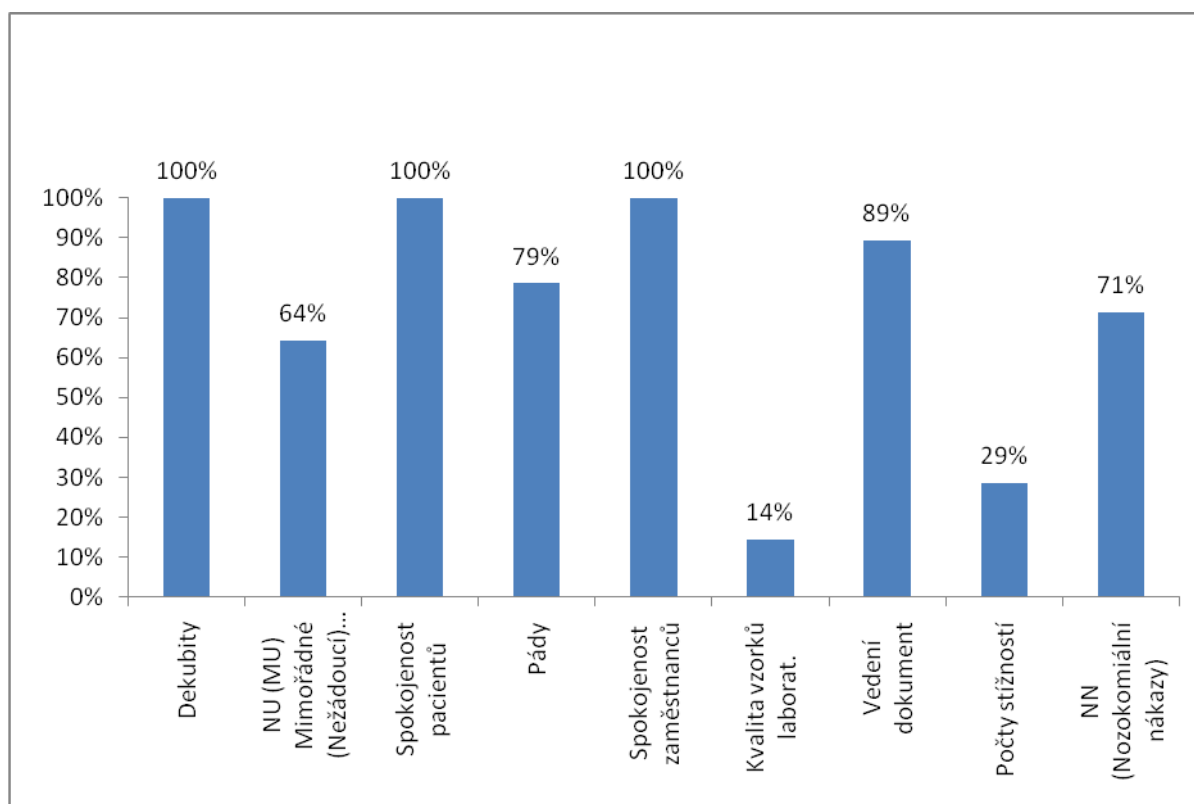
(Graf k otázce č. 10)



Všichni dotazovaní vedoucí pracovníci 280 (100 %) uvedli, že sledují kvalitu poskytované péče pomocí indikátorů kvality ve svém zdravotnickém zařízení.

### Graf 11 Indikátory kvality, které zdravotnické zařízení sledovalo před udělením akreditace

(Graf k otázce č. 11 )



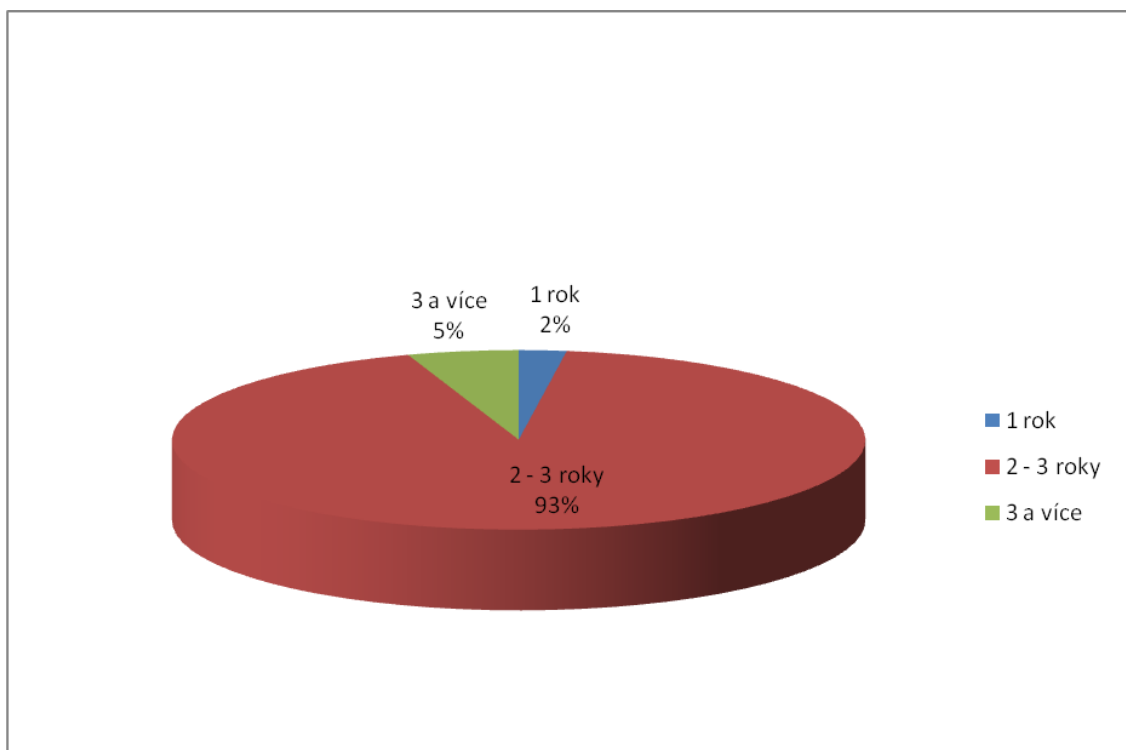
*Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.*

Z celkového počtu dotázaných vedoucích pracovníků 280 (100 %) je zřejmé, které indikátory kvality ve svých zdravotnických zařízeních před akreditací sledovali a to dekubity, spokojenost pacientů a spokojenost zaměstnanců. Indikátor kvality - vedení dokumentace sledovalo 250 (89 %) respondentů, indikátor kvality - pády sledovalo 220 (79 %) respondentů. Indikátor kvality - nozokomiálních nákaz sledovalo 200 (71 %) respondentů. Indikátor kvality - nežádoucí události sledovalo 180 (64 %) respondentů. Indikátor kvality - sledování počtu stížností sledovalo 80 (29 %) a poslední indikátor kvality - kvalita laboratorních vzorků – neshody sledovalo 40 (14 %) respondentů. Z uvedeného je možné sledovat, které indikátory kvality považují respondenti za důležité a byly sledovány i před akreditací zdravotnického zařízení.



**Graf 12 Délka sledování indikátorů kvality ve zdravotnickém zařízení před akreditací.**

(Graf k otázce č. 12)



Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů sledovali indikátory kvality ve svých zdravotnických zařízeních 1 rok před akreditací 60 (2 %) respondentů, 2-3 roky 250 (93 %) respondentů a 3 roky a více 140 (5 %) respondentů.

## Tabulka 1

### Indikátory kvality zavedené během přípravy zdravotnického zařízení na akreditaci

(Tabulka k otázce č.13)

Jaké nové indikátory kvality jste zavedli během přípravy na akreditaci? Seřazení indikátorů kvality dle četnosti odpovědí

|  |                 |
|--|-----------------|
| Chyby v medikaci                             | 280 respondentů |
| Svévolný odchod pacienta                     | 280 respondentů |
| Kanylové sepse                               | 250 respondentů |
| Poranění kontaminovanou jehlou , kanylou     | 200 respondentů |
| Močové infekty u permanentních katetrů       | 180 respondentů |
| Nežádoucí účinek léčiva                      | 240 respondentů |
| Pochybení v souvislosti s podáním transfuze  | 240 respondentů |
| Podání nesprávné diety                       | 120 respondentů |
| Popálení na operačním sále                   | 100respondentů  |
| Neshody v preanalytické fázi při odběru krve | 100 respondentů |
| Laboratorní neshody                          | 100 respondentů |
| Dokonalá sebevražda                          | 68 respondentů  |
| Napadení zaměstnance pacientem fyzické       | 58 respondentů  |
| Napadení zaměstnance pacientem verbální      | 56 respondentů  |
| Sledování krádeží ve zdravotnickém zařízení  | 52respondentů   |
| Reoperace                                    | 23respondentů   |
| Selhání zdravotnické techniky                | 12 respondentů  |

Tabulka je seřazena dle četnosti odpovědí respondentů, jaké si zvolili během přípravy další indikátory kvality při vyhledávání rizik, které mohou poškodit pacienta nebo zaměstnance.

## Tabulka 2

### Zavedení indikátorů kvality v nemocnicích během akreditační přípravy v souvislosti s velikostí zdravotnického zařízení

(Tabulka k otázce č. 6 a č. 13)

- I. Kategorie zdravotnického zařízení do 351 lůžek
- II. Kategorie zdravotnického zařízení 351 – 900 lůžek
- III. Kategorie zdravotnického zařízení nad 900 lůžek

| Kategorie                                 | Kanylové sepse | Močové infekty | Poranění kontaminovano u jehlou | Popálení na operačním sále | Chyby v medikaci |
|---|----------------|----------------|---------------------------------|----------------------------|------------------|
| <b>I.kategorie</b><br>40<br>respondentů   | 40             | 0              | 0                               | 0                          | 40               |
| <b>II.Kategorie</b><br>200<br>respondentů | 180            | 150            | 170                             | 32                         | 200              |
| <b>III.Kategorie</b><br>40<br>respondentů | 30             | 30             | 30                              | 38                         | 40               |
| <b>Celkem<br/>odpovědělo</b>              | 250            | 180            | 200                             | 70                         | 280              |

Tato tabulka znázorňuje odpovědi respondentů k problematice zavádění indikátorů kvality během přípravy na akreditaci podle velikosti zdravotnického zařízení (dále jen ZZ).

Ze ZZ I. kategorie odpovídalo 40 respondentů, ZZ II. kategorie odpovídalo 200 respondentů a ze ZZ III. kategorie odpovídalo 40 respondentů.

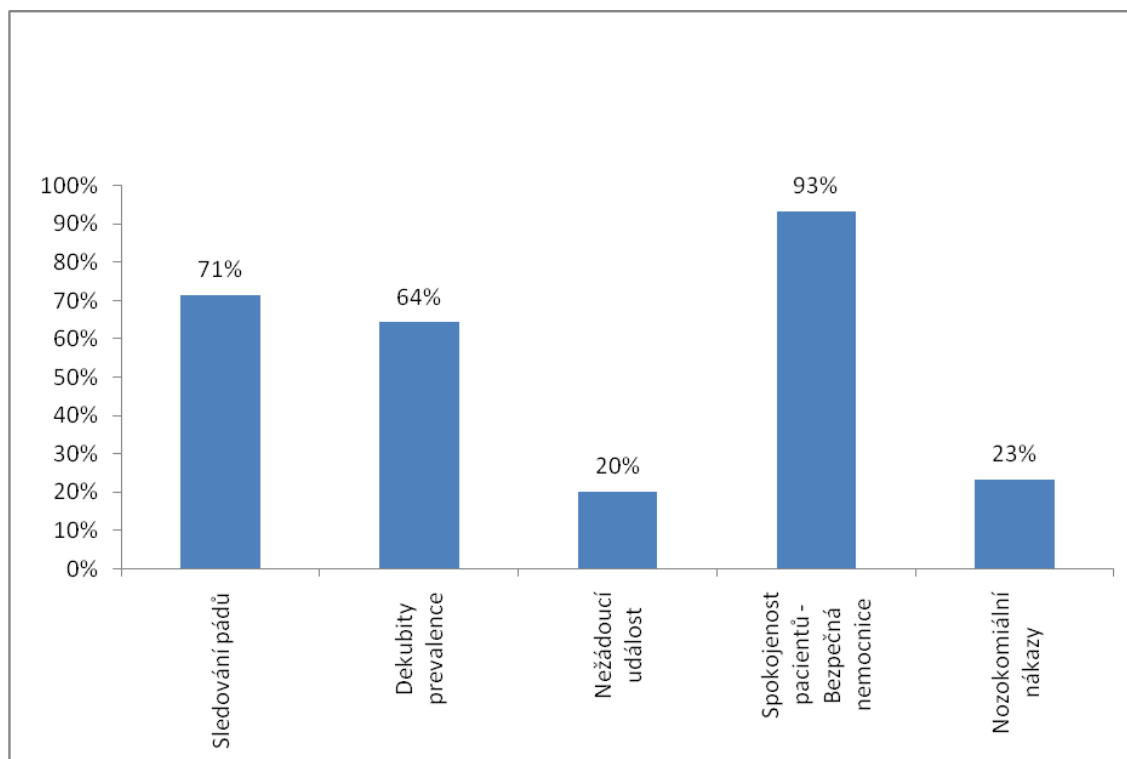
U respondentů ze zdravotnického zařízení I. kategorie do 350 lůžek je zřejmé, že se zaměřili na sledování chyb v medikaci, lze se domnívat, že si vybrali tento indikátor při vyhledávání rizik manažerem kvality. To samé je zřejmé u indikátoru kvality – kanylové sepse. Další vybrané indikátory nesledují. Respondenti z těchto zdravotnických zařízení odpověděli, že před akreditací sledovaly indikátory kvality – dekubity, spokojenost pacientů a zaměstnanců (základní indikátory kvality).

Odpovědi respondentů ze II. kategorie ZZ ukazují, že větší nemocnici do 900 lůžek mají více indikátorů kvality a je zřejmé, že management rizik v těchto nemocnicích pracuje. Indikátor kvality poranění personálu kontaminovanou jehlou je velmi důležitý indikátor pro zdravotnické pracovníky.

III. kategorii ZZ zastupovalo 40 respondentů, je zřejmé, že ve velkých nemocnicích nad 900 lůžek je rovnoměrné sledování indikátorů kvality, taktéž i zde lze sledovat, že management rizik zde pracuje.

## Graf 14 Celorepublikové sledování nežádoucích událostí

(Graf k otázce č. 14 )

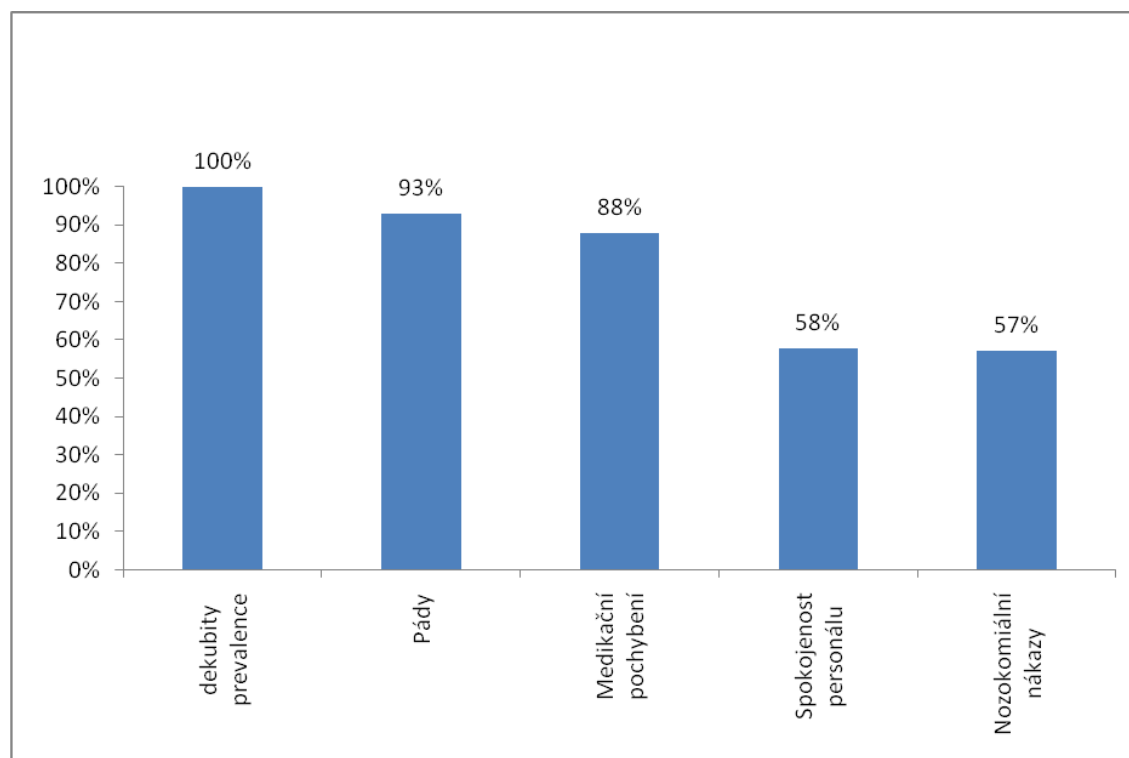


*Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.*

Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů mělo povědomí o sledování celorepublikových indikátorů kvality 261 (93 %) „ Spokojenost pacientů,, - Bezpečná nemocnice, 200 (71 %) respondentů mělo povědomí o indikátoru kvality sledování pádů, 180 (64 %) respondentů mělo povědomí o sledování dekubitů prevalence, 65 (23 %) respondentů mělo povědomí o sledování nozokomiální nákazy a 56 (20 %) respondentů mělo povědomí o sledování nežádoucích událostí.

### Graf 15 Stanovení pořadí důležitosti při sledování indikátorů kvality

(Graf k otázce č. 15)

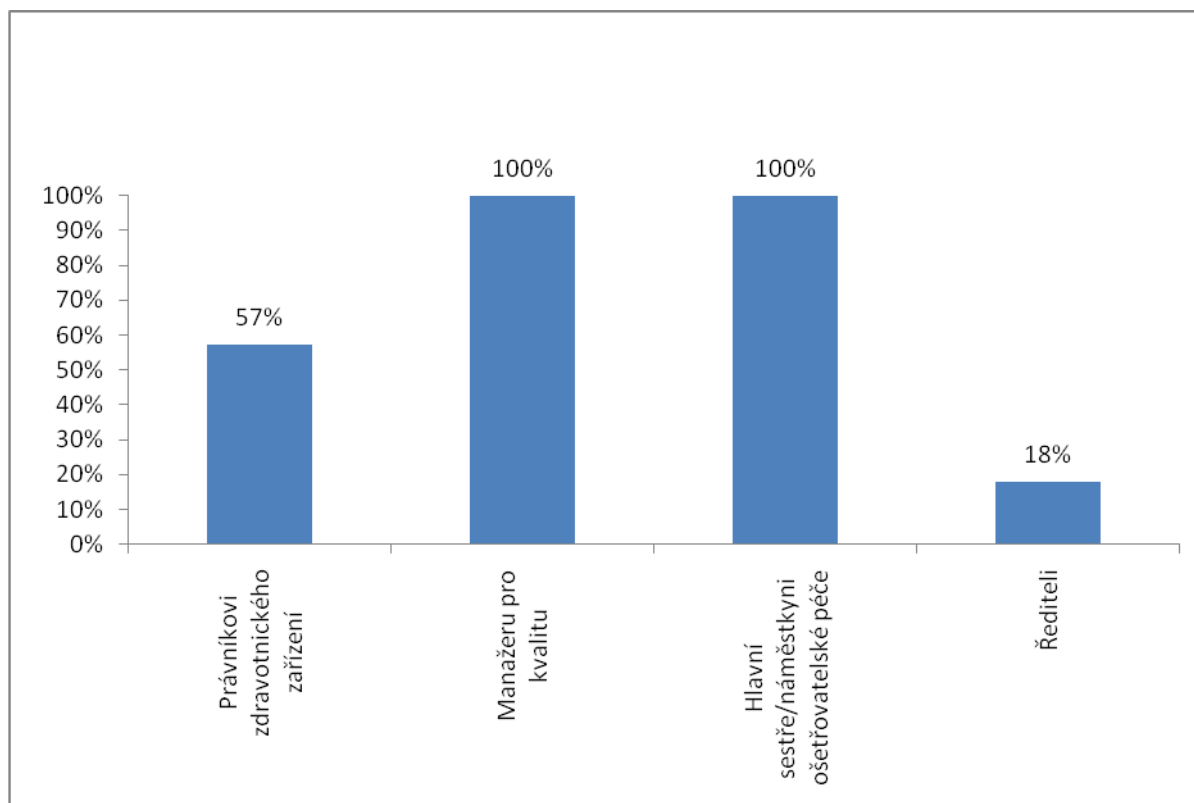


*Součet relativních četností převyšuje 100%, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí*

Z celkového počtu respondentů 280 (100%) stanovilo, že na prvním místě důležitosti je indikátor kvality prevalence dekubitů, tedy ukazatel kvalitní ošetrovatelské péče. Druhé místo důležitosti obsadil indikátor kvality pády 260 (93%) respondentů uvedlo tento indikátor, třetí místo obsadil v počtu 246 (88%) respondentů indikátor kvality medikační pochybení, čtvrté místo obsadil dle 162 (58%) respondentů indikátor kvality spokojenost personálu, páté místo obsadil z počtu 160 (57%) respondentů indikátor kvality nozokomiální nákazy

## Graf 16 Hlášení nežádoucích událostí

(Graf k otázce č. 16)

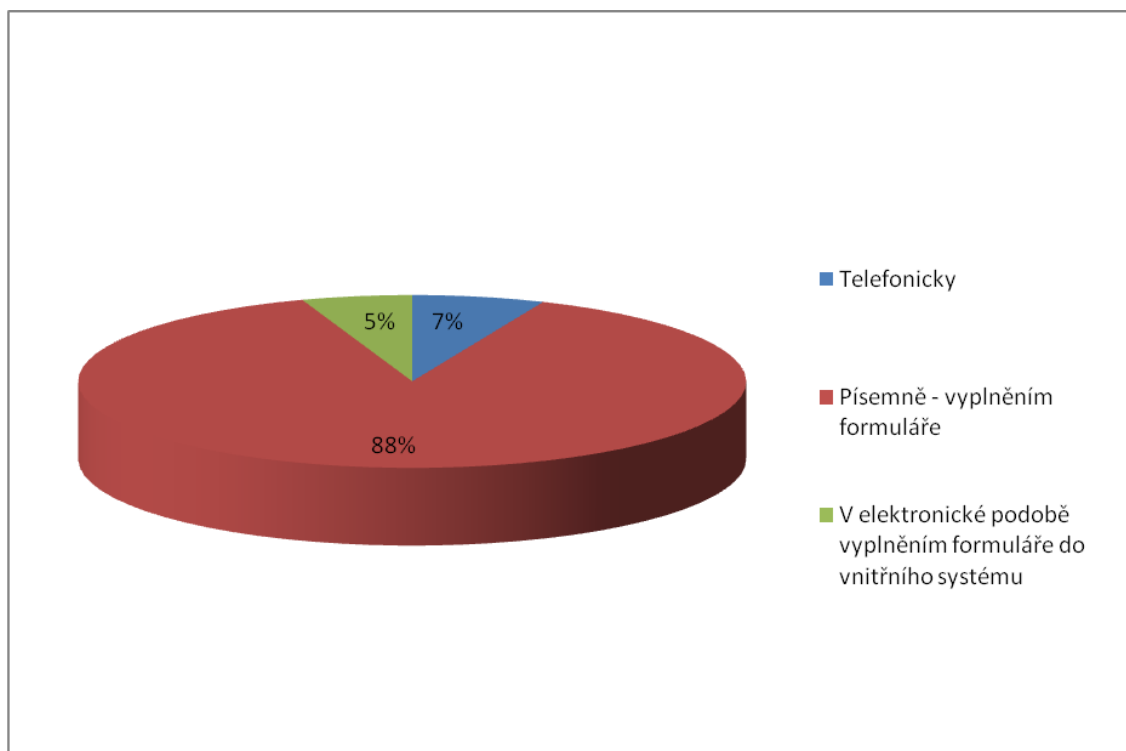


*Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.*

Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů uvedli všichni dotazovaní, že v jejich zdravotnickém zařízení se nežádoucí událost hlásí manažeru kvality a hlavní sestře nebo náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, 160 (57 %) respondentů uvedlo, že nežádoucí událost mimo výše uvedené hlásí ještě právníkovi zdravotnického zařízení a 50 (18 %) respondentů uvedlo, že mimo výše uvedené hlásí ještě řediteli zdravotnického zařízení. Je tedy zřejmé, pokud nastane ve zdravotnickém zařízení nežádoucí událost je hlášena a řešena na několika pozicích.

### Graf 17 Forma hlášení nežádoucí události

( Graf k otázce č. 17 )

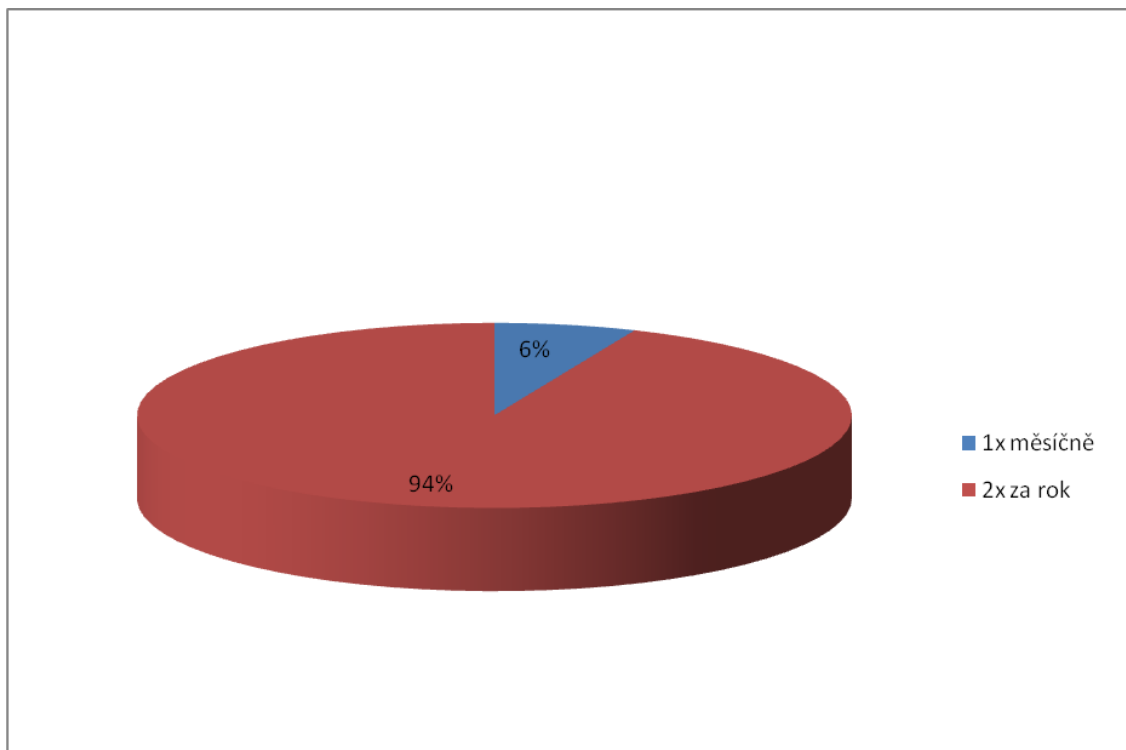


Z celkového počtu 280 (100%) respondentů uvedlo, že nežádoucí událost hlásí písemně na formuláři 247 (88 %), telefonicky uvedlo 18 (7%) respondentů a v elektronické podobě vyplněním formuláře do vnitřního systému 15 (5%).



