

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Bakalářská práce

Praha 2012

Šárka Hrdá

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Šárka Hrdá

Management kvality ošetrovatelské péče

Management of the nursing care quality

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Novotná

Praha, 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 20. 11. 2012

Šárka Hrdá

Poděkování:

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Novotné za odborné vedení, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Zároveň chci poděkovat všem sestřám, které s ochotou pomáhaly při sběru údajů.

Identifikační záznam:

Hrdá Šárka. *Management kvality ošetrovateľskej péče*, [Management of the nursing care quality]. Praha, 2012. 64 s., 5 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe v ošetrovateľství. Vedoucí práce Mgr. Novotná Jana.

ABSTRAKT

Cílem práce bylo zjistit, jaký je podíl všeobecných sester na kontinuálním zvyšování kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení IKEM. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část pojednává o kvalitě zdravotní péče a způsobech jejího řízení. Samostatná část je věnována systémovým modelům kvality a kvalitě ošetrovatelské péče.

Empirická část mapuje názory sester na kontinuální zvyšování kvality. Metodou použitou k realizaci průzkumu byly dotazníky vlastní konstrukce. Zkoumaný vzorek tvořilo 84 všeobecných sester nemocnice IKEM.

Z průzkumného šetření vyplynulo, že všeobecné sestry jsou účastníky v procesu kontinuálního zvyšování kvality, dobře si uvědomují význam a přínos standardizace ošetrovatelské péče. Mají zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče, což jim umožňuje další zlepšení. Všeobecné sestry v nemocnici IKEM se zajímají o problematiku kontinuálního zvyšování kvality.

Pro budoucnost je důležité zapojení co možná největšího počtu všeobecných sester do procesu kontinuálního zvyšování kvality. Jen tak můžeme dosáhnout zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Klíčová slova: management, kvalita, ošetrovatelská péče, standard, indikátor kvality, audit, sestra.

ABSTRACT

The aim of the study was to determine what proportion of nurses on the continuous improvement of quality of nursing care in a medical facility IKEM. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with the quality of health care and how you can control. A separate section is devoted to system models, the quality and the quality of nursing care.

The empirical part discusses nurses' opinions of continuous quality improvement. The method used to implement the survey questionnaires were our own design. Research sample consisted of 84 nurses' hospital IKEM.

The exploratory survey showed that nurses participating in the process of continuous quality improvement, well aware of the importance and benefits of standardization of nursing care. Have feedback on the quality of care provided, which can enable them further improvement. Nurses in the hospital IKEM are interested in the issue of continuous quality improvement.

For the future it is important to involve the largest possible number of nurses in the process of continuous quality improvement. Only then can we achieve improvement of nursing care.

Keywords: management, quality, nursing care, standard, quality indicator, audit, nurse.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Kvalita a její definice	10
1.1 Multidimenzialita kvality	11
1.2 Prvky kvality	12
1.3 Zajišťování a kontinuální zvyšování kvality	13
1.3.1 Standard	15
1.3.3 Indikátory kvality	16
1.3.4 Kontrola a hodnocení kvality	17
1.3.5 Management rizik	19
2 Systémy řízení kvality	21
2.1 Modely akreditačních standardů	22
2.2 Modely managementu jakosti Mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO)	24
2.3 Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA)	24
2.4 Modely excelence světových cen za jakost	25
3 Kvalita ošetrovatelské péče a její řízení	26
3.1 Management kvality ošetrovatelské péče	28
EMPIRICKÁ ČÁST	30
4 Cíl průzkumu a dílčí cíle	30
4.1 Dílčí cíle	30
5 Metodika průzkumu	30
5.1 Průběh a organizace šetření	31
5.2 Charakteristika průzkumného souboru	31
5.3 Interpretace výsledků	35
5.4 Shrnutí zjištěných výsledků	53
5.5 Diskuse	56
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60
SEZNAM ZKRATEK	63
SEZNAM PŘÍLOH	64

ÚVOD

Ve vyspělém světě ve všech oblastech lidské činnosti je přelom tisíciletí ve znamení stoupající kvality. Ve zdravotnických službách je poptávka po službách poskytovaných ve správný čas, na správném místě, za výhodnou cenu a zejména kvalitně.

Česká republika jako člen EU naplňuje řadu doporučení, předpisů a opatření v oblasti řízení, zabezpečování a sledování kvality zdravotní péče. Stát obecně přijímá odpovědnost za kvalitní zdravotnické služby. Významnou roli při poskytování zdravotní péče a kontinuálním zvyšování kvality má také ošetrovatelství. Kvalita ošetrovatelské péče tvoří jeden z pilířů kvalitní zdravotní péče.

Cílem práce bylo zjistit podíl všeobecných sester na kontinuálním zvyšování kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení IKEM. Zjistit jak se sestry podílí na tvorbě standardů a jak je aplikují do praxe. Zjistit, jestli sestry mají zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče a zda se zajímají o problematiku kontinuálního zvyšování kvality. Cílovou skupinou mého průzkumu byly všeobecné sestry nemocnice IKEM.

K volbě tématu bakalářské práce mne motivovala skutečnost, že více jak 20 let pracuji v nemocnici IKEM, jejíž snahou je poskytovat služby na špičkové úrovni. V roce 2010 nemocnice získala certifikát kvality ISO 9001:2008 a pro mnohé pracovníky se běžnými pojmy stala kvalita, standard, audit nebo indikátor kvality.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Kvalita a její definice

V posledních letech se velice zvýšil zájem o kvalitu a problematika rozvoje kvality je často diskutovaným tématem. Vyplývá to z faktu, že většina oborů, tedy i zdravotnictví se pohybuje v konkurenčním prostředí. Organizace, které chtějí v tomto konkurenčním boji obstát, musí prokázat kvalitu svých služeb, musí naplnit očekávání svých klientů.

Kvalita má svoji historii a tento pojem provází lidstvo tisíciletí. Člověka vždy zajímalo, zda to, co si koupí, uspokojí jeho požadavky. To dokládá i nejstarší definice kvality, která je přisuzována Aristotelovi. Ten definuje kvalitu jako kategorie myšlení, které odpovídají na otázku „Jaké je? K čemu se vztahuje?“ Tento zprvu filozofický pojem se časem rozšířil do vědy a dalších sfér života. Kvalita se dostala do povědomí veřejnosti a začala být spojována s řemesly a průmyslovou výrobou. Kvalita byla vnímána, jako určitý výkon nebo produkt, který dostaneme za peníze. V sedmdesátých letech se objevuje kvalita i ve spojitosti s poskytovanými službami, tedy i se zdravotnictvím. Hlavním průkopníkem této myšlenky byl Avedis Donabedian. Tento americký lékař se zasloužil o nové pojetí kvality zdravotní péče a celosvětový rozmach zdravotnictví. Své vědecké bádání zaměřil zejména na hodnocení kvality zdravotní péče. Jeho teoretické práce vyvolávají ohlasy i v současné době, kdy nemůže být kvalita chápána pouze, jako přiblížení se ideálu, ale zdůrazňují se souvislosti mezi ekonomikou a kvalitou, mezi kvalitou poskytovaných služeb a jejich cenou.

Jak je patrné z vývoje kvality, není vůbec snadné kvalitu definovat, protože ji nelze chápat pouze jako soubor metod, technik a postupů. Definice kvality je ve svých principech jedinečná z hlediska obsažených hodnot v rámci dané kultury a kontextu konkrétní situace. V literatuře se můžeme setkat s mnoha obecnými definicemi kvality, proto i definic kvality zdravotní péče je celá řada.

Dle WHO je kvalita zdravotní péče definována jako: „*stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje*“.

Gladkij definuje kvalitu poskytovaných zdravotních služeb takto: „*konat správné věci ve správném čase, a to již napoprvé.*“ (Gladkij, 2003 str. 292)

Sřítieský popisuje kvalitu péče jako: „*péči, při které služby pečující o pacienta zvyšují pravděpodobnost výsledku, který si pacient přeje, a snižují pravděpodobnost výsledku, který si pacient nepřeje při běžné úrovni stavu a znalostí.*“ (Střítieský, 2008 str. 2)

Z těchto definic je patrné, že hlavním cílem kvalitní péče je maximální přínos pro klienta/pacienta, ale bohužel nevypovídají nic o ekonomické stránce a omezených možnostech současného zdravotnictví.

1.1 Multidimenzialita kvality

Definovat kvalitu není jednoduché a to z důvodu, že kvalita je dynamický pojem s mnoha rozměry. Její hodnocení závisí na pohledu osoby, která ji hodnotí. Jinak bude kvalitu ošetrovatelské péče hodnotit pacient, ošetrovatelský personál, lékař nebo plátce zdravotní péče. Každý z nich definuje odlišně priority péče, způsoby péče a očekávané výsledky. Proto při stanovení kvality péče musíme vědět, z jakého pohledu je na kvalitu názíráno, na jakých hodnotách je založena a z jakých vychází znalostí a zdrojů. Kvalitu můžeme posuzovat minimálně ze tří pohledů.

1. **kvalita z pohledu klienta** – jestliže posuzujeme kvalitu z pohledu klienta, musíme si nejdříve uvědomit, kdo je náš klient a co od poskytované péče očekává. Našimi klienty jsou především pacienti, ale i jejich rodiny. Tito klienti mají určité požadavky, které musíme uspokojit. Z pohledu pacienta jsou důležitá například tato kritéria: *schopnost diagnostikovat zdravotní problémy, dostupnost a včasnost péče a samozřejmě výsledek zdravotní péče, uspokojení bio-psycho-sociálních potřeb pacienta*. Pro pacienta je také důležitým kritériem vstřícný přístup a profesionalita personálu.

2. **kvalita z hlediska profesionálního** – je komplexní uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb člověka a poskytování péče na základě poznatků současné vědy, dle dohodnutých profesních norem. Péče je realizována kvalifikovaným zdravotnickým personálem s přesně definovanými kompetencemi.

3. **kvalita z hlediska řízení** – je efektivní využití zdrojů. Tento přístup ke kvalitě zahrnuje např. akreditace, stanovení standardů, odborný rozvoj a celkové řízení kvality (dlouhodobé strategie, programy soustavného zlepšování kvality).

Škrlovi ve své knize přirovnávají kvalitu k diamantu s vybroušenými plochami. Plochy diamantu pak můžeme chápat jako dimenze kvality. Mezi ně patří:

- **Bezpečnost** – rizika péče a nemocničního prostředí, jsou omezena nebo zcela vyloučena.
- **Kompetence** – poskytování péče zdravotnickým personálem s vymezenými kompetencemi, které jsou v souladu s poskytovanou péčí.
- **Přijatelnost** – veškerá péče je přijatelná pro pacienta, ale i plátce a odpovídá jejich požadavkům.
- **Efektivnost** – účelem péče je dosažení očekávaných výsledků.
- **Vhodnost** – péče je poskytována vzhledem k potřebám pacienta, podle uznávaných standardů.
- **Dostupnost** – poskytnutí péče na správném místě, ve správném čase, odborníkem.
- **Kontinuita** – zajištění návaznosti péče v prostoru a čase.
- **Včasnost** – poskytnutí péče v době, kdy ji pacient nejvíce potřebuje a má pro něj největší přínos.
- **Přiměřenost** – péče je poskytována dle poznatků současné vědy a odpovídá potřebám pacienta.
- **Úcta** – respektování lidské důstojnosti, studu, soukromí a individuality pacienta zdravotnickým personálem. (Škrlovi, 2003 str.19)

1.2 Prvky kvality

Jak již bylo řečeno, slovem kvalita můžeme popsat kvantitativní, ale i kvalitativní úroveň poskytované péče. Kvantitativní úroveň péče můžeme změřit, kvalitativní úroveň posuzujeme dle hodnotových soudů a jejich hierarchií. Podle Donabediana je kvalita zdravotní péče tvořena třemi vzájemně propojenými prvky: **strukturou, procesem**

a výsledkem. Struktura péče zajišťuje optimální podmínky pro vlastní proces zdravotní péče. Správnost procesu je zase předpokladem pro dosažení dobrých výsledků péče, jako je zlepšení zdravotního stavu pacienta, zlepšení kvality života, zvýšení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. (viz. příloha A, Prvky kvality)

1.3 Zajišťování a kontinuální zvyšování kvality

Aplikace kvality do praxe je složitý proces soustavného monitorování, vyhodnocování a intervencí pro zabezpečení co možná nejlepší úrovně poskytované péče. Pro zajištění kvality je důležité vytvoření metodických a organizačních podmínek včetně motivace pracovníků pro zajišťování kvality. Základní postupy při zajišťování kvality jsou shodné s manažerskými postupy. Jde vlastně o cyklus činností k zajištění kvality, který obsahuje:

- definici kvality,
- určení validních indikátorů struktury, procesu a výsledků péče,
- specifikace standardizovaných metod měření kvality,
- zavedení programů kvality,
- monitorování činností zajišťujících kvalitu, implementaci intervencí k vyřešení problémů a vyhodnocení těchto intervencí. (Gladkij, 2003)

Aplikace managementu kvality je nelehký úkol, který vyžaduje vytrvalost a angažovanost všech pracovníků. Důležitou rolí v zajišťování kvality má vrcholový management, který zajišťuje kvalitu celé instituce. Upravuje způsoby intervence a koordinuje použití zdrojů, činí konečná rozhodnutí a plánuje změny vedoucí ke zlepšení kvality. Angažovanost vrcholových manažerů a jejich zájem o kvalitu péče zásadně ovlivňují angažovanost a přístup ostatních pracovníků.

Gladkij ve své práci doporučuje určitá opatření, která vedou k rozvoji managementu kvality, mezi ně patří vytýčení jasných a realizovatelných cílů, zabezpečení materiálních a personálních zdrojů, delegováním odpovědnosti a rozhodovacích kompetencí na místo,

kde je výkon prováděn, vytvoření komisí kvality, vtažení co největšího počtu pracovníků do procesu a jejich školení o metodách zlepšování kvality. Dalším opatřením je zajištění komunikace mezi jednotlivými pracovišti. Nezbytným opatřením je soustavná orientace na potřeby pacienta a zpětná vazba o účinnosti zvolených postupů, monitorováním a spokojenosti zákazníků. (Gladkij, 2003)

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

V současné době se neustále zvyšují požadavky na kvalitu poskytované péče, to co bylo dříve považováno za výborné a kvalitní, může v současné době být nevyhovující a zastaralé. Proto je nutné kvalitu kontinuálně zlepšovat. Gladkij uvádí několik zásad zlepšování kvality:

- Jasný záměr soustavně zlepšovat kvalitu.
- Potřeba soustavného objasňování kořenů a příčin nedostatků a nutnost vědeckého zkoumání prostředků zlepšení.
- Soustavné měření kvality
- Změna postoje ke kvalitě a aktivita vedoucích pracovníků. (Gladkij, 2003 str. 308)

Postupy při zlepšování kvality jsou totožné s manažerskými postupy, jako je např. Demingův cyklus zlepšení (viz. příloha B). V současné době mají zdravotnická zařízení povinnost zavést programy zaměřené na zlepšování kvality. Tyto programy vyžadují **vymezení problému, způsob řešení problému, zavedení a přijetí programu jako běžné činnosti v instituci**. Povinnost zavedení programů kontinuálního zvyšování kvality je nařízena legislativně. Vyhláška č.102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, stanovuje minimální hodnotící standardy řízení kvality. Uděluje lůžkovým zařízením povinnost zavést programy kvality a bezpečí a pravidelně je aktualizovat. Dále uděluje povinnost určit osoby odpovědné za plnění tohoto programu. Činnosti vedoucí k zvyšování kvality musí být zahrnuty v provozních postupech zavedených do praxe a každoročně aktualizované. Osoby, které se podílí na poskytování péče, musí být aktivně zapojeny do programu kontinuálního zvyšování kvality.

1.3.1 Standard

Pro řízení kvality je důležité stanovit, co je považováno za kvalitní. K vymezení kvality slouží standard, který vystihuje určitou přesně popsanou kvantitativní či kvalitativní úroveň péče, jež je v dané době považována za dobrou kvalitu péče. Standardy jsou nedílnou součástí systému řízení kvality a nástrojem pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče a realizaci auditů. Jsou dohodnutou profesní normou kvality, vymezují minimální úroveň poskytované péče. Standard také můžeme chápat jako cíl, kterého má být dosaženo. Standardy mohou být stanoveny podle literárních údajů či názorů expertů a podle hodnot společnosti, pak hovoříme o standardech normativních. Nebo mohou být odvozeny od aktuálního měření péče, to jsou empirické standardy. Podle Jarošové můžeme standardy rozdělit na standardy:

- **centrální**, ty vydává ministerstvo zdravotnictví, jako zákonné normy nebo jako rámcové normy,
- **lokální** vypracované a přijaté v konkrétním zdravotnickém zařízení.

Standardy zdravotní péče můžeme také rozdělit podle zaměření na standardy struktury, procesu a výsledku.

Standardy zaměřené na strukturu jsou manažerské standardy stanovující metody a nástroje k řízení lidí, poskytování zdrojů, týkající se prostředí nebo vybavení přístrojů. Na národní úrovni jsou definovány legislativou. Tyto standardy stanovují požadavky na odbornou kvalifikaci jednotlivých profesí, udržování celoživotní úrovně celoživotním vzděláváním, definování kompetencí, stanovení počtu zaměstnanců, kteří se na poskytované péči podílejí. Z těchto legislativních norem pak zdravotnická zařízení vycházejí při zpracování strukturálních standardů na lokální úrovni.

Standardy zaměřené na proces stanovují závazné postupy pro řízení lidí, pro výkony a záznamy v praxi. Tyto standardy se zaměřují na popis ošetřovatelských činností a výkonů. Slouží k zajištění jednotné péče a bezpečného postupu pro pacienta i zdravotníka. Zdravotnická zařízení v rámci akreditace či certifikace mají vypracovaný vlastní systém tvorby a formy procesuálních standardů, který je v souladu s požadavky akreditačních standardů.

Standardy zaměřené na výsledek jsou monitorovací standardy, jsou to nástroje pro analýzu a hodnocení výsledků, například spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců, nebo výskyt nežádoucích událostí.

1.3.3 Indikátory kvality

Dalším důležitým krokem pro řízení kvality je stanovení indikátorů kvality. Tyto indikátory poskytují zpětnou vazbu o výsledcích poskytované péče a jsou jednou z možností, jak procesuálně hodnotit kvalitu poskytované péče. Podle Svobodové je indikátor kvality „*odborně určená, klinicky validní a opakovatelně měřitelná dimenze péče*“. (Svobodová, 2010 str. 30) Indikátor je statistický ukazatel vyjádřen kvantitativně, číslem nebo procentem. Pokud tato hodnota přesáhne dohodnuté normy, chápeme ji, jako výstražný signál. Indikátor můžeme také chápat, jako riziko nebo mimořádnou událost. Hodnocení těchto ukazatelů je procesem identifikování, vyhodnocení a řešení hrozících nebo již nastalých problémů. Ve zdravotnictví se k měření kvality využívá celá řada indikátorů, ať již globálních nebo vytvořených „na míru“ daného oddělení. Tyto indikátory jsou měřitelným kritériem, které v porovnání s určitou normou ukazují, jak dalece bylo této normy dosaženo. Jde o kvantitativní údaj vypovídající něco o kvalitě, nabízí srovnání v čase a mezi organizacemi. Indikátory musí splňovat určité atributy. Musí být smysluplné, aby nám pomohly zvyšovat kvalitu. Validní znamená, že musí měřit to, pro co jsou určené. Musí být srovnatelné, musí umožnit porovnat něco s něčím. K nejčastěji sledovaným indikátorům kvality patří: pooperační komplikace, medikační chyby, nozokomiální nákazy, délka hospitalizace, sledování výskytu dekubitů, spokojenost pacientů, spokojenost zaměstnanců, pády pacientů, neshody v laboratořích a řada dalších. Indikátorem kvality může být také počet hlášených mimořádných událostí.

