

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Diplomová práce

Marcela Smrčková

Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu pracovníka nelékařských profesí

Olomouc 2012

vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu.

V Olomouci dne 15. 3. 2012

Marcela Smrčková

Děkuji PhDr. et Mgr. Jitce Tomanové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům Šumperské nemocnice a.s. za jejich spolupráci.

Obsah

1 Úvod	7
2 Cíl diplomové práce a dílčí úkoly práce	9
2.1 Hlavní cíl	9
2.2 Dílčí úkoly	9
3 Teoretické poznatky	10
3.1 Kvalita zdravotní péče.....	10
3.1.1 Definice kvality zdravotní péče.....	10
3.1.2 Historie a současnost kvalitní a bezpečné péče.....	12
3.1.3 Zajištění kvality.....	18
3.1.4 Měření a hodnocení kvality zdravotní péče	19
3.1.5 Systémy řízení kvality	24
3.1.6 Management řízení kvality zdravotní péče	25
3.1.7 Program řízení rizik	25
3.2 Ošetrovatelská péče.....	27
3.2.1 Definice ošetrovatelství	27
3.2.2 Koncepce ošetrovatelství v České republice.....	28
3.2.3 Kvalita ošetrovatelské péče.....	31
3.2.4 Management ošetrovatelské péče	34
3.3 Nelékařští pracovníci ve zdravotnictví.....	36
3.3.1 Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství	37
3.3.2 Registrace zdravotnických pracovníků.....	42
4 Metodika práce.....	44
4.1 Metodika výzkumu	44
4.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	45
4.3 Základní informace o Šumperské nemocnici a.s.	45

5 Výsledky práce	48
6 Diskuse a závěr	71
7 Souhrn (Summary)	81
9 Referenční seznam	84
10 Seznam zkratek	89
11 Přílohy.....	90

1 Úvod

Kvalita poskytované zdravotní péče je citlivým tématem, které nezajímá jen poskytovatele zdravotní péče, ale i širokou veřejnost. Veřejnost má čím dál větší zájem být informována o tom, co kvalitní péče znamená a jakým způsobem se může dozvědět o kvalitě poskytované péče ve „svém“ zdravotnickém zařízení. Pojem kvalitní péče je dnes úzce spojen s pojmem bezpečná péče. Bezpečnou péčí rozumíme tu péči, která preventivně předchází možným pochybením.

Definovat kvalitu zdravotní péče je obtížné a svědčí o tom velké množství definic v odborné literatuře. Hodnocením kvality péče se zabývají nejen samotná zdravotnická zařízení, ale také externí organizace jako jsou například Spojená akreditační komise, o.p.s.

Každé zdravotnické zařízení se dnes snaží zkvalitňovat zdravotní péči proto, aby zajistilo spokojenost a bezpečí pacientů a tím získalo dobrou pověst. Dalším důvodem je snaha přiblížit se standardu Evropské unie a také možná jen přežít v tvrdších konkurenčních podmínkách. Zdravotnická zařízení realizují programy kontinuálního zvyšování kvality, s důrazem na kvalitní a bezpečnou péči, poskytovanou v souladu s potřebami a požadavky pacientů. Organizace zabývající se hodnocením kvality péče se podílí na vytvoření obecných kritérií kvality poskytované péče. Výsledky šetření pak umožňují nezávislé hodnocení a porovnávání kvality mezi zdravotnickými zařízeními a samozřejmě přináší tolik žádané informace pro laickou veřejnost.

Úloha státu v tomto procesu je důležitá a týká se hlavně oblasti nastavení legislativních parametrů, metodického vedení, zajištění dostupnosti informací a edukace pacientů i zaměstnanců zdravotnických zařízení.

V současné době se Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve svých aktivitách připojuje k projektům Světové zdravotnické organizace či Evropské unie v oblasti kvality péče. Stanovilo Akční plán kvality a bezpečí na roky 2010 – 2012 s definovanými bezpečnostními cíly. Změny probíhají a nadále se očekávají i v oblasti legislativy. Aktuálně se řeší otázka definice standardní a nadstandardní péče.

Významnou roli při poskytování zdravotní péče a implementaci programů kvality má samozřejmě také ošetřovatelství. Protože se požadavky na kvalitu ošetřovatelské péče neustále zvyšují, zvyšují se i nároky na práci a vzdělávání sester. Právě celoživotní vzdělávání sester je jedním ze základních pilířů kvalitní ošetřovatelské péče. Běžnými

pojmy se stávají kvalita, standard, audit nebo indikátor kvality. A právě z tohoto důvodu jsem si zvolila téma práce.

Diplomová práce je soustředěna na nelékařský personál a jeho přístup k programům zajišťujícím kvalitu péče.

Cílem práce bylo zjistit, jaké mají nelékařští pracovníci teoretické znalosti z oblasti kvality péče, jak jsou informováni o aktuálních programech a jak vnímají a pracují s prostředky zajišťujícími kvalitu péče. Poslední oblastí výzkumu bylo zjistit, jaký je jejich osobní názor na oblast kvality zdravotní a ošetrovatelské péče.

Teoretická část práce se zabývá teoretickými pojmy z oblasti kvality zdravotní a ošetrovatelské péče, koncepcí a zásadami při poskytování ošetrovatelské péče a také strukturou a vzděláváním nelékařským pracovníků v České republice.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na nelékařský personál Šumperské nemocnice a.s. a jeho přístup k aktuálnímu systému kontinuálního zvyšování kvality poskytované péče. Výzkum byl realizován kvantitativní metodou, technikou dotazníku.

Šumperská nemocnice a.s. bude v letošním roce již potřetí obhajovat certifikát kvality Spojené akreditační komise, o.p.s. Věřím, že výsledky práce budou přínosem pro již tak náročný proces a pomohou při organizaci vzdělávání nelékařského personálu a jeho aktivnějšího zapojení do systému zlepšování kvality poskytované péče.

2 Cíl diplomové práce a dílčí úkoly práce

2.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak zdravotnický personál na úrovni nelékařských pracovníků (všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti), zná, vnímá a hodnotí proces zvyšování kvality poskytované péče a jakým aspektům z oblasti kvality a bezpečí péče přikládá význam.

2.2 Dílčí úkoly

1. Zjistit teoretické znalosti nelékařských pracovníků z oblasti kvality a bezpečí poskytované péče (otázka 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).
2. Zjistit, jak personál hodnotí zavedená opatření v oblasti kvality a bezpečí v Šumperské nemocnici a.s. (otázka 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19).
3. Zjistit, osobní názor a přístup ošetrovatelského personálu ke kvalitě a bezpečí poskytované péče (otázka 20, 21, 22, 23, 24, 25).

3 Teoretické poznatky

3.1 Kvalita zdravotní péče

Na zdravotnická zařízení po celém světě jsou kladeny vysoké nároky stran kvality poskytované zdravotnické péče a bezpečnosti pacienta, navzdory nedostatečnému vybavení či nedostatkům finančních, lidských a jiných zdrojů. Tato zdravotnická zařízení jsou si většinou vědoma toho, co je potřeba k poskytování kvalitní a bezpečné péče o pacienta, nicméně jim chybí vedení, dostatečně vyškolený personál nebo organizační struktura potřebná k zahájení procesu zlepšování kvality péče. Zdravotnická zařízení často jen nevědí, kde začít, a které kroky budou mít na kvalitu péče a bezpečnost pacienta největší dopad. Ministerstva zdravotnictví, úřady a ostatní vládní agentury zodpovědné za poskytování bezpečné a kvalitní zdravotnické péče potřebují objektivní informace k tomu, aby mohli řídit strategická a finanční rozhodnutí vedoucí ke zlepšení bezpečnosti a kvality služeb poskytovaných veřejnosti. Často však nemají nástroje k tomu, aby mohli efektivně shromažďovat a analyzovat údaje o rizicích ve zdravotnických zařízeních, a tím lépe investovat finanční prostředky do zlepšování kvality a bezpečnosti péče. Obdobně plátcům zdravotnické péče a zdravotním pojišťovnám chybí relevantní data potřebná k tomu, aby mohli pacienty směřovat do zdravotnických zařízení s nižším rizikem. Mezi stimuly, které se podílejí na zvyšování kvality, patří dynamika rozvoje nových technologií a léků; požadavky občanů a pacientů; role médií; konkurenční tlaky a kontrola nákladů (www.mzcr.cz; Marx, 2011).

3.1.1 Definice kvality zdravotní péče

Definovat kvalitu jako takovou není jednoduché. Možná proto, že kvalita nepředstavuje pouze soubor metod, pracovních postupů a technik, ale v moderním kontextu je vnímána jako filozofie, která je úzce spojena s organizační kulturou. O to obtížnější je definovat kvalitu zdravotní péče. Svědčí o tom velké množství definic, které můžeme nalézt v literatuře (Škrlovi, 2003).

Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu zdravotní péče jako „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe*“ (Gladkij, 1999, s. 12).

A. Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako „*takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu*“ (Gladkij, 1999, s. 12).

Podle novější definice Světové zdravotnické organizace je kvalita zdravotní péče definována jako „*stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí technologického vývoje*“ (Gladkij, 1999, s. 13).

Škrlovi tvrdí, že kvalita péče je: „*dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi*“ (Škrlovi, 2003, s. 36).

Kvalita zdravotní péče může být také definována jako stupeň, v němž péče poskytována zdravotnickými institucemi jednotlivcům nebo specifickým populacím zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků, je konzistentní se současnými odbornými znalostmi a současně přináší spokojenost pacientů i zdravotnických pracovníků. Definice kvality je ve svých principech jedinečná z hlediska obsažených hodnot v rámci dané profesionální i etnické kultury a v kontextu konkrétní situace. Je nemožné definovat kvalitu péče, aniž bychom zvažovali hodnoty, které tvoří pozadí konkrétní individuální společenské a profesionální situace. Kvalita péče je dynamický pojem s mnoha rozměry. Její definice proto závisí jak na pohledu osoby, která ji definuje, tak na kontextu daného prostředí. Definice se také mění při vzniku nových poznatků a jejich přijetí. Při definování kvality péče se proto musíme ptát: z čí pozice je k ní přistupováno, na jakých hodnotách je založena, a z jakých znalostí a zdrojů pramení (Gladkij, 1999).

Na kvalitu péče je tedy možné dívat se z různých pohledů. Kvalita z pohledu pacienta (co si pacienti přejí a co zažívají), odborná kvalita (co pacienti potřebují a uplatňování zásad nejlepší praxe) a kvalita managementu (efektivnost a dodržování předpisů). Zlepšení kvality zahrnuje definici a měření aspektů každého měření a stanovení standardů. Většina strategií sleduje zlepšení služeb poskytovaných pacientovi v zařízeních zdravotní péče (z pohledu služby zdravotní péče). My však víme, že těmi nejriskantnějšími úseky péče jsou body zvratu – přechod mezi odborností a službami, a že řada problémů spojených s kvalitou hrozí na dělicí čáře mezi službami. Kvalitu a bezpečnost lze tedy definovat i jako odpovídající míru spolupráce různých služeb po celou epizodu péče (z pohledu systému péče/kontinuity péče). Některé strategie usilují dokonce v ještě větší šíři o zlepšení služeb občanům, kteří se ještě nestali pacienty, a definují kvalitu zdravotního systému jako systém zahrnující služby prevence a podpory zdraví určené

populacím (z pohledu kvality zdravotního systému). Předpokládá se tak, že vysoce kvalitní a bezpečný systém zpřístupňuje služby nejpotřebnějším, nevystavuje jedince riziku újmy, jíž lze předcházet a maximalizuje výsledné zdraví, ovlivňované zdravotní péčí na úrovni populace (www.mzcr.cz).

Bezpečnou péčí rozumíme jakoukoliv činnost rozvíjenou jednotlivcem nebo organizací za účelem ochrany pacienta před újmou na zdraví následkem lékařské a ošetrovatelské péče nebo péče poskytnuté kterýmkoliv členem multidisciplinárního léčebného týmu. Dalo by se tedy jednoduše říci, že kvalitní péče je ta péče, která s sebou přináší prevenci pochybení v oblasti poskytované péče. A tímto směrem se v dnešní době posunuje i hodnocení kvality poskytované péče. Proces zajišťování bezpečí pacientů ve zdravotnických zařízeních je nutno cíleně řídit stejně tak, jako je nutné řídit ekonomiku a kvalitu (Škrlovi, 2003).

V oblasti zajištění bezpečnosti pacientů došlo v posledním desetiletí ve většině západních zemí k radikálnímu posunu ve způsobu myšlení a chování těch zdravotníků, kteří si uvědomují nutnost bezpečí péče. Bezpečí pacientů je dnes hlavním tématem na všech mezinárodních diskusních fórech týkajících se kvality ve zdravotnictví. Odborné studie prokazují, že nemocnice jsou místem, kde převážně většině pacientů je poskytnuta prospěšná péče, ovšem současně tam pro nezanedbatelnou menšinu z nich mohou vznikat významná rizika, která nejsou způsobena vlastním onemocněním či poraněním, ale problémy při poskytování zdravotní péče či při organizaci služeb v nemocnici a mohou je poškodit a přechodně či trvale zhoršit jejich zdravotní stav. Bezpečí pacientů je nezpochybnitelnou prioritou při poskytování zdravotních služeb. Jen aktivní přístup všech zdravotníků je podmínkou pro zabezpečení této priority (www.mzcr.cz).

3.1.2 Historie a současnost kvalitní a bezpečné péče

3.1.2.1 Mezinárodní situace

Otázky zajišťování kvality péče poskytované zdravotní péče obecně a zvláště pak péče nemocniční byly teoreticky rozpracovány a prakticky ověřovány nejdříve v USA a později i v západoevropských zemích. Zakladatelem nového celostního chápání kvality poskytované zdravotní péče je především Avedis Donabedian. Jeho teoretické práce současně s rozmachem zdravotnických služeb a s rozšířením vyspělých technologií v sedmdesátých letech vyvolaly zájem o vyhodnocování kvality a spotřeby zdravotní péče.

Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations - JCAHO), která vznikla již v roce 1951, vytvořila první ucelený soubor standardů a určila počet povinných lékařských a ošetrovatelských auditů za rok. Zájem o kvalitu péče a její zlepšování se postupně přenesl i do Evropy a koncem osmdesátých let bylo v řadě vyspělých evropských států zajišťování kvality zdravotní péče zabudováno do zdravotnického zákonodárství. V roce 1985 byl program zajišťování kvality definován jako jeden z 38 cílů Světovou zdravotnickou organizací v rámci evropské strategie programu Zdraví pro všechny do roku 2000. V téže roce vznikla Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (The International Society for Quality in Health Care –ISQua). V roce 1998 byla vytvořena mezinárodní odnož JCAHO s názvem Joint Commission International Accreditation (JCIA), která působí i v České republice (Gladkij, 1999; Škrlovi 2003; Mahútová, Svobodová, 2010).

Dalším milníkem v přístupu ke kvalitě poskytované péče se stává rok 1999. Americkým institutem medicíny byly vydány dva důležité dokumenty. Jedním z nich je „To err is human“ (Chybovatí je lidské), druhý se nazývá „Quality Chasm“ (Propast v kvalitě). Tyto publikace varovaly zdravotnickou veřejnost před nebezpečím medicínských omylů a vyzývali zdravotníky otevřeně k tomu, aby bezpečnost pacientů učinili svoji největší prioritou. Obavy o bezpečnost léčebné péče získávají čím dál větší pozornost nejen zdravotníků a jejich profesních organizací, ale také sdělovacích prostředků a veřejnosti (Škrla, 2005).

Na 51. světovém zdravotnickém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. Deklarace byla přijata, aby zdůraznila a podpořila program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny ve 21. století. Její cíl č. 16 se nazývá „Řízení v zájmu kvality péče“ říká, že je potřeba zajistit, aby řízení resortu zdravotnictví od zdravotních programů až po individuální péči o pacienta na klinické úrovni bylo orientováno na výsledek. Cíl č. 18 „Příprava zdravotnických pracovníků“, aby odborníci ve zdravotnictví a zaměstnanci dalších odvětví získali odpovídající vědomosti, postoje a dovednosti k ochraně a rozvoji zdraví. Do středu pozornosti se dostává především vzdělávání v oblasti ošetrovatelství s cílem přiblížit je systémům osvědčeným ve většině vyspělých zemí. Vláda ČR tento program ratifikovala 30. října 2002 (www.mzcr.cz).

Od roku 2004 se problematikou bezpečnosti poskytované zdravotní péče pod záštitou Světové zdravotnické organizace intenzivně zabývá Světová aliance pro bezpečnost pacientů (World Alliance for Patient Safety). Jejím hlavním cílem je rozšiřovat informace o možnostech prevence poškození pacientů spojeného s poskytováním zdravotní péče (www.mzcr.cz).

V dubnu 2005 byla schválena na summitu členských států Evropské unie tzv. Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů (Luxembourg Declaration on Patient Safety). Její součástí je výběr z následujících doporučení pro členské státy EU:

- Zvážit výhody zavedení národního dobrovolného systému hlášení nežádoucích událostí a nedokonaných pochybení.
- Postupně zavádět procesy v oblasti řízení rizik ve zdravotnictví – například vytvářením algoritmů a indikátorů kvality v rámci systému externího hodnocení kvality ve zdravotnictví.
- Zřizovat národní fóra zabývající se problematikou bezpečí pacientů.
- Zahrnout informace o bezpečí pacientů do standardního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Vytvářet prostředí, kde jsou chyby využity k poučení, nikoli k svalování viny a hanby a k trestání „pachatelů“ (www.mzcr.cz).

Po Lucemburské deklaraci následovala deklarace Londýnská (London Declaration). Její vyhlášení se datuje na 29. března 2006. Představila vizi pro bezpečnější systémy zdravotní péče po celém světě a zdůraznila konkrétní oblasti, ve kterých pacienti a spotřebitelé a organizace, které zastupují, mohou spolupracovat s poskytovateli zdravotní péče, aby významným způsobem přispěli ke zlepšení bezpečnosti pacientů (www.mzcr.cz).

Každým rokem jsou pořádány konference Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (The International Society for Quality in Health Care –ISQua). Obsah všech témat na těchto konferencích je zaměřen na oblasti související s poskytováním kvalitní a bezpečné péče. Konference jsou pořádány na celém světě, můžeme uvést např. rok 2008, kdy proběhla konference v Kodani, v roce 2009 v Dublinu. Jmenované mezinárodní aktivity, vedoucí k bezpečné péči, nejsou jediné, se kterými se lze setkat. Můžeme uvést Institut of Medicine (IOM), Mezinárodní radu sester (ICN), jejímž členem je i Česká republika a další společnosti zabývající se bezpečnou péčí, které si zakládají samy státy (Havelková, 2010).

Všeobecný přístup k vysoce kvalitní zdravotní péči je zásada, kterou Evropská unie uznává a jíž si cení. Evropští občané mohou oprávněně očekávat, že bude vyvíjeno veškeré úsilí k zajištění jejich bezpečnosti jakožto uživatelů zdravotnických služeb. Podle Evropské unie je zapotřebí zavést kulturu bezpečnosti pacientů v celém systému zdravotnictví. Na úrovni Evropské unie se přijímají opatření a podnikají kroky v tomto ohledu, jejichž cílem je podporovat a koordinovat státní politiky a zaručovat vysokou kvalitu výrobků, služeb a řízení v oblasti zdravotní péče a léčby. Zdravotnictví patří mezi tzv. doplňkové politiky Evropské unie. Organizace a poskytování zdravotních služeb a lékařské péče patří plně do kompetence členských států, role Evropské unie se zaměřuje na zlepšování ochrany veřejného zdraví, prevenci nemocí a užívání návykových látek (drogy, alkohol, tabák apod.). Kvalita zdravotnického zboží, bezpečnostní normy a výkonnost lékařské technologie a standardní odborná příprava zdravotnických odborníků byly označeny za oblasti činností, v nichž je třeba zlepšit kvalitu a zajistit prevenci událostí, které mají nepříznivý dopad na pacienty. Vzhledem k tomu jsou středem činností Evropské unie v této oblasti legislativní opatření spojená se zřizováním agentur a pracovních skupin (poskytujících vědecky podložená stanoviska). Společenství se navíc prostřednictvím vytváření sítí a informačních systémů hodlá zaměřit na výměnu zkušeností a osvědčených postupů mezi vnitrostátními orgány a zainteresovanými stranami ve snaze vytvořit kulturu neustálého učení a zlepšování. Byla zřízena síť pro hodnocení zdravotnické technologie (Health Technology Assessment Network), která má systematicky pomáhat tvůrcům politiky a zajišťovat koordinaci činností týkajících se klinické účinnosti, kvality a ostatních parametrů zdravotnických technologií, jako jsou farmaceutické přípravky, zdravotnické prostředky a chirurgické zákroky (<http://ec.europa.eu>; www.euroskop.cz).

Bezpečnost pacientů má v rámci politického programu Evropské unie vysokou prioritu. V roce 2005 členské státy zřídily mechanismus pro debatu o otázkách bezpečnosti pacientů a další práci v této oblasti. V rámci skupiny na vysoké úrovni pro zdravotnické služby a zdravotní péči byla zřízena pracovní skupina, prostřednictvím níž hodlá Evropská komise podporovat práci a činnost členských států. Aktivními členy pracovní skupiny jsou i Světová zdravotnická organizace (zejména prostřednictvím Světové aliance pro bezpečnost pacientů), Rada Evropy, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj a evropská sdružení pacientů, lékařů, zdravotních sester, lékárníků, zubních lékařů

a nemocnic. Evropská komise v současné době připravuje návrh, který se zaměří na důležité otázky obecné a systematické bezpečnosti pacientů (<http://ec.europa.eu>).

3.1.2.2 Situace v České republice

České zdravotnictví si již v roce 1989 bylo akutně vědomo značných rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními a součástí transformačního procesu byla snaha o vytvoření mechanismu, který by tuto variabilitu pomohl snížit. V roce 1994 byl iniciován projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela pracovní skupina při Ministerstvu zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví, zástupci asociací nemocnic, Česká lékařská komora, zástupci pojišťoven, Česká asociace sester, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR a ředitelé vybraných nemocnic). Projekt byl ukončen v roce 1998 vytvoření Spojené akreditační komise České republiky (SAK ČR). Ve stejném roce byly ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví číslo 7 popsány akreditační standardy a metodika. K 31.12.2010 je v České republice celkově 51 akreditovaných zdravotnických zařízení. V roce 2010 proběhlo 13 reakreditací, z toho 2 formou doplňkového šetření v zařízeních, která byla akreditována JCI (www.sakcr.cz; Škrlovi, 2003).

V roce 2007 byl Ministerstvem zdravotnictví České republiky (MZ ČR) vydán dokument „Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví“. Obsahuje strategii cesty ministerstva ke zvyšování bezpečí pacientů. Nastíněná strategie je postupně naplňována projekty a aktivitami za podpory ministerstva a je dále rozpracována v „Akčním plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 –2012“, který je nástrojem dokumentu Rady Evropské komise tzv. „Doporučení Rady pro bezpečnost pacientů zahrnující prevenci a kontrolu infekcí spojených se zdravotní péčí“. Doporučení je strategický dokument, který poskytuje návod a jednotlivé kroky ke zlepšení současné situace v oblasti bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí (Kalvachová, 2010).

Mezi systematické kroky ke zvýšení bezpečnosti a kvality zdravotní péče, které jsou podporovány Ministerstvem zdravotnictví, patří vytvoření „Informačního Portálu kvality a bezpečí“, publikace „Knihy bezpečí“ a „Rádce pro pacienta“, dále projekty „Obecné fórum pro tvorbu standardů“ a „Národní sada ukazatelů kvality zdravotních služeb“. Dalšími projekty je tvorba „Metodického rámce pro sledování systému sledování nežádoucích událostí v lůžkových zdravotnických zařízeních“ a „Metodického návrhu pro sledování spokojenosti pacientů ve zdravotnických zařízeních. V poslední řadě projekt

„Zmapování situace v oblasti řízení a bezpečnosti kvality zdravotní péče v přímo řízených organizacích Ministerstvem zdravotnictví České republiky“ (www.mzcr.cz).

Součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče jsou definice Resortních bezpečnostních cílů. Resortní bezpečnostní cíle, vychází z Doporučení Rady Evropské unie a jednotlivých doporučení WHO Světové aliance pro bezpečnost pacientů a byly modifikovány na národní podmínky. Resortní bezpečnostní cíle se vyhláší formou doporučených postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů i jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. Jsou závazné pro přímo řízené organizace ministerstva a zároveň slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení bez ohledu na jejich typ. V roce 2010 Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo následující Resortní bezpečnostní cíle (RBC) v oblasti kvality a bezpečnosti zdravotních služeb

RBC 1 - Bezpečná identifikace pacientů

RBC 2 - Bezpečnost při používání rizikových léčiv

RBC 3 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech

RBC 4 - Prevence pádů pacientů

RBC 5 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011- duben 2012 rozšířeny o nové dva cíle:

RBC 6 - Bezpečná komunikace

RBC 7 - Bezpečné předávání pacientů (www.mzcr.cz).

Na základě příkazu ministra MUDr. Leoše Hegera č. 30/2010 zahájila v listopadu 2010 činnost Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče (PSBPKZP). Pracovní skupina je iniciačním a koordinačním orgánem pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče v ČR. PSBPKZP se stala také platformou pro výměnu informací o aktuální činnosti v oblasti bezpečnosti pacientů a kvality zdravotní péče v České republice na základě stávajících a vznikajících problémů, priorit a inovačních řešení. Členy PSBPKZP jsou zástupci MZ ČR sekce zdravotní péče, ochrany a podpory veřejného zdraví a sekce zdravotního pojištění. Dále zástupci odborných společností, profesních organizací, zdravotní pojišťovny, rezortů Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a zástupci odborné a laické veřejnosti (Kalvachová, 2010)

Národní referenční centrum (NRC) je funkční, otevřenou, transparentní organizací, která vyvíjí, udržuje a poskytuje nezbytné klasifikace a klasifikační systémy sloužící k popisu produkce zdravotních služeb. Jedním z hlavních cílů dokumentu „Vize Národního

referenčního centra pro léta 2011 až 2014“ je kvalita a efektivita zdravotní péče. Činnost NRC pro podporu tohoto cíle je rozvoj národní sady ukazatelů kvality a dokončení grantu „Výzkum metod standardizace zdravotní péče zaměřený na vývoj národní sady standardů zdravotních služeb“ (www.nrc.cz).

Jedním z hlavních cílů České asociace sester, která je největší odbornou profesní organizace sester a jiných odborných pracovníků v České republice je vytvářet účinné nástroje k zajištění bezpečně a kvalitně poskytovaných ošetrovatelských služeb v souladu s potřebami osob, skupin i komunit. V rámci asociace pracují pracovní skupiny pro kvalitu ošetrovatelské péče a pro bezpečí zdravotníků. Cílem činnosti těchto skupin je aktivně podporovat kvalitu a bezpečí poskytované péče tvorbou doporučených pracovních postupů, spolupracovat s různými subjekty (např. MZ ČR, NRC, aj.) na přípravě a tvorbě národních standardů, spolupodílet se na připomínkování národní legislativy v oblasti kvality péče, spravovat a koordinovat národní indikátor kvality ošetrovatelské péče „Pády u hospitalizovaných pacientů v České republice“, podporovat projekt „Prevalenčního výskytu sledování dekubitů v nemocnicích v České republice“, provádět na žádost zdravotnických zařízení audity ošetrovatelské péče, podílet se na celoživotním vzdělávání nelékařů v oblasti kvality a bezpečí, podporovat kulturu bezpečí ve zdravotnictví prostřednictvím aktivit, podporovat výzkum v oblasti bezpečné péče a bezpečného prostředí, podporovat resortní bezpečnostní cíle pro rok 2011, které jsou součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012, schválené Ministerstvem zdravotnictví České republiky (www.cnaa.cz).

3.1.3 Zajištění kvality

Zajišťování kvality znamená proces monitorování a intervencí pro zabezpečení co možná nejlepší dosažitelné úrovně poskytování péče a to zejména trvalým získáváním, sledováním a vyhodnocováním informací. Prioritním úkolem managementu je vytvoření metodických a organizačních podmínek a motivace zaměstnanců pro zajišťování kvality. Úspěch a spokojenost je dána také definováním a používáním objektivních kritérií pro vyhodnocování péče a vyhodnocováním účinnosti intervencí. Zajišťování kvality současně znamená vytváření prostoru pro soustavný rozvoj pracovníků a organizace s využitím nových metod, dále kladení stejného důrazu na správnost údajů a soustavnost měření jako na tříbení postojů a vztahů. Zajišťování kvality dále znamená předpoklad

pro vyspělou praxi zaváděním nových postupů a procedur a zvyšováním pacientovy spokojenosti současně s omezením rizik a nákladů péče (Gladkij, 1999).

Odpovědnost za kvalitu služeb, poskytovaných celou institucí spočívá na vrcholovém a středním managementu každé instituce, zatímco odpovědnost za kvalitu péče poskytnutou jednotlivým pacientům náleží příslušným odborným pracovníkům. Základní postupy při zlepšování kvality jsou podle vědeckých principů totožné s těmi, které se opírají o klasické manažerské postupy (okruhy pravidel), jako je například Demingův. Tedy: definice cílů kvality, dokumentace údajů a informací, analýza výsledků, kontinuální sledování a kontrola, zda jsou dosahování vytčené cíle, stálé přizpůsobování cílů a postupů korigujícím opatřením. Implementace programů zaměřených na zlepšování kvality, tedy zahrnuje vymezení problému, stanovení problému řešení, zavedení programu v rámci instituce, institucionalizace (Gladkij, 2003)

Strategie kvality a bezpečnosti se zaměřují zejména na interakci odborníků, organizací a produktů s pacienty, kteří je využívají. Strategiemi kvality a bezpečnosti se sleduje optimalizace výkonu poskytovatelů při zajišťování požadavků a potřeb uživatelů spojených se základním cílem, jímž je dosažení potenciálně nejvyšší úrovně zdraví uživatelů. Významnou roli kromě toho hrají ostatní zainteresované subjekty, jako jsou finančníci (například pojistitelé zdravotní péče), zaměstnavatelé, průmysl, média a regionální a místní vláda. Tyto subjekty mají značný vliv na to, jak systém zdravotní péče funguje, a jaký osud čeká národní strategie kvality a bezpečnosti v praxi. Zejména financování zdravotní péče může s ohledem na kvalitu představovat důležitý stimul nebo naopak překážku. (WHO, Směrnice pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotního systému).