### Graf 18 Časový interval vyhodnocování indikátorů kvality ošetrovatelské péče

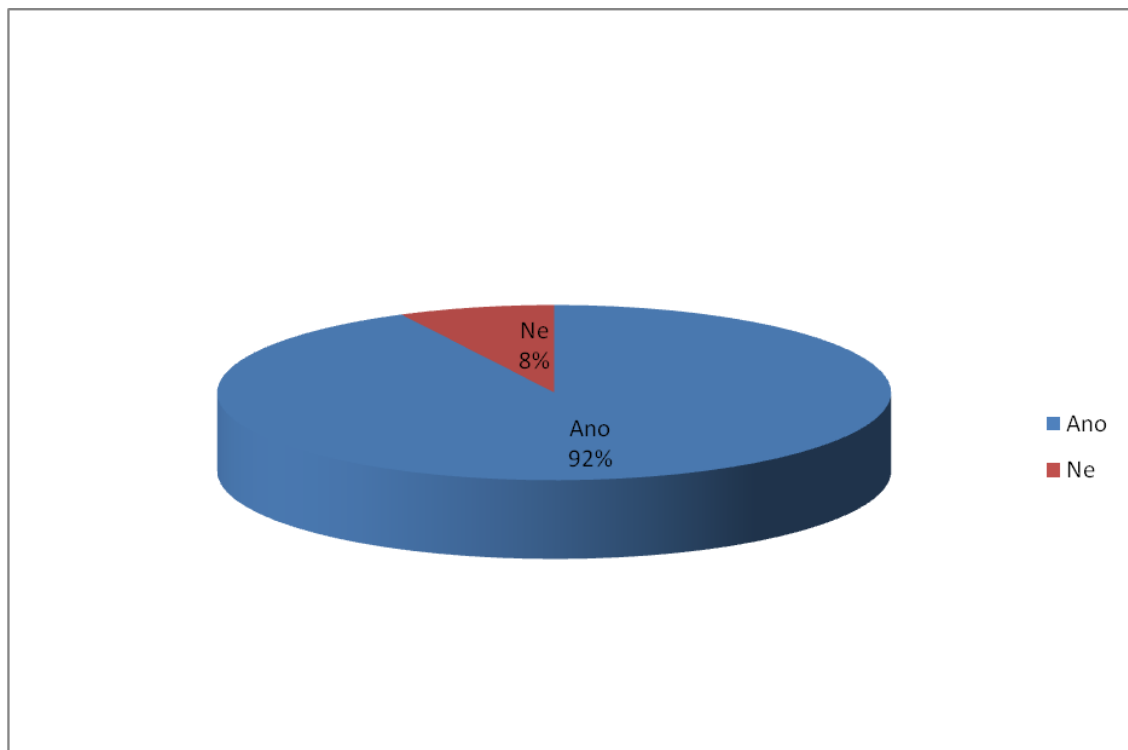
(Graf k otázce č. 18)



Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů uvedlo 262 (94 %) respondentů, že ve svém zdravotnickém zařízení vyhodnocují indikátory kvality ošetrovatelské péče 2 x za rok, 18 (6 %) respondentů uvedlo, že vyhodnocují indikátory kvality ošetrovatelské péče 1 x za měsíc.

### Graf 19 Tým na řešení mimořádných událostí

(Graf k otázce č. 19)



Z celkového počtu 280 (100%) dotázaných respondentů odpovědělo 259 (92 %) dotazovaných, že mají ve svém zdravotnickém zařízení tým pro řešení nežádoucích událostí, 21 (8 %) oslovených respondentů odpověděli, že tento tým nemají.

### Tabulka 3 Snížení nežádoucích událostí po akreditaci zdravotnického zařízení

(Tabulka k otázce č. 20)

| Velikost ZZ       | Průměrný roční počet NU před akreditací | Počet NU v roce 2010 | Rozdíl |
|-------------------|---|----------------------|--------|
| I. Kategorie ZZ   | 180                                     | 148                  | 32     |
| II. Kategorie ZZ  | 290                                     | 226                  | 64     |
| III. Kategorie ZZ | 370                                     | 190                  | 80     |

Tato tabulka znázorňuje odpovědi respondentek na otázku:

*O kolik došlo ke snížení po akreditační přípravě a akreditaci nežádoucích událostí?*

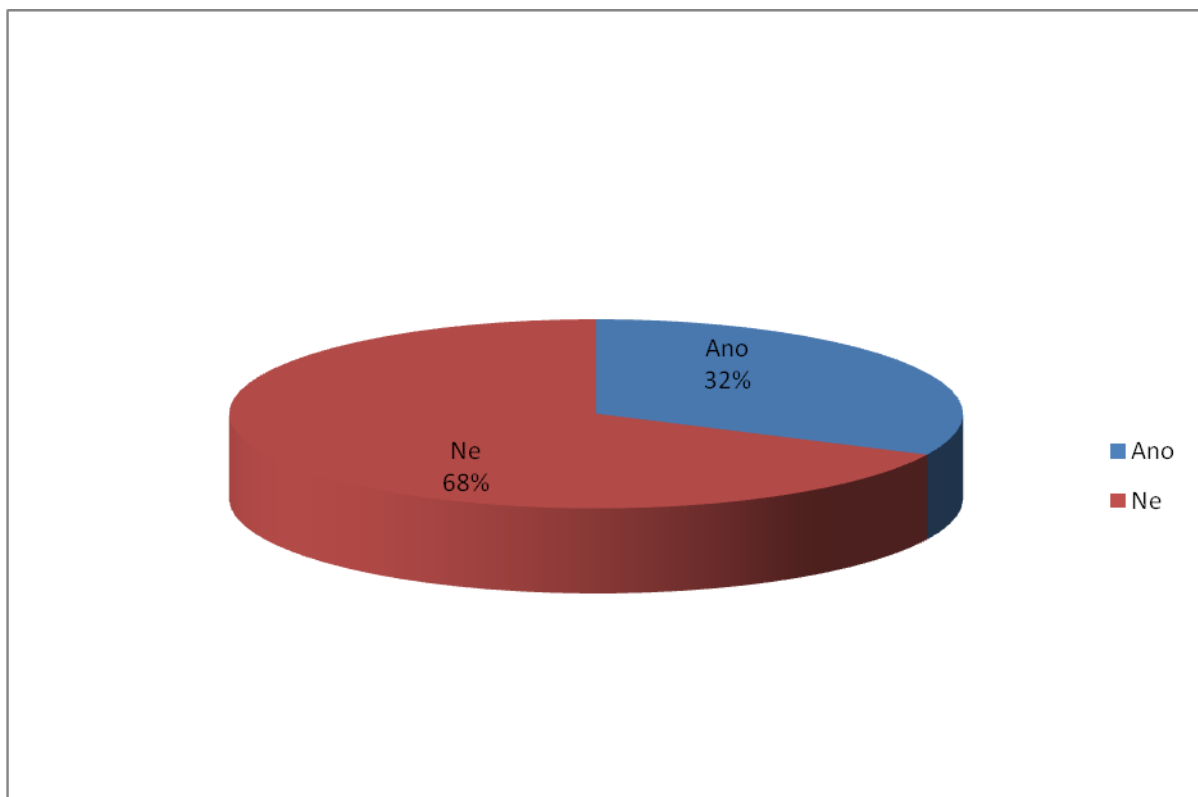
Respondenky ze zdravotnického zařízení I. kategorie uvedly v počtech snížení o 32 případů.

Respondenky ze zdravotnického zařízení II. kategorie uvedly v počtech snížení o 64 případů.

Respondenky ze zdravotnického zařízení III. kategorie uvedly v počtech snížení o 80 případů.

### Graf 21 Zapojení akreditované nemocnice do celostátního projektu sledování pádů

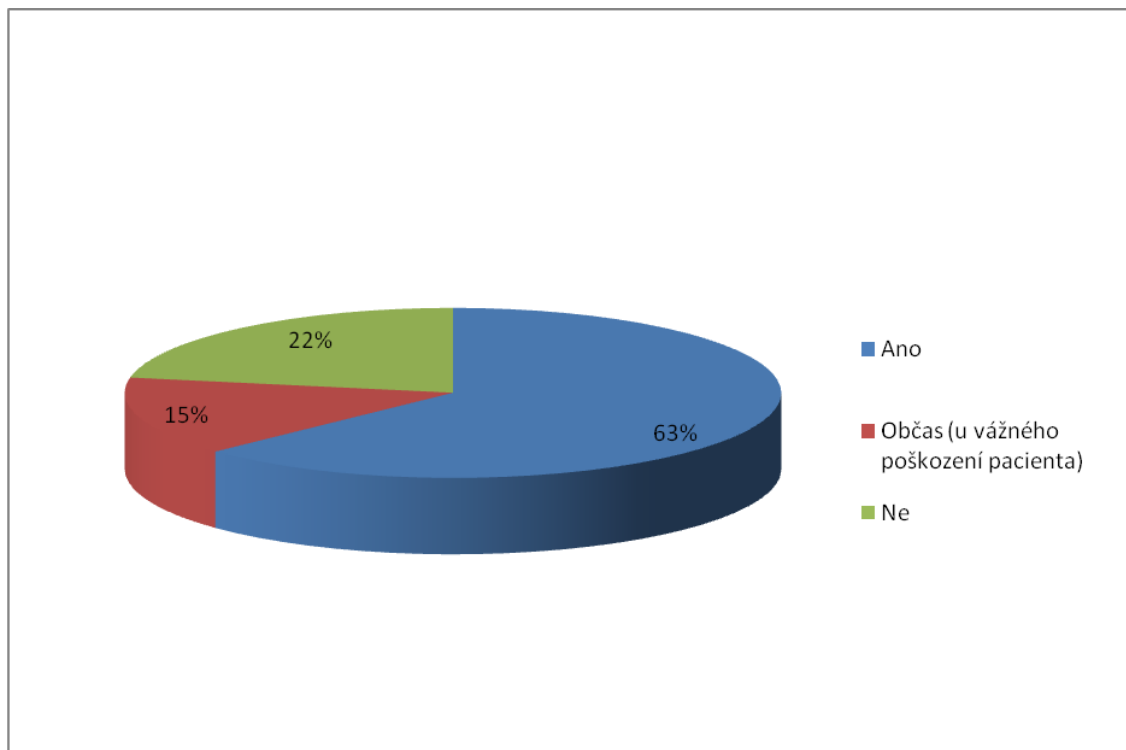
(Graf k otázce č.21)



Z celkového počtu dotázaných respondentů odpovědělo 190 (68 %), že není zapojeno jejich zdravotnické zařízení do celorepublikového projektu sledování pádů, kladně odpovědělo 90 (32 %) respondentů.

## Graf 22 Analýza vážného poškození pacienta

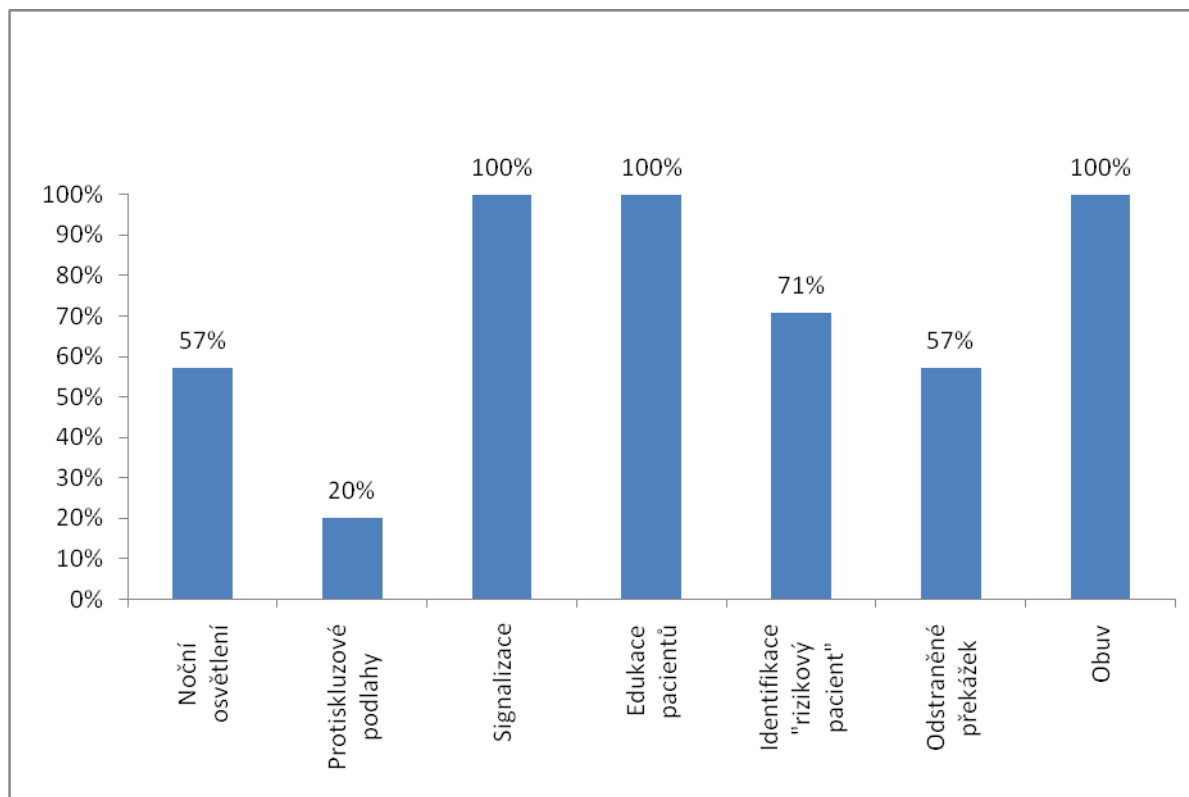
(Graf k otázce č. 22)



Z celkového počtu respondentů 280 (100 %), odpovědělo 176 (63 %) dotazovaných, že analýzu u pacienta s poškozením při pádu provádí, 62 (22 %) oslovených respondentů odpovědělo, že analýzu u poškozených neprovádí a 42 (15 %) respondentů odpovědělo, že občas jen u vážného poškození pacienta.

### Graf 23 Preventivní opatření ke snížení nežádoucích událostí – pádů

(Graf k otázce č. 23)

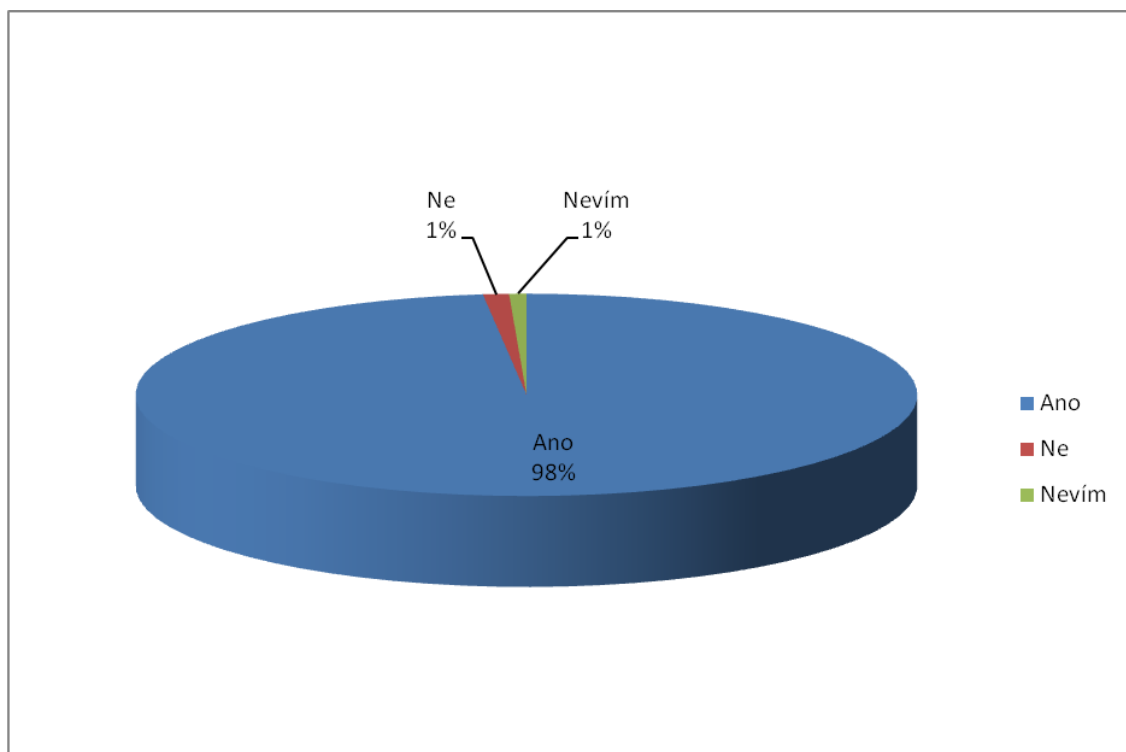


*Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.*

Z celkového počtu oslovených respondentů 280 (100 %) přikládá největší význam v preventivních opatřeních na signalizaci, která je v dosahu pacienta, protiskluzovou obuv a edukaci pacienta o možném pádu a preventivních opatřeních, 198 (71 %) oslovených respondentů přikládá též důležitost na hodnocení stavu pacienta „rizikový pacient“ a jeho identifikace, 160 (57 %) oslovených respondentů si myslí, že důležitá prevence je noční osvětlení pokojů a odstranění překážek, 56 (20 %) oslovených respondentů si myslí, že v prevenci je důležitá protiskluzová podlaha.

## Graf 24 Používání barevných identifikačních náramků u rizikových pacientů

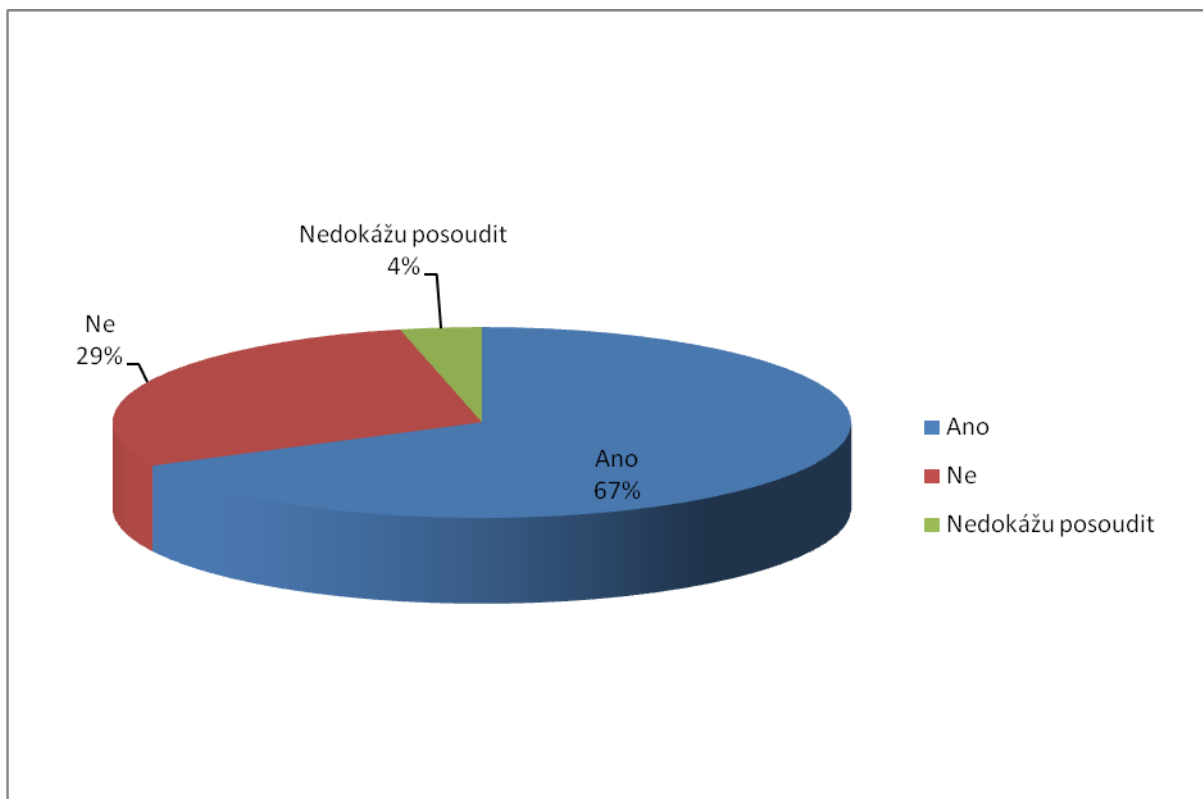
(Graf k otázce č. 24)



Z celkového počtu oslovených respondentů 280 (100 %) odpovědělo 275 (98 %), že ve svém zdravotnickém zařízení používá identifikační náramky u rizikových pacientů, 3 (1 %) z oslovených respondentů uvedlo, že identifikační náramky pro rizikové pacienty nepoužívají a 2 (1 %) z oslovených respondentů uvedlo, že nevědí, zda se v jejich zdravotnickém zařízení identifikační náramky používají.

### Graf č. 25 Snížení výskytu pádu po akreditaci zdravotnického zařízení

(Graf k otázce č. 25)

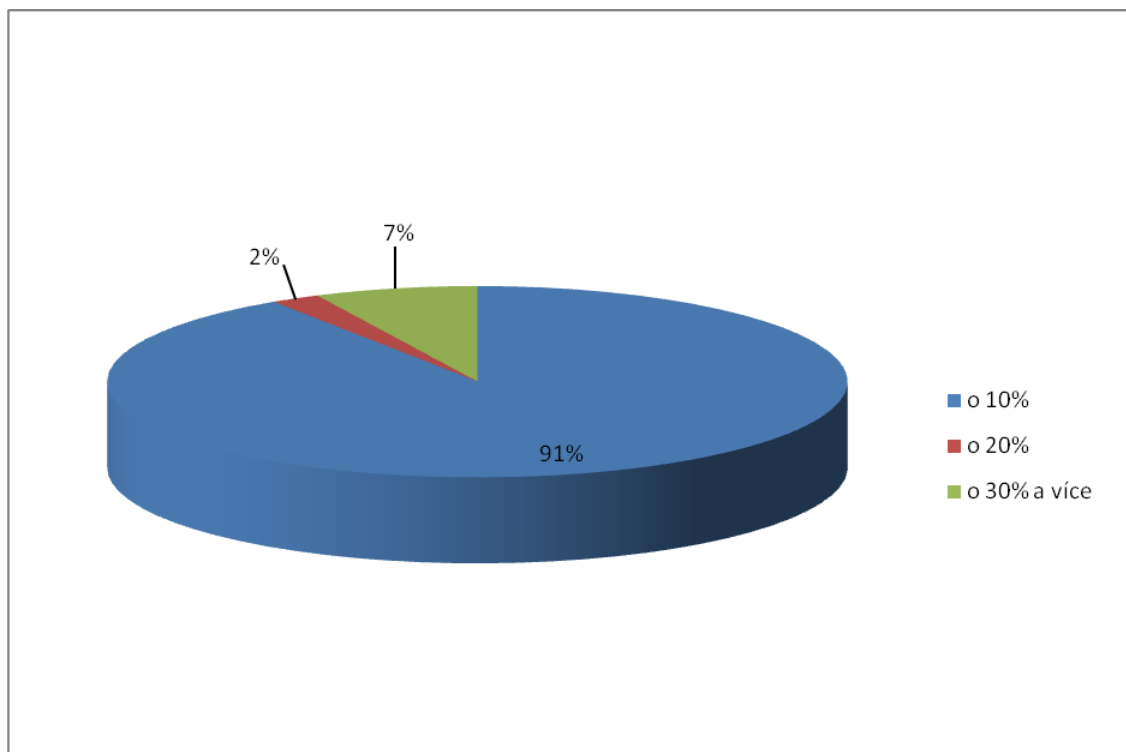


Z celkového počtu oslovených respondentů 280 (100 %) 189 (67 %) respondentů uvádí, že došlo k poklesu výskytu pádu u hospitalizovaných pacientů, 81 (29 %) respondentů uvádí, že nedošlo k poklesu pádů u hospitalizovaných pacientů a 10 (4 %) respondentů uvádí, že nedokáží posoudit, zda došlo k poklesu výskytu pádů u hospitalizovaných pacientů.



## Graf 26 Vyčíslení snížení výskytu pádů

(Graf k otázce č. 26 )



Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů uvedlo 254 (91 %) respondentů, že v jejich zdravotnickém zařízení došlo o 10% snížení výskytů pádů. 6 (2%) respondentů uvedlo, že došlo v jejich zařízení ke snížení pádů o 20 % a 20 (7 %) respondentů uvedlo, že v jejich zařízení došlo ke snížení pádů o 30 %.

#### Tabulka 4 Počty snížení výskytu pádů po akreditaci zdravotnického zařízení

(Tabulka k otázce č. 27 a 26)

| Velikost ZZ       | Průměrný roční počet pádů před akreditací | Počet pádů po akreditaci v roce 2010 | Rozdíl |
|-------------------|---|--------------------------------------|--------|
| I. Kategorie ZZ   | 80  | 64                                   | 16     |
| II. Kategorie ZZ  | 190                                       | 140                                  | 50     |
| III. Kategorie ZZ | 250                                       | 180                                  | 70     |

Tabulka uvádí odpovědi respondentek, o kolik došlo ke snížení pádů po akreditaci ZZ.

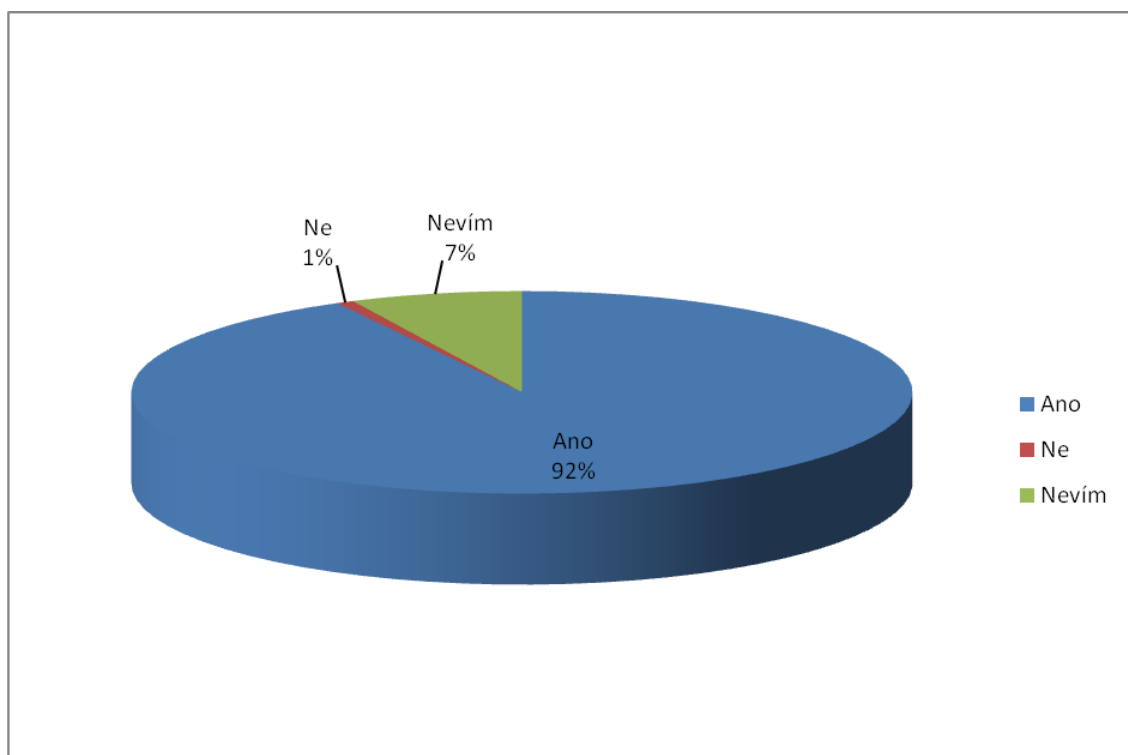
Respondenti ze ZZ I. kategorie uvedli, že došlo ke snížení pádů o 16 případů.

Respondenti ze ZZ II. kategorie uvedli, že došlo ke snížení pádů o 50 případů.

Respondenti ze ZZ III. kategorie uvedli, že došlo ke snížení pádů o 70 případů .