Zdravotnická zařízení provádějí sběr a analýzu indikátorů kvality a je na jejich rozhodnutí jaké indikátory budou sledovat, toto rozhodnutí musí zdůvodnit. Podat vysvětlení proč zvolila vybrané indikátory a proč některé oblasti sledovány nejsou. Organizace vybírají indikátory nejrizikovější (např. podávání léčiv, medikační pochybení), nejdražší (dodržování limitů) a nově zavedené. Aby bylo sledování indikátorů prospěšné,

musí být získané informace využívány pro zlepšování kvality a také tyto informace musí být předávány pracovníkům, kterých se sledované indikátory týkají.

1.3.4 Kontrola a hodnocení kvality

Poslední etapou v řízení kvality péče je kontrola a hodnocení kvality. Jde o důležitou činnost, která podává informace o plnění plánu a je nástrojem pro další zlepšování. Hodnocení úrovně poskytované péče je úzce spjato s managementem kvality, ukončuje proces řízení kvality a je jeho zpětnou vazbou. Kontrola kvality zahrnuje na sebe navazující kroky. Zaprvé jde o monitorování poskytované péče a zjištění výsledku. Dalším krokem je porovnání skutečného stavu s požadovanou normou, zjištění odchylek a jejich příčin. Konečným krokem je vyvození závěrů s cílem odstranit chyby a zjednat nápravu.

K monitorování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče se využívají různé přístupy, jedním z často užívaných je **audit**. Auditem se rozumí systematické, nezávislé přezkoumání. Je provedený nezávislými experty, jejichž cílem je zjistit, zda jsou výsledky činností v souladu se stanovenými standardy. Škrlovi ve své publikaci definují audit jako: „*systematický, nezávislý, dokumentovaný proces pro získání důkazů o provádění správných činností správným způsobem*“. (Škrlovi, 2003 str. 108)

Nejčastější metody ošetrovatelského auditu jsou:

- pozorování sestry při práci,
- sběr statistických údajů (dotazníků, hlášení mimořádných událostí, sledování indikátorů kvality),
- kontrola dodržování standardů, směrnic a nařízení
- dotazování pacientů a zjišťování jak hodnotí péči rodina.

Audit může být interní nebo externí. Interní audit je vykonáván vnitřními auditory a slouží k udržení kvality nebo k získání certifikace. Externí audit je prováděn odbornou certifikační komisí, externími osobami. Audity mohou být plánované nebo neplánované. Mohou být obecné, týkající se celého zdravotnického zařízení nebo specifické zaměřené na

jednu oblast péče, například kontrola správného vedení zdravotnické dokumentace. Kontrolu musí vždy doplňovat hodnocení a zaměstnanci musí být s tímto hodnocením seznámeni. Cílem kontroly a hodnocení kvality poskytované péče není jen vyhledávání chyb s následnými disciplinárními opatřeními, ale jde zejména o nalezení slabých míst a zajištění co nejrychlejší nápravy. Cílem auditu musí být vždy snaha o objektivní zlepšení kvality.

Dalším možným hodnocením kvality je **hodnocení na základě spokojenosti pacientů**. V letech 2001 a 2002 vznikl ve spolupráci se Sdružením fakultních nemocnic projekt „*Kvalita očima pacienta*“. Základní myšlenkou tohoto projektu je poznatek, že o kvalitě služby v konečném důsledku rozhoduje její spotřebitel. „*Tlak uživatele je nejefektivnějším nástrojem zvyšování kvality. Chceme-li mít kvalitní zdravotnictví, musíme vzdělávat pacienty, zvyšovat jejich sebevědomí a dát jim do rukou možnost pro uplatnění svobodné volby. O ostatní se postarají tím, že nekvalitní zdravotnické služby přestanou využívat,*“ říká RNDr. Tomáš Raiter řešitel projektu. (Raiter, 2012 str. 1) Postupně se do projektu zapojilo Ministerstvo zdravotnictví a Všeobecná zdravotní pojišťovna. V roce 2008 byla vydána metodika projektu jako závazný standard pro organizace řízené Ministerstvem zdravotnictví a doporučený standard pro ostatní zařízení. Všechna zařízení, která splní metodické minimum, jsou ohodnocena podle šestistupňové škály kvality (A+, A, A-, B+, B, B-). Pokud splní požadovaný standard, jsou pak oceněna certifikátem Spokojený pacient. Certifikát uděluje Ministerstvo zdravotnictví na dobu jednoho roku. Hlavními indikátory kvality v lůžkové péči, které pacienti hodnotí, jsou přijetí pacienta do zařízení, respekt, ohled a úcta k pacientovi, koordinace a integrace péče, informace a komunikace s pacientem, tělesné pohodlí, citová opora a zmírnění strachu pacienta, zapojení rodiny pacienta a propuštění pacienta ze zařízení.

Průzkum spokojenosti pacientů za rok 2011 byl uskutečněn mezi dvaceti čtyřmi tisíci pacienty a výsledky potvrdily, že spokojenost pacientů s poskytovanou péčí je na vysoké úrovni. Pacienti pozitivně hodnotili například zapojení rodiny do léčebného procesu, způsob propuštění a následnou péči. Celkově spokojenost dosáhla 81%, což je ve světě považováno za standard kvalitní péče. Ministerstvo zdravotnictví udělilo za rok 2011 čtyřicet jedna certifikátů Spokojený pacient.

Hodnocení kvality ve zdravotnictví je složité, nelze při něm spoléhat na jedno kritérium, proto je hodnocení kvality prostřednictvím zkušenosti pacientů považováno za jeden z více typů nezbytných hodnocení. Pro zdravotníky je však cennou zpětnou vazbou o poskytované péči, zároveň umožňuje porovnání s ostatními tuzemskými či zahraničními nemocnicemi.

1.3.5 Management rizik

Dalším aspektem řízení kvality je koncepce rizik neboli management rizik. Jde o komplexní program aktivit, který umožňuje identifikovat, vyhodnotit a napravit rizika, která mohou vést k poškození pacientů či zaměstnanců. Management rizik se zabývá zanedbáním povinné péče, nedbalostí a otázkou profesionální zodpovědnosti. Pro tento program bezpečí je nutný aktivní přístup zdravotnických zařízení, který spočívá v nepřetržitém sledování výskytu nežádoucích událostí s cílem trvale jejich výskyt snižovat. Mají-li být opatření účinná, nesmí se jednat pouze o „povinnost“ danou zákonem, ale o aktivní snahu zlepšovat výsledky své práce. Pro bezpečí pacienta nestačí mít výborně zpracovaný standard pro podávání léků pacientům nebo pro prevenci pádů, ale stejně důležité je, aby se s ním ztotožnil zdravotnický personál a dodržoval ho. Proto je nutné současně zavést účinný vnitřní kontrolní systém dodržování pravidel. V současné době, kdy došlo ke změně postavení pacienta ve zdravotnictví, a zvyšují se nároky na poskytovanou péči, se častěji setkáváme se stížnostmi pacientů na nedbalou péči. Přestože se zdravotnická zařízení snaží tyto problémy řešit, nejsou žaloby nic neobvyklého. Ke snížení rizik přispívá zdravotnický personál dodržováním směrnic a standardů ošetrovatelské péče. Sestry manažerky kontrolují aktivity personálu, aby předešly problémům, k tomu využívají management rizik a ošetrovatelský management.

Jedním z nástrojů managementu rizik je hlášení nežádoucích událostí. Rada EU zabývající bezpečností pacientů definovala nežádoucí událost, jako: *„událost, která způsobí pacientovi újmu. Újmou se rozumí poškození struktury nebo funkce lidského těla anebo jakýkoli nepříznivý účinek v důsledku tohoto poškození“*.

Příklady některých nežádoucích událostí:

- záměna pacienta, výkonu, strany, či orgánu, na kterém má být výkon proveden,
- chybné podání léku,
- pády pacientů,
- napadení pacienta či personálu,
- záměna diety (podání jiného jídla),
- únik informací ze zdravotnické dokumentace.

Ministerstvo zdravotnictví ČR také vyvíjí v tomto směru iniciativu a v návaznosti na doporučení Rady EU o bezpečnosti pacientů, vyhlásilo bezpečnostní cíle. Resortní bezpečnostní cíle pro rok 2011–2012 jsou: bezpečná identifikace pacienta, bezpečnost při používání rizikových léčiv, prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgickém výkonu, prevence pádů pacientů, zavedení optimálního postupu hygieny rukou, bezpečná komunikace a bezpečné předávání pacientů. 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.

2 Systémy řízení kvality

Management kvality zdravotní péče je nesmírně komplikovaný proces. Zdravotnická zařízení jsou jedny z nejsložitějších organizací, které hledají způsob, jak zajistit kvalitu poskytované péče s omezenými prostředky, v tom jim napomáhají zavedené systémy řízení kvality. Implementace těchto systémů má zaručit, že zdravotní služba naplní požadavky komplexního pojetí kvality.

Systém řízení kvality můžeme definovat jako „*souhrn struktury organizace, jednotlivých procedur, odpovědností, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality zdravotních služeb*“. (Gladkij, 2003 str. 289) Manažeři nemocnic si pro řízení kvality mohou zvolit některý ze systémových modelů:

- Model mezinárodních principů tvorby národních akreditačních standardů (JCAHO, JCI, SAK ČR),
- Modely systémů managementu jakosti Mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO),
- Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA),
- Modely excelence světových cen za jakost (Cena M. Baldrige – USA, Evropská cena za jakost EFQM),

Často diskutovanou otázkou je, který z modelů je pro řízení kvality nejvhodnější. Všechny systémy by měly směřovat k celostnímu pojetí řízení kvality, orientovat se na potřeby klienta/pacienta, být v souladu s moderními trendy řízení organizací. Jedním z používaných modelů v ČR je model akreditačních standardů. Akreditační standardy JCI nebo SAK se zaměřují na kvalitu samotné zdravotní péče a řídicí procesy posuzují podle dopadu na zdravotní péči. Jsou zárukou schopnosti kvalitně léčit a pečovat, ale nevyprávějí nic o efektivnosti řízení a vynaložených nákladech. Zatímco ISO si nejdříve nastaví správné funkce nemocnice, kterými jsou mapování procesů, hospodárnost organizace, efektivní využití zdrojů, postupné zlepšování a orientace na pacienta a pak v konečném výsledku dosáhne vysoké úrovně péče. Odpůrci ISO norem zdůrazňují, že tento systém nebyl vytvořen pro zdravotní péči. Nesmíme však opomenout, že po roce

2004 byly tyto normy modifikovány právě pro oblast zdravotnictví. Logické by bylo využít pro řízení kvality jak systém akreditace, tak i systém certifikace, to však z finančních důvodů není možné. Proto se v současné době ISO jeví jako správnější, hospodárnější systém, který pomáhá řídit nemocnice a je celosvětovou známkou kvality.

2.1 Modely akreditačních standardů

Akreditace JCI (Joint Commission International) je jedním z možných modelů řízení kvality používaných v ČR. Mezinárodní spojená akreditační komise - JCIA vznikla jako dceřiná společnost JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations) v roce 1998. Akreditační standardy aplikované v podmínkách ČR, byly vytvořeny JCAHO za mezinárodní spolupráce. Standardy se týkají dvou oblastí, péče o pacienta a bezpečného řízení zdravotnického zařízení. Výhodou těchto standardů je, že respektují kulturní, náboženské a legislativní podmínky dané země. Nemocnice po zavedení systému a splnění akreditačních standardů může usilovat o akreditaci. Akreditace je důležitou objektivní metodou hodnocení a zlepšování kvality. Jde o dobrovolný proces externího posouzení jednotlivých zdravotnických zařízení, zda je jejich činnost v souladu se standardy definujícími úroveň péče. Akreditační šetření provádí mezinárodní komise, která také uděluje zdravotnickému zařízení osvědčení na tři roky. V ČR získala tuto mezinárodní akreditaci v roce 2004 jako první zdravotnické zařízení ve střední Evropě Ústřední vojenská nemocnice Praha.

V současné době získala tuto akreditaci Nemocnice na Homolce Praha, Ústav hematologie a krevní transfúze Praha, Masarykův onkologický ústav Brno a Fakultní nemocnice Ostrava.

Akreditace podle standardů Spojené akreditační komise ČR (SAK) nabízí další akreditační model řízení kvality. Spojená akreditační komise vznikla jako obecně prospěšná organizace v roce 1998. Hlavním cílem této národní akreditační komise je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR. Její náplní je vydávání akreditačních standardů a pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se na akreditaci, dále poradenství při vytváření vnitřních norem nebo akreditace nanečisto. SAK Organizuje

vzdělávací akce zaměřené na kvalitu zdravotní péče. Další z činností je mezinárodní spolupráce v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče. Zdravotnické zařízení, které se chce přihlásit k akreditaci musí nejdříve splnit akreditační standardy. Poté na základě šetření akreditační komise a splnění všech požadavků, obdrží certifikát na tři roky. Získáním akreditace však práce na kvalitě nekončí, ale začíná nová etapa, kdy je nutné pokračovat v dosavadních postupech a současně hledat možnosti dalšího zvyšování kvality.

V ČR získalo akreditaci celkem padesát dva zdravotnických zařízení, za rok 2012 sedm.

2.2 Modely managementu jakosti Mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO)

ISO je v současné době často využívaným systémem řízení kvality v ČR. ISO 9000 je soubor norem, který byl vytvořen Mezinárodní organizací pro standardizaci (International Organization for Standardization – ISO). Tento systém byl sestaven pro podniky všech typů a velikostí, kterým napomáhá při uplatňování systémů managementu kvality. Od počátku byl koncipován jako univerzální systém vhodný pro široké použití. Normy jsou založeny na obecných zásadách jako je orientace na zákazníka, moderní management, orientace na zaměstnance na všech pracovních úrovních, systémový přístup, zabezpečení neustálého zlepšování, analýza informací a úsilí o partnerství. Pro zdravotnictví byla vypracována modifikace ISO 9001:2000. Tyto normy mají pomáhat zdravotnickým zařízením v rozvoji systému managementu kvality, zajistit neustálé zlepšování. Jsou zaměřeny se na prevenci chyb, snižování odchylek a plýtvání v organizaci, vedou organizaci k excelenci v oblasti kvality. Obdobně jako u akreditace se zdravotnická zařízení mohou certifikovat. Certifikace spočívá v ověření daného systému řízení kvality, že vybraný systém odpovídá požadavkům normy. Certifikační komise po úspěšném ukončení auditu vystaví certifikát, který je platný tři roky. Každého půl roku je prováděn dozorový audit, který sleduje plnění podmínek stanovených certifikací.

V současné době využívá ISO normy pro řízení kvality nespočet zdravotnických zařízení. Pro zajímavost zmiňme nemocnice, které jsou držitelem certifikátu ISO 9001:2008 a jsou certifikovány jako celek – Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, Fakultní nemocnice Brno a IKEM Praha.

2.3 Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů (ISQua, ALPHA)

Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) umožňuje další rozvoj kvality ve zdravotnictví. ISQua poskytuje služby v oblasti vedení zdravotníků, poskytovatelů péče, výzkumníků a veřejných organizací k dosažení vysoké úrovně zdravotní péče. Zaměřuje se na zvyšování kvality prostřednictvím vzdělávání, výzkumu a spolupráce, je častým pořadatelem mezinárodních konferencí. Cílem organizace je

kvalitní zdravotní péče pro každého, vnímavost, inovace, společná činnost a integrita. Dceřinou organizací ISQua je organizace ALPHA. Tato společnost pomáhá jednotlivým zemím zlepšovat jejich vlastní akreditační standardy. Alpha stanovuje jasná pravidla pro tvorbu standardů a snaží se do nich aplikovat principy uznávaných systémů jako je ISO.

2.4 Modely excellence světových cen za jakost

Cena Malcolma Baldrige za kvalitu vznikla v roce 1988 a uděluje se organizacím v USA a je uznáním excellence v kvalitě. Účelem této národní ceny je podporovat význam kvality, zveřejnit organizace, které dosáhly zlepšení a předávat informace o způsobu řízení.

European Foundation for Quality Management (EFQM) je nadací pro řízení kvality v Evropě. Jejím posláním je stimulovat evropské organizace ke zlepšení, podporovat manažery organizací v prosazování postupů, které vnímají kvalitu jako hlavní faktor konkurenceschopnosti. Nadace poskytuje organizacím strategii a kritéria pro jejich řízení.

Cílem všech zdravotnických organizací je dosáhnout excellence v oblasti kvality zdravotní péče, tato cena je v ČR zatím nedosažitelná.

3 Kvalita ošetrovateľskej péče a její řízení

Ošetrovateľství je jedna z nejdůležitějších složek našeho zdravotnictví, která má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Kvalita ošetrovateľská péče společně s úrovní diagnostické a terapeutické péče tvoří pilíř kvalitní zdravotní péče.

Současné ošetrovateľství si vytvořilo vlastní pole působnosti, v němž ošetrovateľský personál pracuje výrazně samostatněji a mezi charakteristické rysy ošetrovateľství patří individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho nemoci. Tato činnost vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu. Moderním trendem ošetrovateľství je mimo jiné poskytování ošetrovateľské péče víceúrovňovým způsobem, jehož předpokladem je ošetrovateľský tým složený z ošetrovateľského personálu s různou úrovní kvalifikace. Kompetence těchto pracovníků jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace. Cílem současného ošetrovateľství je poskytovat kvalitní a bezpečnou ošetrovateľskou péči. Jednou z průkopnic kvality v ošetrovateľské péči byla Marta Staňková, která v roce 1998 definovala kvalitu ošetrovateľské péče, z této definice kvality vycházíme i v současné době. Staňková (1998, str. 27) definovala kvalitu ošetrovateľské péče následujícími znaky:

- Existence jasné koncepce ošetrovateľství.
- Péče je poskytována prostřednictvím ošetrovateľského procesu.
- Péče je odvozena od potřeb pacienta.
- Práce ošetrovateľského personálu je týmová.
- Ošetrovateľský personál je dobře motivovaný a odborně připravený.
- Ošetrovateľský tým si stanovil reálné cíle.
- Ošetrovateľský personál dodržuje profesionální etický kodex.
- Praxe (poskytovaná péče) je vědecky podložená.
- Do ošetrovateľské péče jsou aktivně zapojeni pacienti/klienti.
- Existuje účinná mezioborová spolupráce.

Jak jsme již zmínili hlavním cílem současného ošetrovatelství je zlepšení úrovně poskytované péče. Jednou z možností jak dosáhnout zlepšení kvality, je **standardizace** ošetrovatelské péče. Standardizaci můžeme chápat jako „provádění odpovídajících činností, odpovídajícím způsobem“. Standardizace ošetrovatelské péče je snaha o šíření nejlepší praxe, zavedení kvality do ošetrovatelské péče a snížení rozdílů v kvalitě poskytované péče. Standardizace se netýká pouze ošetrovatelských postupů, ale jde o komplexní proces, který určuje podmínky pro zajištění kvality.

