

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**Akreditace a její vliv na kvalitu poskytované péče**  
**v lůžkovém zdravotnickém zařízení**  
**Bakalářská práce**

Autor práce: Marcela Valentová

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Vašátková, Ph.Dr.

Hradec Králové 2010

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE**  
**FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**Accreditation and its influence on the quality of the care  
provided in health facilities**  
**Bachelor thesis**

The Author: Marcela Valentová  
Supervisor: Mgr. Ivana Vašátková, Ph.Dr.

Hradec Králové 2010

### ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové 21. 9. 2010

Marcela Valentová

.....

### Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Ivaně Vašátkové, Ph.Dr. za odborné vedení, za poskytnutí literatury, za laskavý a vstřícný přístup.

# Obsah

<b>OBSAH</b> .....	<b>3</b>
<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
<b>1 KVALITA – JAKOST</b> .....	<b>7</b>
1.1 CO JE KVALITA .....	8
1.2 HLEDISKA KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	9
1.2.1 Kvalita z hlediska klienta .....	9
1.2.2 Kvalita služeb z hlediska profesionálního přístupu .....	9
1.2.3 Kvalita z hlediska řízení .....	9
1.3 PRVKY A KRITÉRIA KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	10
1.3.1 Druhy indikátorů .....	11
1.3.2 Indikátory kvality péče .....	12
1.3.3 Standardy kvality péče .....	13
1.4 MĚŘENÍ KVALITY .....	14
1.4.1 Základní cíle, metody a požadavky .....	14
1.4.2 Zdravotnický audit .....	15
1.4.3 Ošetřovatelský audit .....	16
<b>2 SYSTÉMY ŘÍZENÍ A ZAJIŠŤOVÁNÍ KVALITY</b> .....	<b>18</b>
2.1 AKREDITACE .....	18
2.1.1 Historie akreditací v ČR .....	18
2.1.2 Cíle akreditace: .....	18
2.1.3 Co je Akreditace .....	19
2.1.4 Přínos akreditace pro zdravotní sestry .....	20
2.2 SYSTÉM JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANISATIONS (JCAHO) .....	20
2.3 SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČESKÉ REPUBLIKY (SAK) .....	22
2.3.1 Hlavní náplň činností SAK .....	22
2.3.2 Akreditační standardy .....	23
2.4 ISO NORMY .....	24
2.5 SYSTÉM EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT .....	26
2.6 NÁRODNÍ CENA KVALITY MALCOMA BALDRIGE .....	27
<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>28</b>
<b>3 CÍL EMPIRICKÉ ČÁSTI</b> .....	<b>29</b>
<b>4 POUŽITÉ METODY A ZKOUMANÝ SOUBOR</b> .....	<b>30</b>
4.1 ZDROJE ODBORNÝCH POZNATKŮ .....	30
4.2 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ A ODDĚLENÍ .....	30
4.3 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ .....	31

4.4 UŽITÁ METODA ŠETŘENÍ .....	31
4.5 REALIZACE ŠETŘENÍ .....	31
<b>5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>	<b>33</b>
5.1 KVANTITATIVNÍ DOTAZNÍK.....	33
5.2 ROZHOVOR .....	57
5.2.1 <i>Rozhovor se staniční sestrou</i> .....	57
5.2.2 <i>Rozhovor s vrchní sestrou</i> .....	58
5.2.3 <i>Rozhovor s hlavní sestrou</i> .....	60
<b>6 DISKUZE .....</b>	<b>63</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAFIE .....</b>	<b>71</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>75</b>
<b>ANOTACE .....</b>	<b>83</b>
<b>ANNOTATION.....</b>	<b>84</b>

## Úvod

Kvalita zdravotní péče patří mezi významné tradiční hodnoty zdravotní péče. V souvislosti s rozvojem nových medicínských technologií a také v důsledku univerzálnosti zdravotní péče nabývá tato hodnota nové rysy a rozměry (Gladkij, 1999, s. 3).

Kvalita zdravotní péče se hodnotí v medicínské péči, ošetrovatelské péči, v personálním vybavení, v technickém vybavení, sám klient je hodnotitelem kvality péče a samozřejmě jak efektivně je dané zařízení řízeno.

Nyní existuje několik mezinárodních a národních systémů, jež se zabývají kontrolou, hodnocením kvality poskytované zdravotní péče.

Akreditace je jedním z nástrojů zajišťování kvality poskytované zdravotní péče. Cílem akreditace je vytvořit podmínky pro kontinuální zvyšování kvality při poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních, standardizovat a zlepšovat kvalitu a bezpečnost poskytované péče na základě vědeckých poznatků snížit náklady na zdravotní péči. V neposlední řadě také zvýšit efektivitu při poskytování zdravotní péče a posílit důvěru veřejnosti (Vašátková, 2004, s. 1).

V dnešní době dochází k posunu vnímání poskytování zdravotní péče. Dříve byl pacient pouze diagnózou, bez potřeb a problémů. Pacient byl v pasivní roli, přijímal neadresné a neznámé informace. Nyní se z něj stává klient, který se chce podílet na léčbě. Chce znát svého lékaře, chce vědět, kdo jej ošetřuje, jak bude vyšetřován, jak bude léčen a co bude následovat po léčbě. Vydává negativní stanovisko, když není spokojen s poskytnutou zdravotní péčí. Toto stanovisko má být respektováno. Zkrátka požaduje určitou kvalitu ze svého hlediska i z hlediska profesionálního přístupu.

Z výše uvedených důvodů je proto nutné se kvalitou zabývat. Signálem pro klienta či zákazníka, že požadovaná péče je kvalitní a bezpečná, je právě Akreditace zdravotnického zařízení - národní nebo mezinárodní.

Toto téma jsem si vybrala, neboť se týká i všeobecných sester. Zajímá mě, zda je ošetrovatelská péče poskytována kvalitněji v akreditovaném zařízení, zda sestry znají své povinnosti, zda jsou v praxi dodržovány standardy, které jim akreditace ukládá a zda v neakreditovaném zařízení poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**



# 1 Kvalita – jakost

Kvalita má svou historii. Už když se vyráběly první nástroje sledovala se jejich kvalita.

Mezi prvními „institucemi“, jež sledovaly kvalitu, byly cechy. Stanovily pravidla, jejich plnění a za neplnění či šízení zákazníků dávaly tresty (poprava, useknutí ruky).

Změnu ve sledování kvality znamenala manufakturní výroba. Dříve byl za kvalitu výrobku zodpovědný pouze jeden výrobce. Při dělbě práce bylo nutno sledovat a kontrolovat celý proces výroby a kvalitu na jednotlivých úsecích tohoto procesu.

Postupně se vyvíjela teorie míry odpovědnosti za kvalitu i nevýrobních, servisních útvarů a vývoje, do popředí se dostávala odpovědnost za vedení podniku a za kvalitu.

Největší rozvoj řízení zaznamenáváme po 2. světové válce, kdy vznikl velký požadavek po nedostatkových výrobcích a kvalita výrobku byla faktorem konkurenčního boje. Řízení kvality spočívalo především v kontrole parametrů polotovarů a zkoušení hotových výrobků.

V 70. letech vznikala potřeba stabilizovat vlastnosti výrobku, a proto došlo k orientaci managementu kvality na procesy. Průkopníky této myšlenky byli Deming a Juran, kteří své teoretické znalosti uplatnili především v Japonsku, jež záhy tehdy ovládlo světové trhy.

Koncem 80. let se začíná management kvality orientovat na zákazníka. Tím kdo rozhoduje, zda je výrobek či služba kvalitní, je zákazník. Pokud je zákazník spokojený

a nakupuje, je služba či výrobek kvalitní. Podniky musely na tuto situaci reagovat reengineeringem procesů, do popředí se dostával marketing. Přestávala vyhovovat funkční struktura firem a objevila se orientace na procesní řízení a organizování lidí prostřednictvím týmů.

Poprvé se také objevují snahy o prokazování managementu kvality pro NATO (North Atlantic Treaty Organization) a následně pro NASA.

V roce 1980 vznikají pravidla pro civilní oblasti. Tehdy byla ustanovena technická komise ISO/TC 176, která zpracovala návrhy norem pro řízení jakosti. Schváleny byly v roce 1987 jako normy řady 9000. Podle nich se může řídit jakákoli organizace v jakémkoli státě světa. Normy byly revidovány v roce 1994 a v roce 2000.

Pod organizací ISO vznikají další speciální podnormy pro jednotlivé oblasti včetně zdravotnictví.

Tato norma byla poprvé zmíněna v roce 2001 v Detroitu. V současné době se dále pro trvalé zlepšování managementu kvality využívají další metody TQM (Total Quality Management) užívá se v USA.

Další činností, která sleduje podporu jakosti firmy a má právní nebo dobrovolný základ, je akreditace. Jedná se o uznání, že daný subjekt je způsobilý provádět specifické činnosti (laboratoř).

V současné době je možné získat cenu za jakost. V Evropě to je Evropská cena za jakost, v USA cena Malcoma Baldrige, Japonsko uděluje cenu Deminga.

V poslední době vyvíjí svoji činnost Evropská organizace pro jakost-EOQ (European Organization for Quality), jenž slučuje nad třicet národních organizací pro kvalitu. EOQ v rámci Evropské unie zformovala Vizi evropské jakosti - cesta kupředu. Jejím obsahem jsou návrhy činností, které pomáhají posilovat jakost v EU. Další Evropskou nadací pro řízení kvality je EFQM (European Foundation for Quality Management).

Evropské společenství navrhlo v roce 1994 oběma institucím uspořádat Evropskou platformu kvality, jako prostředek k podpoře evropské kvality v EU (Madar, 2004, s. 28).

## 1.1 Co je kvalita

Vymezení pojmu kvalita - jakost je mnoho:

Kvalita v systému zdravotní péče je uspokojování potřeb uživatelů (Mastiliaková, 2002, s. 9)

WHO definuje kvalitu jako soubor výsledků dosažených v prevenci diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.

Kvalitu péče lze chápat také jako „stupeň či úroveň, v jaké je péče provedena podle platných odborných a technických norem“ (Vašátková, 2003, s. 2).

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

Jakost je míra výsledku, která může být kategorizována v různých třídách (Madar, 2004, s. 30).

## **1.2 Hlediska kvality zdravotní péče**

Rozeznáváme tři úrovně kvality poskytování zdravotní péče (Gladkij, 2004, s. 14).

### **1.2.1 Kvalita z hlediska klienta**

Klient požaduje službu, očekává od ní naplnění svých potřeb, považuje za důležité:

- prevenci svých zdravotních problémů
- schopnost diagnostikovat zdravotní problémy
- účinek na tělesné, biologické, duševní a společenské funkce člověka
- shoda mezi diagnózou, prognózou a léčbou
- trvání léčby
- dostupnost péče
- osobní interakce
- úroveň obav ve vztahu k léčbě
- informace použitelné pro řízení individuální zdravotní péče

(Gladkij, 1999, s. 14)

### **1.2.2 Kvalita služeb z hlediska profesionálního přístupu**

Naplňují služby potřeby, tak jak jsou definovány profesionály, kteří je realizují nebo kteří pacienti k službám odesílají? Obsahují vhodné techniky a procedury, které jsou považovány za nezbytné k naplnění klientových potřeb (Gladkij, 2004, s. 15).

### **1.2.3 Kvalita z hlediska řízení**

Nejekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů v rámci limitů a direktiv, stanovených vyššími nadřízenými nebo plátcí. Přístupy ke kvalitě z hlediska řízení mohou mít tendenci preferovat některou z dimenzí kvality:

- odvrácení rizika a minimalizace zanedbání
- pravidelné stanovování minimálních standardů (formou akreditace pracovišť definující minimální požadavky) (Gladkij, 2004, s. 15)

- zajištění potřeb a požadavků pacienta
- sběr a analýza dat, jejich pravidelné vyhodnocování
- řízení dokumentů a údajů
- rozvoj organizace a struktury zdravotnického zařízení (Pešek, 2003, s. 46)

### 1.3 Prvky a kritéria kvality zdravotní péče

Donabedian a další autoři používají při měření kvality tři základní pojmy: 1. prvek, 2. kritérium, 3. standard.

Prvek představuje základní údaj, jehož množina dovoluje popsat poruchu zdraví nebo poskytovanou zdravotní péči.

Kritérium je jasně definovatelný prvek nemoci nebo péče, který je přesně měřitelný a který popisuje buď strukturu, proces nebo výsledek a má specifický vztah ke kvalitě.

Rozeznáváme tedy kritéria strukturální, procesuální, a výsledková.

Hodnotící kritéria jsou explicitní stanoviska, která mohou být užívána poskytovateli péče, ale i vnitřními a zevními kontrolními a regulačními orgány k určení, nakolik poskytovaná péče odpovídá doporučeným postupům.

Hodnotící kritéria mohou sloužit k analýze toho, jak jednotlivá hlediska procesu péče (tj. diagnostika, vedení, léčba) do sebe zapadají. Kritéria poskytují komplexnější informaci než jen izolované ukazatele incidence, spotřeby a výskytu. Takto formulovaná kritéria jsou stavebními bloky pro vědecky podložené stanovování standardů péče.

Kritérium musí být stanoveno tak, aby bylo jednoznačně a vhodně použitelné k měření úrovně kvality poskytované péče. Jako příklad kritéria může být uveden krevní tlak. Mírou struktury je, jaké jsou odborné, technické a časové předpoklady jeho měření. Mírou procesu péče je jakým způsobem, jak často a kde a kým je měřen a upravován. Mírou výsledku péče je naměřená výše tlaku, případně jeho následky a komplikace.

Kritéria jsou vytvářena odborníky na základě odborné expertízy a odborné literatury. Jsou to pečlivě definované míry kvality péče, které jsou určeny před začátkem měření kvality. Měla by být objektivní, validní, a konsistentní při opakovaném měření.

Pojem kritérium je v poslední době nahrazováno termínem indikátor zdravotní péče.

Indikátory se týkají tří hlavních oblastí kvality, což je struktura, proces a výsledek. Indikátory nejsou totéž co standardy péče. Jsou to spíše jednoduché nástroje pro určení oblastí, které potřebují hlubší prozkoumání (Gladkij, 2004, s. 27,28).

#### **Důležité vlastnosti indikátorů**

- jsou smysluplné – pomáhají nám zvyšovat kvalitu.
- indikátor je vždy kvantita, která nám něco říká o kvalitě.
- indikátor je vždy číslo.
- jsou to výstražné „značky, praporky, signály, markery“, které nás mohou varovat, že něco není v pořádku.
- nejsou neomylné.
- mohou být zaměřeny na negativní nebo pozitivní jevy.
- mohou být zaměřeny na lékaře, sestru, proces, klinickou událost nebo systém.
- výsledek indikátoru musí být zasažen do numerického kontextu, který nám umožní porovnat „něco s něčím“. Bez kontextu jsou indikátory pouze statistikou, ne nástrojem rozvíjení kvality (Škrlovi, 2003. s. 100)

#### **1.3.1 Druhy indikátorů**

**Indikátory četnosti**, jde o počet specifikovaných událostí, objevující se v daném prostředí.

Číselník představuje počet událostí, které jsou předmětem našeho zájmu a jmenovatel je počet pacientů, u nichž by se mohla daná událost vyskytnout (jmenovatel je také nazýván objemovým ukazatelem).

**Strážný indikátor událostí** nebo také síto výskytu je indikátor závažných událostí, které jsou předmětem důležitého zájmu např.: nežádoucí reakce na léky, reoperace (Gladkij, 2004, s. 28).

Bez efektivního využívání výsledků indikátorů kvality si dnes kvalitní léčebnou nebo ošetrovatelskou péči již nedokážeme představit (Škrlovi, 2003, s. 106).

### 1.3.2 Indikátory kvality péče

Slouží k měření ošetrovatelské péče v každodenní praxi, dle Americké asociace sester to jsou:

1. Výskyt nosokominálních infekcí – počet výskytů na 1000 pacientů v akutní péči.

2. Počet nehod, úrazů a dalších poškození pacientů – celkový počet pádů, zranění, poranění na 1000 pacientů, jejich iatropatogenních/sorrogenních poškození, prodloužení doby hospitalizace, zvýšení nákladů na léčbu a ošetrovatelské pomůcky. Pro nás stojí za úvahu, zda takovýto indikátor by nepomohl při věcné argumentaci žádosti navýšení sesterského personálu v našich nemocnicích.

3. Spokojenost pacientů, která hodnotí pomocí standardních otázek, a to v několika dimenzích:

- spokojenost s ošetrovatelskou péčí (klientovo mínění o sesterské péči, která mu byla poskytována během pobytu v nemocničním zařízení, otázky se vztahují ke klíčovým momentům ošetrovatelské péče),

- spokojenost s tlumením bolesti (klientovo mínění o tom, jak dobře se personál staral o tišení bolesti),

- spokojenost s množstvím poskytnutých informací (názor klienta na to, jak jsou sestry schopny edukovat a podávat informace),

- celková spokojenost s péčí (globální názor klienta na péči, která mu byla poskytována během pobytu v nemocnici).

Dotazníky zjišťující spokojenost by měly být k dispozici všem pacientům přijatým do nemocnice.

4. Udržování kožní integrity – celkový počet dekubitů (stupně II. - IV.) x 1000/celkový počet dní klienta, které strávil v nemocnici.

5. Spokojenost sester – spokojenost s povoláním vyjádřená sestrami zaměstnanými v nemocnici. Otázky by se měly týkat vnímání specifických aspektů jejich vnitřní situace.

6. Celkový počet hodin strávených ošetrovatelskou péčí sestrami na jeden den.

7. Poměr sester bakalářek, specialistek, zdravotních sester, pomocného personálu – poměr registrovaných sester k NZP a PZP. Jedná se tedy o určení správného počtu personálu různých kategorií individuálně pro různá pracoviště (Stejskalová., 1999, s. 51).

V České republice nejsou centrálně stanoveny indikátory kvality ošetrovatelské péče. Nemocnice jsou zapojeny např. do sledování počtu dekubitů v daném zařízení

a do sledování pádů a zranění u hospitalizovaných pacientů. V ČR je popsána, co je kvalitní (dobrá) ošetrovatelská péče. Nejčastěji je kvalitní praxe charakterizována těmito znaky:

- v zemi, ale i v konkrétním zařízení existuje jasná koncepce ošetrovatelství,
- péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu,
- péče je odvozena od potřeb pacienta,
- práce ošetrovatelského personálu je týmová,
- ošetrovatelský personál je dobře motivovaný a odborně připravený,
- ošetrovatelský tým si stanovil reálné cíle,
- ošetrovatelský personál dodržuje profesionální etický kodex,
- praxe (poskytovaná péče) je vědecky podložená,
- do ošetrovatelské péče jsou aktivně zapojeni pacienti/klienti,
- existuje účinná mezioborová spolupráce (České ošetrovatelství 2, s. 7, 2001).

### **1.3.3 Standardy kvality péče**

Standard je odborníky odsouhlasená úroveň poskytované péče, která respektuje dostupné zdroje. Standard (norma) vznikne nadefinováním podmínek pro poskytování ošetrovatelské péče, připojením jednoznačných kritérií a indikátorů kvality. Je to určité jednotné měřítko pro hodnocení kvalitativní úrovně poskytované péče.

Ošetrovatelské standardy jsou platné definice kvalitativní ošetrovatelské péče. Určují závaznou normu, umožňující objektivní hodnocení, poskytují pocit bezpečí a jistoty nemocným a chrání sestry před neoprávněným postihem.