## Graf 28 Tým pro prevenci nozokomiálních nákaz

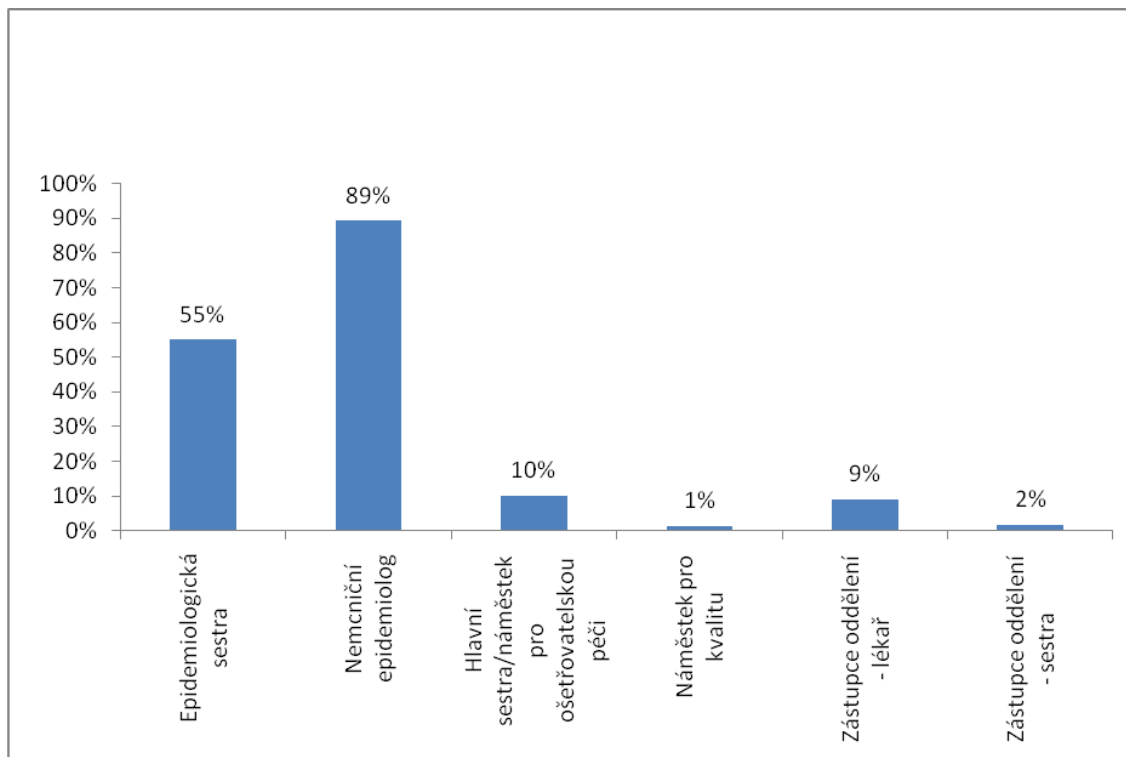
(Graf k otázce č. 28)



Z celkového počtu oslovených respondentů 280 (100 %) odpovědělo 258 (92 %), že v jejich zdravotnickém zařízení pracuje tým pro prevenci nozokomiálních nákaz, 20 (7 %) oslovených respondentů uvedlo, že neví, zda v jejich zdravotnickém zařízení pracuje tým pro prevenci nozokomiálních nákaz a 2 (1 %) respondenti uvedli, že tým pro prevenci nozokomiálních nákaz v jejich zdravotnickém zařízení nepracuje.

## Graf 29 Složení týmu pro prevenci nozokomiálních nákaz

(Graf k otázce č. 29)

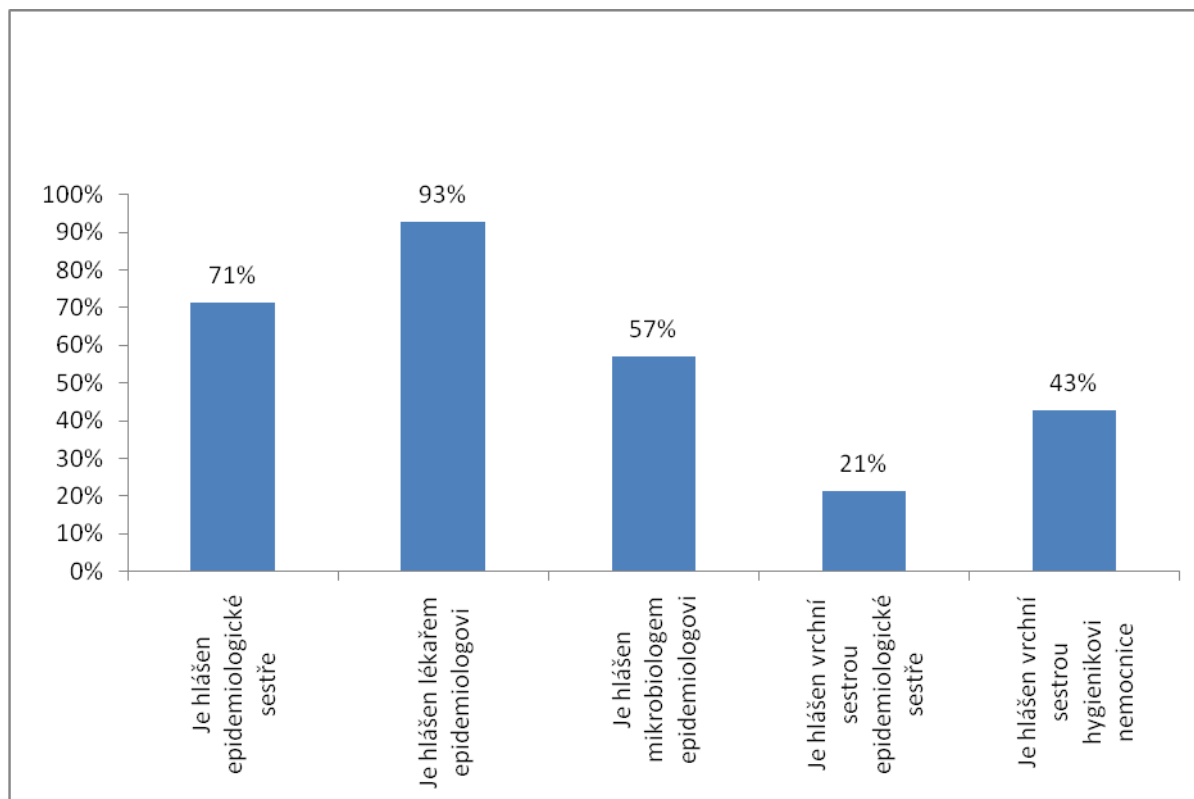


*Součet relativních četností převyšuje 100%, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.*

Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů, uvedlo 250 (89 %) dotázaných, že mají zastoupeného v týmu pro nozokomiální infekce epidemiologa, ve 154 (55 %) případech epidemiologickou sestru, 28 (10 %) respondentů uvedlo zastoupení hlavní sestry, 25 (9 %) dotázaných uvedlo zástupce z oddělení – lékaře a 4 (1 %) respondentů uvedlo náměstka pro kvalitu.

### Graf 30 Způsob hlášení výskytu nozokomiálních nákaz ve zdravotnickém zařízení

(Graf k otázce č. 30 )

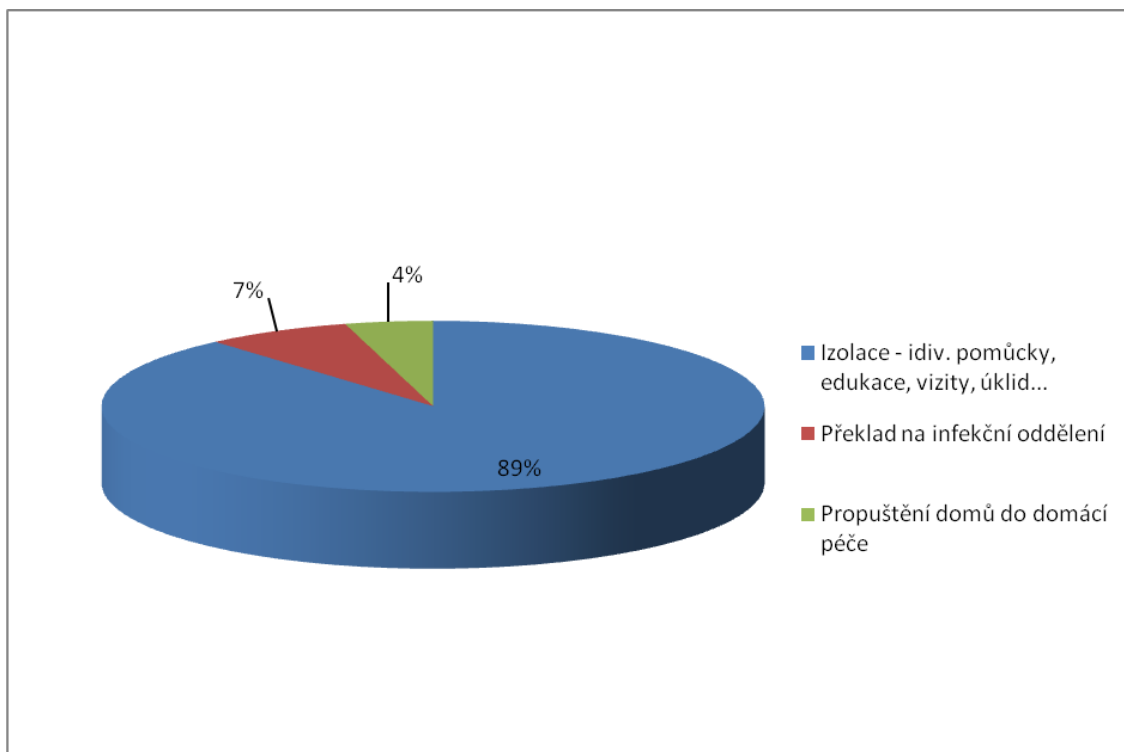


*Součet relativních četností převyšuje 100%, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.*

Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů, uvedlo 260 (93 %) dotazovaných, že nejčastější způsob hlášení nozokomiální nákazy v rámci zdravotnického zařízení je lékařem nemocničnímu epidemiologem, 200 (71 %) respondentů uvedlo, že hlásí nozokomiální nákazu z oddělení epidemiologické sestře, 160 (57 %) respondentů uvedlo, že hlásí nozokomiální nákazu mikrobiologem zdravotnického zařízení epidemiologem, 120 (43 %) respondentů uvádí, že hlásí nozokomiální nákazu vrchní sestrou hygienikem nemocnice a 60 (21 %) respondentů uvádí hlášení vrchní sestrou epidemiologické sestře.

### Graf 31 Způsoby provedení bariérového režimu

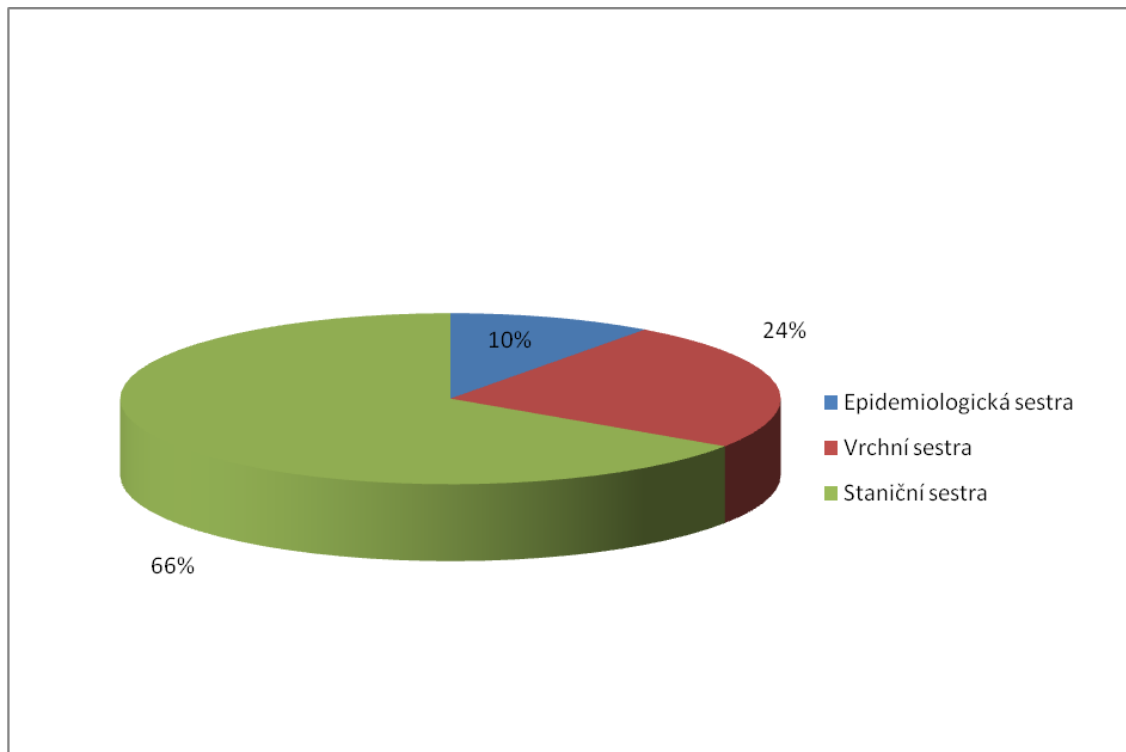
(Graf k otázce č. 31 )



Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů, uvádí 248 (89 %) dotazovaných, že provádí bariérový režim u nozokomiálních nákaz na oddělení dle ošetrovatelského standardu (samostatný pokoj, individuální jednorázové pomůcky, edukace pacienta, vizita a úklid jako poslední na oddělení, vyčleněný personál.), 20 (7 %) respondentů má možnost přeložit pacienta s nozokomiální nákazou na infekční oddělení a 12 (4 %) respondentů uvádí, že pacient s nozokomiální nákazou, pokud to jeho diagnóza dovolí, je propuštěn do domácí péče.

### Graf 32 Kontrola bariérového režimu

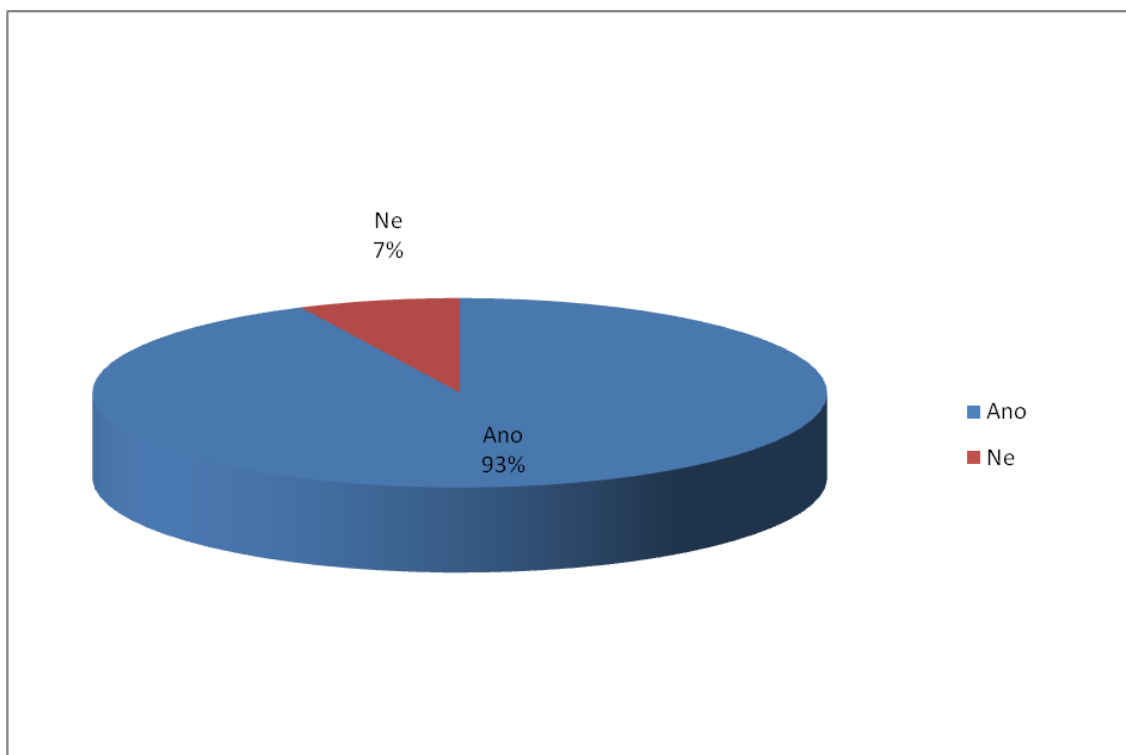
(Graf k otázce č. 32 )



Z celkového počtu 280 (100 %), uvádí 184 (66 %) respondentů, že kontrolu bariérového režimu provádí staniční sestra oddělení, 68 (24 %) respondentů uvádí, že kontrolu bariérového režimu provádí na oddělení vrchní sestra, 28 (10 %) respondentů uvádí, že kontrolu bariérového režimu provádí na oddělení epidemiologická sestra.

### Graf 33 Povinné každoroční školení zaměstnanců v prevenci nozokomiálních nákaz

( Graf k otázce č. 33 )

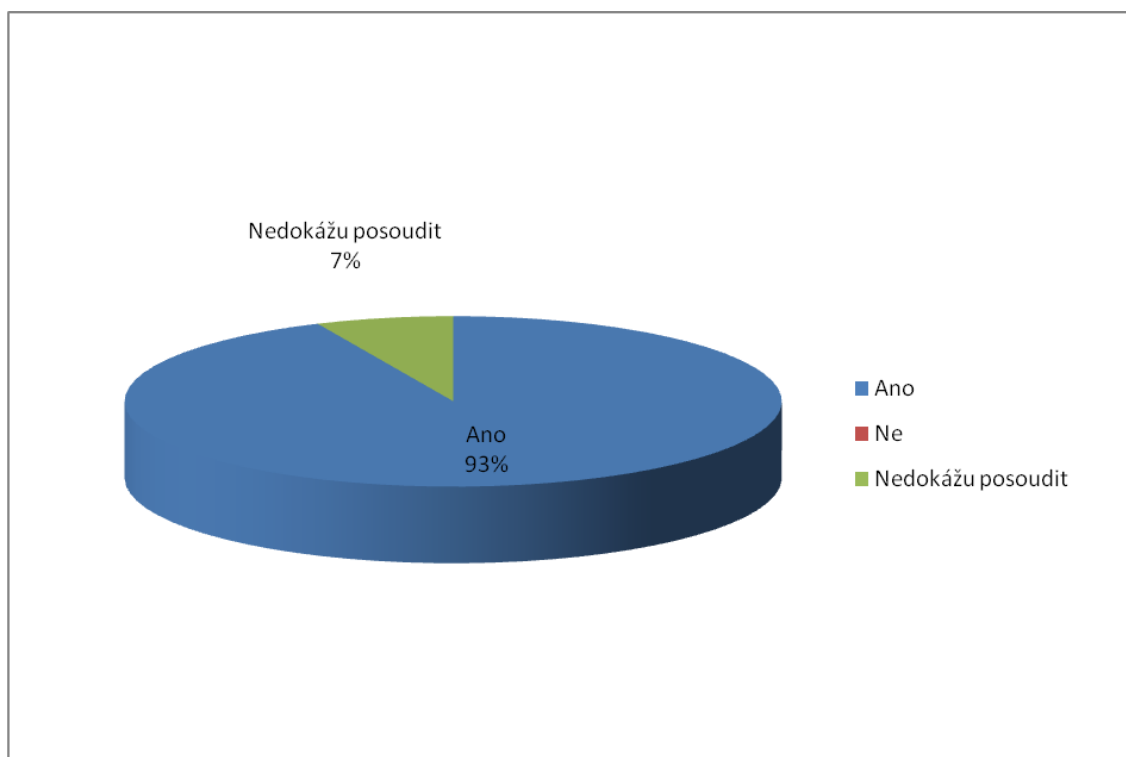


Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů odpovědělo 260 (93 %), že pracovníci jsou pravidelně školeni v nozokomiálních nákazách, 20 (7 %) respondentů odpovědělo, že pracovníci nejsou pravidelně školeni v nozokomiálních nákazách.



### Graf 34 Snížení výskytu nozokomiálních nákaz v souvislosti s akreditací zdravotnického zařízení

(Graf k otázce č. 34 )



Z celkového počtu respondentů 280 (100 %) 261 (93 %) dotazovaných odpovědělo, že došlo ke snížení výskytu nozokomiálních nákaz v souvislosti s akreditací zdravotnického zařízení, 19 (7 %) respondentů nedokázalo posoudit snížení výskytu nozokomiálních nákaz v souvislosti s akreditací zdravotnického zařízení.

**Tabulka č. 5 Výskyt nozokomiálních nákaz v Nemocni Písek, a.s.  
po akreditaci nemocnice (v %)**

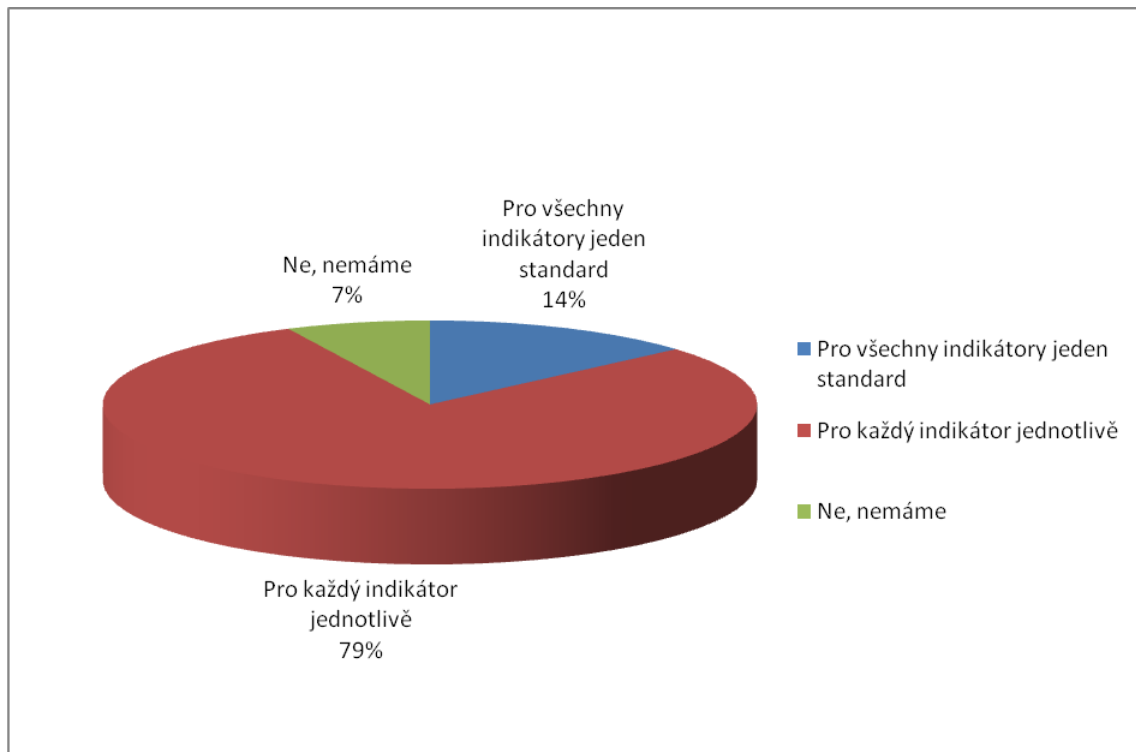
(Tabulka k otázce č.35)

| Měsíc    | rok 2008 | rok 2009 | rok 2010 |
|----------|----------|----------|----------|
| leden    | 4,9      | 0        | 4,1      |
| únor     | 6,7      | 0,5      | 4,8      |
| březen   | 5,4      | 4,2      | 2,5      |
| duben    | 5,3      | 1,9      | 2,9      |
| květen   | 6,4      | 2,5      | 2,2      |
| červen   | 4,1      | 2,9      | 2,4      |
| červenec | 4,2      | 3,4      | 2,9      |
| srpen    | 3,8      | 3,4      | 3,3      |
| září     | 3,2      | 2,6      | 2,4      |
| říjen    | 5,1      | 3,9      | 3,4      |
| listopad | 4,2      | 2,8      | 2,3      |
| prosinec | 4        | 3,4      | 2,9      |

Tabulka ukazuje snížení nozokomiálních infekcí pouze v Nemocnici Písek, a.s. A to z toho důvodu, že ZZ sledují nozokomiální infekce každé jiným způsobem a ještě ne všechna ZZ mi poskytla informaci o nozokomiálních infekcích. Naše nemocnice velice pečlivě sleduje nozokomiální infekce a víme, že došlo opravdu ke snížení výskytu. Rozhodla jsem se proto poskytnout do své diplomové práce naše výsledky sledování nozokomiálních nákaz

### Graf 36 Vypracované standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče

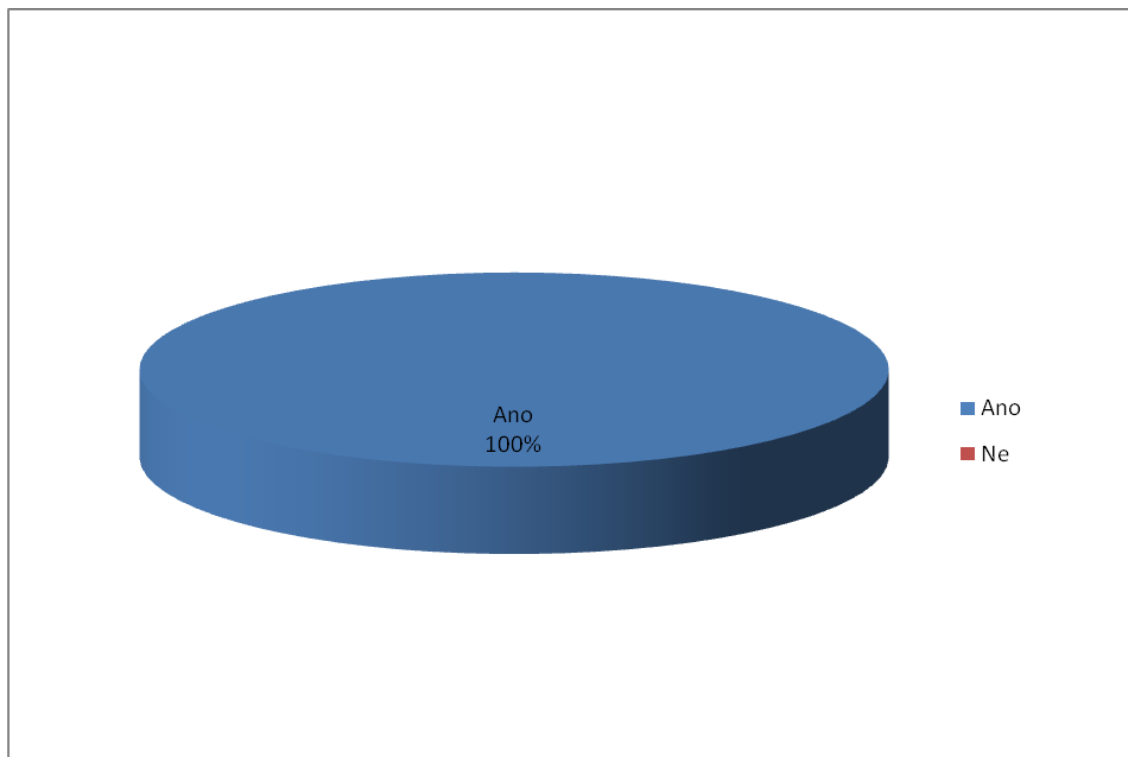
(Graf k otázce č. 36)



Z celkového počtu oslovených respondentů 280 (100 %) uvedlo, že mají ve 222 (79 %) případech pro každý indikátor kvality vytvořený standard, 38 (14 %) oslovených respondentů uvedlo, že mají pro všechny sledované indikátory kvality vytvořený jeden standard, 20 (7 %) oslovených respondentů uvedlo, že ke sledovaným indikátorům kvality nemají vytvořený žádný standard.