Tyto podmínky jsou rozpracovány ve **standardech struktury**. Obvykle jde o směrnice, vydávané Ministerstvem zdravotnictví a jsou definovány platnou legislativou. Hlavní požadavek na zajištění kvality se zaměřuje na odbornou a specializační kvalifikaci ošetrovatelské profese, udržení odborné úrovně celoživotním vzděláváním, definováním kompetencí a stanovení minimálního počtu pracovníků, podílejících se na poskytování ošetrovatelské péče.

Požadavky na kvalitu vycházejí z následujících legislativních norem:

Podmínky kvalifikace zdravotnických pracovníků a vydání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu stanovuje **zákon č. 96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povoláních a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Způsob kvalifikačního vzdělání stanovuje **vyhláška č. 39/2005 Sb.**, kterou se stanovují minimální požadavky na studijní program k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Podmínky celoživotního vzdělávání určuje **vyhláška č. 4/2010 Sb.** stanovující kreditní systém, pro vydání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. V současné době se připravuje novela této vyhlášky. Kompetence vymezuje **vyhláška č. 55/2011 Sb.**, nahrazuje zákon č. 96/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Počty zdravotnických pracovníků stanovuje vyhláška č. **439/2008 Sb.** Jde o metodu stanovení počtu ošetrovatelského personálu a jeho kvalifikačního zastoupení na odděleních lůžkové péče.

Závaznou normou k zajištění kvality ošetrovatelské péče je také **koncepce ošetrovatelské péče** (věstník č. 9/2004) Koncepce ošetrovatelství, byla přijatá MZ ČR v roce 1998, otevřela cestu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení. Tento dokument určuje další vývoj a směr ošetrovatelství v 21. století. Další normou je

Etický kodex nelékařského zdravotnického pracovníka vydaný Ministerstvem zdravotnictví v roce 2004. Tento kodex je závazný na národní úrovni a všichni zdravotníci mají povinnost jej dodržovat.

Další možností jak zkvalitnit ošetrovatelskou péči je sjednocení ošetrovatelských postupů, na to se zaměřují **standarty procesu**. Tyto standarty popisují ošetrovatelské činnosti a výkony, mají strukturovaný obsah a většina zdravotnických zařízení si vytvoří vlastní standarty ošetrovatelských postupů.(viz příloha C) Definování ošetrovatelských činností je zárukou kvalitní a bezpečné péče pro pacienta a zároveň chrání sestry, jelikož slouží jako důkaz, že postupovaly podle platných norem.

Standarty výsledku monitorují výsledky ošetrovatelské péče, přesně stanovují nástroje měření a hodnocení výsledku. Sledují např. výskyt dekubitů, pády pacientů, spokojenost pacientů.

3.1 Management kvality ošetrovatelské péče

Kvalita ošetrovatelské péče je úzce spjata s managementem. V současné době jsou na ošetrovatelskou péči kladeny stále větší požadavky a její řízení vyžaduje odlišný přístup, než tomu bylo v minulosti. V nemocnicích řídí ošetrovatelskou péči na různých úrovních sestry, ty pak významně ovlivňují kvalitu ošetrovatelské péče. Hlavním posláním těchto manažerů není pouze řízení práce, ale také kontrola, hodnocení a zajištění kvality ošetrovatelské péče. Plevová ve své publikaci uvádí určité role, které by měl zastávat každý manažer, jsou to:

- Pozitivní vztah ke kvalitě, aby ji mohl zvyšovat.
- Kvalitu musí chápat jako nepřetržitou činnost.
- Vychovávat zaměstnance k tomu, aby vnímání kvality bylo součástí jejich profesionální cti.

Úkolem sestry manažerky je zapojení každého pracovníka do procesu zlepšování kvality. Podporuje zaměstnance v soustavném vzdělávání zaměřeném na kvalitu. Vytváří vhodné pracovní prostředí, ve kterém všichni zaměstnanci vědí, co se po nich z hlediska kvality požaduje. Sestra manažerka plánuje činnosti v oblasti kvality pro nemocnici nebo

v rámci svého oddělení, podporuje angažovanost sester zapojením do projektů zlepšování kvality, zapojuje je do tvorby doporučených postupů a standardů. Podporuje spolupráci mezi jednotlivými pracovišti. Sleduje činnost sester v oblasti zlepšování kvality a motivuje je k lepšímu výkonu. Je na vedoucí sestře, aby zvolila vhodný způsob motivace. Jedním ze způsobů motivace může být odměna. Je však známo, že finanční odměny nemají dlouhé motivační účinky a mnohem důležitější je poděkování za dobrou práci a veřejné uznání. Důležitou motivací je poskytnutí zpětné vazby o dosaženém výsledku práce jednotlivé sestry. Toto hodnocení podporuje iniciativu sester a motivuje je k lepšímu kvalitnějšímu výkonu.

Vedení a řízení lidí je jednou z důležitých složek managementu, která významně ovlivňuje kvalitu celé organizace. Pro sestry ve vedoucích funkcích není vůbec lehký úkol zvládat tyto činnosti, to potvrzují i výzkumy z roku 2009, které provedl Ing. Jaroslav Průša MBA (Medical Tribune, 2011/9). Výzkum prokázal, že současná připravenost manažerů ve zdravotnictví na řízení a vedení lidí je poměrně nízká, 46 % manažerů ve zdravotnictví nemá žádnou nebo pouze minimální způsobilost k manažerským činnostem. Sestry manažerky se potýkají s problémy, jako je nedostatek personálu, omezené zdroje, nízká produktivita a motivace a hlavně nedostatečný systém postgraduálního vzdělávání v oblasti managementu.

Zajištění kvality nespočívá pouze na vedení organizace, ale hlavní nositelkou kvality musí být každá sestra, která je v každodenním kontaktu s pacientem a naplňuje jeho očekávání. V širším slova smyslu je tato sestra manažerkou ošetrovatelské péče a musí si uvědomit, že pacient je nejdůležitějším objektem péče a že všechny její manažerské schopnosti musí být zaměřeny na poskytování kvalitní péče. Musí brát pacienta jako individuální osobnost, která má právo spolurozhodovat o péči a zachovávat jeho právo na důstojnost, soukromí a intimitu.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Cíl průzkumu a dílčí cíle

Hlavním cílem práce bylo zjistit podíl všeobecných sester na kontinuálním zvyšování kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení IKEM.

4.1 Dílčí cíle

Cíl 1 – Zjistit podíl sester na tvorbě standardů a jejich aplikaci do praxe.

Cíl 2 – Zjistit, jestli sestry mají zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče.

Cíl 3 – Zjistit, zda se sestry zajímají o problematiku kontinuálního zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

5 Metodika průzkumu

K získání informací potřebných k dosažení cílů jsme použili dotazníkové šetření (viz. příloha D). Jde o kvantitativní metodu. V dotazníku byli respondenti seznámeni s tím, že dotazník je anonymní, že výsledků nebude zneužito a budou sloužit výhradně pro vypracování bakalářské práce. Dotazník obsahuje 20 položek. K dílčímu cíli 1 se vztahují položky č. 1 – 8. Tyto položky zjišťují podíl sester na tvorbě a aplikaci standardů do praxe. Položky č. 9 – 12 se vážou k dílčímu cíli 2 a mapují, zda sestry mají zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče. K dílčímu cíli 3 se vztahují položky 13 – 16 a jejich úkolem je zmapovat zájem sester o problematiku kontinuálního zvyšování kvality ošetrovatelské péče. V závěru dotazníku byly zjišťovány identifikační údaje respondentů. Jedná se o položky 17 – 20, kde byl zjišťován věk respondentů, délka praxe, dosažené vzdělání a pracoviště. Dotazník obsahoval 10 uzavřených položek (položka 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15) a 2 polootevřené položky (položka 5, 13). 3 výčtové (položka 1, 10, 14), zde respondenti mohli vybrat i více odpovědí, proto získaný počet odpovědí (100%) je vyšší

než počet respondentů, 1 škálovou položku (položka 11) a jednu otevřenou položku (č. 16), kde respondenti mohli vyjádřit svůj názor na kontinuální zvyšování péče.

Odpovědi jsme zpracovali v počítačovém programu Word 2007 operačního systému Vista Premium. Pro výpočet relativní četnosti jsme použili následující rovnici: $f_i = n_i/N$ (f_i = relativní četnost, vyjádřena v %, n_i = absolutní četnost, N = celková četnost). Výsledky jsou uvedeny v tabulkách a grafech.

5.1 Průběh a organizace šetření

Vlastní šetření probíhalo září – říjen 2012. Před vlastním šetřením jsme, požádali náměstkyni pro ošetrovatelskou péči o souhlas s průzkumným šetřením v nemocnici IKEM. Náměstkyně ošetrovatelské péče průzkumné šetření povolila. (viz příloha E).

Vzorek respondentů tvoří všeobecné sestry nemocnice IKEM z oddělení intenzivní péče, standardní lůžkové péče a ambulantní péče. Celkem jsme rozdali 100 dotazníků a návratnost byla 91 (91 %) dotazníků. Vyřadili jsme 7 dotazníků pro neúplné vyplnění, proto jsme výsledky zpracovali na základě 84 dotazníků.

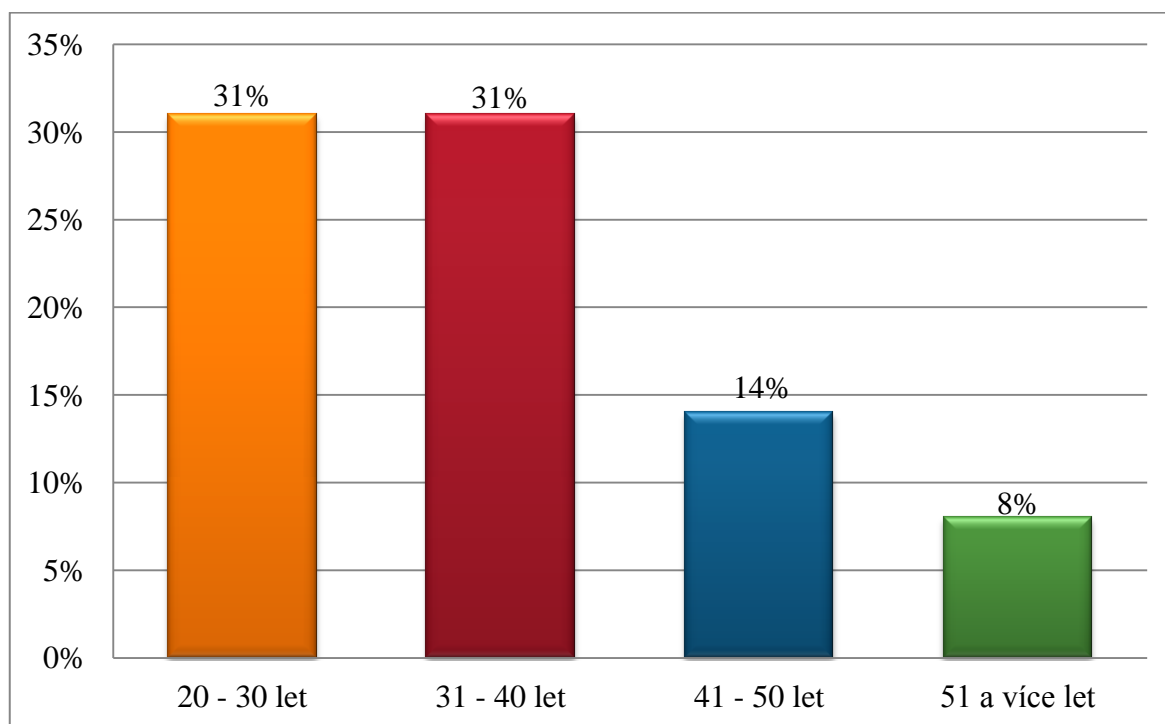
Dotazníky jsme distribuovali osobně vedoucím sestrám oddělení nebo vedoucím směn, které zajistily rozdání a sběr dotazníků. Vysoké procento návratnosti dotazníků si vysvětluji tím, že jsem dlouholetým zaměstnancem nemocnice a oslovila jsem pracovníky, které osobně znám a také tím, že v IKEMu studuje velký počet sester, které jsou solidární s ostatními studujícími.

5.2 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumný soubor tvořily všeobecné sestry nemocnice IKEM. Jednalo se o 84 respondentů. Snažili jsme se mít zastoupeny sestry pracující na odděleních intenzivní péče, standardní lůžkové péče i ambulantní péče. Výběr respondentů jsme ponechali na vedoucích sestrách.

Položka 2 Rozdělení respondentů podle věku

Graf č. 1 Věk respondentů



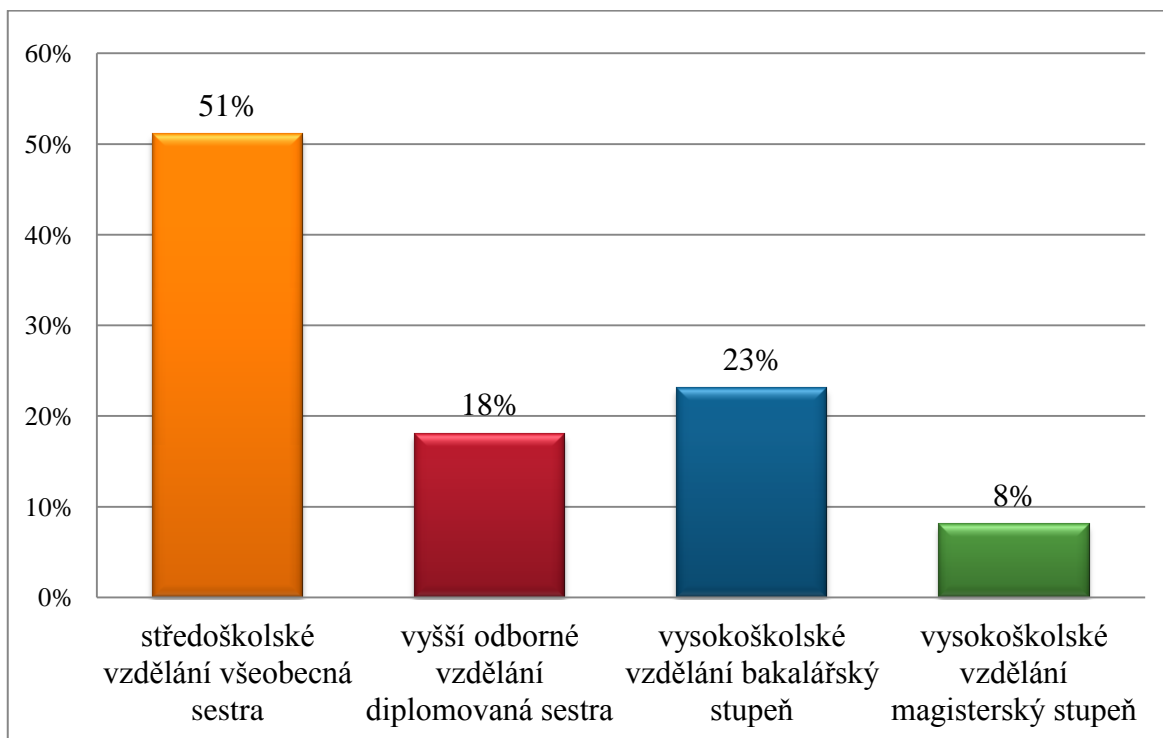
Z celkového počtu 84 (100 %) respondentů bylo 31 (37 %) ve věku 20 – 30 let, 31 (37 %) ve věku 31 – 40 let, 14 (17 %) ve věku 41 – 50 let a 8 (9 %) respondentů ve věku 51 a více let.

Položka 2 Průměrná délka praxe respondentů

Průměrná délka praxe respondentů byla 15 let.

Položka 3 Rozdělení respondentů podle dosaženého vzdělání

Graf 2 Dosažené vzdělání

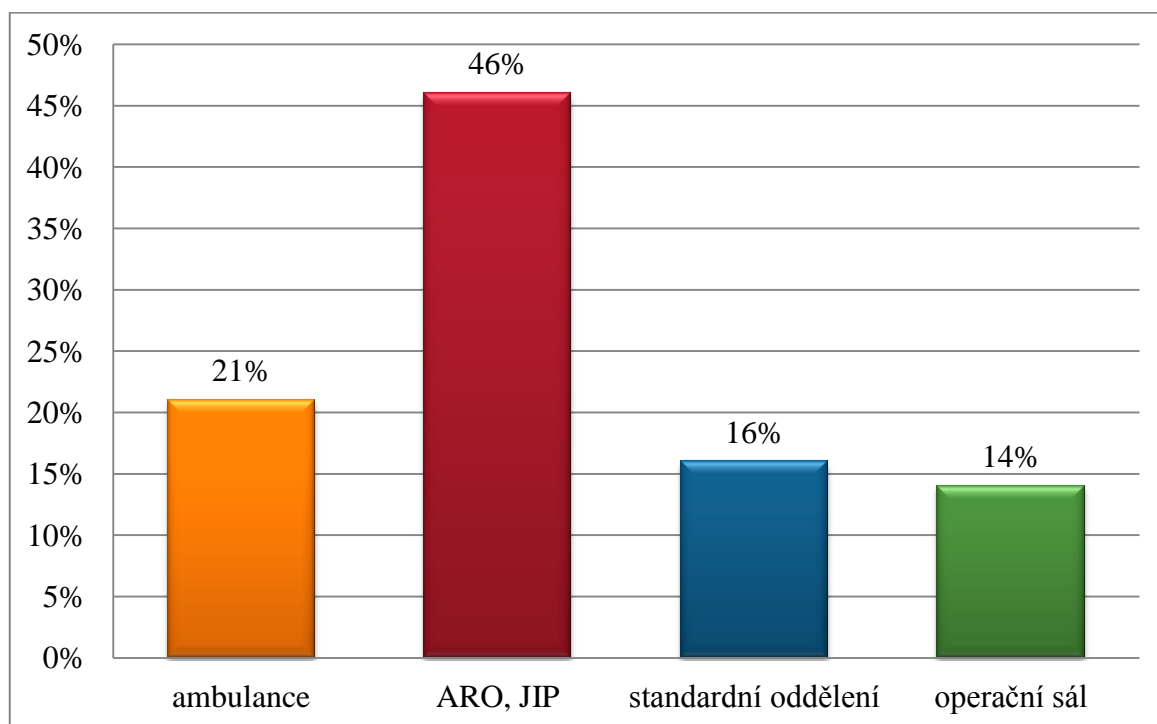


Nejvíce respondentů 43 (51 %) mělo středoškolské vzdělání – všeobecná sestra, vysokoškolské vzdělání – bakalářský stupeň a magisterský stupeň mělo 26 (31 %) respondentů, 15 (18 %) získalo vyšší odborné vzdělání – diplomovaná sestra.

Z 84 (100 %) respondentů získalo specializační vzdělání 23 (27 %) respondentů. Nejčastěji uváděná specializace byla intenzivní péče a perioperační péče.