Každá země při vytváření standardů vychází z vlastních podmínek a z podmínek jednotlivých zdravotnických zařízení. V tomto smyslu jsou tvořeny standardy na národní, regionální a místní úrovni.

Při vytváření standardů se mohou použít různé teoretické modely. Avedis Donabedian definoval zajišťování kvality z hlediska struktury péče, procesu péče a výsledku péče. Jde o systémový přístup pro hodnocení celkové kvality péče. Dle těchto základních charakteristik kvality můžeme dělit standardy do třech následujících oblastí:

**1. Strukturální standardy** – stanovují optimální personální, technické a hygienické vybavení pracoviště, které je předpokladem dosažené kvality péče. Určují i minimální požadavky pro zajištění zdravotní péče.

**2. Procesuální standardy** – jsou zaměřeny na specifiku ošetrovatelských činností. Lze je rozdělit na další dvě kategorie dle zaměření:

-standardy ošetrovatelských postupů určují postup ošetrovatelského výkonu „krok za krokem“.

-Standardy ošetrovatelských činností jsou jednak zaměřeny na jednotlivé ošetrovatelské problémy, např.: péče o pacienta s bolestí, prevence dekubitů, nebo problémy pacienta, které se vztahují k lékařské diagnóze, např.: péče o pacienta po operaci kyčelního kloubu, péče o pacienta s infarktem myokardu.

Procesuální standardy obsahují kritéria, která jsou systémově zaměřena na kvalitu, tudíž jsou seřazena jako strukturální, procesuální a výsledková kritéria.

**3. Standardy výsledků** – stanovují kritéria celkového hodnocení kvality poskytované péče. Pro objektivní zjištění a stanovení skutečné úrovně poskytovaných služeb lze použít metodiku ošetrovatelského auditu nebo porovnání strukturálních, procesuálních a výsledkových kritérií.

Standardy vytvářené na vědecké bázi umožňují aplikaci poznatků ošetrovatelského výzkumu do praxe. Metodika tvorby standardů by se neměla lišit, měla by být jednotná pro tvorbu standardů na národní, regionální či místní úrovni. V každém případě se vždy jedná o multioborovou spolupráci odborníků.

Pouhé vytvoření norem, standardů ještě není zárukou, že odvádíme kvalitní výkon, činnost. Abychom měli zajištěnou zpětnou vazbu, musíme pravidelně sledovat, zda jsou standardy dodržovány. I toto sledování by mělo být prováděno standardní metodou, abychom měli možnost porovnávat výsledky mezi jednotlivými odděleními, klinikami, zdravotnickými zařízeními (Vašátková, 2004, s. 4,5).

## **1.4 Měření kvality**

### **1.4.1 Základní cíle, metody a požadavky**



Pokrok ve zlepšování kvality vyžaduje jako důležitou složku měření kvality. Chceme-li soustavně zlepšovat délku a kvalitu života, návrat funkcí a omezování bolesti, je nezbytné pravidelně a systematicky tyto skutečnosti a funkce měřit a vyhodnocovat. Historicky se kvalita posuzovala jako daná přiměřenými přístroji, budovami a zkušenými pracovníky, což jsou jen předpoklady kvalitní péče. Toto hodnocení je umocněno monitorováním kvality ve smyslu měření procesů péče, klinických výsledků péče a vztahem obou k nákladům péče.

Každá oblast by měla být hodnocena z hlediska:

1. filozofie cílů,
2. řízení pracovníků,
3. rozvoje a vzdělávání pracovníků,
4. postupů procedur,
5. zařízení a vybavení,
6. vyhodnocování a zajišťování kvality.

Měření kvality zpravidla nemůže být realizováno jen jedním činitelem, ani jen samotnými lékaři, ani jen manažery, pojišťovnou či nadřízeným úřadem. Měření musí být pečlivě zabudováno do plánu zlepšování kvality spolu s řadou složek procesu. K měření kvality se používá dvou základních metodologických přístupů a statistických postupů. Předmětem kazuistických přístupů mohou být jednotlivé problémy (reoperace, náhlá úmrtí, opakovaná přijetí na intenzivní péči) nebo jednotlivé druhy diagnóz. Statistický přístup může být uplatněn formou informací z rutinně vedených statistik, nebo formou zvláště plánovaných vyšetření či kontrolovaných klinických pokusů (Gladkij, 2004, s. 24,25).

#### **1.4.2 Zdravotnický audit**

Analýza procesu zdravotní péče bývá často nazývána zdravotnický audit. Zdravotnický audit představuje systematickou analýzu zdravotní péče včetně postupů, užívaných v diagnostice a léčbě, ve využívání zdrojů i analýzu úrovně kvality života pacientů.

1. Jde o systematický proces, při němž lékaři a další odborníci vyhodnocují svou práci.

2. Jde o proces, při němž je systematicky hodnocen výsledek činnosti. Zdravotní audit není proto jen prostým sběrem údajů, ale především kladením otázek, týkajících se výsledků péče, tak i způsobů, jimiž je péče poskytována.

3. Jde především o posuzování kolegy, tedy vždy o důvěrné údaje. Součástí auditu jsou např.: velké vizity nebo provozní porady oddělení (Gladkij, 2004, s. 25).

Cílem vyhodnocování výsledků péče je rozpoznat, zda proces zlepšování kvality je optimální a zda byly účelně vynaloženy finanční prostředky. Měli bychom se poučit z dosažených výsledků, použít je k identifikaci problémů a stanovení nápravných opatření.

Výsledky auditu jsou konkrétní, objektivní zjištění, která nám napomohou k prosazení takových opatření, jako je např. kvalitní vybavení antidekubitárními pomůckami při výskytu dekubitů, zavedení dezinfekčního programu spolu se školením všech pracovníků v oblasti dezinfekce rukou při výskytu nozokominálních nákaz apod. (Vašátková, 2003, s. 9).

### **1.4.3 Ošetrovatelský audit**

Ošetrovatelský audit představuje systematické vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. V tomto kontextu je vyhodnocení ošetrovatelského procesu, tak jak je dokumentován v chorobopisu propouštěných pacientů, důležitým nástrojem auditu. Je založen na profesionálních standardech a má za úkol zjistit, jak dalece se ošetrovatelský proces - péče o pacienta, práce nebo výkon sestry – těmito standardy řídí nebo se s nimi slučuje.

Cílem auditu není vyhodnocení výkonu sester za účelem hledání chyb a následných disciplinárních opatření. Jde o nalezení „slabých míst“ v systému / procesu o zajištění co nejrychlejší nápravy. Je třeba si uvědomit, že pro oddělení, které nechce nebo neumí pružně reagovat na problémy identifikované auditem, ošetrovatelský audit nemá velkou hodnotu. Schopnost a ochota oddělení realizovat potřebné změny jsou jednou z hlavních podmínek úspěchu ošetrovatelských auditů.

#### **Ošetrovatelský audit se řídí následujícími základními principy:**

- audit je partnerský postup
- předmět auditu je vždy předem oznámen
- nelze jej delegovat a realizovat bez potřebných znalostí a dovedností

- je prováděn týmově s manažerkou programu kontinuálního zvyšování kvality
  - zahrnuje porovnání skutečné ošetrovatelské praxe
  - cílem je najít “slabá místa“ a odchylky od směrnic nebo standardů a za účelem zlepšení
  - na opatření k nápravě pracuje tým sester oddělení, kde byl audit proveden
  - výsledkem auditu jsou fakta uznaná těmi, jejichž se audit týká
  - výsledky nejsou zveřejňovány, informováno je pouze oddělení, kde audit proběhl
1. kopie formuláře o výsledku auditu, vypracování plánu náprav a dokumentace jejich realizace je předána manažerce programu kontinuálního zvyšování kvality a hlavní sestře

#### **Druhy ošetrovatelského auditu:**

1. Retrospektivní revize – revize ošetrovatelských záznamů propuštěných pacientů.
2. Audit implementace ošetrovatelských nebo akreditačních standardů – cílem je přesvědčit se o tom, zda se v praxi tyto odsouhlasené standardy dodržují.
3. Algoritmový audit – vyhodnocení strategie péče z perspektivy zachování dohodnutých procesů a jejich možných alternativ (mapy péče, klinické postupy).
4. Audit z výsledků péče – nespokojuje se pouze zjištěním, kdo - jak - komu, ale klade si otázku: Bylo to k něčemu dobré?

Hlavním účelem ošetrovatelského auditu je odůvodnění nákladů na personální a materiální zdroje, sledování efektivity péče, podpora kritického myšlení směřující u sester k analýze vlastní péče a skutečných potřeb pacientů (Škrlovi, 2003, s. 108,109).

## **2 Systémy řízení a zajišťování kvality**

Kvalita poskytovaných zdravotnických služeb je citlivým tématem, které nezajímá jen poskytovatele léčebné péče, ale i širokou veřejnost. Objevují se různé přístupy, které se snaží o vyhodnocování kvalitativní úrovně zdravotnických činností (Madar, 2004, s. 43).

### **2.1 Akreditace**

Akreditace je metoda, pomocí níž můžeme objektivně hodnotit kvalitu poskytované péče ve zdravotnickém zařízení.

#### **2.1.1 Historie akreditací v ČR**

České zdravotnictví si v roce 1989 bylo vědomo značných rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, jak v oblasti fyzického stavu nemocnic, tak technického vybavení. Velké rozdíly byly také v personálním obsazení a ve způsobu, jakým zdravotnický personál poskytoval léčebnou a ošetrovatelskou péči. V roce 1994 byl iniciován projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela pracovní skupina při MZ (MZ, zástupci asociací nemocnic, ČLK, zástupci pojišťoven, ČAS, ÚZIS a ředitelé vybraných nemocnic) řada zkušeností byla získána studováním modelu americké JCAHO. Projekt byl ukončen v roce 1998 vytvořením Spojené akreditační komise ČR (SAK-ČR). V roce 1999 byla v ČR akreditována první nemocnice (Škrlovi, 2003, s. 72).

#### **2.1.2 Cíle akreditace:**

1. vytvořit podmínky pro kontinuální zvyšování kvality při poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních,
2. standardizovat a zlepšovat kvalitu a bezpečnost poskytované péče na základě vědeckých poznatků,
3. snížit náklady na zdravotní péči,
4. zvýšit efektivitu při poskytování zdravotní péče, posílit důvěru veřejnosti.

### 2.1.3 Co je Akreditace

Akreditaci lze mj. definovat jako formální proces, jehož cílem je poskytování bezpečné zdravotní péče na nejvyšší možné úrovni kvality, tedy jako posouzení výkonu určitého zdravotnického zařízení. Nejedná se tedy o administrativní kontrolu zaměřenou na formální a věcnou správnost vnitřních předpisů, ale o vysoce praktický proces spočívající v prověření všech činností daného zařízení, které mohou ovlivnit péči o pacienta.

Akreditační inspektoři sledují veškerý pohyb pacienta daným zařízením – od přijetí, přes organizaci laboratorních a dalších vyšetření, léčby, případně intervenčních výkonů, až po propuštění. Akreditace využívá specializovaných norem – akreditačních standardů. Na rozdíl od obecných „technických“ předpisů jsou akreditační standardy psány jazykem, který je bez nutnosti interpretace srozumitelný pro pracovníky zdravotnických zařízení. To je velmi důležitý aspekt, protože umožňuje nemocnicím a léčebnám, aby se na případnou akreditaci připravily samostatně, bez nutnosti nepřiměřeného navyšování nákladů o externí konzultační služby.

Vlastní akreditační proces – tedy ověření toho, jak přihlášené zařízení dodržuje akreditační standardy – realizují kvalifikovaní akreditační inspektoři – lékaři, zdravotní sestry a administrátoři zdravotnických zařízení s delší odbornou praxí (Marx, 2008, online).

Akreditace je dobrovolný proces, zdravotnické zařízení se rozhoduje samo, zda projde akreditačním procesem. Cílem zdravotnického zařízení by mělo být vytvořit systém řízení kvality. K tomu je nutné motivovat všechny pracovníky daného zdravotnického zařízení.

Výstupy akreditačního šetření nám říkají, zda dané zdravotnické zařízení poskytuje kvalitní péči, služby. Výstupy mohou být také podkladem pro rozhodování dalších institucí, např.:

- státní správu – zda se vyplatí dané zdravotnické zařízení provozovat,
- stavovské organizace – jací odborníci v daném zdravotnickém zařízení pracují,
- plátce zdravotní péče – zda jsou finanční prostředky efektivně a účelně vynaloženy,
- poskytovatele – v jaké oblasti poskytované péče má nedostatky, v jaké poskytuje kvalitní péči,
- pacienty – pro které zdravotnické zařízení se má rozhodnout,

- o veřejnost – dobrá image zdravotnického zařízení (Vašátková, 2004, s. 5)

#### **2.1.4 Přínos akreditace pro zdravotní sestry**

Akreditační proces řeší řadu chronických problémů českého ošetrovatelství. Skutečnost, že se sestry účastní celého procesu jako rovnocenné partnerky spolu s lékaři a manažery, představuje důležitý posun v našem zdravotnictví.

Přínos akreditací pro ošetrovatelství:

1. zlepšení kvality ošetrovatelské péče a ošetrovatelské dokumentace na všech odděleních,
2. vytvoření prostředí, které je radostnější, bezpečnější a atraktivnější pro sestry i pacienty,
3. snížení variability v pracovních a ošetrovatelských procesech a zdravotnické dokumentaci,
4. efektivnější využívání zdrojů, překonání „provozní slepoty“,
5. budování organizační kultury, v níž existuje dimenze osobní odpovědnost za kvalitu a efektivitu práce,
6. zlepšení vztahů mezi členy multidisciplinárního týmu,
7. lepší image zdravotnického zařízení a zdravotníků,
8. snížení fluktuace pracovníků (Škrlovi, 2003, s. 73).

## **2.2 Systém Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO)**

JCAHO se zabývá akreditací zdravotnických zařízení. V roce 1951 v USA byla ustanovena, jako nezávislá nestátní organizace. Jejím posláním je zlepšování kvality zdravotní péče poskytované veřejnosti. V roce 1987 byl změněn název organizace na Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

JCAHO provádí akreditace zdravotnických zařízení v těchto oblastech:

1. Ambulantní / primární péče.
2. Domácí péče a péče v hospicích.

3. Nemocnice.
4. Laboratoře.
5. Zařízení dlouhodobé péče.

Činnost JCAHO spočívá ve vypracování a vydávání standardů, posuzování činnosti zdravotnických zařízení, která o to požádají a ve vydání akreditací. Úzce spolupracuje s federální vládou USA a s vládami jednotlivých amerických států v oblasti dohledu nad kvalitou zdravotní péče poskytované občanům (Mastiliakova , 2003, s. 4,5).

Dceřinou společností JCAHO je **Joint Commission International Accreditation (JCIA)**.

Byla založena v roce 1998 a jejím cílem je zvyšovat kvalitu péče v mezinárodním prostředí pomocí akreditace zdravotnických zařízení. JCIA vytvořila za podpory mezinárodní pracovní skupiny mezinárodní akreditační standardy s hodnotícími indikátory. Akreditačních standardů je více než 300 a jsou rozděleny do oblastí poskytování přímé péče o pacienta a oblastí sledující přímo kvalitu činnosti organizace (Vašátková, 2007, s. 10, 11).

V těchto standardech se setkáváme s použitím průmyslového modelu řízení kvality. TQM-Total Quality Management/Celkové řízení kvality a CQM-Continuous Quality Improvement/Kontinuální zvyšování kvality. Tyto modely spolu úzce souvisí a označuje se jimi strategie řízení systému zdravotní péče (organizace), aby fungoval maximálně efektivně (s co možná nejnižšími náklady) a výkonně (maximálně využíval lidské i materiální zdroje) ve věcech oblastech a činnostech, které ho tvoří.

Cílem TQM, CQI je celková kvalita všech poskytovaných služeb v systému (i organizacích ), která je vymezena zákonnou normou státní správy (Mastiliakova , 2003, s. 7).

TQM vzniklo na základě zkušeností japonských a amerických firem zaměřených na zabezpečování jakosti a klade důraz na neustálé zlepšování. Celkové řízení kvality je koncipováno tak, aby fungovalo maximálně efektivně a výkonně, s co možná nejnižšími náklady, aby maximálně využívalo lidské a materiální zdroje ve všech oblastech, které je tvoří. Hlavní principy TQM v systému zdravotní péče jsou: zaměření na uživatele péče, klienty - pacienty, týmová spolupráce, odstranění bariér a řízení lidských zdrojů. Konečným cílem TQM je transformace celého systému zdravotní péče tak, aby personál, služby a všechny ostatní činnosti byly zaměřeny na uspokojování potřeb klientů (Madar, 2004, s. 45).

## **2.3 Spojená akreditační komise České republiky (SAK)**

Spojená akreditační komise České republiky vznikla v roce 1998 jako zájmové sdružení právnických osob. Stanovila standardy, jež jsou členěny do několika oblastí. Byly vydány jako metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR (Madar, 2004, s. 44). Vyhláška obsahuje základní pravidla akreditace a vyjmenovává padesát akreditačních standardů. Tým odborníků, kteří standardy sestavovali vycházel z mezinárodních akreditačních standardů Joint Commission International on Accreditation (Vašátková, 2007, s. 11).

### **2.3.1 Hlavní náplň činností SAK**

1. Vydávání akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení včetně podrobné metodiky.
2. Pomoc zdravotnickým zařízením připravujícím se k akreditaci, specifikuje metodiku podle potřeb zdravotnického zařízení, poradenství při vytváření vnitřních norem pro dané zařízení, poradenská činnost na místě včetně akreditace nanečisto.
3. Organizace regionálních i celostátních vzdělávacích akcí zabývajících se problematikou kvality zdravotní péče a bezpečnost pacientů.
4. Vydávání publikací zaměřených na zvyšování kvality zdravotní péče o pacienty a zajištění jejich bezpečí.
5. Spolupráce s ostatními organizacemi v ČR, jenž se podílejí na zvyšování kvality zdravotní péče a spolupráce s orgány státní a veřejné správy ve zdravotnictví.
6. Podílí se na mezinárodní spolupráci v oblasti zvyšování kvality zdravotní péče a zajištění bezpečí pro pacienty.
7. Vytváří a spravuje vlastní systém vzdělávání konzultantů a inspektorů akreditačního procesu (SAK ČR, 2009, online).



### 2.3.2 Akreditační standardy

Spojená akreditační komise vypracovala řadu akreditačních standardů, které jsou rozděleny do několika kapitol. SAK vytvořil již několik „Akreditačních pracovních sešitů“.

Tyto sešity slouží jako manuály pro poskytování lůžkové zdravotní péče. Jedná se o Národní akreditační standardy pro nemocnice (2002), Národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče (2010) a pro poskytování ambulantní péče slouží Národní akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení (2010).

Každý akreditační standardy se skládá z názvu standardu, vyjádření účelu naplnění standardu a indikátorů standardu, text je řazený do kapitol.

Zde uvádím příklad dvou standardů, které jsem použila v dotazníku:

#### **Standard 9: Každý pacient bude mít provedeno vstupní ošetřovatelské vyšetření ošetřující sestrou do 24 hodin po přijetí.**

Účel a naplnění standardu:

Tento standard v návaznosti na předcházející ukládá posuzované nemocnici jednak ukázat rozsah vstupního ošetřovatelského vyšetření (ošetřovatelská anamnéza) prováděného sestrami a jednak kontrolovat v praxi, zda vyšetření takto provádí. Standard se vztahuje na všechny pacienty přijímané do péče dané nemocnice, nerozlišuje mezi pacienty přijímanými akutně a pacienty objednanými k hospitalizaci. Interval 24 hodin může nemocnice vnitřním předpisem libovolně zkrátit nebo prodloužit tam, kde uzná za vhodné (psychiatrická péče, následná péče).