### Graf 37 Používání ošetrovatelské dokumentace ve zdravotnickém zařízení

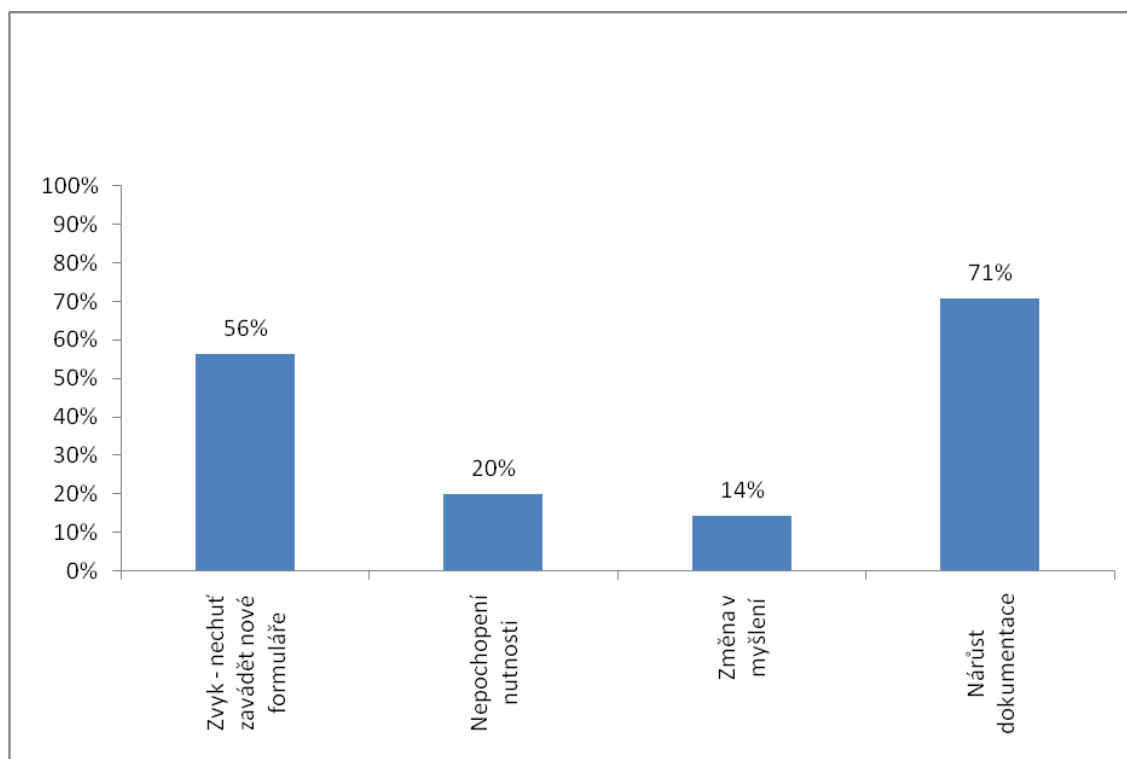
(Graf k otázce č. 37)



Všichni dotazovaní 280(100 %) uvedli, že v jejich zdravotnických zařízeních pracují nelékařští zdravotničtí pracovníci s ošetrovatelskou dokumentací.

### Graf 38 Problémy při zavádění řízené ošetrovatelské dokumentace ve zdravotnickém zařízení

(Graf k otázce č. 38)

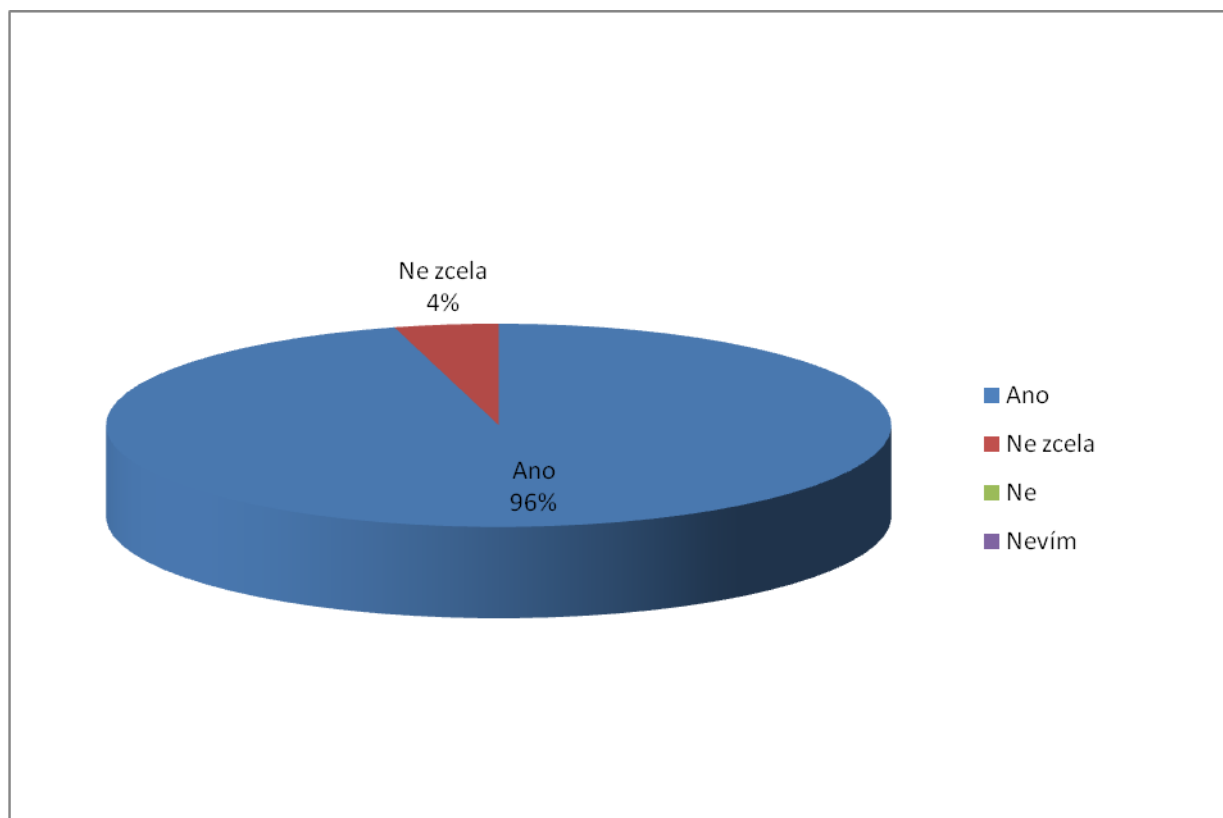


*Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť respondenti měli možnost více variant odpovědí.*

Z celkového počtu 280 (100 %) dotazovaných 198 (71 %) potvrdilo nárůst ošetrovatelské dokumentace, 158 (56 %) uvedlo problémy se zaváděním ošetrovatelské dokumentace jako je zvyk, nechť zavádět nové formuláře, 56 (20 %) respondentů uvádí, že problém byl ze strany ošetrovatelského personálu v nepochopení nutnosti ošetrovatelské dokumentace, 40 (14 %) uvedlo, že je potřeba změny v myšlení ošetrovatelského personálu.

### Graf 39 Zvýšení kvality ošetrovatelské dokumentace v souvislosti s akreditací zdravotnického zařízení

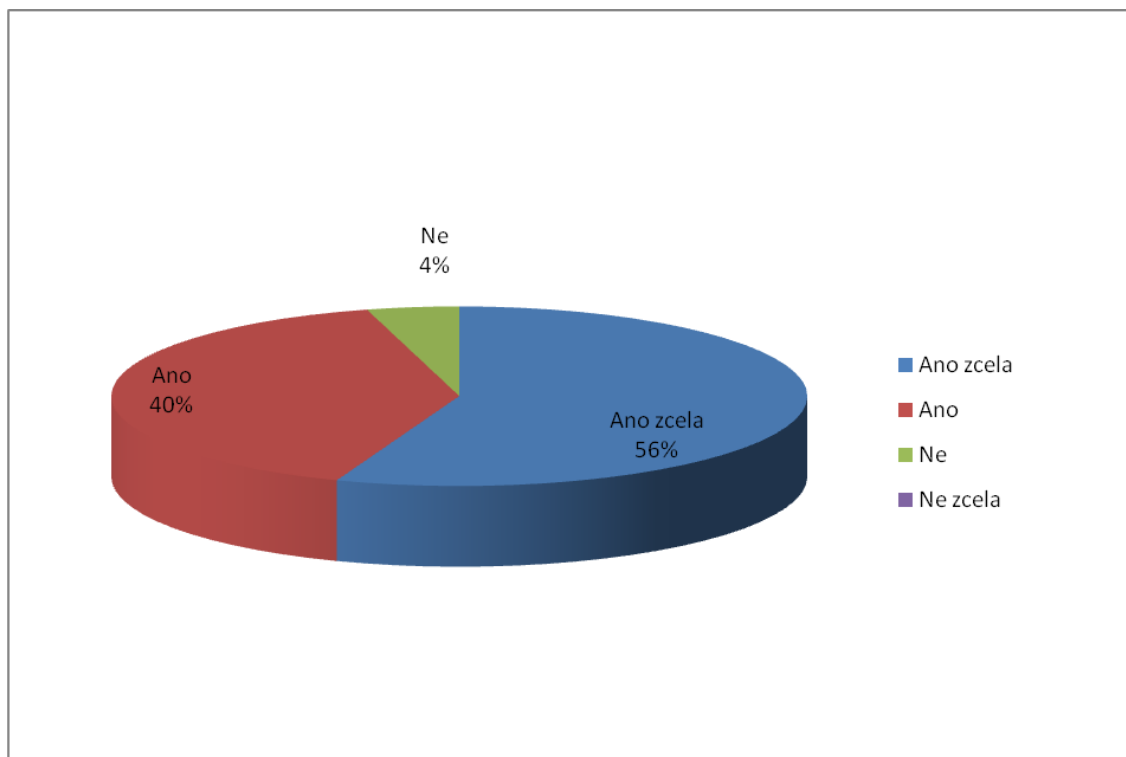
(Graf k otázce č. 39 )



Z celkového počtu 208 (100 %) respondentů 268 (96 %) potvrdilo zkvalitnění ošetrovatelské dokumentace v souvislosti s akreditací zdravotnického zařízení, 12 (4 %) respondentů se domnívá, že akreditace ne zcela přispěla ke zkvalitnění ošetrovatelské dokumentace.

### Graf 40 Ošetrovatelská dokumentace – ochrana zdravotnického personálu a klienta

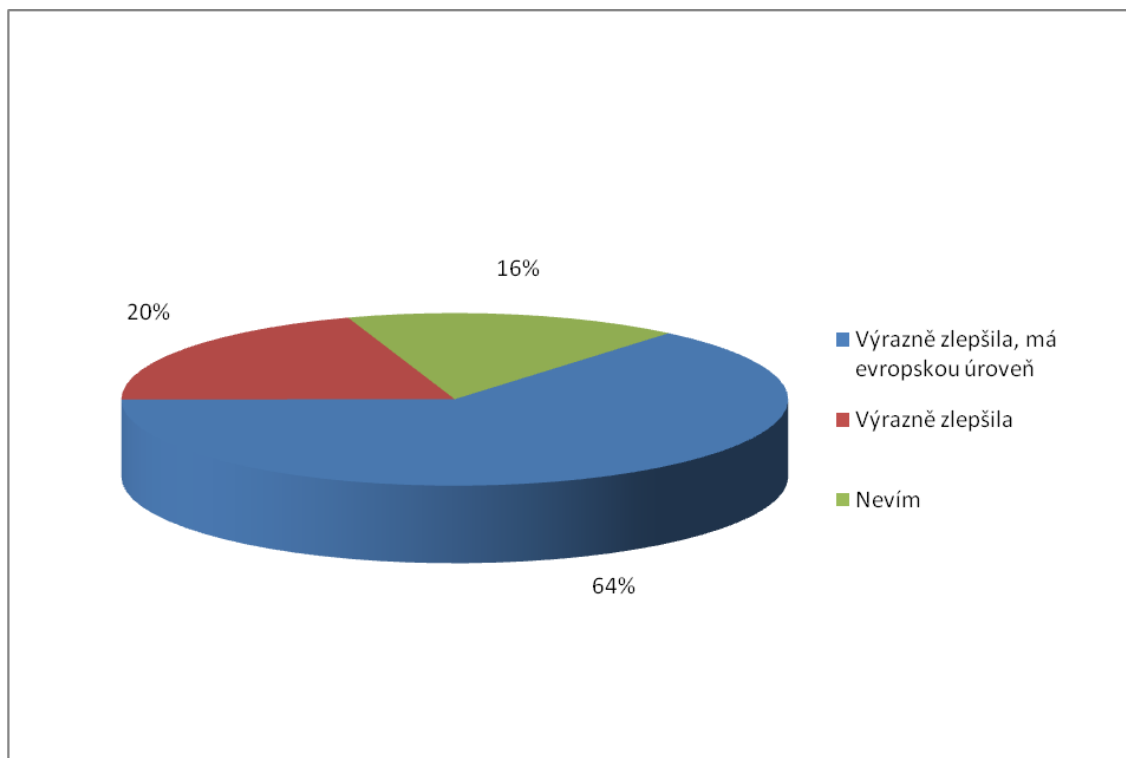
(Graf k otázce č. 40)



Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů 268 (96 %) dotazovaných se domnívá, že ošetrovatelská dokumentace dobře vedená ochrání zdravotnický personál i klienta, 12 (4 %) respondentů se tak domnívá.

### Graf 41 Zlepšení kvality ošetrovatelské péče

(Graf k otázce č. 41)

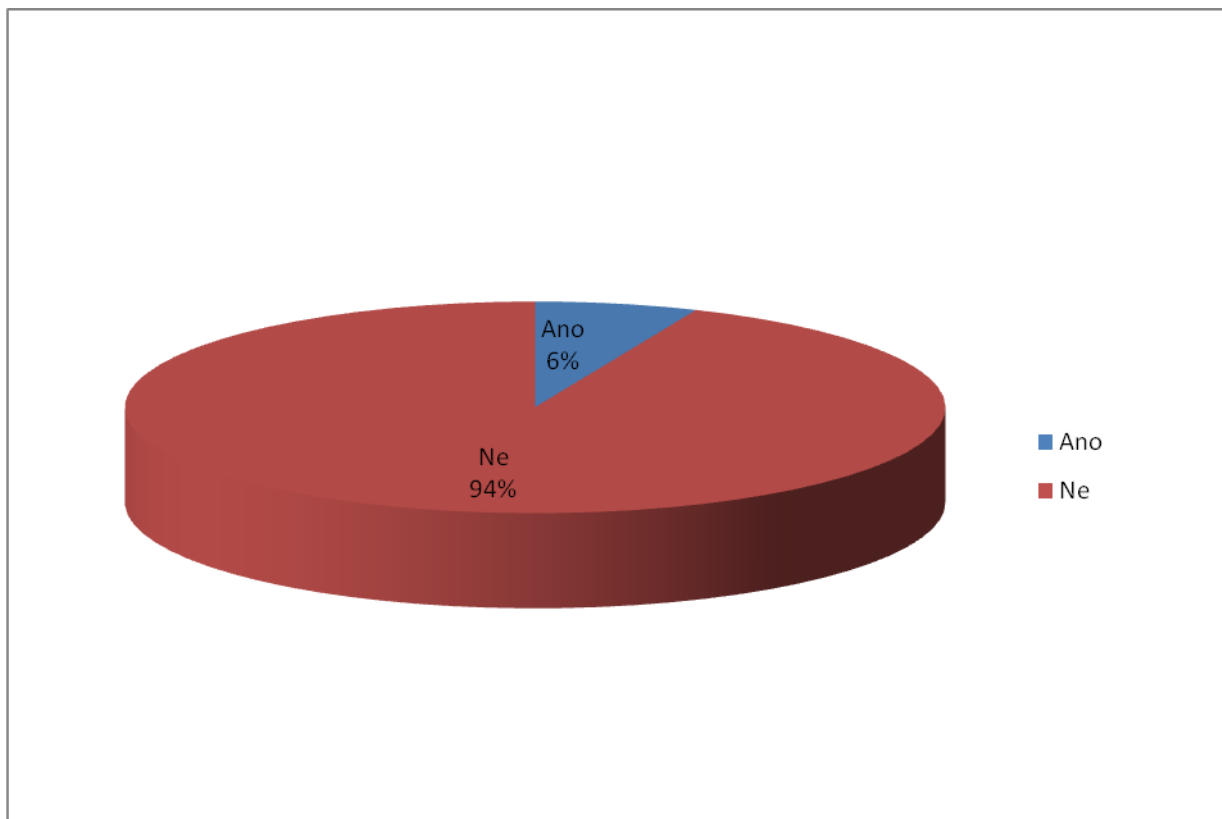


Z celkového počtu respondentů 280 (100 %), 180 (64%) respondentů se domnívá, že se kvalita ošetrovatelské péče výrazně zlepšila a má evropskou úroveň, 55 (20 %) respondentů uvádí, že se ošetrovatelská péče výrazně zlepšila a 45 (16 %) respondentů neví, nedokáže se vyjádřit.



### Graf 42 Navýšení ošetrovatelského personálu během přípravy k akreditaci

(Graf k otázce č. 42)



Z celkového počtu 280 (100 %) respondentů 262 (94 %) respondentů odpovědělo, že během přípravy k akreditaci nedošlo k navýšení ošetrovatelského personálu, 18 (6 %) respondentů uvedlo, že došlo k navýšení ošetrovatelského personálu v souvislosti s akreditací zdravotnického zařízení.

### 43. Názory, připomínky, týkající se vlivu akreditace na kvalitu poskytované péče ve zdravotnickém zařízení.

#### Tabulka 6

K otázce č. 43 :

Můžete uvést další Vaše názory, připomínky týkající se vlivu sledování indikátorů kvality na bezpečnou ošetrovatelskou péči ve Vašem zdravotnickém zařízení?

Tabulka uvádí nejčastější odpovědi oslovených respondentů

|    |   |
|----|---|
| 1. | Respondenti ve svých připomínkách žádali, aby byla dodržena anonymita oslovených zdravotnických zařízení.   |
| 2. | Všichni respondenti se shodli na stejných počátečních potížích při přípravě na akreditaci a to změnit myšlení personálu   |
| 3. | Někteří respondenti uvedli malou podporu TOP managementu zdravotnického zařízení  |
| 4. | 100% respondentů uvedlo nespolupráci lékařů při přípravě na akreditaci zdravotnického zařízení. V některých zdravotnických zařízeních se lékaři zapojili až do přípravy na reakreditaci |
| 5. | Ve 100% se respondenti shodli, že akreditace s její náročnou přípravou je převážně v dikci nelékařů   |
| 6. | Respondenti uvádí, že známá věta MUDr. Davida Marxe PhD. „ Při přípravě na akreditaci se v každém zařízení provede hluboká orba“ je pravdivá  |
| 7. | Důležitý faktor při přípravě zdravotnického zařízení na akreditaci je absolutní podpora TOP managementu   |
| 8. | Akreditace zdravotnického zařízení je velmi ekonomicky náročná, ale má smysl pro bezpečnost poskytované ošetrovatelské i léčebné péče   |
| 9. | Indikátor kvality je smysluplné vodítko pro monitoraci, hodnocení a zlepšení kvality ošetrovatelské a léčebné péče  |
| 10 | Rozhodnout se k akreditaci je správný postoj při zlepšování kvality poskytované péče.   |

## 5. Diskuze

Kvalita ošetrovatelské péče je stále diskutovanější téma ve zdravotnictví a potvrzuje to velký zájem managementu jednotlivých zdravotnických zařízení nechat svá zařízení akreditovat. Získáním akreditace však práce na kvalitě nekončí, spíše začíná nová etapa práce, kde je třeba uplatňovat nejen navyklé metody, ale začít samostatně vyhledávat možnosti zvyšování kvality, inspirovat se, jak ze zdrojů interních (např. interní audity, indikátory kvality - měřitelná kritéria apod.), případně srovnávání s dalšími podobnými organizacemi. Z oslovených 400 respondentů se našla zařízení, která i přes opakované e-maily s prosbou o spolupráci, informace neposkytla. U zařízeních akreditovaných JCI, která jsou v současné době 4, jsme obdrželi odpovědi jen ze dvou nemocnic. Také poznámky v závěru dotazníků, že nemocnice nechtějí být jmenovány, tedy požadovaly dodržet anonymitu, nás nemile překvapily. Lze se domnívat, že šetření přesto přineslo informaci, které poukazují na to, že zkoumaná akreditovaná zdravotnická zařízení mají nastaveno sledování kvality poskytované péče a mají se i čím chlubit.

V době prováděného šetření se připravovala Nemocnici Písek, a.s. ke druhé reakreditaci. Reakreditační šetření je mnohem více zaměřeno na to, jak auditované zařízení v posledních třech letech pracovalo samostatně na vyhledávání příležitostí a rizik ke zlepšování kvality. Jak se naučilo používat indikátory kvality a jak se jim vedou vyhledávat rizika, které ve zdravotnickém zařízení číhají na pacienta, ale i na zaměstnance.

Cílem práce bylo zmapovat vliv sledování indikátorů kvality na bezpečnou ošetrovatelskou péči ve vybraných akreditovaných nemocnicích. Prvním cílem bylo zjistit, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče se v akreditovaných nemocnicích sledují. Druhým cílem bylo zjistit, jestli je nejčastějším sledovaným indikátorem kvality – sledování výskytu dekubitů. Třetím cílem bylo zjistit, zda došlo v akreditovaných nemocnicích ke snížení výskytu nežádoucích událostí – pádů. Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda došlo v akreditovaných nemocnicích ke snížení nozokomiálních nákaz v souvislosti s bariérovým ošetrovatelským režimem. Pátým cílem bylo zjistit, jaké největší problémy vznikly při zavádění auditů „Úplnost a komplexnost vedení

ošetřovatelské dokumentace do praxe“. Šestáým a posledním cílem bylo zjistit, zda došlo během přípravy na akreditaci k navýšení ošetřovatelského personálu.

Výzkumné šetření probíhalo ve vybraných akreditovaných zdravotnických zařízeních, bylo provedeno pomocí kvantitativního šetření anonymním dotazníkem pro náměstky ošetřovatelské péče a to hlavní, vrchní a staniční sestry v akreditovaných zdravotnických zařízeních.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 400 respondentů, 295 dotazníků se vrátilo a z nich bylo 15 vyřazeno pro neúplnost. Do konečného zpracování bylo použito 280 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků činila 74%.

Nejvíce respondentů bylo zastoupeno ve věkové kategorii 41 -50 let, další věková kategorie je zastoupena respondenty nad 51 let. Tyto dvě věkové kategorie jsou nejvíce zastoupeny. Na pozicích středního a vrcholového managementu je nejvíce zastoupena věková kategorie od 41 až 51 a více. (viz graf 1)

Nejvíce odpovídaly na dotazy staniční a vrchní sestry. (viz graf2) Mým záměrem bylo oslovit personál nejvíce u lůžka a to se ve výzkumném šetření podařilo. V odpovědích je také zřejmé, že hlavními aktéry akreditace jsou tyto pozice. „Akreditaci dělají nelékaři“, jak uvádí ve svých prezentacích přední představitelé Spojené akreditační komise MUDr.David Marx,PhD a MUDr.Ivan Staněk (Konference „Kvalita a bezpečí“ 15.11.2010 Praha Hotel Pyramida).

Zajímalo nás také, jaké vzdělání mají manažeři na pozicích hlavní sestra, vrchní a staniční sestra. Dle předpokladu nejvíce respondentů dosáhlo vyššího a vysokoškolského bakalářského a magisterského vzdělání (viz graf 3). V posledních letech začíná stoupat zájem doplnit si vysokoškolské vzdělání, což je jistě přínos pro ošetřovatelství. Sestry jsou schopné pracovat samostatněji, vyhledávat potřeby nemocných a jsou nakloněni k zavádění novinek do praxe, stávají se tím kvalitním partnerem v pracovním týmu.

Chtěli jsme také vědět, jak dlouho jsou respondenti na svých manažerských pozicích. Největší skupinu tvoří manažeři (43 %), kteří jsou na vedoucí pozici 11 a více let a jejich vzdělání je převážně úplné střední odborné a vysokoškolské bakalářské vzdělání. Další skupinu tvoří manažeři (36 %), kteří jsou ve vedoucí pozici 6-10 let a ta je tvořena

manažery se vzděláním úplným středoškolským odborným, vyšším odborným a bakalářským vysokoškolským vzděláním. Poslední skupinu tvoří manažeři (21 %), kteří jsou ve vedoucí funkci 1-5 let se vzděláním vysokoškolským bakalářským a magisterským. Z toho lze usuzovat, že na vedoucí manažerská místa je již požadavek vysokoškolské vzdělání.

Právní formu oslovených akreditovaných zdravotnických zařízení (dále jen ZZ) vidíme na grafu č 5. Z grafu lze usuzovat, že právní formou zdravotnických zařízení není nijak ovlivněna akreditace zdravotnických zařízení. Převahu u oslovených ZZ mají akciové společnosti, což značí, že vlna nevole, která existovala určité období proti akciovým společnostem, byla zbytečná. Domníváme se, že řada akciových společností se naučila dobře hospodařit, nezankla, nebyla prodána a prosperují ve prospěch pacientů.

Zajímavé bylo zjištění, že dotazníkového šetření se nejvíce zúčastnili respondenti ze zdravotnických zařízení II. kategorie. To znamená zdravotnická zařízení s 351-900 lůžky. Do první kategorie jsme přiřadili zdravotnická zařízení do 350 lůžek a třetí kategorii tvořila zdravotnická zařízení nad 900 lůžek (viz graf 6).

Na otázky odpovídali respondenti z akreditovaných ZZ národní akreditací SAK 93 % a mezinárodní akreditací JCI 7 %. V našem šetření byla převaha respondentů z akreditovaných ZZ SAK. Je to tím, že v současné době je akreditováno v systému SAK ČR 51 zdravotnických zařízení a v systému JCI pouze 4 zdravotnická zařízení v České republice. Bohužel ze čtyř oslovených nemocnic akreditovaných JCI odpovědělo na dotazníkové šetření pouze 7 % respondentů ze dvou nemocnic ( viz graf 7).

Základním požadavkem akreditační přípravy je vytýčit si dlouhodobou strategii a určit si cíle zvyšování kvality. Je zde nutná osobní angažovanost a aktivita managementu. V nemocnicích 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 bezpečnosti poskytovaných služeb. Domnívali jsme se, že ve všech akreditovaných ZZ bude zaveden „Program zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb“. Za tento

program je zodpovědný manažer kvality, rada pro kvalitu a osoby vrcholového managementu. Byly tedy zajímavé odpovědi od 15 respondentů, že nevěděli o programu zvyšování kvality v jejich zdravotnickém zařízení. (viz graf 8)

V organizační struktuře akreditovaného zdravotnického zařízení by měl být uveden manažer kvality. Většinou jeho funkce je dohromady i s manažerem rizik, kdy je opět povinností v přípravě na akreditaci stanovit zkušenou sestru nebo lékaře, nebo obsadit tyto pozice oběma. Ze své zkušenosti mohu říci, že je prospěšné mít obě zastoupení. V Nemocnici Písek, a.s. zastávám tuto pozici - jsem manažerem kvality pro nelékaře a lékař manažer kvality je pro lékaře. Tato strategie je smysluplná, protože lékař se spíše zaměřuje na kvalitu ze strany léčebného procesu a já se zaměřuji na kvalitu v ošetrovatelském procesu. I zde na tuto otázku neodpověděli stoprocentně všichni respondenti, 3 % respondentů nevědělo, zda mají ve svém zdravotnickém zařízení manažera kvality. (viz graf 9)

Zda se v akreditovaných zdravotnických zařízeních sleduje kvalita poskytované péče, byla respondenty v 100 % odpovězena kladně. Respondenti v následujících otázkách uváděli, které indikátory kvality měli zavedené před akreditací nemocnic a pak jaké indikátory kvality si stanovovali v průběhu přípravy na akreditaci. Před akreditací zdravotnického zařízení dle respondentů všichni sledovali spokojenost pacientů a zaměstnanců a dalším sledovaným indikátorem kvality byla prevalence dekubitů. To je považováno za velmi důležitý indikátor kvality, který ukazuje, jak kvalitní je ve zdravotnickém zařízení ošetrovatelská péče. Dekubit, který je vytvořen ve zdravotnickém zařízení lze považovat za poškození pacienta a zde se již začínají i v naší republice objevovat stížnosti rodin a blízkých příbuzných. 89 % respondentů uváděli, že dále sledovali vedení zdravotnické dokumentace, a jak uvádí MUDr. Ivan Staněk spolu s MUDr. Davidem Marxem, Ph.D, „že správně dle zákona vedená dokumentace je z velké části ochrana lékařů a nelékařů před stížnostmi a jejich soudním řešením.“ (Konference „Kvalitní řízení z hlediska národních akreditačních standardů“ 16.5. 2011 Praha Hotel Pyramida). 79 % respondentů uvedlo, že se zaměřili před akreditací na sledování četnosti pádů během hospitalizace. 71 % respondentů uvedlo, že před akreditací také sledovali nozokomiální nákazy. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že

každé zařízení sleduje nozokomiální nákazy jiným způsobem, protože hlášení a vyhledávání nozokomiálních nákaz je velmi složitá záležitost a jak se potvrdilo, respondenti nechtěli odpovídat na otázky, které se týkaly nozokomiálních nákaz. Dále před akreditací byly ještě sledovány další indikátory kvality – mimořádné (nežádoucí události), kvalita laboratorních vzorků v preanalytické fázi a počty stížností (viz graf 10,11).