Položka 4 Rozdělení respondentů podle pracoviště

Graf 3 Pracoviště respondentů

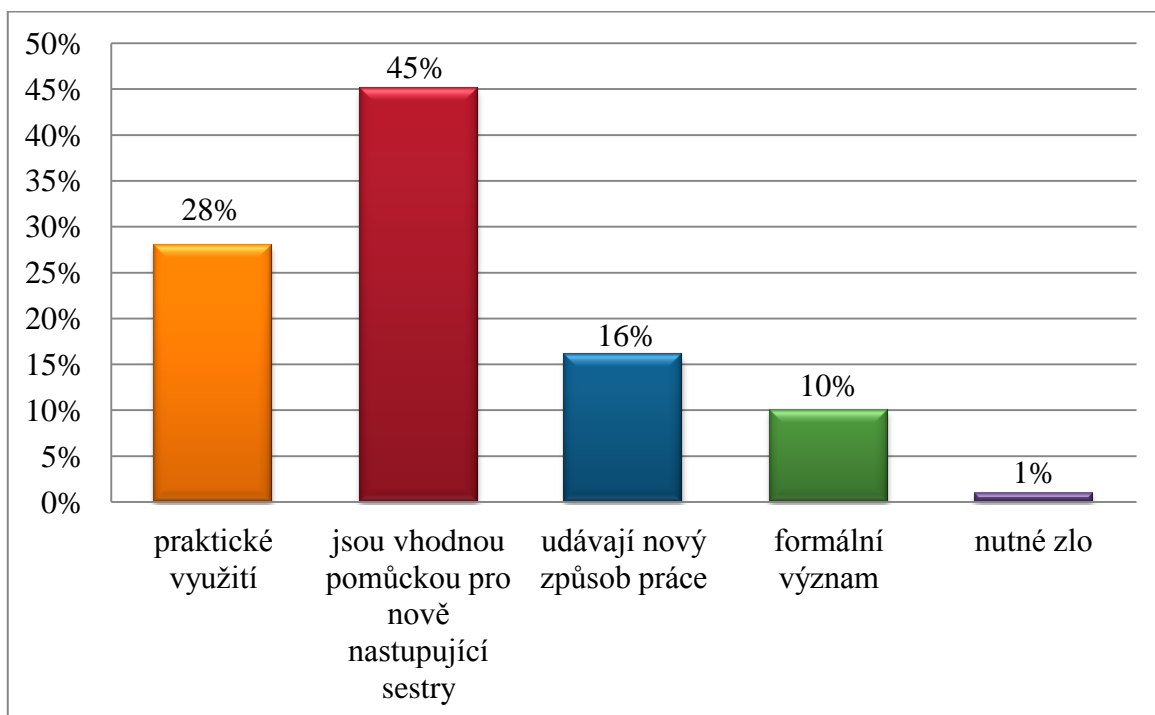


Největší skupinu respondentů 39 (47 %) tvořili pracovníci anesteziologicko-resuscitačních oddělení a jednotek intenzivní péče, 18 (22 %) respondentů byli pracovníci ambulancí, 14 (17 %) respondentů zastupovalo standardní lůžková oddělení a 11 (14 %) respondentů byli pracovníci operačních sálů.

5.3 Interpretace výsledků

Položka 5 Myslíte si, že standardy na Vašem oddělení mají:

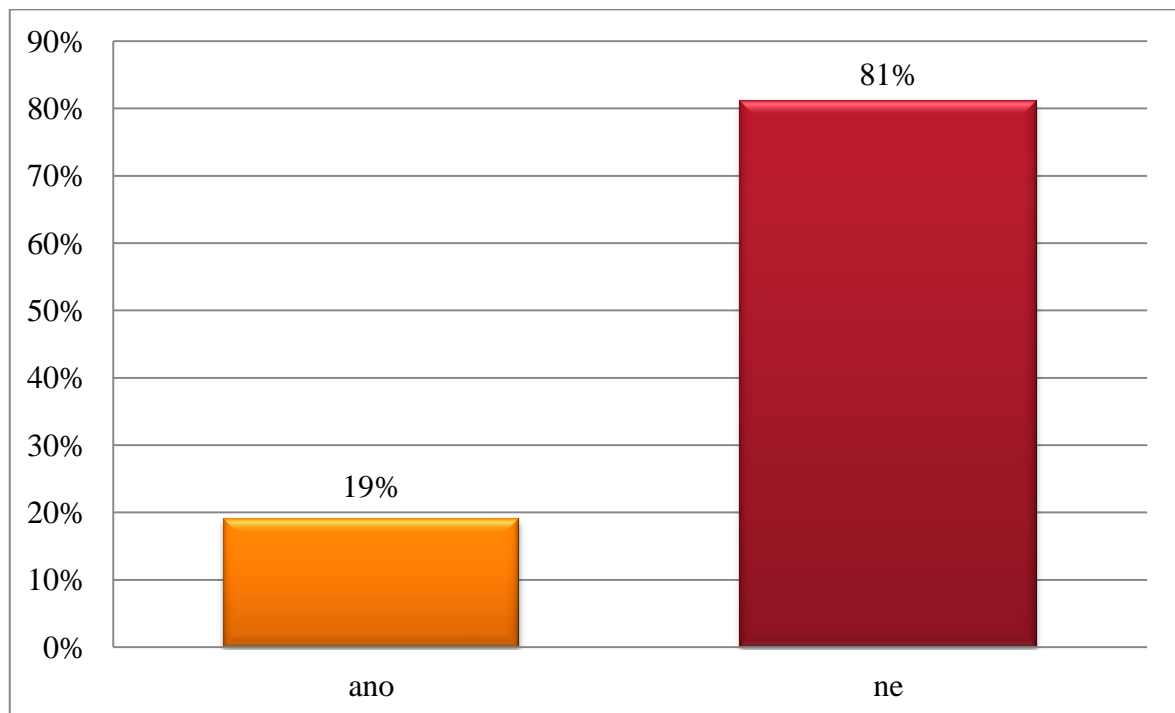
Graf 4 Význam standardů



V této výčtové položce mohli respondenti vybrat více odpovědí. Celkový počet získaných odpovědí 143 (100 %) je vyšší než počet respondentů 84. Standardy považuje za vhodnou pomůckou pro nastupující sestry 64 (45 %) respondentů a 40 (28 %) dotazovaných uvedlo, že standardy mají praktické využití. Standardy udávají nový způsob práce, připouští 23 (16 %) respondentů. Pro 15 (10 %) dotazovaných mají standardy formální význam a pouze pro 1 (1 %) respondenta jsou standardy nutným zlem.

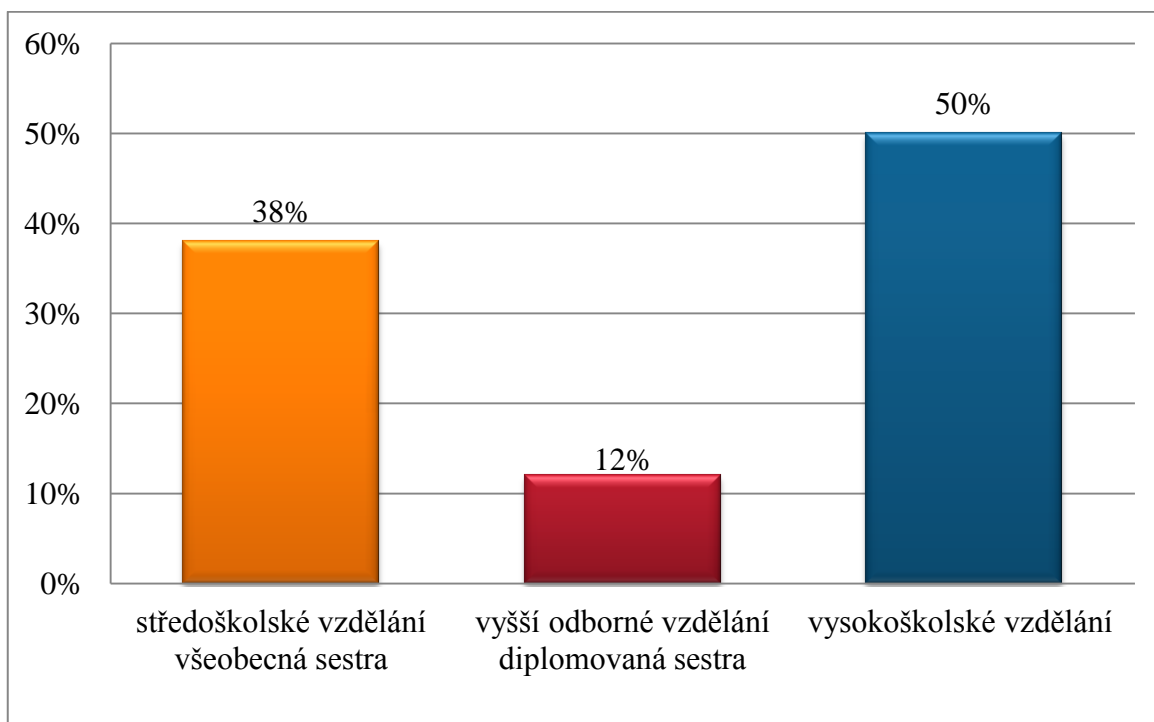
Položka 6 Podílíte se na tvorbě standardů na Vašem oddělení?

Graf 5 Podíl sester na tvorbě standardů



Tato položka mapovala, zda se sestry podílí na tvorbě standardů. Respondenti mohli odpovědět ANO-NE. Na tuto položku odpovědělo 84 respondentů. Na tvorbě standardů se nepodílí 68 (81%) respondentů. Na tvorbě standardům se podílí pouze 16 (19%) dotázaných.

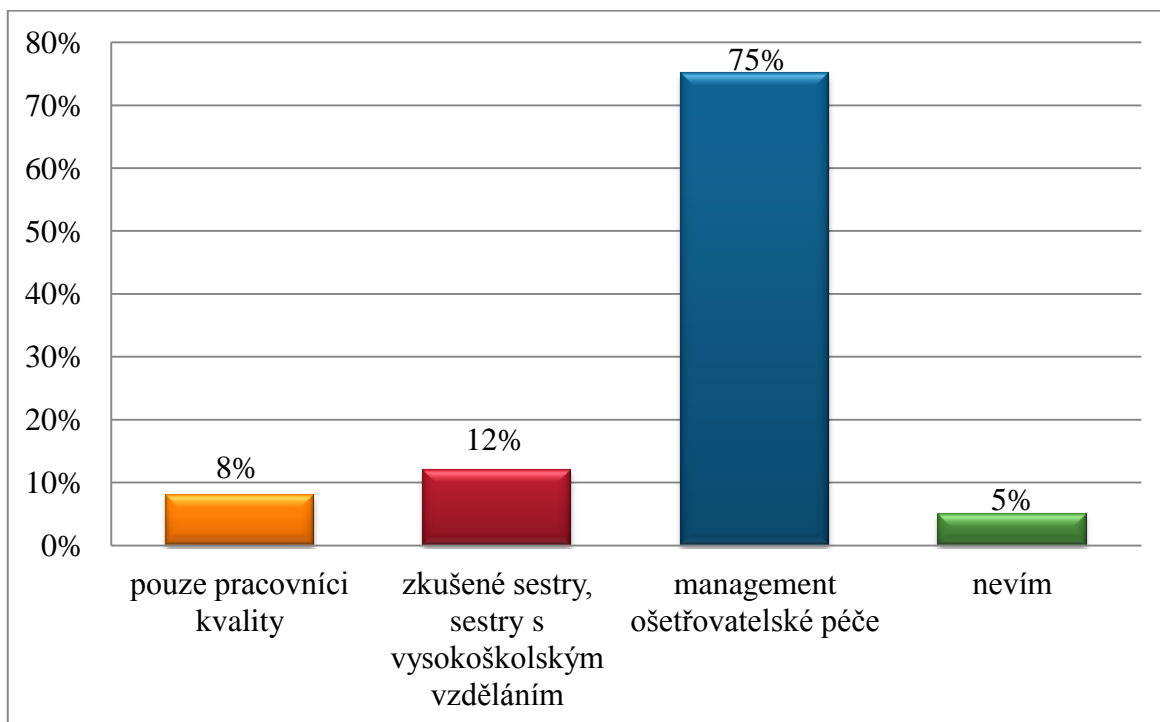
Graf 6 Vzdělání respondentů, kteří se podílí na tvorbě standardů



Tento graf se vztahuje k předešlé položce „Podílíte se na tvorbě standardů?“, kdy nás dále zajímalo, jaké je vzdělání respondentů, kteří se podílí na tvorbě standardů. Nejvíce 8 (50 %) respondentů mělo vysokoškolské vzdělání, 6 (38 %) respondentů získalo středoškolské vzdělání a 2 (12 %) respondentů mělo vyšší odborné vzdělání.

Položka 7 Kdo se podílí na tvorbě standardů?

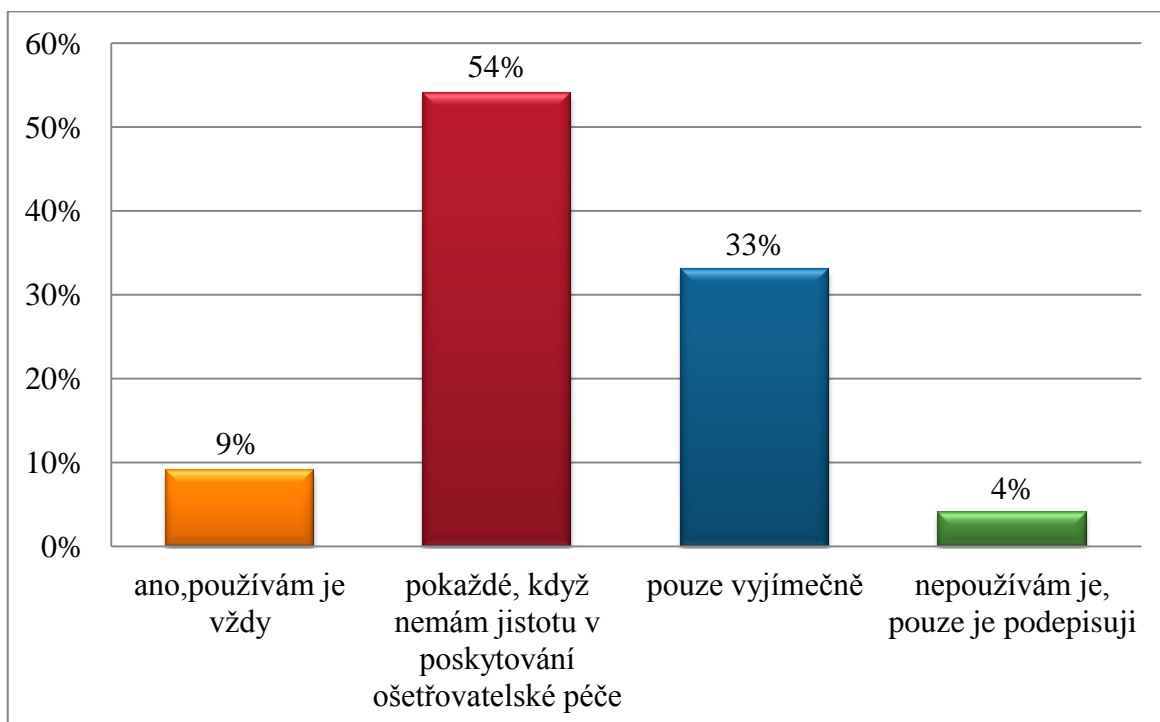
Graf 7 Tvorba standardů



Respondenti měli vybrat jednu z odpovědí, která by vystihla, kdo se podílí na tvorbě standardů na jejich oddělení. Odpovědělo 84 (100 %) respondentů a většina 63 (75 %) respondentů uvedla management ošetrovatelské péče (hlavní, vrchní nebo staniční sestra), 10 (12 %) respondentů odpovědělo, že na tvorbě standardů se podílí zkušené sestry, sestry s vysokoškolským vzděláním, 7 (8 %) respondentů uvedlo, že pouze pracovníci kvality a 4 (5 %) dotázaní neví, kdo se podílí na tvorbě standardů na jejich oddělení.

Položka 8 Využíváte při své práci standardy, prosím uveďte příklad?

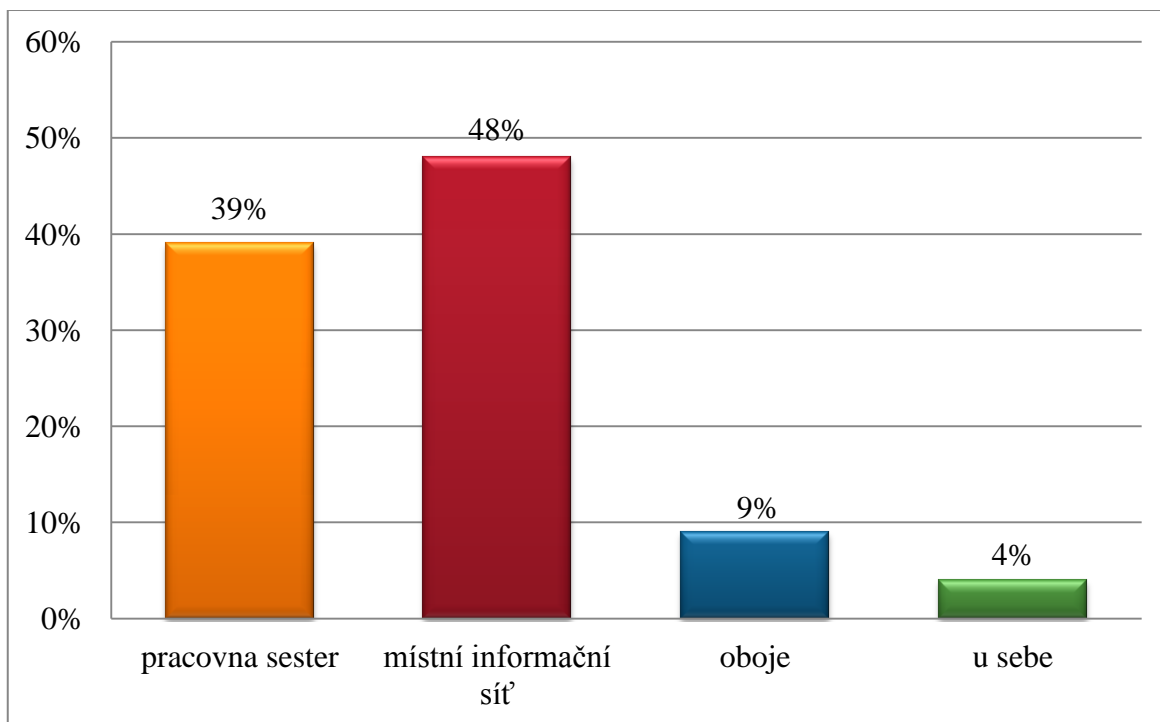
Graf 8 Využití standardů



V této položce měli respondenti uvést jednu z odpovědí, kdy nejčastěji používají standardy. Odpověď jsme získali od 84 (100 %) respondentů. Většina 45 (54 %) respondentů uvedla, že standardy používají pouze, když nemají jistotu v poskytování ošetrovatelské péče a 28 (33 %) respondentů používá standardy vyjíměčně. Jenom 8 (9 %) respondentů uvedlo, že standardy využívají vždy při své práci a 3 (4 %) respondenti standardy nepoužívají, pouze je podepisují.

Položka 9 Máte vždy přístup ke standardům, když je potřebujete? Uvedte prosím místo uložení.