Přínos dobře zvládnutého procesu zajišťování kvality je nesporný, neboť zdravotnické zařízení eliminuje poskytování nevhodné či nedbalé péče, redukuje tak náklady a zbytečné výdaje a zvyšuje tak důvěryhodnost zdravotnického zařízení (www.mzcr.cz).

3.1.4 Měření a hodnocení kvality zdravotní péče

Měření a vyhodnocování kvality je jednou z integrovaných dimenzí kvality. Nelze-li vybrané parametry procesu měřit, je velice obtížné rozhodnout, zda se daný proces nebo výstup zlepšuje, nebo zhoršuje, a také jej nelze porovnávat s jiným oddělením nebo zdravotnickým zařízením (Škrlovi, 2003).

Kvalita péče má několik dimenzí, podle kterých je hodnocena. Uvádí se 11 dimenzí kvality. Bezpečnost - možná rizika zákroku nebo nemocničního prostředí jsou omezena na nejnižší míru nebo zcela vyloučena. Kompetence - znalosti a dovednosti každého jednotlivce jsou v souladu s nabízenou péčí nebo zákroky. Přijatelnost - veškerá péče a služby jsou přijatelné pro pacienty, obci a plátce a odpovídají jejich požadavkům. Efektivnost - péče, služby, zákrok a veškeré procedury mají za účel dosažení očekávaných výsledků. Vhodnost - veškerá péče a služby jsou vhodné a relativní vůči potřebám pacientů a jsou založeny na uznávaných standardech. Ekonomičnost - očekávaných výsledků je dosaženo s neekonomičtějším využitím zdrojů. Dostupnost - možnost pacienta získat potřebné a přiměřené služby na správném místě, v pravý čas, skutečným odborníkem. Kontinuita - schopnost nabízet nepřerušované, koordinované služby překračující bariéry programů, oddělení, lékařů a organizací, návazné v prostoru a čase tzv. „bezešvou péčí“. Včasnost - stupeň v němž je péče poskytována pacientům v době, kdy ji nejvíce potřebují a kdy je pro ně nejprospěšnější. Přiměřenost - péče je poskytována na současné úrovni vědeckého poznání a odpovídá danému stavu a potřebám pacienta. Úcta a vnímavost - stupeň zapojení pacientů a jejich rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů týkajících se jejich zdraví. Způsob, jakým zdravotnický personál respektuje stud, lidskou důstojnost, soukromí a individuální odlišnosti pacientů (Madar, 2004; Škrlovi, 2003).

3.1.4.1 Program kontinuálního zvyšování kvality (KZK)

Kvalita v kontextu programu KZK znamená více než pouhé zlepšování lékařské a ošetrovatelské péče. V programu KZK existují čtyři zdroje dat, s jejichž pomocí můžeme měřit a vyhodnocovat kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče nebo kvalitu jiných služeb poskytovaných zdravotnickým zařízením. Tyto zdroje jsou informace získané od pacientů nebo jiných interních či externích klientů, externích odborníků nebo z auditů, indikátorů kvality. Program KZK neobsahuje žádné revoluční nebo neznámé prvky. Jedná se o systematické a důsledné využívání několika univerzálních postupů a prověřených nástrojů kvality v rámci celé nemocnice a o participaci pokud možno všech jejích zaměstnanců – dobrovolné a pokud možno nadšené. Tyto postupy jsou plánujte-provedte-překontrolujte-pokračujte (Škrlovi, 2003).

Jak dále citují Škrlovi (2003, s. 19) „*program KZK se řídí takovou filozofií, jež podporuje uspokojování potřeb pacienta a překonává jeho očekávání s co nejmenším*

úsilím, nejnižšími náklady na potřebné zdroje a s aplikováním strukturovaných procesů, které kontinuálně identifikují a zlepšují veškeré aspekty péče“.

3.1.4.2 Indikátor kvality

Indikátor kvality je údaj o kvalitě, vyjádřený kvantitativní hodnotou popisující strukturu, proces nebo výstup/výsledek (Vlček, 2011).

Zdravotnictví užívá řadu nejrůznějších indikátorů, ať již generických nebo vytvořených tzv. na míru. Tyto indikátory mohou být nazvány měřitelnými kritérii, která v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Indikátory kvality se mohou vztahovat na strukturu, proces nebo výstup důležitého aspektu procesu nebo péče. Výsledek musí být zasazen do numerického kontextu, který nám umožní porovnat „něco s něčím“. Bez kontextu jsou indikátory pouze statistikou, ne nástrojem rozvíjení kvality (Škrlovi, 2003).

Indikátory jako výsledná čísla můžeme dělit do dvou skupin. První skupinu tvoří indikátory poměrové - jsou založené na sběru a agregaci dat o jevech, které se vyskytují s určitou frekvencí a mohou být vyjádřeny jako poměry nebo průměry (opakované rentgenové snímky, vznik dekubitů, pády pacientů) a indikátory strážní (sentinelové) vztahující se na mimořádné události (smrt pacienta při chirurgickém výkonu, záměna léku). Smysluplné sledování indikátorů kvality je integrovanou součástí všech systémových modelů zabývajících se rozvojem a řízením kvality (Škrlovi, 2003).

Metodiku sběru dat indikátorů kvality můžeme rozdělit na dvě části. Na sledování kontinuálně na celé populaci, kam zařadíme nemocniční nákazy, neinfekční komplikace výkonů, opakované RTG snímky, vzniklé dekubity, průměrnou dobu hospitalizace nebo průměrnou čekací dobu v ambulancích. Dále na nárazové sledování pouze na vzorku populace jako např. dotazníky (spokojenost pacientů/zaměstnanců), úplnost a správnost zdravotnické dokumentace nebo statisticky vyjádřené výsledky interních auditů. Z jiného pohledu rozdělíme metodiku na nezávislou (není nutná spolupráce zdravotníků), kam patří výsledky auditů, procento hospitalizovaných ve věku nad 70 let, úplnost a správnost zdravotnické dokumentace a na závislou, kam můžeme uvést hlášení (nutná spolupráce zdravotníků) např. dekubity, pády, další nežádoucí události (podávání léků, další chyby a „skorochyby“), komplikace výkonů (např. potransfuzní reakce), technické a organizační problémy (Vlček, 2011).

Mimořádná událost je událost, kdy došlo k pochybení při výkonu péče o pacienta či procedury nebo kdy lékařská intervence neproběhla podle plánu, platných směrnic nebo ošetrovatelských standardů péče a následkem toho došlo k poškození zdraví pacienta, zaměstnance, jiné osoby nebo majetku. Systém hlášení prevence mimořádných událostí v jednotlivých zdravotnických zařízeních může efektivně fungovat, pokud má zdravotnické zařízení zavedený standardizovaný systém hlášení klasifikace mimořádných událostí v rámci celého zařízení (Škrlovi, 2003; Škrlovi, 2005).

Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotní péče. Tento indikátor měří, jakou zkušenost s kvalitou zdravotní péče zaznamenali její uživatelé v konkrétním zařízení a v konkrétním čase. Informace o kvalitě péče poskytované pacienty jednotlivých klinik, oddělení a stanic nemocnice jsou zároveň cenným podkladem pro její management při zkvalitňování služby pacientům a odstraňování nedostatků ve zdravotní péči. Názory pacientů na úroveň poskytované péče se zjišťují pomocí kombinace metod kvalitativních a kvantitativních. Mezi nejčastější metody patří dotazníky. Aby výzkum spokojenosti pacientů skutečně mohl sloužit jako kvalitní nástroj pro řízení kvality, musí splnit řadu náročných metodických požadavků. Ne každý dotazník tyto nároky splňuje. Ministerstvo zdravotnictví proto podpořilo v rámci programů „Zdraví 21“ a „Národní politika jakosti“ vývoj standardizované metodiky nazvané „Kvalita Očima Pacientů“. (Gladkij, 1999; Raiter, 2010).

3.1.4.3 Standard kvality péče

Pojem standard znamená určitou přesně popsanou kvantitativní či kvalitativní úroveň kritéria péče, jež je v daném okamžiku či době považována za výraz dobré kvality péče. Standard představuje autoritativní stanovení minimální úrovně přijatelného provedení péče nebo jejího výsledku, vynikající úroveň poskytnutí péče nebo jejího výsledku a rozsah přijatelné úrovně poskytnuté péče či jejího výsledku. Standard představuje autoritativní stanovení minimálních úrovní přijatelného provedení péče nebo jejího výsledku, vynikající úroveň poskytnutí péče nebo jejího výsledku nebo rozsah (horní a dolní hranice) přijatelné úrovně poskytnuté péče nebo jejího výsledku. Standardy jsou vlastně ukazatelé úspěšnosti realizace procesu zajišťování kvality. Nejsou fixní, protože se mění s pokrokem medicíny a se zlepšováním péče. Standardy je možné rozdělit do tří oblastí: Strukturální standardy – stanovují optimální personální, technické, hygienické a organizační prostředky umožňující dosahovat stanovenou kvalitu. Procesuální

standards – standardy ošetrovatelských postupů při výkonech a standardy ošetrovatelských činností v rámci ošetrovatelského procesu. Standardy hodnocení výsledků – týkající se zpravidla celkového hodnocení kvality poskytované péče v daném zařízení, na určitém pracovišti (Gladkij, 1999).

Centrální standardy vydává Ministerstvo zdravotnictví České republiky jako zákonné nebo podzákonné normy. Často nejsou označovány termínem standard, i když určují zásadní směrnice pro výkon ošetrovatelského povolání (např. oficiální koncepce ošetrovatelství, vyhlášky, směrnice ministerstva zdravotnictví atd.). Lokální standardy jsou zpracované a přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení, případně na konkrétním pracovišti. Závaznost ošetrovatelského standardu může mít různou míru, která stanoví, jak dalece jsou sestry nebo dokonce celé zdravotnické zařízení povinni se určitým standardem řídit (Gladkij, 1999; Staňková, 1998).

Přípravou podkladů pro proces tvorby standardů odborné zdravotní péče bylo pověřeno Odborné fórum pro tvorbu standardů. Odborné fórum pro tvorbu standardů bylo ustanoveno v roce 2008 jako poradní orgán Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven (Věstník Ministerstva zdravotnictví č.4/2008).

3.1.4.4 Audit

Zdravotnický audit představuje systematickou kritickou analýzu zdravotní péče včetně postupů, užívaných v diagnostice a léčbě, ve využívání zdrojů i analýzu úrovně kvality života pacientů. Zdravotnické audity jsou nedílnou součástí měření kvality péče ve zdravotnickém zařízení. Vzhledem k velkému množství faktorů nebo „proměnlivých veličin“, které ovlivňují to, čemu souhrnně říkáme léčebná a ošetrovatelská péče, užíváme často v průběhu auditů generických, selektivně vybraných parametrů nebo kritérií. Sledování takových kritérií umožňuje vyhodnocování procesů. Typem auditů mohou být klinicko-patologické konference, peer – reviews (audity prováděné kolegy), cílené konference nebo porady, inspekce. Audity dělíme na interní, prováděné v rámci oddělení většinou kolegy a externí, prováděné různými kontrolními orgány (Gladkij, 1999; Škrlovi, 2003).

3.1.5 Systémy řízení kvality

3.1.5.1 Akreditace

Akreditaci lze m. j. definovat jako formální proces, jehož cílem je poskytování bezpečné zdravotní péče na nejvyšší možné úrovni kvality tedy jako posouzení výkonu určitého zdravotnického zařízení. Nejedná se tedy o administrativní kontrolu zaměřenou na formální a věcnou správnost vnitřních předpisů, ale o vysoce praktický proces spočívající v prověření všech činností daného zařízení, které mohou ovlivnit péči o pacienta. Akreditační inspektoři sledují veškerý pohyb pacienta daným zařízením od přijetí, přes organizaci laboratorních a dalších vyšetření, léčby, případně intervenčních výkonů, až po propuštění. Akreditace využívá specializovaných norem akreditačních standardů. Na rozdíl od obecných „technických“ předpisů jsou akreditační standardy psány jazykem, který je bez nutnosti interpretace srozumitelný pro pracovníky zdravotnických zařízení. To je velmi důležitý aspekt, protože umožňuje nemocnicím a léčebnám, aby se na případnou akreditaci připravily samostatně, bez nutnosti nepřiměřeného navyšování nákladů o externí konzultační služby. Organizace zajišťující akreditační proces JCAHO/JCIA, SAK ČR, o.p.s., Český institut pro akreditaci (ČIA), Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře (NASKL) (Marx, 2011; Mahútová, Svobodová, 2010).

3.1.5.2 Certifikace

Certifikace je postup, kterým certifikační orgán (instituce) poskytuje písemné ubezpečení, že výrobek, proces nebo služba jsou ve shodě se specializovanými požadavky. Tyto požadavky jsou dány normativním nebo jiným odborným předpisem. Průběh certifikace je obdobný jako u akreditačního šetření. Zařízení, které úspěšně absolvuje certifikaci, obdrží certifikát. Nejznámější a nejpoužívanější certifikace je certifikace dle ISO 9001.2001/2008, tj. Požadavky managementu jakosti (Mahútová, Svobodová, 2010).

3.1.5.3 EFQM model

EFQM model excellence zahrnuje devět základních kritérií, která popisují způsob vedení, strategie a plánování, řízení pracovníků, zdroje, systém jakosti a procesy, spokojenost zákazníků a pracovníků, vliv na společnost a výsledky podnikání. Důležitým charakteristickým prvkem tohoto systému řízení kvality je propojení lidí pomocí procesů,

kteřé dosahují pozitivních výsledků. Tento systém kvality je pro zatím pro zdravotnická zařízení v ČR nedosažitelný (Mahúnová, Svobodová, 2010).

Většina modelů kvality používaných ve světě vyžaduje od svých klientů systémový přístup k řízení (Quality Management System – QMS). Takový přístup předpokládá strategické plánování, které vychází ze strategických dokumentů, jako jsou poslání, vize a sdílené hodnoty organizace. Řada systémů explicitně vyžaduje „sladění“ výkonu organizace s těmito strategickými dokumenty. Posláním se myslí smysl či důvod naší existence. Vize je motorem, je nejsilnějším motivátorem v organizaci, hodnoty určují naši organizaci kulturu a pomáhají určovat priority. (Škrlovi, 2003).

3.1.6 Management řízení kvality zdravotní péče

Systém kvality ve zdravotnictví můžeme definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují. Systém kvality tedy zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků. Průkaznost existence systémů kvality spočívá zejména na reálných vzájemných vztazích zlepšování kvality ve čtyřech hlavních oblastech – na celkové úrovni instituce, na úrovni zdrojů a struktury systému, na úrovni procesů a na úrovni výstupů a výsledků. Hlavní funkce manažerů při řízení programů kvality se považují tvorba koncepce se zaměřením na uspokojení zdravotních potřeb klientů, trvalý zájem o kvalitu péče, vytváření podmínek pro kvalitní a efektivní péči, motivování pracovníků, soustavné monitorování kvality a efektivity péče, zajištění přiměřených zdrojů, zajišťování efektivní komunikace, široká delegace pravomocí a odpovědnosti. Důležitým předpokladem je působení vedoucích pracovníků v roli příkladů pro své spolupracovníky (Gladkij 2003).

3.1.7 Program řízení rizik

V kontextu zdravotnictví je pojem rizika úzce spojený s úsilím globálního zdravotnictví zajistit bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče. Cílem programu řízení rizik je rizika odstraňovat nebo aslepoň posouvat do akceptovatelné oblasti. Klíčovou podmínkou k dosažení tohoto cíle, stejně jako při léčbě závažných onemocnění, je včasná

„diagnóza“ existujících nebo potenciálních rizik. Řízení rizik je jedním ze základních kamenů moderního managementu. Zatímco program kontinuálního zvyšování kvality usiluje o neustálé zvyšování kvality a o individuální odpovědnost všech zaměstnanců za kvalitu léčebné a ošetrovatelské péče, management rizik představuje ucelenou proaktivní strategii směřující k ochraně majetku, dobré pověsti nemocnice a k ochraně pacientů, návštěv a zaměstnanců před případnými škodami nebo poškozením zdraví (Škrlovi, 2008).

Abychom snadněji pochopili význam programu řízení rizik, stačí si připomenout některé jeho cíle:

- Implementace efektivního procesu hlášení a prevence mimořádných událostí.
- Implementace fungujícího procesu hlášení a prevence infekcí.
- Zavedení systému kvalitní řízené dokumentace.
- Zavedení procesu efektivního hlášení a řešení stížností (pacientů/zaměstnanců).
- Zavedení efektivního systému prevence pochybení zdravotníků.
- Zavedení registru aktuálních rizik.
- Prevence soudních sporů.
- Zavedení systému auditů, který se zaměřuje na bezpečnost procesů a prostředí (areál, budov).

Mezi řízením kvality a řízením rizik tedy existuje symbiotický, ne konkurenční vztah. (Škrlovi, 2008).

3.2 Ošetrovatelská péče

3.2.1 Definice ošetrovatelství

Světová zdravotnická organizace definuje ošetrovatelství jako systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a celého společenství, v němž tito žijí, které jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu (Šamánková, 2006).

Ošetrovatelství je chápáno jako samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebeděči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetrovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelství je umění i věda a vyžaduje porozumění a aplikaci specifických vědomostí a dovedností. Opírá se o poznatky humanitních, lékařských a přírodních věd (Lemon 1, 1997).

Pokud tedy mluvíme o ošetrovatelství, máme na mysli přirozený, důstojný, humánní a rovnoprávný vztah ke všem lidským bytostem. Hodnoty, na kterých se ošetrovatelství zakládá, jsou uznání a respektování každé lidské bytosti, chápání člověka v jeho komplexnosti (holismus), uznání faktorů, které ovlivňují prožívání zdraví a nemoci, uznání potřeby podporovat a udržovat zdraví po celý život, přesvědčení, že lidé mají právo spolurozhodovat o své péči. Charakteristické rysy moderního ošetrovatelství by se daly shrnout do následujících bodů

1. Individualizovaná péče a komplexní přístup k nemocnému.
2. Preventivní charakter ošetrovatelské péče.
3. Týmová organizace práce sestry.
4. Vědeckost ošetrovatelské péče.
5. Aktivní ošetrovatelská péče (Lemon 1, 1997; Jarošová, 2000).

3.2.2 Koncepce ošetřovatelství v České republice

Koncepce ošetřovatelství vychází z Koncepce ošetřovatelství České republiky z roku 1998, respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnice, Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetřovatelství a porodní asistence v 21. století. Koncepce klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetřovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetřovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetřovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím. Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení. Předložená koncepce vychází ze systému vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nelékařským zdravotnickým pracovníkům a jejich zápisu do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Lze očekávat, že systematické používání této koncepce v praxi se odrazí ve zkvalitnění celkové péče o zdraví české populace, a to nejen v kvalitnější ošetřovatelské ústavní, ambulantní i domácí péči, pevného zakotvení v integrované a paliativní péči, ale i v komunitní ošetřovatelské péči na úseku prevence a výchovy ke zdraví (Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 9/2004).

3.2.2.1 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je systematický přístup k poskytování a řízení ošetřovatelské péče. Je to soubor specifických ošetřovatelských zákroků v péči o zdraví jednotlivce, rodin a/nebo celých komunit. V užším slova smyslu zahrnuje použití vědeckých metod pro určení zdravotních potřeb pacienta/klienta/rodiny nebo komunity a vymezení těch, které mohou být nejučinněji uspokojeny péčí sester. Patří sem plánování způsobu uspokojování potřeb, realizace plánu, vyhodnocení výsledků či efektivity dané péče. Sestra ve spolupráci s ostatními členy ošetřovatelského týmu i s jednotlivci i skupinami, o něž je pečováno, stanoví cíle, určí priority, navrhne potřebnou péči a mobilizuje potřebné prostředky. Potom poskytuje ošetřovatelskou péči buď přímo nebo zprostředkovaně. Následně vyhodnotí účinnost poskytnuté péče. Tato zpětná vazba by měla podněcovat

žádoucí změny v dalších intervencích v podobných ošetrovatelských situacích. Tímto způsobem se ošetrovatelství stane dynamickým procesem vedoucím k úpravám a zlepšením. Jeho cílem je prevence, odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti individuálních potřeb pacientů/klientů (Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/2004; Lemon 1, 1997).

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti fází neboli kroků:

1. Posuzování, sběr informací a třídění následných údajů.
2. Ošetrovatelská diagnóza, identifikace potřeb nemocného.
3. Plánování ošetrovatelské péče.
4. Realizace znamená uplatnění ošetrovatelských strategií v praxi.
5. Vyhodnocení znamená zhodnocení efektu poskytované péče (Šamánková, 2006).

Aktivity vycházející z ošetrovatelského procesu nejen pomáhají dosáhnout péče orientované na pacienta, ale mají pozitivní dopad na profesionální rozvoj a vzdělávání sester. Nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu je kvalitně vedená ošetrovatelská dokumentace. Základ dokumentace tvoří ošetrovatelská anamnéza, plán ošetrovatelské péče, realizace ošetrovatelské péče a hodnocení ošetrovatelské péče. Součástí dokumentace jsou i specifické záznamy péče, např. o poruchách kožní integrity, hodnocení vývoje bolesti, edukaci pacienta/rodiny, záznamy ostatních členů týmu, záznam o překladech nebo propuštění pacienta. Význam ošetrovatelské dokumentace spočívá v zajištění kontinuity péče, v chronologickém přehledu o poskytnuté péči, v umožnění přenosu informací o pacientovi. Dále je zdrojem informací o potřebách pacienta/klienta, o účinnosti či neúčinnosti různých ošetrovatelských zákroků. Je zdrojem hodnověrných informací pro účely právního vyšetřování, pro kontrolu kvality ošetrovatelské péče a výzkumu v ošetrovatelství (Lemon 1, 1997).

Nejčastější způsoby organizace práce sester

1. Funkční systém – je založen na tom, že sestry mají po celou dobu určeny různé skupiny úkolů (funkce) u všech nemocných. Funkční systém je sice k ošetrovatelství ekonomičtější, účinný a umožňuje centralizaci řízení a kontroly, ale jeho nedostatkem je rozdrobení péče. O pacienty pečují ošetrovatelský personál různých kategorií a takto se může přehlédnout zanedbání nebo nekvalifikované aspekty péče. V tomto systému se vytrácí individualita nemocného a konkrétní odpovědnost sestry a skupinu nemocných.
2. Systém skupinové péče – tato metoda jinak zvaná také celková péče je jedním

z nejstarších vývojových systémů. Jediná sestra je přidělena skupině pacientů a je za ni zodpovědná během své služby. Sestra zajišťuje u svých klientů celý léčebný a ošetrovatelský program.

3. Systém primární péče – po přijetí je nemocnému přidělena tzv. primární sestra, která za něj nese po celou dobu jeho hospitalizace odpovědnost a zajišťuje jeho celkovou péči za pomoci dalších ošetrovatelských pracovníků (Šamánková, 2006).

3.2.2.2 Ošetrovatelská dokumentace

Zdravotnickou dokumentaci můžeme obecně vymezit jako soubor údajů konkrétního pacienta, obsahující zdravotní stav a postup zdravotnického zařízení při poskytování zdravotní péče. Kromě povinného vedení zdravotnické dokumentace nacházíme v příslušné legislativě informace týkající se její formy, obsahu, způsobu zápisů a oprav, písemných souhlasů či odmítnutí jednak výkonů a jednak poskytování informací o zdravotním stavu, dále nahlížení do dokumentace, pořizování kopií a její uchovávání (Kleinová, 2009, www.clk.cz).

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace slouží jako pracovní pomůcka ošetrojícímu personálu, materiál poskytující důležité informace pro jiné zdravotnické pracovníky a zařízení. Slouží také jako objektivní materiál umožňující informovat příslušné subjekty o zdravotním stavu jedince při návaznosti péče. Platí pro ni stejná pravidla jako pro zdravotnickou dokumentaci (Tóthová, Kotásková, 2007; Vondráček, Vondráček, 2006).

Smysluplnost ošetrovatelské dokumentace vychází z potřeb daného oddělení. Musí být dobře přístupná, jednoduchá a sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují ošetrovatelskou péči. Zdroje informací jsou o potřebách jedince, cílech ošetrovatelské péče a péči samotné. Administrativní vedení ošetrovatelské dokumentace personálu umožňuje usnadnit ošetrovatelskou péči tím, že se zaměří na hlavní problémy pacienta a je schopna pomoci je rychle a účelně řešit (Staňková 1999; Tóthová, Kotásková, 2007; Vondráček, Ludvíková, Nováková, 2003).

V odpovídající legislativě je stanoven minimální obsah samostatných částí ošetrovatelské dokumentace. V textu jsou definovány náležitosti součástí zdravotnické dokumentace z oblasti ošetrovatelství. V první oblasti se vyhláška věnuje části ošetrovatelské dokumentaci, která je potřebná jako výchozí bod pro poskytování ošetrovatelské péče. Zahrnuje tyto části: ošetrovatelskou anamnézu klienta, zhodnocení

zdravotního stavu klienta a posuzování potřeb klienta pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a pro formulaci ošetrovatelského plánu. Následuje ošetrovatelský plán, který by měl obsahovat popis ošetrovatelského problému a stanovení ošetrovatelských diagnóz klienta, postupy poskytování ošetrovatelské péče a hodnocení poskytnuté péče. Vyhláška se dále věnuje problematice ošetrovatelské propouštěcí/překladové zprávě či doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu (Policar 2010; Strnad 2007; Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003; Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 385/2006).

Vyhláška neomezuje zdravotnická zařízení a jejich ošetrovatelský personál ve vytváření dalších potřebných součástí ošetrovatelské dokumentace. Zdravotnická zařízení si zavedla další složky ošetrovatelské dokumentace např. prevence dekubitů, pádů, hodnocení výživy, škálu bolesti a jiná (Vondráček, Vondráček 2006; Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 385/2006).

3.2.3 Kvalita ošetrovatelské péče

Ošetrovatelství by mělo adekvátně reagovat na hluboké změny v systému poskytování zdravotní péče v Evropě a identifikovat svou roli v uspokojování zdravotních potřeb budoucnosti. K tomu je zapotřebí větší profesionalita v ošetrovatelství. Úroveň ošetrovatelské péče tvoří spolu s úrovní diagnostiky a terapeutickými postupy pilíř, o který se opírá celková úroveň péče. Možnosti sester ovlivňovat kvalitu péče byly v minulosti výrazně omezeny. Po mnoho let převládaly biomedicínské definice zdraví. Medicínské hodnoty doposud určovaly zásad, výzkumné programy, rozdělování zdrojů i roli ošetrovatelství. Sestry, porodní asistentky a další zdravotničtí pracovníci se vždycky snažili najít způsob, jak poskytnout co nejlepší péči. K tomu je potřeba stanovit, co je pokládáno za dobrou, standardní kvalitní péči. Význam slova „kvalita“ ošetrovatelské péče tedy závisí na stanovení „co nejlepší“ nebo „dobré“ praxe. Dá se shrnout, že známkou kvality ošetrovatelské péče je shoda mezi poskytovanou ošetrovatelskou péčí a mezi existujícími standardy (kritérii) optimální péče. Ošetrovatelské standardy jsou platné definice přijatelné (kvalitní) úrovně ošetrovatelské péče. Ošetrovatelským standardem se tedy rozumí dohodnutá profesní úroveň kvality. Ošetrovatelské standardy mají klíčový význam, neboť vymezují jednoznačně minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Ošetrovatelské standardy určují závaznou normu pro kvalitní ošetrovatelskou péči, umožňují objektivní hodnocení poskytované péče (např. provedení auditu), poskytují pocit bezpečí a jistoty nemocným, kterým zajišťují minimální standard kvalitní péče, chrání sestry

před neoprávněným postihem, protože mohou prokázat, že dodržely příslušný standard (Lemon 1, 1997; Šamánková, 2006; Gladkij, 1999; Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/2004).

Měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnicí či požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo, jsou indikátory kvality. Mezi konkrétní indikátory kvality ošetrovatelské péče patří například: personální obsazení a kvalifikační struktura, sledování mimořádných událostí, prevalence dekubitů, hlášení pádů (Paloušková, Otásková, Brabcová, 2006).

V rámci projektů kvality a bezpečí pacientů byl v roce 2008 zahájen projekt „Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni“. Hlavním výstupem je vypracování jednotné metodiky sběru dat, která byla vydána ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 6/2009 jako metodické doporučení. V roce 2010 Národní referenční centrum realizovalo projekt „Šetření dekubitů na národní úrovni“ (www.nrc.cz; Šmídová, 2010).

V roce 2002 rada grantu Sdružení fakultních nemocnic navrhla ke sledování fakultním nemocnicím indikátor kvality péče a to „Pády pacientů při hospitalizaci“. Ambicí koordinátora celého sledování České asociace sester – pracovní skupiny pro kvalitu je zvýšení zájmu zdravotnických zařízení o tuto problematiku. Pro rok 2010 bylo přihlášeno již 39 zdravotnických zařízení, což je více jak 1/3 lůžkové kapacity České republiky. Cílem sledování výskytu pádů ve zdravotnických zařízeních je zjistit počet pádů ve zdravotnických zařízeních v České republice, analyzovat závažnost zranění, analyzovat okolnosti pádu, analyzovat závislosti u pacientů starších 65 let, stanovit indikátor kvality péče, navrhnout škálu k identifikaci rizikového pacienta (www.cna.cz).

Systematické vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče představuje ošetrovatelský audit. Cílem auditu je nalezení „slabých míst“ v systému/procesu a zajištění co nejrychlejší nápravy. Účelem ošetrovatelského auditu je odůvodnění nákladů na personální a mediální zdroje, sledování efektivity péče a podpora kritického myšlení směřující u sester k analýze vlastní práce a skutečných potřeb pacientů. Audit je nedílnou součástí vypracovaného standardu. To znamená, že ke konkrétnímu standardu musí být vypracován kontrolní list, jehož součástí jsou kontrolní kritéria a způsob jejich hodnocení. V souvislosti s metodami monitorování se užívají nejčastěji dvě základní. Jednou z nich je pozorování, které můžeme využít např. při kontrole dokumentace, prostředí, interakcí či praktických činností. Další metodou

je dotazování, které směřujeme na sestry, pacienta, jeho rodinu nebo další členy týmu (Staňková, 1998; Škrlovi, 2003; Neklová, 2010).