V další otázce jsme se zaměřili na délku sledování indikátorů kvality před akreditací nemocnice. Většinou odpověděli v 93 % respondenti, že zavedli indikátory kvality 2-3 roky před akreditací. 2 % respondentů uvedli, že zavedli indikátory kvality před akreditací 1 rok a 5 % respondentů uvedlo, že zavedli indikátory kvality 3 roky před akreditací (viz graf 12).

V tabulce 1 jsme seřadili přehledně indikátory kvality, které byly zavedené během přípravy na akreditační šetření. Nejčastějšími indikátory kvality, které byly zavedeny, jsou chyby v medikaci, svévolný odchod pacienta, kanylové sepse, poranění kontaminovanou jehlou. Dalšími indikátory kvality byly močové infekty u permanentních katetrů, nežádoucí účinek léčiva, pochybení v souvislosti s podáním transfuze, podání nesprávné diety, popálení na operačním sále, dokonalá sebevražda, fyzické napadení zaměstnance pacientem, verbální napadení zaměstnance pacientem a sledování krádeží ve zdravotnictví. Potvrdilo se, že každé ZZ při přípravě na akreditaci začalo plnit akreditační standardy, které vždy směřují k ochraně bezpečí u pacienta a zdravotnického personálu.

Tabulka 2 uvádí odpovědi respondentů k problematice zavádění indikátorů kvality během přípravy na akreditaci, podle velikosti ZZ. Ze ZZ I. kategorie odpovídalo 40 respondentů, ze ZZ II. kategorie odpovídalo 200 respondentů a ze ZZ III. kategorie odpovídalo 40 respondentů. U respondentů ze ZZ I. kategorie do 350 lůžek je zřejmé, že se zaměřili na sledování chyb v medikaci, lze se domnívat, že si vybrali tento indikátor kvality v souvislosti s vyhledáváním rizik. To samé se objevuje u indikátoru kvality - kanylové sepse. Další vybrané indikátory kvality nesledují. Respondenti z těchto ZZ odpověděli, že před akreditací sledovali indikátory kvality - dekubity, spokojenost pacientů a zaměstnanců (základní indikátory kvality). Odpovědi respondentů ze II.

kategorie ZZ ukazují, že větší nemocnice do 900 lůžek sledovaly více indikátorů kvality a je zřejmé, že management rizik v těchto nemocnicích pracuje a vyhledává rizika. Indikátor kvality poranění kontaminovanou jehlou je důležitý indikátor kvality pro zdravotnické pracovníky. III. kategorii ZZ zastupovalo 40 respondentů a je zřejmé, že ve velkých nemocnicích nad 900 lůžek je rovnoměrně rozložené sledování indikátorů kvality, taktéž i zde pracuje management rizik.

Ve světě je sledování ukazatelů kvality ošetrovatelské péče zcela běžné, v České republice se tento proces teprve rozvíjí. Například sledování výskytu dekubitů probíhá ve zdravotnických zařízeních v závislosti na individuálním uvážení ošetrovatelského managementu nebo procesu akreditace a obvykle není založené na jednotné metodice. V roce 2009 Ministerstvo zdravotnictví převzalo projekt „Sledování dekubitů“ jako indikátor kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni. Bylo pověřeno Národní referenční centrum (NRC) jako funkční, otevřená, nezávislá a transparentní organizace, která spravuje datovou základnu pro tvorbu a vyhodnocování parametrů kvality a efektivity poskytovaných zdravotnických služeb, jak je uvedeno v článku časopisu *Florenc* 3/2011. Ředitelem NRC je Ing.Pavel Kožený,Ph.D. Mezi další celorepublikově sledované indikátory kvality patří například pády a nozokomiální nákazy. Informovanost respondentů o těchto indikátorech byla vcelku vysoká, 93 % respondentů vědělo, že celorepublikové sledování se týká spokojenosti pacientů a zaměstnanců. Jedná se o celostátní soutěž, a v letošním roce již byl vyhlášen 4. ročník „Bezpečná nemocnice“. Prioritou této soutěže je bezpečné prostředí pro pacienty a personál zdravotnických zařízení.

71 % respondentů bylo informováno, že ve spolupráci s ČAS některé nemocnice sledují výskyt pádů a zranění pacientů při hospitalizaci. Do tohoto sledování je nyní přihlášeno 25 zdravotnických zařízení. V 80. letech 20. století podle statistik umíralo na následky zlomenin krčku stehenní kosti kolem 40 % seniorů, jejich současná mortalita se pohybuje mezi 3-5 %. Při tehdejší léčebné metodě bez akutního operačního zásahu, při dlouhodobém klidu na lůžku, docházelo k rozvoji proleženin, močové a plicní infekci nebo k tromboembolické nemoci. 64 % respondentů mělo povědomí o celorepublikovém sledování dekubitů, 23 % respondentů vědělo o sledování



nozokomiálních nákaz a 20 % respondentů vědělo o sledování nežádoucích událostí. Jde o projekt financovaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky a zapojená zdravotnická zařízení nemusí 3.LF UK za statisticky vyhodnocené výsledky nežádoucích událostí nic platit. (viz graf14)

Pohled vrcholných představitelů ošetrovatelského managementu na příčiny rizik považujeme za velice důležitý, protože předpokládáme, že může ovlivnit vyhledávání rizik a stanovení dalších indikátorů kvality. Jako nejdůležitější indikátor kvality stanovili respondenti dekubity, druhý v pořadí byly pády pacientů, třetí indikátor důležitosti stanovili respondenti medikační pochybení. Překvapila nás skutečnost, že medikační pochybení stanovili respondenti až na 3. místě. Předpokládali jsme, že spíše bude snaha vedoucích pracovníků vyhybat se tématu pochybení. Na dalších místech se umístily indikátory kvality - spokojenost personálu, nozokomiální nákazy, spokojenost pacientů, poranění kontaminovanou jehlou a jako poslední mimořádné (nežádoucí události). (viz graf 15)

V akreditovaném zdravotnickém zařízení probíhá sledování nežádoucí událost.(dále jen NU). Povinností všech pracovníků je hlásit tuto událost. Ve zdravotnických zařízeních se většinou hlásí manažeru kvality a hlavní sestře (náměstkyni pro ošetrovatelskou péči), dále pak se hlásí dalším členům managementu a to právníkovi a řediteli zdravotnického zařízení. Nemocnice mají většinou vytvořený postup pro případ vzniku NU. Standard hlášení NU dle akreditačního standardu je, že hlášení je vázáno na čas nejčastěji do 24 hodin po vzniku nežádoucí události. Personál je pravidelně proškolen v hlášení nežádoucích událostí. ( viz graf 16)

Dále nás zajímala forma hlášení NU. Respondenti (viz grafu 17) uvedli, že hlásí v 88 % NU písemně vyplněním formuláře. Jsou povinni provést analýzu a navrhnout preventivní opatření. V 7 % respondenti uvedli, že hlásí NU telefonicky a v 5 % uvádí vyplnění formuláře v elektronické podobě do vnitřního systému. Co je důležité a považujeme za úspěch, že se NU hlásí, analyzují a provádí se preventivní opatření. Díky hlášení, dokumentu o vzniku nežádoucí události a jeho přesném popisu, je zdravotnický pracovník chráněn při stížnosti pacienta nebo jeho rodiny. Takové situace popisuje

například Vondráček (49,50) a význam přesného popisu nežádoucí události, uvádí Škrla (40).

Časové intervaly, ve kterých zdravotnická zařízení vyhodnocují indikátory kvality jsou zpracované v grafu 18. 94 % respondentů se shodlo, že výsledky indikátorů kvality zpracovávají vždy za půl roku, pro zdravotnické zařízení je to nejreálnější.

V akreditovaných nemocnicích, (graf 19) v 92 % existuje tým pro řešení nežádoucích událostí. Většinou v tomto týmu jsou manažeři - hlavní sestry a náměstkové léčebné či ošetrovatelské péče. Zájem být součástí tohoto týmu, z mého pohledu a zkušeností, není velký, část se spojuje i s manažerem rizik. Vše se zatím řeší na úrovni vlastních aktivit každého konkrétního zdravotnického zařízení. Dalším důležitým faktorem je stránka ekonomická při zavádění nových funkcí. (viz graf 19)

Tabulka č.3 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku: O kolik nežádoucích událostí se snížil jejich výskyt při přípravě na akreditační šetření. Z tabulky vidíme, že ke snížení o 32 nežádoucích událostí došlo u ZZ I. kategorie do 350 lůžek, u kategorie II. došlo ke snížení NU o 64 a u III. kategorie ZZ došlo ke snížení o 80 případů NU.

Zajímalo nás, zda jsou nemocnice zapojené do celostátního projektu ve sledování pádů. To nám ukazuje graf 21, kde respondenti na tuto otázku odpovídali kladně pouze v 32 %, záporně 68 %.

Pády znamenají pro pacienta vždy nějakou hrozbu poškození. Sestry většinou při odebírání anamnézy u pacienta pátrají po rizicích, které mohou způsobit pád. Statistika, kterou sledují v naší nemocnici mi ukazuje, že ženy bývají postiženy pádem častěji než muži a výskyt komplikací je u nich až dvojnásobně vyšší. Analýza u vážného poškození pacienta při pádu se dle respondentů provádí v 63 %, neprovádí se, jak uvedli respondenti ve 22 % a v 15 % se provádí občas. Tedy 37 % respondentů nepovažuje za nutné u vážného poškození pacienta provést analýzu případů a vyvodit z toho preventivní opatření. V nemocnici Písek máme ve směrnici ředitele popsany postup, jak se zachovat, při poškození pacienta, které vzniklo v souvislosti s hospitalizací. Co lze všem doporučit, je komunikace s rodinou nejen až po vzniku nežádoucí události, ale i preventivně dopředu. Pokud je pacient po zhodnocení sestrou označen jako rizikový, je důležitá komunikace na toto téma s rodinou. Jak uvádějí právníci každé druhé trestní

stíhání lze zachránit komunikací s pacientem a rodinou. (Právní minimum zdravotnického pracovníka CMC Graduate School of Business, Čelákovice 6.4-7.4.2011 JUDr. MUDr. Roman Žďárek, PhD).

Jaká tedy preventivní opatření provádí v nemocnicích, kde je analýza samotných pádů, to ukazuje graf 23. Největší význam je přikládán tomu, aby měl pacient při ruce signalizaci a mohl se domluvit včas se sestrou. Dále je to edukace pacientů o rizicích možného pádu hned při příjmu a vhodná protiskluzová obuv. Další prevenci pak uvádějí identifikace a zhodnocení rizikového pacienta, odstranění překážek kolem postele pacienta, noční osvětlení na pokojích a protiskluzové podlahy.

Identifikační náramky se dnes již používají i v neakreditovaných zdravotnických zařízeních. Nemocnice využívají i barevná odlišení třeba pro pacienty po operaci nebo u rizikových pacientů. (viz graf 24)

Graf 25 zobrazuje odpovědi respondentů k otázce, zda došlo ke snížení pádů po akreditaci. 67 % respondentů uvádí, že došlo ke snížení pádů během hospitalizace u pacientů. 29 % respondentů hodnotí tento indikátor kvality záporně, nedošlo ke snížení pádů. 4 % respondentů neví, zřejmě tento indikátor kvality není validně sledován v jejich zdravotnickém zařízení.

Graf 26 ukazuje vyčíslení odpovědí, které se vztahují ke snížení pádů, otázka byla o kolik % došlo ke snížení pádů po akreditaci. 91 % respondentů odpovědělo, že v jejich zdravotnickém zařízení došlo ke snížení výskytu pádu o 10 %, 2 % respondentů zhodnotila snížení pádů o 20 % a 7 % respondentů zhodnotilo snížení pádů až o 30 % výskytu.

Tabulka 4 uvádí odpovědi respondentů, o kolik počtu pádů došlo po akreditaci ZZ. U ZZ I. kategorie respondenti uvádí snížení o 16 pádů za rok. Respondenti ze ZZ II. kategorie uvádí snížení za rok o 50 pádů. Respondenti ze ZZ III. kategorie uvádějí snížení pádů za rok o 70 případů.

Nemocniční (nozokomiální) nákazy mají kromě zdravotních i rozsáhlé ekonomické dopady. Představují závažný problém, způsobující komplikace ve zdravotním stavu pacienta, který má již oslabený organizmus primárním onemocněním. Rovněž jsou i závažným etickým problémem. Ekonomické ztráty v důsledku vzniku nozokomiálních

náraz lze pojmout jako finanční ztráty ve zdravotnictví. Proto součástí akreditačních standardů je doporučeno vytvořit a nastavit program, v přípravě na akreditační šetření sledování nozokomiálních náraz.

V akreditovaných zařízeních, v rámci přípravy, si nastavují pracovní tým pro prevenci nozokomiálních náraz. Tento tým nejen že vyhledává rizika, rizikové situace, výkony a nastavuje bariérová a preventivní opatření, ale i dostává hlášení výskytu nozokomiálních náraz ve zdravotnickém zařízení, které má v kompetenci zpracovat a podávat hlášení vrcholovému managementu. Ve sledovaných zdravotnických zařízeních 92 % respondentů odpovědělo, že mají tým pro prevenci nozokomiálních náraz, 7 % respondentů odpovědělo, že neví a 2 respondenti uvedli, že nemají. (viz graf 28)

Zajímalo nás, kdo tvoří tým pro prevenci nozokomiálních náraz. (viz graf 29) Nejčastěji respondenti uvádějí nemocničního epidemiologa v 89 %, další člen týmu je uvedena epidemiologická sestra, 10 % respondentů uvádí, že je členem týmu hlavní sestra. Další uvedení členové jsou zástupci oddělení – lékař tuto osobu uvádí 9 % respondentů a jako poslední jsou uvedeni náměstek pro kvalitu a zástupce z oddělení – sestra.

Také hlášení výskytu nozokomiálních náraz je ve zdravotnických zařízeních rozličně nastaveno, 93 % respondentů odpovědělo, že nozokomiální náraz jsou hlášena lékařem epidemiologovi. 71 % respondentů odpovědělo, že nozokomiální náraz se hlásí epidemiologické sestře, 57 % respondentů uvedlo, že je výskyt nozokomiálních náraz hlášen mikrobiologem epidemiologovi, 43 % respondentů uvádí hlášení nozokomiálních náraz vrchní sestrou hygienikovi nemocnice a poslední způsob hlášení je, že hlášení má v kompetenci vrchní sestra a hlásí výskyt nozokomiálních náraz epidemiologické sestře, tento způsob uvedlo 21 % respondentů. Je tedy několik způsobů hlášení, jak si ZZ zorganizuje sledování a hlášení nozokomiálních náraz, ale ze všeho nejdůležitější je to, že existuje a nějak funguje. Je to první velký krok pro bezpečí pacientů v akreditovaných nemocnicích a samozřejmě snížení nákladů na lůžko a den hospitalizace. (viz graf 30)

Ke snížení výskytu nozokomiálních náraz určitě nejvíce napomáhá dodržování bariérového ošetřovatelského režimu. Rozumíme tím zavedení takových režimových

opatření a používání takových postupů, kterými bráníme přenosu patogenních mikroorganismů, respektive polyrezistentních kmenů mezi pacienty nebo na personál. Studie naznačují, že k nozokomiální nákaze dojde u 7-10 % všech hospitalizovaných pacientů (Vědecko-odborný časopis „Nozokomiální nákazy“ Vydavatel: MediConsulting plus s.r.o. ročník 10 č. 1/ 2011 ISSN 1336-3859). Velmi zajímavý je článek ve vědecko odborném časopise, kde je uveden pohled revizního lékaře MUDr. Dolanského, PhD na výskyt nozokomiálních nákaz ve zdravotnických zařízeních. Úloha revizního lékaře spočívá v posuzování a sledování účelně a kvalitně poskytované zdravotní péče pojištěncům. Míra důsledků podceňování problematiky nozokomiálních nákaz je přitom v přímé závislosti na ekonomickém dopadu, spojené s nárůstem výdajů na financování zdravotní péče. Pro zdravotnická zařízení by se vznik a výskyt nozokomiálních nákaz měl stát především alarmujícím signálem o úrovni vedené prevence a kvalitě péče a především pak signálem o neekonomickém hospodaření zdravotnického zařízení (Vědecko-odborný časopis „Nozokomiální nákazy“ ročník 8 číslo 3/2009 Vydavatel: MediConsulting plus s.r.o. ISSN 1336-3859). Graf 31 informuje, jakým způsobem ve zdravotnických zařízeních funguje tento bariérový režim. 89 % respondentů odpovědělo, že provádí bariérový režim na oddělení tak, jak je uvedený a doporučený ve standardu zdravotnického zařízení, dle Vyhlášky 195/2005 Sb. 7 % respondentů uvedlo, že mají možnost přeložit pacienta na infekční oddělení a 4 % respondentů uvedlo, že pokud to pacientovo primární onemocnění dovolí, je propuštěn do domácí péče.

Pokud je na oddělení nastaven bariérový režim, je také důležité kontrolovat, jak je dodržován lékaři, sestrami, pomocným personálem, rodinou, ale i úklidovou firmou. V grafu 32 uvádí 66 % respondentů, že kontrolu bariérového režimu provádí staniční sestry z oddělení, 24 % respondentů uvádí, že kontrolu bariérového režimu provádí vrchní sestra a 10 % respondentů uvedlo, že kontrolu bariérového režimu provádí epidemiologická sestra. Dle mé dlouholeté zkušenosti je nejlépe, když ohlídá bariérový režim staniční sestra, která oddělení velmi dobře zná a ví o různých nešvarech svého pracovního týmu. Není od věci provést supervizi epidemiologickou sestrou nebo nemocničním hygienikem.

Pro správně fungující bariérový režim je důležité povinné školení zaměstnanců v prevenci nozokomiálních nákaz. Je to také jedna z doporučených povinností daných v akreditačních standardech. Z mého pohledu je velmi užitečné 1x ročně i praktické procvičení personálu (i lékařů) v opatřeních snižující přenos infekcí – dezinfekci rukou. Mechanická očista a dezinfekce rukou patří mezi nejdůležitější způsoby prevence nozokomiálních nákaz u zdravotnických pracovníků. Nozokomiální nákazy jsou ve velkém měřítku přenášeny právě rukama zdravotníků. Odpovědi respondentů jsou uvedeny v grafu 33, kde 93 % respondentů odpovídá, že pracovníci zdravotnického zařízení 1x ročně jsou školeni v prevenci nozokomiálních nákaz, 7 % respondentů uvádí, že školení neprovádí.

Sledováním výskytu rizikových pacientů při příjmu do zdravotnického zařízení a používáním bariérového režimu dochází k určitému snížení nozokomiálních nákaz.

Po akreditaci zdravotnického zařízení uvedlo 93 % respondentů, že došlo ke snížení výskytu nozokomiálních nákaz, 7 % respondentů nedokázalo posoudit, zda došlo po akreditaci zdravotnického zařízení ke snížení jejich výskytu. V České republice neznáme přesný počet nozokomiálních nákaz, nefunguje hlášení jejich počtu. Vyslovení pojmu nozokomiální nákaza vyvolává u velké části zdravotníků pocit ohrožení a sankcí vůči nim. Základem snížení počtu nozokomiálních nákaz je vybudování účinného monitorovacího systému do něhož budou zapojeny všechna zdravotnická zařízení. Pokud neznáme přesná čísla, původce a typy nozokomiálních nákaz, nelze proti nim účinně bojovat.

Tabulka 5 dává k dispozici počty snížení nozokomiálních nákaz pouze v Nemocnici Písek, a.s.. A to z toho důvodu, že ZZ sledují nozokomiální nákazy každé jiným způsobem a ještě ne všechna ZZ mi poskytla informaci o výskytu nozokomiálních nákaz. Naše nemocnice velice pečlivě sleduje nozokomiální nákazy a víme, že došlo ke snížení jejich výskytu. Po odsouhlasení managementem nemocnice poskytují do své diplomové práce výsledky sledování výskytu nozokomiálních nákaz.

V akreditovaných ZZ by měli mít organizace vytvořené standardy, metodické postupy pro indikátory kvality jako měřitelné kritérium, které sleduje určité události nebo jevy na oddělení. Chtěli jsme vědět, zda pro všechny sledované indikátory kvality mají jeden

standardní postup nebo pro každý indikátor jeden standardní postup, což je správné a nebo nemají žádné standardy. 79 % respondentů odpovědělo, že mají pro každý indikátor kvality standardní postup. 14 % respondentů mají pro všechny sledované indikátory kvality jeden standard. 7 % respondentů odpovědělo, že nemají žádný standard. Domníváme se, že je důležité, aby sestry měly k dispozici na každý indikátor kvality také standardní postup, kde dohledají jasně nastavená pravidla sledování – co se sleduje, proč se sleduje, jak se to sleduje, jaký je očekávaný výstup, jak se dozví sestry výsledky monitoringu a jak se dozví zpětnou vazbu od vedení nemocnice o výsledcích indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Sestry nemohou ovlivnit například svůj výkon, když neznají výsledky.

Škrla uvádí ve své publikaci „Především neublížit“ (40), že pokud není ošetrovatelská dokumentace vedena efektivně, odvádí sestru od důležitých úkolů a zvyšuje tak pravděpodobnost pochybení. Také výrok. Marxe, „Co není napsáno, jako by nebylo uděláno“, je pravdivý. (Konference Kvalita a bezpečí 15.11.2010 v Praze Hotel Pyramida)

Ošetrovatelská dokumentace může být také označena jako podsystém zdravotnické dokumentace. Má v ní ale specifické postavení. Slouží jako zdroj informací o potřebách jedince, cílech ošetrovatelské péče, o péči samotné a jejich výsledcích. Je to zdroj informací o pacientovi, který je možné předávat mezi sestrami. Můžeme také říci, že je to nástroj pro hodnocení účinnosti či neúčinnosti různých ošetrovatelských zákroků. Ošetrovatelská dokumentace se stala samozřejmou a neoddělitelnou součástí zdravotnické dokumentace. Zajímalo nás, jestli ve všech akreditovaných ZZ je vedena ošetrovatelská dokumentace. (viz graf 37)

Tvorba ošetrovatelské dokumentace a souvisejících formulářů ošetrovatelské péče a její zavedení do praxe musí vycházet z potřeb současného poskytování zdravotní péče při respektování historického vývoje českého zdravotnictví, tradic i zvyklostí to říká Vondráček a kolektiv ve své publikaci „Ošetrovatelská dokumentace v praxi.“ (50) Každé ZZ si prošlo nelehkým obdobím přesvědčovacím a dokazovacím o významu ošetrovatelské dokumentace. V grafu 38 vidíme jaké problémy měla ZZ při zavádění ošetrovatelské dokumentace. 71 % respondentů uvádí, že největší problém byl a je

nárůst dokumentace. 56 % respondentů poukazuje na problém jako je - zvyk, nechuť zavádět nové formuláře. 20 % respondentů vidí problém u ošetrovatelského personálu v nepochopení důležitosti ošetrovatelské dokumentace a 14 % respondentů uvedlo problém v potřebě změny v myšlení ošetrovatelského personálu.

Kvalita vedení ošetrovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe. Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka. To také dokládá graf 39, který ukazuje, že v souvislosti s akreditací došlo ke zkvalitnění ošetrovatelské dokumentace, to potvrdilo 96 % respondentů.

Ošetrovatelská dokumentace je někdy vyžadována jako důkaz u soudního líčení a nebo za účelem vyšetření stížnosti na místní úrovni. Jako důkaz mohou být požadovány všechny složky ošetrovatelské dokumentace, proto nás zajímal názor akreditovaných ZZ, jestli považují ošetrovatelskou dokumentaci jako ochranu zdravotnického personálu a pacienta. V grafu 40 potvrdilo 96 % respondentů, že považují ošetrovatelskou dokumentaci za ochranu personálu.

Na otázku, zda se kvalita ošetrovatelské péče zlepšila v souvislosti s akreditací odpovědělo 64 % respondentů, že výrazně na evropskou úroveň. 20 % respondentů uvedlo výrazné zlepšení ošetrovatelské péče. Pouze 16 % respondentů nedovede zhodnotit zlepšení kvality ošetrovatelské péče. (viz graf 41)

Hypotéza č.5 nebyla potvrzena v grafu č. 42 uvádíme odpovědi respondentů na otázku navýšení personálu v souvislosti s akreditací ZZ. 94 % respondentů uvedlo nenavýšení ošetrovatelského personálu během přípravy k akreditaci.

Tabulka č.6 uvádí odpovědi na otevřenou otázku, kde respondenti měli uvést názory, připomínky, týkající se vlivu sledování indikátorů kvality na bezpečnou ošetrovatelskou péči. Jak bylo uvedeno výše, respondenti z několika ZZ žádali anonymitu, proto jsem anonymitu dodržela u všech oslovených zdravotnických zařízení. Pouze Nemocnice Písek poskytla údaje o nozokomiálních nálezích.



## 6. Závěr

Kvalita ošetrovatelské péče se stává stále významnějším pojmem v ošetrovatelství. Dnes sestry nejsou již pouze ošetrovatelky, nepomáhají bližnímu svému jen v utrpení, nejsou pouze pomocnice lékařů – od sester je nyní vyžadováno vzdělání v medicíně, psychologii, sociologii, právu, ekonomice a dalších oborech. Ošetrovatelství se profesionalizuje, jak uvádí Bártlová (2), je snaha zvyšovat kompetence sester, ale i jejich odpovědnost. Roste i informovanost pacientů, kteří vyžadují profesionálnější a bezpečnější péči ve zdravotnických zařízeních. V současné době je nejúčinnějším prostředkem k dosahování kvalitní ošetrovatelské péče akreditace zdravotnického zařízení.

V USA je akreditace podmínkou smlouvy s pojišťovnou, v České republice tomu tak zatím není. V současnosti zdravotní pojišťovny ve smluvních vztazích ani platbách nezohledňují to, zda dosáhlo dané zdravotnické zařízení nějaké akreditace, ať už domácí nebo mezinárodní. Je to škoda, ale i tak se uplatňování principů akreditace v praxi zdravotnickému zařízení výrazně vyplácí.

Cílem této práce bylo přiblížit problematiku akreditací, indikátorů kvality a bezpečí pacientů z pohledu manažerů zdravotnických zařízení. První akreditace nemocnice byla v České republice v roce 2002. Od té doby se již akreditaci podrobilo 51 zdravotnických zařízení. Je to namáhavá cesta a musí mít k tomu několik podmínek – finance na dovybavení nemocnice, od držáků dezinfekce až po resuscitační lůžka, naprostou podporu vrcholového managementu, podporu vrchních a staničních sester a několik zapálených lidiček, kteří začnou pomalu strhávat na svoji stranu další schopné pracovníky, kteří se rozdělí do týmů a začnou pracovat, přemlouvav, přesvědčovat a dle akreditačních standardů překopávat, uklízet, reorganizovat, tvořit. Zkrátka udělají „hlubokou orbu“ ve svém zařízení, jak říká D. Marx. Tento lékař byl na samém začátku prvních akreditací, během let vyškolil své spolupracovníky a nyní je uznávanou osobností České republiky, která vede společnost, nastavující laťku kvality a bezpečí

pro pacienty, ale i personál. Domnívám se, že je potřeba všem zdravotnickým zařízením, které jsou akreditované, poděkovat za tuto profesionalitu a vážít si jejich odvahy projít akreditačním šetřením. Ti, co akreditací prošli, mi rozumí.