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má vnitřní předpis, který ukládá rozsah vstupního ošetřovatelského vyšetření pacientů přijímaných k hospitalizaci. A to jednotně pro celou nemocnici nebo dle jednotlivých pracovišť – tzv. posouzení stavu individuálních potřeb jedince.

2. Tento předpis upravuje rozsah a formu dokumentace provedeného vyšetření sestrou či jiným pracovníkem: uvedený rozsah a forma jsou v dokumentaci nemocnice respektovány.

3. Tento předpis stanoví interval, do kterého je sestra či jiný pracovník povinen vstupní vyšetření přijatého pacienta provést a dokumentovat.

#### **Standard 71: V nemocnici se dodržuje hygiena rukou**

Účel a naplnění standardu:

Mytí a dezinfekce rukou jsou základem prevence nemocničních infekcí. Dodržování zásad hygieny rukou je vhodným indikátorem kvality péče. Nemocnice naplní tento standard dostupností a dostatečným množstvím zásobníků na mycí emulze a mýdlo, dezinfekční prostředky, jednorázové ručníky na místech epidemiologicky a provozně významných. Na viditelných a dostupných místech je vhodné umístit názorné obrázky správné techniky mytí a dezinfekce rukou (hygienická, chirurgická) a používání rukavic. Personál je pravidelně školen kompetentními osobami ve správné technice mytí a dezinfekce rukou v souladu s platnou legislativou. O školení je vedena evidence. Nemocnice kontroluje pracovní postupy a činnosti, kde je vyžadováno mytí a dezinfekce rukou a používání rukavic.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice kontroluje správné postupy při mytí a dezinfekci rukou.
2. Nemocnice provádí opatření ke zvýšení míry dodržování hygieny rukou.
3. Nemocnice provádí pravidelná školení v hygieně rukou.

Nemocnice, které se ucházejí o akreditaci, musí splňovat kritéria daného standardu (Marx, Vlček, 2009, s. 26, 81).

## 2.4 ISO NORMY

ISO normy jsou mezinárodní normy přijaté Mezinárodní normalizační společností v roce 1987 a postupně novelizované v letech 1994 a 2000. Zkratka ISO znamená International Organisation for Standardization – Mezinárodní organizace pro standardizaci, organizace sídlí v Ženevě. Jejím programem je zkoumat procesy v organizaci z pohledu kvality. Tento program má prověřit, zda v organizaci existují správně dokumentované a efektivně fungující procesy kvality, a zajistit základní podmínky a předpoklady pro trvalou kvalitu procesů v dané organizaci.

Normy mají univerzální charakter, kladou důraz na prevenci zabezpečování kvality a jsou aplikovatelné jak ve výrobních podnicích, tak i v podnicích služeb bez ohledu na jejich velikost (Pešek, 2003, s. 36).

Existuje pět hlavních dokumentů obsahující standardy ISO – 9000 až 9004.

ISO 9001 se zaměřuje na požadavky systému jakosti a je pokládán za nejobsažnější část systému. Používá se tehdy, jestliže dodavatel má zaručit dodržování stanovených požadavků v průběhu plánování, vývoje, výroby, instalace a poskytování servisu. Je to široce zaměřený dokument, který má dvacet jednotlivých sekcí.

I když je možno řadu prvků systému ISO aplikovat do oblasti zdravotní péče, u řady dalších to nelze, zejména při hodnocení klinické péče. Požadavky ISO jsou zaměřeny do oblasti výroby a používají terminologii lišící se od té, která se používá v oblasti zdravotnictví. To je jeden z důvodů, který znesnadňuje srovnání ISO se standardy zdravotní péče. Ve výrobním procesu lze produkt jasně popsat, nebo jde o hmotný předmět. Ve zdravotnictví tomu tak není. Standardy ISO jsou zaměřeny na jasně určený proces řízení kvality, jehož cílem je trvale produkovat výrobek nebo službu odpovídající definovaným kritériím, a na posuzování této shody.

Standardy ISO se zaměřují na systém řízení kvality, který zajišťuje shodu s přesným popisem. ISO používá následující kategorie:

- systém kvality,
- kontrola uzavřených dohod,
- kontrola systému plánování,
- kontrola dokumentů a dat,
- proces nákupu,
- kontrola produktu dodávaného zákazníkovi,
- identifikace produktu a jeho nezaměnitelnost,
- kontrola procesů,
- inspekce a testování
- výbava pro inspekci, měření a testování,
- stav testování
- kontrola neshodného produktu
- nápravné a preventivní činnosti
- manipulace, skladování, balení, uchovávání a dodávání,
- záznamy o kvalitě,
- vnitřní audity kvality,
- udržování efektivní pracovní síly,
- údržba,
- statistické postupy.

Z uvedeného je zřejmý nedostatečný důraz systému ISO na poskytování klinické péče. Obecně lze konstatovat, že pacient nebude nikdy „shodný produkt“. Na druhé straně z uvedeného vyplývá možnost použití ISO standardů při posuzování laboratorní činnosti, kde je kontrola kvality a měření zásadní prioritou (Mezinárodní akreditační standardy, 2008, s. 256)

## 2.5 Systém European Foundation for Quality Management

Evropská nadace pro řízení kvality byla založena v roce 1988 s podporou EU. V současné době ji tvoří více než 600 institucí včetně výzkumných pracovišť prestižních evropských univerzit.

Posláním EFQM je stimulovat evropské instituce, ke zlepšování jejich činností s cílem dosáhnout vysokého stupně spokojenosti jejich zákazníků i zaměstnanců a pozitivního vlivu na výsledky podnikání. Dále podporovat manažery evropských organizací v prosazování takových postupů, které kvalitu vnímají jako zásadní faktor k dosažení konkurenční výhody.

Cílem EFQM je vytvořit a poskytnout zájemcům základní strategickou osnovu a kritéria pro řízení organizace a pro zmapování oblastí, kde je možno zvyšovat kvalitu a to bez ohledu na typ velikosti organizace. Ocenit nejlepší vítěznou organizaci (držitelka ceny) a ta se stává vzorovou organizací pro kvalitu řízení.

Jednotlivé organizace jsou posuzovány v následujících oblastech:

- řízení organizace
- strategie rozvoje organizace, její poslání
- řízení lidských zdrojů
- finanční management
- řízení provozu organizace
- spokojenost zákazníků/klientů
- spokojenost zaměstnanců
- vliv činnosti organizace na společnost
- výstupy činnosti organizace (Matiliakova, 2002, s. 5,6)

V roce 2000 se stala Česká republika členem Skupiny pro zdravotnictví Evropské nadace pro řízení jakosti (European Foundation for Quality Management Health Sector

Group“ - EFQM HSG). V současné době probíhá ve zdravotnictví velké množství aktivit, které se týkají akreditačního systému, standardizace a řízení kvality zdravotní péče. Program EFQM je celkový model zavádění jakosti, který je řádně sestaven, odzkoušen a nyní používán v celé Evropě pro management kvality. Tento model lze aplikovat do oblastí zdravotnictví, ale i do oblastí sociální a pro orgány státní správy a samosprávy (Vašátková, s. 8 2004).

## 2.6 Národní cena kvality Malcoma Baldrige

Prezident Ronald Reagan podepsal 20. 8. 1987 zákon číslo 100-107, kterým na počest ministra obchodu USA Malcoma Baldrige zřídil stejnojmennou Národní cenu kvality. Od té doby se tato cena, kterou uděluje Národní institut pro standardy a technologii při Ministerstvu obchodu USA, stala označením vynikajících amerických společností.

K vytvoření ceny vedly tři důvody:

- snaha o rozšíření informací o zvyšování kvality,
- potřeba poukázat na úspěchy dosažené v procesu zvyšování kvality,
- potřeba vzájemného předávání informací o zvyšování kvality.

Ocenění úspěchů dosažených organizací s nejlepším systémem řízení kvality je významné jednak samo o sobě, jednak proto, že si díky tomu uvědomí i ostatní organizace důležitost kvality při řízení a mohou využít zkušenosti oceněné instituce.

Držitelé Baldrigeovy ceny jsou na základě federálního zákona povinni poskytnout zájemcům informace o tom, jak postupují při řízení kvality. Cena Malcoma Baldrige se uděluje v následujících kategoriích:

- Výrobní organizace.
- Organizace služeb.
- Drobné podnikání.

V roce 1998 byla zveřejněna kritéria Baldrigeovy ceny pro oblast zdravotní péče, která se zabývá neustálým zvyšováním kvality z hlediska uspokojení zákazníka a na kvalitu provozu.

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

### 3 Cíl empirické části

Empirická část je zaměřena na výzkum, zda je kvalita poskytované zdravotní péče vyšší v akreditovaném zařízení nebo v neakreditovaném zdravotnickém zařízení. Výsledek výzkumu vede k odhalení, zda jsou dodržovány standardy ošetrovatelské péče a platná legislativa. Výzkum byl proveden v OLÚ Albertinum Žamberk - plicní oddělení a v OLÚ Paseka – plicní oddělení.

Cílem empirické části bylo zjistit, zda jsou dodržovány tyto standardy SAK ČR. Tyto standardy vyplývají z naší legislativy.

**Standard č. 9:** Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vstupní ošetrovatelské vyšetření ošetřující sestrou do 24 hodin od přijetí.

**Standard č. 71:** V nemocnici se dodržuje hygiena rukou.

#### **Dílčí cíle:**

1. Zmapovat, zda jsou rozdíly v dodržování a naplňování ošetrovatelských standardů / legislativy v akreditovaném OLÚ Paseka a neakreditovaném OLÚ Albertinum Žamberk.

2. Na základě zjištěných nedostatků vytvořit dotazník pro staniční, vrchní a hlavní sestru neakreditovaného zařízení a pomoci nalézt kroky ke zlepšení stávajícího stavu.

## **4 POUŽITÉ METODY A ZKOUMANÝ SOUBOR**

Při pilotním výzkumu bylo použito dotazníkové metody, byla zjišťována především kvantitativní data. Dotazníky byly sestaveny samostatně pod dohledem Mgr. Ivany Vašátkové, Ph.Dr..

Při kvalitativním výzkumu byla použita metoda rozhovoru, dotazník pro rozhovor byl sestaven samostatně pod dohledem Mgr. Ivany Vašátkové, Ph.Dr..

### **4.1 Zdroje odborných poznatků**

Odborné poznatky a údaje potřebné k vytvoření dotazníků byly získány studiem odborné literatury, české legislativy, standardů Spojené akreditační komise ČR odborných časopisů a z dat internetové sítě.

### **4.2 Charakteristika zdravotnického zařízení a oddělení**

OLÚ Albertinum Žamberk je středně velký léčebný ústav. Nachází se zde 3 lůžková oddělení: léčebna dlouhodobě nemocných, psychiatrie a plicní oddělení.

Pro výzkumné pilotní šetření bylo zvoleno plicní oddělení. Plicní oddělení má 106 lůžek z toho 26 lůžek je izolát pro TBC. Péče je zaměřena na pacienty s chronickým a akutním onemocněním dýchacích cest. Na základě pilotní studie, v které jsem detekovala nedostatky v dodržování standardů, jsem provedla rozhovor se staničnicí, vrchní sestrou tohoto oddělení a pak s hlavní sestrou OLÚ Žamberk.

OLÚ Paseka je středně velký léčebný ústav, v roce 2007 úspěšně prošel šetřením Spojené akreditační komise ČR, splnil kritéria pro řízení a kontinuální zvyšování kvality dle národních akreditačních standardů. Nachází se zde 3 lůžková oddělení: rehabilitační oddělení, léčebna dlouhodobě nemocných a plicní oddělení. Péče na plicním oddělení je zaměřena na pacienty s pneumologickým onemocněním a na pacienty s aktivní plicní



tuberkulózou. Pilotní šetření bylo provedeno na plicním oddělení, zde nebyly nalezeny nedostatky v dodržování akreditačních standardů.

### **4.3 Charakteristika souboru respondentů**

Pro pilotní dotazník byly vybrány všeobecné zdravotní sestry plicních oddělení OLÚ Paseka a OLÚ Albertinum Žamberk. Všeobecné sestry jsou způsobilé k výkonu povolání bez zdravotnického dohledu.

Pro kvalitativní rozhovor jsem vybrala staničnickou, vrchní sestru plicního oddělení a hlavní sestru OLÚ Albertinum Žamberk. V tomto zařízení byly nalezeny nedostatky v plnění výše uvedených standardů.

### **4.4 Užitá metoda šetření**

V bakalářské práci jsem užívala kvantitativní šetření i kvalitativní šetření. K získání kvantitativních dat byla použita dotazníková metoda. Pilotní dotazník obsahoval formulované otázky, které vyseletovaly nedostatky v plnění výše uvedených standardů. Na těchto nedostatcích byly postaveny dotazníky pro rozhovor. Získané hodnoty z pilotního dotazníku jsem zpracovala prostřednictvím tabulkového kalkulátoru Microsoft Excel. Jako výstupní formu jsem zvolila tabulky a grafy.

V pilotním dotazníku byly užití uzavřené otázky. Uzavřené otázky se vyznačují tím, že se respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí a respondent z nich vybere jednu či více odpovědí.

K získání kvalitativních dat jsem použila metodu rozhovoru zaměřeného na problémy, jež byly zjištěny z pilotního výzkumu.

### **4.5 Realizace šetření**

Výzkum byl proveden v OLÚ Albertinum Žamberk a OLÚ Paseka. Žádost o výzkumné šetření byla podána v OLÚ Albertinum Žamberk ústně dne 11. 1. 2010 řediteli prim. MUDr. Jiřímu Jirešovi a hlavní sestře Marii Krejšové. Žádosti bylo vyhověno ihned.

Do OLÚ Paseka byla žádost poslána e-mailem dne 26. 2. 2010 ředitelce prim. MUDr. Zdence Polzerová, MBA a hlavní sestře Heleně Maulerové. Žádosti bylo vyhověno 27. 2. 2010.

Výzkumné pilotní šetření bylo zahájeno rozdělením dotazníku všeobecným sestřím na konci měsíce ledna 2010 a trvalo do konce měsíce února 2010. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, v každém zařízení 40 dotazníků. V OLÚ Albertinum Žamberk se výzkumu účastnilo 35 všeobecných sester ženského pohlaví (návrtnost 87,5 %), z toho 9 dotazníků nevyhovělo – byly nedostatečně nebo nebyly vůbec vyplněny. Ke konečnému zpracování bylo použito 26 (65 %) dotazníků.

V OLÚ Paseka se výzkumu účastnilo 30 všeobecných sester ženského pohlaví (návrtnost 65 %), z toho 10 dotazníků bylo nedostatečně vyplněno. Ke konečnému zpracování jsem použila 20 (50 %) dotazníků.

Na základě vyhodnocení dotazníků jsem identifikovala nedostatky, které se vztahovaly k plnění standardů. Na podkladě těchto nedostatků jsem postavila kvalitativní rozhovory pro staniční a vrchní sestru plicního oddělení a hlavní sestru OLÚ Albertinum Žamberk.

## 5 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou komentovány na základě předloženého dotazníku.

### 5.1 Kvantitativní dotazník

Počet otázek 23

#### Otázka č. 1 – Je vaše zdravotnické zařízení akreditované?

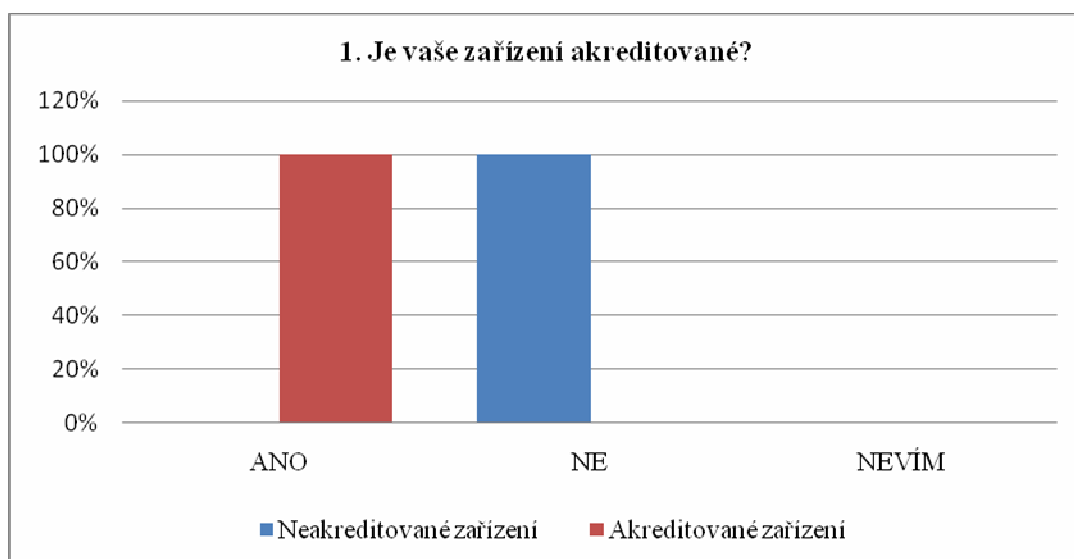
V neakreditovaném zařízení OLU Albertinum Žamberk odpovědělo všech 100% všeobecných sester, že není zařízení akreditované.

V akreditovaném zařízení odpovědělo 100% respondentů, že zařízení je akreditované. Tyto odpovědi jsem očekávala.

Z odpovědí je zřejmé, že respondenti vědí, zda jsou nebo nejsou akreditovaným zařízením.

Tabulka č. 1 - Je zdravotnické zařízení akreditované

	ANO	NE	NEVÍM
Neakreditované zařízení	0%	100%	0%
Akreditované zařízení	100%	0%	0%



Graf č. 1 - Je zdravotnické zařízení akreditované

## č. 2 – Připravuje se vaše zdravotnické zařízení na akreditaci?

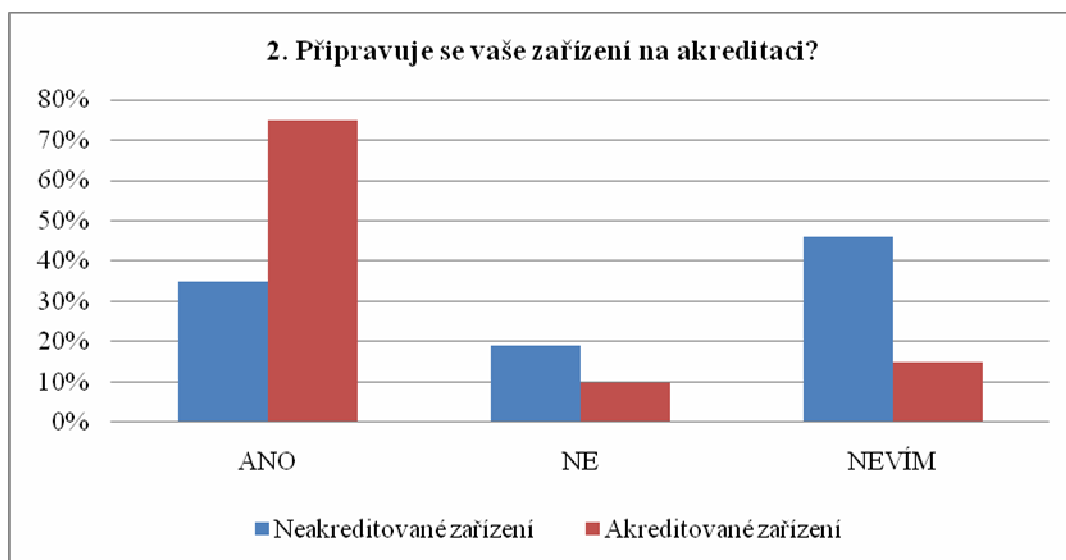
V neakreditovaném zdravotnickém zařízení odpovědělo 35 % respondentů, že se zdravotnické zařízení připravuje na akreditaci. 19 % respondentů odpovědělo, že ne. Nevím odpovědělo 46 % respondentů.