Ošetřovatelský audit se řídí základními principy jako jsou audit je partnerský postup, zahrnuje porovnání skutečné ošetřovatelské praxe s přijatými standardy, výsledkem auditu jsou fakta uznaná těmi, jichž se audit týká, na opatřeních k nápravě pracuje tým sester, kde byl audit proveden (Škrlovi, 2003).

Součástí hodnocení ošetřovatelské péče je průběžné hodnocení probíhající péče, zpětné hodnocení poskytnuté péče na základě studia ošetřovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů (Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/2004).

Úroveň ošetřovatelské péče v podstatě závisí na počtu sester, které zajišťují péči o nemocné, na jejich osobním profilu a pracovní motivaci, na odborné kvalifikaci sester (znalosti, dovednosti, spolehlivost), na úrovni organizace práce daného pracoviště, na řízení příslušného zdravotnického týmu, na úrovni mezilidských vztahů v daném zdravotnickém týmu a na úrovni technických a technologických prostředků určených pro ošetřovatelskou péči. Důležitou součástí zvyšování kvality je rozvoj komunikace zdravotnických pracovníků uvnitř zdravotnických týmů a rozvoj komunikace s pacienty. Zásadní význam pro kvalitu péče má nepochybně také osobnostní úroveň zdravotnických pracovníků. Činnost sester je také ovlivněna změnami, které souvisí s transformací zdravotnického systému. A to zejména vzrůstáním tlaku na kvalitu a efektivitu zdravotní péče (Gladkij, 1999; Gladkij, 2003).

Nejčastěji je kvalitní ošetřovatelská péče charakterizována těmito znaky:

- V zemi, ale i v konkrétním zdravotnickém zařízení existuje jasná koncepce ošetřovatelství.
- Péče je poskytována prostřednictvím ošetřovatelského procesu.
- Péče je odvozena od potřeb pacienta.
- Práce ošetřovatelského personálu je týmová.
- Ošetřovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený.
- Ošetřovatelský tým si stanovil reálné cíle.
- Ošetřovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex.
- Praxe (poskytovaná péče) je vědecky podložena.
- Do ošetřovatelské péče jsou aktivně zapojeni pacienti/klienti.
- Existuje účinná mezioborová spolupráce (Staňková, 1998).

3.2.4 Management ošetrovatelské péče

Management v ošetrovatelství se od profesionálního managementu v ostatních oborech liší filosofií služeb. V ošetrovatelství je potřeba jedinečný přístup, protože nese sociální zodpovědnost za zdraví a nemoci lidí, rodin a komunit. Kvalita péče, která má být poskytována, je stejně důležitá jako personál, který ji zajišťuje. Tento dvojitý cíl vyžaduje od managementu uvážlivé a specifické profesionální strategie. V ošetrovatelství vládne vysoká intenzita práce. Díky tomu je řízení obzvláště náročné, protože zaměstnanci ve zdravotnictví mají různou praxi a různé vzdělání. Charakter práce i pracovníci vyžadují od sestry manažerky, aby vytvořila nové prostředí, v němž se bude poskytovat kvalitní ošetrovatelská péče (Farkašová 2001; Grohar 2006).

Nejvyšším metodickým článkem oboru je Ministerstvo zdravotnictví. Příslušný odborný útvar metodicky řídí a kontroluje ošetrovatelství v České republice. Vyjadřuje se ke všem zásadním odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství a práce ošetrovatelského personálu v oblasti zdravotní a sociální péče. V jeho kompetenci je zřizovat a ustanovovat pracovní skupiny, komise, které plní funkci poradních orgánů při řešení problematiky oboru a připravují podklady pro rozvoj oboru. Členy pracovních skupin a komisí jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesních organizací a zástupci vzdělávacích institucí. V jednotlivých ústavních zařízeních je ošetrovatelská péče řízena náměstkyní/náměstkem pro ošetrovatelskou péči/hlavní sestrou. Struktura řízení ošetrovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na vedení příslušného zařízení. Tato činnost vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu ošetrovatelské péče (Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/2004).

Ošetrovatelský management má tři dimenze, kromě ekonomiky a kvality i lidský faktor. Lidské zdroje determinují a uvádějí do pohybu všechny ostatní zdroje, a proto patří mezi nejdůležitější oblasti celého řízení právě řízení lidských zdrojů. To prošlo v poslední době rapidním rozvojem. Staré způsoby řízení a přístupy stále častěji selhávají, manažeři mají problémy s motivací a energetizací zaměstnanců. Uvědomují si, že narůstající komplexnost společnosti se odráží v komplexnosti jednotlivců. V tomto prostředí se stále častěji hovoří o emoční inteligenci a o potřebě empatie – schopnosti vnímat potřeby lidí a vžít se do jejich situace, o potřebě řešit komplexní situace nejen mozkiem, ale i srdcem, o schopnosti lidí motivovat a především vést. Ale ne každý, kdo dovede vést, umí také řídit. Management řízení má na starosti to, aby se věci děly správně, zatímco vedení

se zabývá tím, aby se dělaly správné věci. Moderní sestra manažerka je odpovědná za obě a to řídit své sestry a také je vést. Další důležitou rolí sestry manažerky je oblast motivace. Motivace pomáhá k dobrým výsledkům a dobré výsledky jsou často tím nejlepším motivátorem. Cílem motivace je zajistit určitý vzorec chování nebo dosažení určitého výsledku a podpora rozvoje maximálního rozvoje zaměstnanců. Mezi motivační faktory patří úspěch, uznání, pracovní náplň, odpovědnost a postup v profesní kariéře. Další motivací může být odměna, která musí následovat co nejdříve po mimořádném výkonu a musí být vhodná a dostatečně silná. Je známo, že peněžní odměny nemívají dlouhodobé motivační účinky. Nefinanční odměny mohou být uznání na pracovišti, poděkování za dobrou práci, veřejné uznání, dary, privilegia, profesionální kurzy. Mállokterí manažeři ve zdravotnictví si uvědomují, že poskytnout zaměstnanci zpětnou vazbu jeho pracovního výkonu je jednou z nejhodnotnějších odměn, kterou mohou zaměstnanci dát. Neformální hodnocení každého zaměstnance by mělo probíhat během celého hodnotícího období. K formálnímu hodnocení dochází minimálně jednou za rok. Cílem je posoudit pracovní výsledky, dohodnout se na klíčových výkonnostních cílech, podpořit dosažení maximálního potenciálu sestry sladěním jejích vlastních cílů s cíli oddělení či zdravotnického zařízení a volbou vhodných strategií (Gladkij, 2003; Škrlovi 2003).

Mezi důležité oblasti ošetrovatelského managementu patří strategie řízení nákladů, produktivita v ošetrovatelství, strategie plánování a management rizik. Součástí programu řízení rizik je hlášení a prevence mimořádných událostí. V moderním ošetrovatelství toto hlášení představuje důležitý výukový prvek, důležitou zpětnou vazbu. Cílem celého procesu není nikdy hledání viníka a jeho následné potrestání, ale především úsilí každého člena týmu o kontinuální napravování vadných procesů a systémů. V ošetrovatelství je definováno osm hlavních rizikových oblastí, kde dochází v ošetrovatelství nejčastěji k pochybení a to nedostatek vnímavosti/pozornosti k měnícímu se klinickému stavu pacienta, nedostatek morální odpovědnosti, nesprávné rozhodování, medikační chyby, nedostatečná intervence, nedostatek preventivních opatření, ordinace lékařů nebo jiných členů léčebného týmu a nakonec chyby v ošetrovatelské dokumentaci (Škrlovi 2003; Škrlovi 2008).

3.3 Nelékařští pracovníci ve zdravotnictví

Jen málo povolání prodělalo v relativně krátkém období takové změny jako profese sestry. Dosažení a udržení standardu péče vyžaduje na sestrách nové dovednosti, které se nepoužívaly v minulosti. Hlavní funkce sestry

1. Řízení a poskytování ošetrovatelské péče (podpůrné, preventivní, léčebné nebo pomocné) jednotlivcům, rodinám a skupinám metodou ošetrovatelského procesu.
2. Výuka pacientů, klientů a zdravotnického personálu. Zkoumání vědomostí a schopností jednotlivců z oblasti udržování a obnovy zdraví, příprava a poskytování potřebných informací na přiměřené úrovni, pomoc ostatním sestřím a spolupracovníkům při získávání nových poznatků a dovedností.
3. Aktivní začlenění sestry do zdravotnického týmu při spolupráci, plánování, organizaci, řízení a vyhodnocování ošetrovatelských služeb jako součástí celkových zdravotnických služeb.
4. Rozvoj ošetrovatelské praxe, kritického myšlení a výzkumu. Zavádění nových způsobů práce ve snaze dosáhnout lepších výsledků, určení oblastí výzkumu s cílem zvýšit vědomosti a zdokonalit zručnost v ošetrovatelské praxi. Uplatnění etických a profesionálních norem v ošetrovatelském výzkumu (Jarošová, 2002).

S rozvojem lékařství a ošetrovatelství narůstá samostatnost v práci sestry spojená s větší kompetentností a zároveň s větší zodpovědností (Šamánková, 2006).

K moderním trendům ošetrovatelství patří mimo jiné poskytování ošetrovatelské péče vícestupňovým způsobem, jehož předpokladem je ošetrovatelský tým, složený z ošetrovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace. Kompetence těchto pracovníků jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace. Mezi další členy ošetrovatelského týmu z nelékařských zdravotnických profesí, které v nemocnici nejčastěji potkáváme, patří porodní asistentka, ošetrovatel, sanitář, fyzioterapeut, zdravotně sociální pracovník, psycholog, nutriční terapeut, ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotnický záchranář, řidič dopravy či laboratorní asistent, ale nesmíme opomenout ani méně „viditelné“ profese, jako je farmaceutický asistent, radiologický technik, biomedicínský inženýr, ortoticko-protetický technik, logoped, biotechnický asistent, zubní technik, odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví, dezinfektor a mnoho dalších. Pro většinu z těchto povolání existuje bakalářský kvalifikační

program (Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011; Zákon č. 96/2004 Sb).

Tím, jak se změnilo postavení sestry ve zdravotnické profesi, došlo i ke změnám v požadavcích na vzdělání sestry. Naše republika přijala stejnou koncepci pro vzdělávání zdravotnických profesí, jaká je aplikována již řadu let ve vyspělých západních zemích. Hlavním požadavkem je, aby se studentem ošetrovatelství stal jedinec, který má ukončené všeobecné vzdělání, je psychicky vyvrálo osobností s ujasněnou osobní identitou a s vizí jakému povolání by se chtěl ve svém dalším životě věnovat. Tato sociální vyvrálost může být předpokladem, že student ošetrovatelství se později stane kvalitní sestrou (Drápková, 2010).

3.3.1 Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství

Ošetrovatelskou péči zajišťují zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezeném zákonem a zvláštním právním předpisem a to zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti a zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Činnosti jednotlivých kategorií ošetrovatelských pracovníků jsou stanoveny zvláštním právním předpisem. Podrobněji jsou rozpracovány zaměstnavatelem příslušného zdravotnického zařízení (Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 9/2004).

Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti. Kvalifikační studium probíhá na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách v souladu s příslušnými směrnici Evropské unie. Název studijního programu I 5341 R Ošetrovatelství, bakalářský studijní program a I 5341-N/1 Diplomovaná všeobecná sestra, vzdělávací program pro Vyšší odborné školy zdravotnické. Název kvalifikačního studijního oboru a oboru vzdělání je všeobecná sestra nebo diplomovaná všeobecná sestra. Forma studia je buď v bakalářském studijním programu (prezenční, distanční nebo jejich kombinace) anebo ve vzdělávacím programu pro Vyšší odborné školy zdravotnické (denní, večerní, dálková, distanční, kombinovaná). Mezi povinné základní předměty patří také studijní předmět management. Předmět je koncipován jako teoreticko-praktický. Seznamuje se základy moderního managementu v oblasti materiálních a personálních zdrojů, s vytvářením strategií řízení kvality v systémech zdravotní a sociální péče. Studenti se naučí teorii řízení kvality, metodikám

vypracování standardů ošetrovatelské péče a metodám auditní činnosti. Všechny uvedené anotace předmětů jsou závazné pro vytvoření studijního nebo učebního plánu. Cíle, obsahová zaměření a seznam literatury zpracuje a předpokládá samostatně vysoká škola nebo vyšší odborná škola v rámci akreditačního řízení (www.mzcr.cz; Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 9/2004).

Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Kvalifikační studium probíhá na střední zdravotnické škole nebo v akreditovaném kvalifikačním kurzu. Na středních zdravotnických školách probíhá výuka oboru zdravotnický asistent, který je ukončen maturitní zkouškou. Od 1. září 2004 platí učební osnovy pro kmenový obor: 53 – 41 - M Ošetrovatelství, studijní obor: Zdravotnický asistent 53 – 41 – M/007 (schválené Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy po dohodě s Ministerstvem zdravotnictví dne 17. 12. 2003, čj. 33 318/2003-23). Podle těchto osnov probíhá v současné době výuka třetích a čtvrtých ročníků. Od 1. září 2010 jsou žáci oboru zdravotnický asistent vzděláváni podle Rámcového vzdělávacího programu 53 – 41 – M/01, který vydalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy dne 29. 5. 2008, čj. 6 907/2008-23. Rámcové vzdělávací programy (RVP) jsou státem vydané kurikulární dokumenty vymezující závazné požadavky na vzdělávání a školy jsou povinny je rozpracovat do svých Školních vzdělávacích programů. Mezi odborné kompetence, které se dají připojit k oblasti kvality péče, patří usilovat o nejvyšší kvalitu své práce, výrobků nebo služeb, tak aby absolventi chápali kvalitu jako významný nástroj konkurenceschopnosti a dobrého jména podniku; dodržovali stanovené normy (standarty) a předpisy související se systémem řízení jakosti zavedeným na pracovišti; dbali na zabezpečování parametrů (standardů) kvality procesů, výrobků nebo služeb, zohledňovali požadavky klienta (RVP, 53-41-M/01 Zdravotnický asistent).

Požadavek na povinnost dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví je zanesen v zákoně 96/2004 Sb. (61 §53 odst. 1,2). Znalosti získané ve škole jsou již po několika málo letech nedostačující a zastaralé. Pokud má být poskytována péče kvalitní, je nezbytně nutné, aby se zdravotničtí pracovníci i nadále vzdělávali. Pokud se sestra během své praxe neustále vzdělává, zajímá se o novinky v ošetrovatelství, získané poznatky aplikuje do praxe, svědčí to o skutečném zájmu a osobní angažovanosti ve své profesi, což vede i k tomu, že taková sestra poskytuje kvalitní péči (Bartlová, 2006; Bartlová, Chloubová 2009).

Celoživotním vzděláváním si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilost v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Součástí celoživotního vzdělávání pro pracovníky bez odborného dohledu je specializační vzdělávání, které je zaměřeno na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Probíhá v akreditovaných zařízeních. Účelem specializačního vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků je získání specializované způsobilosti k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. (www.nconzo.cz; Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 9/2004).

Zdravotničtí pracovníci bez odborného dohledu mohou také získat specializovanou způsobilost v oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví a získat tak označení odbornosti specialista v organizaci a řízení ve zdravotnictví a vykonávat tak činnosti koncepčního charakteru související s řízením a organizací zdravotní péče. Přitom v rozsahu své specializované způsobilosti zejména mohou navrhopvat cíle, strategie a politiku organizace, vykonávat činnosti spojené s řízením a organizací zdravotnického zařízení, řešit systémové otázky poskytování zdravotní péče, vykonávat činnosti spojené s tvorbou a realizací zdravotní politiky a návaznosti zdravotní a sociální péče, navrhopvat koncepci svého oboru a aplikovat ji v praxi, analyzovat a interpretovat statistické údaje týkající se poskytování zdravotní péče a zdravotního stavu obyvatel a plánovat budoucí potřeby zdravotnických služeb, zavádět systém hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotní péče a jejího kontinuálního zvyšování, provádět činnosti v oblasti personalistiky a organizaci dalšího vzdělávání, zajišťovat plnění právních předpisů a standardů týkajících se činnosti zdravotnických zařízení (www.ipvz.cz).

Spojená akreditační komise se od dubna 2011 stala držitelkou akreditace Ministerstva zdravotnictví České republiky k pořádání certifikovaných kurzů v rámci vzdělávacího programu specializačního vzdělávání právě v oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví. Cílem třídních intenzivních kurzů je připravit účastníky teoreticky i prakticky na implementaci, řízení, kontrolu a zlepšování systému pro řízení kvality a bezpečí zdravotní péče. Jedná se o následující certifikované kurzy: „Efektivní postupy řízení kvality a bezpečí péče ve zdravotnickém zařízení“ „Interní auditor kvality a bezpečí zdravotní péče“ „Interní auditor kvality a manažer rizik ve zdravotnictví“ (www.sakcr.cz).

V rámci celoživotního vzdělávání je možné v oboru ošetrovatelství získat vyšší stupně akademického vzdělání (magisterské a doktorské). Vysokoškolské vzdělání se získává studiem v rámci akreditovaného studijního programu podle studijního plánu stanovenou formou studia. Podle § 78 zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách) podléhá studijní program akreditaci, kterou uděluje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Jednou z podmínek udělení akreditace studijnímu programu je souhlasné stanovisko Akreditační komise (Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 9/2004; www.aplikace.msmt.cz).

Strukturovaný vzdělávací systém je uplatňován také v oboru ošetrovatelství. Plně akceptovatelné a mezinárodně srovnatelné kvalifikační studium sester a porodních asistentek v bakalářském studijním programu probíhá v České republice od roku 2001. Významným kladným důsledkem vysokoškolského vzdělávání sester (i neprofesního) je zvýšení úrovně a kvality poskytované ošetrovatelské a zdravotní péče. Rozvoj pregraduálních profesních studijních oborů ošetrovatelství u nás je také velmi důležitý pro zajištění kompatibility vzdělávání sester v souladu s kritérii Evropské unie. Problematictější se jeví v České republice aplikace skutečně strukturovaného studia ošetrovatelství - navazující magisterské (případně doktorské) studijní programy v tomto oboru podle Evropského systému vysokého školství. V současné době se magisterské studijní programy ošetrovatelství teprve rozvíjejí a jsou v rámci České republiky realizovány pouze v omezených kapacitách (Jarošová, 2006).

Absolvent bakalářského studijního programu může navázat na magisterské a následně i doktorské studium. Oba programy poskytují možnost pro působení v administrativě, ošetrovatelské vědě a výzkumu nebo zdravotnické politice. Dvouleté magisterské studium se ukončuje státní závěrečnou zkouškou, jejíž nedílnou součástí je obhajoba diplomové práce. Absolventi získají akademický titul Magistr (Mgr.) uváděný před jménem. Doktorské studium trvající 3 – 4 roky je zaměřeno především na vědecké bádání, probíhá individuálně pod vedením školitele a ukončuje se státní doktorskou zkouškou včetně obhajoby disertační práce. Absolventi získají titul Doktor (PhD.) uváděný za jménem (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci například nabízí tyto možnosti vysokoškolského vzdělání. Pro absolventy středních škol je určeno vysokoškolské studium bakalářské. Bakalářský studijní program se standardní délkou

studia 3 roky představuje obsahově ucelenou část vysokoškolského studia jako jeho samostatnou variantu. Absolventům bakalářského studijního programu se vydává diplom, dodatek k diplomu (tzv. Diploma Supplement) a přiznává se jim akademický titul „bakalář“ (Bc.). Bakalářské studijní programy lze studovat ve čtyřech oborech – Všeobecná sestra (prezenční/kombinované studium), Porodní asistentka (prezenční/kombinované studium), Fyzioterapie (prezenční studium) a Radiologický asistent (prezenční/kombinované studium). V případě kombinovaných forem studia bakalářských studijních programů je vyžadováno předchozí středoškolské vzdělání v daném oboru, či předchozí praxe. Pro absolventy bakalářského studia je určeno navazující magisterské studium. Navazující magisterský studijní program představuje studium se standardní délkou 2 roky. Absolventům navazujícího magisterského studia se vydává diplom, dodatek k diplomu (tzv. Diploma Supplement) a přiznává se jim akademický titul „magistr“ (Mgr.). Ve skupině navazujících magisterských studijních programů nabízí Fakulta zdravotnických věd uchazečům možnosti studia oboru Fyzioterapie. Dále v současné době probíhá proces prodloužení akreditace navazujícímu magisterskému studijnímu oboru Management zdravotnictví, který je na Univerzitě Palackého v Olomouci realizován již od roku 2000. Kromě již výše uvedených studijních oborů usiluje Fakulta zdravotnických věd o získání akreditace navazujících magisterských studijních oborů Ošetrovatelská péče v interních oborech, Ošetrovatelská péče v pediatrii a Intenzivní péče s cílem otevřít tyto obory již v akademickém roce 2012/2013 v rámci dodatečně vyhlášeného přijímacího řízení. Fakulta zdravotnických věd realizuje kromě bakalářských a navazujících magisterských studijních programů také tzv. třetí stupeň vysokoškolského vzdělávání, doktorské studium. Doktorský studijní program představuje studium se standardní délkou 3 roky. Studium je zaměřeno na vědecké bádání a samostatnou tvůrčí činnost v oblasti výzkumu nebo vývoje. Absolventům studia v doktorských studijních programech se uděluje akademický titul „doktor“ (ve zkratce „Ph.D.“ uváděné za jménem). Fakulta zdravotnických věd uskutečňuje doktorský studijní program Ošetrovatelství (www.fzv.upol.cz).

Z legislativy, která se připravuje v oblasti vzdělávání zdravotnických nelékařských pracovníků, je hlavně znění tzv. „velké novely“ zákona 96/2004 Sb. V odborné veřejnosti je velice diskutována zejména problematika odstranění dvojkolejnosti vzdělávacího systému, snížení spektra zdravotnických nelékařských povolání, zvyšování kompetencí nelékařských pracovníků a další právní úpravy, které sníží administrativní zátěž,

např. zrušení odborného dohledu v souvislosti s úpravou systému registrace, celoživotní vzdělávání, vyšší prostupnost kvalifikačního vzdělávání, specializační vzdělávání v navazujících magisterských programech, kombinovaných formách studia, akreditace a další (Šmídová, 2011).

Požadavky na změny vzdělávání sester plynou z několika zdrojů – jednak z nespokojenosti teoretiků i praktiků s nynějším stavem věcí, jednak i z takových faktorů, jako jsou společenské změny, pronikání nových didaktických a filozofických proudů a v neposlední řadě technologický pokrok. Exponenciálně rostoucí objem poznatků a informací si rovněž úpravy studijní náplně a kurikul. Ošetrovatelské vzdělávání v zásadě sleduje trendy v ošetrovatelství jako oboru, zároveň však tento obor prostřednictvím formulujícího vlivu na studenty dotváří (Adamczyk, 2010).

3.3.2 Registrace zdravotnických pracovníků

Profese sestry se neustále vyvíjí spolu vzhledem k vývoji medicíny i daná společností. Změny v přístupu k péči o pacienty jsou odrazem aktuálních potřeb společnosti. Aby bylo možno zajistit, že se sestry budou nadále vzdělávat, čímž přispějí k rozvoji ošetrovatelství a zvýšení kvality poskytované péče, byla uzákoněna povinná registrace nelékařských pracovníků. Tato registrace je tedy jakousi kontrolou a zároveň i garantem toho, že se sestra bude i nadále vzdělávat, pokud chce svoji profesi vykonávat (Staňková, 2002; Staňková 1998).

Vznik Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (dále jen Registr) je dán zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, který vstoupil v platnost dne 1. 4. 2004 a byl novelizován dnem 1. 7. 2008. Vedení Registru delegovalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky na Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno. V Registru jsou zpracovávány údaje, které slouží k vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a jejich držitelé jsou zapsáni do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Hlavním cílem registrace nelékařských zdravotnických povolání je ochrana veřejnosti. Ochrana veřejnosti spočívá na principu celoživotního vzdělávání, průběžného obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti, což vede ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče a jiných činností s tím souvisejících. Vysoká kvalita poskytované péče napomáhá ke zvyšování úrovně a prestiže nelékařských

zdravotnických profesí. Kreditní systém, na základě kterého jsou ohodnoceny jednotlivé formy celoživotního vzdělávání počtem kreditů, stanoví prováděcí právní předpis vyhláška č. 423/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů vyhlášky č. 321/2008 Sb., vyhlášky č. 4/2010 Sb. (www.mzcr.cz).

4 Metodika práce

4.1 Metodika výzkumu

Pro sběr dat i jejich zpracování byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazníku. Dotazník patří k tzv. exploračním výzkumným metodám získávání informací prostřednictvím subjektivních výpovědí zkoumaných osob – respondentů (Farkašová, 2006).

Anonymní dotazník obsahoval 25 otázek, byly použity otázky zavřené, otevřené a polootevřené položky (Příloha 1). *„Zavřené položky respondentovi nabízejí odpovědi a on si sám vybírá, se kterou souhlasí. Zavřené položky se často používají na vyjádření míry vlastností, intenzity postoje nebo hodnocení nějakého jevu, tj. škálování. Škálovaná odpověď je forma strukturované odpovědi v rámci určité škály (tj. série, gradace), při které se od respondentů požaduje označit jeden ze stupňů souhlasu-nesouhlasu nebo kladného či zamítavého postojového tvrzení. Otevřené položky nenabízejí alternativy, odpověď se při nich nevybírá, ale respondenti ji vytvoří a vyjádří tak svůj názor či postoj. Polootevřené položky nabízejí možnosti zavřeného výběru odpovědí, ke kterému se přidá výběr s otevřeným zakončením“* (Farkašová, 2006, s. 46-47).

Vlastní šetření probíhalo v červnu až srpnu 2011. Před vlastním výzkumem byla provedena pilotáž, kdy byl dotazník nabídnut k vyplnění pěti respondentům. Na základě této pilotáže byla provedena korekce otázek a upřesnění nabízených odpovědí.

Z 25 otázek, které byly obsaženy v dotazníku, bylo 17 otázek zavřených, 2 otázky otevřené, 6 otázek polozavřených.

Z těchto otázek se

4 otázky zabývaly charakteristikou výzkumného vzorku – otázky č. 1; 2; 3; 4

7 otázek zjišťovalo znalosti respondentů - otázky č. 5, 6, 7, 8, 9; 10; 11

9 otázek zjišťovalo hodnocení zavedených opatření – otázky č. 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19;

6 otázek zjišťovaly osobní názor a postoj respondentů – otázky č. 20,21; 22; 23; 24; 25

Dotazníky byly distribuovány osobně vždy vedoucí sestře oddělení. Vedoucí sestry byly požádány o rozdání i sběr dotazníků. Výběr členů ošetrovatelského týmu byl ponechán na vedoucí sestře vymezen skupinou všeobecných sester a zdravotnických asistentů.

Data byla zpracována pomocí programů Microsoft Word 2007 a Microsoft Excel 2007. K vyhodnocování dotazníků byla použita čárkovací metoda.

4.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen všeobecnými sestrami a zdravotními asistenty pracujícími v Šumperské nemocnici a.s. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků. Z jednotlivých oddělení se vrátilo 120 vyplněných dotazníků. Výsledky výzkumu byly zpracovány na základě 115 vyplněných dotazníků, protože v 5 dotaznících nebyly vyplněny všechny položky.

4.3 Základní informace o Šumperské nemocnici a.s.

Šumperská nemocnice a.s., kde bylo výzkumné šetření prováděno, je všeobecnou nemocnicí tzv. okresního typu. Od roku 2005 je členem skupiny Agel a.s.

Nemocnice má rozsáhlou lůžkovou i ambulantní složku. Poskytuje péči ve spádové oblasti až 160 tisícům obyvatel, s kompletním technickým zázemím, včetně vlastní prádelny, stravovacího provozu a údržby. Areál nemocnice je tvořen několika lůžkovými pavilóny, hospodářskými budovami, vlastní dopravní zdravotní službou.

V nemocnici pracuje 890 zaměstnanců, z toho 110 lékařů a 266 všeobecných sester a 26 zdravotnických asistentů, dále 77 porodních asistentek, zdravotních laborantů, fyzioterapeutů a nutričních terapeutů, 107,85 sanitářů a 18,5 ošetřovatelů.

Zdravotnickou část nemocnice představuje 22 odborných oddělení, z toho 10 lůžkových s celkovou kapacitou 523 lůžek. Ambulantní činnost zajišťuje 37 odborných ambulancí. Základní nemocniční odbornosti tvoří chirurgie, interna, gynekologie a porodnictví, dětské a oddělení anestézie, resuscitační i intenzivní péče. Mezi speciální odbornosti s nadregionální působností patří ortopedie, urologie, oční, plicní, neurologie, onkologie, ORL, kožní a oddělení dialýzy.

Mezi základní hodnoty nemocnice patří vysoká kvalita a profesionalita poskytované péče a komplexně léčený, spokojený pacient. Pro naplnění těchto hodnot se management nemocnice rozhodl zavést projekt kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných služeb a naplňování potřeb zdravotní péče. Projekt kontinuálního zvyšování kvality je definován spolu se systémem řízení v Příručce kvality Šumperské nemocnice. Proces naplňování programu kvality je dán stanovením indikátorů kvality,

standardizací procesů a ověřením účinnosti (audity, sledování spokojenosti). Program kvality a bezpečí je aktualizován pro každý kalendářní rok v souladu s programem kontinuálního zvyšování kvality a s Plánem kvality a bezpečí ve skupině Agel a.s. Vedení společnosti dle nároků na zdroje přijímá k realizaci Plán kvality a bezpečí (Příloha 2), odpovědnost za jeho zpracování má manažer kvality. Orgán odpovědný za řízení kvality je rada kvality, která je hlavním článkem systému pro zvyšování kvality lékařské a ošetrovatelské péče a bezpečné a efektivní práce všech jednotek zajišťující chod nemocnice (Příloha 3). Veškeré iniciativy a projekty rozvíjení kvality jsou řádně dokumentovány a výsledky statisticky zpracovány a analyzovány. Smysluplnost realizovaných projektů a nápravných opatření je pravidelně sledována a eventuální problémy řešeny Radou kvality.