### **Na závěr několik informací:**

Odhaduje se, že 1,4 milionů lidí na světě získá infekci ve zdravotnickém zařízení. V EU se odhaduje, že ročně zemře na infekci získanou ve zdravotnickém zařízení 50 000 pacientů. Jsou to alarmující čísla poškození pacientů. Proto se Světová aliance pro bezpečí, která byla ustanovena v roce 2004 začala zaměřovat na šest základních oblastí:

1. Globální výzva bezpečí pacienta – zaměření na nozokomiální nákazy
2. Pacienti pro bezpečí pacientů – zapojit pacienty a jejich organizace do programu Světové aliance pro bezpečí pacientů
3. Taxonomie pro bezpečí pacientů – vytvoření mezinárodně uznávaných standardů pro sběr, evidenci a klasifikaci poškozujících nežádoucích událostí
4. Výzkum pro bezpečí pacientů – zlepšení metodologie a nástrojů pro hodnocení původu a rozsahu pochybení ve zdravotnické péči
5. Řešení pro bezpečí pacientů – vytváření rozhodnutí vedoucí ke snížení rizik ve zdravotnické péči ve spolupráci s centry pro bezpečí pacientů JCAHO a JCA
6. Hlásicí systém (Reporting and Learning) – vytvoření nástrojů a doporučených postupů pro systém zaznamenávající nežádoucí událost a pochybení, hlavním cílem systému je poučení ze zkušeností

Šetření, které jsme provedli v rámci diplomové práce potvrdilo, že kvalitní ošetrovatelskou péči a bezpečí pacienta nám garantuje akreditace nemocnic a s tím související přísně dodržované akreditační standardy, jejichž součástí jsou indikátory kvality.

**Hypotéza 1** Akreditovaná zařízení sledují kvalitu poskytované péče minimálně pomocí 10 indikátorů kvality - **byla potvrzena.**

**Hypotéza 2** Nejčastějším sledovaným indikátorem kvality ošetrovatelské péče je prevalence dekubitů - **byla potvrzena.**

**Hypotéza 3** Získáním akreditace došlo ke snížení nežádoucích událostí pádů - **byla potvrzena.**

**Hypotéza 4** Získáním akreditace došlo ke snížení výskytu nozokomiálních nákaz - **byla potvrzena.**

**Hypotéza 5** Největším problémem, při zavádění „Komplexnost a úplnost vedení ošetrovatelské dokumentace do praxe“, bylo navýšení administrativy - **byla potvrzena.**

**Hypotéza 6** Během přípravy na akreditaci nedošlo k navýšení ošetrovatelského personálu- **nebyla potvrzena.**

## Výsledky šetření

1. Výsledky šetření této diplomové práce mohou přispět k větší informovanosti zdravotnických zařízení, která se připravují na akreditaci.
2. Výsledky šetření bych ráda prezentovala na konferenci Jihočeské ošetrovatelské dny
3. Byly vytvořeny „**Standardy ošetrovatelské péče**,,:  
*Protiepidemická opatření při výskytu NN a MRSA*  
*Informace pro pacienta s NN a MRSA*  
*Bariérové opatření pro ARO, JIP, DIOP a COS*  
*Hlášení nežádoucí události*  
*Formulář hlášení nežádoucí události*  
*Řízená zdravotnická dokumentace.*

4. Výsledky diplomové práce budou poskytnuty akreditovaným nemocnicím, které spolupracovaly při výzkumném šetření
5. Výsledky diplomové práce budou nabídnuty jako prezentace na konferenci pořádanou SAK ČR na jaře 2012 v Praze

### ***Použitá literatura:***

1. Aitken, L., Patrician, P. Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 2000; 49(3), 146-153.
2. Bártlová, S. Význam pozitivního pracovního prostředí v práci sester. Předneseno na VI. Jihočeských ošetrovatelských dnech s mezinárodní účastí. České Budějovice 20.-21.9. 2007. Sborník Nové trendy v ošetrovatelství VI. České Budějovice: ZSF JU 2007, 26-32 s. ISBN 978-80-7040-992-3
3. Bártlová,S., Hnilicová,H. vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů. 1. Vydání Brno: IDV PZ 2000 118s. ISBN 80-7013-311-2
4. Brabcová,I. et al. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu. *Kontakt České Budějovice* : 2006, ročník 8. č.2. 240-248 s. ISSN 1212-4117
5. Brabcová,I. Management zdravotnických a ošetrovatelských služeb. Distanční text pro magisterskou formu studia. Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, 2006 s. 106-107
6. Bednář,M.,Souček,A.,Vávra,J., Lékařská speciální mikrobiologie a parazitologie 1. Vydání Nakladatelství: Triton, 1994 Praha 226 s.ISBN 80-90-1521-4-7
7. Buda,O. Příprava a zavádění systému řízení kvality na oddělení Urgentní příjem dospělých. Studijní závěrečná práce odborného semináře.
8. Čápková,H., Marx,D. Nemocnice je nebezpečnější než bunde dumping, *Respekt* 27/04 (online) (18.3. 2008)
9. České ošetrovatelství 2: Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. 1. Vydání Brno: NCO NZO, 2004 s. 47 ISBN 80-7013-270-1
10. Farkašová, D. et al. Ošetrovatelství- teorie. 1. Vydání Martin: Osveta, 2006. s. 211 ISBN 80-8063-227-8
11. Gladkij, I. et al. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování 1. Vydání Brno: IDV PZ, 1999 183s. ISBN 80-7013-272-8
12. Gladkij, I. et al. Management ve zdravotnictví1. Vydání Brno: Computer Press, a.s. 2003 183 s., 380 s., ISBN 80-7226-996-8
13. Gopfertová,D., Pazdiora,P., Dáňová, J. Epidemiologie infekčních nemocí 1.vydání Nakladatelství: Karolinum 2000, Praha, 230s. ISBN 80-246-0452-3
14. Holčík, J., Kaňkovová, P., Prudil,L. Systém péče o zdraví a zdravotnictví 1. Vydání Brno: NCO NZO, 2005 166 s. ISBN 80-7013-417-8
15. <http://www.rany.cz/etiologie-dekubity.htm>.(cit. 2008-06-23)
16. Janeček,Z., Jakost – potřeba moderního člověka, výstup z projektu podpory jakosti č.5/16/2004 Praha: Národní informační středisko pro podporu jakosti, 2004 100s. ISBN 80-02-01687-4

17. Joint Commission Resources. Prevence pádů ve zdravotnických zařízeních 1. Vydání Praha: Grada publishing,a.s.,2007 171s. ISBN 978-80-247-1715-9
18. Kalvach,Z. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vydání Praha: Grada Publishing,a.s. 2008 336s. ISBN 978-80-247-2490-4
19. Kaňošová,H. Úlohy standardov ošetrovateľskej starostlivosti. Oošetřovatelský obzor. Bratislava: 2005, roč.2. 39-42 s. ISBN 1336-5606
20. Kareš, J., Drlíková,M., Brabcová, I. Moderní metody řízení. 1. vydání České Budějovice: ZSF JCU, 2006 113s., 137s. ISBN 80-7040-852-9
21. MartiKilíková,M.,Jakušová, V.Teória a prax manažmentu v ošetrovateľstve n Osveta 2008 s.129 ISBN 978-80-8063-290-8
22. Koncepce ošetrovatelství Věstník MZČR, vydáno září 2004(online) Platné: <http://www.mzcr.cz/print.php.clanek=1254-6>.června2007
23. Madar,J. a kol. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení Praha:Grada Publishing,a.s. 2004248s. ISBN 80-247-0585-0
24. Marx,D. Průvodce akreditačním šetřením, 1.vydání Praha: Spojená akreditační komise,2007 31s. ( online) ( 16.3.2008) Dostupné <http://www.sakr.cz/files/pruvodce-akr-setrenim>
25. Marx,D., Vlček.F. Kapitola první: Standardy řízení kvality a bezpečí. Zdravotnické noviny, Praha:2009, roč. 58,č.9-10, 18s.
26. Marx,D.,Staněk,I. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad1. Vydání, Praha: Grada,2004 288 s. ISBN 80-247-0629
27. Marx,D. Současný stav akreditací v ČR a výhled do budoucna( online ), ( cit. 2009-11-14 ). Dostupné <http://rur.fzspo.cz/veda-a-vyzkum/kongresy->
28. Mastiliaková,D. Kvalita ošetrovateľskej péče ( I. část ) Ošetrovatelství Hradec Králové:2001, č. 3-4, 69-73 s.
29. Müllerova, N. Sestra v roli auditorky, Florence Praha:2006, č. 7-8,roč.2, 27-28 s. ISSN 0801-464x
30. Národní akreditační standardy pro nemocnice 2.vydání účinné od 1.9.2009 Editoři Marx,D., Vlček,F. Praha: Tigis, spol.s.r.o. 2008, 4 -91s.
31. Novotná,H., Šefčíková,O. Ošetrovateľská dokumentace v nemocnici:, Nové trendy v ošetrovatelství. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí VI. Jihočeské ošetrovateľské dny v Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2007, 268-275 s.
32. Pacovsky,V., Sucharda,P. Úvod do mediciny, 1. Vydání Praha: Karolinum,2002 149 s. ISBN 80-246-0414-0
33. Payne,J. et all. Kvalita života a zdraví, 1. Vydání Praha: Triton,2005 629 s. ISBN 80-7254-657-0
34. Pelikánová,M. Udělením certifikátu pro nás rozhodně nic nekončí! Sestra, Praha:2009,roč. 19,č.10, 10-11 s.ISSN 1210-0404
35. Průvodce ošetrovateľskou dokumentací od Ado Z. Přeložila Šeclová,S. 1. vydání Praha: Grada, 2002 392 s. ISBN 80-247-0278-9

36. Raisová,B. Sledovanie kvality a ošetrovateľskej starostlivosti v Českej republike a Slovenskej republike. Ošetrovateľství, Hradec králové: 2008, roč.10, č. 1-2, 7-12 s.ISSN 1212-723x
37. Statement on Pressure Ulcer Prevention. Conferens 1992 ( Online ) Dostupné <http://www.npuap.org/posint1>. ( 29.5. 2009 )
38. Šebestová,M. Jakost v souladu s ISO 9000 pro zdravotnické služby, Metodický materiálCQS, 2000( online )( 16.3. 2008 ) dostupné <http://www.cqs.cz/down/oad/vyznam> Význam – standardu- pro zdravotnictví - a - společnost.doc
39. Škrála,P., Škrlová, M. Kreativní ošetrovateľský management, 1. vydání Praha: Adrunt – Orion 2003, 36s., 477s., 485s. ISBN 80-7172-841-1
40. Škrála,P., Škrlová,M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, 1. vydání Praha: Grada Publishing,a.s. 2008, 200s. ISBN 978-80-247-2616-8
41. Škrála,P. Především neublížit: Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovateľské péči, 1. vydání Brno: NCO NZO, 2005 162s. ISBN 80-7013-419-4
42. Šrámková,H. a kol., Nozokomiální nákazy I. vydání, Nakladatelství: Maxdorf, 1995, 224s. ISBN 80-85912-00-7
43. Šrámková, H. a kol., Nozokomiální nákazy II. 2 vydání Nakladatelství Maxdorf, 2001, 303s., ISBN 80-85912-25-2
44. Štěpánková,O., Urbaničič,T.,Lavrač,N. Know ledge management for medicine and health care. In: ICEQ. Program a sborník konference ICEQ 2007- Efektivita, kvalita a spokojenost klientů ve zdravotnictví a sociální péči Praha 7-8.3 2007. Pardubice: Stapro.s.r.o.2007 33-34 s.
45. Topinková,E. Geriatrie pro praxi. 1. vydání Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6
46. Tóthová,V. Ošetrovateľství. 1. Vydání České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta, 2000, 293 s. ISBN 80-7040-454x.
47. Trachtová,E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovateľském procesu. 2. vydání Brno: NCO NZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
48. Vašátková,I. Manažerská hlediska kvality péče v nemocnicích- příklad Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Ošetrovateľství, Hradec Králové: 2008, roč. 10, č. 1-2, 13-32 s. ISSN 1212-723x
49. Věstník MZ ČR - - Koncepce ošetrovateľství ( online ), citace. 2008-8-15. Dostupné: <http://www.mzcr.cz/odbornik/pages/373-vestnik-92004.htm/>
50. Vondráček,L.,Ludvík,M.,Nováková,J. Ošetrovateľská dokumentace v praxi. 1. Vydání Praha: Grada, 2003 72 s. ISBN 80-247-0704-7
51. Vondráček,J.,Schittová,J. Význam fotodokumentace v ošetrovateľské péči. Sestra, 2005, roč.15, č.4. 29 s.
52. Vlček,F. Indikátory kvality jako nástroj řízení a kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnických zařízeních. Onkologická péče Brno:2006, roč. 5, č. 4, 3-6 s. ISSN 1214-5602
53. Vyhláška 385/2006 Sb. O zdravotnické dokumentaci

54. Vyhláška 195/2005 Sb. Kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních nemocí a hygienické požadavky na provoz zdravotnických ústavů a sociální péče
55. Základní údaje o SAK ČR ( online ), ( citace 2008-08-15 Dostupné: <http://www.sakcr.cz/about.ph.p>)
56. Zákon 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu



## **8. Klíčová slova**

Akreditace

Akreditační standardy

Bariérový režim

Bezpečí

Dekubity

Indikátor kvality

Nežádoucí událost

Nozokomiální nákaza

Ošetrovatelská dokumentace

Pády

## **9. Seznam zkratek**

|       |  |
|-------|--|
| JCAHO | Joint Commission of Healthcare Organizations |
| JCI   | Joint Commission International               |
| NN    | Nozokomiální nákaza                          |
| NU    | Nežádoucí událost                            |
| SAK   | Spojená akreditační komise                   |
| ZZ    | Zdravotnické zařízení                        |
| EU    | Evropská Unie                                |

## **10.Seznam příloh**

### **Příloha 1**

Dotazník k diplomové práci

### **Příloha č.2**

Standard ošetrovatelské péče

Protiepidemická opatření při výskytu nozokomiální nákazy a MRSA

### **Příloha č. 3**

Informace pro pacienta s nozokomiální nákazou a MRSA

### **Příloha č. 4**

Standard ošetrovatelské péče

Barrierová opatření na ARO,JIP,DIOP a COS

### **Příloha č. 5**

Standard ošetrovatelské péče

Hlášení nežádoucích událostí

### **Příloha č. 6**

Formulář – Nežádoucí událost

### **Příloha č. 7**

Standard ošetrovatelské

Řízená zdravotnická dokumentace

## **Příloha č. 1**

### **Dotazník**

Vážená paní náměstkyně ošetrovatelské péče /hlavní sestro, vážená vrchní sestro,

problematika akreditací zdravotnických zařízení a jejich vlivu na kvalitu ošetrovatelské péče je významným faktorem při zajišťování ošetrovatelské péče. Dovoluji si Vás proto požádat o některé informace, týkající se této problematiky, kterou zpracovávám v rámci své diplomové práce v navazujícím magisterském studiu na katedře ošetrovatelství Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Dotazník je zcela anonymní, získaná data budou použita ve výzkumné části práce. Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který věnujete vyplnění tohoto dotazníku.

Bc. Jana Somrová  
Nemocnice Písek, a.s.  
Karla Čapka 589  
397 23 Písek  
somrova@nemopisek.cz

#### **1. Do jaké věkové kategorie patříte?**

- Do 30 let
- 31 - 40 let
- 41 - 50 let
- 51 a více let

#### **2. Jaká je pozice Vašeho funkčního místa?**

- Hlavní sestra / náměstek pro ošetrovatelskou péči/
- Vrchní sestra

Staniční sestra

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru všeobecná sestra?**

Úplné střední odborné ukončené maturitou/ SZŠ/

Vyšší odborné ukončené absolutoriem / VOŠ /

Vysokoškolské bakalářské studium / Bc. /

Vysokoškolské magisterské studium / Mgr. /

V současné době studuji bakalářské studium

**4. Jak dlouho pracujete ve funkci manažera?**

1 – 5 let

6 -10 let

11 a více let

**5. Jaká je právní forma Vašeho zařízení?**

Akciová společnost

Příspěvková organizace

Společnost s ručením omezeným

Obecně prospěšná společnost

Jiná

**6. Jaká je velikost Vašeho zdravotnického zařízení?**

Kategorie I do 350 lůžek

Kategorie II 351 – 900 lůžek

Kategorie III nad 900 lůžek

**7. Jaké ocenění kvality Vaše zdravotnické zařízení dosáhlo?**

JCI

SAK

**8. Má Vaše zdravotnické zařízení zavedený program zvyšování kvality?**

Ano

Ne

Nevím

**9. Máte v organizační struktuře manažera kvality?**

Ano

- Ne
- Nevím

**10. Sledujete ve Vašem zdravotnickém zařízení kvalitu péče pomocí „ Indikátorů kvality ošetrovatelské péče?**

- Ano
- Ne

**11. Uveďte prosím, indikátory kvality, které Vaše zdravotnické zařízení sledovalo před akreditací**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**12. Jak dlouho před akreditací byly tyto indikátory sledovány ve Vašem zdravotnickém zařízení**

- 1 rok
- 2- 3 roky
- 3 a více

**13. Jaké nové indikátory kvality jste zavedli během přípravy na akreditaci?**

( je možné více odpovědí )

- Pochybení v souvislosti s podáním transfuze
- Nežádoucí účinek léčiva
- Chyby v medikaci
- Pády pacientů

- Svévolný odchod ze zdravotnického zařízení
- Dekubity přítomné při přijetí pacienta
- Dekubity vzniklé během hospitalizace
- Podání nesprávné diety
- Popálení na operačním sále
- Dokonalá sebevražda
- Spokojenost pacientů
- Spokojenost zaměstnanců
- Nozokomiální infekce
- Napadení zaměstnance pacientem
- Kanylové sepse
- Krádeže ve zdravotnickém zařízení
- Poranění kontaminovanou jehlou
- Močové infekty u permanentních katetrů
- Jiné

**14. Jaké znáte celorepublikové projekty sledování nežádoucích událostí**

- .....
- .....
- .....
- .....

**15. Prosím stanovte, podle Vašeho názoru důležitosti indikátorů kvality, které podporují zvyšování kvality ošetrovatelské péče ( 1 – 8 )**

- Dekubity
- Nežádoucí události
- Nozokomiální nákazy
- Pády
- Spokojenost pacientů
- Spokojenost personálu
- Poranění kontaminovanou jehlou
- .Medikační pochybení

**16. Komu hlásíte nežádoucí událost ve Vašem zdravotnickém zařízení?**

- Právníkovi zdravotnického zařízení
- Manažeru pro kvalitu
- Řediteli
- Jiné

**17. V jaké formě je hlášena nežádoucí událost?**

- Telefonicky
- Písemně – vyplněním formuláře
- V elektronické podobě – vyplněným formulářem do vnitřního systému

**18. V jakém časovém intervalu se vyhodnocují indikátory kvality ošetrovatelské péče ve Vašem zdravotnickém zařízení?**

- 1x měsíčně
- 2x za rok
- 1x za rok

**19. Existuje ve Vašem zdravotnickém zařízení tým zabývající se řešením nežádoucích událostí?**

- Ano
- Ne

**20. Došlo v souvislosti s akreditací ke snížení výskytu nežádoucích událostí?**

**Pokud ano vyčíslete průměrné roční počty NU před a po akreditaci.**

- .....
- .....

**21. Je Vaše zdravotnické zařízení zapojeno do celostátního projektu sledování pádů?**

- Ano
- Ne

**22. Provádíte analýzu vážného poškození u pádu pacienta na oddělení?**

- Ano
- Občas ( u vážného poškození pacienta )



Ne

**23. Jaká opatření provádíte v prevenci snížení nežádoucích událostí – pádů?**

( prosím vypište )

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**24. Používáte barevné identifikační náramky u rizikových pacientů?**

- Ano
- Ne
- Nevím

**25. Došlo ke snížení výskytu pádů v souvislosti s akreditací zdravotnického zařízení?**

- Ano
- Ne
- Nedokážu posoudit

**26. Vyčíslete prosím, v procentech snížení výskytu pádů po získání akreditace?**

- o 10%
- o 20%
- o 30% a více

**27. Vyčíslete prosím průměrný roční výskyt pádů před akreditací ve Vašem Zdravotnickém zařízení?**

- .....

**28. Pracuje ve Vašem zdravotnickém zařízení tým pro prevenci nozokomiálních nákaz?**

- Ano

- Ne
- Nevím

**29. Kdo je součástí tohoto týmu?**

- Epidemiologická sestra
- Nemocniční epidemiolog
- Hlavní sestra/ náměstek pro ošetrovatelskou péči/
- Náměstek pro kvalitu
- Zástupce oddělení - lékař
- Zástupce oddělení – sestra

**30. Jakým způsobem hlásíte výskyt nozokomiálních nákaz ve Vašem**

Zdravotnickém zařízení?

- Je hlášen epidemiologické sestře
- Je hlášen lékařem epidemiologovi
- Je hlášen mikrobiologem epidemiologovi
- Je hlášen vrchní sestrou epidemiologické sestře
- Jiné .....

**31. Jakým způsobem provádíte bariérový režim u nozokomiálních nákaz?**

( prosím vypište )

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**32. Kdo kontroluje dodržování bariérového režimu na oddělení**

- Epidemiologická sestra
- Vrchní sestra

- Staniční sestra
- Jiné

**33. Jsou zaměstnanci pravidelně 1x za rok školeni v prevenci nozokomiálních nákazách?**

- Ano
- Ne

**34. Došlo ke snížení výskytu nozokomiálních nákaz v souvislosti s akreditací zdravotnického zařízení?**

- Ano
- Ne
- Nedokážu posoudit

**35. Vyčíslete prosím, v % roční snížení výskytu nozokomiálních nákaz po získání akreditace zdravotnického zařízení?**

- .....

**36. Máte vypracovány,, Standardy sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče?**

- Pro všechny indikátory jeden standard
- Pro každý indikátor jednotlivě
- Ne, nemáme

**37. Pracujete ve Vašem zdravotnickém zařízení s ošetrovatelskou dokumentací?**

- Ano
- Ne

**38. Jaké největší problémy vznikaly při zavádění řízené ošetrovatelské dokumentace do praxe?**

( prosím vypište )

- .....
- .....
- .....
- .....

**39. Došlo podle Vás, akreditací ke zkvalitnění ošetrovatelské dokumentace?**

- Ano
- Ne zcela
- Ne
- Nevím

**40. Chrání podle Vás nyní ošetrovatelská dokumentace více zdravotnický personál i klienta/ pacienta/ ?**

- Ano zcela
- Ano
- Ne
- Ne zcela
- Nevím nemohu posoudit

**41. Domníváte se, že dle výsledků indikátorů kvality se kvalita ošetrovatelské péče vlivem akreditace ve Vašem zdravotnickém zařízení zlepšila?**

- Výrazně zlepšila, má evropskou úroveň
- Výrazně zlepšila
- Zlepšila
- Spíše zhoršila
- Zhoršila
- Nevím

**42. Došlo během přípravy na akreditaci k navýšení ošetrovatelského personálu?**

- Ano
- Ne

**43. Můžete uvést ještě další názory, připomínky týkající se vlivu akreditace na kvalitu poskytované péče ve Vašem zdravotnickém zařízení?**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

- .....
- .....
- .....
- .....

## Příloha 2

|   |  |
|---|--|
| <b>Standard<br/>ošetřovatelské péče</b>   |  |
| <b>Protiepidemická<br/>opatření při výskytu<br/>Nozokomiální<br/>infekce a MRSA</b> |  |

|                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| Verze: 01                   | Kód přístupu: Interní |
| Zpracoval: Bc. Jana Somrová | Platnost od:          |
| Schválil:                   | Číslo výtisku:        |
| Jiné informace:             |                       |

### Článek I.

#### Účel směrnice

Vzhledem k možnému zavlečení methicilin rezistentního *Staphylococcus aureus* (MRSA) byly za účelem předcházení jeho rozšíření vypracovány konkrétní postupy pro zajištění přísného bariérového režimu u zdrojového pacienta s MRSA a NN

### Článek II.

#### Platnost směrnice

Tento standard je platný ode dne podpisu ředitelem nemocnice a je závazný pro všechny zdravotnické pracovníky.

### Článek III.

#### Definice rizikového pacienta

1. Riziková jsou všichni pacienti, kteří:

- byli v posledních 6 měsících hospitalizováni
  - byli přijati na JIP
  - jsou přijímáni k plánovanému operačnímu výkonu (chirurgie, ORL, ortopedie a další)
  - jsou onkologicky nemocní
  - byli hospitalizováni ve velkých nemocnicích, LDN
  - mají chronické vředy nebo dekubity
  - mají chronické píštěle
  - jsou zařazeni v dialyzačním programu
  - byli dlouhodobě hospitalizováni
  - byly u nich provedeny invazivní výkony a terapie s krátkodobou hospitalizací (vasodilatační léčba, katetrizace)
  - pacienti s flebitidou po i. v. aplikaci.
2. V den přijetí do nemocnice nebo v den následující u těchto rizikových pacientů provést výtěr z krku a z nosu (pokud tak již nebylo provedeno v rámci předoperačního vyšetření), z defektů na kůži, inquin, spojivek a u pacientů s permanentním katetrem i kultivaci moči

## **Článek IV.**

### **Obecné zásady při výskytu NI a MRSA**

1. Izolace pacienta na samostatném pokoji nebo, pokud má infekční oddělení volnou lůžkovou kapacitu, je možná izolace po dohodě mezi přednosty oddělení i na infekčním oddělení.
2. Pacient v dobrém klinickém stavu může být propuštěn do domácí péče.
3. Do jiného zdravotnického či sociálního zařízení lze pacienta přeložit pouze tehdy, když bylo toto zařízení informováno o infekci MRSA.
4. Při překladu pacienta bude kolonizace či infekce MRSA uvedena v překládové zprávě zároveň s antibiogramem.
5. V případě výskytu více pacientů s MRSA na jednom oddělení je možné jejich umístění na společném pokoji při zachování všech ostatních zásad bariérového ošetřování.
6. Za indikaci, včasnost provedení bariérových opatření na oddělení a za kontrolu jejich dodržování je odpovědný primář daného oddělení.
7. Lékař vysvětlí vhodným způsobem nemocnému účel opatření, kterým se musí podřídit. Vyčlenit co nejmenší počet personálu k ošetřování pacienta.
8. Tento personál při odchodu ze služby provede osobní hygienu.
9. Při rutinních činnostech, které se provádějí postupně na všech pokojích (vizita, roznášení stravy, podávání léků, úklid, stlaní apod.) chodit na pokoj pacientů s MRSA jako na poslední v pořadí.

10. Chorobopis pacienta bude označen červeně MRSA nebo NI.
11. Chorobopis nebude vnášen na pokoj pacienta.
12. Upozornit personál na odd., na které jde pacient s MRSA , NI na vyšetření (RTG, EKG apod.) na přítomnost MRSA a NN, uvést výrazně i na žádanky!
13. Konzilia se provádějí na pokoji pacienta, pokud to situace dovolí.
14. Pacienta nepřevážet na ambulance, zejména operačních oborů (převazy, cévkování apod.) – výkony provádět na pokoji pacienta.
15. Omezit všechna vyšetření pacienta spojená s nutností jeho transportu.
16. Upozornit personál, který přichází na konzilia, rehabilitační cvičení eventuálně další, na nutnost dodržovat bariérová opatření.
17. Při nutnosti operačního zákroku upozornit vrchní sestru COS na přítomnost MRSA nebo NI u pacienta – zapsat do operačního programu a zařazovat pacienta na konec programu.
18. Nezbytná je individualizace veškerých pomůcek a přístrojů, pokud je to technicky možné (přenosné WC, podložní mísa, emitní miska, umyvadlo, teploměr, tonometr, fonendoskop, apod.).
19. Preferovat u pacientů s MRSA nebo NI dle možností pomůcky na jedno použití.
20. Důležité je krytí všech ran a defektů.
21. Ochranné pomůcky pro personál a čisté prádlo pro pacienta nechávat přikryté na vozíku na chodbě před dveřmi.
22. U kolonizovaných pacientů se každý týden monitoruje přítomnost MRSA – provádí stěry z lokalit, kde se MRSA vyskytuje.
23. U negativních kontaktů se provádí kontrolní stěry v odstupu 1 týdne od kontaktu.

## **Článek V.**

### **Zásady vstupu osob do pokoje pacienta a péče o pacienta s MRSA**

1. do pokojů pacientů s MRSA nebo NI nebudou vstupovat žákyně a jiní stážisté,
2. při tzv. velkých vizitách vstupuje na pokoj pouze nezbytně nutný počet personálu,
3. bude omezen počet osob při návštěvách, které budou současně na pokoji,
4. návštěvám bude striktně zakázáno sedat si na lůžko pacienta,
5. návštěvy si rovněž oblečou ochranný oděv,
6. na pokoji bude jen potřebný nábytek,
7. před odchodem si návštěvy umyjí a vydezinfikují ruce,
8. uklízečka bude uklízet pokoj s rukavicemi na jedno použití,
9. personál, který bude manipulovat s pacientem nebo jeho prádlem, si obleče jednorázový oděv a rukavice (toaleta, převazy, převlékání postele a jiné podobné



činnosti). Při ostatních činnostech je možno použít plášť, který zůstává vyčleněn na pokoji pacienta (tento plášť se mění po 24 hodinách).