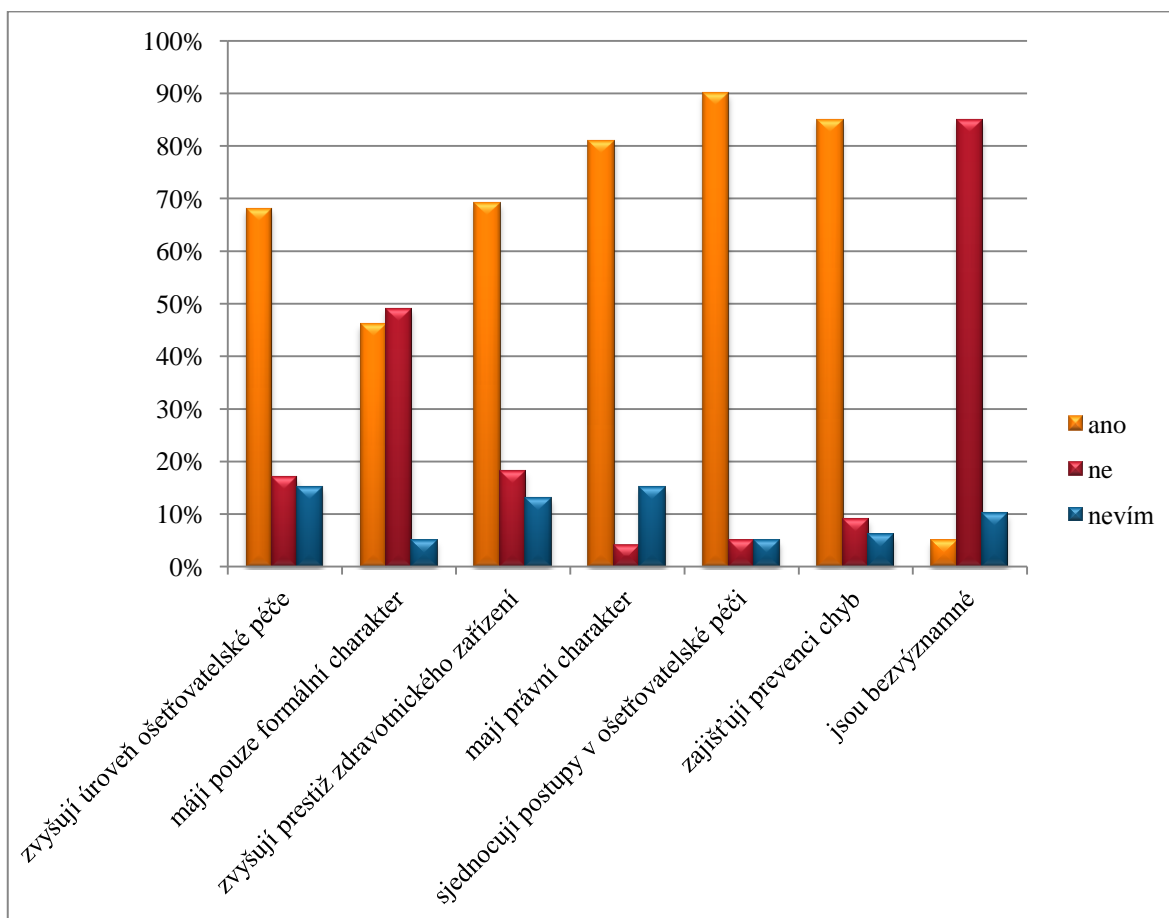
Graf 9 Místo uložení standardů



Na tuto položku mohli respondenti odpovědět ano-ne. Pokud odpověděli ano, měli uvést místo uložení standardů. **Celý soubor respondentů v počtu 84 (100 %) uvedl, že mají vždy přístup ke standardům.** Respondenti uvedli hned několik míst uložení, čímž jsme získali 107 (100 %) odpovědí. Jako nejčastější místo uložení uvedlo 51 (48 %) respondentů Intranet – místní informační síť. V tištěné formě uložené v pracovně sester má standardy 42 (39 %) respondentů. Standardy uložené jak na Intranetu i vytištěné a uložené v pracovně sester má 10 (9 %) respondentů. Zajímavá je odpověď 4 (4 %) respondentů, kteří odpověděli, že mají vytištěné standardy u sebe.

Položka 10 Souhlasíte s následujícím tvrzením, že standardy:

Graf 10 Názor sester na standardy



V této položce měli respondenti vyjádřit názor k danému tvrzení. Měli se vyjádřit ke každé podotázce a mohli odpovědět, ano-ne-nevím.

S tvrzením, že standardy zvyšují úroveň ošetrovatelské péče, souhlasilo 57 (68 %) respondentů, 14 (17 %) dotazovaných s tímto tvrzením nesouhlasilo a 13 (15 %) neví.

S tvrzením, že standardy mají formální charakter, souhlasilo 39 (46 %) respondentů, 41 (49 %) respondentů s tímto tvrzením nesouhlasilo a 4 (5 %) respondenti neví.

Na otázku zda standardy zvyšují prestiž zdravotnického zařízení, odpovědělo 58 (69 %) respondentů ano, 15 (18 %) odpovědělo ne a 11 (13 %) neví.

Na otázku zda standardy mají právní charakter, odpovědělo 68 (81 %) ano, 3 (4 %) ne a 13 (15 %) respondentů nezná odpověď.

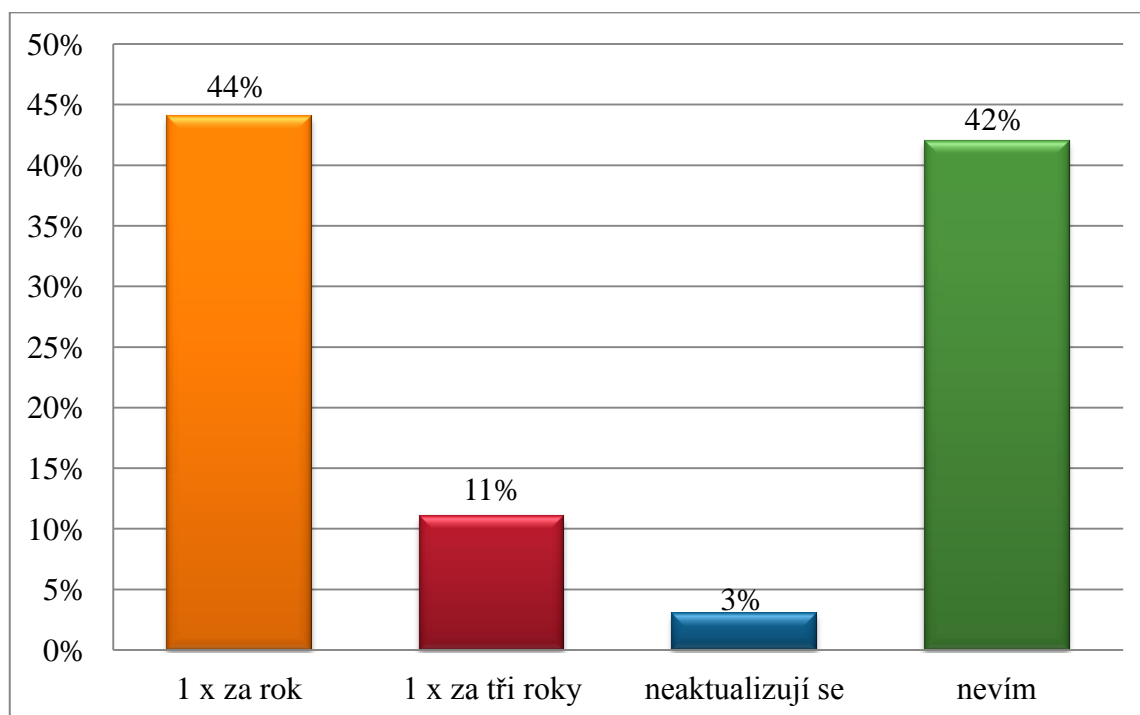
S tvrzením, že standardy sjednocují ošetrovatelskou péči, souhlasí 76 (90 %) respondentů, nesouhlasí 4 (5 %) a 4 (5 %) respondenti neznají odpověď.

S tvrzením, že standardy znamenají prevenci chyb, souhlasí 71 (84 %) respondentů, 8 (10 %) nesouhlasilo s tvrzením a 5 (6 %) neví.

S tvrzením, že jsou standardy bezvýznamné, nesouhlasilo 72 (85 %) respondentů. 4 (5 %) respondenti souhlasí s tímto tvrzením a 8 (10 %) dotázaných se nedokáže vyjádřit k problému.

Položka 11 Jak často jsou standardy na Vašem oddělení aktualizovány?

Graf 11 Aktualizace standardů

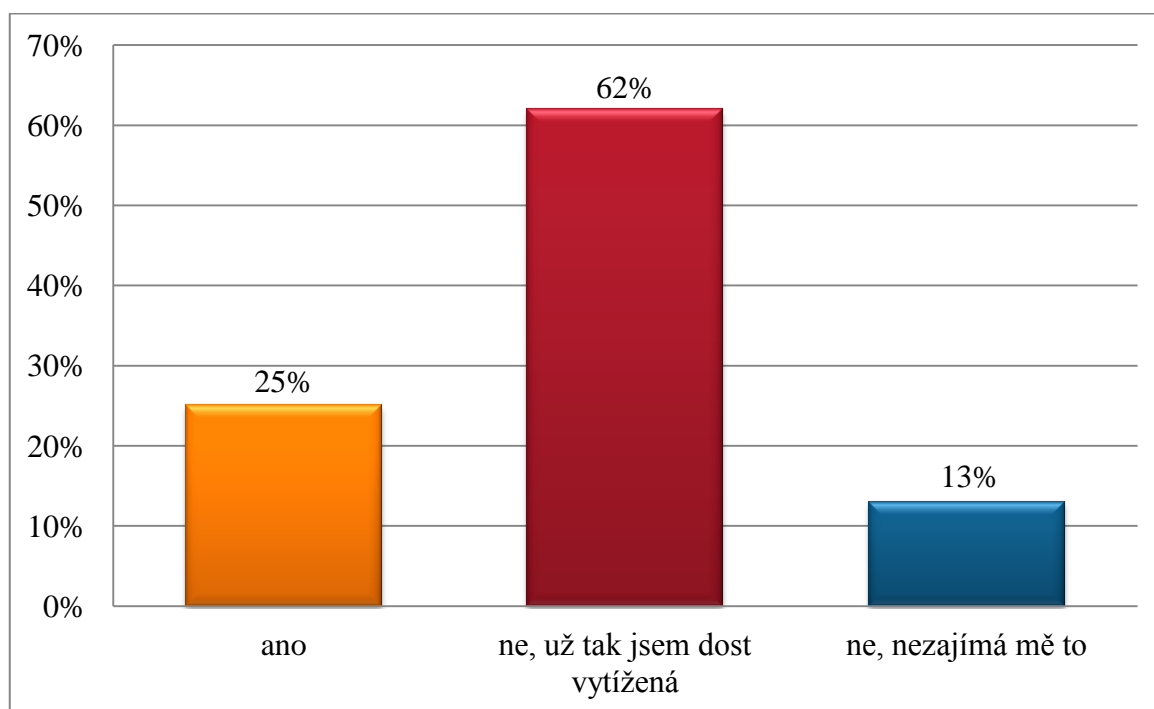


V této položce jsme se dotazovali respondentů, jak často se aktualizují standardy na jejich oddělení. Respondenti měli vybrat jednu z odpovědí. Z 84 (100 %) respondentů uvedlo 37 (44 %), že 1x za rok. Podstatná skupina v počtu 35 (42 %) respondentů neví, jak často se standardy aktualizují. Respondenti v počtu 9 (11 %) uvedli, že se standardy

aktualizují 1x za tři roky. Je zajímavé, že 3 (3 %) respondenti tvrdí, že se na jejich oddělení standardy neaktualizují.

Položka 12 Chtěl/a byste se podílet na tvorbě ošetrovatelských standardů?

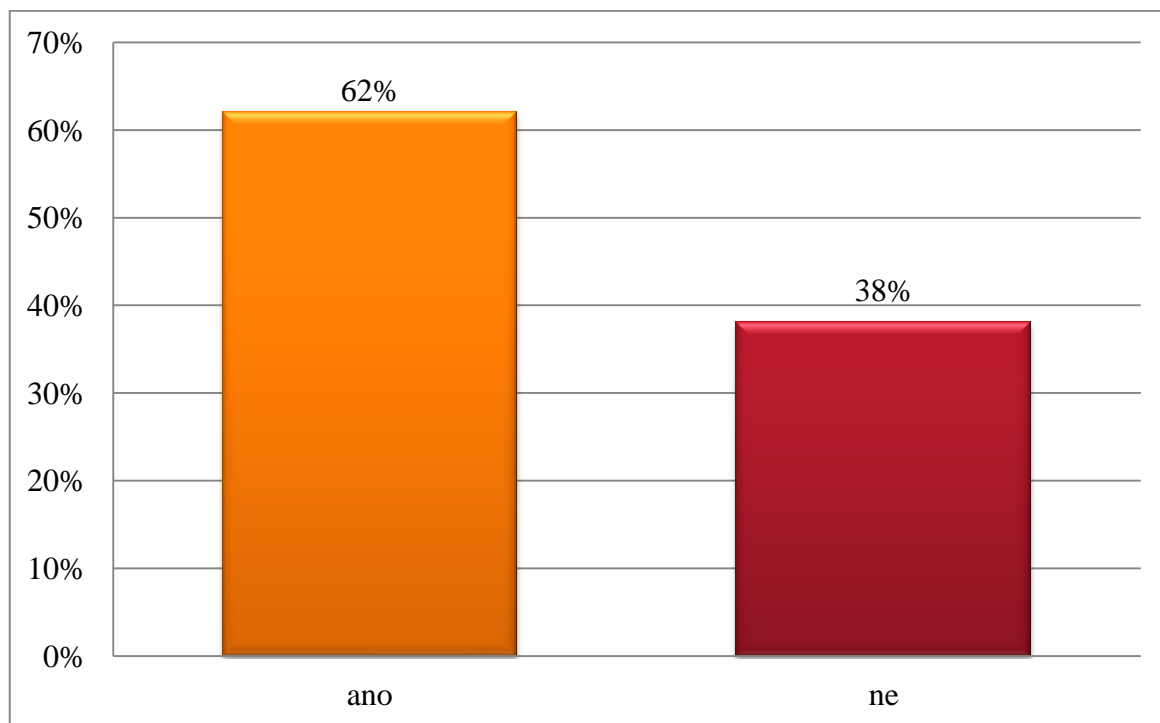
Graf 12 Zájem sester podílet se na tvorbě standardů



V položce jsme mapovali zda, se sestry chtějí podílet na tvorbě standardů. Na tuto položku odpovědělo 84 (100 %) respondentů. Většina respondentů 52 (62 %) si připadá už dost vytížená a nechce se na tvorbě standardů podílet a 11 (13 %) respondentů tato problematika nezajímá. Pouze 21 (25 %) respondentů odpovědělo, že má zájem podílet se na tvorbě standardů a z těchto respondentů se již na tvorbě podílí 6 (7 %) dotázaných.

Položka 13 Sledujete na vašem oddělení indikátory kvality?

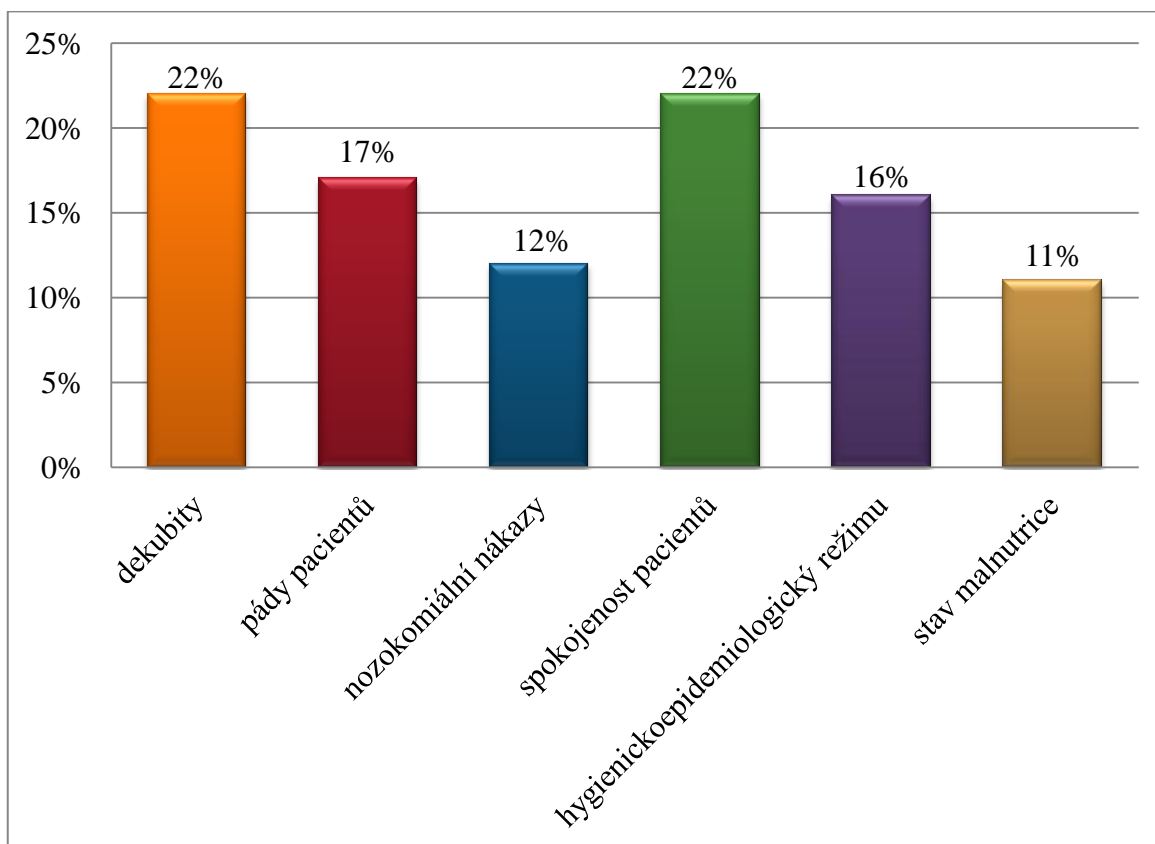
Graf 13 Indikátory kvality



V položce jsme se dotazovali, zda respondenti sledují indikátory kvality. Respondenti mohli odpovědět ANO-NE. Na tuto položku odpovědělo 84 (100 %) respondentů. Indikátory kvality sleduje 52 (62 %) respondentů a 32 (38 %) respondentů nesleduje indikátory kvality.

Položka 14 Vyjmenujte, jaké indikátory kvality sledujete?

Graf 14 Sledované indikátory kvality



V této výčtové položce odpovídali pouze respondenti, kteří v předešlé položce odpověděli, že sledují indikátory kvality. Zde měli vyjmenovat, jaké indikátory sledují a mohli vybrat i více indikátorů. Celkem jsme získali 162 (100 %) odpovědí. Jako nejčastěji sledované indikátory kvality označilo 36 (22 %) respondentů dekubity a stejný počet 36 (22 %) respondentů uvedl spokojenost pacientů. Pády pacientů uvedlo 27 (17 %), 25 (16 %) respondentů uvedlo hygienicko-epidemiologický režim, 20 (12 %) dotazovaných nozokomiální nákazy a 18 (11 %) respondentů označilo stav malnutrice.

Položka 15 Jakým způsobem je nejčastěji kontrolována kvalita ošetrovatelské péče na vašem oddělení?