Hlavní nástroje kvality, ze kterých nemocnice/oddělení čerpá náměty ke kontinuálnímu zvyšování kvality, jsou uvedeny ve vnitřních předpisech nemocnice. Směrnice pokrývají oblasti:

- Příručka kvality.
- Indikátory kvality nemocnice a indikátory kvality v rámci oddělení.
- Hodnocení spokojenosti pacientů.
- Hodnocení spokojenosti zaměstnanců.
- Hlášení nežádoucích událostí.
- Hlášení, monitoring a vyhodnocení nežádoucích událostí a pádů.
- Stížnosti pacientů a návštěv.
- Hodnocení zaměstnanců.
- Interní audity a kontrolní činnosti vedoucích pracovníků.
- Identifikace pacientů v ŠN prevence stranové záměny.
- Řízení a tvorba standardů a postupů.
- Prevence nemocničních a profesionálních nákaz.

V nemocnici je přijata Koncepce ošetrovatelské péče (Příloha 4). Cílem koncepce je poskytování kvalitní, efektivní a bezpečné péče v souladu s probíhajícími reformami zdravotní péče s důrazem na podporu vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a zvyšování kvality ošetrovatelské péče a bezpečnosti pacientů. Důraz je také kladen na zlepšení komunikace mezi zdravotnickými pracovníky, na efektivní komunikaci s pacienty, rodinami a veřejností. Důležitou součástí koncepce je zlepšení prostředí

oddělení, nemocnice z estetického hlediska a bezpečnostních podmínek, dále minimalizace nákladů spojených s provozem oddělení, bez dopadu na kvalitu poskytované zdravotnické péče.

5 Výsledky práce

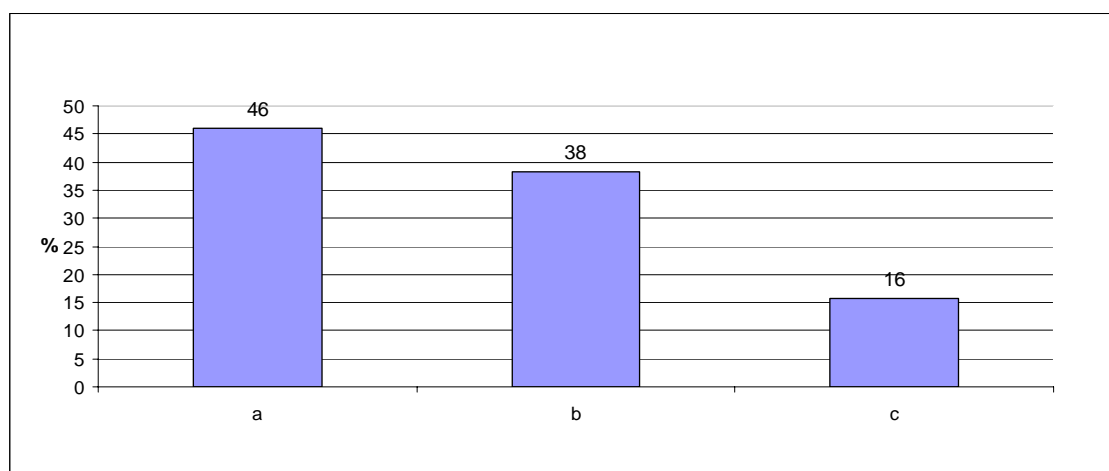
Legenda: n – počet osob % - procento zastoupení

Položka 1. Věk respondentů

Tabulka 1. Věková skupina

Věková skupina		n	%
a	do 30 let	53	46
b	31 až 49 let	44	38
c	50 let a výše	18	16
CELKEM		115	100

Graf 1. Věková skupina



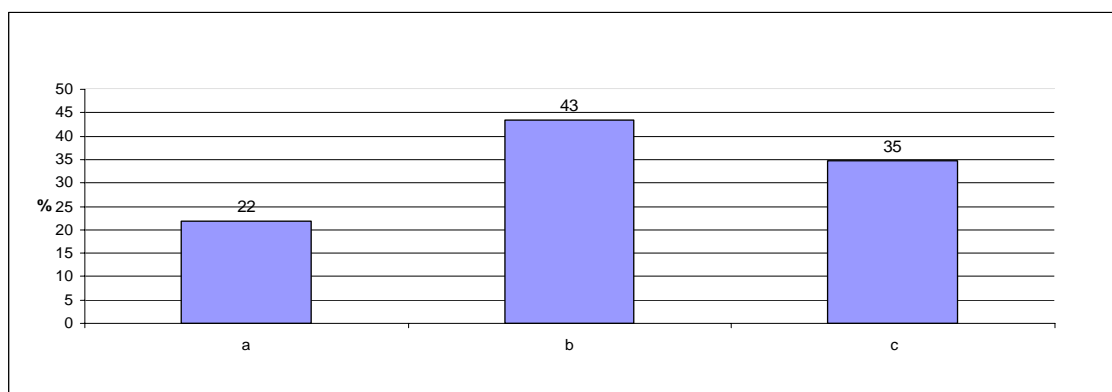
V dotazníku se první otázka týkala věku respondentů. Podle odpovědí, které na tuto otázku v dotazníku byly zaznamenány, bylo zjištěno, že výzkumný soubor zahrnoval respondenty do 30 let věku v počtu 53 (46 %), dále respondenty mezi 31- 49 lety věku v počtu 44 (38 %) a 18 (16 %) respondentů nad 50 let věku (Tabulka 1, Graf 1).

Položka 2. Počet odpracovaných let

Tabulka 2. Počet let odborné praxe

Počet let odborné praxe		n	%
a	do 3 let	25	22
b	4 až 15 let	50	43
c	více než 16 let	40	35
CELKEM		115	100

Graf 2. Počet let odborné praxe



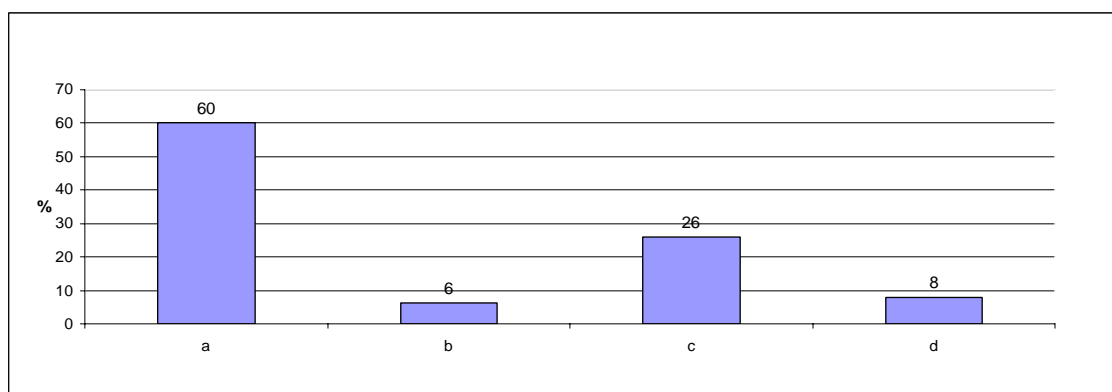
Ve druhé otázce jsme zjišťovali počet let odborné praxe respondentů. Z tabulky 2 a grafu 2 vyplývá, že se výzkumného šetření zúčastnilo 25 (22 %) respondentů do 3 let odborné praxe, 50 (43 %) respondentů s počtem praxe od 4 do 15 let a respondentů s počtem roků praxe nad 16 let ve výzkumném šetření bylo 40 (35%).

Položka 3. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Tabulka 3. Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	n	%
a	69	60
b	7	6
c	30	26
d	9	8
CELKEM	115	100

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání



Z celkového počtu 115 (100 %) respondentů má 69 (60 %) respondentů středoškolské vzdělání s maturitou, 7 (6 %) respondentů má vyšší odborné vzdělání. Respondentů

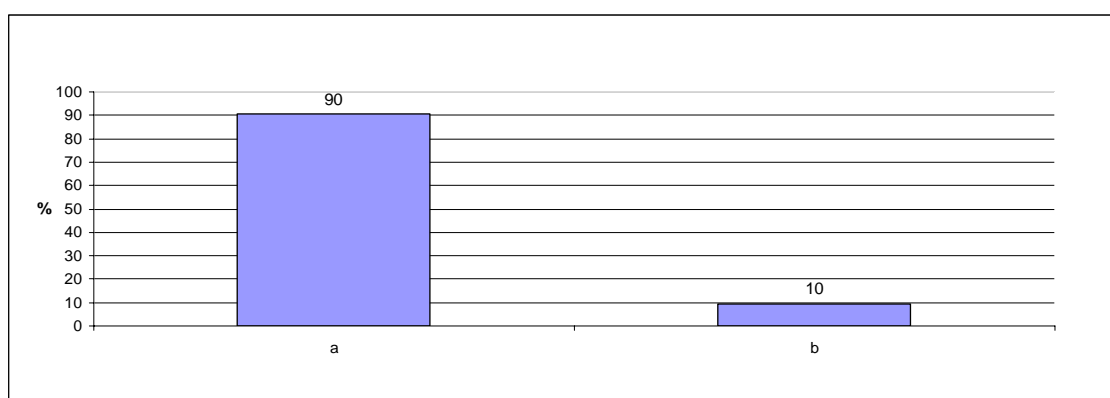
s pomaturitním specializačním studiem ve výzkumném vzorku bylo 30 (26 %) a 9 (8%) respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání (Tabulka 3, Graf 3).

Položka 4. Pracovní zařazení respondentů

Tabulka 4. Pracovní zařazení

Pracovní zařazení		n	%
a	všeobecná sestra	104	90
b	zdravotnický asistent	11	10
CELKEM		115	100

Graf 4. Pracovní zařazení



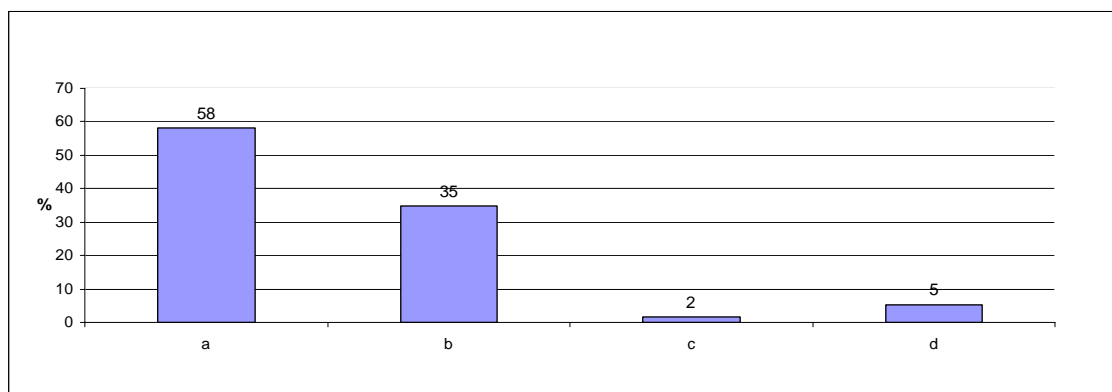
Výsledky v tabulce 4 a grafu 4 ukazují pracovní zařazení respondentů. Všeobecných sester se výzkumného šetření zúčastnilo celkem 104 (90 %) a zdravotnických asistentů bylo celkem 11 (10 %).

Položka 5. Na kterých internetových stránkách naleznete Portál kvality a bezpečí?

Tabulka 5. Znalost internetových stránek Portálu kvality a bezpečí

Odpověď na otázku		n	%
a	na www stránkách Šumperské nemocnice	67	58
b	na www stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky	40	35
c	na www stránkách společnosti Agel	2	2
d	nevím	6	5
CELKEM		115	100

Graf 5 Znalost internetových stránek Portálu kvality a bezpečí



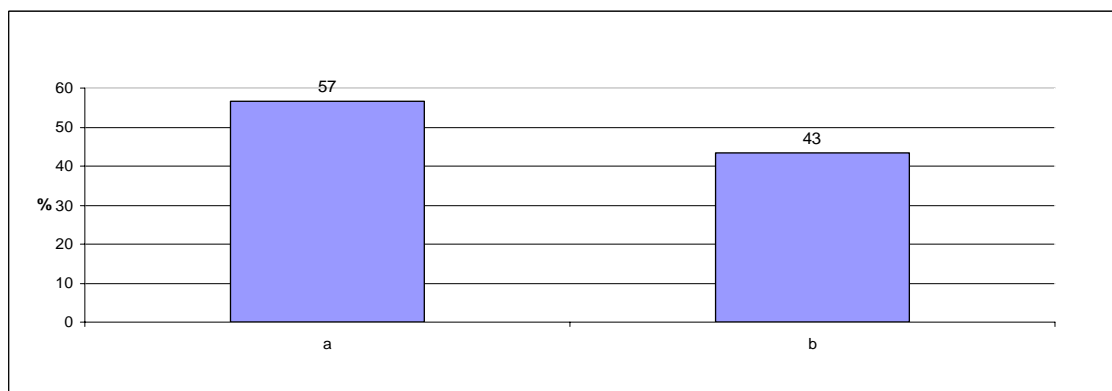
Tabulka 5 a graf 5 ukazují, jak byly respondenti informováni o umístění Portálu kvality a bezpečí na internetových stránkách. 67 (58 %) respondentů si zvolilo odpověď, že portál nalezneme na internetových stránkách Šumperské nemocnice a.s., 40 (35 %) respondentů odpovědělo, že portál naleznou na stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky. Poslední možnost výběru, že portál je umístěn na internetových stránkách společnosti Agel, uvedli 2 (2 %) respondentů.

Položka 6. Víte, že existují bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví České republiky?

Tabulka 6. Existence bezpečnostních cílů

Odpověď na otázku		n	%
a	ano	65	57
b	ne	50	43
CELKEM		115	100

Graf 6 Existence bezpečnostních cílů



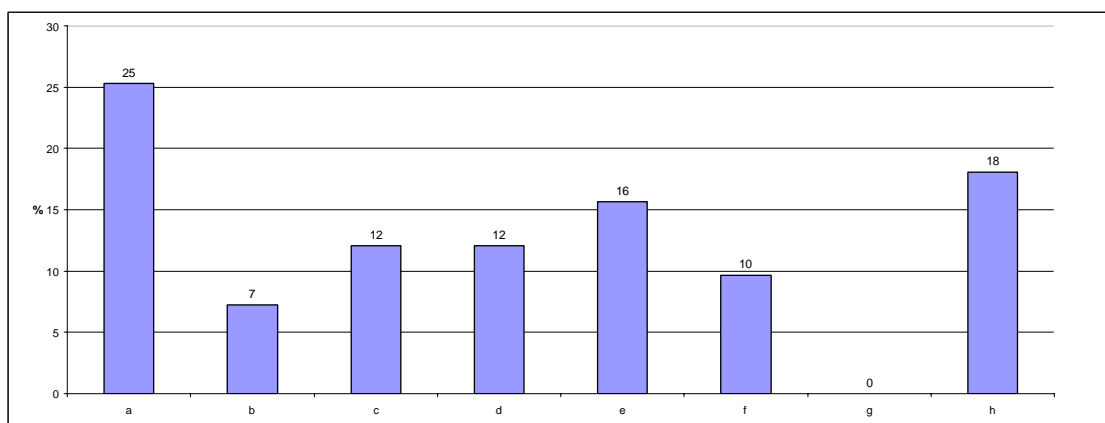
V tabulce 6 a grafu 6 vidíme, jak odpovídali respondenti na otázku týkající se existence bezpečnostních cílů Ministerstva zdravotnictví České republiky. Z celkového počtu 115 (100 %) respondentů si 65 (57 %) vybralo odpověď, že o existenci bezpečnostních cílů jsou informováni a 50 (43%) respondentů uvedlo, že o existenci cílů neví.

Položka 7 Můžete vyjmenovat některé bezpečnostní cíle?

Tabulka 7 Bezpečnostní cíle

Odpověď na otázku		n	%
a	Bezpečná identifikace pacientů	21	25
b	Bezpečnost při používání rizikových léčiv	6	7
c	Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech	10	12
d	Prevence pádů pacientů	10	12
e	Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče	13	16
f	Bezpečná komunikace	8	10
g	Bezpečné podávání léků	0	0
h	nesprávně uvedené cíle	15	18
CELKEM		83	100

Graf 7 Bezpečnostní cíle



Tabulka 7 a graf 7 ukazují, které bezpečnostní cíle respondenti vyjmenovali. Respondenti nebyli omezeni, kolik cílů mohou vyjmenovat. Proto někteří napsali více než jeden bezpečnostní cíl. Celkový počet odpovědí tak činí 83 (Tabulka 7).

Cíl Bezpečná identifikace pacientů uvedlo 21 (25 %) respondentů, 6 (7 %) respondentů uvedlo cíl Bezpečnost při používání rizikových léčiv. Další cíl Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech napsalo do odpovědi 10 (12 %) respondentů.

Cíl Prevence pádů pacientů uvedlo 10 (12 %) respondentů. Cíl Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče uvedlo 13 (16 %) respondentů. Dalším cílem, který respondenti uváděli, byl cíl Bezpečná komunikace a ten se objevil u 8 (10 %) respondentů. Posledním cílem ve výčtu bezpečnostních cílů ministerstva zdravotnictví, který mohli respondenti uvést, byl cíl Bezpečné předávání pacientů. Ten se ve výčtu cílů neobjevil.

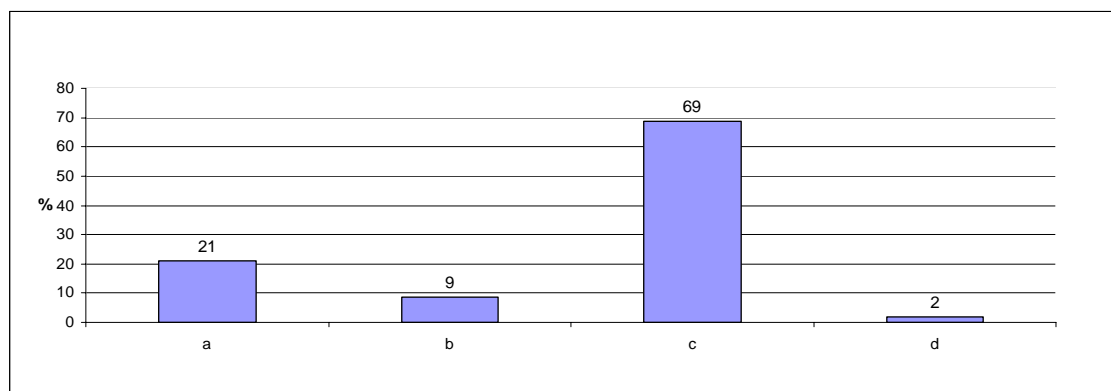
15 (18 %) respondentů v uvedeném výčtu bezpečnostních cílů uvedlo cíle, které neodpovídají stanovených cílům Ministerstva zdravotnictví. Zaznamenány byly cíle jako „sledování výskytu poruch kožní integrity, vydání Knihy bezpečí, prevence úrazu na pracovišti, sledování nežádoucích událostí“.

Položka 8. Která vnitřní norma je nejdůležitější pro systém zajištění kvality poskytované péče v Šumperské nemocnici a.s.?

Tabulka 8. Nejdůležitější vnitřní norma pro zajištění kvality péče

Odpověď na otázku		n	%
a	Kolektivní smlouva	24	21
b	Provozní řád Šumperské nemocnice	10	9
c	Příručka kvality	79	69
d	nevím	2	2
CELKEM		115	100

Graf 8. Nejdůležitější vnitřní norma pro zajištění kvality péče



V této otázce respondenti vybírali mezi čtyřmi možnostmi odpovědí. Jako nejdůležitější vnitřní normu pro zajištění kvality poskytované péče v Šumperské nemocnici uvedlo 24 (21 %) respondentů Kolektivní smlouvu, 10 (9 %) respondentů uvedlo Provozní řád Šumperské nemocnice. Možnost Příručky kvality si vybralo 79 (69 %) respondentů.

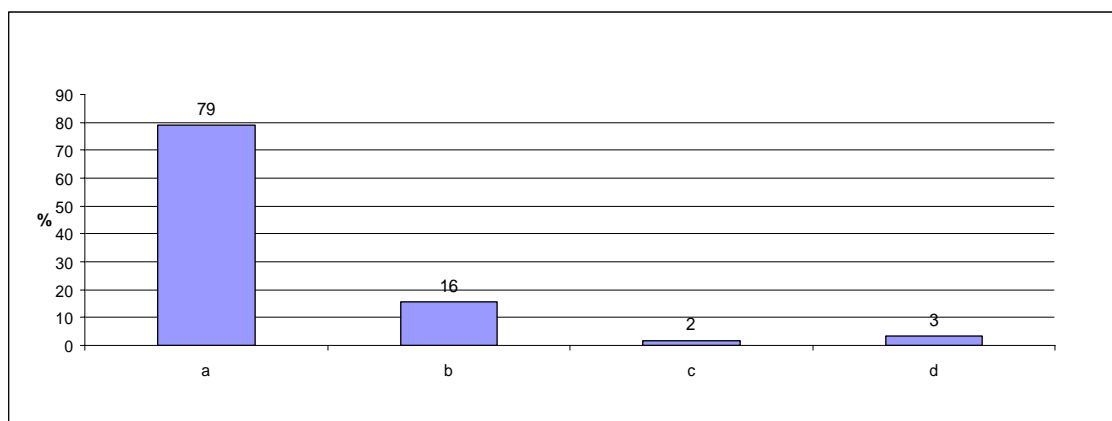
2 (2 %) respondenti nevěděli, která z norem je pro zajištění kvality tou nejdůležitější (Tabulka 8, Graf 8).

Položka 9. Co rozumíte pod pojmem audit?

Tabulka 9. Definice pojmu audit

Odpověď na otázku		n	%
a	proces pro získání důkazu o provádění správných činností správným způsobem	91	79
b	kontrola managementu nemocnice s cílem najít chyby ve vaší práci	18	16
c	zhodnocení počtu ošetrovatelského personálu	2	2
d	Nevím	4	3
CELKEM		115	100

Graf 9. Definice pojmu audit



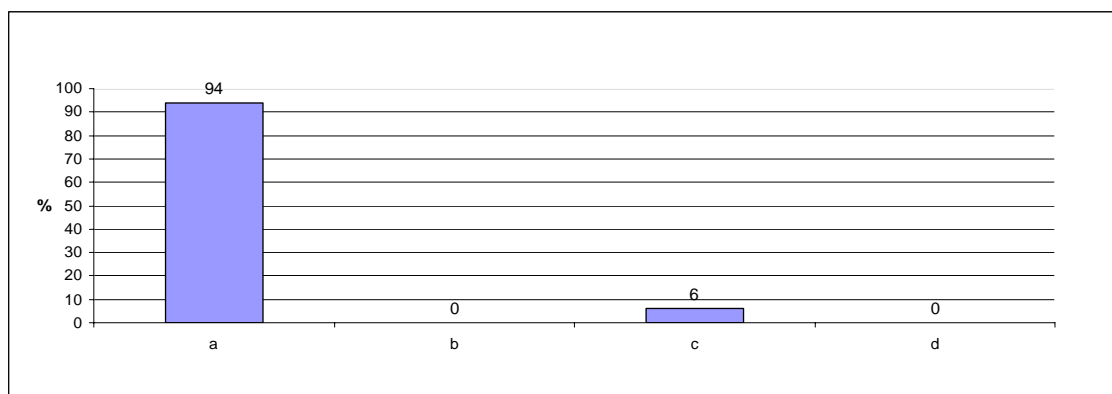
Ze 115 (100 %) respondentů odpovědělo 91 (79 %) respondentů, že pod pojmem audit rozumí proces pro získávání důkazu o provádění správných činností správným způsobem. 18 (16 %) respondentů uvedlo, že pod tímto pojmem rozumí kontrolu managementu nemocnice s cílem najít chyby v jejich práci. 2 (2 %) respondentů vidí audit jako zhodnocení počtu ošetrovatelského personálu a 4 (3 %) respondentů odpovědělo, že neví, co pojem audit znamená (Tabulka 9, Graf 9).

Položka 10. Co podle vás znamená pojem indikátor kvality?

Tabulka 10. Definice pojmu indikátor kvality

Odpověď na otázku		n	%
a	měřitelné kritérium ukazující jak je plněn určitý standard	108	94
b	subjektivní hodnocení zdravotní péče podle auditora	0	0
c	popis ideálního stavu procesu	7	6
d	Nevím	0	0
CELKEM		115	100

Graf 10. Definice pojmu indikátor kvality



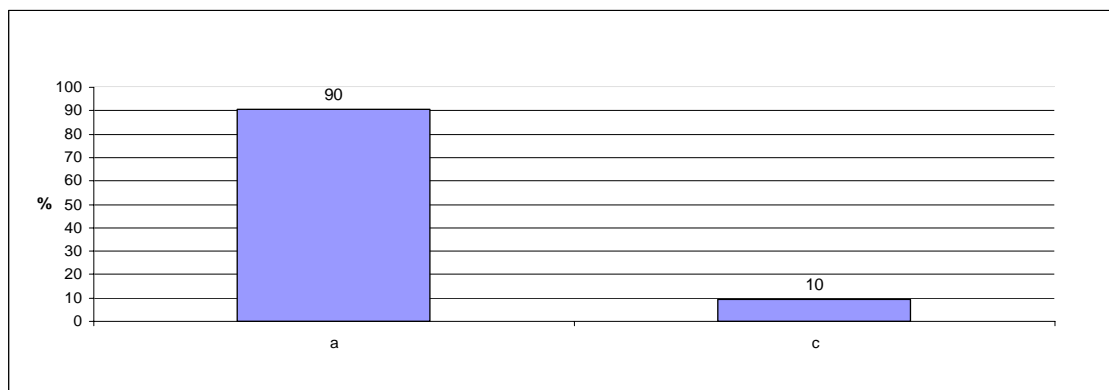
Tabulka 10 a graf 10 ukazují, jak jsou respondenti seznámeni s pojmem indikátor kvality. Ze 115 (100 %) respondentů odpovědělo 108 (94 %) respondentů, že indikátor kvality je měřitelné kritérium ukazující, jak je plněn určitý standard. 7 (6 %) respondentů odpovědělo, že indikátor kvality je popis ideálního stavu procesu. Nikdo z respondentů neodpověděl, že indikátor kvality je subjektivní hodnocení zdravotní péče podle auditora a také nikdo si nevybral odpověď, že pojem indikátor kvality nezná.

Položka 11. Můžete vyjmenovat indikátory kvality sledované v Šumperské nemocnici?

Tabulka 11. Znalost indikátorů kvality

Odpověď na otázku		N	%
a	Ano	104	90
b	Ne	11	10
CELKEM		115	100

Graf 11. Znalost indikátorů kvality



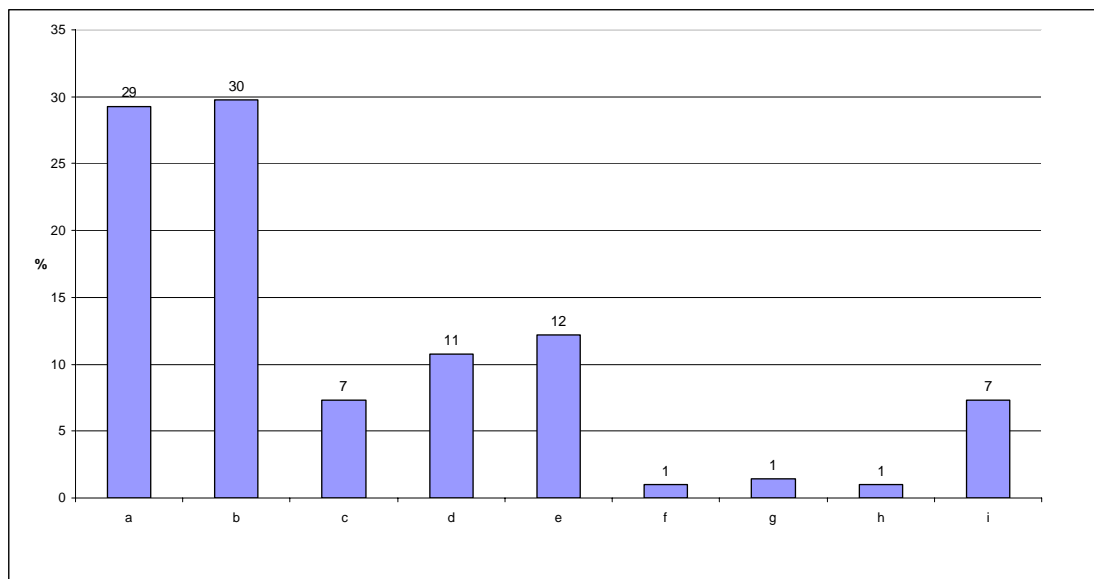
Výsledky v tabulce 11 a grafu 11 ukazují, kolik respondentů znalo indikátor kvality sledovaný v Šumperské nemocnici. 104 (90 %) respondentů uvedlo, že dokáže vyjmenovat alespoň jeden indikátor kvality a 11 (10 %) respondentů nedokázalo uvést žádný indikátor.

Respondenti, kteří uvedli, že dovedou vyjmenovat indikátor kvality, měli možnost napsat, jaký indikátor kvality znají. Respondenti ve většině případů uváděli více než jeden indikátor kvality, proto je konečný počet odpovědí 205 (100 %) vyšší než počet respondentů zúčastněných ve výzkumu (Tabulka 11.1).

Tabulka 11.1 Indikátory kvality sledované v Šumperské nemocnici.

Vyjmenované indikátory kvality		n	%
a	sledování pádů	60	29
b	sledování dekubitů	61	30
c	sledování výskytu nozokomiálních nákaz	15	7
d	rehospitalizace pacientů	22	11
e	Reoperace	25	12
f	počet chybných výjezdů sanit	2	1
g	aspirace žaludečního obsahu nebo potravy	3	1
h	postpunkční bolesti po subarachnoideální a epidurální punkci	2	1
l	nesprávné indikátory	15	7
CELKEM		205	100

Graf 11.1. Indikátory kvality sledované v Šumperské nemocnici.