V akreditovaném zdravotnickém zařízení odpovědělo 75 % respondentů, že se jejich zařízení připravuje na akreditace. Ne odpovědělo 10 % respondentů. Nevím odpovědělo 15 % respondentů.

V OLÚ Albertinum Žamberk se nepřipravují ani neplánují akreditaci. OLÚ Paseka je akreditována od roku 2007 a připravují se v tomto roce na reakreditaci .

**Tabulka č. 2 - Příprava zdravotnického zařízení na akreditační šetření**

	ANO	NE	NEVÍM
Neakreditované zařízení	35%	19%	46%
Akreditované zařízení	75%	10%	15%



**Graf č. 2 - Příprava zdravotnického zařízení na akreditační šetření**

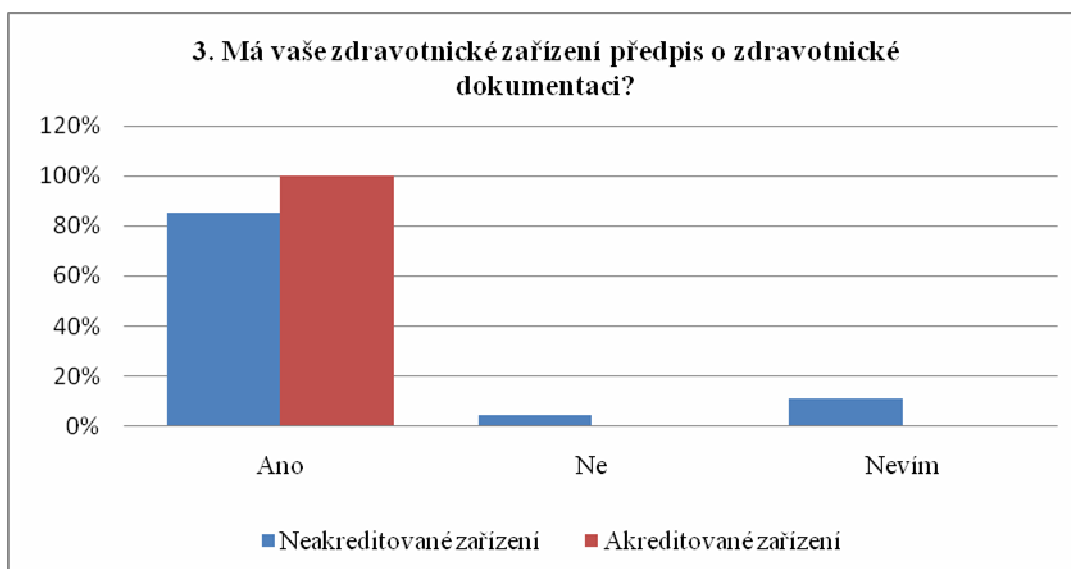
### Otázka č. 3 – Má vaše zdravotnické zařízení předpis o ošetrovatelské dokumentaci?

V neakreditovaném zařízení odpovědělo 85 % respondentů, že má zařízení předpis o zdravotnické dokumentaci. 4 % respondentů odpovědělo, že nemá zařízení žádný předpis. Další 11 % respondentů odpovědělo, že neví, zda má zařízení předpis o ošetrovatelské dokumentaci.

V akreditovaném zařízení všech 100% respondentů shodně potvrdilo, že mají předpis o ošetrovatelské dokumentaci. Zde vidíme, že respondenti jsou s tímto přepisem obeznámeni.

Tabulka č. 3 - Je ve zdravotnickém zařízení předpis o ošetrovatelské dokumentaci

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	85%	4%	11%
Akreditované zařízení	100%	0	0



Graf č. 3 - Je ve zdravotnickém zařízení předpis o ošetrovatelské dokumentaci

**Otázka č. 4. - Má vaše zařízení předpis, který Vám ukládá rozsah vstupního ošetřovatelského vyšetření (ošetřovatelské anamnézy)?**

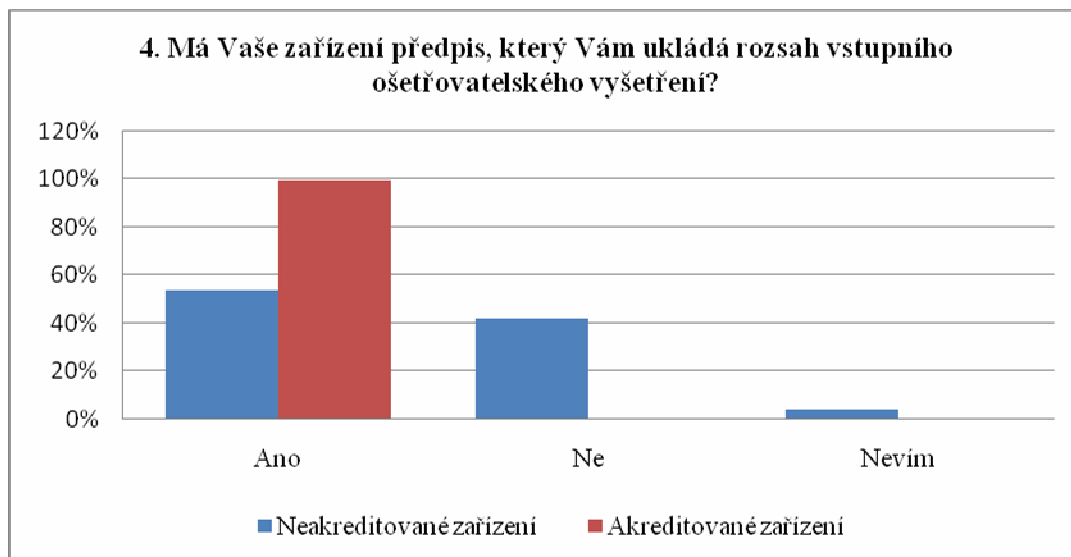
V neakreditovaném zařízení odpovědělo 54 % respondentů, že mají předpis o rozsahu vstupního ošetřovatelského vyšetření. 42 % respondentů odpovědělo, že nemají předpis o rozsahu vstupního ošetřovatelského vyšetření. A 4 % respondentů odpovědělo, že neví.

V akreditovaném zařízení odpovědělo 100% respondentů, že mají tento předpis.

Zde je vidět, že všeobecné sestry v akreditovaném zařízení mají informace jasně utříděné. Všeobecné sestry vědí, že mají předpis a znají rozsah vstupní ošetřovatelské anamnézy. V neakreditovaném zařízení všeobecné sestry vědí o předpisu, ale část z nich neví jaký je rozsah vstupního vyšetření.

**Tabulka č. 4 - Je v zařízení předpis o rozsahu vstupní ošetřovatelské anamnézy**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	54%	42%	4%
Akreditované zařízení	100%	0%	0%



**Graf č. 4 - Je v zařízení předpis o rozsahu vstupní ošetřovatelské anamnézy**

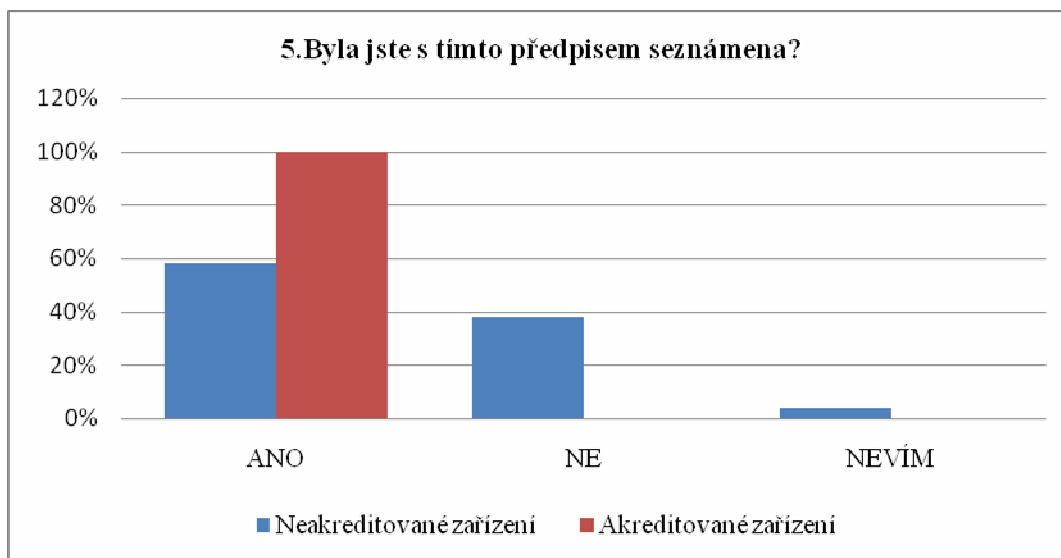
### Otázka č. 5 - Byla jste s tímto předpisem seznámena?

V neakreditovaném zařízení odpovědělo 58 % respondentů, že bylo s tímto předpisem seznámeno. Odpověď ne odpovědělo 38 % respondentů a odpověď nevím pouze 4 % respondentů. Zde je mírný rozdíl oproti předešlé otázce, kde 54 % respondentů uvádí, že má, jejich zařízení předpis o rozsahu vstupního ošetřovatelského vyšetření. Ale v této otázce odpovídá pouze 38 % respondentů, že bylo s tímto předpisem seznámeno.

V akreditovaném zařízení opět všech 100 % respondentů odpovědělo ano, že bylo s tímto předpisem seznámeno.

Tabulka č. 5 - Seznámení s předpisem o zdravotnické dokumentaci

	ANO	NE	NEVÍM
Neakreditované zařízení	58%	38%	4%
Akreditované zařízení	100%	0	0



Graf č. 5 - Seznámení s předpisem o zdravotnické dokumentaci

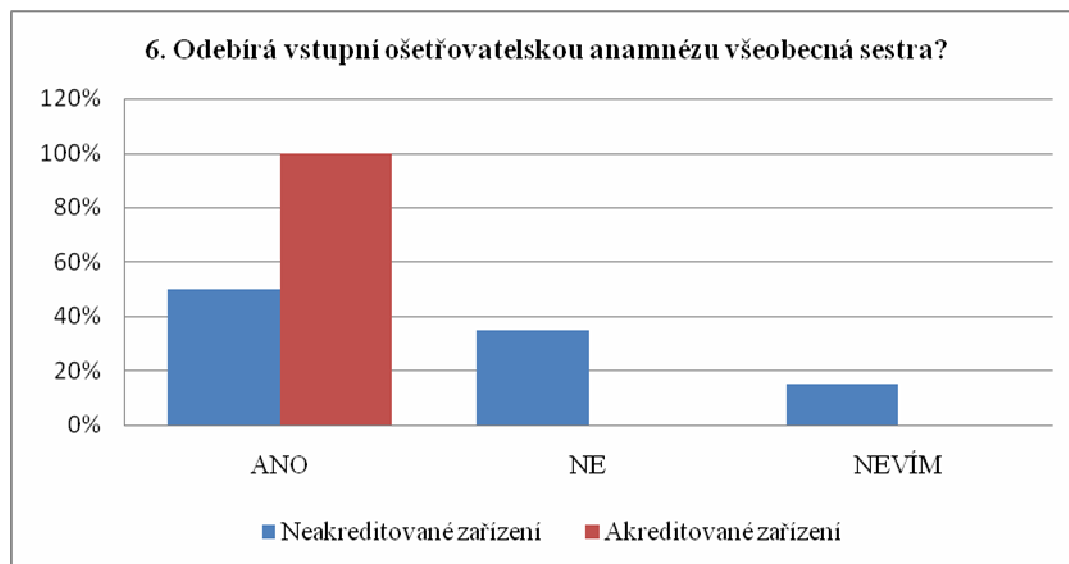
### Otázka č. 6 - Odebírá vstupní ošetřovatelskou anamnézu všeobecná sestra?

V neakreditovaném zařízení odpovědělo 50 % respondentů, že odebírá ošetřovatelskou anamnézu všeobecná sestra. 35 % respondentů odpovědělo, že neodebírá vstupní ošetřovatelskou anamnézu. A 15 % respondentů odpovědělo, že neví, kdo odebírá ošetřovatelskou anamnézu.

V akreditovaném zařízení odpovědělo všech 100 % respondentů, že odebírá ošetřovatelskou anamnézu všeobecná sestra. Je tedy dodržován akreditační standard č.9 – Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vstupní ošetřovatelské vyšetření ošetřující sestrou do 24 hodin po přijetí.

Tabulka č. 6 - Odběr ošetřovatelské anamnézy všeobecnou sestrou

	ANO	NE	NEVÍM
Neakreditované zařízení	50%	35%	15%
Akreditované zařízení	100%	0%	0%



Graf č. 6 - Odběr ošetřovatelské anamnézy všeobecnou sestrou



**Otázka č. 7 – Jsou součástí ošetrovatelské anamnézy škálovací techniky? (zatrhněte i více možností)**

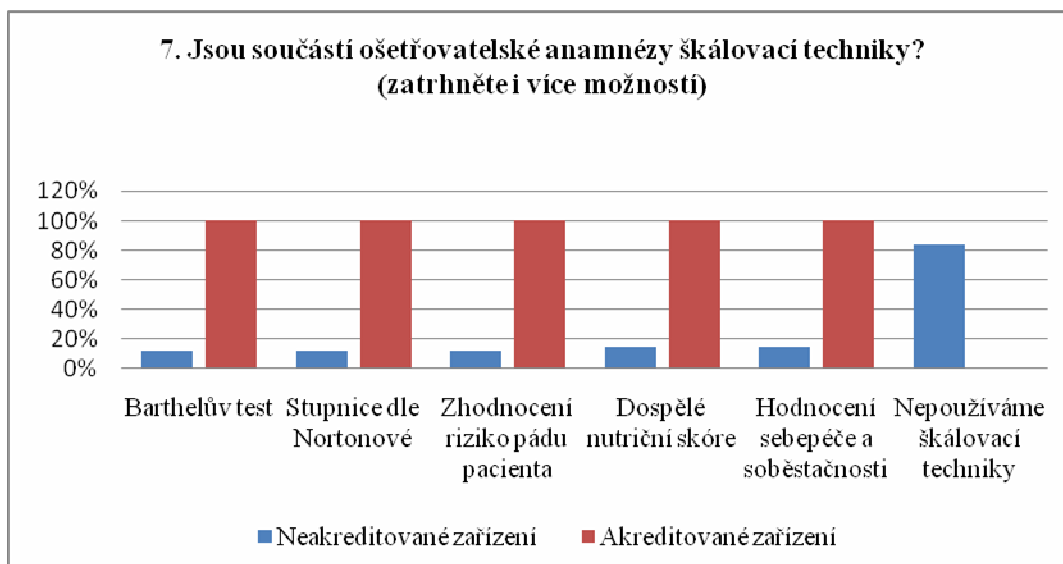
V neakreditovaném zařízení odpovědělo 84 % respondentů, že žádné škálovací techniky nepoužívají. 12 % respondentů odpovědělo, že součástí anamnézy je Bartelův test, Stupnice dle Nortonové a zhodnocení rizika pádu pacienta. Dalších 15 % respondentů odpovědělo, že součástí ošetrovatelské anamnézy je dospělé nutriční skóre a hodnocení sebepéče a soběstačnosti.

V akreditovaném zařízení odpovědělo všech 100 % respondentů, že používají všechny škálovací techniky níže uvedené. Tyto odpovědi jsem očekávala.

V neakreditovaném zařízení nepoužívají škálovací techniky. Je otázkou, zda jsou škálovací techniky součástí dokumentace, podle čeho stanovují všeobecné sestry ošetrovatelské problémy a jak měří jejich intenzitu.

**Tabulka č. 7 - Používání škálovacích technik v rámci ošetrovatelské anamnézy**

	Barthelův test	Stupnice dle Nortonové	Zhodnocení riziko pádu pacienta	Dospělé nutriční skóre	Hodnocení sebepéče a soběstačnosti	Nepoužíváme škálovací techniky
Neakreditované zařízení	12%	12%	12%	15%	15%	84%
Akreditované zařízení	100%	100%	100%	100%	100%	0



**Graf č. 7 - Používání škálovacích technik v rámci ošetrovatelské anamnézy**

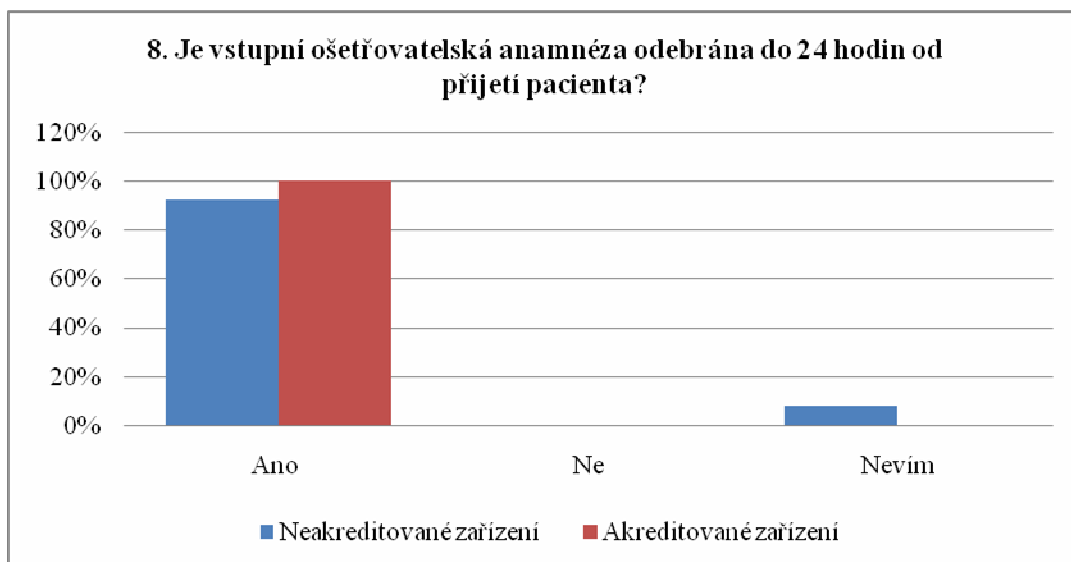
**Otázka č. 8 – Je vstupní ošetrovatelská anamnéza odebrána do 24 hodin od přijetí pacienta?**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo ano 92 % respondentů. 8 % respondentů, odpovědělo, že neví, zda je vstupní ošetrovatelská anamnéza odebrána do 24 hodin od přijetí pacienta. Přesto však 8 % všeobecných sester neví, zda je anamnéza odebírána do 24 hodin. Z těchto odpovědí vyplývá, že anamnéza je odebírána včas. Ale v otázce č. 6 odpovědělo 15% respondentů, že neví, kdo odebírá ošetrovatelskou anamnézu a 35 % respondentů odpovědělo, že ji neodebírá. Z toho plyne, že až 50% respondentů neodebírá vstupní ošetrovatelskou anamnézu. To znamená, že tito respondenti nemohou ani vědět, kdy je odebrána. Přesto v této otázce odpovědělo 92 % respondentů, že je odebrána do 24 hodin.