Tabulka 1 Nejčastější způsob kontroly kvality ošetrovatelské péče

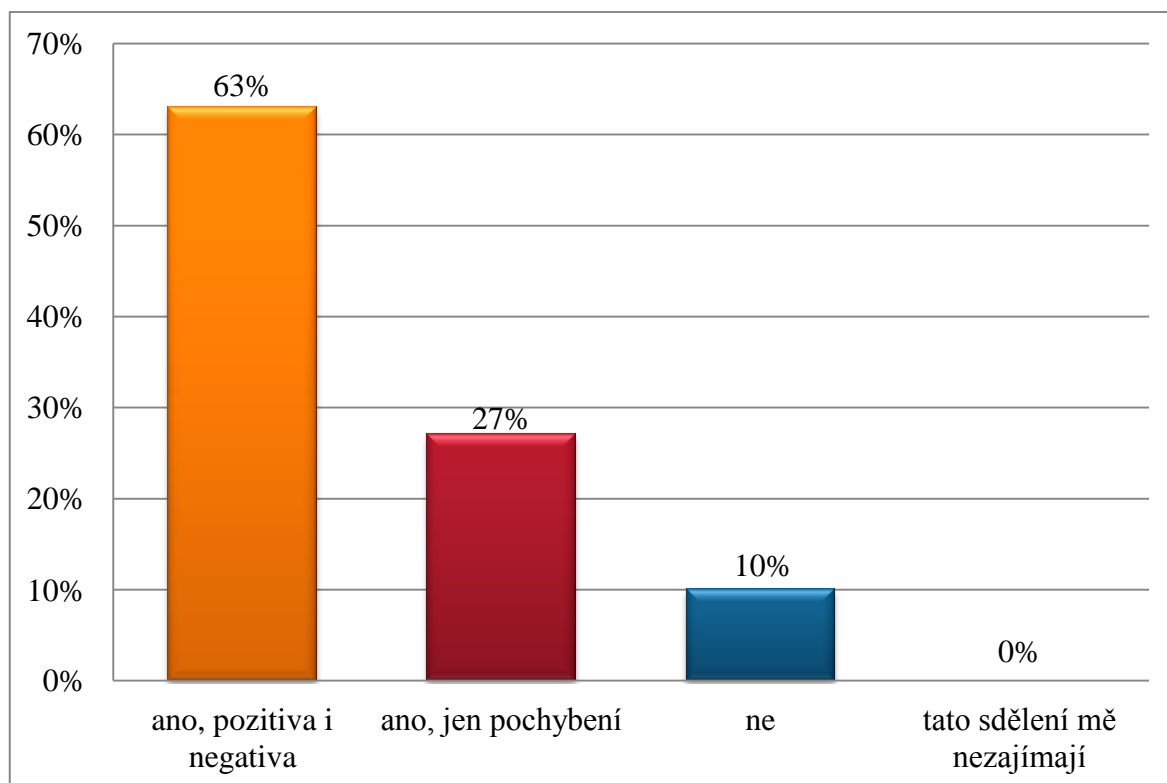
	Rozhovorem s personálem		Auditem		Kontrolou ošetrovatelské dokumentace		Pozorováním		Dotazník spokojenost zaměstnanců	
	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %	n _i	f _i %
Vždy	19	23	48	57	30	36	30	36	8	10
Většinou	17	20	13	15	28	33	25	29	5	6
Někdy	15	18	12	14	14	17	21	25	15	18
Zřídka kdy	15	18	8	10	12	14	5	6	20	24
Nikdy	18	21	3	4	0	0	3	4	36	42
N	84	100	84	100	84	100	84	100	84	100

V této položce měli respondenti odpovědět, jaký je nejčastější způsob kontroly kvality ošetrovatelské péče. Četnost kontroly mohli vyjádřit pomocí škály, kdy 1 = vždy, 2 = většinou, 3 = někdy, 4 = zřídka kdy, 5 = nikdy. Četnost měli vyznačit u každé podotázky. U položky **rozhovorem s personálem** odpovědělo 19 (23 %) respondentů – vždy, 17 (20 %) – většinou, 15 (18 %) – zřídka kdy a 18 (21 %) odpovědělo, že se na jejich oddělení nikdy nekontroluje kvalita ošetrovatelské péče rozhovorem s personálem. U položky **auditem** odpovědělo 48 (57 %) respondentů – vždy, 13 (15 %) – většinou, 12 (14 %) – někdy, 8 (10 %) – zřídka kdy a 3 (4 %) respondentů označilo – nikdy. U položky **kontrolou ošetrovatelské dokumentace** 30 (36 %) respondentů odpovědělo – vždy, 28 (33 %) – většinou, 14 (17 %) – někdy, 12 (14 %) – zřídka kdy a žádný respondent nevedl, že se nikdy neprovádí kontrola kvality kontrolou ošetrovatelské dokumentace.

U položky **pozorováním** uvedlo 30 (36 %) respondentů – vždy, 25 (29 %) – většinou, 21 (25 %) – někdy, 5 (6 %) – zřídka kdy a 3 (4 %) respondenti označili – nikdy. U položky **dotazníkem spokojenosti zaměstnanců** odpovědělo 8 (10 %) – vždy, 5 (6 %) – většinou, 15 (18 %) někdy, 20 (24 %) zřídka kdy a 36 (42 %) uvedlo, že se nikdy nekontroluje kvalita péče dotazníkem spokojenosti zaměstnanců.

Položka 16 Jste informováni o výsledku kvality?

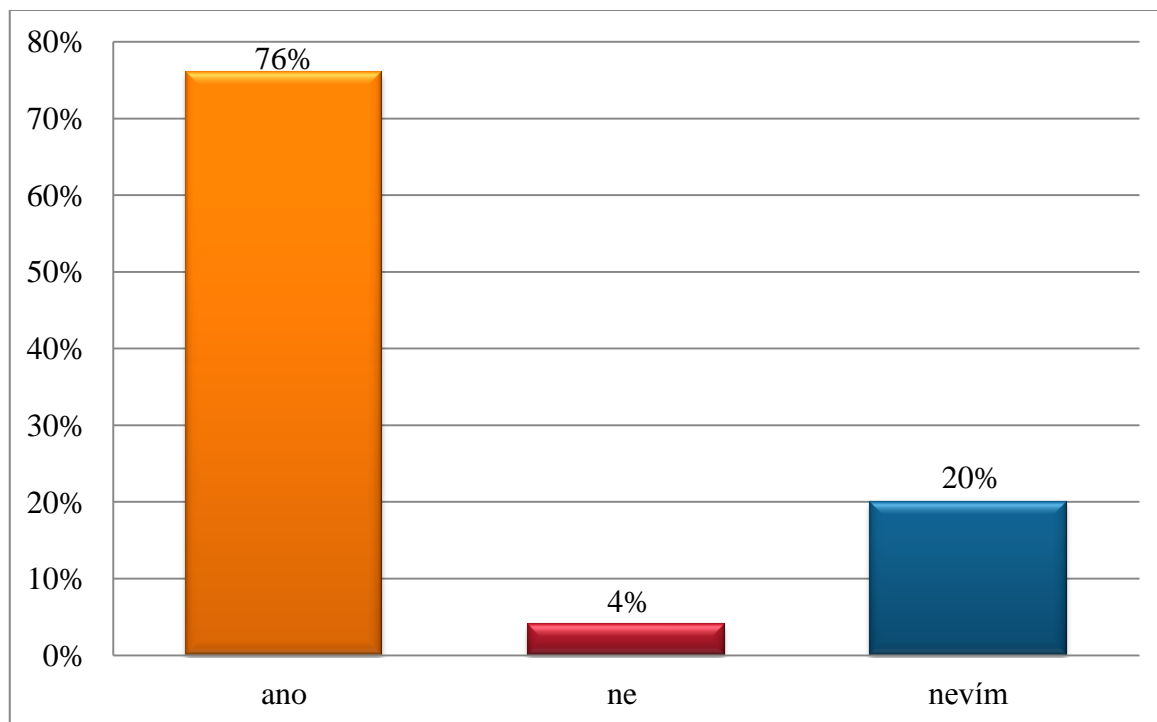
Graf 15 Informovanost o výsledku kontroly



V položce jsme zjišťovali informovanost sester o výsledcích kontroly kvality ošetrovatelské péče. Velká skupina 53 (63 %) je informována o výsledku kontroly, jsou jim sdělována pozitiva i negativa. Jen o pochybení je informováno 23 (27 %) respondentů a 8 (10 %) respondentů není o výsledcích kontroly informováno. Žádný z respondentů nevedl, že ho tato sdělení nezajímají.

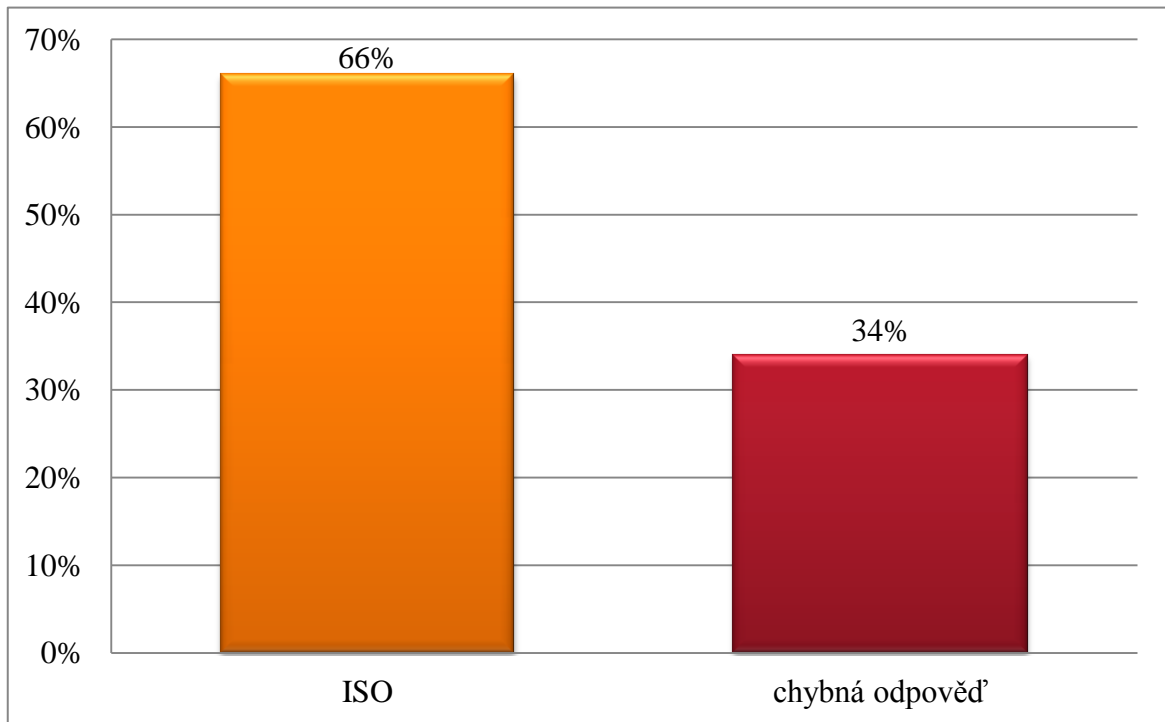
Položka 13 Získala Vaše nemocnice (oddělení) certifikaci či akreditaci kvality?

Graf 16 Akreditace/certifikace IKEM



V této položce jsme zjišťovali, zda sestry mají povědomí o tom, jestli nemocnice IKEM získala certifikaci či akreditaci. Respondenti mohli odpovědět, ano-ne-nevím. Respondenti, kteří odpověděli ano, pokračovali podotázkou, kde měli napsat název akreditace či certifikace. Celkem odpovědělo 84 (100 %) respondentů. Nadpoloviční většina respondentů 64 (76 %) správně uvedla ano. Věděla, že nemocnice získala ocenění kvality. Poměrně velká skupina 17 (20 %) respondentů neznala odpověď a 3 (4 %) respondenti se domnívají, že nemocnice nezískala certifikaci ani akreditaci.

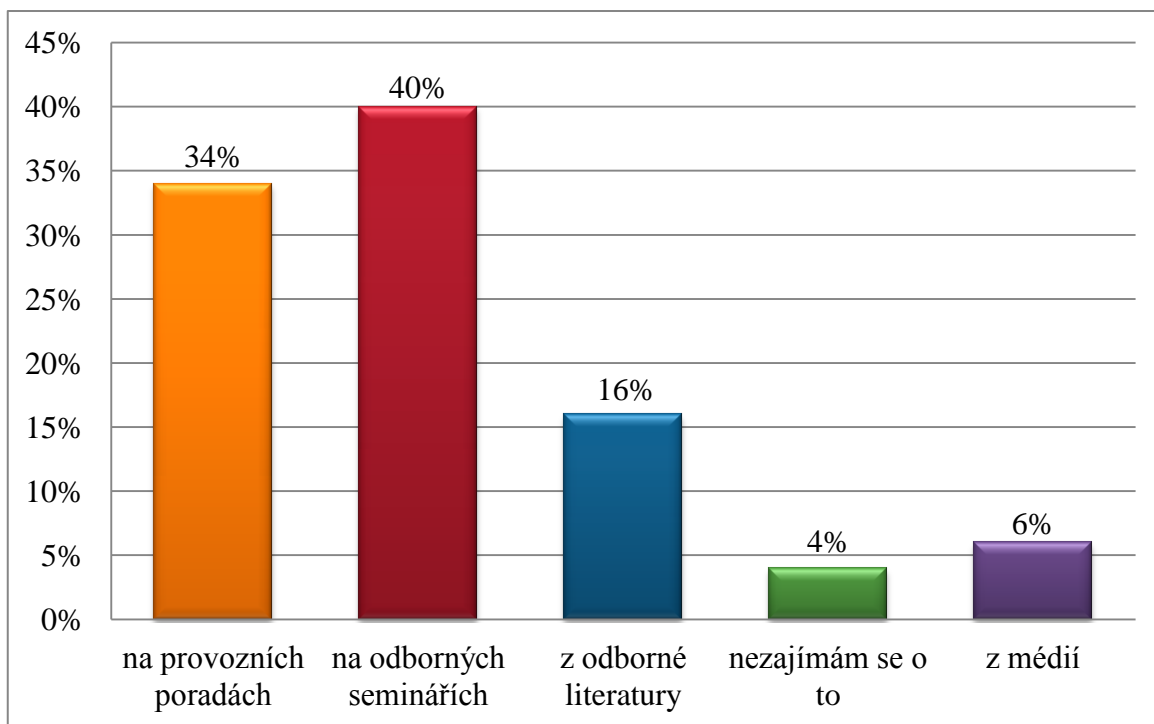
Graf 17 Certifikace



Položka 13 měla podotázku „pokud jste odpověděli ano, uveďte jakou“. Správně uvedlo 64 (100%) respondentů, že nemocnice získala ocenění kvality, ale pouze 42 (66 %) respondentů správně uvedlo, že nemocnice získala certifikaci ISO 9001:2008 a 22 (34 %) dotazovaných uvedlo chybnou odpověď, nebo neví, jakou certifikaci nemocnice získala.

Položka 18 Jak získáváte informace o nových poznatcích v oblasti kvality?

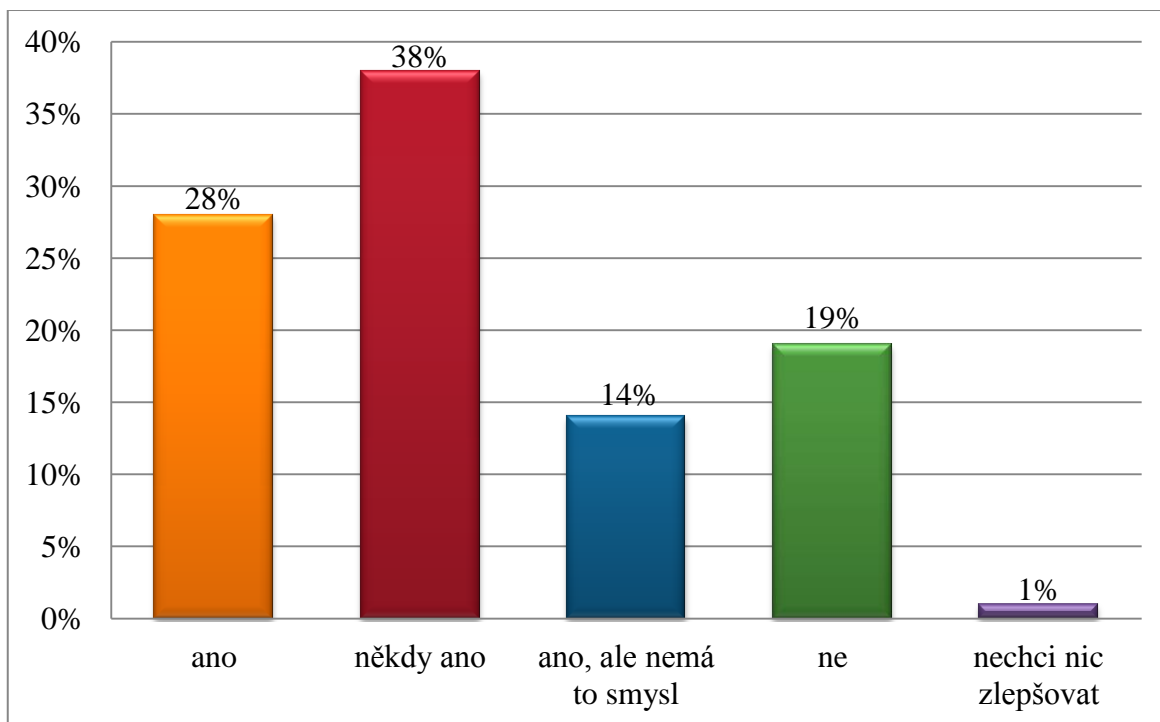
Graf 18 Získávání informací o novinkách v oblasti kvality



Položka mapovala, jakým způsobem získávají sestry informace o nových poznatcích, týkajících se oblasti kvality ošetrovatelské péče. V této výčtové položce respondenti mohli označit jednu i více odpovědí. Celkem jsme získali 128 (100 %) odpovědí. 51 (40 %) respondentů uvedlo, že informace získává na odborných seminářích. Na provozních poradách je informováno 44 (34 %) respondentů, 21 (16 %) dotázaných uvedlo, že informace získávají z odborné literatury a 7 (6 %) respondentů získává informace z médií. O novinky v oblasti kvality ošetrovatelské péče se nezajímá 5 (4 %) respondentů.

Položka 19 Máte možnost uplatnit nové návrhy pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče?

Graf 19 Možnost uplatnit nové návrhy



V položce jsme zjišťovali zda, sestry mají možnost uplatnit nové návrhy, které by vedly ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Respondenti měli vybrat jednu z odpovědí. Na položku odpovědělo 84 (100 %) respondentů. Velká skupina v počtu 67 (80 %) respondentů má možnost uplatnit zlepšovací návrhy, ale 32 (38 %) respondentů odpovědělo, že pouze někdy a 12 (14 %) respondentů má tu možnost, ale domnívají se, že to nemá smysl a pouze 23 (38 %) respondentů má možnost uplatnit vždy své návrhy. Negativně odpovědělo 16 (19 %) respondentů a 1 (1 %) respondent uvedl, že nechce nic zlepšovat.