10. při manipulaci s pacientem, který má infekci HCD způsobenou MRSA, personál používá navíc ústenku,
11. při vstupu do pokoje, kdy se nepředpokládá přímý kontakt s pacientem, si personál obleče plášť, který zůstává na pokoji (tento plášť se mění po 24 hodinách na konci noční směny),
12. pokud pacient opouští izolační pokoj na oddělení, umyje a vydezinfikuje si ruce a před opuštěním pokoje si obleče čistý vrchní oděv,
13. harmonogram „vycházek“ určí přednosta oddělení přísně individuálně,
14. pacient je poučen sestrou pokud to lze ,tak epidemiologickou sestrou, jak se má chovat mimo izolační pokoj,
15. oblečení bude ukládáno do zvláštního igelitového pytle červené barvy označeného „MRSA“ a oddělením, z kterého pochází,
16. před opuštěním pokoje si vydezinfikovat ruce,
17. před transportem pacienta mimo pokoj převléci lůžko i pacienta,
18. bude – li mít pacient známky infekce dýchacích cest, musí mít po opuštění pokoje ústenku,
19. v případě nezbytného transportu pacienta mimo pokoj nepokládat chorobopis na lůžko (vozík),
20. pokud personál při doprovodu pacienta nebude mít jednorázový oděv přes pracovní oděv, převleče se při odevzdání pacienta do čistého pracovního oděvu a původní uloží do zvláštního označeného pytle,
21. po provedené osobní hygieně je nutné provést dekolonizaci pacienta tak, aby byl ošetřen celý povrch těla i sliznice s ohledem na zdravotní stav pacienta,
22. vytírat nosní dutinu a uši 3x denně antiseptickým roztokem, pokud je pacient v těchto lokalitách kolonizovaný.

## **Článek VI.**

### **Značení materiálu**

1. Veškerý materiál od pacienta bude označen „MRSA“.
2. Tato skutečnost bude vyznačena na všech žádankách.

## **Článek VII.**

### **Dezinfekce**

1. Dezinfekce bude prováděna v souladu s dezinfekčním plánem oddělení.
2. Nutné je upozornit na důsledné dodržování doby působení dezinfekčního prostředku.

3. Veškeré zařizovací předměty a drobné předměty budou před vynesemím z pokoje pacienta řádně vydezinfikovány.
4. Prádlo od pacienta bude ukládáno do zvláštního plastového pytle červené barvy, označeného „MRSA“ nebo NI a oddělením, z kterého pochází. Osobní hygiena pacienta bude prováděna 2x denně a vždy při biologickém znečištění s použitím dezinfekčních přípravků.
5. Povrchy zařizovacích předmětů a drobných předmětů osobní potřeby pacienta budou dezinfikovány 2x denně a vždy při biologickém znečištění.
6. Podlahy, stěny, kliky, vypínače, hygienická zařízení budou dezinfikovány 2x denně a vždy při biologickém znečištění.
7. Po ukončení izolace bude provedena důkladná dezinfekce všech zařizovacích a dalších předmětů a pomůcek a celé plochy pokoje.
8. V odůvodněných případech (určí nemocniční epidemiolog) budou prováděny kontrolní stěry po provedené sanitaci.

## **Článek VIII.**

### **Ukončení izolace**

1. Izolace a bariérové ošetřování pacienta lze ukončit tehdy, pokud ve 2 kultivacích z dříve kolonizovaného nebo infikovaného místa odebraných v odstupu 24 hodin a ve výtěru z nosu a z krku nebude prokázán MRSA nebo NI.
2. Tyto odběry se provádějí 48 hodin po vysazení kauzální terapie MRSA.

## **Článek IX.**

### **Opatření u pacientů**

1. U nově zjištěných případů výskytu MRSA nebo NN a u pacientů, kteří sdíleli s pacientem s MRSA nebo NI pokoj, bude proveden výtěr z krku, nosu, spojivky, inguiny a ze všech zánětlivých míst.
2. U pacientů, kteří mají MRSA nebo NI v anamnéze, bude:
  - a) dotazem na odd. mikrobiologie zjištěna lokalita, kde se MRSA vyskytoval,
  - b) proveden výtěr z dříve osídlené lokality, krku, nosu a zánětlivých míst. Další stěry dle doporučení lékaře pověřeného sledováním NN,
  - c) pokud by tito pacienti měli někde na těle poškozený kožní povrch, bude proveden odběr materiálu i z těchto míst.
3. Pacientům, kteří sdíleli s pacientem s MRSA pokoj, budou provedeny opakovaně výtěry z krku, nosu, spojivky, inguiny a zánětlivých míst ještě v odstupu jednoho týdne.
4. U pacientů s MRSA bude prováděno monitorování kolonizace lokality s výskytem MRSA 1x týdně.

5. Při výskytu v ranách, HCD a močových cestách se monitoruje pacient 1x týdně, i když je již MRSA negativní.

## **Článek X.**

### **Opatření u personálu**

1. Personál s pozitivním nálezem MRSA na nosní sliznici musí při epidemiologicky rizikových činnostech důsledně a správně používat ústenku, nesmí si sahat na nos. Ústenka musí krýt nos i ústa, není přípustné nosit ústenku na krku a opětovně si jí nasazovat.
2. Nutné je časté provádění dezinfekce rukou.
3. Opatření lze ukončit tehdy, pokud ve 2 kultivacích z dříve kolonizovaného nebo infikovaného místa odebraných v odstupu 24 hodin a ve výtěru z nosu a krku nebude prokázán MRSA. Tyto odběry se provádějí 48 hodin po vysazení kauzální terapie MRSA.
4. Terapie bude individuálně řešena po domluvě s ATB střediskem.
5. Tato opatření budou průběžně novelizována v souladu s nejnovějšími poznatky z oblasti nemocniční hygieny.

## **Článek XI.**

### **Povinné hlášení**

Ošetřující lékař (sestra) oznámí překlad pacienta na jiné oddělení, do jiného zdravotnického zařízení lékaři mikrobiologického odd., resp. epidemiologické sestře.

## **Článek XII.**

### **Závěrečná ustanovení**

Za seznámení všech zdravotnických pracovníků s tímto standardem a za jeho dodržování odpovídají primáři jednotlivých oddělení.

Tato směrnice je distribuována v písemné formě na všechna oddělení, originální výtisk bude uložen na právním oddělení.

## Příloha č. 3

### Informace pro pacienta s diagnózou MRSA nebo NN

Při mikrobiologickém vyšetření byla na některých místech vašeho těla zjištěna bakterie, která je označována jako methicilin rezistentní *Staphylococcus aureus*, zkráceně MRSA. Dovolte, abychom Vás informovali o tom, co to pro Vás znamená.

Každý člověk je trvale osídlen různými druhy bakterií. Bakterie se vyskytují zejména v dutině ústní, v tlustém střevě, ale také na kůži, na nosní sliznici a podobně. Tyto bakterie za normálních okolností nevyvolávají žádné potíže ani onemocnění, člověk je na jejich přítomnost adaptován. Při porušení sliznice nebo při výrazném útlumu imunity mohou však i tyto bakterie jsou podmíněně patogenní.

Mezi takovéto podmíněně patogenní bakterie patří i stafylokoky, které se sice u zdravých osob mohou vyskytovat zejména na nosní sliznici a na kůži. U oslabených jedinců mohou tyto bakterie vyvolat hnisavá ložiska na kůži a v různých hlubokých orgánech a tkáních. Mohou způsobit i sepsi (otravu krve)

MRSA patří do skupiny běžně se vyskytujících stafylokoků a odlišuje se od nich jen jednou podstatnou věcí a to je jeho necitlivost k obvykle používaným antibiotikům. Ve světě existují země, kde podíl necitlivých bakterií dosahuje 50% i více. U nás to jsou zatím naštěstí jen ojedinělé případy.

Upozornujeme ještě, že samotný nález MRSA není nutně projevem onemocnění. Může se jednat o pouhé nosičství to je osídlení sliznic nebo kůže touto rezistentní formou stafylokoků. V takovém případě stafylokok svým nositelům žádné potíže nedělá a neohroží ani zdravé osoby v okolí. Může však způsobit onemocnění u jedinců s porušenou kůží, například když mají kožní ekzém nebo nějaké povrchní poranění. Taková místa se snadno stávají vstupní branou infekce.

Nosičství MRSA může být v určitých případech vyléčeno pomocí dezinfekčních prostředků případně může samovolně skončit tím, že se u člověka obnoví přirozené mikrobiální osídlení. Než ale k postupnému vymizení této infekce dojde, je třeba dodržováním určitých opatření zabránit přestupu MRSA na jiné lidi a většímu rozšíření v populaci.

Sestavili jsme pravidla, která Vás budou do určité míry omezovat, znamenají však ochranu osob ve Vašem okolí. Prosíme Vás o pochopení a lidskou ohleduplnost k ostatním. Jistě se Vám někdy v budoucnu vaše laskavost v nějaké podobě vrátí.

Opatření o jejichž dodržování se budeme společně snažit, jsou následující:

Během vaší hospitalizace Vás musíme umístit na izolačním pokoji. Zdravotnický personál bude po vstupu do vašeho pokoje dodržovat přísnější hygienická opatření (bude si například brát zvláštní plášť, používat ústenku a rukavice apod.)

Jestliže po dohodě s ošetřujícím lékařem budete moci vycházet ven ze svého pokoje, prosíme Vás, abyste dodržoval(a) naše pokyny :

- 1.před odchodem z pokoje si umýt a vydezinfikovat ruce
2. na chodbě se ničeho nedotýkat
- 3.používat jen vyčleněné WC a koupelnu

4.nestýkat se s pacienty s jiných pokojů.

5.počet návštěvníků bude omezen

6.Návštěvy si nebudou sedat na lůžko a před odchodem si vydesinfikují ruce.

Přítomnost MRSA není důvodem k prodlužování hospitalizace ani pracovní neschopnosti. Bude-li Vaše základní onemocnění vyléčeno, můžete být propuštěn(a) do domácí péče můžete pak i kamkoliv cestovat.

Pokud vyhledáte ambulantní ošetření jiným lékařem nebo budete-li hospitalizován, informujte, prosím lékaře o svém nosičství. Jestliže byste se měl(a) podrobit nějakým lékařským zákrokům, je potřeba, abyste o svém nosičství informoval(a) zdravotnický personál v předstihu.

Děkujeme za pochopení a spolupráci a jsme připraveni odpovědět na Vaše otázky

Bc. Jana Somrová

## Příloha č. 4

|   |  |
|---|--|
| <b>Standard<br/>ošetřovatelské péče</b>                               |  |
| <b>Barierová opatření na<br/>ARO, JIP, DIOP<br/>Operačních sálech</b> |  |

|                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| Verze: 01                   | Kód přístupu: Interní |
| Zpracoval: Bc. Jana Somrová | Platnost od:          |
| Schválil:                   | Číslo výtisku:        |
| Jiné informace:             |                       |

### 2. Účel

Účelem tohoto standardu je zajistit, aby na výše uvedených odděleních nebo stanicích byl dodržován bariérový režim v souladu s vyhláškou 195/2005 Sb.

### 3. Definice pojmů

Podle vyhlášky č.195/2005 Sb. §7 odst.5., písmeno c., musí zdravotničtí pracovníci využívat bariérové ošetřovací techniky na všech pracovištích, zejména na pracovištích neodkladné a intenzivní péče.

**Bariérový režim** : soubor lega artis postupů, jenž cíleně minimalizují riziko vzniku a přenosu nozokomiálních nákaz.

### 4. Bariérová opatření

#### 4.1 Bariérová opatření při vstupu na operační sály

Všechny osoby v prostorech **operačních sálů** vstupují do ochranné (bílé) zóny v kompletním **bílém nemocničním oblečení** včetně **bílé zdravotnické obuvi** (ve výjimečných případech v civilu). V šatně – nebo prostoru na to určeném odkládají ústavní oblečení, ve kterém se pohybují mimo operační sály, a převlékají se do **zeleného takzvaného bariérového prádla**, tedy pro zelenou zónu. Při vstupu na COS si všichni vezmou rovněž **čepici, masku a sálovou obuv** ( pryžové galoše, pantofle z omyvatelné pryže). Teprve takto převlečen může personál nebo návštěvník vejít do zelené, čisté a dále sterilní zóny.

Při vstupu do umývárny a na sály (sterilní zóna) je každý povinný nosit masku – ústenku na obličej. Obličejová rouška musí krýt nos, ústa, vousy, čepice celý vlasový pokrýv.

Operační (zelený) oděv se smí použít pouze pro činnost na operačním sále. V tomto oděvu není dovoleno opustit sálový trakt, resp. zelenou zónu. V případě, že se to z nějakého naléhavého důvodu stane, je nutné před opětovným vstupem do zelené zóny, oblečení vyměnit.

Na operačním sále během operace není dovolen hlasitý hovor ani zbytečný pohyb (i otevírání dveří), který dává možnost vzniku nežádoucího aerosolu.

Do aseptického prostoru operačních sálů je dovoleno nosit předměty související s činností na operačním sále

Odpočívat a osvěžovat se je dovoleno jen v určených místnostech. Počet osob na operačním sále musí být co nejmenší

#### **4.2 Bariérová opatření při vstupu na ARO, JIP, DIOP a porodní sál**

Personál ARO, JIP a DIOP používá „**bariérové prádlo**“ **modré barvy - OOPP pouze na daném oddělení** v souladu s vyhláškou č.195/2005 Sb. §7, odst.5., písm.a.,.

Personál porodního sálu používá „**bariérové prádlo**“ **zelené barvy**

Lékaři lůžkových oddělení, kteří mají pod dohledem i pacienty na JIP nebo, konziliáři, nebo jiný zdravotnický personál musí vždy při přecházení z lůžkové části oddělení do části jednotky intenzivní péče postupují takto:

Zaměstnanci vlastního oddělení, kteří přicházejí vyřizovat administrativní nebo organizační záležitosti, nejdou k pacientovi a zdrží se pouze krátce si vždy při vstupu a odchodu dezinfikují ruce.

Ostatní: použijí vyčleněný plášť a rovněž si dezinfikují ruce jak při vstupu, tak při odchodu.

**Další ochranné pomůcky volí ve vztahu k výkonu, zátěži a riziku pro pacienty – viz vyhláška č.195/2005 Sb., §7, odstavec 5, písmeno e.**

#### **5. Společná a závěrečná ustanovení**

Za seznámení všech zdravotnických pracovníků s tímto standardem a za jeho dodržování odpovídají primáři jednotlivých oddělení.

Tato směrnice je distribuována v písemné formě na všechna oddělení, originální výtisk bude uložen na právním oddělení .

## Příloha č. 5

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <b>Standard ošetrovatelské péče</b> |                       |
| <b>Hlášení nežádoucích událostí</b> |                       |
| Verze: 01                           | Kód přístupu: Interní |
| Zpracoval: Bc. Jana Somrová         | Platnost od:          |
| Schválil:                           | Číslo výtisku:        |
| Jiné informace:                     |                       |

### 1. Účel standardu

---

Tento standard je vydáván s cílem:

- stanovit odpovědnost zaměstnance za pečlivé, přesné a úplné vyplnění „Hlášení o nežádoucí události“ ( dále jen NU )
- pravdivě, jasně a stručně zdokumentovat vzniklou situaci
- získat co nejpřesnější evidenci NU, identifikací odchylek a jejich řešením přispět ke kvalitě a bezpečnosti péče.

Účelem hlášení nežádoucích událostí není snaha získat podklady pro sankce či disciplinární řízení, ale získat přehled, nalézt optimální řešení a zejména zajistit prevenci, tj. zabránit jejich opakování. Hlášení slouží k nutnému šetření a vyhodnocení dané situace a následně povede ke **zvyšování kvality a bezpečnosti** poskytované péče, služeb a k ochraně majetku fyzických osob i majetku zdravotnického zařízení

### 2. Oblast platnosti

---

Tento standard (a příloha) je závazná pro všechny zaměstnance.

#### **Definice nežádoucí události**

Nežádoucí událost (NU) jsou události nebo okolnosti, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Dále jsou za nežádoucí událost považovány případy, kdy poškození pacienta je pouze psychické či socioekonomické a také případy, kdy poškozeným je zdravotnické zařízení nebo pracovník. Postup hlášení mimořádné události



**Zdravotnické zařízení si samo určí spektrum hlášených nežádoucích událostí. Do tohoto spektra budou zahrnuty minimálně následující oblasti.**

1. Administrativní problém ( problém při objednávání vyšetření, vyřizování překladu...)
2. Problém s informovaným souhlasem ( s výkonem/léčebným plánem...)
3. Problém při výkonu ( záměna pacienta/strany, jiný výkon, poranění pacienta,...)
4. Problém se zdravotnickou dokumentací (nedostupná, nečitelná, chybná dokumentace...)
5. Nozokomiální infekce
6. Problém při předepisování léků ( záměna pacienta,léčiva,chyba v dávkování....)
7. Problém při podávání léků ( záměna pacienta, léčiva, chyba v dávkování,...)
8. Nežádoucí účinek léčiva
9. Problém s krevními produkty ( krev, plazma...)
10. Problém s dietou ( záměna pacienta, diety..)
11. Problém se zdravotnickou technikou
12. Svévolný odchod pacienta ze zdravotnického zařízení ( či nevrácení se v určeném termínu)
13. Sebeпоškozování ( sebevražda pacienta)
14. Problém s chováním pacienta ( verbální/ fyzické napadení...)
15. Problém s chováním personálu ( verbální/ fyzické napadení...)
16. Neočekávané úmrtí pacienta
17. Pád pacienta
18. Problém s nezdravotnickou technikou či jiným vybavením
19. Krádež
20. Dekubitus ( nový/ při přijetí )

Hlášení nežádoucí události zaměstnanec podává na jednotném formuláři „ **Nežádoucí událost**“

#### ■ *Vyplňování formuláře*

„Nežádoucí událost“ je formulář (dále jen „formulář“), který slouží k nahlášení a vyhodnocování mimořádně vzniklé situace. Vyplňuje se průpisem, tj. **dvojmo**. Veškeré záznamy se provádí **čitelně a nesmazatelným způsobem** ( PC, psací stroj, pero, propisovací tužka). Záznamy obsahují datum, hodinu, podpis a otisk jmenovky nebo čitelně napsané jméno a příjmení zaměstnance, který zápis provedl a jeho nadřízeného (příp. lékaře, byla-li mu událost ohlášena). Opravy chybného záznamu jsou prováděny jednoduchým přeškrtnutím tak, aby bylo možno přečíst původní záznam, nesmí se přepisovat, přelepovat či překrývat barvou.

Nestačí-li k zápisu formulář, použije se další čistý list papíru, který se připojí k originálu tiskopisu (do formuláře se napíše poznámka: pokračování na 1 volném listu).

Při Závažné nežádoucí události, která poškodila pacienta ( šití rány, distorze, fraktura, popálenina.....) Oddělení je povinno přiložit k formuláři písemné vyjádření o analýze poškození , výstupu a provedených opatření.

### ■ **Postup hlášení**

Hlášení je třeba vyplnit vždy, když nastane nebo mohla nastat NU.

Zdravotnické zařízení deklaruje nesankční přístup k hlášení NU

- Zaměstnanec, který je přítomen NU, ať už jako ten, kdo ji zavíjí, je jejím účastníkem nebo je pouze svědkem, vyplní přesně a čitelně stanovená data a údaje ve formuláři a je povinen v nejbližší možné době nahlásit tuto skutečnost svému bezprostřednímu nadřízenému (v případě závažnosti události v mimopracovní době, lékaři konajícímu službu). V případě, kdy je podezření ze spáchání trestného činu, je nutná součinnost orgánu Policie ČR.
- Vedení oddělení pravidelně na poradách oddělení provádí edukaci zaměstnanců o smyslu, prevenci a hlášení NU
- Vedoucí zaměstnanec (příp. lékař ve službě) provede v nejbližší možné době šetření NU s účastníkem nebo svědkem, doplní a podepíše formulář.
- Vedoucí zaměstnanec zajistí bezodkladné (do 24 hodin, o víkendu do 72 hodin) předání formuláře k zaevidování hlavní sestře NP.
- Hlavní sestra podle charakteru a závažnosti nežádoucí události buď provede šetření sama anebo pověří Radu pro kvalitu důkladným prošetřením. Cílem šetření je zejména: shromáždit doklady o vzniklé škodě, nákladech na odstranění škod, protokoly součinných orgánů apod. Zároveň předloží návrh na opatření k odstranění závady a na preventivní opatření.
- Individuální posouzení každé NU
- Zdravotnické zařízení klasifikuje závažnost NU Závěry šetření nahlášených NU a přijatá opatření předá hlavní sestra anebo předseda Rady pro kvalitu řediteli NP, a. s. a ten rozhodne o přijatém opatření, případně s ním seznámí své podřízené (v rozsahu, který uzná za vhodný), kteří v případě potřeby informují poškozeného.

### **Zdravotnické zařízení určuje za závažnou událost:**

- Pád - porušení integrity kůže a následné ošetření na chirurgické ambulanci
- Pád - porušení sletu a následné ošetření na ortopedické ambulanci
- Jiný výkon - záměna
- Nozokomiální nákazy – přenos z personálu na pacienta
- Záměna léčiva
- Dekubit nově vytvořený
- Neočekávaná smrt

### **Analýza závažné události**

### **Vytvoření standardizovaného postupu provádění analýzy kořenové příčiny nežádoucí události**

1. Analýzu provádí oddělení na kterém se stala NU vedoucími pracovníky
2. Vedení oddělení je informováno o NU z dokumentace, rozhovorů a písemných svědectví účastníků a rozpisu služeb.
3. Informace jsou podkladem pro hrubý chronologický souhrn související s událostí
4. Následně jsou vedeny rozhovory se zúčastněnými pracovníky
5. Je vytvořena závěrečná zpráva o analýze obsahující :
  - chronologii všech událostí, které vedly k incidentu se zaměřením na část procesu, která vedla pochybení
  - popis již zavedených ochranných mechanismů, které zmírnily dopad NU na pacienta
  - návrh případných preventivních opatření
  - návrh na další podobnější sledování vybrané oblasti

### **■ Ukládání hlášení**

Originál hlášení NU **je součástí zdravotnické dokumentace** a ukládá se do chorobopisu, kopie se zasílá hlavní sestře. Týká-li se NU pacienta, je nutné učinit samostatný záznam do zdravotnické dokumentace (lékařské i ošetřovatelské).

### **■ Instrukce pro vyplňování formuláře**

- vyplňte důkladně ve formuláři úvodní data a další odstavce
- postižený (i potenciálně) – identifikujte, jedná-li se o pacienta, zaměstnance nebo návštěvníka, zaznamenejte jeho jméno, příjmení, věk, (je-li potřeba tak i adresu, eventuálně telefonní číslo), jména svědků
- zaznamenejte místo, kde k události došlo, uveďte datum a přesný čas události, zaškrtněte druh nežádoucí události
- stručný, ale výstižný popis události – popište charakter události, příp. charakter a lokalizaci poranění a stav pacienta před a po události
- zaznamenávejte i vadu či poškození přístroje a ostatních zdravotnických prostředků, pokud by příp. mohly způsobit poškození zdraví či ohrožení života
- uveďte, jaká byla přijata opatření
- vyjádření lékaře k uvedené události, ordinovaná potřebná vyšetření a ošetření postiženého
- vyplňte odstavec o hlášení NU s uvedením jmen a podpisů

### ■ Popis události

Událost, selhání, pochybení nebo incident zřetelně popište. Cílem je podat co nejděrnější obraz události tak, aby i člověk, který nebyl incidentu přítomen, získal jasnou představu o tom, co se přihodilo a které faktory se na tom podílely.

### ■ Svědek

Dokumentujte jméno a postavení svědka popisované události.

### ■ Osoba provádějící zápis

Zaměstnanec, který hlášení sepsal, se podepíše a navrhne opatření, doporučení či řešení události, případné další návrhy doplní vedoucí pracovník.

## 3. Zvláštní upozornění

---

- důležité je naučit se rozpoznávat a korigovat nebezpečné situace
- zajistit prostředí a pracovat tak, aby nebyla způsobena škoda pacientům, příbuzným, návštěvníkům nebo zaměstnancům a aby se nevyskytovaly situace, kterým by se bývalo dalo preventivními opatřeními a zodpovědným přístupem zabránit. Pracovníci jsou povinni seznámit s touto směrnicí všechny své přímo řízené zaměstnance. Každý pracovník seznámení se směrnicí stvrdí svým podpisem.

**Příloha č. 6**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST</b> |  |
|--------------------------|--|

Identifikační štítek  
( jméno postiženého )

| Postižený je |                  |  | jména svědků | funkce |
|--------------|------------------|--|--------------|--------|
|              | pacient          |  |              |        |
|              | zaměstnanec      |  |              |        |
|              | student na praxi |  |              |        |
|              | návštěva         |  |              |        |
|              | ostatní:         |  |              |        |

**Místo, kde k události došlo**

| oddělení  |  | operační sál   |  |
|-----------|--|----------------|--|
| pokoj     |  | schodiště      |  |
| WC        |  | venku v areálu |  |
| koupelna  |  | jiné oddělení  |  |
| chodba    |  | jiné místo     |  |
| ambulance |  |                |  |

**Datum a čas, kdy k události došlo:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**Druh nežádoucí události**

|  |  |
|--|--|
| pád                                      | ztráta, poškození majetku ústavu           |
| dopravní nehoda v areálu ústavu          | ztráta, poškození majetku pacienta         |
| selhání zdravotní techniky               | ztráta, poškození majetku zaměstnance      |
| popáleniny                               | svévolný odchod pacienta                   |
| zranění druhou osobou                    | problém se souhlasem k výkonu, vyšetření   |
| sebepoškození                            | stížnost na personál / pacienta / doprovod |
| ohrožení zaměstnance ( slovní, fyzické ) | jiná událost                               |
| problém s identifikací pacienta          |  |

**Pády** pád v anamnéze    ano    ne    rizikový pacient    ano    ne

|             | obuv      | mobilita pacienta | zařízení             | signalizace pádu    |
|-------------|-----------|-------------------|----------------------|---------------------|
| pád z lůžka | uzavřená  | plně mobilní      | signalizace na dosah | personál slyšel pád |
| uklouznutí  | speciální | částečně mobilní  | obě postranice       | pacient zvonkem     |
| mokrá       | návleky   | imobilní          | jedna postranice     | pacient hlasem      |

|              |           |                  |                    |                   |
|--------------|-----------|------------------|--------------------|-------------------|
| podlaha      |           |                  |                    |                   |
| záchvat      | přezůvky  | chůze s pomůckou | bez postranic      | jiný pac. zvonkem |
| pád předmětu | ponožky   | protéza nohy     | polohovaný pacient | jiný pac. hlasem  |
|              | bez obuvi | voziček          | selhání vozičku    | jiný pac. osobně  |
| jiný:        | jiný:     | jiný:            | jiný:              | jiný:             |

### Stav pacienta před událostí

|                    |                 |                      |
|--------------------|-----------------|----------------------|
| orientovaný        | demence         | pod vlivem anestézie |
| desorientovaný     | akutní psychóza | pod vlivem alkoholu  |
| tlumen léky        | akutní stres    | pod vlivem drog      |
| mentální retardace | bezvědomí       | jiný .....           |

### Výsledek po události

**TK:**

**P:**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| bez zjevného poranění     | psychické trauma                                |
| povrchové oděrky, modřiny | operace, reoperace                              |
| potřeba šití rány         | prodloužená hospitalizace o 1 – 2 – 3 – 4 týdny |
| popálenina                | úmrť  |
| zlomenina                 | jiný:   |

### Stručný popis události sestrou ( co jsem sama viděla )

**Jaká byla přijata opatření ?**

**Záznam lékaře:**

**Hlášení nežádoucí události**

|                                  | <b>jméno</b> | <b>datum + hodina</b> | <b>podpis</b> |
|----------------------------------|--------------|-----------------------|---------------|
| <b>Lékař ve službě</b>           |              |                       |               |
| Primář oddělení                  |              |                       |               |
| Vrchní sestra ( kopie hl.s.<br>) |              |                       |               |
| Policie ČR                       |              |                       |               |
| Hasičský sbor                    |              |                       |               |
| Právník nemocnice                |              |                       |               |
| Bezpečnostní technik             |              |                       |               |
| Další:                           |              |                       |               |
|                                  |              |                       |               |

| <b>zapsala</b> | <b>datum + hodina</b> | <b>podpis</b> |
|----------------|-----------------------|---------------|
|                |                       |               |

| <b>Klasifikace nežádoucí situace zpracovatelem</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>Podpis zpracovatele:</b> |
|--|----------|----------|----------|----------|-----------------------------|
|  |          |          |          |          |                             |

## Příloha č. 7

|  |  |
|--|--|
| <b>Standard<br/>ošetřovatelské péče</b>    |  |
| <b>Řízená zdravotnická<br/>dokumentace</b> |  |

|                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| Verze: 01                   | Kód přístupu:<br>Interní |
| Zpracoval: Bc. Jana Somrová | Platnost od:             |
| Schválil:                   | Číslo výtisku:           |
| Jiné informace:             |                          |

### 1. Účel standardu

Účelem tohoto standardu jsou změny vedení zdravotnické dokumentace (dále jen ZD) na základě aktuálních změn Zákona č. 20/1966 Sb. a Vyhlášky č. 385/2006 Sb., jako i plnění požadavků akreditačních standardů Spojené akreditační komise (dále jen SAK ČR).