V akreditovaném zařízení odpovědělo všech 100 % respondentů, že je ošetrovatelská anamnéza odebírána do 24 hodin. Všeobecné sestry plní ošetrovatelský standard č. 9.

**Tabulka č. 8 - Odběr ošetrovatelské anamnézy do 24 hod. od přijetí pacienta**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	92%	0%	8%
Akreditované zařízení	100%	0	0



**Graf č. 8 - Odběr ošetrovatelské anamnézy do 24 hod. od přijetí pacienta**

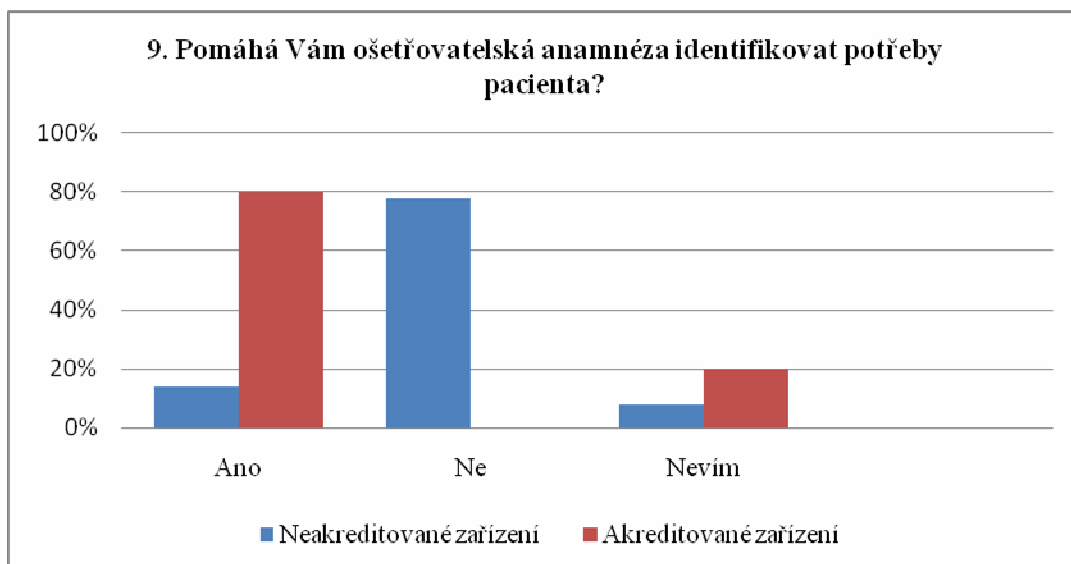
**Otázka č. 9 – Pomáhá Vám ošetrovatelská anamnéza identifikovat potřeby pacienta?**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo, že ano 14 % respondentů, odpověď ne byla zaznamenána v 78 % případech. 8 % respondentů nevědělo, zda jim ošetrovatelská anamnéza pomáhá identifikovat problémy pacienta. Zde je patrné, že ošetrovatelská anamnéza nepomáhá všeobecným sestřím identifikovat potřeby pacienta, protože ji neodebírá všeobecná sestra kvalifikovaným postupem.

V akreditovaném zařízení odpovědělo 80 % respondentů ano. 20 % respondentů odpověděli, že neví, zda jim ošetrovatelská anamnéza pomáhá identifikovat potřeby pacienta. Zde je k zamyšlení, zda 20% sester, což činí 4 sestry, znovu neproškolit v tak kvalifikované činnosti, jako je odběr anamnézy. Je možné, že anamnéza není odebírána správným způsobem

**Tabulka č. 9 - Identifikace potřeb pacienta pomocí ošetrovatelské anamnézy.**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	14%	78%	8%
Akreditované zařízení	80%	0	20%



**Graf č. 9 - Identifikace potřeb pacienta pomocí ošetrovatelské anamnézy**

**Otázka č. 10 – Máte vždy dostatek času na odebrání ošetrovatelské anamnézy?**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo 38 % respondentů, že mají dostatek času na odběr ošetrovatelské anamnézy. 42 % respondentů odpovědělo ne. A 20 % respondentů odpovědělo, že neví, zda mají dostatek času na odebrání ošetrovatelské anamnézy.

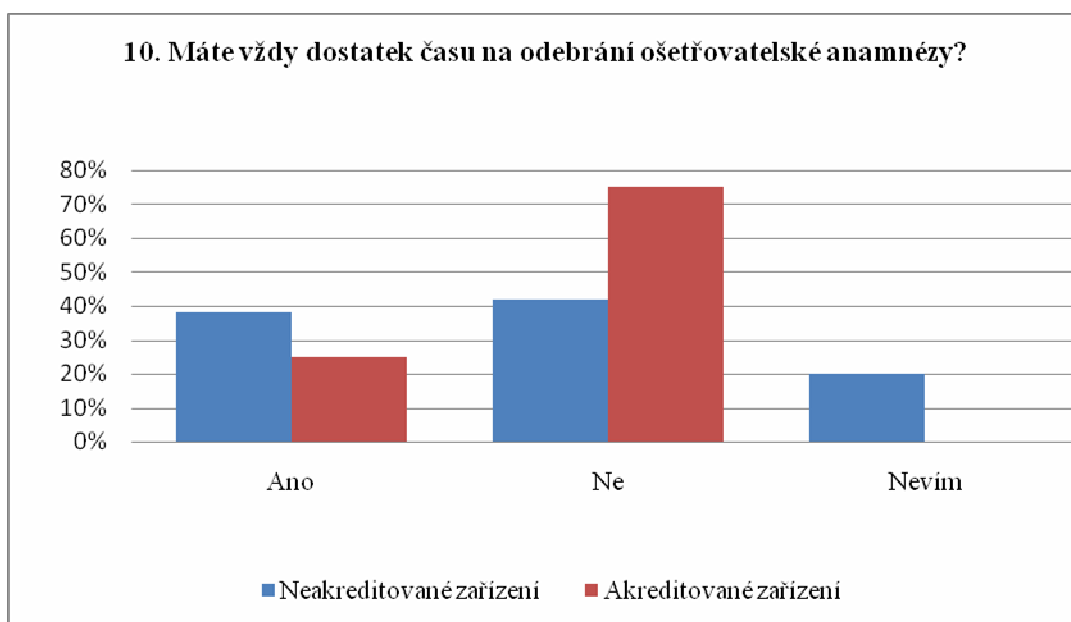
Ale v otázce č. 6 odpovědělo 35 % respondentů, že neodebírání vstupní ošetrovatelskou anamnézu a 15 % neví, kdo ji odebrat. Jak tedy může vědět 38% respondentů, že má dostatek času a 42 % respondentů nemá dostatek času pro odběr anamnézy, když v otázce č. 6 až 50% respondentů neodebírání nebo neví, kdo má odebrat ošetrovatelskou anamnézu.

V akreditovaném zařízení odpovědělo 25 % respondentů, že mají vždy dostatek času na odběr ošetrovatelské anamnézy. 75 % respondentů odpovědělo, že nemají dostatek času. V otázce č. 9 20 % respondentů uvedlo, že jim ošetrovatelská anamnéza nepomáhá identifikovat problémy pacienta. Je tedy otázkou, jestli 25 % respondentů, kteří mají dostatek času, odebírají ošetrovatelskou anamnézu správným způsobem.

V akreditovaném zařízení je již podle otázky č. 7 patrné, že rozsah škálovacích technik je širší. Z tohoto důvodu je také větší časová náročnost pro odběr ošetrovatelské anamnézy.

**Tabulka č. 10 - Je vždy dostatek času na odběr ošetřovatelské anamnézy**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	38%	42%	20%
Akreditované zařízení	25%	75%	0



**Graf č. 10 - Je vždy dostatek času na odběr ošetřovatelské anamnézy**

**Otázka č. 11 - Provádí se kontrola ošetřovatelské anamnézy, zda je provedena do 24 hodin od přijetí pacienta?**

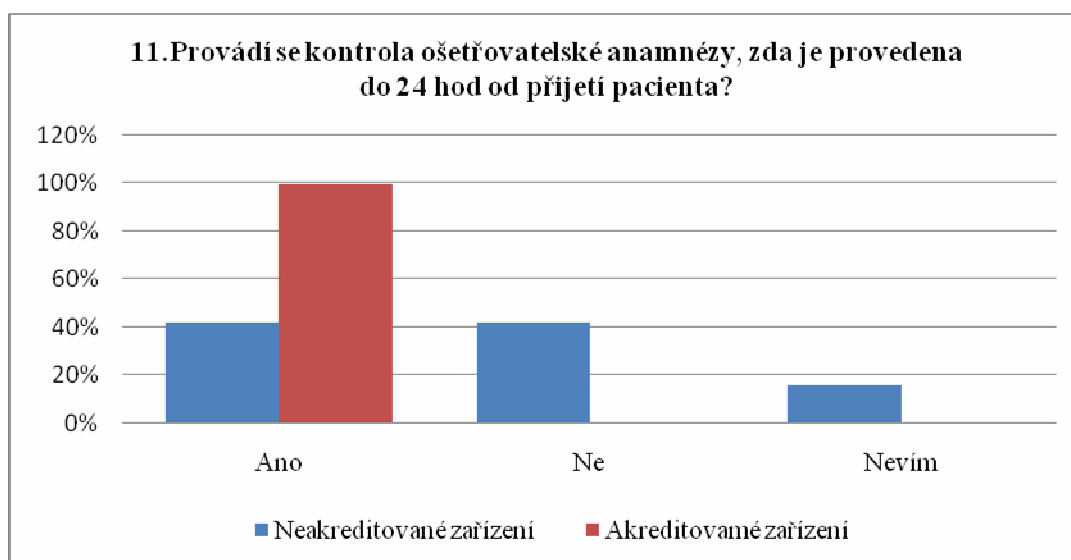
V neakreditovaném zařízení odpovědělo ano 42 % respondentů. 42 % odpovědělo, že se neprovádí kontrola ošetřovatelské anamnézy. 16 % respondentů odpovědělo neví.

V akreditovaném zařízení odpovědělo ano 100 % respondentů.

Je zřejmé, že v akreditovaném zařízení probíhají systematické kontroly, zda je odebrána anamnéza do 24 hodin od přijetí pacienta, tak jak je deklarováno v standardu č. 9. Oproti tomu v neakreditovaném zařízení probíhají kontroly odběru ošetřovatelské anamnézy do 24 hodin od přijetí pacienta sporadicky.

**Tabulka č. 11 - Kontrola ošetrovatelské anamnézy do 24 hodin od přijetí pacienta**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	42%	42%	16%
Akreditované zařízení	100%	0	0



**Graf č. 11 - Kontrola ošetrovatelské anamnézy do 24 hodin od přijetí pacienta**

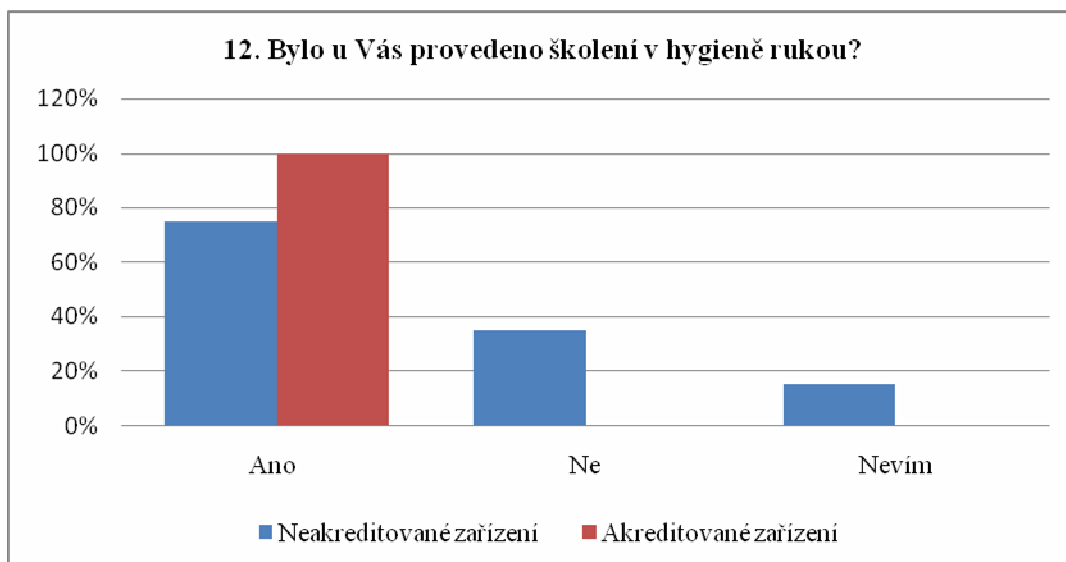
**Otázka č. 12 – Bylo u Vás provedeno školení v hygieně rukou?**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo ano 75 % respondentů. 35 % respondentů odpovědělo, že nebylo provedeno školení v hygieně rukou. Zbývající 15 % respondentů nevědělo, zda proběhlo školení v hygieně rukou (zřejmě nebyli přítomni na školení).

V akreditovaném zařízení odpovědělo všech 100 % respondentů, že bylo provedeno školení v hygieně rukou. Je zřejmé, že v akreditovaném zařízení naplňují akreditační standard č. 71 - V nemocnici se dodržuje hygiena rukou.

**Tabulka č. 12 - Je prováděno školení v hygieně rukou**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	75%	35%	15%
Akreditované zařízení	100%	0%	0%



**Graf č. 12 - Je prováděno školení v hygieně rukou**

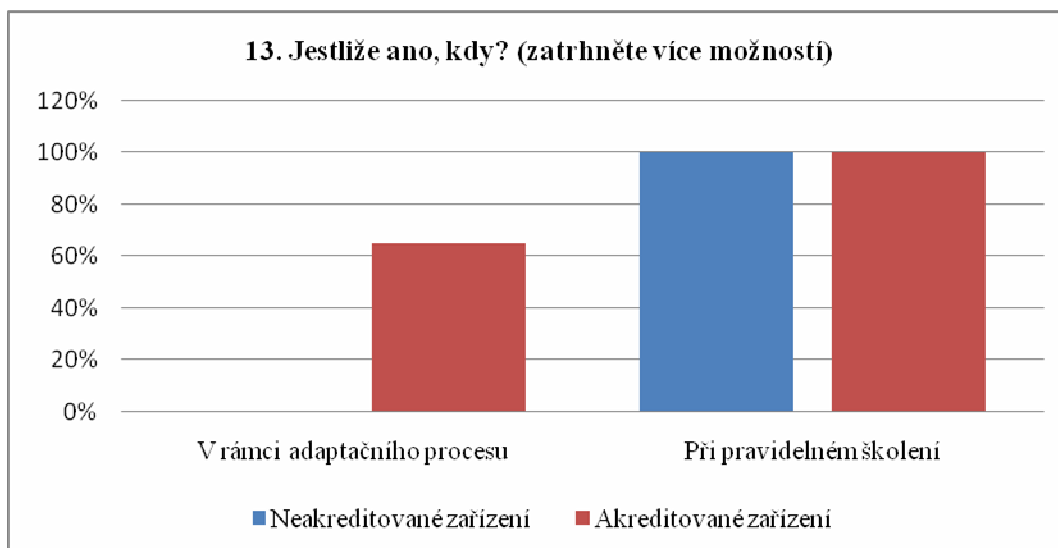
**Otázka č. 13 - Jestliže ano, kdy? (zatrhněte jednu, či více možností)**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo 100 % respondentů, že jsou pravidelně školeni v hygieně rukou. V zařízení tedy probíhají pravidelná školení v hygieně rukou, ale v otázce č. 12 odpovědělo 35 % respondentů, že nebylo provedeno v školení v hygieně rukou. Je tedy sporné, zda probíhají školení v hygieně rukou pravidelně.

V akreditovaném zařízení odpovědělo 65 % respondentů, že pravidelné školení v hygieně rukou absolvovali v rámci adaptačního procesu. A 100 % respondentů uvedlo, že školení absolvovali v rámci pravidelného školení. Čili 65 % respondentů absolvovalo školení jak v rámci adaptačního procesu, tak i v rámci pravidelného školení v hygieně rukou. Akreditované zařízení naplňuje indikátory standardu č. 71 „*nemocnice provádí pravidelná školení v hygieně rukou*“.

**Tabulka č. 13 - Kdy probíhá pravidelné školení v hygieně rukou.**

	V rámci adaptačního procesu	Při pravidelném školení
Neakreditované zařízení	0%	100%
Akreditované zařízení	65%	100%



**Graf č. 13 - Kdy probíhá školení v hygieně rukou**

**Otázka č. 14 - Je součástí i názorná prezentace s vlastním vyzkoušením správného mycího procesu?**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo ano 42 % respondentů. 42 % respondentů odpovědělo, že není součástí školení v hygieně rukou, vlastní prezentace s nácvikem správného mycího procesu. Nevím odpovědělo 16 % respondentů.

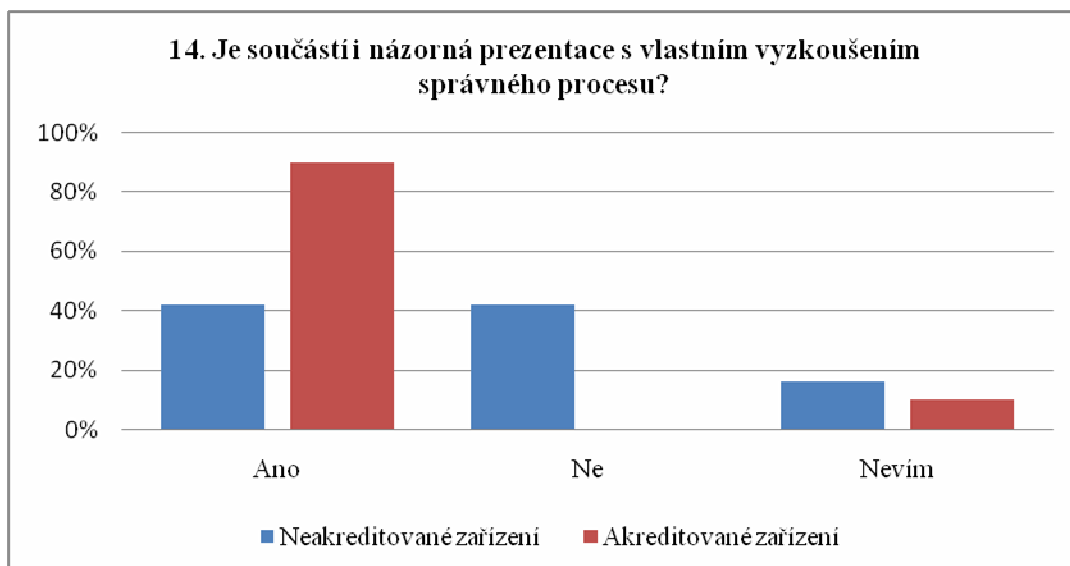
V akreditovaném zařízení odpovědělo ano 90 % respondentů. Nevím pouze 10 %.