Respondenti uváděli různé indikátory kvality. Sledování pádů uvedlo 60 (29 %) respondentů, sledování dekubitů uvedlo 61 (30 %) respondentů, sledování výskytu nozokomiálních nákaz uvedlo 15 (7 %) respondentů, rehospitalizace pacientů se objevily u 22 (11 %) respondentů, reoperace jako indikátor kvality uvedlo 25 (12 %) respondentů, počet chybných výjezdů sanity zaznamenali 2 (1 %) respondenti, aspiraci žaludečního obsahu nebo potravy uvedli 3 (1 %) respondenti, postpunkční bolesti po subarachnoideální a epidurální punkci napsali 2 (1 %) respondentů.

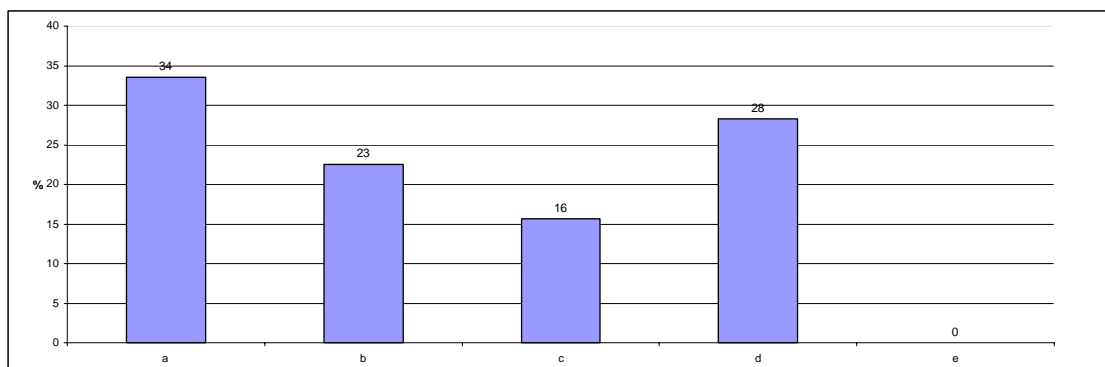
V odpovědích respondentů se objevily i nesprávné indikátory kvality. Uvedlo je 15 (7 %) respondentů a to například „dodržování hygienicko-epidemického režimu, stav ekonomiky nemocnice, image pacienta, počet císařských řezů, sledování rizika malnutrice“ (Tabulka 11.1, Graf 11.1).

Položka 12. Jak získáváte informace o nových poznatcích z oblasti kvality?

Tabulka 12. Zdroje informací z oblasti kvalitní a bezpečné péče

Odpověď na otázku		n	%
a	na provozních poradách	58	34
b	na odborných seminářích	39	23
c	z odborné literatury	27	16
d	z multimédií	49	28
e	nezajímám se o tuto oblast	0	0
CELKEM		173	100

Graf 12. Získávání informací z oblasti kvalitní a bezpečné péče



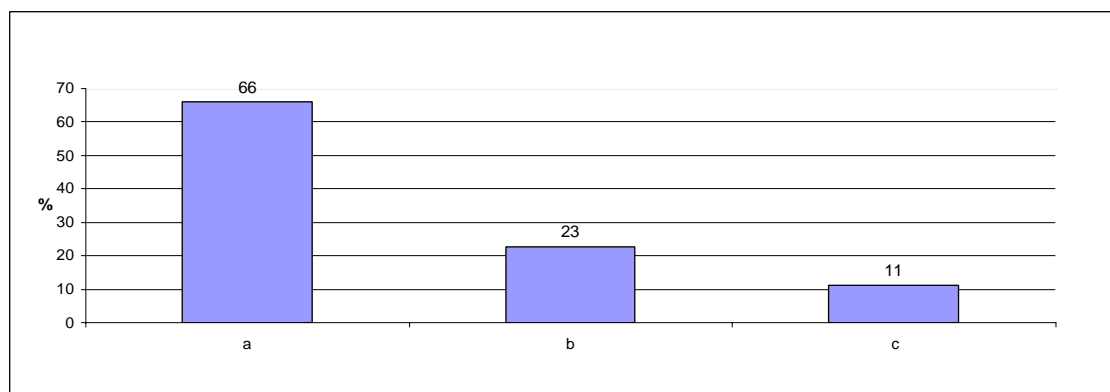
V této otázce mohli respondenti vybrat jednu nebo více odpovědí, proto celkový počet odpovědí je vyšší 173 (100 %) než celkový počet respondentů ve výzkumu. 58 (34 %) respondentů odpovědělo, že informace o bezpečné a kvalitní péči získává na provozních poradách, 39 (23 %) respondentů informace získává na odborných seminářích, 27 (16 %) respondentů informace čerpá z odborné literatury, 49 (28 %) respondentů informace má z multimédií. Nikdo z respondentů neudal, že se o oblast kvality a bezpečí nezajímá (Tabulka 12, Graf 12).

Položka 13. Jak vyplňujete dotazník Sledování spokojenosti zaměstnanců?

Tabulka 13. Vyplňování dotazníku spokojenosti zaměstnanců

Odpověď na otázku		n	%
a	Pravidelně	76	66
b	Nepravidelně	26	23
c	Nevyplňuji	13	11
CELKEM		115	100

Graf 13. Vyplňování dotazníku spokojenosti zaměstnanců



Z tabulky 13 a z grafu 13 vyplývá, že 76 (66 %) respondentů dotazník spokojenosti zaměstnanců vyplňuje pravidelně, 26 (23 %) respondentů vyplňuje dotazník nepravidelně a 13 (11 %) respondentů dotazník nevyplňuje vůbec. U třech dotazníků byly u této otázky dopsány komentáře, protože považujeme jejich obsah za velmi zajímavý, uvádíme je.

„Nezaznamenala jsem nikdy zájem vedení o výsledky tohoto dotazníku.“

„Nedali mi ho.“

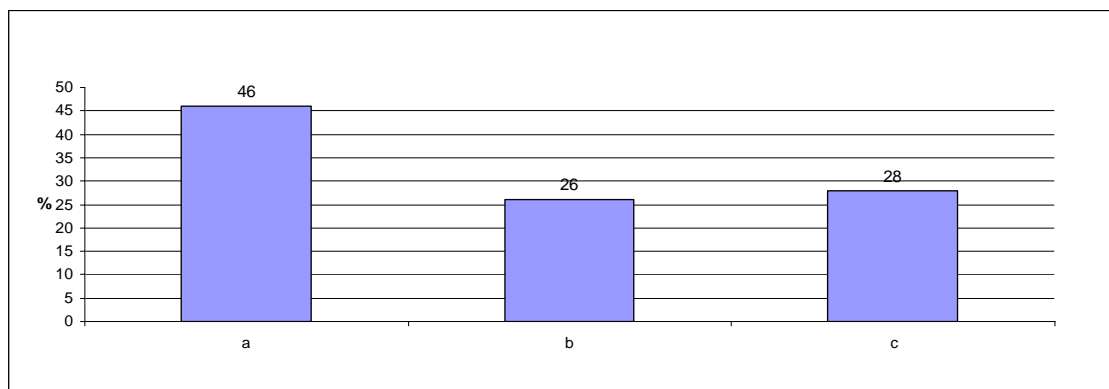
„Pracuji v Šumperské nemocnici 3 roky a dotazník jsme dostala pouze jedenkrát.“

Položka 14. Jak jste předával/a dotazník Sledování spokojenosti pacientů?

Tabulka 14. Předávání dotazníku spokojenosti pacientů

Odpověď na otázku		n	%
a	všem pacientům při propuštění	53	46
b	pouze, když jsem si vzpomněl/a	30	26
c	Nepředávala	32	28
CELKEM		115	100

Graf 14. Předávání dotazníku spokojenosti pacientů



Z celkového počtu 115 (100 %) respondentů odpovědělo 53 (46 %) respondentů, že dotazník předávalo všem pacientům při propuštění z nemocnice. Odpověď, že dotazník předávalo pouze, když si vzpomnělo, uvedlo 30 (26 %) respondentů. Dotazník nepředávalo 32 (28 %) respondentů (Tabulka 14, Graf 14). U pěti dotazníků byly u této otázky dopsány komentáře, protože i tyto odpovědi považujeme za významné pro výzkum, uvádíme je.

„Dotazníky byly volně uloženy na oddělení.“

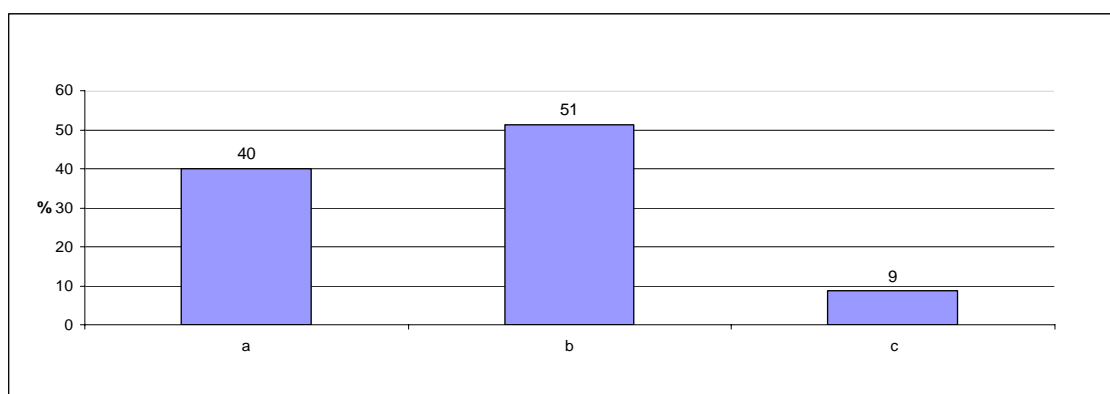
„Dotazníky předávala vedoucí sestra oddělení.“

Položka 15. Za co považujete vyhodnocení výsledků auditů a indikátorů kvality?

Tabulka 15. Význam výsledků auditů a indikátorů kvality

Odpověď na otázku		n	%
a	důležitá zpětná vazba pro vaši práci	46	40
b	důležitý proces pro zlepšení kvality	59	51
c	nemají žádný význam	10	9
CELKEM		115	100

Graf 15. Význam výsledků auditů a indikátorů kvality



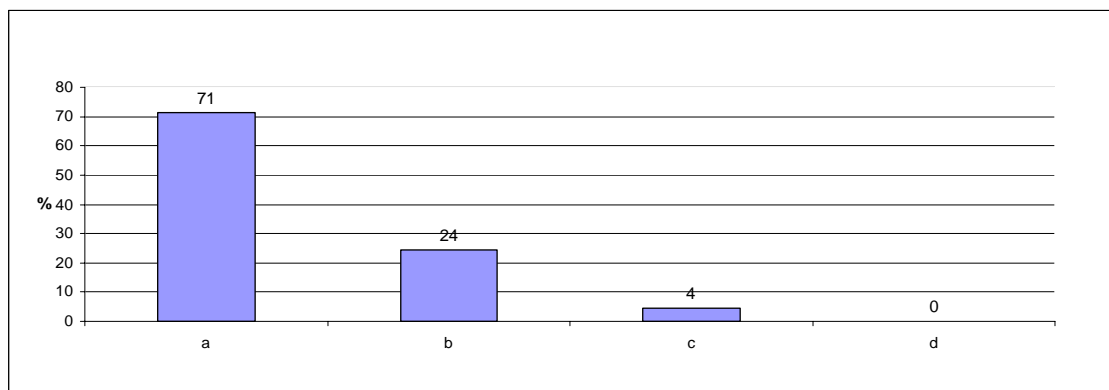
Výsledky vyhodnocení auditů a indikátorů kvality považuje 46 (40 %) respondentů jako důležité pro zpětnou vazbu jejich práce. 59 (51 %) respondentů uvedlo, že jsou důležité pro následná opatření, která vedou ke zlepšení kvality péče a 10 (9 %) respondentů uvedlo, že výsledky pro ně nemají žádný význam (Tabulka 15, Graf 15).

Položka 16. Za co považujete hodnocení své práce vedoucím pracovníkem?

Tabulka 16. Význam hodnocení práce vedoucím pracovníkem

Odpověď na otázku		n	%
a	objektivní hodnocení práce	82	71
b	formální záležitost pro vyplnění formuláře	28	24
c	stresující a nepříjemná záležitost	5	4
d	Jiné	0	0
CELKEM		115	100

Graf 16. Význam hodnocení práce vedoucím pracovníkem



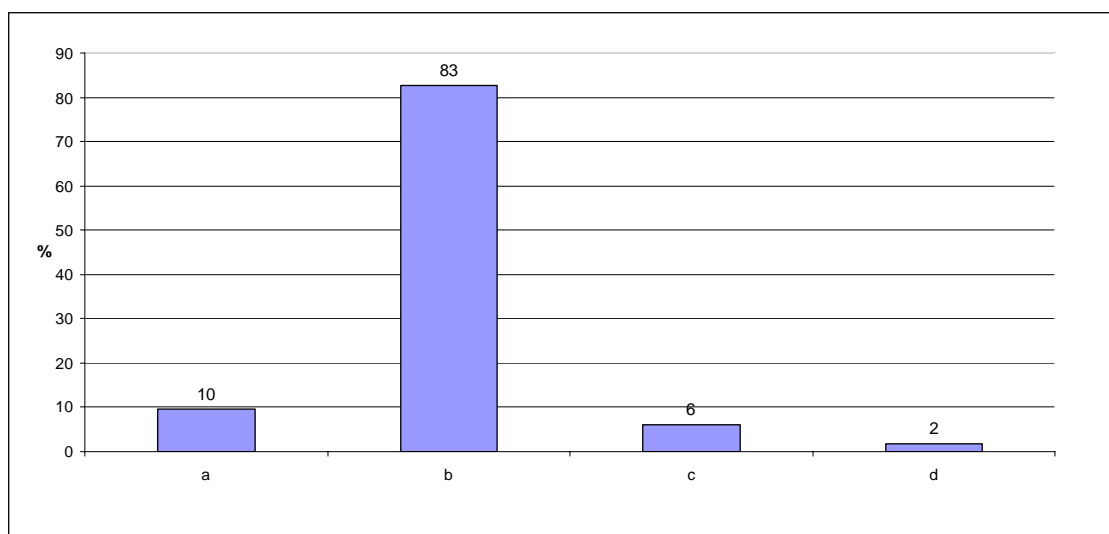
Výsledky v tabulce 16 a grafu 16 ukazují, že 82 (71 %) respondentů považuje hodnocení práce vedoucím pracovníkem za objektivní hodnocení jejich práce, 28 (24 %) respondentů hodnocení považuje za formální záležitost pro vyplnění formuláře a pro 5 (4 %) respondentů je hodnocení vedoucím pracovníkem stresující a nepříjemná záležitost. Nikdo z respondentů neuvedl jinou odpověď.

Položka 17. Jak využíváte standardy ošetrovatelské péče?

Tabulka 17. Využití standardů ošetrovatelské péče

Odpověď na otázku		n	%
a	využívám je pravidelně, pracuji s nimi	11	10
b	vyhledávám je pouze při neznalosti postupu/potřebě informací	95	83
c	vím, že existují, ale nevyužívám je	7	6
d	nevím, že v nemocnici jsou	2	2
CELKEM		115	100

Graf 17. Využití standardů ošetrovatelské péče



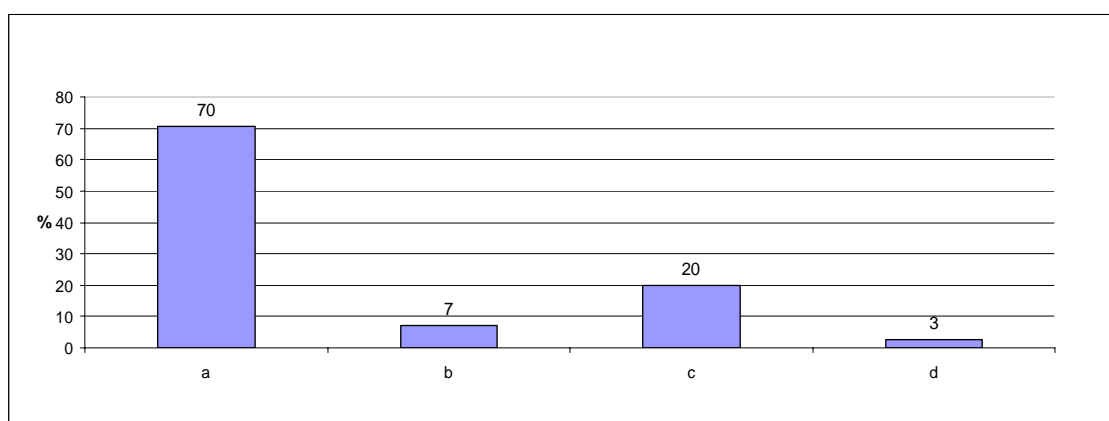
Na otázku respondenti odpovídali, jakou mají zkušenost s využitím standardů ošetrovatelské péče. 11 (10 %) respondentů uvedlo, že se standardy pracují a využívají je pravidelně, 95 (83 %) respondentů standardy vyhledává pouze při neznalosti postupu nebo potřebě informací a 7 (6 %) respondentů ví, že standardy existují, ale nevyužívá je. Poslední možnost odpovědi, že neví o existenci standardů, si vybrali 2 (2 %) respondentů.

Položka 18. Co pro vás znamená ošetrovatelský proces?

Tabulka 18. Význam ošetrovatelského procesu

Odpověď na otázku		n	%
a	přínos pro kvalitu ošetrovatelské péče	81	70
b	komplikaci při poskytování ošetrovatelské péče	8	7
c	nedokážu vyhodnotit	23	20
d	Jiné	3	3
CELKEM		115	100

Graf 18. Význam ošetrovatelského procesu



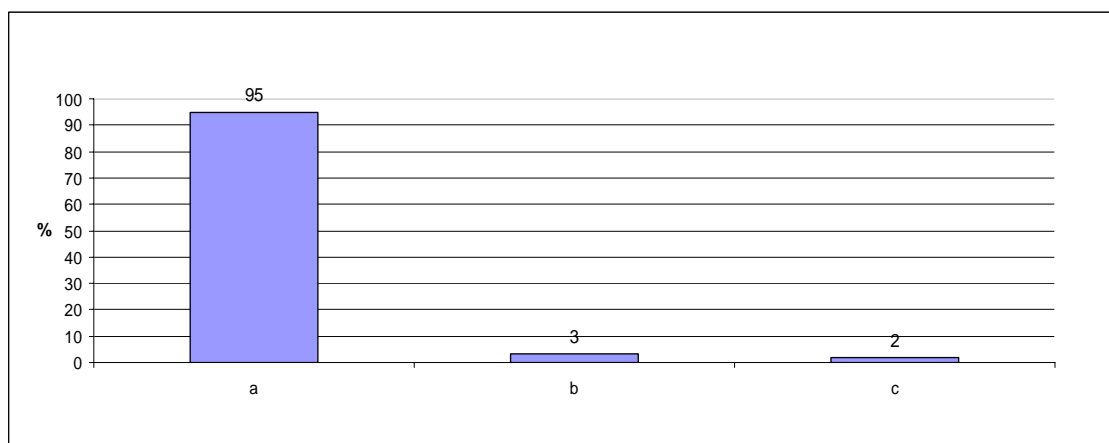
U této položky jsme chtěli zjistit, jaký mají respondenti přístup a názor na ošetrovatelský proces. 81 (70 %) respondentů uvedlo, že ošetrovatelský proces je přínosem pro kvalitu ošetrovatelské péče, 8 (7 %) respondentů považuje ošetrovatelský proces za komplikaci při poskytování ošetrovatelské péče, 23 (20 %) respondentů nedokáže vyhodnotit význam ošetrovatelského procesu a 3 (3 %) respondenti využili možnost dopsat vlastní odpověď. Ošetrovatelský proces považují ve dvou případech za „administrativní zátěž v pracovním procesu“ a v jednom případě za „dobrou metodu práce při dostatku kvalitního personálu.“

Položka 19. Hlásíte nežádoucí událost?

Tabulka 19. Hlášení nežádoucí události

Odpověď na otázku		n	%
a	ano, vždy, když nastane	109	95
b	Nehlásím	4	3
c	nevím, co to znamená	2	2
CELKEM		115	100

Graf 19. Hlášení nežádoucí události



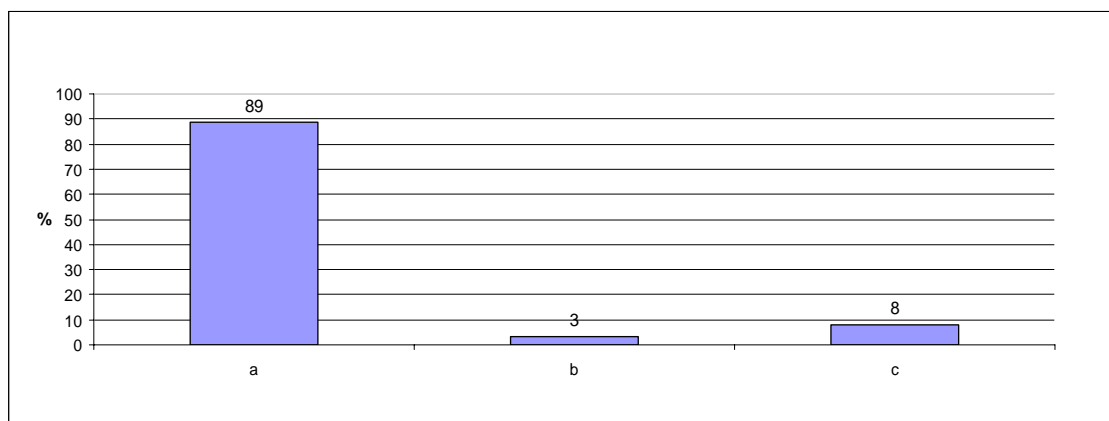
Výsledky v tabulce 19 a v grafu 19 ukazují, že 109 (95 %) respondentů hlásí nežádoucí událost vždy, když nastane. 4 (3 %) respondentů nežádoucí událost nehlásí a 2 (2 %) respondentů uvedla, že neví, co nežádoucí událost znamená.

Položka 20. Má podle vás smysl sledovat kvalitu ošetrovatelské péče?

Tabulka 20. Smysl sledování kvality ošetrovatelské péče

Odpověď na otázku		n	%
a	má smysl, kvalita je důležitá	102	89
b	nemá, nevidím v tom žádný význam	4	3
c	nevím, nedokážu posoudit	9	8
CELKEM		115	100

Graf 20. Smysl sledování kvality ošetrovatelské péče



V této položce respondenti odpovídali na přímou otázku, zda má smysl sledovat kvalitu ošetrovatelské péče. 102 (89 %) respondentů uvedlo, že sledovat kvalitu ošetrovatelské péče má smysl a je to důležitý proces. 4 (3 %) respondentů nevidí ve sledování kvality žádný význam a 9 (8 %) respondentů neví a nedokázalo význam posoudit.

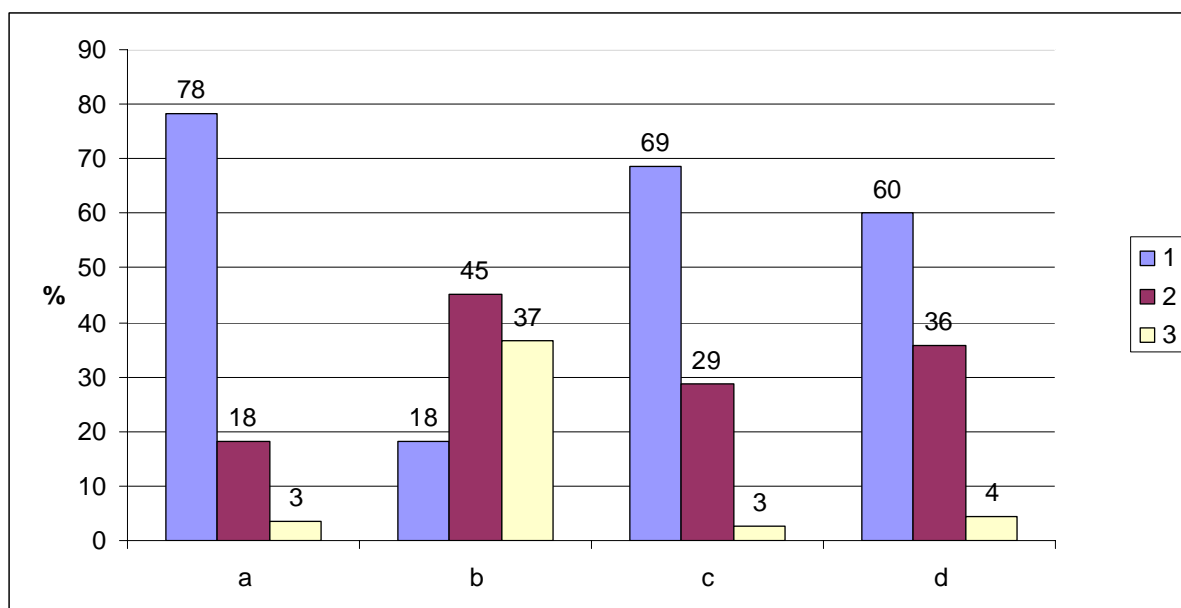
Další otázky uvedené v dotazníku patří mezi tzv. škálované otázky. Odpovědi jsou formulovány tak, aby umožnily respondentovi vybrat si z nich jednu skutečně přiléhavou, přičemž by měla představovat celé kontinuum od jednoho pólu k pólu opačnému. Jde zejména o takzvané postojové otázky, kde je právě využívána škála. Hodnotící škála: 1 - nejdůležitější, 2 - důležité, 3 – nejméně důležité.

Položka 21. V čem konkrétně vy vidíte důvod sledování kvality péče?

Tabulka 21. Důvody sledování kvality péče

Stupnice		1		2		3	
		N	%	N	%	n	%
a	pacient dostane odpovídající péči	90	78	21	18	4	3
b	porovnání kvality mezi zdravotnickými zařízeními	21	18	52	45	42	37
c	prevence pochybení a nežádoucích událostí	79	69	33	29	3	3
d	spokojenost pacientů	69	60	41	36	5	4

Graf 21. Důvody sledování kvality péče



Tabulka 21 a graf 21 ukazují, jak respondenti hodnotí důvody pro sledování kvality poskytované péče podle jejich významu ve vztahu ke kvalitě. U jednotlivých položek si mohli respondenti vybrat mezi škálou 1-2-3. Označením „1“ dávali respondenti důvod pro sledování kvality největší význam. Označením „2“ důvod pro sledování kvality péče respondenti hodnotili jako důležitý a označením „3“ důvod sledování kvality byl dle názoru respondentů nejméně důležitý.

Důvod pro sledování kvality péče, že pacient dostane odpovídající péči, považuje za nejdůležitější důvod pro sledování kvality 90 (78 %) respondentů, jako důležitý důvod jej považuje 21 (18 %) respondentů a nejméně důležitý 4 (3 %) respondenti.

Důvod sledování kvality pro možnost porovnání kvality poskytované péče mezi zdravotnickými zařízeními uvedlo jako nejdůležitější 21 (18 %) respondentů, jako důležitý důvod 52 (45 %) respondentů a jako nejméně důležitý důvod 42 (37 %) respondentů.

Prevence pochybení a nežádoucích událostí považovalo jako nejdůležitější důvod pro sledování kvality 79 (69 %) respondentů, jako důležitý důvod 33 (29 %) respondentů a jako nejméně důležitý důvod 3 (3 %) respondenti.

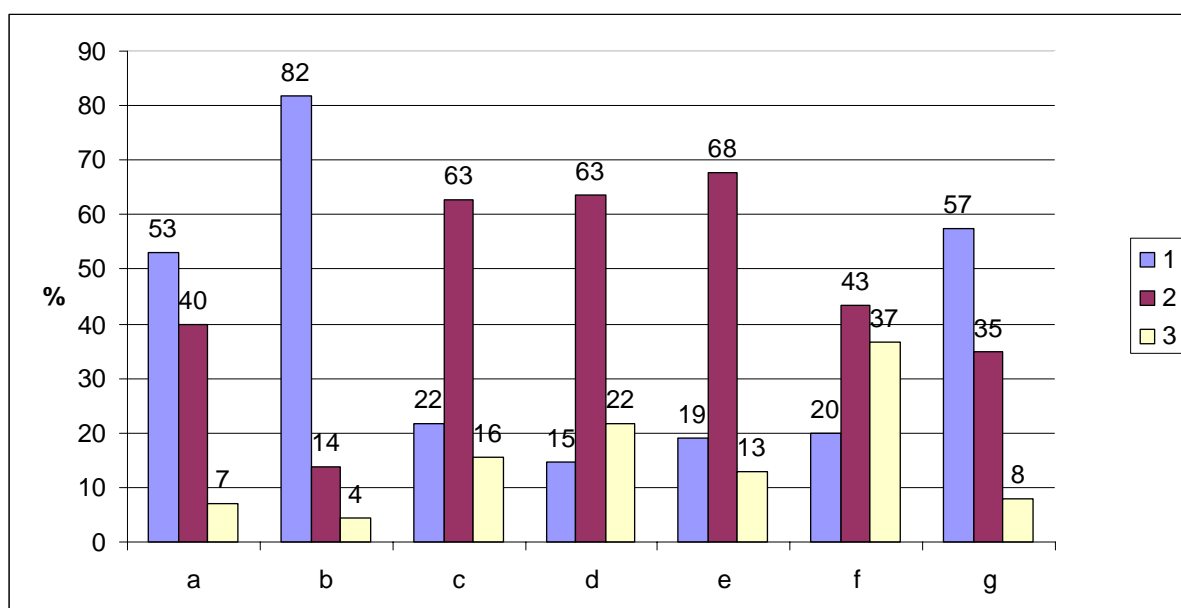
Spokojenost pacientů jako nejdůležitější důvod, proč se sleduje kvalita péče, považuje 69 (60 %) respondentů, jako důležitý důvod 41 (36 %) respondentů a jako nejméně důležitý důvod 5 (4 %) respondentů.

Položka 22. Co podle vás nejvíce ovlivňuje kvalitu poskytované péče?