Položka 20 Jaký je váš názor na kontinuální zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

Tato otevřená otázka umožnila respondentům volně vyjádřit názor na kontinuální zvyšování kvality. Svůj názor vyjádřilo 57 (68 %) respondentů, 27 (32 %) respondentů se k této položce nevyjádřilo. Po rozřazení do určitých skupin jsme zjistili, že: nadpoloviční většina 44 (52 %) se shoduje, že zvyšování kvality je v současné době nutné. Skupina 11 (13 %) respondentů přiznala, že se v dané problematice neorientuje a nemá tudíž žádný názor. Je překvapující, že 2 (3 %) respondenti považují úroveň kvality ošetrovatelské péče za dostačující. Většina respondentů, připouští, že kontinuální zvyšování kvality přináší lepší komfort pro pacienta a je dobrou vizitkou zdravotnického zařízení a že kvalita patří k modernímu zdravotnictví. Respondenti často uváděli, že se nemohou dostatečně věnovat ošetrovatelské péči, protože pracují mimo rámec svých kompetencí a také si stěžovali na přílišné vytížení, které je nutí některé úkony plnit pouze formálně. Respondenti uváděli, že věnují příliš času dokumentaci na úkor ošetrovatelské péče.

Z otevřených výpovědí respondentů citujeme nejzajímavější příklady:

„ Zvyšování kvality je potřebné, ale musí se provádět smysluplně. Realita je spíše papírování a skutečná péče se moc nezlepšuje. “

„ Zvyšování kvality je určitě dobré, ale musí na to být dostatek času. Chtěla bych vše dělat jak se má, ale pak bych splnila tak polovinu práce. “

„ Zvyšování kvality je potřebné, ale chtělo by to zapojit celý tým vč. lékařů. “

„ Je to nutnost, bohužel je zatím spousta věcí pouze formálních. “

„ Ke zkvalitnění ošetrovatelské péče dojde, bude-li sestra aktivním účastníkem ošetrovatelského procesu. “

5.4 Shrnutí zjištěných výsledků

Hlavní cíl: Cílem práce bylo zjistit podíl všeobecných sester na kontinuálním zvyšování kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení IKEM.

Cíl 1: Zjistit podíl sester na tvorbě standardů a jejich aplikaci do praxe.

K tomuto cíli se vztahují položky 1: „Myslíte si, že standardy na Vašem oddělení mají:“, položka 2: „Podílíte se na tvorbě standardů?“, položka 3: „Kdo se podílí na tvorbě standardů?“, položka 4: „Využíváte při své práci standardy, uveďte příklad?“, položka 5: „Máte vždy přístup ke standardům, když je potřebujete? Uveďte místo uložení.“, položka 6: „Souhlasíte s následujícím tvrzením, že standardy:“, položka 7: „Jak často jsou standardy na Vašem oddělení aktualizovány?“, 8: „Chtěla byste se podílet na tvorbě standardů?“

Pouze 28 % respondentů uvedlo, že standardy mají praktické využití. Pro nejvíce respondentů 45 % znamenají standardy vhodnou pomůcku pro nastupující sestry. Z odpovědí je zřejmé, že 81 % respondentů se nepodílí na tvorbě standardů. Pro zapojení sester do tvorby standardů, 50 % respondentů jsou vysokoškoláci a 38 % dotázaných jsou středoškoláci, zřejmě není rozhodující dosažené vzdělání, ale spíše ochota podílet se na tvorbě standardů. Většina respondentů 75 % připisuje podíl na tvorbě standardů managementu ošetrovatelské péče. Je překvapující, že pouze 9 % respondentů využívá standardy vždy při své práci. Nejvíce respondentů 54 % využívá standardy pouze, když nemá jistotu v poskytování ošetrovatelské péče. Celá skupina (100 %) respondentů má vždy přístup ke standardům, zajímavým zjištěním bylo, že 4% respondentů má standardy vytištěné a uložené u sebe. Respondenti v počtu 90 % se shodují, že standardy sjednocují ošetrovatelskou péči a 84% dotázaných chápe význam standardů jako prevenci chyb. Je potěšující, že většina 85% respondentů si uvědomuje důležitost standardů a standardy nejsou pro tyto respondenty bezvýznamné. Více jak polovina 56% respondentů neví, jak často se standardy aktualizují. Naprostá většina 75 % respondentů se nechce podílet na tvorbě standardů, 62 % respondentů uvádí jako důvod přílišné pracovní vytížení a 13 % respondentů to nezajímá. Ze souhrnu výsledků jsou patrné určité nesrovnalosti,

proto jsme porovnali význam standardů a využití standardů. Zajímavým zjištěním je porovnání výsledků, kdy 85 % respondentů uvedlo, že pro ně nejsou standardy bezvýznamné, ale přitom 28 % dotázaných si nemyslí, že standardy mají praktické využití a pouze 9 % respondentů využívá standardy vždy při své práci.

Cíl 2: Zjistit, jestli všeobecné sestry mají zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče.

K cíli se vztahují položky 9: „Sledujete na Vašem oddělení indikátory kvality?“, položka 10: „Vyjmenujte, jaké indikátory kvality sledujete?“, položka 11: „vyjmenujte jakým způsobem je nejčastěji kontrolována kvalita ošetrovatelské péče na Vašem oddělení?“, položka 12: „Jste informováni o výsledku kontroly?“

Indikátory kvality sleduje pouze 62 % respondentů, jako nejčastěji sledované indikátory uvedlo 22 % respondentů dekubity a stejný počet 22 % respondentů uvedl spokojenost pacientů. Z výsledků vyplývá, že respondenti si nejsou jisti, jaké indikátory kvality se sledují na jejich odděleních, jelikož 16 % respondentů uvedlo chybnou odpověď hygienicko-epidemiologický režim. Tento údaj není indikátorem kvality a byl zařazen pro ověření, zda sestry znají sledované indikátory kvality. Nejčastější způsob kontroly kvality ošetrovatelské péče, uvedla většina 57% respondentů audit, jako druhý nejčastější způsob kontroly uvedlo 36 % respondentů kontrolu ošetrovatelské dokumentace a pozorování. Je zajímavé, že 42 % dotazovaných uvedlo, že se nikdy na jejich odděleních kvalita nezjišťovala prostřednictvím dotazníku spokojenosti zaměstnanců. Více jak polovině 63 % respondentů jsou sdělovány výsledky kontroly. Jsou informováni jak o pozitivích, tak i negativích výsledku, ale za významné můžeme považovat, že 37 % respondentů není informováno, nebo jen o pochybení. Potěšující je, že žádný z dotázaných neuvedl, že ho tato sdělení nezajímají.

Cíl 3: Zjistit, zda se sestry zajímají o problematiku kontinuálního zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

K cíli se vztahují položky 13: „Získala Vaše nemocnice (oddělení) certifikaci či akreditaci kvality?“, položka 14: „Jak získáváte informace o nových poznatcích v oblasti kvality?,“ položka 15: „Máte možnost uplatnit nové návrhy pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče?“, položka 16: „Jaký je Váš názor na kontinuální zvyšování kvality?“

Na otázku zda a jakou má nemocnice IKEM akreditaci/certifikaci odpovědělo správně pouze 42 % respondentů. Pouze 4 % respondentů se nezajímá o nové poznatky v oblasti kvality, nejvíce 39 % respondentů získává tyto informace na odborných seminářích. Návrhy vedoucí ke zlepšení kvality má možnost uplatnit 80 % respondentů, ale 40 % dotázaných uvedlo, že pouze někdy a 14 % se domnívá, že to nemá smysl. Respondenti měli možnost otevřeně vyjádřit svůj názor na kontinuální zvyšování kvality. Neodpovědělo 32 % respondentů, což může znamenat, že nemají názor nebo se v této problematice neorientují a 13 % respondentů se otevřeně přiznalo, že se v dané problematice nevyzná. Překvapivě odpověděla 3 % respondentů, že považují úroveň kvality ošetrovatelské péče za dostačující a není třeba ji zlepšovat. Nadpoloviční většina 52% dotázaných se shoduje, že kontinuální zvyšování kvality je v současné době nutné, že znamená lepší prospěch pro pacienta, ale že klade vysoké nároky na ošetrovatelský personál. Respondenti upozorňovali na přílišné vytížení, práci mimo rámec svých kompetencí a velké množství dokumentace. Tyto problémy uvedli jako, překážku v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Respondenti otevřeně přiznali, že některé požadavky kvality jsou plněny pouze formálně.

5.5 Diskuse

Kvalita je v posledních letech stále diskutovaným tématem. Nemocnice vyvíjí úsilí, aby zabezpečily kvalitní a bezpečnou péči pro pacienty. Zavádí systémy řízení kvality, které jim pomáhají udělat si „pořádek na svém pracovišti“, ale především ukázat, že se snaží plnit očekávání pacientů a požadavky legislativních předpisů. V nemocnici IKEM byly první kroky k úspěšné certifikaci podniknuty v roce 2003. Certifikace jednotlivých pracovišť probíhaly ve čtyřech etapách a skončily v roce 2010, kdy celá nemocnice získala mezinárodní certifikát kvality ISO 9001:2008.

Je prokazatelné, že v nemocnici IKEM je poskytovaná péče na vysoké úrovni a proto jsme v průzkumném šetření chtěli zjistit, jaký je podíl všeobecných sester na kontinuálním zvyšování kvality. Průzkumu se zúčastnilo 84 respondentů. Průzkumný vzorek reprezentovaly všeobecné sestry z různých oddělení nemocnice IKEM. Položené otázky se týkaly standardů ošetrovatelské péče a jejich využití v praxi. Zjišťovali jsme, zda sestry mají zpětnou vazbu o poskytované péči a zda se zajímají o problematiku kontinuálního zvyšování ošetrovatelské péče. Pro porovnání výsledků jsem zvolila diplomovou práci Klimešové „Znalosti sester o hodnocení kvality poskytované péče“, která se zabývá podobnými problémy. Klimešová sledovala znalosti sester v českobudějovické nemocnici a nemocnici Jihlava.

Z průzkumného šetření vyplynulo, že 81 % respondentů se nepodílí na tvorbě standardů a 75 % respondentů se nechce na tvorbě standardů ošetrovatelské péče podílet pro přílišné pracovní vytížení. Dalším zajímavým zjištěním bylo, že zájem sester o tvorbu standardů nijak významně neovlivnila úroveň vzdělání. Tato skutečnost může souviset s tím, že v nemocnici IKEM se tvorbě standardů věnuje zejména management ošetrovatelské péče (hlavní, vrchní a staniční sestry), což uvedlo i 75 % respondentů. Zkoumaná skupina sester se v 90 % shoduje, že standardy ošetrovatelské péče sjednocují poskytovanou péči a chápou standard jako prevenci chyb. Sestry si uvědomují důležitost standardů a nejsou pro ně bezvýznamné. Nadpoloviční většina 54 % respondentů používá standardy vždy, když nemá jistotu v poskytování ošetrovatelské péče, 28 % respondentů tvrdí, že standardy nemají praktické využití a pouze 9 % respondentů využívá standardy vždy při své práci. Tyto výsledky můžeme odůvodnit tím, že nemocnice IKEM získala

standardizaci ISO 9001:2008, která neurčuje povinnost standardizace ošetrovatelské péče, proto této problematice nebyla věnována dostatečná pozornost. Větší snahu o standardizaci ošetrovatelské péče začal management nemocnice vyvíjet se zavedením vyhlášky č.102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. V současné době jsou vypracovány standardy pro všeobecné použití při poskytování základní ošetrovatelské péče, ale zatím nejsou vytvořeny standardy pro úzce specializovaná oddělení, „standardy šité na míru“. Tato skutečnost může být důvodem, proč pouze 9 % respondentů využívá standardy v praxi a může to být i motivace k zapojení sester do tvorby standardů. Tyto výsledky jsou téměř shodné se zjištěním Klimešové, která uvádí, že 86 % respondentů z ČB a 67 % z Jihlavy se nepodílí na tvorbě standardů a nechce se podílet 72 % respondentů z ČB a 76 % z Jihlavy.

Dále jsme zjišťovali, jestli sestry mají zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče. Více jak polovina 63 % respondentů uvedla, že má zpětnou vazbu o poskytované péči, jsou informovány o pozitivních i negativních výsledcích. Zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče mohou sestry také získat sledováním indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Indikátory sleduje 62 % respondentů, jako nejčastěji sledované indikátory uvedlo 22 % respondentů dekubity a spokojenost pacientů. Z výsledků vyplývá, že někteří respondenti si nejsou jisti, jaké indikátory se sledují na jejich odděleních, jelikož 16 % respondentů uvedlo chybnou odpověď hygienicko-epidemiologický režim. Tento údaj není indikátorem kvality a byl uveden pouze pro ověření, zda sestry znají sledované indikátory kvality. Nejistotu respondentů si můžeme vysvětlit tím, že indikátory v nemocnici IKEM dokumentují výhradně vedoucí pracovníci. Klimešová ve své práci uvádí, že o výsledcích práce je informováno 79 % respondentů z ČB a 98 % z Jihlavy. Dále uvádí 100% sledovanost indikátorů kvality. Shodně s našimi poznatky 33 % respondentů z ČB a 23 % respondentů z Jihlavy uvedlo, jako nejčastěji sledované indikátory ošetrovatelské péče dekubity a spokojenost pacientů.

Posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda se sestry zajímají o problematiku kontinuálního zvyšování kvality. Z výsledků vyplynulo, že sestry mají zájem o tuto problematiku, ale zároveň jsme zjistili určitý problém „nedostatek informací“ ze strany managementu. Je zajímavé, že nadpoloviční většina 62 % respondentů uvedla, že nové informace týkající se kvality ošetrovatelské péče získává na odborných seminářích, z literatury nebo médií, ale pouze 34 % respondentů získává tyto informace od svých

vedoucích sester. Klimešová uvádí ještě nižší procento, pouze 16 % respondentů z ČB a 17 % respondentů z Jihlavy získává informace z oblasti kvality od svých nadřízených. Je pouze domněnkou, zda je na vině nedostatečná komunikace mezi managementem a sestrami. Pozitivním zjištěním bylo, že 80 % respondentů z nemocnice IKEM má možnost uplatnit návrhy vedoucí ke zlepšení ošetrovatelské péče. Je potěšující, že více jak polovina 52 % respondentů považuje zvyšování kvality za důležité a jako hlavní důvod uvádí prospěch pacienta. O tom, že v popředí zájmu všeobecných sester nemocnice IKEM stojí potřeby pacienta a jejich uspokojování, svědčí i fakt, že nemocnice opakovaně získala certifikát Spokojený pacient.

ZÁVĚR

Kvalita je kontinuální proces, který nikdy nekončí. Na soustavné zvyšování kvality a bezpečnost zdravotní péče se v posledních letech zaměřují aktivity téměř všech zdravotnických zařízení, profesních organizací a ministerstva zdravotnictví. Také všeobecné sestry, jako jedna z nejpočetnějších pracovních skupin a nedílná součást zdravotního systému, zaměřují svoji pozornost na zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

Cílem práce bylo zjistit podíl všeobecných sester na kontinuálním zvyšování kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení IKEM.

Z průzkumného šetření vyplynulo, že oslovené všeobecné sestry v nemocnici IKEM se podílí na kontinuálním zvyšování kvality, dobře si uvědomují význam a přínos standardizace ošetrovatelské péče. Více jak polovina sester má zpětnou vazbu o kvalitě poskytované péče, což jim může umožnit další zlepšení. Dále z průzkumného šetření vyplynulo, že oslovené sestry se zajímají o problematiku kontinuálního zvyšování kvality a nové poznatky z této oblasti získávají nejčastěji na odborných seminářích. Slabou stránku managementu nemocnice spatřují v nedostatečném zapojení sester do standardizace ošetrovatelské péče. Pozitivem, ale je, že většina sester má možnost uplatnit své návrhy vedoucí ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

Cílem mé práce nebyla kritika kvality všeobecných sester v nemocnici IKEM, ale hledání příležitostí pro zlepšení ošetrovatelské péče. Musíme si uvědomit, že je důležité, aby každá setra měla povědomí o kvalitě, jejích systémech řízení a svojí roli. Jedině tak se může aktivně zapojit do procesu kontinuálního zvyšování kvality.

Doporučení pro praxi vycházející z průzkumného šetření:

- soustavné prohlubování vědomostí sester v oblasti kontinuálního zvyšování kvality,
- posílení komunikace mezi sestrami a managementem,
- podpora spolupráce sester s pracovníky oddělení kvality,
- zajištění motivace sester k participaci na tvorbě standardů,
- soustředění pozornosti na průzkum spokojenosti zaměstnanců.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografie

1. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
2. GROHAR-MURRAY, M.E. *Zásady vedení a řízení v oblasti Ošetrovatelské péče*. Praha: Grada 2003, 317 s. ISBN 80-247-0267-3.
3. JAROŠOVÁ, D. *Základy managementu v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 34 s. Distanční texty., (ISSN neuvedeno)
4. KILÍKOVÁ, M. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008, 149 s. ISBN 978-80-8063-298-8.
5. MADAR, J. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevážně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
6. PAPOUŠKOVÁ, R. *Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na ošetrovatelský audit*. Kontakt. 2006, č. 2, s. 240 – 248. ISSN 1212-4117.
7. PLEVOVÁ, I. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
8. POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO 2005, 6–7 s. ISBN 80-7013-420-8.
9. STAŇKOVÁ, M. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex. Charta práv pacientů*. Brno: ID VPZ, 1998 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
10. SVOBODOVÁ, D., JURÁSKOVÁ, D. *Sledování pádů hospitalizovaných pacientů v České republice*. Florence. 2010, č. 9, s. 29 – 33. ISSN 1801-464X.
11. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003, 477 s. ISBN 80-717-2841-1.
12. ŠKRLA, P. a M. Škrlová. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

Internetové zdroje

1. *Cesta ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví* [online]. © 2010 MZ ČR. Publikováno 2.4. 2008, poslední aktualizace 5. 6. 2012. [cit. 2012-09-02] Dostupné na www: <http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/cesta-ke-kvalitnemu-a-bezpecnejsimu-zdravotnictvi_1847_15.html>.
2. *Demingův cyklus* [online]. © 2010 Management Mania. com. [cit. 2012-10-28]. Dostupné na www: <<http://managementmania.com/index.php/kvalita/38-ostatni/146-deminguv-cyklus>>.
3. DVOŘÁK, R. , *Pojem kvality. Filozofie, dějiny, současnost.* [online]. Poslední úpravy 18. 2. 2008. [cit. 2012-10-1] Dostupné na www: <<http://fri.zetagroup.net/download/008017e3-2008-02-18.doc>>.
4. KLIMEŠOVÁ, J., *Hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče.* České Budějovice, Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 2008. 88 s. Diplomová práce. Vedoucí práce PhDr. Ivana Kohoutová. [online]. Poslední úpravy 26. 5. 2008, [cit. 2012-11-10]. Dostupné na www: <<http://www.theses.cz/vyhledavani/?search=Klime%C5%A1ov%C3%A1+Hodnocen%C3%AD+kvality+poskytovan%C3%A9+p%C3%A9%C4%8De>>.
5. *Nároční pacienti motivují zdravotníky k lepším výkonům.* [online]. Infoservis VZP, informační kanál pro smluvní partnery VZP ČR. Publikováno 27. srpna 2012, roč. 3, č. 18 [cit. 2012-09-15]. Dostupné na www: <<http://www.vzp.cz/uploads/document/infoservis-18-2012.pdf>>.
6. PRŮŠA, J. *Co obnáší efektivní řízení lidských zdrojů a rozvoj výkonnosti.* [online]. Medical tribune 2011, č.9. © 2000 – 2012 MEDICAL TRIBUNE. Publikováno 24. 4. 2011, [cit. 2012-11-4]. Dostupné na www: <<http://www.tribune.cz/clanek/22359-co-obnasi-efektivni-rizeni-lidskych-zdroju-a-rozvoj-vykonnosti>>.