Z výše uvedených hodnot vyplývá, že v akreditovaném zařízení probíhá praktický nácvik správného mytí rukou. V neakreditovaném zařízení zřejmě neprobíhá pravidelně.

**Tabulka č. 14. - Prezentace a praktický nácvik mytí rukou**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	42%	42%	16%
Akreditované zařízení	90%	0%	10%





**Graf č. 14 - Prezentace a praktický nácvik mytí rukou**

**Otázka č. 15 - Jaký způsob hygienické dezinfekce rukou preferujete v případě, že máte ruce viditelně znečištěné?**

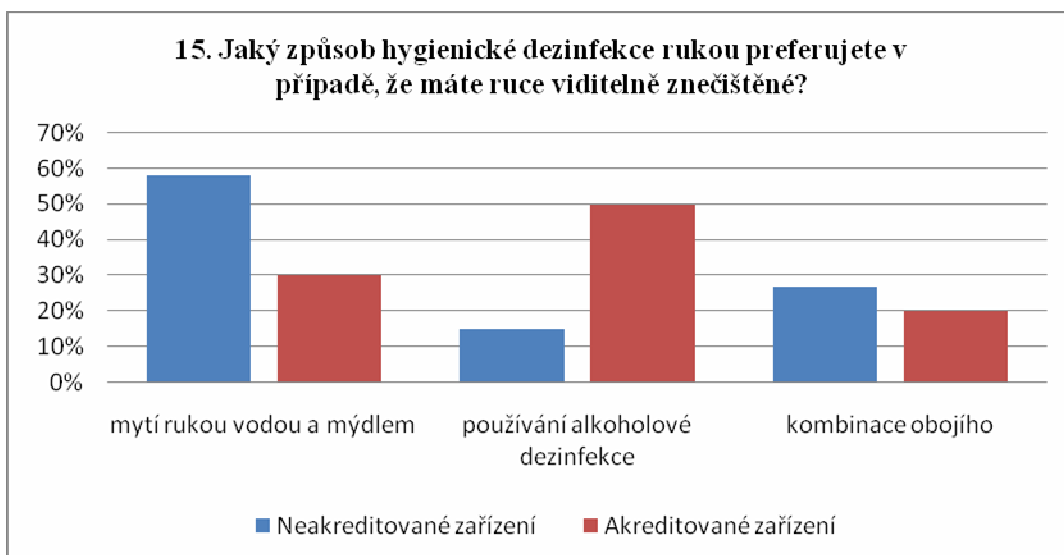
V neakreditovaném zařízení odpovědělo 58 % respondentů, že preferuje mytí rukou vodou a mýdlem. 15 % respondentů odpovědělo, že preferují alkoholovou dezinfekci rukou. A 27 % respondentů odpovědělo, že si myjí ruce mýdlem a zároveň používají dezinfekci, tyto respondenti provádějí správnou hygienu rukou.

V akreditovaném zařízení 30 % respondentů preferuje mytí rukou mýdlem. 50 % respondentů preferuje alkoholovou dezinfekci. A 20 % respondentů preferuje kombinaci mytí rukou mýdlem a dezinfekci. V akreditovaném zařízení pouze 20 % respondentů udržuje správnou hygienu rukou a předchází tím vzniku nozokominálních nákaz.

Obě zařízení mají nedostatky v hygieně rukou všeobecných sester.

**Tabulka č. 15 - Preference hygieny rukou**

	mytí rukou vodou a mýdlem	používání alkoholové dezinfekce	kombinace obojího
Neakreditované zařízení	58%	15%	27%
Akreditované zařízení	30%	50%	20%



**Graf č. 15 - Preference hygieny rukou**

**Otázka č. 16. – Jak Vám dlouho trvá mytí rukou?**

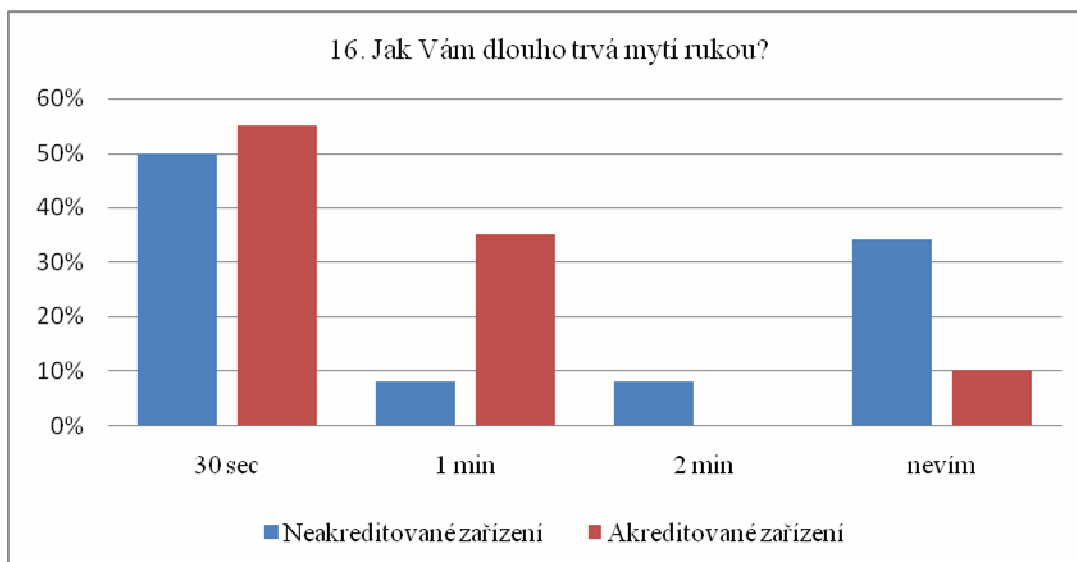
V neakreditovaném zařízení 50 % respondentů odpovědělo, že jim trvá mytí rukou 30 sec. 8 % respondentů odpovědělo, že mají ruce umyty za 1 minutu. Ruce umyté za 2 minuty má 8 % respondentů. 35 % respondentů odpovědělo, že nevědí, jak dlouho jim trvá mytí rukou.

V akreditovaném zařízení odpovědělo 55 % respondentů, že jim trvá mytí rukou 30 sec. Do jedné minuty má umyty ruce 35 % respondentů. 10 % respondentů neví, jak dlouho si myjí ruce.

Z výše uvedeného vyplývá, že délka trvání mytí rukou je v obou zařízeních různá.

**Tabulka č. 16 - Doba trvání mytí rukou**

	30 sec	1 min	2 min	nevím
Neakreditované zařízení	50%	8%	8%	34%
Akreditované zařízení	55%	35%	0%	10%



**Graf č. 16 - Doba trvání mytí rukou**

**Otázka č. 17 – Dezinfikujete si vždy ruce po umytí mýdlem?**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo 31 % respondentů, že si dezinfikuje ruce vždy po umytí mýdlem. 58 % respondentů odpovědělo ne. A 12 % respondentů nevědělo, zda si dezinfikují ruce po umytí mýdlem.

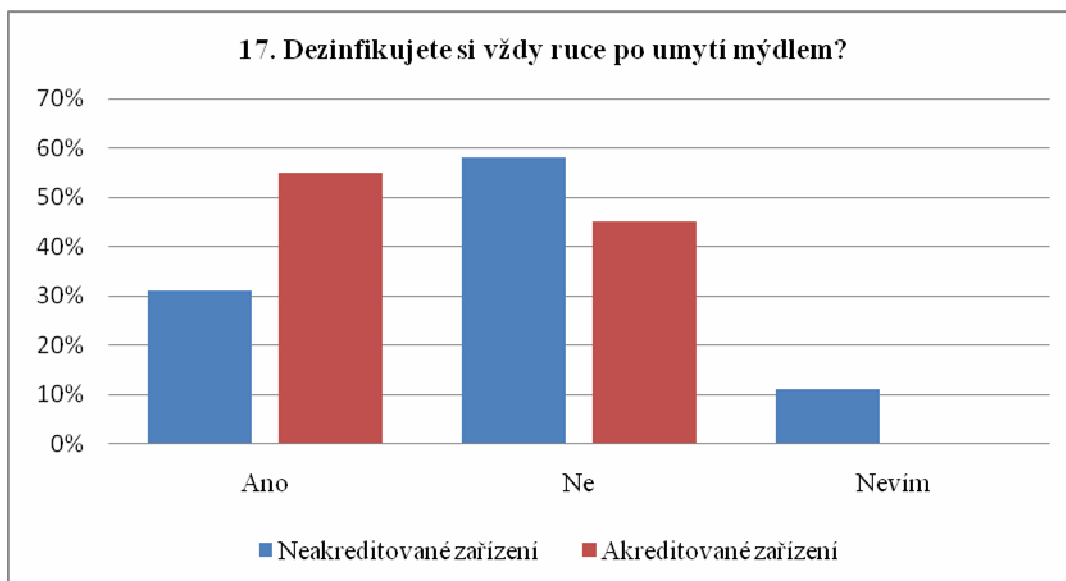
V akreditovaném zařízení odpovědělo 55 % respondentů, že si dezinfikují ruce vždy po umytí mýdlem. 45 % respondentů si nedezinfikuje ruce po umytí mýdlem.

V neakreditovaném zařízení si 58 % všeobecných sester nedezinfikuje ruce. V akreditovaném zařízení to je 45 % všeobecných sester.

V neakreditovaném zařízení si 31 % respondentů po umytí rukou dezinfikuje ruce, v akreditovaném zařízení je to až 55 % respondentů. Dle posledních doporučení WHO, si není nutné dezinfikovat ruce po umytí mýdlem. Zde je zřejmé, že poslední standardy a doporučení v povědomí sester ještě nejsou.

**Tabulka č. 17 – Dezinfekce rukou po umytí mýdlem**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	31%	58%	11%
Akreditované zařízení	55%	45%	0



**Graf č. 17 - Dezinfekce rukou po umytí mýdlem**

**Otázka č. 18 – Máte na inspekčním pokoji dostatek pomůcek ( např. dávkovače s dezinfekcí, mýdlo, papírové ručníky ) k mytí rukou?**

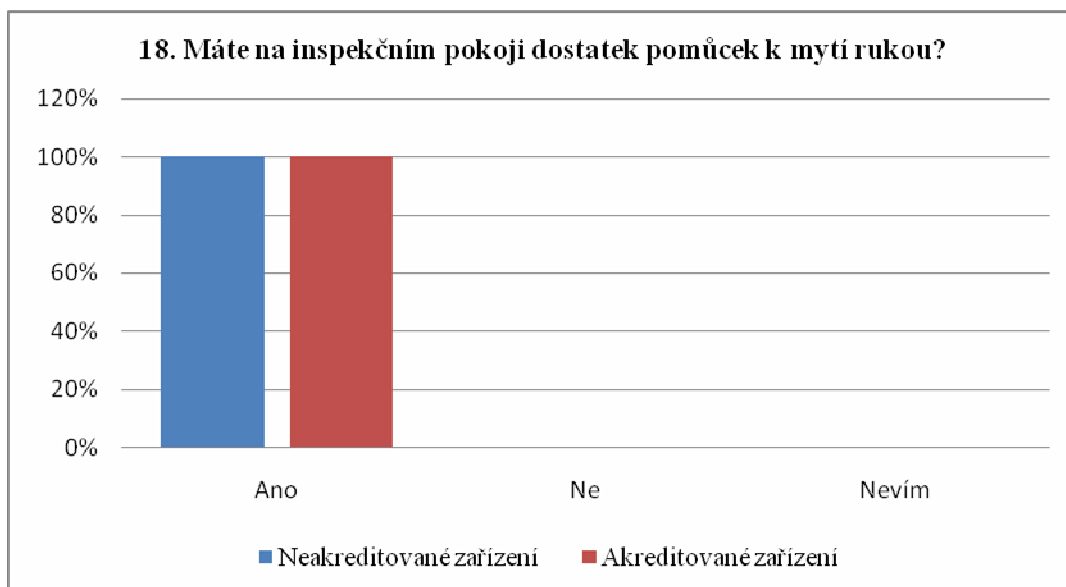
V neakreditovaném zařízení odpovědělo ano 100 % respondentů.

V akreditovaném zařízení odpovědělo ano všech 100 % respondentů.

Obě zařízení mají inspekční pokoje dostatečně vybaveny pomůckami pro hygienu rukou.

**Tabulka č. 18 – Dostatek pomůcek pro mytí rukou na inspekčním pokoji**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	100%	0	0
Akreditované zařízení	100%	0	0



**Graf č. 18 - Dostatek pomůcek pro mytí rukou na inspekčním pokoji**

**Otázka č. 19 – Máte i na oddělení (pokoj pacienta) dostatek pomůcek např. dávkovače k dezinfekci rukou ?**

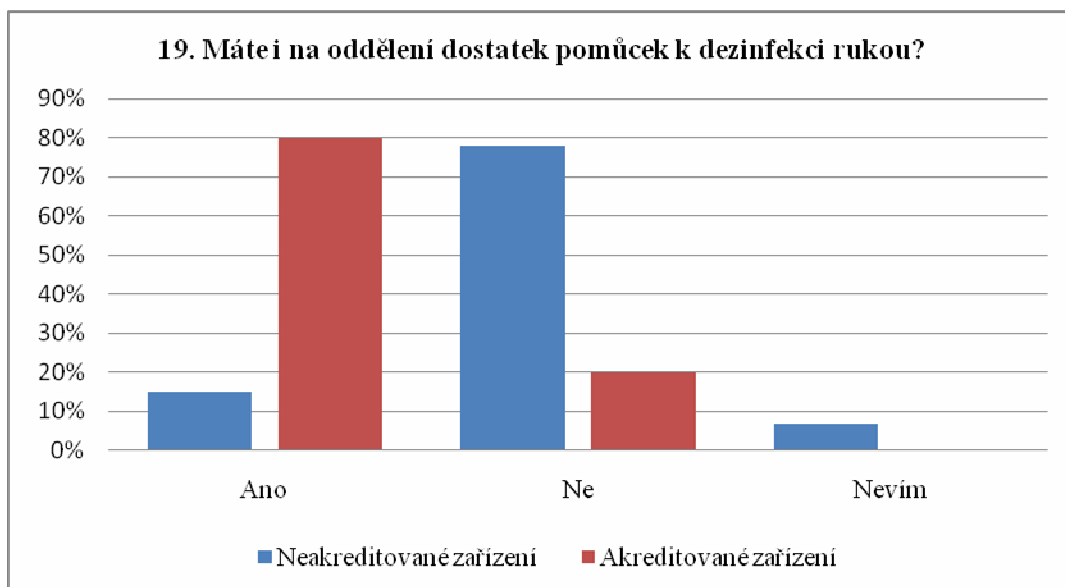
V neakreditovaném zařízení odpovědělo 15 % respondentů, že mají dostatek pomůcek k dezinfekci rukou. 78 % respondentů odpovědělo, že nemá dostatek pomůcek k hygieně rukou. Nevím odpovědělo 8 % respondentů.

V akreditovaném zařízení odpovědělo 80 % respondentů, že mají dostatek pomůcek k hygieně rukou. 20 % respondentů odpovědělo, že nemají dostatek pomůcek k hygieně rukou.

Akreditované zařízení je dostatečně vybaveno pomůckami pro mytí rukou, tak jak ukládá standard. V neakreditovaném zařízení prostředky pro hygienu rukou chybějí, ale inspekční pokoje jimi vybaveny jsou.

**Tabulka č. 19 – Dostatek hygienických pomůcek k mytí a dezinfekci rukou**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	15%	78%	7%
Akreditované zařízení	80%	20%	0



**Graf č. 19 - Dostatek hygienických pomůcek k mytí a dezinfekci rukou**

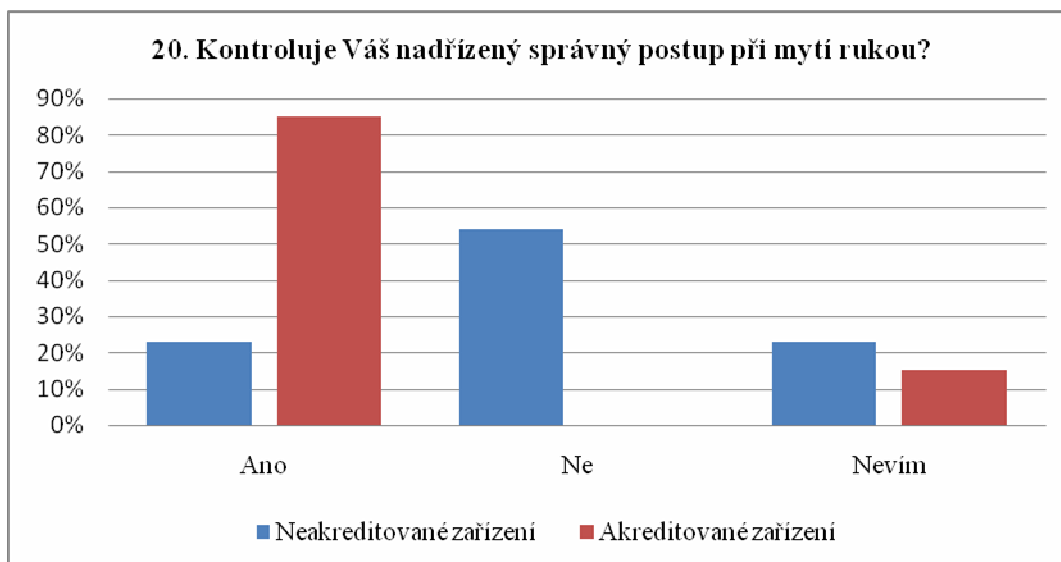
**Otázka č. 20 – Kontroluje Váš nadřízený správný postup při mytí rukou ?**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo 23 % respondentů, že je nadřízený kontroluje při mytí rukou. 54 % respondentů odpovědělo, že nadřízený je při mytí rukou nekontroluje. Nevím odpovědělo 23 % respondentů. V neakreditovaném zařízení je nedostatečná kontrola nadřízenými při hygieně rukou .

V akreditovaném zařízení odpovědělo ano 85 % respondentů. Nevím pouze 15 % respondentů. Akreditované zařízení naplňuje indikátory standardu č.“*Nemocnice kontroluje správné postupy při mytí a dezinfekci rukou*“. I když jistá rezerva zde ještě je.