Tabulka 22. Faktory, které ovlivňují kvalitu a bezpečnost péče

Stupnice		1		2		3	
		N	%	N	%	n	%
a	dostatek finančních prostředků	61	53	46	40	8	7
b	dostatek kvalitního personálu	94	82	16	14	5	4
c	přehledné vnitřní normy	25	22	72	63	18	16
d	důsledná auditní a kontrolní činnost	17	15	73	63	25	22
e	sledování indikátorů kvality	22	19	78	68	15	13
g	získání akreditace	23	20	50	43	42	37
h	dobré interpersonální vztahy	66	57	40	35	9	8

Graf 22. Faktory, které ovlivňují kvalitu a bezpečnost péče



V tabulce 22 a v grafu 22 sledujeme faktory, které podle respondentů ovlivňují kvalitu a bezpečnost poskytované péče. Otázky jsou formulované pomocí škály, stejným způsobem jako u položky 21.

Dostatek finančních prostředků považuje za nejdůležitější faktor, který ovlivňuje kvalitu péče 61 (53 %) respondentů, za důležitý faktor jej považuje 46 (40 %) respondentů a za nejméně důležitý faktor 8 (7 %) respondentů.

Dostatek kvalitního personálu je podle 94 (82 %) respondentů nejdůležitější faktor, který ovlivňuje kvalitu péče. Jako důležitý faktor považuje 16 (14 %) respondentů dostatek kvalitního personálu a jako nejméně důležitý faktor je pro 5 (4 %) respondentů.

Přehledné vnitřní normy považuje za nejdůležitější faktor, který ovlivňuje kvalitu poskytované péče 5 (22 %) respondentů, jako důležitý faktor 72 (63 %) respondentů a jako nejméně důležitý faktor 18 (16 %) respondentů.

Důslednou kontrolní a auditní činnost jako nejdůležitější faktor, který ovlivňuje kvalitu péče, považuje 17 (15 %) respondentů, jako důležitý faktor 73 (63 %) respondentů a jako nejméně důležitý faktor 25 (22 %) respondentů.

Sledování indikátorů kvality považuje za nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu péče 22 (19 %) respondentů, jako důležitý faktor 78 (68 %) respondentů a jako nejméně důležitý faktor 15 (13 %) respondentů.

Získání akreditačního certifikátu považuje za nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu péče 23 (20 %) respondentů, jako důležitý faktor 50 (43%) respondentů a jako nejméně důležitý faktor 42 (37 %) respondentů.

Dobré interpersonální vztahy jako nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu péče považuje 66 (67 %) respondentů, jako důležitý faktor 40 (35 %) respondentů a jako nejméně důležitý faktor 9 (8 %) respondentů.

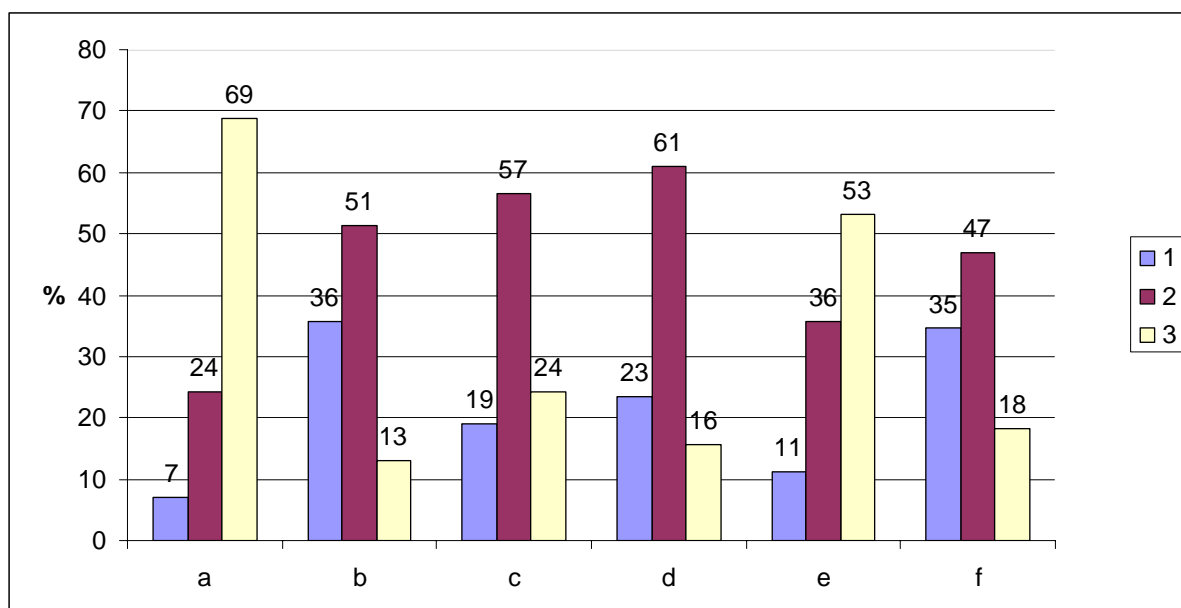
Respondenti mohli také doplnit svůj vlastní názor na faktory, které ovlivňují kvalitu péče a odpovědi, které se objevily v dotaznících byly například „dostatek času a přístrojové vybavení“.

Položka 23. Co podle vás nejvíce ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče?

Tabulka 23. Faktory, které ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče

Stupnice		1		2		3	
		n	%	n	%	n	%
a	zavedení registrace sester	8	7	28	24	79	69
b	ošetrovatelský proces	41	36	59	51	15	13
c	zavedení skupinové péče	22	19	65	57	28	24
d	využití ošetrovatelských standardů	27	23	70	61	18	16
e	vysokoškolské vzdělání sester	13	11	41	36	61	53
f	kvalitní ošetrovatelská dokumentace	40	35	54	47	21	18

Graf 23. Faktory, které ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče



V tabulce 23 a v grafu 23 sledujeme faktory, které podle respondentů ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče.

Zavedení povinné registrace všeobecných sester hodnotí jako nejdůležitější faktor, který ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče 8 (7 %) respondentů, jako důležitý faktor ji považuje 28 (24 %) respondentů a jako nejméně důležitý faktor 79 (69 %) respondentů.

Ošetrovatelský proces hodnotí jako nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče 41 (36 %) respondentů, jako důležitý faktor 59 (51 %) respondentů a jako nejméně důležitý faktor 15 (13 %) respondentů.

Zavedení skupinové péče hodnotí jako nejdůležitější faktor pro zajištění kvality péče 22 (19 %) respondentů, jako důležitý faktor 65 (57 %) respondentů a nejméně důležitý faktor 28 (24 %) respondentů.

Využívání ošetrovatelských standardů hodnotí jako nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče 27 (23 %) respondentů, jako důležitý faktor 70 (61 %) respondentů a jako nejméně důležitý faktor 18 (16 %) respondentů.

Vysokoškolské vzdělání sester hodnotí jako nejdůležitější faktor 13 (11 %) respondentů, jako důležitý faktor 41 (36 %) respondentů a jako nejméně důležitý 61 (53 %) respondentů.

Kvalitní ošetrovatelskou dokumentaci považuje za nejdůležitější faktor ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče 40 (35 %) respondentů, jako důležitý faktor 54 (47 %) respondentů a jako nejméně důležitý faktor 21 (18 %) respondentů.

Respondenti mohli také zde doplnit svůj vlastní názor na faktory, které ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče a mezi jejich uvedené odpovědi patří „*délka praxe, zájem, dobrá organizace a dostatek času, kvalitní personál, dostatek financí*“.

Položka 24. Máte zájem podílet se na zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

Tabulka 24. Zájem podílet se na zvyšování kvality ošetrovatelské péče

Odpověď na otázku	N	%
Ano	61	53
Ne	54	47
CELKEM	115	100

Zájem podílet se na zvyšování kvality ošetrovatelské péče mělo 61 (53 %) respondentů, 54 (47 %) respondentů uvedlo, že nemá zájem podílet se na zvyšování kvality ošetrovatelské péče (Tabulka 24).

Položka 25. Váš komentář

Z komentářů, které byly napsány v dotaznících, vybíráme ty, které se objevily nejčastěji nebo ty, které považujeme za nejvíce zajímavé.

„Když už se o někoho starám, tak pořádně. Sama jsem si tento obor vybrala, tak se tomu budu věnovat a s tím souvisí i přijmout a používat novinky ve zdravotnictví a sledovat výsledky (pokud to má logiku)“.

„Je důležité mít dobrý pocit z dobře vykonané práce – nejen odborné ale i lidsky pracovat (čas pohovořit s klientem)“.

„Výzkum jde neustále dopředu a proto je potřebné jeho výsledky zapracovat do kvalitní ošetrovatelské péče a tak kvalitu zvyšovat“.

„Práce zdravotní sestry mě baví a naplňuje, spokojený pacient je nejlepší vizitkou mé práce“.

„Jeden nic nezmůže. V kolektivu se někteří snaží, ostatní na to kašlou“.

„Nestíhám – prostě z časových důvodů“.

„Škoda, že zdravotnictví se stává obchodem, kdy například obložnost je téměř stejným kritériem jako kvalita péče“.

„Kvalitní ošetrovatelská péče je poskytnutí kvalitní péče kvalitně vyškoleným ošetrovatelským personálem při dostatečném množství kvalitních informací a při

dostatečných finančních prostředcích. Výstupem kvalitní ošetrovatelské péče je spokojený pacient“.

„Každá zdravotní sestra by se měla podílet, ať už aktivně nebo pasivně, na zvýšení kvality ošetrovatelské péče, protože selepší zdravotní stav pacientů alepší pocit z práce sester“.

„K provádění kvalitní ošetrovatelské péče musí být motivace – morální a pokud ta chybí, tak finanční.“

„ Pokud to není v člověku, tak žádný standard nepomůže“.

6 Diskuse a závěr

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo metodou kvantitativního výzkumu zmapovat, jaký přístup mají všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti v Šumperské nemocnici a.s. ke sledování a zajištění kvality a bezpečnosti poskytované ošetrovatelské péče.

Prvním dílčím úkolem bylo zjistit teoretické znalosti z oblasti kvality a bezpečí ošetrovatelské péče. Druhým dílčím úkolem bylo zjistit, jak hodnotí respondenti zavedená opatření v nemocnici a třetím dílčím úkolem by, jaký mají respondenti osobní názor a postoj ke kvalitě ošetrovatelské péče.

Za účelem splnění cílů a úkolů této práce byly rozdány anonymní strukturované dotazníky (Příloha 1).

V úvodní části dotazníku byly zařazeny otázky identifikační, které charakterizovaly výzkumný soubor.

Výzkumný soubor byl tvořen 46 % respondentů do 30 let věku, 38 % respondentů ve věkovém rozmezí mezi 31 až 49 lety a 16 % respondentů ve věkové skupině 50 a více let. V další otázce jsme zjišťovali počet let odborné praxe. Respondentů s odbornou praxí do 3 let bylo 22 %, respondentů s odbornou praxí mezi 4 až 15 lety bylo 43 % a respondentů s praxí nad 15 let bylo 35 %. Středoškolské vzdělání s maturitou jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo 60 % respondentů, pomaturitní specializační vzdělání uvedlo 30 % respondentů, vysokoškolsky vzdělaných sester bylo 8 %.

Pracovní zařazení respondentů bylo z 90 % jako všeobecná sestra a pouze 10 % respondentů uvedlo pracovní zařazení zdravotnický asistent. Celkový počet zdravotnických asistentů v šumperské nemocnici je 26. Celkový počet nelékařských pracovníků je 266 a proto můžeme říci, že z celkového počtu pracovníků nelékařských profesí je 8,8 % zdravotnických asistentů. Výzkumný vzorek tedy procentuálně odpovídá personální situaci v celé nemocnici.

Prvním dílčím úkolem bylo zjistit teoretické znalosti z oblasti kvality a bezpečí ošetrovatelské péče. Tento úkol byl realizován v následujících otázkách.

Zjišťovali jsme, jestli respondenti ví, na kterých internetových stránkách mohou najít Portál kvality a bezpečí. Cílem informačního portálu kvality je zajistit dobrou informovanost odborné i laické veřejnosti o veškerých aktivitách v oblasti zvyšování kvality a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb. Informace se týkají především

aktivit, které ministerstvo zdravotnictví realizuje, nebo připravuje. Z toho důvodu nám přišlo důležité vědět, jestli respondenti znají internetové stránky, na kterých portál hledat. Ze získaných odpovědí vyplývá, že 58 % respondentů by hledalo Portál kvality a bezpečí na internetových stránkách Šumperské nemocnice. 35 % respondentů by jej hledalo na internetových stránkách ministerstva zdravotnictví. 2 % respondentů udávala, že je nalezou na internetových stránkách společnosti Agel a 5 % respondentů uvedlo, že neví, kde by tyto stránky našly. Vzhledem k významu informací, které jsou na tomto portálu uvedeny, je opravdu zajímavé zjištění, že celkem 65 % respondentů tyto stránky nikdy nenavštívilo, protože nebylo schopno udat správné internetové stránky.

Další otázka se týkala existence Resortních bezpečnostních cílů (RBC). 57 % respondentů uvedlo, že ví o jejich existenci a 43 % respondentů o jejich existenci neví. RBC jsou součástí Koncepce ošetrovatelské péče v Šumperské nemocnici (Příloha 4) a jsou uvedeny v Plánu kvality a bezpečí Šumperské nemocnice (Příloha 2). Podle výsledků šetření sice procento 57 % respondentů, kteří znají pojem bezpečnostní cíle vyšší než procento 43 % těch respondentů, kteří tento pojem neznají, ale vzhledem k aktuálnosti a významu těchto cílů v rámci zvyšování a zajištění kvality a bezpečí péče, je rozdíl mezi procentem respondentů opravdu velmi malý.

Respondenti, kteří uvedli, že ví o existenci bezpečnostních cílů, byli požádáni, aby vyjmenovali některé bezpečnostní cíle. Každý respondent mohl vyjmenovat více cílů, proto konečný výsledek počtu respondentů je vyšší než výzkumný vzorek. Přesná formulace bezpečnostních cílů po respondentech nebyla vyžadována. Pro vyhodnocení odpovědí jsme formulace respondentů použili a přiřadili k nim správné formulace bezpečnostních cílů, které dané problematice odpovídaly. Největší počet respondentů 25 % uvedlo, že znají RBC 1 – Bezpečná identifikace pacientů. V Šumperské nemocnici se problematikou identifikace pacientů zabývá organizační směrnice, která udává přesný postup a zásady identifikace pacientů. Směrnice je vypracována a používána v souladu s akreditačním standardem Spojené akreditační komise číslo 65. V Šumperské nemocnici se právě problematika identifikace pacientů jako prevence pochybení řešila již v souvislosti s přípravou nemocnice k druhé akreditaci v roce 2009. V současnosti je obsahem pravidelných auditů, které se provádějí. Myslíme si, že právě z tohoto důvodu tak, velké procento respondentů o problematice identifikace pacientů vědělo a uvedlo ji. Vzhledem k tomu, že pochybení spojená se špatnou identifikací pacienta patří

k nejzávažnějším chybám, které mají často fatální následky je dobré zjištění, že respondenti jsou o této problematice dobře informováni.

Druhý nejvyšší počet respondentů uvedlo RBC 5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče a to 16 % respondentů. Tato problematika není spojena pouze s oblastí kvality a bezpečí péče. V rámci poskytování zdravotní péče je řešena v provozním řádu nemocnice i každého oddělení jako jedna z nejvýznamnějších prevencí přenosu nemocničních nákaz. Povinnost zdravotnických zařízení se touto problematikou zabývat vychází také z bohaté legislativy z této oblasti. V rámci ošetrovatelské péče jsou v nemocnici vypracovány ošetrovatelské standardy Prevence nemocničních nákaz a také Hygienická a chirurgická dezinfekce rukou (Příloha 6). Jedním z povinných školení ošetrovatelského personálu, které vychází z legislativy a musí personál absolvovat jedenkrát ročně je právě prevence nemocničních nákaz a hygiena rukou. Pozornost této problematice je také věnována v rámci plánovaných auditů. Výčet těchto aktivit nám odůvodňuje tak vysoké procento znalosti problematiky u respondentů. Z důvodu závažnosti problematiky si myslíme, že je velmi dobře, že patří k nejčastěji jmenovaným cílům u respondentů.

Na třetím místě se umístily dva bezpečnostní cíle s 12 % respondentů a to RBC 3 Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech a RBC 4 Prevence pádů. Cíl RBC 3 patří také mezi problematiku, která byla v nemocnici řešena při přípravě k druhé akreditaci. Nižší procento odpovědí bychom přičetli tomu, že tato problematika se prolíná s bezpečnostním cílem RBC 1, kdy správná identifikace je také prevencí záměny pacientů a také na menší oblast respondentů, kteří tuto problematiku řeší. Jedná se o respondenty pracující na chirurgických oborech. Jejich zastoupení jsme v rámci šetření nesledovali. RBC 4 Prevence pádů má dle výsledků výzkumu více respondentů spojeno s pojmem indikátor kvality (Položka 11).

Další cíl RBC 6 Bezpečná komunikace byl jmenován 10 % respondentů. Tento cíl patří k nově jmenovaným cílům a jeho identifikace se do vnitřních norem nemocnice postupně zapracovává a prolíná se s různými oblastmi poskytované péče. Proto si myslíme, že nemělo tak velké zastoupení při vyjmenování bezpečnostních cílů. Naopak RBC 2 Bezpečnost při podávání rizikových léčivých přípravků je oblastí, která se v rámci příprav k akreditaci nemocnice, řeší intenzivně. Proto nás překvapilo docela malé procento odpovědí od respondentů, které bylo 7 %. Bezpečnostní cíl RBC 7 Bezpečné předávání pacientů je druhým cílem, který byl definován až v roce 2011. Tento cíl neuvedl žádný

respondent. Přestože se problematika předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti včetně předání pacientů na operační sál v nemocnici intenzivně řeší v rámci prevence pochybení a příprav k akreditacím, respondenti o existenci takto formulovaného cíle nejsou seznámeni.

Zajímavé bylo zjištění, že 18 % respondentů uvedlo mezi bezpečnostní cíle oblasti, které do této problematiky nepatří, i když se kvality a bezpečí péče dotýkají. Např. vydání Knihy bezpečí, sledování výskytu poruch kožní integrity, sledování nežádoucích událostí a sledování úrazů na pracovišti. Vzhledem k procentu nesprávných odpovědí se domníváme, že respondenti se problematikou kvality a bezpečí poskytované péče zabývají a informace získávají, ale teoretické znalosti nemají dostatečně zpracované a roztržené.

V další otázce jsme zjišťovali hlavní vnitřní normu Šumperské nemocnice, ve které jsou popsány základní informace o systému zajištění kvality. Největší počet respondentů 69 % uvedlo správně, že je to Příručka kvality. Dále 21 % respondentů uvedlo Kolektivní smlouvu a 9 % respondentů uvedlo Provozní řád Šumperské nemocnice. Obě tyto vnitřní normy jsou důležité pro činnost a organizaci nejsou však základní normou pro oblast kvality a bezpečí. 2 % respondentů uvedlo, že neví, která z uvedených norem je ta nejdůležitější pro sledovanou oblast. Vzhledem k vysokému procentuálnímu zastoupení správných odpovědí můžeme říci, že respondenti jsou o významu a důležitosti Příručky kvality informováni.

V další položce jsme zjišťovali, jak respondenti rozumí pojmu audit. Pro definici pojmu audit jsme si vybrali definici, která je použita v organizační směrnici Šumperské nemocnice Interní audity. Tuto variantu si vybralo 79 % respondentů. 16 % respondentů uvedlo, že pod pojem audit rozumí kontrolu managementu nemocnice s cílem najít chyby v jejich práci. 2 % respondentů vidí audit jako zhodnocení počtu ošetrovatelského personálu a 3 % respondentů nevědělo, co audit znamená. Položku můžeme vyhodnotit kladně, protože 79 % respondentů zná správnou definici a tak můžeme odvozovat, že i chápe význam auditů probíhajících v rámci procesu sledování a zvyšování kvality péče. Zajímavý je také údaj, že 16 % respondentů stále pod pojmem audit vidí kontrolu managementu s cílem najít chyby v jejich práci. Při srovnání s průzkumem v jiných nemocnicích (Klimešová, 2008), ve kterém bylo uvedeno, že kontrolu managementu s cílem najít chyby uvádělo 54 % sester z nemocnice v Českých Budějovicích a 63 % sester z nemocnice v Jihlavě, je procento takto uvažujících pracovníků v Šumperské

nemocnici poměrně nízké, což je velmi pozitivní. Přesto by bylo vhodné zjistit důvody, pro které takto pracovníci audity hodnotí, protože audity patří mezi základní opatření k zajištění kvality péče a budou vždy součástí pracovního procesu každého respondenta.

Z oblasti teoretických znalostí nás dále zajímal pojem indikátor kvality, který se ke sledování a hodnocení kvality a bezpečí velmi úzce váže. Odpověď, že indikátor kvality je měřitelné kritérium, ukazující, jak je plněn určitý standard si vybralo 94 % respondentů. Nikdo z respondentů neodpověděl, že indikátor kvality je subjektivní hodnocení zdravotní péče podle auditora a 6 % respondentů odpovědělo, že indikátor kvality je popis ideálního stavu procesu. Výsledek můžeme hodnotit jako velmi dobrý. Zajímavé je, že takto dobrý výsledek byl popsán i při výzkumu v nemocnici v Českých Budějovicích, kde indikátor kvality jako měřitelné kritérium uvedlo 79 % respondentů a v Jihlavě, kde procento takto odpovídajících respondentů bylo 75 % (Klimešová, 2008).

Na další otázku, zda mohou respondenti vyjmenovat některé indikátory kvality sledované v Šumperské nemocnici, mohli respondenti odpovědět ano a pak některé indikátory kvality vyjmenovat nebo mohli odpovědět, že neznají žádný indikátor kvality. 90 % respondentů uvedlo, že znají indikátor kvality a 10 % respondentů žádný indikátor kvality neznalo. Z výčtu jaké indikátory kvality respondenti znají, uvedlo 30 % respondentů sledování výskytu dekubitů a 29 % respondentů sledování výskytu pádů. Oba dva indikátory patří ke globálním indikátorům kvality sledovaných v Šumperské nemocnici. V nemocnici je využíván elektronický systém hlášení výskytu dekubitů a pádů na pracovištích a každý pracovník má povinnost zaznamenat výskyt dekubitu nebo pádu při své směně. Takto získané údaje pak zpracovává a vyhodnocuje oddělení kvality. Velmi úzkou spoluprací všech pracovníků při sledování výskytů těchto indikátorů hodnotíme právě jako důvod tak vysokého počtu respondentů, kteří tyto indikátory uvedli. Dále respondenti uvedli z globálních indikátorů kvality počet reoperací 12 % respondentů, počet rehospitalizací uvedlo 11 % respondentů, sledování výskytu nemocničních nákaz 7 % respondentů. Další indikátory kvality, které respondenti uvedli, patří mezi indikátory kvality sledované na jednotlivých odděleních nemocnice. Respondenti uvedli aspiraci žaludečního obsahu nebo potravy a to 1 % respondentů, dále počet postpunkčních bolestí hlavy po subarachnoidální a epidurální punkci uvedlo 1 % respondentů, počet chybných výjezdů vozidel dopravní služby uvedlo 1 %. Nesprávné indikátory kvality uvedlo 7 % respondentů a to například dodržování hygienicko-epidemického režimu, sledování stavu ekonomiky nemocnice, image pacienta.

Při porovnání výsledků s nemocnicemi v Českých Budějovicích a v Jihlavě jsme zjistili, že 33 % respondentů z Českých Budějovic a 26 % respondentů z Jihlavy uvedlo jako indikátor kvality sledování spokojenosti pacientů/klientů (Klimešová 2008). V Šumperské nemocnici respondenti nehodnotili sledování spokojenosti pacientů jako indikátor kvality, i přesto, že je do tohoto pojmu zahrnován a průzkum spokojenosti pacientů zde již několik let probíhá. Důvod můžeme hledat v systému řízené dokumentace, kde sledování spokojenosti pacientů není uveden ve směrnici Sledování indikátorů kvality, ale má svou samostatnou vnitřní normu a je samostatně prezentován. Stejný důvod může mít i neuvedení sledování výskytu nežádoucích událostí jako indikátoru kvality na rozdíl od nemocnice v Českých Budějovicích, kde tento indikátor kvality uvedlo 8 % respondentů v nemocnici Jihlava u 12 % respondentů (Klimešová, 2008).

V následujících otázkách respondenti odpovídali, jak využívají a hodnotí zavedená opatření v oblasti kvality a bezpečí. Tuto oblast je řeší v druhý dílčí cíl diplomové práce.

Zeptali jsme se, jakým způsobem získávají nové poznatky z oblasti kvality a bezpečí péče. 34 % respondentů uvedlo, že informace získává na provozních poradách, 28 % respondentů informace získává z intranetu Šumperské nemocnice a z internetu. 23 % respondentů informace získává na odborných seminářích a 16 % respondentů čerpá informace z odborné literatury. Velmi kladně hodnotíme, že odpověď „nezajímám se o tuto oblast“ nevyužil ani jeden respondent a také fakt, že na provozních poradách oddělení je problematice kvality a bezpečí věnována pozornost.

Další dvě otázky se týkaly sledování spokojenosti zaměstnanců a pacientů. V první otázce, jsme se ptali, jakým způsobem respondenti vyplňují dotazník spokojenosti zaměstnanců. 66 % respondentů uvedlo, že dotazník spokojenosti vyplňují pravidelně. 23 % respondentů jej vyplňuje pouze, když se jim chce a tedy ne pokaždé, kdy průzkum probíhá a 10 % respondentů dotazník nevyplňuje vůbec. V druhé otázce nás zajímalo, jak respondenti předávali dotazník ke sledování spokojenosti pacientů. 46 % respondentů uvedlo, že dotazník dávalo všem pacientům při propuštění z nemocnice, 26 % respondentů uvedlo, že dotazník dávalo pouze, když si při propuštění pacienta na dotazník vzpomnělo a 28 % respondentů dotazník nepředávalo. Toto zjištění je velmi zajímavé. Znamenalo by, že 54 % respondentů si mohlo nebo nemuselo vzpomenout, zda dotazník předat nebo ho rovnou pacientům nepředalo. Vzhledem k tomu, že je to více, jak polovina respondentů, je tento fakt důležitý. Důvody mohou být různé. Na některých dotaznících byl připsán komentář, že „dotazníky ležely volně na oddělení“ nebo že „dotazníky předávala pouze

vedoucí sestra oddělení“. Ve směrnici Systém sledování spokojnosti pacientů a zaměstnanců je uveden postup, jak se mají dotazníky předávat. Na s. 3 je uvedeno „*Dotazník týkající se spokojenosti s poskytovanou péčí nabídne hospitalizovanému pacientovi vedoucí nebo službu konající sestra na daném oddělení Šumperské nemocnice.*“ Na základě výsledku považujeme za nutné požadovaný postup předávání dotazníků pacientům na odděleních pracovníkům připomenout a sjednotit.

Postoj respondentů k vyhodnocení výsledků auditů a indikátorů kvality jsme zjišťovali v následující otázce. 40 % respondentů považuje vyhodnocení za důležitou zpětnou vazbu pro jejich práci, 50 % respondentů vyhodnocení považuje za důležitý proces pro zlepšení kvality péče a pro 9 % respondentů nemá vyhodnocení výsledků auditů žádný význam. Ze získaných odpovědí vyplývá, že 90 % respondentů považuje vyhodnocení výsledků auditů a indikátorů kvality považuje za důležitý proces.

Další otázka byla věnována hodnocení pracovního výkonu vedoucím pracovníkem. 72 % respondentů uvedlo, že hodnocení vedoucím pracovníkem je pro ně objektivní hodnocení jejich práce. 24 % respondentů považuje hodnocení vedoucím pracovníkem za formální záležitost pro vyplnění formuláře a 4 % respondentů vidí hodnocení jako stresující a nepříjemnou záležitost. Možnost vyjádřit se k hodnocení jiným způsobem nevyužil ani jeden respondent. Zajímavé je srovnání s výsledky výzkumu, který v Šumperské nemocnici byl proveden v roce 2009. V tomto výzkumu 85,5 % respondentů považovalo hodnocení jejich práce vedoucím pracovníkem jako důležité pro to, aby věděli, jak dělají svoji práci (objektivní hodnocení práce) a 15 % respondentů nevidělo v hodnocení práce žádný význam (Pavelková, 2009). Při porovnání těchto výsledků zjišťujeme, že hodnocení vedoucím pracovníkem jako pozitivní vliv pro zlepšení vlastní práce se u pracovníků Šumperské nemocnice snižuje. Důvod tohoto jevu nejsme schopni vysvětlit.

V následující otázce jsme zjišťovali, jak respondenti využívají ošetrovatelské standardy. 10 % respondentů udává, že s ošetrovatelskými standardy pracuje a využívá je pravidelně. 83 % respondentů standardy vyhledává pouze při neznalosti postupů nebo potřebě informací. 6 % respondentů ví, že standardy existují, ale nevyužívá je a 1 % respondentů neví, že standardy v Šumperské nemocnici jsou vydány. Je překvapivé, že 7 % respondentů standardy vůbec nevyužívá nebo o jejich existenci ani neví. Zajímavý je také fakt, že 83 % respondentů standardy vyhledává pouze při neznalosti postupu nebo potřebě informací. Znamená to snad, že 83 % respondentů veškeré postupy, které jsou

ve Standardech ošetrovatelské péče opravdu, umí a zná tak dobře, že je nepotřebuje při každodenních činnostech využívat? V Šumperské nemocnici je vydáno v současné době přibližně 120 ošetrovatelských standardů. Myslíme si, že není možné, aby bez pravidelné práce s nimi, mohli respondenti veškeré informace o postupech a zásadách ošetrovatelské péče přesně znát a využívat je v každodenní praxi. Uvádíme porovnání s využívání ošetrovatelských standardů v praxi v nemocnici České Budějovice, kde při každodenní praxi standardy využívá 82 % respondentů a v Jihlavě, kde je v každodenní praxi standardy používá 81 % respondentů (Klimešová, 2008).