7. *Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011- duben 2012.* [online]. © 2010 MZ ČR. Publikováno 21. 6. 2011, poslední aktualizace 23. 11. 2012. [cit. 2012-23-11]. Dostupné na www: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok-2010_1882_15.html.
8. SAK ČR. Sojená akreditační komise, o.p.s. [online]. © 2010 Spojená akreditační komise, o.p.s. [cit. 2012-09-10]. Dostupné na www: <http://www.sakcr.cz/cz-top/o-nas/>
9. *Standardy ošetrovatelské péče.* [online]. © 2010 MZ ČR. Publikováno 12. 4. 2011, poslední aktualizace 7. 6. 2012. [cit. 2012-08-25]. Dostupné na www: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-osetrovatelske-pece_1854_15.html.
10. STRŽÍTESKÝ, R., *Kvalita zdravotní péče II.* [online]. Poslední úpravy 5. 10.2008. [cit. 2012-4-11]. Dostupné na www: <http://www.fn.vse.cz/imz/wpcontent/uploads/2009/10/Kvalita3.ppt>.
11. VLČEK, F. *Indikátory kvality. Nástroj řízení ve zdravotnickém zařízení* [online]. Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví, 2006. Poslední aktualizace 6.3. 2006. [cit. 2012-10-6]. Dostupné na www: <http://www.cskz.cz/studijnide.htm>.
12. *Vyhláška č. 102/2012 Sb., vyhláška ze dne 22. března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.* [online]. © 2010 MZ ČR. Publikováno 30. 3. 2012, poslední aktualizace 19. 4. 2012. [cit. 2012-11-1]. Dostupné na www: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c102/2012-sb-o-hodnoceni-kvality-a-bezpeci-luzkove-zdravotni-pece-_6091_2439_11.html.

SEZNAM ZKRATEK

ALPHA – Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (Agenda for leadership in programs in health care accreditation)

ČB – České Budějovice

ČR – Česká republika

EFQM – Evropská cena pro řízení kvality (The European Foundation for Quality Management)

EU – Evropská unie (European union)

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

ISO – Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Organization for Standardization)

ISQua – Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (The International Society for Quality in Health Care)

JCAHO – Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)

JCIA – Spojená mezinárodní komise (Joint Commission International)

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

SAK – Spojená akreditační komise

USA – Spojené státy americké

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Prvky kvality

Příloha B: Demingův cyklus zlepšení

Příloha C: Standard ošetrovatelské péče

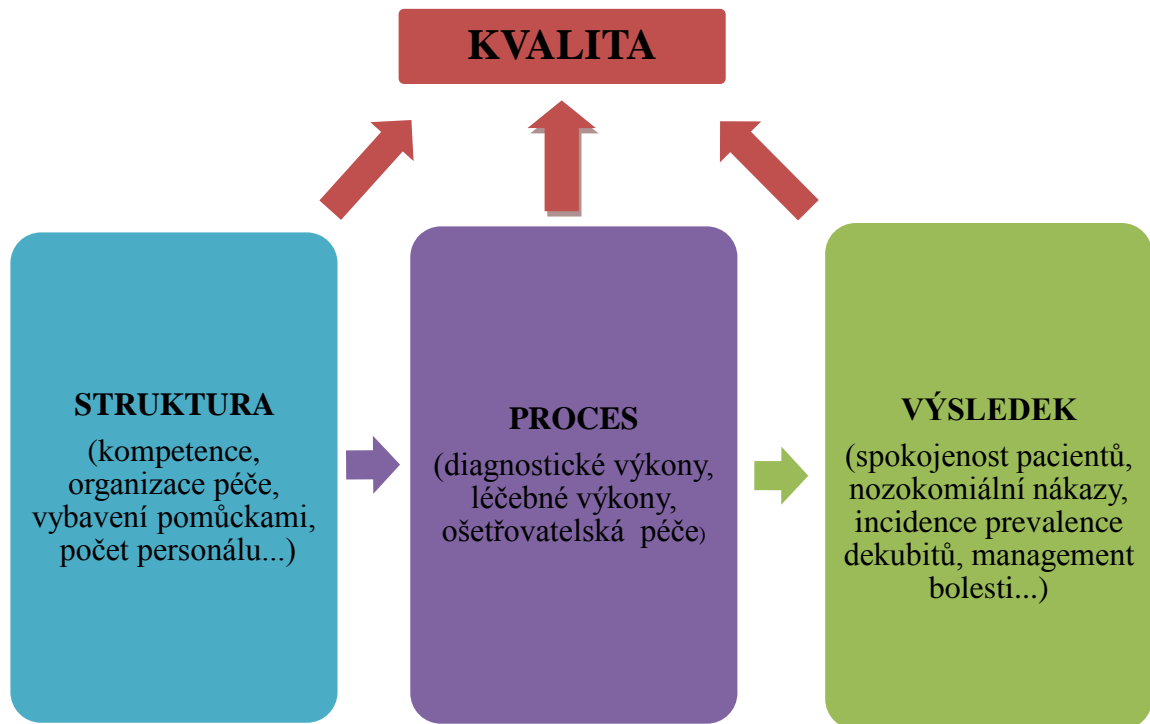
Příloha D: Dotazník

Příloha E: Žádost o povolení průzkumného šetření

Příloha A – Prvky kvality

Schéma č. 1 Prvky kvality

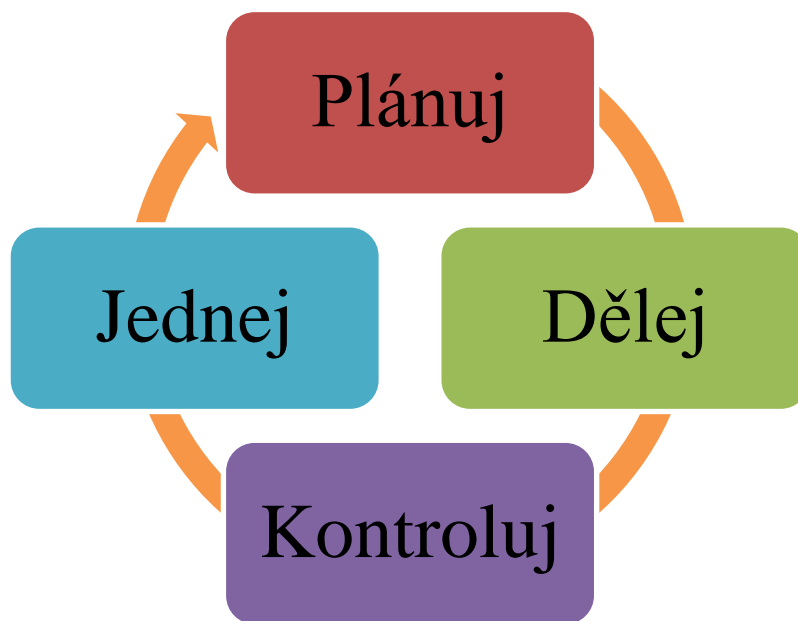
(Donabedianovo schéma 1978)



Zdroj: vlastní práce

Příloha B – Demingův cyklus zlepšení

Schéma č. 2 Demingův cyklus zlepšení



Zdroj: vlastní práce

Příloha C – Standard ošetrovatelské péče

Standard ošetrovatelské péče
Zdroj: vnitřní dokument nemocnice IKEM
Autor: FATOROVÁ, M., ŠINDELÁŘOVÁ, M.

	Institut klinické a experimentální medicíny OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD	Základní péče SO B/1
NÁZEV: Péče o pacienta před a po operaci		
PLATÍ od: 1. 9. 2012		RUŠÍ se verze 03 z 1. 9. 2011
VYPRACOVAL Mgr. Stanislava Fatorová Mgr. Monika Šindelářová	KONTROLA 1x ročně Rada pro rozvoj ošetrovatelské péče	SCHVÁLIL Mgr. Martina Šochmanová

Místo použití

Lůžková oddělení a operační sály Institutu klinické a experimentální medicíny.

Cíl (V - výsledek)

1. Pacient netrpí úzkostí a obavami z předoperační přípravy.
2. Pacient je dobře připraven na operační výkon.
3. Krevní přípravek bude dle ordinace lékaře řádně objednan v požadovaném množství a připraven k operačnímu výkonu.

Pomůcky (S - struktura)

1. jednorázový holicí nebo elektrický holicí strojek
2. holicí pěna
3. dezinfekce, např. Betadinové mýdlo
4. elastické obinadlo ev. elastické punčochy

Provedení (P - proces)

Krátkodobá - všeobecná příprava

Zdravotní sestra i sanitář v průběhu celé přípravy pacienta a odeslání na sál, vždy ověří jeho totožnost oslovením a kontrolou identifikačního štítku na ruce pacienta.

1. provedeme všechny ordinace dle pokynů lékaře a anesteziologa
2. provedeme psychickou přípravu pacienta (zodpovězení všech dotazů a vysvětlení celého průběhu přípravy před operací), informujeme pacienta o pravděpodobném termínu (času) operace.

3. provedeme oholení operačního pole dle příslušné diagnózy a ordinace lékaře jednorázovým holicím strojkem v den operačního výkonu nebo elektrickým holicím strojkem v den před operačním výkonem, muže holí sanitář, ženy **všeobecná** sestra.
4. podáme očistné klyzma dle ordinace lékaře den před operačním výkonem.
5. upozorníme pacienta, že od půlnoci bude lačný, nebude pít ani kouřit (u diabetiků proběhne speciální příprava).
6. objednáme transfuzi krve dle ordinace lékaře, případně zajistíme rezervu na transfúzní stanici.
7. zkontrolujeme, popř. zajistíme celkovou hygienu (ženy budou mít krátké a odlakované nehty).
8. před výkonem vyčistíme pupík a u laparoskopicky prováděné cholecystektomie dáme do pupíku tampón s dezinfekcí, např. Betadinou a přelepíme.
9. podáme večerní premedikaci dle anesteziologa.

Bezprostřední příprava v den operace

10. zajistíme ranní toaletu (celková ranní hygiena pacienta před operačním výkonem by měla být provedena pomocí dezinfekce, např. „Betadinového mýdla“), vyjmeme zubní protézu a svážeme dlouhé vlasy.
11. zajistíme odstranění šperků, brýlí a kontaktních čoček.
12. zkontrolujeme, zda je pacient vymočen a má dokonale umyté genitálie a čistý pupek.
13. provedeme bandáž dolních končetin (možno použít i elastické punčochy). V případě, že bude probíhat operace na dolní končetině – nebudeme končetinu bandážovat.
14. zkontrolujeme, zda pacient nemá na sobě oblečení (spodní prádlo, ponožky)!!!
15. pokud má pacient prosáklé rány, musíme zajistit krytí nebo přelepení všech defektů před překladem na operační sál.
16. edukujeme pacienta o tom, co se s ním bude dít po operaci, kde bude ležet, atd.
17. pokud má pacient zajištěn žilní přístup ať periferní nebo centrální, nebo epidurální katetr, musíme ho před výkonem adekvátně převázat a zkontrolovat, u pacientů se stomií vyměníme stomický sáček.
18. podáme ranní premedikaci dle anesteziologa.

Odvoz na operační sál

19. za přípravu a odeslání pacienta na operační sál zodpovídá službukonající sestra!
20. při převozu a překladi pacienta na operační sál, důsledně dbáme na dodržení intimity a respektování soukromí.
21. pacient je převážen vleže (z důvodu podání premedikace) na operační **sál v ústavní košili – „andělu“** a přikrytý přikrývkou a **s příslušnou dokumentací**.
 - a. ze **standardního oddělení** na plánovaný výkon odváží pacienta na sál sanitář,
 - b. ze **standardního oddělení** k akutnímu výkonu či pacienta nestabilního odváží sestra a sanitář s kyslíkem a převozovým monitorem,
 - c. z **JIPu** nebo **intermediální péče** na operační sál odváží pacienta sestra a sanitář s kyslíkem a převozovým monitorem,
 - d. z **KARIP** na operační sál odváží pacienta lékař a sestra z KARIP s ventilátorem, ambuvakem a převozovým monitorem, pacienta předají anesteziologovi nebo anesteziologické sestře,
 - e. z **KAR** na operační sál si pro pacienta přichází anesteziologický lékař a anesteziologická sestra a sanitář ze sálu a odváží pacienta na sál s přenosným monitorem a ventilátorem.

Odvoz z operačního sálu

22. po výkonu je ze sálu pacient přeložen do čerstvě převlečeného lůžka cílového pracoviště.

23. předání pacienta ze sálu na jednotlivá oddělení:

- na **standardní oddělení a JIP** přijde pro pacienta sestra z příslušného oddělení s ambuvakem, rukavicemi a emitní miskou a sanitář, v případě akutního výkonu si pacienta převezme i lékař z příslušného oddělení,
- na **KARIP** z operačního sálu přiváží pacienta lékař a sestra z KARIP s ventilátorem, ambuvakem a převozovým monitorem,
- na **KAR** z operačního sálu přiváží pacienta anesteziologický lékař a anesteziologická sestra a sanitář ze sálu s přenosným monitorem a ventilátorem.

Příloha D – Dotazník

Dotazník

Vážená kolegyně, kolego,

prosím Vás o pravdivé vyplnění následujícího dotazníku. Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia obor ošetrovatelství na 1. lékařské fakultě UK v Praze. Součástí státní závěrečné zkoušky je vypracování bakalářské práce na téma Management kvality ošetrovatelské péče. Dotazník je anonymní a zaručuji Vám, že výsledků, nebude zneužito a budou sloužit pouze k vypracování mé bakalářské práce.

Vyplňování: Zakřížkujte prosím vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Na místa označená tečkami doplňte slova. Řiďte se instrukcemi uvedenými v průběhu dotazníku.

Děkuji za spolupráci.

Šárka Hrdá

- 1) Myslíte si, že standardy na Vašem oddělení mají:** (Můžete uvést i více odpovědí.)
 - a) praktické využití
 - b) jsou vhodnou pomůckou pro nově nastupující sestry
 - c) udávají nový způsob práce
 - d) formální význam
 - e) nutné zlo

- 2) Podílíte se na tvorbě standardů na Vašem oddělení?**
 - a) ano
 - b) ne

- 3) Kdo se podílí na tvorbě standardů?**
 - a) pouze pracovníci oddělení kvality
 - b) zkušené sestry, sestry s vysokoškolským vzděláním
 - c) management ošetrovatelské péče (hlavní, vrchní nebo staniční sestra)
 - d) nevím

- 4) Využíváte při své práci standardy, prosím uveďte příklad?**
 - a) ano, používám je vždy
 - b) pokaždé, když nemám jistotu v poskytování ošetrovatelské péče
 - c) pouze výjimečně (krizové situace, nové pomůcky...)
 - d) nepoužívám je, pouze je podepisuji

5) Máte vždy přístup ke standardům, když je potřebujete? Uved'te prosím místo uložení.

- a) ano
- b) ne

místo uložení

6) Souhlasíte s následujícím tvrzením, že standardy: (U každého tvrzení označte ano, nebo ne, nebo nevím.)

	ANO	NE	NEVÍM
zvyšují úroveň poskytované ošetrovatelské péče			
mají pouze formální charakter			
zvyšují prestiž zdravotnických zařízení			
právní charakter			
sjednocují činnosti, postupy v ošetrovatelské péči			
prevence vzniku chyb			
jsou bezvýznamné			

7) Jak často jsou standardy na vašem oddělení aktualizovány?

- a) 1x za rok
- b) 1x za 3 roky
- c) neaktualizují se
- d) nevím

8) Chtěl/a byste se podílet na tvorbě ošetrovatelských standardů?

- a) ano
- b) ne, už tak jsem dost vytížený/á
- c) ne, nezajímá mě to

9) Sledujete na vašem oddělení indikátory kvality?

- a) ano
- b) ne

(Pokud jste odpověděl/a ano, pokračujte otázkou č. 10, jinak přejděte na otázku č. 11.)

10) Vyjmenujte, jaké indikátory kvality sledujete.

- a) dekubity
- b) pády pacientů
- c) nozokomiální nákazy
- d) spokojenost pacientů
- e) sledování hygienicko-epidemiologického režimu
- f) stav malnutrice

11) Jakým způsobem je nejčastěji kontrolována kvalita ošetrovatelské péče na vašem oddělení? (Přiřaďte číslo od 1 – 5, 1 = vždy, 2 = většinou, 3 = někdy, 4 = zřídka kdy, 5 = nikdy)

Možnosti	Přiřaďte číslo
rozhovorem s personálem	
auditem	
kontrolou ošetrovatelské dokumentace	
pozorováním	
dotazník – spokojenost zaměstnanců	

12) Jste informováni o výsledku kontroly kvality?

- a) ano, pozitiva i negativa
- b) ano, jen pochybení
- c) ne
- d) tato sdělení mě nezajímají

13) Získala Vaše nemocnice (oddělení) certifikaci či akreditaci kvality?

- a) ano, uveďte jakou
- b) ne
- c) nevím

14) Jak získáváte informace o nových poznatcích v oblasti kvality? (Můžete uvést i více odpovědí.)

- a) na provozních poradách
- b) na odborných seminářích
- c) z odborné literatury
- d) nezajímám se o to
- e) z médií

15) Máte možnost uplatnit nové návrhy pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče?

- a) ano
- b) někdy ano
- c) ano, ale nemá to smysl
- d) ne
- e) nechci nic zlepšovat

16) Jaký je Váš názor na kontinuální zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

.....

17) Uved'te Váš věk:

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 a více let

18) Délka praxe:

.....

19) Uved'te Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské vzdělání – všeobecná sestra
 - b) vyšší odborné vzdělání – diplomovaná všeobecná sestra
 - c) vysokoškolské vzdělání – bakalářský stupeň
 - d) vysokoškolské vzdělání – magisterský stupeň
- Pokud máte specializační vzdělání, uveďte jaké

20) Vaše pracoviště je:

- a) ambulance
- b) ARO, JIP
- c) standardní oddělení
- d) operační sál

Děkuji za čas, který jste věnoval/a vyplnění dotazníku.

Příloha E - Žádost o povolení průzkumného šetření

Ředitelství IKEM
Mgr. Martina Šochmanová
hlavní sestra

12.9.2012

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená hlavní sestro,

obracím se na Vás s prosbou o umožnění výzkumného šetření. Jmenuji se Šárka Hrdá, jsem studentkou 3. ročníku 1. LF UK v Praze. V rámci výzkumného šetření se budu zabývat managementem kvality ošetrovatelské péče. Cílem práce je zjistit podíl všeobecných sester na kontinuálním zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Mám zájem oslovit sestry lůžkových i ambulantních oddělení nemocnice IKEM. Jako techniku výzkumu jsem zvolila dotazník.

Chtěla bych Vás proto touto formou požádat o souhlas k provedení výzkumného šetření. Získaná data potřebuji pro vypracování bakalářské práce. Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se s nimi v případě zájmu seznámit.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Šárka Hrdá
Boloňská 604/J
Praha 10
10900

Hrdá Šárka

12.9.2012 Souhlasem a doporučením.



Mgr. Martina ŠOCHMANOVÁ

INSTITUT
KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY
Odbor ošetrovatelské péče
hlavní sestra
140 21 Praha 4-Krč, Vídeňská 1958/9