**Tabulka č. 20 – Kontrola nadřízenými při správném mytí rukou**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	23%	54%	23%
Akreditované zařízení	85%	0	15%



**Graf č. 20 - Kontrola nadřízenými při správném mytí rukou**

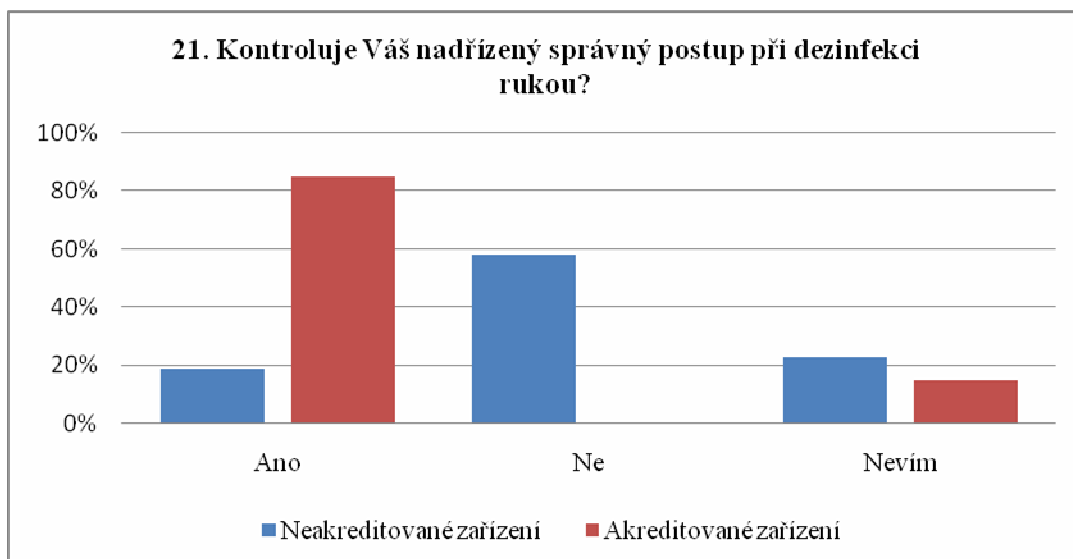
**Otázka č.21 – Kontroluje Váš nadřízený správný postup při dezinfekci rukou ?**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo 19 % respondentů, že jsou kontrolováni při dezinfekci rukou. 58 % respondentů odpovědělo, že nejsou kontrolováni při dezinfekci rukou. Nevím odpovědělo 23 % respondentů. V neakreditovaném zařízení je nedostatečná kontrola při nejen při mytí rukou, ale také při dezinfekci rukou.

V akreditovaném zařízení odpovědělo ano 85 % respondentů, nevím 15 % respondentů. V akreditovaném zařízení kontrolují mytí rukou i dezinfekci rukou.

**Tabulka č. 21 - Kontrola nadřízeným při dezinfekci rukou**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	19%	58%	23%
Akreditované zařízení	85%	0	15%



**Graf č. 21 - Kontrola nadřízeným při dezinfekci rukou**

**Otázka č.22 – jsou u Vás prováděny mikrobiologické stěry z rukou ?**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo ano 88 % respondentů. Ne odpovědělo 12 % respondentů.

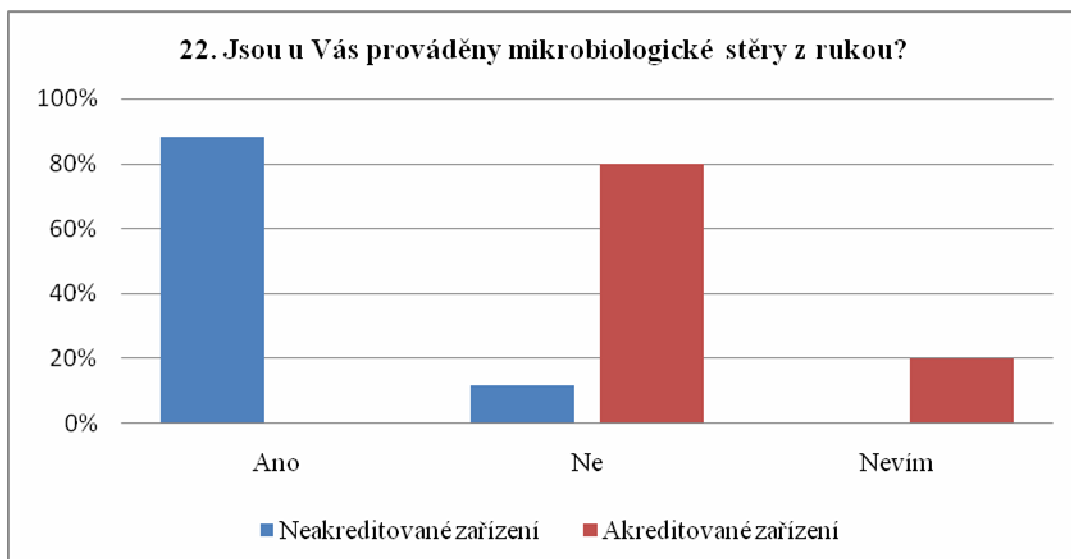
V akreditovaném zařízení odpovědělo, že nejsou prováděny stěry z rukou 80 % respondentů. Nevím odpovědělo 20 % respondentů.

Vzhledem k tomu, že fungují kontroly při mytí a dezinfekci v akreditovaném zařízení, nejsou v takové míře prováděny stěry z rukou. Překvapivě v neakreditovaném zařízení stěry z rukou jsou prováděny. Stěry z rukou, ale ještě nikoho nenaučily správnému postupu a nejsou právě lacinou záležitostí.

**Tabulka č. 22 - Mikrobiologické stěry z rukou**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	88%	12%	0
Akreditované zařízení	0	80%	20%





**Graf č. 22 - Mikrobiologické stěry z rukou**

**Otázka č. 23 – Jsou u Vás prováděny mikrobiologické stěry z prostředí ?**

V neakreditovaném zařízení odpovědělo všech 100 % respondentů, že jsou prováděny mikrobiologické stěry z prostředí.

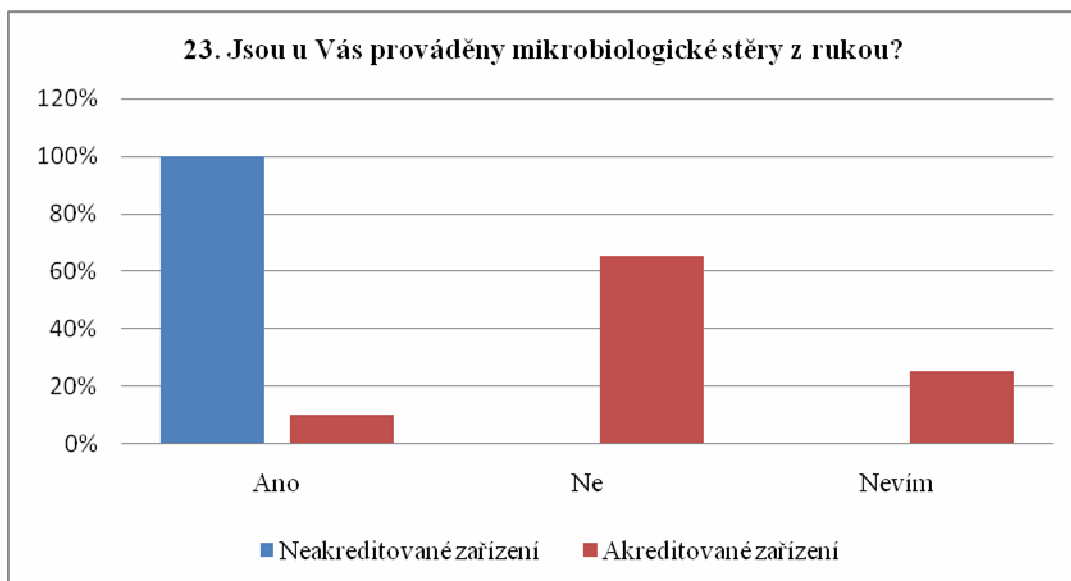
V akreditovaném zařízení odpověděli ano pouze 10 % respondentů. Ne odpovědělo 65 % respondentů. Nevím 25 % respondentů.

V neakreditovaném zařízení provádějí mikrobiologické stěry z prostředí.

V akreditovaném zařízení mikrobiologické stěry z prostředí zřejmě provádějí řízeným procesem v rizikových vytipovaných oblastech provozu a tím šetří i finanční náklady.

**Tabulka č. 23 – Mikrobiologické stěry z prostředí**

	Ano	Ne	Nevím
Neakreditované zařízení	100%	0	0
Akreditované zařízení	10%	65%	25%



**Graf č. 23 - Mikrobiologické stěry z prostředí**

## 5.2 Rozhovor

### 5.2.1 Rozhovor se staniční sestrou

Na základě zjištěných nedostatků byl proveden rozhovor se staniční sestrou OLÚ Albertinum Žamberk.

1. Jak si vysvětlujete, že nejsou součástí vstupní ošetřovatelské anamnézy žádné škálovací techniky a na jakém základě hodnotí sestry soběstačnost, riziko vzniku dekubitů, riziko pádu pacienta?

Odpověď: *Škálovací techniky naše zařízení neužívá-nejsou součástí ošetřovatelské anamnézy ani jiné části ošetřovatelské dokumentace. Sestry tyto problémy nevyhodnocují pomocí škál, pouze dle vlastního úsudku.*

2. Jste spokojené se stavem ošetřovatelské dokumentace?

Odpověď: *Dle mého názoru je třeba ji přepracovat, už jsem dala podnět vrchní sestře, aby se vytvořila relevantní dokumentace, zatím to je bez odezvy.*

3. Co byste vylepšila?

Odpověď: *Přepracovala bych ošetřovatelskou anamnézu-doplnit škálovací techniky jako jehodnocení: vzniku dekubitů, riziko pádu, soběstačnost, nutriční skóre. Na základě toho sestry jasně definují ošetřovatelské diagnózy následně cíle a plány péče. Tyto plány budou vyhodnocovat a měnit dle stavu pacienta. Na konci hospitalizace proběhne shrnutí ošetřovatelské péče.*

4. Proč nápady nerealizujete?

Odpověď: *Nápady nejsem schopna realizovat při své náplni práce a to z časových důvodů. Mám na starosti dvě oddělení po dvaceti lůžkách a jsem ráda, když všechny své povinnosti stihnu během pracovní doby. Podněty jsem dala vrchní sestře, zatím se nic neděje.*

5. Je součástí ošetřovatelské dokumentace výstupní hodnocení pacienta?

Odpověď: *Ne.*

6. Kdo odebírá vstupní ošetřovatelskou anamnézu?

Odpověď: *Vstupní ošetřovatelskou anamnézu odebírají zdravotní sestry.*

7. Jak si vysvětlíte, že 35 % všeobecných sester neodebírá ošetřovatelskou anamnézu a 15 % všeobecných sester neví, kdo ji má odebírat?

Odpověď: *Je možné, že nejsem-li přítomna na oddělení odebírají vstupní ošetřovatelskou anamnézu sanitáři, jelikož sestry to považují za ztrátu času,*

*bohužel. Myslím si, že je to dáno i tím, že není kontinuita ošetrovatelské dokumentace. Nemáme plány péče, netvoří se diagnózy, neboť vstupní ošetrovatelská anamnéza je nedostatečná. To, že někdo neví, kdo má anamnézu odebrat mě překvapuje.*

8. Kontrolujete, zda je odebrána ošetrovatelská anamnéza do 24 hodin od přijetí pacienta.

Odpověď: *Ne, nekontroluji.*

9. Byly všeobecné sestry proškoleny a seznámeny s ošetrovatelskou dokumentací?

Odpověď: *Ano, v rámci provozní schůze a pak ještě individuálně na oddělení.*

10. Byly všeobecné sestry seznámeny s předpisem o ošetrovatelské dokumentaci?

Odpověď: *Žádný předpis o zdravotnické dokumentaci v našem zařízení není.*

11. Jak si vysvětlíte, že 78 % všeobecných sester uvedlo, že jim ošetrovatelská anamnéza nepomáhá identifikovat problémy pacienta?

Odpověď: *Je to dáno absencí škálovacích technik.*

12. Jak je možné, že 42 % všeobecných sester tvrdí, že neměly možnost praktického nácviku hygieny rukou?

Odpověď: *Nevím asi nebyly přítomny na školení v hygieně rukou.*

13. Probíhají tato školení pravidelně?

Odpověď: *Ne.*

14. Myslíte si, že sestry si dezinfikují ruce správně, když neměly možnost správného nácviku?

Odpověď: *Myslím si, že ano u každého dávkovače s dezinfekcí je názorná tabulka, jak si mají dezinfikovat ruce. Ale nevylučuji, že některá z nich to neumí.*

15. Většina dotazovaných všeobecných sester uvedla, že nejsou kontrolovány při mytí a dezinfekci rukou?

Odpověď: *Ne, nikdo to po mně nevyžadoval, abych hygienu rukou kontrolovala.*

### **5.2.2 Rozhovor s vrchní sestrou**

1. Považujete současnou ošetrovatelskou anamnézu za dostačující?

Odpověď: *Ne.*

2. Co byste na ní změnila?

Odpověď: *Dokumentace by měla být zaměřená na problémy a potřeby pacienta.*

3. Myslíte si, že není potřeba škálovacích technik v ošetřovatelské anamnéze?

Odpověď: *Ano, měly by být součástí ošetřovatelské anamnézy.*

4. Chystá se nějaká jiná verze ošetřovatelské anamnézy?

Odpověď: *Ne, nechystá se nová verze ošetřovatelské anamnézy.*

5. Dostala jste někdy podnět k vytvoření ošetřovatelské anamnézy?

Odpověď: *Ne, nedostala.*

6. Dala jste někdy podnět k vytvoření nové ošetřovatelské anamnézy?

Odpověď: *Ne, nedala.*

7. Byly všeobecné sestry proškoleny a seznámeny s ošetřovatelskou dokumentací?

Odpověď: *Ano, v rámci provozní schůze. Také individuálně staniční sestrou.*

8. Byly všeobecné sestry seznámeny s předpisem o ošetřovatelské dokumentaci?

Odpověď: *Ano, byly.*

9. Jak si vysvětlujete, že 38 % všeobecných sester odpovědělo, že nebylo seznámeno s předpisem o ošetřovatelské dokumentaci?

Odpověď: *To nedokážu vysvětlit, všechny byly řádně seznámeny v rámci provozní schůze nebo od staničních sester.*

10. Jak si vysvětlujete, že 35 % všeobecných sester neodebírání ošetřovatelskou anamnézu a 15 % všeobecných sester neví, kdo ji má odebírat?

Odpověď: *Staniční sestry mají kontrolovat odebírání ošetřovatelské anamnézy. Domnívám se, že došlo k selhání kontrolní činnosti staniční sestry.*

11. Jak si vysvětlíte, že 78 % všeobecných sester uvedlo, že jim ošetřovatelská anamnéza nepomáhá identifikovat problémy pacienta?

Odpověď: *Jak jsem uvedla ošetřovatelská anamnéza není zaměřena na problémy pacienta.*

12. Má vaše zařízení stanoven interval, do kdy musí být odebrána ošetřovatelská anamnéza?

Odpověď: *Nemá, sestry ji odebírají hned při příchodu pacienta.*

13. Byly všeobecné sestry proškoleny v hygieně rukou?

Odpověď: *Ano.*

14. Měli možnost praktického nácviku hygieny rukou?

Odpověď: *Ano, v rámci školení.*

15. Jak je možné, že 42 % všeobecných sester tvrdí, že neměly možnost praktického nácviku hygieny rukou?

Odpověď: *Tak to nedokážu vysvětlit, zřejmě nebyly přítomny na semináři hygieny rukou.*

16. Probíhají tato školení pravidelně?

Odpověď: *Ne.*

17. Proč nejsou tato školení pravidelná?

Odpověď: *Nebyl dán podnět od hlavní sestry.*

18. Provádíte kontrolu hygieny rukou u všeobecných sester?

Odpověď: *Nemám to zavedeno v kontrolní činnosti. V rámci oddělení sestry kontroluje staniční sestra.*

19. Proč jsou dávkovače s mýdlem, dezinfekcí a ručníky pouze na inspekčním pokoji?

Odpověď: *Není ve finančních možnostech ústavu, aby byly dávkovače rozmístěny po celém oddělení.*

### **5.2.3 Rozhovor s hlavní sestrou**

1. Považujete současnou ošetřovatelskou anamnézu za dostatečnou?

Odpověď: *V rámci možností našeho zařízení si myslím, že je dostačující.*

2. Myslíte si, že by bylo vhodné do ošetřovatelské anamnézy zařadit škálovací techniky?

Odpověď: *Ano.*

3. Proč nejsou její součástí už nyní?

Odpověď: *Ošetřovatelskou anamnézu užíváme v této podobě už tři roky a zatím nám to vyhovovalo.*

4. Brání v současné době něco změně ošetřovatelské dokumentace?

Odpověď: *V současné době nemám dostatek času na tyto aktivity. Ale v budoucnu (jeden rok) chci rozšířit ošetřovatelskou anamnézu o škálovací techniky. V malém zařízení jako je naše, má hlavní sestra v náplni práce spoustu pracovních záležitostí, které se netýkají jen ošetřovatelství jako takového. V mé náplni práce je i např. objednávání a vydávání zdravotnického materiálu, příjmové pohovory, organizování vzdělávacích seminářů, účast na ekonomicko – provozních poradách. Nejen tyto záležitosti ubírají čas pro vytváření ošetřovatelské dokumentace a*

*standardů pro jednotlivá oddělení. V našem zařízení by bylo vhodné zřídit funkci náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, která by pokryla všechny tyto záležitosti*

5. Dostala jste někdy podněty a nápady k vylepšení ošetrovatelské anamnézy?

*Odpověď: Ano, když jsme vytvářeli tuto ošetrovatelskou anamnézu poprvé spolupracovala jsem s vrchními a staničními sestrami. V současné době nikoliv.*

6. Provádíte kontrolu ošetrovatelské dokumentace na oddělení?

*Odpověď: Ano, jednou ročně na každém oddělení.*

7. Byly všeobecné sestry proškoleny a seznámeny s ošetrovatelskou dokumentací?

*Odpověď: Ano, v rámci celoustavního semináře a na provozních poradách.*

8. Jak si vysvětlujete, že 38 % všeobecných sester odpovědělo, že nebylo seznámeno s předpisem o ošetrovatelské dokumentaci.

*Odpověď: Tak tomu nerozumím, zřejmě nebyly proškoleny pověřenými pracovníky. Tudiž selhaly staniční sestry.*

9. Jak si vysvětlujete, že 35% všeobecných sester neodebírání ošetrovatelskou anamnézu a 15 % všeobecných sester neví, kdo ji má odebírat?

*Odpověď: Toto mají za úkol kontrolovat staniční sestry na oddělení, domnívám se, že selhala jejich kontrola. A také špatný individuální přístup sester k plnění svých pracovních povinností.*

10. Jak si vysvětlíte, že 79 % všeobecných sester uvedlo, že jim ošetrovatelská anamnéza nepomáhá identifikovat problémy pacienta?

*Odpověď: Tak to je velice špatné, zřejmě budeme muset ošetrovatelskou anamnézu, co nejdříve přepracovat*

11. Má vaše zařízení stanoven interval, do kdy musí být odebrána ošetrovatelská anamnéza?

*Odpověď: Ne nemá, sestry odebírají anamnézu hned při příjmu pacienta.*

12. Byly všeobecné sestry proškoleny v hygieně rukou?

*Odpověď: Ano byly, v rámci seminárního školení.*

13. Probíhají školení v hygieně rukou pravidelně?

*Odpověď: Ano, v rámci BOZP a také jednou ročně v rámci školení.*

14. Mají všeobecné sestry možnost praktického nácviku hygieny rukou?

*Odpověď: Ano mají, v rámci školení zaměřeného na tuto problematiku.*

15. Provádíte kontrolu hygieny rukou u všeobecných sester?

*Odpověď: Nikoliv toto provádějí staniční nebo vrchní sestry na oddělení.*

16. Jak je možné, že 42 % všeobecných sester tvrdí, že neměly možnost praktického nácviku hygieny rukou?

*Odpověď: Toto tvrzení se neshoduje se skutečností. Je to o individuálním přístupu pracovníků, kteří se chtějí vzdělávat a mají relevantní informace. A dále ti, kteří se nechtějí vzdělávat a chybějí jim informace. Pak dochází k takovému tvrzení, že neměli možnost praktického nácviku.*

17. Proč se provádějí kontrolní stěry z prostředí?

*Odpověď: Patří to k mé rutinní kontrolní činnosti. Myslím si, že tyto stěry je nutno provádět z důvodů možného výskytu nozokominálních nákaz a možnosti infekčních přenosů sestra-pacient.*



## 6 Diskuze

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, zda má akreditace vliv na kvalitu ošetrovatelské péče a zda jsou rozdíly v dodržování a naplňování ošetrovatelských standardů. Z výše uvedeného plyne, že akreditace má významný vliv na kvalitu ošetrovatelské péče. V akreditovaném zařízení plní jednak platnou legislativu a navíc dodržují akreditační standardy. Toto spojení nám zajišťuje nejen kvalitní, ale i bezpečnou zdravotní péči. V neakreditovaném zařízení byly nalezeny nedostatky v dodržování ošetrovatelských standardů. Na základě nedostatků byly sestaveny dotazníky, jež nám objasnily, proč tomu tak je.