Dále jsme se respondentů ptali, jaký význam pro ně má ošetrovatelský proces (Příloha 5). 70 % respondentů uvedlo, že ošetrovatelský proces je přínosem pro kvalitu ošetrovatelské péče. 7 % respondentů považuje ošetrovatelský proces za komplikaci při poskytování ošetrovatelské péče. 20 % respondentů nedokáže význam ošetrovatelského procesu vyhodnotit. 3 % respondentů využilo možnost dopsat vlastní názor na význam ošetrovatelského procesu. Mezi odpověďmi se objevilo, že „*ošetrovatelský proces je administrativní zátěž v pracovním procesu*“ a také „*že je dobrou metodou práce při dostatku kvalitního personálu*“. Myslíme si, že pojem ošetrovatelský proces je úzce spjatý s představou respondentů o nutnosti písemné dokumentace všech fází procesu a ta právě s sebou značnou administrativní zátěž přináší a může tak působit i jako komplikace poskytování ošetrovatelské péče. K zamyšlení tedy zůstává forma a způsob ošetrovatelské dokumentace, která je v současnosti nezbytnou důležitou součástí poskytování kvalitní a bezpečné péče pacientovi.

Následující otázkou jsme zjišťovali, přístup respondentů k hlášení nežádoucích událostí. 95 % respondentů uvedlo, že hlásí nežádoucí událost vždy, když nastane. 3 % respondentů nežádoucí událost nehlásí a 2 % respondentů neví, co nežádoucí událost znamená. Vzhledem k významu sledování výskytu nežádoucích událostí pro zajištění kvalitní a bezpečné péče je i 5 % respondentů, kteří událost nehlásí nebo neví, co tento pojem znamená, vysoké číslo.

Jestli je sledování kvality ošetrovatelské péče pro respondenty důležité, jsme zjišťovali v další otázce. 89 % respondentů uvedlo, že sledovat kvalitu má smysl a je to důležitý proces, 3 % respondentů nevidí ve sledování kvality žádný význam a 8 % respondentů nedokáže význam sledování kvality posoudit. I v této otázce je velmi zajímavý údaj, že 11 % respondentů nevidí ve sledování kvality péče důležitý proces.

V dalších čtyřech otázkách jsme zjišťovali vlastní názor a přístup respondentů ke kvalitě poskytované péče. Tato problematika byla definována ve třetím dílčím cílu diplomové práce.

Respondenti přiřazovali uvedeným bodům hodnoty 1 (nejdůležitější faktor), 2 (důležitý faktor), 3 (nejméně důležitý faktor).

Na otázku proč je sledování kvality poskytované péče důležité odpovědělo 78 % respondentů, že nedůležitější (1) je proto, že zajistí pacientovi odpovídající odbornou péči. 69 % respondentů sledování kvality považuje za nejdůležitější (1) proto, že zajistí prevenci výskytu pochybení a nežádoucích událostí. 60 % respondentů jako nejdůležitější (1) faktor pro sledování kvality udává fakt, že kvalitní péče zajistí spokojenost pacientů. Z těchto výsledků vyplývá, že sledování kvality má podle respondentů největší význam z důvodu toho, že zajistí pacientovi odbornou úroveň poskytovaných služeb, prevenci možných pochybení a tím s sebou přinese spokojenost pacientů. Myslíme si, že respondenti význam sledování kvality péče chápou velmi pozitivně a důvody pro sledování kvality péče, které získali největší procentuální zastoupení při hodnocení jako nejdůležitější (1) patří k nejvýznamnějším i v odborné literatuře.

Následující otázkou jsme zjišťovali, jaké faktory nejvíce ovlivňují kvalitu poskytované péče. 82 % respondentů uvedlo, že nejdůležitějším faktorem (1) ovlivňujícím kvalitu péče je dostatek kvalitního personálu. 57 % respondentů uvedlo, že nejdůležitějším faktorem (1) jsou dobré interpersonální vztahy a 53 % respondentů uvedlo, že nejdůležitějším faktorem (1) je dostatek finančních prostředků. 68 % respondentů si myslí, že důležitým faktorem (2) ovlivňujícím kvalitu poskytované péče je sledování indikátorů kvality, 63 % respondentů udává, že důležitým faktorem (2) jsou důsledná kontrolní a auditní činnost a přehledné vnitřní normy. 43 % respondentů udává, že důležitým faktorem (2) je získání akreditace, ale zároveň získání akreditace hodnotí 37 % respondentů jako nejméně důležitý faktor (3) ovlivňující kvalitu a bezpečnost poskytované péče. Z výsledků vyplývá, že nejdůležitějšími faktory ovlivňujícími kvalitu péče jsou dle respondentů kvalitní personál, dobré interpersonální vztahy a dostatek finančních prostředků. Uvedené faktory jsou i dle našeho názoru základem pro poskytování kvalitní a bezpečné péče. Jako důležité faktory pak respondenti uvedli sledování indikátorů kvality, důslednou kontrolní a auditní činnost, přehledné vnitřní normy. Tyto faktory již patří do managementu kontinuálního zvyšování kvality. Pozitivním

výsledkem je, že respondenti jejich význam hodnotí za důležitý. Zajímavé je zjištění rozdílného přístupu respondentů k získání akreditačního certifikátu.

Další otázka se konkrétně zabývala faktory ovlivňujícími kvalitu ošetrovatelské péče. Zajímavé je, že nejvyšší procento respondentů 69 % uvedlo, že nejméně důležitým faktorem (3) pro zajištění kvality ošetrovatelské péče je registrace sester, druhý nejvyšší počet respondentů 53 % jako nejméně důležitý faktor (3) uvádí vysokoškolské vzdělání sester. Jako důležitý faktor (2) uvedlo 61 % respondentů využívání ošetrovatelských standardů a také 57 % respondentů zavedení skupinové péče, 51 % používání ošetrovatelského procesu a 47 % respondentů kvalitní ošetrovatelskou dokumentaci. Jako nejdůležitější faktor (1) ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče považuje 36 % ošetrovatelský proces a 35 % kvalitní ošetrovatelskou dokumentaci. Výsledky u této otázky jsou velmi zajímavé. Přináší zjištění, že registraci sester a vysokoškolské vzdělání sester považuje vysoké procento respondentů za nejméně důležitý faktor, který ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. Další zajímavé zjištění je, že i přesto, že se s ošetrovatelskými standardy pravidelně pracuje pouze 10 % respondentů, jako důležitý faktor pro poskytování kvalitní a bezpečné péče standardy uvedlo 61% respondentů. Při vyhodnocení odpovědí nebylo možno jednoznačně zjistit, jakému faktoru respondenti přiřkládají nejdůležitější význam.

V poslední otázce jsme se ptali, zda mají respondenti zájem podílet se na zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče. 53 % odpovědělo, že má zájem a 47 % respondentů zájem nemá.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit teoretické znalosti nelékařských pracovníků z oblasti kvality a bezpečí poskytované péče, zjistit, jak personál hodnotí zavedená opatření v oblasti kvality a bezpečí v Šumperské nemocnici a zjistit, osobní názor a přístup ošetrovatelského personálu ke kvalitě a bezpečí poskytované péče. Všechny uvedené cíle byly splněny a popsány. Nelékařský personál má dle výzkumného šetření pozitivní přístup ke kvalitě a bezpečí poskytované ošetrovatelské péče a uvědomuje si její význam. Zavedené postupy v oblasti kontinuálního zvyšování kvality zná a využívá získaných informací při poskytování péče. Konkrétní údaje byly zpracovány a vyhodnoceny. Osobní přístup respondentů k poskytování kvalitní a bezpečné péči je pozitivní.

Se získanými informacemi seznámíme vedení Šumperské nemocnice a pokusíme se je využít v rámci přípravy nemocnice k akreditaci na podzim roku 2012.

7 Souhrn (Summary)

Diplomová práce je soustředěna na nelékařský personál a jeho přístup ke kvalitní a bezpečné péči.

Cílem práce bylo zjistit, jaké mají nelékařští pracovníci teoretické znalosti z oblasti kvality péče, jak jsou informováni o aktuálních programech a jak vnímají a pracují s prostředky zajišťujícími kvalitu péče. Poslední oblastí výzkumu bylo zjistit, jaký je jejich osobní názor na oblast kvality zdravotní a ošetrovatelské péče.

Teoretická část práce se zabývá teoretickými pojmy z oblasti kvality zdravotní a ošetrovatelské péče, koncepcí a zásadami při poskytování ošetrovatelské péče a také strukturou a vzděláváním nelékařským pracovníků v České republice.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na nelékařský personál Šumperské nemocnice a jeho přístup k aktuálnímu systému kontinuálního zvyšování kvality. Šumperská nemocnice získala první akreditační certifikát Spojené akreditační komise v roce 2006. Program kontinuálního zvyšování kvality je v nemocnici od tohoto roku nastaven a pravidelně aktualizován a rozvíjen. V současné době se nemocnice připravuje ke třetímu akreditačnímu šetření, proto je otázka přístupu nelékařských pracovníků ke kvalitě péče velmi aktuální.

Praktická část je zaměřena na výzkum a jeho interpretaci. Výzkum byl realizován kvantitativní metodou, technikou dotazníku. Byly stanoveny tři dílčí cíle. Prvním cílem bylo zjistit teoretické znalosti nelékařských pracovníků z oblasti kvality a bezpečí poskytované péče. Druhým cílem bylo zjistit, jak personál hodnotí zavedená opatření v oblasti kvality a bezpečí v Šumperské nemocnici a třetím cílem bylo zjistit, osobní názor a přístup ošetrovatelského personálu ke kvalitě a bezpečí poskytované péče.

Všechny uvedené cíle byly splněny a popsány. Nelékařský personál má dle výzkumného šetření pozitivní přístup ke kvalitě a bezpečí poskytované ošetrovatelské péče a uvědomuje si její význam. Zavedené postupy v oblasti kontinuálního zvyšování kvality zná a hodnotí je ve větší míře pozitivně. Nejdůležitější faktory, které ovlivňují kvalitu poskytované péče, vidí v kvalitním personálu, dobrých interpersonálních vztazích a v dostatku finančních prostředků. Zajímavé zjištění je, že dle nelékařského personálu nejmenší vliv na kvalitu ošetrovatelské péče má zavedení systému registrace sester a možnost získat vysokoškolské vzdělání v oblasti ošetrovatelství.

Se získanými informacemi seznámíme vedení Šumperské nemocnice a pokusíme se je využít v rámci přípravy nemocnice k akreditaci na podzim roku 2012.

Summary

The thesis concentrates on the non-medical staff and its attitude to a high-quality and safe health care.

The goal of the thesis was to find out the level of knowledge of the non-medical staff in the area of the health care quality. The goal was also to learn how they are informed about the current programs, and how they see and work with the instruments for providing the health care quality. The last area of the research was to detect the staff's personal opinion on the health and nursing care quality problem.

The theoretical part of the thesis deals with the terms in the field of health and nursing care quality, as well as with the concept and policy by providing for the health and nursing care. This part also describes the hierarchy and education of the non-medical staff in the Czech Republic.

The research was focused on the non-medical staff of the Šumperk hospital Inc. and its attitude to the current system of the continuous quality improvement. The Šumperk hospital gained the first certificate of accreditation from the Spojená akreditační komise o.p. in the year 2006. The program of continuous quality improvement is since then running in the hospital and is regularly updated and developed. Presently there are preparations running for the second re-accreditation survey, that is why the attitude of the non-medical staff to the quality is very actual.

The practical part of the thesis is focused on the research and its interpretation. The research was performed by a quantitative method i.e. by means of a questionnaire. Three main goals were specified. The first one was to find out the theoretical knowledge of the non-medical staff in the field of quality and safety of the provided health care. The second goal was to discover how the staff evaluates established proceedings in the area of quality and safety in the Šumperk hospital Inc. The last goal was to learn personal opinion and attitude of the nursing staff to the quality and safety of the provided care.

All the introduced goals were accomplished and described. The non-medical staff has according to the research findings positive approach to the quality and safety of the

provided nursing care, and realizes its meaning. The staff knows the established proceedings in the field of the continuous quality improvement, and evaluates them mostly in the positive way. The staff sees the most important factors influencing the quality of the provided care in the high-quality staff, good interpersonal relations, and in the sufficient financial resources. An interesting finding is that establishment of the nurse registration system and the possibility to obtain university education have, according to the non-medical staff, the smallest influence on the nursing care quality.

The obtained information will be introduced to the Šumperk hospital management and will be used during the preparations of the accreditation in the autumn of the year 2012.

9 Referenční seznam

1. ADAMCYK, R. Vzdělávání sester v 21. Století, *Sestra*, 2010, roč. 2010, č.6, s. 16. ISSN 1210-0404.
2. *Akreditované studijní programy vysokých škol [online].[cit.2011-11-21]. Dostupné na: <http://aplikace.msmt.cz/vysokeskoly/StudijniProgramy/Komentar.htm>.*
3. BÁRTLOVÁ, S. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace (srovnání s ostatními státy EU). In *Dny Marty Staňkové III, Vzdělávání sester: současnost a očekávání*. Praha: Galén, 2006, s. 61-65. ISBN 80-7262-434-2
4. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*. 2009, roč. 11, č. 1, s. 252-256. ISSN 1212-4117
5. *Bezpečnost pacientů [online].[cit.201-11-20]. Dostupné na: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/patient_safety/index_cs.htm.*
6. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. [online].[cit.201-12-10]. Dostupné na: <http://www.cna.cz/projekty/>
7. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Nová legislativa o zdravotnické dokumentaci [online].[cit.201-11-25]. Dostupné na: <http://www.clk.cz/oldweb/poradna/Dokumentace/nova-legislativa-dokum.html>*
8. *Dekubity [online].[cit.201-11-20]. Dostupné na: <http://www.cna.cz/dekubity/>*
9. DRÁBKOVÁ, K. *Význam identity v profesi sestry a jejího vlivu na kvalitu péče*, České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2010. 116 s., 7 s. příloh
10. FARKAŠOVÁ, D. *Výzkum v ošetrovatelství*, Martin: Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
11. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: IDVZ, 1999. 183s. ISBN 57-865-98.
12. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*, Brno: Computer Press, 2003. 379 s. ISBN 80-776-996-8.
13. GROHAR, M. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1 vyd. Praha: Grada, 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
14. HAVELKOVÁ, H. *Bezpečná ošetrovatelská péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2010. 92 s., 10 s. příloh

15. CHOLINSKÁ, A, *Bakalářské a magisterské studium, Informace o studiu.*
[online].[cit.201-11-17]. Dostupné na: <http://www.fzv.upol.cz/skupiny/zajemcum-o-studium/bakalarske-a-magisterske-studium/>
16. *Informace o kreditním systému v celoživotním vzdělávání nelékařů* [online].[cit.201-11-21]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-o-kreditnim-systemu-v-celozivotnim-vzdelavani-nelekaru_2213_929_3.html
17. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství.* Praha: ISV, 2002. 133s. ISBN 80-85866-55-2.
18. Joint Commission International, *Mezinárodní základy kvality a bezpečí ve zdravotnictví., Copyright 2008 Joint Commission International* [online]. [cit.2011-10-11]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni_1851_15.html
19. KALVACHOVÁ, M. *Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011 - duben 2012.* [online] [cit. 2011-12-5]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010_1882_15.html
20. KALVACHOVÁ, M. *WHO- Světová aliance pro bezpečnost pacientů.* [online].[cit.2011-12-5]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/who_1877_15.html
21. KLEINOVÁ, M. Zdravotnická dokumentace, *Sestra*, 2009, roč. 19, č. 6, s. 12-13. ISSN 1210-0404
22. KLIMEŠOVÁ, J. *Znalosti sestry ro hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče,* České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2008, 88 s., 20 s. příloh
23. LEMON 1 *Učení texty pro sestry a porodní asistentky.* 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-243-5.
24. MADAR, J. et al. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení.* 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
25. MAHÚTOVÁ, M., SVOBODOVÁ, D. *Kvalita péče ve zdravotnických zařízeních.* Praha: A.R. Garamond, 2010. [online]. [cit. 2011-11-17]. Dostupné na: http://www.ftn.cz/vzdelavani/files/Skripta_kurzNovinky.pdf
26. MARX, D. *Akreditace zdravotnických zařízení.* [online][cit. 2011-11-28]. Dostupné na: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>

27. MARX, D. *Principy akreditace v následné a dlouhodobé péči*, Spojená akreditační komise, o.p.s., [online]. [cit. 2011-11-28]. Dostupné na: <http://www.sakcr.cz/cz-ostatni/prezentace-z-konference-pro-np-2011/>
28. *Metodický pokyn – všeobecná sestra*, [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-vseobecna-sestra_2197_947_3.html
29. NEKLOVÁ, L. *Podíl staničních a vrchních sester na kvalitě ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2010, 143 s., 4 s. příloh
30. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 223 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
31. PAPOUŠKOVÁ, P., OTÁSKOVÁ, J., BRABCOVÁ, I. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelké péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu, *Kontakt*, 2006, roč. 10, č. 2, s. 5. ISSN 1212-4117.
32. PAVELKOVÁ, E. *Zavádění programu kontinuálního zvyšování kvality v ošetrovatelství ve zdravotnickém zařízení*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Katedra ošetrovatel'stva. 2009, 91 s., 12 s. příloh
33. RAITER, T. *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů* [online]. [cit. 2011-12-5] Dostupné na: http://Kavilita.Odbornik/obsah/mereni-kvlayity-zdravotni-pece-prostrednictvim-spokojensoti-paceintu_1849_15html
34. SAK-ČR, o.p.s *Výroční zpráva 2010*. [online] [cit. 2011-12-5]. Dostupná na: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/vyrocnizpravy/>.
35. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 2. Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex. Charta práv pacientů*. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry, 1.vyd. Brno: ID VPZ, 1998. 47s. ISBN 80-7013-270-1.
36. STAŇKOVÁ, M. *Sestra reprezentant profese. Praktická příručka pro sestry*. Brno: IDVPZ, 2022. 78 s. ISBN 80-7013-368.
37. STRNAD, Z. K vyhlášce č.385/2006Sb. O zdravotnické dokumentaci. *Diagnóza z ošetrovatelství*, 2007, roč.3, č.3, s.109. ISSN 1801-1349.
38. Světová zdravotnická organizace Evropa. *Směrnice pro vývoj strategií kvality a bezpečnosti v kontextu zdravotního systému*. World Health Organization 2008. [online]. [cit.2011-11-5]. Dostupné na: <http://www.sakcr.cz/cz-ostatni/prezentace-z-konference-pro-np-2011/>

39. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
40. ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80 – 7013 – 419 – 4.
41. ŠKRLOVI, P. a M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. 477s. ISBN 80-7172-841-156.
42. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
43. ŠMÍDOVÁ, A. Informace z MZ ČR, *Sestra*, 2011, č. 11, s.20. ISSN 1210-0404
44. TÓTHOVÁ, V., KOTASKOVÁ, L. Vedení ošetřovatelské dokumentace v České republice. In *Florence*, 2007, roč. III, č. 10, s. 425-426. ISSN 1801-464X.
45. Věstník MZ ČR č. 4/2008, *Statut a jednací řád Odborného fóra pro tvorbu standardů péče a koncentraci vybrané vysoce specializované péče*. [online].[cit. 2011-12-5]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3611_1774_11.html
46. Věstník MZ ČR č. 9/2004 *Koncepce ošetřovatelství*, [online].[cit. 2011-12-5]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html
47. VLČEK, F. Praxe řízení kvality – jak na indikátory kvality, [online]. [cit. 2011-11-1]. Dostupné na: <http://www.sakcr.cz/cz-ostatni/prezentace-z-konference-pro-np-2011/>
48. Vize NRC pro léta 2011 až 2014. [online].[cit. 2011-12-5]. Dostupné na: <http://hwww.nrc.cz/>
49. VONDRÁČEK, L., LUDVÍKOVÁ, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetřovatelská dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
50. VONDRÁČEK, J., VONDRÁČEK, L. *Odpovědnost při poskytování ošetřovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 30 s. ISBN 80-7262-3923.
51. Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví [online].[cit. 2011-12-5]. Dostupné na: <http://www.ipvz.cz/nelekarske-profese/vzdelavaci-programy.aspx?skupina=11>
52. Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 [online].[cit. 2011-12-5]. Dostupné na: http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
53. Vyhláška č. 385/2006 Sb., ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb. a vyhlášky č. 64/2007 Sb., o zdravotnické dokumentaci [online]. [cit. 2011-11-23]. Dostupné na: http://www.clk.cz/zakpred/vyhl_385-2006_zdrav_dokumentace.html

54. *Zajišťování kvality.* [online].[cit. 2011-11-8] Dostupné na: http://ec.europa.eu/health/care_for_me/quality_assurance/index_cs.htm.
55. *Zákon č. 96 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů – zákon o nelékařských zdravotnických povoláních (Autorský zákon),* Sbírka zákonů MZ ČR, č. 30, 2004. s. 1452-1479.
56. *Zdravotnictví.* [online].[cit. 2011-11-8], Dostupné na: <http://www.euroskop.cz/672/sekce/zdravotnictvi/citace>
57. *Zdraví pro všechny v 21. století.* [online]. [cit. 2011-12-5] Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html

10 Seznam zkratek

ČAS	Česká asociace sester
ČIA	Český institut pro akreditaci
ČKL	Česká lékařská komora
EU	Evropská unie
EFQM	European Foundation for Quality Management
ISQua	The International Society for Quality in Health Care
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
JCIA	Joint Commission International Accreditation
KZK	Program kontinuálního zvyšování kvality
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NASLK	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře
NRC	Národní referenční centrum
PSBKZP	Pracovní skupina pro bezpečnost pacientů a kvalitu zdravotní péče
RBC	Rezortní bezpečnostní cíle
RVP	Rámcový vzdělávací program
SAK	Spojená akreditační komise
ŠN	Šumperská nemocnice a.s.
USA	The United States of America
WHO	World Health Organization

11 Přílohy

Příloha 1	Dotazník
Příloha 2	Plán kvality a bezpečí na rok 2011
Příloha 3	Organizační schéma kvality v ŠN – Tým pro reakreditaci
Příloha 4	Koncepce ošetrovatelské péče Šumperské nemocnice 2011
Příloha 5	Standard ošetrovatelské péče – Ošetrovatelský proces
Příloha 6	Standard ošetrovatelské péče – Hygienická a chirurgická dezinfekce rukou
Příloha 7	Plán interních auditů Šumperské nemocnice na rok 2011

Příloha 1 Dotazník pro respondenty

Vážená kolegyně,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Jeho výsledky použiji v diplomové práci, která má název „Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu pracovníka nelékařských profesí“.

Dotazník je anonymní, veškeré informace budou zpracovány pro uvedený účel. Za spolupráci Vám předem mnohokrát děkuji.

Bc. Marcela Smrčková
vrchní sestra

1. Věková skupina

- a) do 30 let
- b) 31 až 49 let
- c) 50 a výše

2. Počet let odborné praxe

- a) do 3 let
- b) 4 až 15 let
- c) více než 16 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské s maturitou
- b) vyšší odborné (DiS.)
- c) pomaturitní specializační studium (PSS)
- d) vysokoškolské (Bc., Mgr.)

4. Vaše pracovní zařazení:

- a) všeobecná sestra
- b) zdravotnický asistent

Vyberte jednu odpověď.

5. Na kterých internetových stránkách naleznete Portál kvality a bezpečí?

- a) na www stránkách Šumperské nemocnice
- b) na www stránkách ministerstva zdravotnictví České republiky
- c) na www stránkách společnosti Agel
- d) nevím

6. Víte, že existují Bezpečnostní cíle Ministerstva zdravotnictví České republiky?

- a) ano
- b) ne

7. Můžete vyjmenovat některé Bezpečnostní cíle?

8. Která vnitřní norma je nejdůležitější pro systém zajištění kvality poskytované péče v Šumperské nemocnici?

- a) Kolektivní smlouva
- b) Provozní řád
- c) Příručka kvality
- d) nevím

9. Co rozumíte pod pojmem *audit*?

- a) proces pro získání důkazu o provádění správných činností správným způsobem
- b) kontrola managementu nemocnice s cílem najít chyby ve vaší práci
- c) zhodnocení počtu ošetrovatelského personálu
- d) nevím

10. Co podle vás znamená pojem *indikátor kvality*?

- a) měřitelné kritérium ukazující jak je plněn určitý standard
- b) subjektivní hodnocení zdravotní péče podle auditora
- c) popis ideálního stavu procesu
- d) nevím

11. Můžete vyjmenovat indikátory kvality sledované v Šumperské nemocnici?

- a) ano,
např.....
- b) ne, žádný neznám

V této otázce vyberte jednu nebo i více odpovědí.

12. Jak získáváte informace o nových poznatcích z oblasti kvality?

- a) na provozních poradách (management oddělení, nemocnice)
- b) na odborných seminářích
- c) z odborné literatury (knihy, časopisy..)
- d) z multimédií (intranetu ŠN, internet, televize, rozhlas)
- e) nezajímám se o tuto oblast

Vyberte jednu odpověď.

13. Jak vyplňujete dotazník „Sledování spokojenosti zaměstnanců“?

- a) pravidelně
- b) nepravidelně, jenom když se mi chce
- c) nevyplňuji

14. Jak jste předával(a) dotazník „Sledování spokojenosti pacientů“ ?

- a) všem pacientům při propuštění
- b) pouze, když jsem si vzpomněla
- c) nepředávala

15. Považujete vyhodnocení výsledků auditů a indikátorů kvality

- a) za důležitou zpětnou vazbu pro vaši práci
- b) za důležitý proces pro zlepšení kvality péče
- c) nemají žádný význam

16. Považujete hodnocení své práce vedoucím pracovníkem jako

- a) objektivní hodnocení vaší práce
- b) formální záležitost pro vyplnění formuláře
- c) stresující a nepříjemnou záležitost

17. Jak využíváte standardy ošetrovatelské péče?

- a) využívám je pravidelně, pracuji s nimi
- b) vyhledám je pouze při neznalosti postupu/potřebě informací
- c) vím, že existují, ale nevyžívám je
- d) nevím, že v ŠN jsou

18. Považujete ošetrovatelský proces

- a) za přínos pro kvalitu ošetrovatelské péče
- b) za komplikaci při poskytování ošetrovatelské péče
- c) nedokážu vyhodnotit
- d) jiné.....

19. Hlásíte nežádoucí událost?

- a) ano vždy, když nastane
- b) nehlásím
- c) nevím, co to znamená

20. Má podle vás smysl sledovat kvalitu ošetrovatelské péče?

- a) ano, kvalita péče je důležitá
- b) ne, nevidím ve sledování kvality žádný význam
- c) nevím, nedokážu posoudit

Zakroužkujte na stupnici číslo, které nejlépe vyjadřuje Váš názor

1 – nejdůležitější

2 – důležité

3 – nejméně důležité

21. V čem konkrétně vy vidíte důvod sledování kvality péče?

- a) pacient dostane odpovídající péči 1 - 2 - 3
- b) porovnání kvality péče mezi zdravotnickými zařízeními 1 - 2 - 3
- c) prevence pochybení a nežádoucích událostí 1 - 2 - 3
- d) spokojenost pacientů 1 - 2 - 3
- e) jiné.....

22. Co podle vás nejvíce ovlivňuje kvalitu poskytované péče?

- a) dostatek finančních prostředků 1 - 2 - 3
- b) dostatek kvalitního personálu 1 - 2 - 3
- c) přehledné vnitřní normy o kvalitě 1 - 2 - 3
- d) důsledná kontrolní a auditní činnost 1 - 2 - 3
- e) sledování indikátorů kvality 1 - 2 - 3
- f) získání akreditace 1 - 2 - 3
- g) dobré interpersonální vztahy 1 - 2 - 3
- h) jiné.....

23. Co podle vás nejvíce ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče?

- | | |
|----------------------------------------|-----------|
| a) zavedení registrace sester | 1 - 2 - 3 |
| b) ošetrovatelský proces | 1 - 2 - 3 |
| c) zavedení skupinové péče | 1 - 2 - 3 |
| d) využívání ošetrovatelských manuálů | 1 - 2 - 3 |
| e) vysokoškolské vzdělání sester | 1 - 2 - 3 |
| f) kvalitní ošetrovatelská dokumentace | 1 - 2 - 3 |
| g) jiné..... | |

24. Máte zájem podílet se na zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

- a) ano.....
- ..
- b) ne.....
- ...

25. Váš komentář.

Děkuji Vám za spolupráci.

PLÁN KVALITY A BEZPEČÍ PÉČE NA ROK 2011

MOTTO: Otevřená nemocnice - podpora vašeho zdraví.

MISE: Jsme trvalou zárukou vysoké kvality zdravotnických služeb pro region. Jsme centrem péče o pohybový trakt oblasti Jeseníků.

VIZE: Budeme vyhledávaným a respektovaným zdravotnickým zařízením severní Moravy s uceleným portfoliem zdravotnické péče, se zaměřením na ortopedii, endoprotetiku a kostní traumatologii.

- ▶ Udržet akreditaci SAK, o.p.s. udělenou Šumperské nemocnici do roku 2012, rozvíjet program kontinuálního zvyšování kvality (KZK).
- ▶ Plnit Plán řízení kvality a bezpečí péče ve skupině Agel a.s. (plnění mezinárodních bezpečnostních cílů, sledování jednotných statistických údajů a indikátorů kvality).
- ▶ Posuzovat úroveň kvality služeb a poskytované péče interními a externími audity, šetřením spokojenosti, počtem oprávněných stížností, aj.
- ▶ Zahájit revizi všech vnitřních předpisů k zajištění přehlednosti a dostupnosti vyhledávání potřebných informací.
- ▶ Zajistit zkvalitnění procesů a snížení administrativní zátěže, trvale pracovat na zjednodušení vedení zdravotnické dokumentace dle platné legislativy.
- ▶ Rozšířit péči o pacienty o terapeutickou metodu zooterapie.
- ▶ Rozvoj duchovních služeb pro pacienty a psychospirituální péče poskytované nemocniční kaplankou.
- ▶ Realizovat dobrovolnický program.
- ▶ Rozvoj edukačních aktivit, včetně činnosti edukační sestry.
- ▶ Zahájit činnost ambulance pro hojení ran a poradny pro léčbu akné.
- ▶ Realizovat nové projekty v oblasti kvality a bezpečí péče na odděleních nemocnice:
 - ARIP: zavedení konceptu bazální stimulace; školení KPR pro veřejnost;
 - Chirurgické oddělení: bezpečná péče o pacientky po operaci prsu;
 - Dětské oddělení: zahájení činnosti herního specialisty;
 - Gynekologické oddělení: vytvoření edukačních materiálů pro pacientky s inkontinencí;
 - Interní oddělení: vytvoření informačních materiálů pro pacienty před výkony;
 - Interní oddělení II + RHB: komplexní projekt péče o geriatrické pacienty;
 - Oční oddělení: projekt Oko – okno do zdraví člověka;
 - Ortopedické oddělení + RHB: TEP - edukační program;
 - Porodnické oddělení + RHB: edukační materiál aromaterapie a edukační materiál cvičení pro maminky po porodu;

- RDG: vytvoření informačních materiálů pro pacienty před výkony;
- TRN oddělení: otevření poradny pro odvykání kouření;
- Urologické oddělení: edukační činnost pro pacienty po urologické operaci;
- Nutriční poradna: komplexní projekt léčebné výživy jako součásti léčebné péče.