### 2. Zdravotnická dokumentace

ZD obsahuje informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku všech vyšetření, léčby a všech dalších významných okolnostech, které se zdravotním stavem pacienta souvisí, jakož i o postupu při poskytování zdravotní péče jak při ústavní péči tak na ambulancích. Každou důležitou informaci od pacienta, každé provedené vyšetření, každý poskytnutý výkon či lék a každé zásadní rozhodnutí nebo poučení pacienta je v rámci poskytování zdravotnické péče nutno zaznamenat do jeho ZD.

Řádně vedená dokumentace je dostatečně podrobným, chronologicky vedeným, čitelným, přehledným a srozumitelným zápisem o:

- vývoji a průběhu zdravotního stavu pacienta, včetně anamnézy,
- získaných výsledcích vyšetření laboratorních i klinických závěrech, které z nich byly vyvozeny, včetně pracovních diagnóz a epikríz (u ústavní péče),



- podniknutých diagnostických i terapeutických opatřeních, ordinacích a doporučeních.

**Hlavní obecné požadavky na dokumentaci jsou čitelnost, srozumitelnost, přesnost, pravdivost, přehlednost, úplnost.**

### **3. Náležitosti zdravotnické dokumentace**

**ZD musí vždy obsahovat:**

název zdravotnického zařízení, jeho sídlo nebo místo podnikání, identifikační číslo, název oddělení nebo jeho části a telefonní číslo zdravotnického zařízení, jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné číslo pacienta, není-li přiděleno, datum narození, adresu místa trvalého pobytu pacienta nebo jinou kontaktní adresu, je-li odlišná od adresy místa trvalého pobytu; jde-li o cizince, adresu místa pobytu na území České republiky a nemá-li ji, adresu bydliště v cizině

číslo pojištěnce, není-li tímto číslem rodné číslo pacienta a kód zdravotní pojišťovny  
jméno, popřípadě jména, příjmení a titul zdravotnického pracovníka (resp. razítko s těmito údaji), který provedl zápis do zdravotnické dokumentace (tj. jeho identifikace)  
podpis zdravotnického pracovníka,

datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace; v případě poskytnutí neodkladné péče nebo vykonání konziliárního vyšetření u pacienta zaznamenání časového údaje jejího poskytnutí,

razítko zdravotnického zařízení, jde-li o součást zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi nebo podle zvláštních právních předpisů jiné fyzické nebo právnické osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentaci převzít,

v případě poskytování ústavní péče datum a hodinu

- přijetí pacienta do ústavní péče,
- ukončení ústavní péče,
- přeložení pacienta do jiného zdravotnického zařízení poskytující ústavní péči, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení ZZ
- předání pacienta do ambulantní péče,
- úmrtí pacienta,

v případě odmítnutí zdravotní péče zdravotnickým zařízením nebo pacientem datum a časový údaj odmítnutí; jde-li o odmítnutí zdravotní péče pacientem, též jeho písemné prohlášení o tomto odmítnutí, popřípadě písemné prohlášení svědka. Náležitosti prohlášení viz Směrnice ředitele č. SŘ 28 Informovaný souhlas.

informace zjištěné o současném zdravotním stavu, pokud dále není stanoveno jinak.

### **4. Vedení zdravotnické dokumentace**

Zápis do zdravotnické dokumentace provádí zdravotnický pracovník bezodkladně poté, kdy bude u pacienta provedeno vyšetření, výkon, změna medikace a vždy při změně stavu pacienta. Záznam o zdravotním stavu pacienta doplňuje informace o aktuálním

vývoji zdravotního stavu pacienta nejméně jedenkrát za 24 hodin; v případě podstatné změny zdravotního stavu pacienta se záznam doplní neprodleně.

Na každém listu zdravotnické dokumentace se uvede jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo pacienta, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, dále název zdravotnického zařízení, popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení. Žádná část dokumentace (každý list chorobopisu či zdravotní karty, ale i každá žádanka, výsledek vyšetření, rentgenový či ultrazvukový snímek atd.) nesmí být anonymní!

## 5. Ošetrovatelská dokumentace

představuje systematické zaznamenávání plánované a poskytované péče pacientovi kvalifikovanou sestrou a ostatními členy týmu.

Každý hospitalizovaný pacient má založenou ošetrovatelskou dokumentaci v rozsahu odpovídajícímu zdravotnímu stavu **nejpozději do 24 hodin od přijetí**. Ošetrovatelská dokumentace obsahuje tyto základní dokumenty:

### 1. Ošetrovatelská anamnéza:

- Anamnézu odebírá a zpracovává sestra, která pacienta přijímá.
- Ošetrovatelská anamnéza obsahuje základní údaje o pacientovi, které jsou nezbytné pro zahájení léčebné a ošetrovatelské péče, pro stanovení ošetrovatelské diagnózy a plánování ošetrovatelských činností, a to zejména stav vědomí, soběstačnost, pohybová aktivita, schopnost komunikace, psychický stav, výživa, vylučování, stav kůže, alergie, kvalita spánku, hodnocení bolesti eventuelně další informace v rámci sociálního šetření.
- Součástí anamnézy je souhlas pacienta s podáním informací a určení osob, kterým budou informace o zdravotním stavu podávány.
- Sestra při příjmu pacienta seznámí s „Právy pacientů“ a s domácím řádem oddělení. Pacientům, kteří nejsou schopni si dokument „Práva pacientů“ přečíst, je zdravotní sestra povinna jej přečíst.
- Dále pacient vyjádří souhlas s informací o právech pacientů; s informací, že za cennosti, které nejsou uloženy v centrálním trezoru, personál nezodpovídá; o seznámení s domácím řádem oddělení; souhlas s hospitalizací; s nahlížením osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání do jeho zdravotnické dokumentace; souhlas s použitím telefonu pro kontakt s příbuznými; Pacient na konci této části vyjádří svůj souhlas s výše jmenovanými body svým podpisem. Pokud pacient z jakéhokoliv důvodu nemůže podepsat, podepisuje sestra + další sestra, sestra + ošetrovatelka nebo sestra + sanitářka (jako svědek).
- Při příjmu sestra provádí hodnocení dle Northonové. Pokud bodové hodnocení je nižší než 16 bodů, zakládá „Plán prevence dekubitů a péče o dekubity/rány“. Dále sestra hodnotí Barthelův test všedních činností, který je opakovaně sledován při bodové hodnotě pod 60. Pro opakované hodnocení Barthelova

testu založit tiskopis pro hodnocení Barthelova testu – hodnocení 1x týdně, vždy při změně stavu pacienta, po výkonu u pacienta, při překladi mezi stanicemi, při překladi na jiné oddělení nebo do jiného zařízení.

- Při příjmu pacienta sestra vždy zjišťuje bolest. Při chronické a akutní bolesti zakládá tiskopis pro hodnocení a monitoraci bolesti („Bolest – hodnocení a monitorace“). Monitoraci bolesti provádí sestra 1x denně nebo pokud nebylo jinak ordinováno lékařem nebo pokud není interním předpisem oddělení stanoveno jinak. Hodnocení bolesti po operačním výkonu se provádí buď podle interního předpisu oddělení nebo dle ordinace lékaře nebo se provádí nejméně 3 dny po výkonu: den výkonu nejméně po 4 hodinách, 1.a 2. pooperační den nejméně 4x za den. Při zjištění bolesti sestra podá ordinované analgetikum, resp. volá lékaře k jeho naordinování při zjištění skóre bolesti 2 a více bodů.
- Provedení a vyhodnocení nutričního „screeningu“ a provedení potřebných opatření.
- Anamnéza je nakonec opatřena datem s podpisem a jmenovkou sestry, která ji odebrala.

## 2. Ošetrovatelský plán:

- Je stanovení priorit, cílů, vyhledávaných kritérií, zásahů a navržených ošetrovatelských intervencí u konkrétních problémů pacienta – stanovení ošetrovatelských diagnóz – ty jsou **stanoveny nejpozději do 24 hodin od přijetí**.
- Sesterská diagnóza je klinický závěr sesterského posouzení o reakcích jednotlivce, rodiny na skutečný nebo potencionální zdravotní problém.
- Sestra určuje nejméně 2 ošetrovatelské dg, charakterizující určitý problém pacienta, spolu s ošetrovatelským plánem k dosažení ošetrovatelského cíle, kterým je odstranění, zmírnění problému pacienta.
- Během hospitalizace při vyřešení problému u pacienta se dg ruší nebo naopak, s výskytem jiného problému se stanoví nová dg.
- Do „Realizace ošetrovatelského plánu“ se potvrzují provedené intervence týkající se úkonů, léčby a ošetrování – vše opatřeno datem, podpisem a jmenovkou sestry, která provedla danou péči (úkon).
- Přehodnocení plánu je provedeno v závislosti na změnách klinického stavu pacienta.
- Současně sestra popisuje „Hodnocení ošetrovatelského plánu“, ve kterém popisuje odpověď pacienta na provedené terapeutické intervence a hodnotí změny stavu pacienta. Hodnocení ošetrovatelského plánu se provádí při změně stavu pacienta ihned, nejméně pak 3x za týden.

## 3. Záznamy fyziologických funkcí:

- Na standardních odděleních kromě jiného ošetrovatelský personál nejméně 2x denně (čas stanoven dle jednotlivých oddělení) zaznamenává do dokumentace („Teplotní tabulka“) údaj o tělesné teplotě. Měření krevního tlaku a pulsů se u

pacientů provádí 1x denně (čas stanoven dle jednotlivých oddělení). U dlouhodobě hospitalizovaných na odděleních LDN se provádí 2 x týdně, resp. dle ordinace lékaře, nebo při změně stavu pacienta. Do dokumentace ošetrovatelský personál dále zapisuje údaj o odchodu stolice pacienta, 1x týdně se kontroluje a zaznamenává hmotnost pacientů.

- Na lůžkách ARO a JIP provádí sestra monitorování vitálních funkcí v rozsahu určeném lékařem. Frekvence monitorování vitálních funkcí je každých 6 hodin, není-li ordinováno jinak.

Všechny záznamy v dokumentaci musí být srozumitelné, s použitím ošetrovatelské terminologie, čitelné, stručné (jejich význam nesmí vyvolat žádné pochybnosti), úplně – obsahující všechny nezbytné informace, dále musí obsahovat datum, čas, jmenovku a podpis sestry nebo dalšího oprávněného pracovníka, který zápis provedl.

## **6. Předávání, překládání, propuštění a úmrtí pacienta**

Předání pacienta z jedné směny na druhou je prováděno vždy kvalifikovanou sestrou před nástupem služby kvalifikované sestře.

Zhodnocení proběhlé směny s potřebnými informacemi o pacientovi se podává na standardních odděleních ústně i písemně. V případě, že stav pacienta se v průběhu směny nezměnil, sestra při předání služby tuto skutečnost zaznamená písemně resp. razítkem do dekurzu, O pacientech hospitalizovaných na JIP a ARO se informace předávají písemně i ústně.

Ošetřující lékař předává informace o stavu jemu svěřených pacientů ústně lékaři, nastupujícímu do ústavní pohotovostní služby (dále jen ÚPS) před skončením pracovní doby, resp. před začátkem ÚPS. Podrobně ho seznámí zejména s klinickým stavem a plánovanými výkony u nově přijatých pacientů a pacientů, kterých stav se během pracovní doby zhoršil. Každý pacient hospitalizovaný na JIP se předává individuálně lékaři majícímu ÚPS.

Písemný záznam v ošetrovatelské dokumentaci je výstižný a stručný. Ústní i písemné informace musí být shodné. Předání se realizuje na pracovně sester nebo u lůžka pacienta za účasti všech členů ošetrovatelského týmu. Při nástupu noční směny a ranní směny se předání u lůžka uskutečňuje jen v nutných případech.

U skupinového systému a individuálního ošetřování referují sestry o svých přidělených pacientech.

Ve zdravotnické dokumentaci pacienta, současně s realizací plánu péče, jsou během směny sestrou zaznamenávány veškeré podstatné a zjištěné skutečnosti o pacientovi (fyziologické funkce, psychický stav, bolest, podání analgetik apod.).

Na základě ošetrovatelské dokumentace se předávají informace o náhlých změnách zdravotního stavu pacientů, provedených či připravovaných vyšetřeních, zákrocích a zvláštích ošetrovatelské péče.

Přihodí-li se během směny mimořádná událost, postupuje se podle Standardu ošetrovatelské péče - Hlášení mimořádných událostí v Nemocnici Písek a.s.

Záznam v sešitě hlášení nebo denním hlášení sester obsahuje minimálně: datum nástupu, počet předaných a převzatých pacientů, rozdělení úseku ( na JIP přidělení individuální péče), přijetí, úmrtí pacientů, počet předaných opiátů eventuálně počty nástrojů. Podpis a jmenovka předávající sestry.

Pacientům a rodinným příslušníkům jsou poskytnuty informace o jménech ošetřujících osob: osobním představením, identifikací na jmenovce, prezentací na orientační tabuli na oddělení.

### **Přeložení pacienta na jinou stanicí v rámci jednoho oddělení**

Lékař s kompetencí k překladi pacienta předem a včas informuje pacienta o nutnosti a důvodech přeložení se záznamem do zdravotnické dokumentace.

předání pacienta na jinou stanicí je zajištěno kvalifikovanou sestrou kvalifikované sestře společně s dokumentací.

### **Přeložení pacienta na jiné oddělení v rámci ZZ**

Lékař s kompetencí k překladi pacienta předem a včas informuje o nutnosti a důvodech přeložení se záznamem do ZD. Překlad je předem domluven s příslušným pracovištěm, kam bude pacient přeložen. Předání pacienta na jiné oddělení je zajištěno kvalifikovanou sestrou kvalifikované sestře společně s dokumentací: překladová zpráva, ošetrovatelská překladová zpráva (obsahuje komplexní aktuální informace o pacientovi a ošetrovatelských dg., které byly v době překladi u pacienta aktuální, zhodnocení bolesti, hodnocení ran a dekubitů, aktuální zhodnocení Barthelova testu, pokud v předešlých dnech byl pod 60 bodů, edukace, průkaz o pracovní neschopnosti u pracujících osob, osobní věci pacienta, oblečení a potvrzení o úschově cenností a jiné důležité údaje). Oddělení, na které je pacient překládán, založí pacientovi nový chorobopis.

**Překlad pacienta do jiného zdravotnického nebo sociálního zařízení** je třeba zapsat do dokumentace včetně indikace.

#### Účel překladi:

- A. specializované vyšetření, které nelze provést v Nemocnici Písek a.s.,
- B. překlad pacienta do jiného zdravotnického zařízení za účelem náročné a specializované léčby,
- C. na žádost pacienta.

### **Úmrtí pacienta.**

Poté, co lékař konstatoval smrt pacienta, zapíše datum a čas úmrtí do dekurzu. Zápis opatří svým podpisem a identifikací. Kromě toho vyplní:

- List o prohlídce mrtvého průpisem 3 x.
- V případě, že lékař indikuje pitvu, vypisuje Zprávu o léčení zemřelého, která slouží jako průvodní list k pitvě. Její struktura a obsah jsou totožné s definitivní propouštěcí zprávou.
- Kopie Zprávy o léčení zemřelého je součástí chorobopisu.
- Informace rodiny o úmrtí – zajistí službu konající lékař telefonicky. Pokud není znám telefon na rodinu, volá na obecní úřad dle trvalého bydliště. Pokud dojde k úmrtí v době ÚPS, telefonuje službu konající lékař.( do 22,00 telefonuje týž den, v době od 22,00- do konce ÚPS telefonuje následující den do konce své ÚPS)Sestra vypisuje Ošetřovatelskou zprávu o úmrtí nemocného, která se založí do chorobopisu.

## **7. Nahlížení do zdravotnické dokumentace**

Do ZD mohou nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence:

- zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- pověření členové příslušné komory při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory,
- revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,
- soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy,
- lékaři správních úřadů ve zdravotnictví pověření vyřizováním konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,
- lékaři pověření ministerstvem zdravotnictví nebo krajem k vypracování odborného stanoviska k vyřizování konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,
- lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,
- členové znaleckých komisí, pověření zdravotničtí pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví,

- lékaři orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely dávek a služeb sociálního zabezpečení, důchodového pojištění, státní sociální podpory, lékaři úřadů práce pro účely zaměstnanosti, lékaři odvodních a přezkumných komisí pro účely odvodního a přezkumného řízení a lékaři určení obecním úřadem obce s rozšířenou působností pro účely civilní služby; povinnosti zdravotnických zařízení vůči orgánům sociálního zabezpečení ve věcech zdravotnické dokumentace stanoví zvláštní právní předpis,
- zaměstnanci státu ve zdravotnických zařízeních, zaměstnanci příspěvkových organizací, které jsou zdravotnickými zařízeními, a zaměstnanci provozovatelů dalších zdravotnických zařízení zabezpečující pro tato zařízení zpracování osobních údajů při vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací nebo sledování a vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče,
- zaměstnanci státu v organizační složce státu, která zajišťuje plnění úkolů NZIS, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů a informací o zdravotním stavu obyvatelstva, a zaměstnanci pověřeného nebo stanoveného zpracovatele, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů a informací o zdravotním stavu obyvatelstva,
- pověřené zdravotnické zařízení v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,
- veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením podle zákona č. 349/1999 Sb. ve znění zák. č. 381/2005 Sb.,
- osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání mohou nahlížet do ZD pouze v rozsahu nezbytně nutném a u pacientů stanovených pověřeným zdravotnickým pracovníkem zdravotnického zařízení, které zabezpečuje praktickou výuku osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického povolání; pracovníci provádějící audit zdravotnické dokumentace
- nemocniční epidemiolog, epidemiologická sestra
- informatici v souvislosti s opravami a úpravami v NISu.
- zaměstnanci Státního ústavu pro kontrolu léčiv, kteří provádějí kontrolu v rámci své působnosti.

Osoby, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace, mají právo na pořízení výpisů, opisů nebo kopií v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu.

U osob, které nejsou uvedeny ve výše uvedeném výčtu je k nahlížení do ZD pacientů je třeba jejich písemného souhlasu, případně souhlasu jejich zákonných zástupců. Souhlasu pacienta není třeba, není-li možné jej získat vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta,

## **8. Právo pacienta na poskytnutí informací a poskytování informací pacientovi**

### **Poskytování informací pacientovi**

- informace se pacientovi podávají srozumitelnou formou a srozumitelným způsobem. Pokud pacient není schopen informace přijmout nebo jim porozumět, jsou informováni blízcí.
- Pacient je informován o případném ambulantním sledování v nemocnici a je o tom záznam v propouštěcí zprávě
- Pacient je informován, za jakých okolností je třeba neodkladně vyhledat zdravotnickou péči a je o tom stručný zápis v propouštěcí zprávě
- Pacient je informován, pokud je to nutné o dietních a nutričních opatřeních, a je uveden kontakt pro případné konzultace
- Pacient je informován o názvu a sídle zařízení, které bude poskytovat další péči a je o tom záznam v propouštěcí zprávě

### **Pacient má právo**

na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve ZD vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu; v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů

nahlížet do dokumentů a to v přítomnosti zdravotnického pracovníka; v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může pacient nahlížet do záznamů týkajících se popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů. V případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má pacient nárok na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těch částí dokumentů, které se týkají popisu příznaků, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů, má právo určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě a to při přijetí nebo po celou dobu hospitalizace může změnit osoby. Právo pacienta na určení osoby nebo na vyslovení zákazu se nevztahuje na osoby, které jsou oprávněny do ZD nahlížet ze zákona a osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a na právo nahlížet do ZD nebo na pořizování výpisů, opisů nebo kopií podle předpisů upravujících poskytování zdravotní péče, popř. činnosti související se zdravotní péčí; jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké.

Určení osoby nebo zákaz podávání informací podle popřípadě odvolání určené osoby nebo zákazu podávání informací se zaznamená do ZD, opatří se podpisem sestry a



pacienta. Jestliže se nemůže pacient ze zdravotních důvodů podepsat, ale je schopen projevit svou vůli, podepíše záznam ošetřující lékař a jeden svědek. Současně se uvede důvod, jakým způsobem pacient svou vůli projevil a zdravotní důvody, pro něž se nemohl pacient podepsat.

Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, o příčinách úmrtí a výsledku pitvy, pokud byla provedena, mají v přítomnosti zdravotnického pracovníka právo nahlížet do ZD nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů osoby blízké zemřelému pacientu, neurčil-li za svého života jinak, popř. další osoby určené pacientem. Jde-li o zemřelého pacienta, který byl osobou s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům nebo nezletilou osobu, má tato práva zákonný zástupce tohoto pacienta, popř. osoba určená tímto zákonným zástupcem.

Jestliže zemřelý pacient za svého života vyslovil zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu, právo na informace o jeho zdravotním stavu, včetně práva nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka do ZD nebo jiných zápisů, vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, a právo pořizovat z nich výpisy, opisy nebo kopie mají osoby blízké pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob, a to v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví.

Pokud má zdravotnický pracovník v pochybnosti o totožnosti osoby, popř. jejího vztahu k pacientovi, které náleží práva uvedená výše, má právo požadovat prokázání totožnosti.

Osoba, která může nahlížet do ZD nebo do jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, anebo si může pořizovat výpisy, opisy nebo kopie těchto dokumentů nesmí zjistit osobní údaje třetích osob. Rodné číslo pacienta lze poskytnout pouze osobám blízkým nebo osobám, které mají právo na informace, pokud tyto osoby prokáží, že jim pacient nebo zákonný zástupce udělil souhlas k využití rodného čísla.

Jestliže jsou ve ZD vedené o nezletilém pacientovi zaznamenány takové údaje o jeho zákonném zástupci, které zdravotnickému pracovníkovi sdělil nezletilý pacient nebo jiná osoba a z nichž lze vyvodit podezření na zneužívání nebo týrání nezletilého pacienta, ohrožování jeho zdravého vývoje popř. jiné závažné porušení rodičovské zodpovědnosti, lze omezit zpřístupnění ZD zákonným zástupcům, pokud je toto omezení je v zájmu nezletilého pacienta. Stejně lze postupovat i tehdy, požádá-li o to nezletilý pacient, který s ohledem na věk a stupeň rozumové vyspělosti je schopen si sám utvářet své názory. Přístup do ZD lze zákonným zástupcům omezit pouze ve vztahu k údajům z uvedených důvodů. Obdobně se postupuje u pěstounů.

Výpisy, opisy nebo kopie ZD je nutno vyhotovit ve lhůtě do

- a) 10 dnů ode dne obdržení žádosti pro osoby, které mají ze zákona přístup do ZD, pokud není stanoveno jinak,
- b) 30 dnů od obdržení žádosti pacienta nebo jiné oprávněné osoby.

Tato lhůta neplatí, pokud se jedná o výpisy, opisy nebo kopie za účelem zajištění návaznosti zdravotní péče. Za jejich pořízení bude od pacienta

požadována úhrada (viz dále), pokud není pořízení hrazeno z veřejného pojištění.

Výpis, kopie dokumentace i její částí se vyhotoví na základě písemné žádosti pacienta. Tato žádost se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta.

Každé nahlédnutí do ZD nebo pořízení výpisů, opisů nebo kopií se zaznamená do ZD. Uvede se jméno, popř. jména, příjmení a datum narození osoby, která do ZD nahlédla nebo jí byl poskytnut výpis, opis nebo kopie, dále se uvede účel a datum nahlédnutí nebo pořízení výpisů, opisů nebo kopií. Záznam podepíše zdravotnický pracovník, který byl přítomen nahlížení do ZD nebo pořídil výpis, opis nebo kopie a oprávněná osoba.

## **9. Povinná mlčenlivost**

Každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby; povinnost oznamovat určité skutečnosti uložená zákonem č. 123/2000 Sb. tím není dotčena. Jde o případy trestního řízení a vyplývající z ohlašovacích povinností podle tohoto zákona, a mezinárodních závazků, kterými je Česká republika vázána. Povinností mlčenlivostí není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popř. jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Jedná se především o povinnosti zachovávat mlčenlivosti o pacientech, kteří jsou v péči zdravotnického zařízení, a to o důvodech léčení, zdravotním stavu, hospitalizaci, diagnóze, prognóze a léčení jednotlivých pacientů. Povinná mlčenlivost platí i vůči všem ostatním zdravotnickým pracovníkům, s výjimkou případů, kdy jde o poskytování údajů potřebných pro návaznost zdravotní péče (změna ošetřujícího lékaře) a vůči všem ostatním zdravotnickým pracovníkům, kteří se na péči o pacienta nepodílí a nepotřebují tak získávat informace o jeho zdravotním stavu. Povinná mlčenlivost se vztahuje i na případy vizity při sdělování údajů o diagnóze, prognóze a dalších citlivých údajů před ostatními pacienty.

### **• Výjimky z povinné mlčenlivosti**

Výjimkou z povinné mlčenlivosti jsou případy, kdy jsou údaje sdělovány třetí osobě se souhlasem pacienta (pacient sám zdravotnického pracovníka zproští povinné mlčenlivosti) nebo v případě vzniku povinnosti oznamovat určité skutečnosti, např. orgánům činným v trestním řízení (jde o povinnost oznamovat trestné činy uvedené v § 168 trestního zákona – týrání svěřené osoby a vražda).

### **• Podávání informací státním orgánům včetně soudům, polici a státnímu zastupitelství**

Povinná mlčenlivost se vztahuje i na státní orgány, soudy, policii a státní zastupitelství, a to i v případě trestního řízení. Ze zákona má každá osoba povinnost bez zbytečného

odkladu vyhovovat dožádáním orgánům činným v trestním řízení, pokud mu není zvláštním zákonem uložena povinnost mlčenlivosti. Z tohoto důvodu lze splnění této povinnosti odmítnout, ledaže by byl zdravotnický pracovník této povinnosti pacientem zproštěn.

**Postup při podávání informací:**

- a) státním orgánům – lze vycházet z pravdivosti tvrzení státního orgánu, a pokud bude součástí žádosti písemné ujištění, že pacient vyslovil s podáním zprávy souhlas, není nutno tuto informaci ověřovat ani vyžadovat souhlas pacienta,
- b) soudům – v případě trestního řízení lze žádosti vyhovět i bez souhlasu pacienta, pokud je žádost opatřena podpisem soudce. V případě jiného než trestního řízení je nutno podávat informace jen se souhlasem pacienta,
- c) policii a státnímu zastupitelství – je možno podávat informace jen se souhlasem pacienta.

- **Podávání informací o zdravotním stavu pacienta**

Informace o zdravotním stavu pacienta je možno podávat jen těm osobám a v tom rozsahu, jak stanovil pacient. Pokud lékař podává informace osobám blízkým pacienta, které osobně nezná, doporučuje se vyžádat si od nich průkaz totožnosti.

Po telefonu je možno podávat jen ty informace, jejichž sdělením nehrozí škoda, např. pacient je hospitalizován.

V případě podávání informací o zdravotním stavu pacienta po jeho smrti je nutno rovněž zachovávat povinnou mlčenlivost, popřípadě je možno sdělovat jen ty údaje, které mluví ve prospěch pacienta.