▶ **Aktivity pro veřejnost**

- nutriční poradna, poradna pro stomiky, přednášky pro nastávající rodiče a cvičení pro nastávající maminky, laktanční poradna, linka kojení, spolupráce se Svazem diabetiků, spolupráce se Sjednocenou organizací nevidomých a slabozrakých (SONS), spolupráce s Ligou proti rakovině;
- edukačně prezentační akce k významným dnům: Světový den zdraví - Den otevřených dveří s tématem prevence nádorových onemocnění, Evropský den melanomu, Světový den bez tabáku, Světový den seniorů, Světový den výživy, Světový den diabetiků, Světový den hygieny rukou.

- ▶ Pokračovat v účasti na projektech mezinárodního programu WHO Zdravá nemocnice.
- ▶ Účastnit se výzkumného projektu Evropské unie DUQuE, který studuje účinnost nástrojů zvyšování kvality v evropských nemocnicích.
- ▶ Pokračovat v modernizaci přístrojové techniky a prostředí pro pacienty i zaměstnance.
- ▶ V rámci vzdělávacích aktivit zajistit
 - pro SZŠ Šumperk a pro studenty vysokých škol odbornou praxi v ŠN
 - odborné stáže pro lékaře v rámci specializačního vzdělávání
 - dlouhodobé kurzy pro sanitáře, řidiče dopravy nemocných a raněných
 - organizaci regionálních seminářů pro lékařské i zdravotnické pracovníky nelékařských profesí
 - organizaci celostátní konference
- ▶ Péče o zaměstnance
 - podpora vzdělávání
 - zabezpečování sociálních, kulturních, společenských, sportovních akcí
 - aktivní program prevence v oblasti zdravého životního stylu, vč. rekondičního cvičení

V Šumperku dne: 14.2.2011

Zpracovala: Bc. Martina Klimková, manažerka kvality

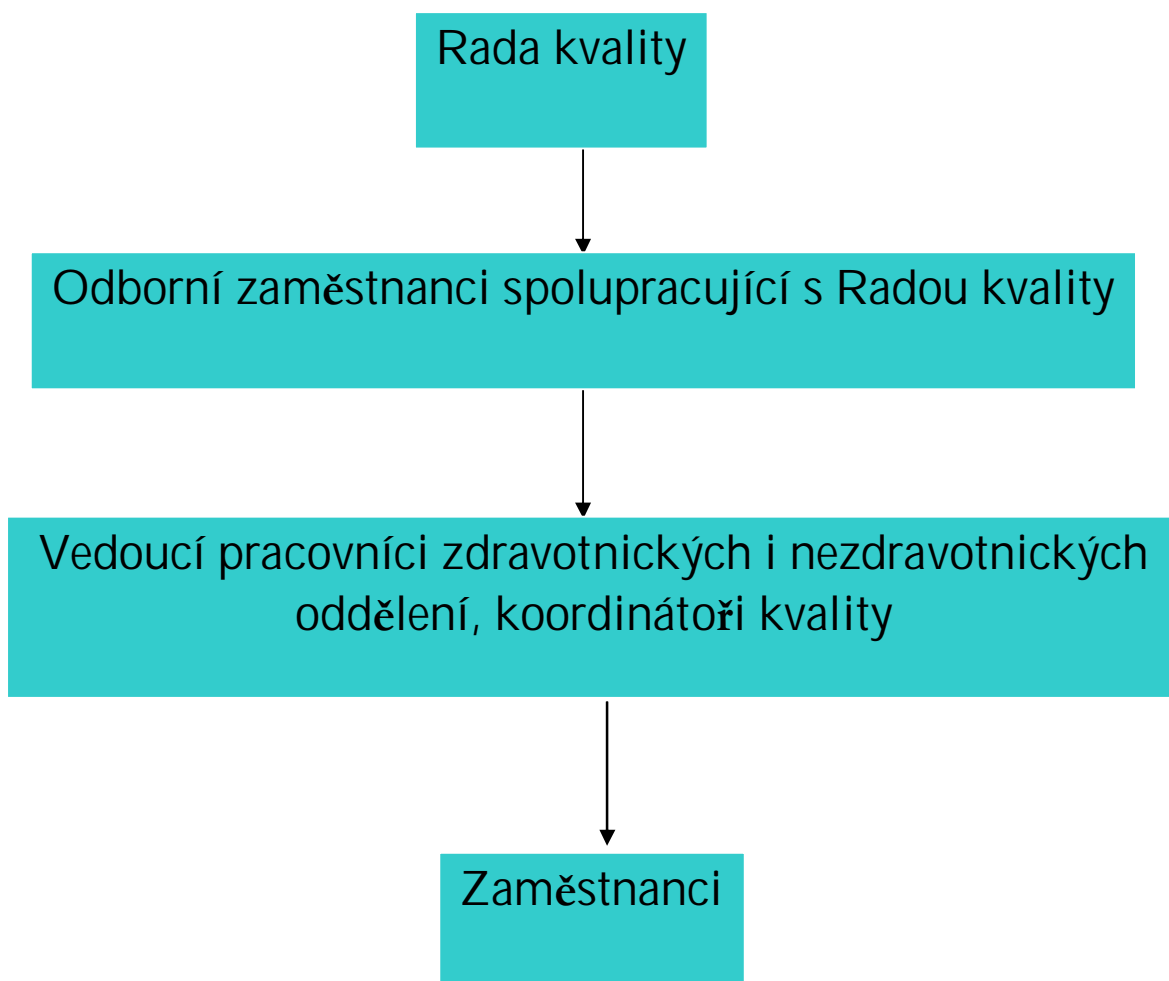
Schválil: MUDr. Radan Volnohradský, ředitel

Příloha 3 Organizační schéma kvality v Šumperské nemocnici a.s.



Šumperská nemocnice a.s.
Nerudova 640/41
787 52 Šumperk

Organizační schéma kvality v ŠN - Tým pro reakreditaci -



K O N C E P C E O Š E T Ř O V A T E L S K É P É Č E Š U M P E R S K É N E M O C N I C E 2 0 1 1

Cíle ošetrovatelství pro rok 2011

Poskytování kvalitní, efektivní a bezpečné péče v souladu s probíhajícími reformami zdravotní péče s důrazem:

- podporu vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků,
- zvyšování kvality ošetrovatelské péče a bezpečnosti pacientů,
- zlepšení komunikace mezi zdravotnickými pracovníky,
- efektivní komunikaci s pacienty, rodinami a veřejností,
- zlepšení prostředí oddělení, nemocnice z estetického hlediska a bezpečnostních podmínek,
- minimalizaci nákladů spojených s provozem oddělení, bez dopadu na kvalitu poskytované zdravotnické péče.

1) Personální oblast

- přehodnocení systemizace míst podle přílohy pojišťovny č. 2
- aktualizace popisů pracovních míst, kompetencí a odpovědnosti NLZP
- aktualizace hodnotících kritérií vedoucích zaměstnanců

2) Ošetrovatelská péče

- aktualizace ošetrovatelské dokumentace, příprava dokumentace pro onkologický stacionář a centrální příjem
- aktualizace provozních pokynů pro pacienty, doplnění o informace o poskytovaných duchovních službách, léčbě bolesti, možnosti odvykání kouření
- vyhlášení, hodnocení a realizace ošetrovatelských projektů zaměřených na poskytování kvalitní a bezpečné péče, edukaci rodin, veřejnosti
- otevření nutriční poradny, rozšíření nutričního poradenství na onkologickém stacionáři, dialýze a diabetologické ambulanci
- otevření edukační ambulance pro diabetiky
- příprava informací o diagnostických vyšetřeních
- realizace ošetrovatelské rehabilitace na ošetrovatelském úseku
- příprava sociálních standardů, organizace sociálních lůžek

3) Management rizik, podpora zdraví pacientů a veřejnosti

- vyhodnocování indikátorů kvality, realizace nápravných opatření
- realizace kořenové analýzy při vyhodnocení závažných nežádoucích událostí
- aktivní účast v programu WHO Zdravá nemocnice a Národní síť nemocnic podporujících zdraví v ČR
- přednášky pro nastávající rodiče, cvičení pro nastávající maminky
- organizace dnů otevřených dveří

- zavedení dobrovolnického programu, školení dobrovolníků
- otevření poradny pro odvykání kouření, přednášky pro školy
- organizace duchovní péče, přijetí kaplana
- zavedení zooterapie na ošetrovatelském úseku
- trénování paměti, muzikoterapie
- realizace ošetrovatelských projektů:
 - nemocnice se nebojíme (nemocnice, školy, školky)
 - úsměv pro život (ošetrovatelský úsek)
 - nácvik KPR (školy, podniky)
 - bazální stimulace

4) Kontinuální zvyšování kvality

- týmový audit uzavřené dokumentace
- realizace plánu kvality
- interní a externí audity
- monitoring stížností, mimořádných událostí a spokojenosti pacientů
- kontinuální vyhodnocování výsledků auditů, indikátorů a spokojenosti

5) Vzdělávání

- vzdělávání vedoucích a vrchních sester - management a řízená péče
- organizace odborných, regionálních konferencí
- akreditace vzdělávacích programů
- aktivní prezentace ošetrovatelství na konferencích a v tisku
- organizace kurzů pro sanitáře a řidiče DZS
- aktivní spolupráce se SZŠ

regionální konference

- lymfedém a práce sestry v lymfodrenážní ambulanci
- specifika práce při ošetrování pacientů s kožními chorobami
- komplexní péče o geriatrického pacienta, podpůrná péče ve zdravotnictví, vyhlášení vítězného projektu kvalita a bezpečí v ošetrovatelství
- léčba akutní a chronické bolesti
- vyšetřovací metody v oftalmologii, úrazy oka

kurzy Výzva 52

- znaková řeč
- psychologie pro všeobecné sestry
- aseptické postupy na zákrovém sále
- hygienicko-epidemiologický režim
- péče o agresivního pacienta
- bazální stimulace

V Šumperku 3. 1. 2011

Mgr. Eva Pavelková

náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči

Příloha 5 Ošetřovatelský standard

Sekce A 01	Struktura/proces/výsledek Ošetřovatelský proces	Strana procedury 1/2
<p>1. CÍL: Zajistit systematickou, uvědomělou, plánovanou, dokumentovanou a efektivní ošetřovatelskou péči. Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Člověka chápe holisticky, klade důraz na aktivitu jedince, na podporu a zdržení zdraví, nabízí aktivní ošetřovatelskou péči.</p> <p>Pomůcky: ošetřovatelská dokumentace, pomůcky k ošetřovatelským výkonům, ošetřovatelské manuály, ošetřovatelské diagnózy a plány ošetřovatelské péče, odborná literatura.</p> <p>Kompetentní pracovník: všeobecná sestra, porodní asistentka</p> <p>2. Struktura:</p> <p>S1 Znalost teoretických znalostí o ošetřovatelském procesu. S2 Znalost využití zásad ošetřovatelského procesu při poskytování ošetřovatelské péče. S3 Znalost vedení ošetřovatelské dokumentace. S4 Profesionální přístup a chování ošetřujícího personálu k nemocnému a jeho rodině, nejbližším přátelům (bio-psycho-sociální komfort nemocného). S5 Dokumentace: viz. pomůcky.</p> <p>3. Proces:</p> <p><i>První fáze - zhodnocení nemocného</i></p> <p>P1 Zajistěte vhodné prostředí a čas pro vedení rozhovoru s nemocným. Nemocný by měl být ve fyzické pohodě, bez bolesti. P2 Zhodnoťte celkový stav nemocného, objektivní, subjektivní, dynamické a konstantní údaje. U akutních stavů získejte pouze nejdůležitější informace, ostatní doplňte po stabilizaci stavu. P3 Představte se nemocnému. P4 Rozhovorem a pozorováním nemocného, od rodiny, od členů zdravotnického týmu a ze zdravotnické dokumentace získejte informace dle ošetřovatelské anamnézy v oblasti biologických i psychosociálních potřeb. P5 Rozhovor veďte nedirektivní formou. Respektujte práva nemocných. P6 Při rozhovoru dodržujte zásady individuálního přístupu k nemocnému. P7 O všech získaných informacích proveďte záznam.</p> <p><i>Druhá a třetí fáze - diagnostika a plánování ošetřovatelské péče</i></p> <p>P8 Dle získaných informací o nemocném stanovte aktuální či potenciální ošetřovatelské diagnózy, tj. stanovení problému nemocného a jeho příčiny (viz. seznam ošetřovatelských diagnóz). P9 Ke každé ošetřovatelské diagnóze stanovte cíl, kterého v ošetřovatelské péči chcete dosáhnout. Dbejte, aby cíl byl reálný, dosažitelný a hodnotitelný. P10 Stanovte ošetřovatelské intervence (aktivity, výkony), kterými chcete pomoci nemocnému dosáhnout určeného cíle. P11 Při stanovení cílů a intervencí vycházejte z objektivního aktuálního celkového stavu nemocného, respektujte lékařskou diagnózu, subjektivní přání a očekávání nemocného, možnosti oddělení.</p>		

Příloha 5 Ošetřovatelský standard

Sekce A 01	Struktura/proces/výsledek Ošetřovatelský proces	Strana procedury 2/2
<p>P12 Plán ošetřovatelské péče aktualizujte v průběhu hospitalizace tak, aby odpovídal reálné situaci a potřebám nemocného.</p> <p>P13 V plánu uvádějte frekvenci ošetřovatelských zásahů (jak často, kolik), jejich platnost (od-do) a popř. také druh použitého prostředku (pomůcky, léčiva, přístroje apod.). Specifikujte, kdo je za splnění intervencí zodpovědný.</p> <p>P14 Používejte ustálenou terminologii (viz. seznam ošetřovatelských diagnóz, cílů a intervencí).</p> <p><i>Čtvrtá fáze - realizace ošetřovatelského plánu</i></p> <p>P15 V rámci ošetřovatelské péče realizujte stanovený ošetřovatelský plán.</p> <p>P16 Spolupracujte s nemocným, s jeho rodinou.</p> <p>P17 Průběžnou realizaci ošetřovatelského plánu zaznamenávejte do realizace ošetřovatelského plánu a denního hlášení.</p> <p>P18 Předávejte informace písemnou a ústní formou ostatním členům ošetřovatelského týmu.</p> <p><i>Pátá fáze - hodnocení efektu ošetřovatelské péče</i></p> <p>P19 Průběžně hodnotíte účinnost poskytované ošetřovatelské péče.</p> <p>P20 Dosáhnete-li stanoveného cíle, zaznamenejte výsledek do dokumentace a zrušte stanovenou ošetřovatelskou diagnózu. Zapište datum splnění s čitelným podpisem.</p> <p>P21 Nedosáhnete-li stanoveného cíle, zjistěte proč se tak stalo a popř. změňte intervence, stanovte nový cíl i novou ošetřovatelskou diagnózu.</p> <p>P22 U všech záznamů v ošetřovatelské dokumentaci zaznamenávejte datum zápisu a čitelný podpis.</p> <p>4. Výsledek:</p> <p>V1 Zásady ošetřovatelského procesu jsou dodržovány.</p> <p>V2 Záznamy v dokumentaci jsou aktuální a kompletní.</p> <p>V3 Spokojený nemocný. Profesionální a příjemné chování ošetřujícího personálu.</p>		
<p>Zpracoval: Rada pro rozvoj ošetřovatelství ŠN Schválil: MUDr. R. Volnohradský, ředitel Odborný garant: Mgr. E. Pavelková, náměstkyně OP Rozdělovník: viz. standardní rozdělovník</p>		<p>Platnost: 1.6.2011 Metodika kontroly: audit 1x/rok Místo realizace: ŠN Verze: 02</p>

Příloha 6 Ošetřovatelský standard

Sekce B 05	Struktura/proces/výsledek Hygienická a chirurgická dezinfekce rukou	Strana procedury 1/2
<p>1. CÍL Účinnou antisepsi rukou přerušit cesty přenosu a šíření nemocničních mikrobiálních kmenů</p> <ul style="list-style-type: none">➤ mechanické mytí - odstranění transientní kožní flóry ulpívajících na horních vrstvách kůže (před a po běžném kontaktu s nemocným, po použití WC, po kouření, před jídlem atd.),➤ hygienické mytí - odstranění transientní a kožní flóry, která přechodně osidluje pokožku, včetně vývodů potních a tukových žláz a vlasových folikulů (po kontaktu s biologickým materiálem, při manipulaci s infekčním nemocným, před a po převazu rány nebo invazivním vyšetřením na oddělení, při manipulaci s infekčním prádlem atd.),➤ chirurgické mytí - usmrcení transientní a reziduální kožní flóry (před operačním výkonem na operačních a porodních sálech).		
<p>Pomůcky: teplá tekoucí voda, tekuté mýdlo, mýdlo s dezinfekčním účinkem, dezinfekční prostředky, sterilní kartáček, papírové ručníky, sterilní ručník/rouška/gáza, nádoba na ponoření rukou do dezinfekčního roztoku, regenerační krém na ruce.</p>		
<p>Kompetentní pracovník: všeobecná sestra, porodní asistentka, ošetřovatel, sanitář.</p>		
<p>2. Struktura:</p>		
<p>S1 Znalost postupu mytí rukou.</p>		
<p>S2 Znalost specifík dezinfekčních prostředků (použití, koncentrace, expozice).</p>		
<p>S3 Znalost bezpečnostních předpisů (uložení a manipulace s prostředky).</p>		
<p>S4 Znalost hygienicko-epidemiologického režimu.</p>		
<p>S5 Dokumentace: dezinfekční plán</p>		
<p>3. Proces:</p>		
<p>P1 Dle znečištění rukou a důvodu mytí zvolte postup hygienu rukou.</p>		
<p>P2 Připravte si veškeré pomůcky na místo určené k mytí rukou.</p>		
<p>Mechanické mytí rukou</p>		
<p>P3 Namočte ruce pod tekoucí vodu.</p>		
<p>P4 Aplikujte dávku antiseptického mýdla.</p>		
<p>P5 Proveďte důkladné umytí rukou (dlaní, hřbetů rukou, prstů, zápěstí).</p>		
<p>P6 Důkladně opláchněte ruce pod tekoucí vodou.</p>		
<p>P7 Ruce osušte papírovými ručníky.</p>		
<p>P8 Papírový ručník vyhoďte do koše na komunální odpad.</p>		
<p>P9 Udržujte ruce v čistotě.</p>		
<p>Hygienická dezinfekce rukou</p>		
<p>P3 Připravte vhodný dezinfekční prostředek.</p>		
<p>P4 Alkoholové dezinfekční prostředky</p>		
<ul style="list-style-type: none">➤ aplikujte pomocí dávkovače z originálního balení		
<ul style="list-style-type: none">➤ aplikujte roztok na suché ruce (vlhkost rukou nezaručuje dostatečnou účinnost		
<ul style="list-style-type: none">➤ aplikujte přibližně 5 ml roztoku		
<ul style="list-style-type: none">➤ nechte působit 60 sekund do úplného zaschnutí prostředku (ruce již neoplachujte vodou)		

Příloha 6 Ošetřovatelský standard

Sekce B 05	Struktura/proces/výsledek Hygienická a chirurgická dezinfekce rukou	Strana procedury 2/2
<p>P5 Vodné dezinfekční prostředky</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ určete nádobu k přípravě dezinfekčního roztoku ➤ odměřte příslušné množství vody ➤ odměřte příslušné množství dezinfekčního prostředku (v potřebné koncentraci) ➤ do připravené nádoby nalijte nejprve vodu a poté dezinfekční prostředek ➤ ponořte ruce do dezinfekčního roztoku na dobu 1 minuty ➤ ruce opláchněte pod tekoucí pitnou vodou ➤ ruce osušte papírovým ručníkem ➤ stanovte frekvenci výměny roztoku v závislosti na počtu osob, pro které je určen ➤ kontrolujte provedení výměny dezinfekčního roztoku <p>P6 Po opakované dezinfekci ošetřete ruce regeneračním krémem.</p> <p>Chirurgická dezinfekce rukou</p> <p>P3 Proveďte předoperační mytí rukou, předloktí vodou a tekutým mýdlem s dezinfekčním účinkem po dobu 1 až 2 min.</p> <p>P4 Dle potřeby použijte sterilní kartáček na lůžka nehtů.</p> <p>P5 Ruce důkladně opláchněte tekoucí pitnou vodou.</p> <p>P6 Osušte ruce sterilní rouškou, gázou, postupujte od prstů k lokti, nevracejte se na dlaně.</p> <p>P7 Proveďte chirurgickou dezinfekci rukou.</p> <p>P8 Alkoholový dezinfekční prostředek vtírejte do pokožky rukou a předloktí do zaschnutí a nechejte působit po dobu 5 min.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1 dávku vtírejte do zaschnutí po lokty ➤ 2 dávku vtírejte do zaschnutí do 1/2 předloktí ➤ 3 dávku vtírejte pouze do dlaní na prsty po zápěstí <p>P9 V případě použití Sterilia vtírejte do pokožky rukou a předloktí do zaschnutí a nechejte působit po dobu 1,5 minuty.</p> <p>P10 Mezi operacemi provádějte pouze 2 a 3 postup.</p> <p>4. Výsledek:</p> <p>V1 Profesionální provedení mytí rukou při dodržení veškerých zásad hygienicko-epidemiologického režimu.</p> <p>V2 Nedošlo k přenosu a šíření nemocničních mikrobiálních kmenů.</p> <p>V3 Bezpečnostní předpisy jsou dodrženy.</p>		
<p>Zpracoval: Rada pro rozvoj ošetřovatelství ŠN Schválil: MUDr. R. Volnohradský, ředitel Odborný garant: Mgr. E. Pavelková, náměstkyně OP Rozdělovník: viz. standardní rozdělovník</p>		<p>Platnost: 1.6.2011 Metodika kontroly: audit 1x/rok Místo realizace: ŠN Verze: 02</p>

Číslo auditu	:	1/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Manipulace se stravou, podávání stravy, výživa pacientů Standardy: 28, 29, 30, 31, 32		
Prověřované útvary	:	stravovací provoz, zdravotnická oddělení		
Termín auditu	:	plánovaný : 14.3. – 18.3. 10.10. – 14.10.		
Auditoři	:	Blanka Heřmanská, Petra Prázdna		
Číslo auditu	:	2/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Hygienicko-epidemiologický režim na odděleních, sálech, sálkách (prevence nemocničních a profesionálních nákaz, hygiena rukou) Standardy: 70, 71, 72, 73, 74		
Prověřované útvary	:	zdravotnická oddělení		
Termín auditu	:	plánovaný : 21.2.-1.3. 2.Q (hygiena rukou – termín bude upřesněn) 12.9. – 16.9.		
Auditoři	:	Mgr. Eva Pavelková, Ivona Trendlová, Martina Vidrmanová,		
Číslo auditu	:	3/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Vedení zdravotnické dokumentace (vč. operační dokumentace), Standardy: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 51, 65, 66, 68, 69		
Prověřované útvary	:	zdravotnická oddělení ŠN		
Termín auditu	:	plánovaný : měsíčně		
Auditoři	:	pověření zástupci oddělení		
Číslo auditu	:	4/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Vedení zdravotnické dokumentace - ambulantní Standardy: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 51, 65, 66, 68, 69		
Prověřované útvary	:	odborné ambulance ŠN		
Termín auditu	:	plánovaný : březen, září – 2 ambulantní karty z každé ambulance		
Auditoři	:	pověření zástupci ambulančí		
Číslo auditu	:	5/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Vedení zdravotnické dokumentace, kontinuita péče, bezpečná komunikace (překlad pacienta, konzilia...) Standardy: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 51, 65, 66, 68, 69		
Prověřované útvary	:	zdravotnická oddělení a ambulance		
Termín auditu	:	plánovaný : 2Q – termín bude upřesněn 21.11. – 25.11.		
Auditoři	:	MUDr. Igor Ziegelheim, Mgr. Eva Pavelková, Bc. Martina Klimková		
Číslo auditu	:	5/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Péče o rizikového pacienta, imobilizace, identifikace, práva, edukace, handicapovaní Standardy: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 51, 65, 66, 68, 69		
Prověřované útvary	:	zdravotnická oddělení a ambulance		
Termín auditu	:	plánovaný : 11. 4. – 15.4. 10.10. – 14.10.		
Auditoři	:	Štěpánka Petřelová, Miluše Petrišcová		
	Jméno:	Funkce:	Datum:	Podpis :
Zpracoval:	Bc. Martina Klimková	manažerka kvality	24.1.2011	
Schválil:	MUDr. Radan Volnohradský	ředitel	24.1.2011	

Číslo auditu	:	6/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Zacházení s léčivými přípravky, s léčivými přípravky s obsahem NL, ověření procesu aplikace transfuzních přípravků Standardy: 8, 9, 10, 12, 23, 24, 25, 26		
Prověřované útvary	:	zdravotnická oddělení		
Termín auditu	:	plánovaný : 24.1.-31.1. 24.10.- 28.10.		
Auditoři	:	Mgr. Eva Pavelková, Bc. Martina Klimková		
Číslo auditu	:	7/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Ivazivní vstupy, bezpečnost napojení Standardy: 24, 33, 73		
Prověřované útvary	:	zdravotnická oddělení		
Termín auditu	:	plánovaný : 4.4.,- 8.4. 3Q – termín bude upřesněn		
Auditoři	:	Božena Bartošková , Martina Vidrmanová,		
Číslo	:	9/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci, OOPP, PO, Bezpečnostní audit. Ochrana majetku. Standardy: 36, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 53, 62		
Prověřované útvary	:	Oddělení ŠN		
Termín auditu	:	plánovaný : únor 31.10. – 4.11. + kontrolní činnost technika BOZP á3měsíce		
Auditoři	:	Bc. Martina Klimková, Roman Večeřa		
Číslo auditu	:	10/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	ZP, metrologie, Standardy: 46, 47, 48, 51		
Prověřované útvary	:	zdravotnická i nezádravotnická oddělení		
Termín auditu	:	plánovaný : 3.10. – 7.10.		
Auditoři	:	Ing. Petr Brož, Martina Maixnerová		
Číslo auditu	:	13/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	KPR. Organizace a pomůcky k zajištění KPR na pracovištích ŠN Standardy: 27		
Prověřované útvary	:	Zdravotnická oddělení, nezádravotnická oddělení		
Termín auditu	:	plánovaný : 3.Q. – termín bude upřesněn		
Auditoři	:	Prim. MUDr. Josef Číkl, Petra Růžičková, Martina Soralová		
Číslo auditu	:	14/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Řízení lidských zdrojů Standardy: 57, 58, 59, 60, 61		
Prověřované útvary	:	PaM, úsek vzdělávání, oddělení nemocnice		
Termín auditu	:	plánovaný : 11.7. – 15.7.		
Auditoři	:	Mgr. Eva Pavelková, Bc. Martina Klimková		
Číslo auditu	:	17/2011		
Rozsah prověřovaných činností	:	Zabezpečení elektrické energie – náhradní zdroje COS, ARIP. Klíčový režim, nakládání s odpady Standardy: 47, 48, 49, 50		
Prověřované útvary	:	zdravotnická i nezádravotnická oddělení		
Termín auditu	:	plánovaný : 5.9. – 9.9.		
Auditoři	:	Martin Juříčka, Marcela Straková		
	Jméno:	Funkce:	Datum:	Podpis :
Zpracoval:	Bc. Martina Klimková	manažerka kvality	24.1.2011	
Schválil:	MUDr. Radan Volnohradský	ředitel	24.1.2011	

Anotace

Jméno a příjmení:	Marcela Smrčková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu pracovníka nelékařských profesí
Název v angličtině:	The quality of the nursing care according to the non-medical staff
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá pohledem nelékařských pracovníků na kvalitu a bezpečí ošetrovatelské péče. Formou dotazníku jsme zjišťovali, jaké má v této oblasti zdravotnický personál teoretické znalosti, jak hodnotí a využívá zavedená opatření v praxi a jaký je jeho osobní názor a přístup k procesu zajišťování a zvyšování kvality a bezpečí péče. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na nelékařský personál Šumperské nemocnice a.s.
Klíčová slova:	kvalita, bezpečí, ošetrovatelská péče, pracovník nelékařských profesí
Anotace v angličtině:	The thesis concentrates on the non-medical staff and its attitude to a high-quality and safe health care. The research was performed by a questionnaire. We were finding out the level of knowledge in this area, how the non-medical staff see and work with the instruments for providing the care quality and to detect the staff's personal opinion on the health and nursing care. The research was focused on the non-medical staff of the Šumperk hospital Inc.
Klíčová slova v angličtině:	quality, safety, nursing care, non-medical staff
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Dotazník Příloha 2 Plán kvality a bezpečí na rok 2011 Příloha 3 Organizační schéma kvality v ŠN – Tým pro reakreditaci Příloha 4 Koncepce ošetrovatelské péče Šumperské nemocnice 2011 Příloha 5 Standard ošetrovatelské péče – Ošetrovatelský proces Příloha 6 Standard ošetrovatelské péče – Hygienická a chirurgická dezinfekce rukou Příloha 7 Plán interních auditů ŠN na rok 2011
Rozsah práce:	90 stran, 18 stran příloh
Jazyk práce:	Český jazyk