Nedostatky vztahující se k standardu č. 9: *Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vstupní ošetrovatelské vyšetření ošetřující sestrou do 24 hodin od přijetí.* V neakreditovaném zařízení nejsou součástí ošetrovatelské anamnézy škálovací techniky. Tyto techniky pomáhají všeobecným sestřím stanovit potřeby a problémy pacienta. Hlavní sestra se domnívá, že současný stav ošetrovatelské anamnézy je dostačující, ale přesto by v budoucnu ošetrovatelskou anamnézu ráda přepracovala. Hlavní sestra si je zřejmě vědoma, že ošetrovatelská anamnéza neplní svou funkci. Vrchní i staniční sestra se domnívá, že současná ošetrovatelská anamnéza není dostatečná. Staniční sestra podala podněty k vylepšení ošetrovatelské dokumentace vrchní sestře, ta však popírá, že by dostala podněty na vylepšení dokumentace. Až 78 % všeobecných sester odpovědělo, že jim ošetrovatelská anamnéza nepomáhá identifikovat problémy a potřeby pacienta. Tudíž neplní svou funkci.

Dalším problémem je odběr ošetrovatelské anamnézy, který není prováděn všeobecnou sestrou. V standardu č. 9 stojí: „Každý pacient bude mít provedeno a řádně zdokumentováno vstupní ošetrovatelské vyšetření **ošetřující sestrou** do 24 hodin po přijetí“. Hlavní sestra poukazuje na špatnou kontrolní činnost staniční sestry, která tuto činnost má ve své kompetenci. Stejný názor má i vrchní sestra. Staniční sestra pracuje pro dvě oddělení, není jednoduché plnit tuto kontrolní činnost, příjmy pacientů jsou zhruba 5 denně, to znamená 25 příjmů týdně. Domnívám se, že by zde staniční sestra měla mít větší podporu ze strany nadřízených.

38 % všeobecných sester nebylo seznámeno s předpisem o ošetrovatelské dokumentaci. Staniční sestra uvádí, že nemá zdravotnické zařízení předpis o ošetrovatelské dokumentaci. Vrchní sestra uvádí, že všeobecné sestry byly s tímto předpisem seznámeny.

Hlavní sestra vidí selhání ve staniční sestře, která je měla s tímto předpisem seznámit. Je zde otázka: Má toto zdravotnické zařízení daný předpis?

Neakreditované zařízení nemusí naplňovat standardy SAK ČR, ale chce-li v dnešní době zdravotnické zařízení poskytovat kvalitní a bezpečnou péči, může je použít jako návod pro zefektivnění systémového řízení kvality ošetrovatelské péče. V současné době musejí neakreditovaná zařízení dodržovat platnou legislativu a metodická doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR.

Vedení ošetrovatelské dokumentace je v dnešní době nedílnou součástí práce všeobecné sestry a její povinné složky jsou dány vyhláškou č.385/2006 o zdravotnické dokumentaci ze dne 21. července 2006:

## *11. DOKUMENTACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE*

*Záznam o ošetrovatelské péči obsahuje:*

*a) ošetrovatelskou anamnézu pacienta, zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu,*

*b) ošetrovatelský plán, v němž se zejména uvedou*

- 1. popis ošetrovatelského problému a stanovení ošetrovatelské diagnózy pacienta,*
- 2. postupy poskytování ošetrovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetrovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetrovatelské péče, včetně poučení pacienta,*
- 3. hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče,*
- 4. změny v ošetrovatelském plánu,*

*c) ošetrovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetrovatelské péče, v níž se zejména uvede*

- 1. shrnutí ošetrovatelské anamnézy,*
- 2. aktuální údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků,*
- 3. aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta,*
- 4. záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetrovatelské péče při propuštění z ústavní péče.*

Všechna zařízení by měla tuto vyhlášku dodržovat. Akreditované zařízení u SAK ČR musí ještě k legislativním požadavkům navíc naplňovat akreditační standard č. 9: *Každý pacient bude mít provedeno vstupní ošetřovatelské vyšetření ošetřující sestrou do 24 hodin po přijetí.*

Vyhláška je v platnosti už čtvrtým rokem, ale ne všude je zcela dodržována. Jak uvedla hlavní sestra neakreditovaného zařízení, chtěla by v budoucnu rozšířit ošetřovatelskou anamnézu o škálovací techniky, s čímž souhlasím. Dále bych doporučovala přepracovat i další části ošetřovatelské dokumentace. Také by bylo vhodné při přepracovávání ošetřovatelské dokumentace vzít na zřetel akreditační standardy SAK ČR. Kdyby se zařízení v budoucnu ucházelo o akreditaci SAK ČR, usnadnilo by to aplikaci akreditačních standardů do praxe.

Další problémy, se týkaly standardu č. 71: *V nemocnici se dodržuje hygiena rukou.* Všeobecné sestry jsou školeny v hygieně rukou, ale je sporné, zda toto školení probíhá pravidelně. Hlavní sestra tvrdí, že ano. Vrchní a staniční sestra tvrdí, že nejsou toto školení pravidelná. Až 42 % všeobecných sester tvrdilo, že neměly možnost praktického nácviku hygieny rukou. Vedoucí sestry se shodují, že zřejmě tyto všeobecné sestry nebyly na semináři, který se týkal této problematiky. Důvodem nepřítomnosti na semináři je i to, že všeobecné sestry daná problematika nezajímá.

Rozpory jsou i v kontrole hygieny rukou. Staniční sestra tvrdí, že to nemá v náplni kontrolní činnosti, vrchní sestra to považuje za selhání práce staniční sestry a hlavní sestra tvrdí, že kontrolu má provádět vrchní i staniční sestra. Všeobecné sestry nejsou kontrolovány, zda provádějí hygienu rukou správně. Tyto skutečnosti svědčí o nesystémově prováděném školení, kontrole přítomnosti na školení a kontrole postupů v praxi.

Dalším problémem v hygieně rukou je nedostatek dávkovačů s dezinfekcí a mýdlem na pokojích pacientů a na WC. Jak jsem zjistila z rozhovorů, brání tomu nedostatek finančních prostředků. Vše lze ale vyřešit správnými postupy.

Neakreditované zařízení by se mělo řídit jednak metodickým pokynem ministerstva zdravotnictví: *Hygienické zabezpečení rukou ve zdravotní péči* (Věstník 2005, částka 9, str. 13) a také doporučení WHO *5 základních situací, kdy provádět hygienu rukou* (Hedlová, s. 335, online) Školení v hygieně rukou by měla být pravidelná, zahrnout do kontrolní činnosti účast na školení a pravidelné kontroly mytí rukou. Nedostatečná hygiena může vést nejen ke vzniku, ale i k přenosu nozokominální nákazy, která může

poškodit jak pacienta, tak i personál. Správná hygiena rukou toto riziko značně eliminuje. V tomto zařízení chybí trvalá a systematická kontrola v hygieně rukou.

Akreditované zařízení musí pravidelně školit zaměstnance v hygieně rukou a musí je také systematicky kontrolovat tak, aby byla dodržena požadovaná kvalita ošetrovatelské péče. Dle standardu č. 71: *V nemocnici se dodržuje hygiena rukou.*

Co říci na závěr. Neakreditované zařízení zcela nenaplnuje legislativu a kvalita jeho ošetrovatelské péče není systematicky řízena a kontrolována.

Akreditované zařízení má trvalý systém zajišťování kvality ošetrovatelské péče, který je dán legislativou i akreditačními standardy.

Cílem této práce bylo zjistit vliv akreditace na kvalitu poskytované péče. Ze závěru výzkumu je zřejmé, že akreditace zdravotnických zařízení je správným krokem v poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní i ošetrovatelské péče. Akreditace nám dává jistotu, že nám bude poskytnuta kvalitní a bezpečná zdravotní i ošetrovatelská péče. My všichni se můžeme vyskytnout v roli pacienta a já vím, že budu-li se moci rozhodnout, kam se půjdu léčit, budu hledat zdravotnické zařízení, které má udělenou akreditaci SAK ČR.

## Závěr

Bakalářská práce se zabývá rozdíly v dodržování ošetrovatelských standardů v akreditovaném a neakreditovaném zařízení. Hlavním cílem bylo zjistit, zda má akreditace vliv na kvalitu poskytované péče ve zdravotnických zařízeních.

Teoretická část definuje co je kvalita, jak se hodnotí a proč je důležitá pro zdravotnická zařízení. Dále charakterizuje systémy řízení kvality ve zdravotnickém zařízení.

Cílem empirické části bylo zjistit, zda jsou dodržovány tyto standardy. **Standard č. 9:** *Každý pacient bude mít provedeno vstupní ošetrovatelské vyšetření ošetřující sestrou do 24 hodin po přijetí a standard č. 71: *V nemocnici se dodržuje hygiena rukou**

V rámci pilotního výzkumu bylo provedeno kvantitativní dotazníkové šetření, kterého zúčastnilo 26 všeobecných sester z neakreditovaného zařízení a 20 všeobecných sester z akreditovaného zařízení. Z výzkumného šetření byly dle předpokladu zjištěny nedostatky v neakreditovaném zařízení.

Tyto nedostatky jsem použila pro kvalitativní výzkum. Sestavila jsem tématický rozhovor pro staničnickou, vrchní a hlavní sestru. V tomto kvalitativním výzkumu jsem zjišťovala, jaké okolnosti brání plnění ošetrovatelských standardů. Ze zjištěné situace jsem navrhla možné kroky ke zlepšení dané situace. Zejména přepracování ošetrovatelské dokumentace, která pomůže sestřám jasně identifikovat problémy pacienta a následně zahájit individuální plán ošetrovatelské péče. A v oblasti nedostatečného dodržování hygieny rukou doporučuji zahrnout pravidelné kontroly hygieny rukou do kontrolní činnosti vedoucích pracovníků a pořádat řádná školení o hygieně rukou.

Závěry své práce poskytnu vedení neakreditovaného zdravotnického zařízení, jako možné řešení vedoucí k nápravě zjištěných nedostatků. Bude-li zájem ze strany vedení, budu se ráda podílet na úpravě ošetrovatelské dokumentace. A snad napomohu prostřednictvím nabytých informací zavést systém kontroly hygieny rukou a případně se aktivně účastnit vzdělávacích aktivit o hygieně rukou.

Věřím že, již samotná definice těchto problémů pomůže k nápravě nedostatků a hledání nových řešení.

## Seznam použitých zkratk

CQM	Continuous Quality Improvement (kontinuální zvyšování kvality)
EFQM	European Foundation for Quality Management (Evropská nadace pro řízení kvality)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (Spojená komise pro akreditaci zdravotnických organizací)
JCIA	Joint Commission International Accreditation (Spojená mezinárodní akreditační komise)
ISO	International Organisation for Standardizations (Mezinárodní komise pro standardizaci)
NZP	nižší zdravotnický pracovník
PZP	pomocný zdravotnický pracovník
TQM	Total Quality Management (celkové řízení kvality)

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Je zdravotnické zařízení akreditované.....	33
Tabulka č. 2 - Příprava zdravotnického zařízení na akreditační šetření.....	34
Tabulka č. 3 - Je ve zdravotnickém zařízení předpis o ošetřovatelské dokumentaci .....	35
Tabulka č. 4 - e v zařízení předpis o rozsahu vstupní ošetřovatelské anamnézy.....	36
Tabulka č. 5 - Seznámení s předpisem o zdravotnické dokumentaci .....	37
Tabulka č. 6 - Odběr ošetřovatelské anamnézy všeobecnou sestrou.....	38
Tabulka č. 7 - Používání škálovacích technik v rámci ošetřovatelské anamnézy .....	39
Tabulka č. 8 - Odběr ošetřovatelské anamnézy do 24 hod. od přijetí pacienta .....	40
Tabulka č. 9 - Identifikace potřeb pacienta pomocí ošetřovatelské anamnézy. ....	41
Tabulka č. 10 - Je vždy dostatek času na odběr ošetřovatelské anamnézy.....	43
Tabulka č. 11 - Kontrola ošetřovatelské anamnézy do 24 hodin od přijetí pacienta.....	44
Tabulka č. 12 - Je prováděno školení v hygieně rukou .....	44
Tabulka č. 13 - Kdy probíhá pravidelné školení v hygieně rukou.....	45
Tabulka č. 14. - Prezentace a praktický nácvik mytí rukou.....	46
Tabulka č. 15 - Preference hygieny rukou .....	47
Tabulka č. 16 - Doba trvání mytí rukou.....	48
Tabulka č. 17 – Dezinfekce rukou po umytí mýdlem.....	49
Tabulka č. 18 – Dostatek pomůcek pro mytí rukou na inspekčním pokoji .....	50
Tabulka č. 19 – Dostatek hygienických pomůcek k mytí a dezinfekci rukou .....	51
Tabulka č. 20 – Kontrola nadřízenými při správném mytí rukou.....	52
Tabulka č. 21 - Kontrola nadřízeným při dezinfekci rukou.....	53
Tabulka č. 22 - Mikrobiologické stěry z rukou .....	54
Tabulka č. 23 – Mikrobiologické stěry z prostředí.....	55

## Seznam grafů

Graf č. 1 - Je zdravotnické zařízení akreditované.....	33
Graf č. 2 - Příprava zdravotnického zařízení na akreditační šetření.....	34
Graf č. 3 - Je ve zdravotnickém zařízení předpis o ošetřovatelské dokumentaci .....	35
Graf č. 4 - Je v zařízení předpis o rozsahu vstupní ošetřovatelské anamnézy .....	36
Graf č. 5 - Seznámení s předpisem o zdravotnické dokumentaci .....	37
Graf č. 6 - Odběr ošetřovatelské anamnézy všeobecnou sestrou.....	38
Graf č. 7 - Používání škálovacích technik v rámci ošetřovatelské anamnézy .....	40
Graf č. 8 - Odběr ošetřovatelské anamnézy do 24 hod. od přijetí pacienta .....	41
Graf č. 9 - Identifikace potřeb pacienta pomocí ošetřovatelské anamnézy .....	42
Graf č. 10 - Je vždy dostatek času na odběr ošetřovatelské anamnézy .....	43
Graf č. 11 - Kontrola ošetřovatelské anamnézy do 24 hodin od přijetí pacienta.....	44
Graf č. 12 - Je prováděno školení v hygieně rukou .....	45
Graf č. 13 - Kdy probíhá školení v hygieně rukou .....	46
Graf č. 14 - Prezentace a praktický nácvik mytí rukou .....	47
Graf č. 15 - Preference hygieny rukou.....	48
Graf č. 16 - Doba trvání mytí rukou .....	49
Graf č. 17 - Dezinfekce rukou po umytí mýdlem .....	50
Graf č. 18 - Dostatek pomůcek pro mytí rukou na inspekčním pokoji.....	51
Graf č. 19 - Dostatek hygienických pomůcek k mytí a dezinfekci rukou .....	52
Graf č. 20 - Kontrola nadřizenými při správném mytí rukou .....	53
Graf č. 21 - Kontrola nadřizeným při dezinfekci rukou .....	54
Graf č. 22 - Mikrobiologické stěry z rukou .....	55
Graf č. 23 - Mikrobiologické stěry z prostředí .....	56



## **Bibliografie**

Soupis použitých (citovaných a studovaných) pramenů je rozdělen dle druhu informačního materiálu na monografie, příspěvky v periodikách, kvalifikační práce, normy a dokumenty elektronické. Řazení uvnitř skupin je abecední. Soupis vychází z platných ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2.

## **Monografie**

GLADKIJ, Ivan; HEGER, Leoš; STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

GLADKIJ, Ivan; STRNAD, Ladislav. *Měření a řízení kvality péče v českém zdravotnictví*. Praha : Iga MZ ČR, 1998. 273 s.. (Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury MZ ČR).

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

MADAR, Jiří a kol.. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd.. Praha : Grada, 2004. 245 s. ISBN 80-247-0585-0.

MARX, David; VLČEK, František. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2.vyd. Praha : SAK ČR společně s nakl. Tigris s.r.o., 2008. 103 s. ISBN 978-80-903750-6-2.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství : systémový přístup : učební texty pro vysokoškolský studijní program ošetrovatelství. 2.díl*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2002. 160 s.. ISBN 80-246-0428-0.

*Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice : překlad 3. vydání*. Joint Commission International. 1. české vyd.. Praha : Grada, 2008. 309 s.. ISBN 978-80-247-2436-2.

*Metodické pokyny pro akreditaci Národního akreditačního orgánu České republiky.* Praha : Český normalizační institut, 2001. 26 s.. ISBN 80-7283-081-3.

MÜLLEROVÁ, Nina. *Systém kontinuálního zlepšování kvality ošetrovatelské péče v nemocnicích v ČR.* Praha : Iga MZ ČR, 2000. 30 s.. (Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury MZ ČR).

PEŠEK, Jaromír. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO : ve zdravotnictví a lékárenství.* 1. vyd.. Praha : Grada, 2003. 110 s.. ISBN 80-247-0551-6.

*Slovník cizích slov.* Kol. autorů Ottova nakladatelství. 1. vyd. Praha : Ottovo nakladatelství, 2000. 708 s.. ISBN 80-7181-376-1.

*Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost.* 2. oprav. a dopl. vyd. Praha : Academia, 2000. ISBN 80-200-0493-9.

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství. 2, Zajišťování kvality ošetrovatelské péče, etický kodex sester, Charty práv pacientů / [Marta Staňková].* Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství. 6, Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi / [Marta Staňková].* Vyd. 1.. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 55 s.

ŠKRLA, Petr; ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management.* Vyd. 1.. Praha : Advent-Orion s.r.o., 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

ŠKRLA, Petr; ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnictví.* 1. vyd. Havlíčkův Brod : Grada , 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

*WHO guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft) : a summary .* Geneva : World Health Organization, 2005. 31 s..

## **Kvalifikační práce**

VAŠÁTKOVÁ, Ivana. *Manažerská hlediska zlepšování kvality v nemocnicích a její praktické aplikace*. Olomouc, 2007. 150 s. Dizertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta, 2007-09-14.

## **Periodika**

*Osobní rádce zdravotní sestry : praktické rady a informace*. 2/2004. Praha : Dashöfer, 2004. ISSN 1214-0074.

## **Příspěvky v tištěných periodikách**

STEJSKALOVÁ, D.. Seminář o indikátorech kvality ošetrovatelské péče. *Ošetrovatelství*. 1999, sv. 1, č. 1, s. 51–52. ISSN 1212-723X.

VAŠÁTKOVÁ, I.; ULRYCHOVÁ, H.. Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. *Sestra : odborný dvoměsíčník pro zdravotní sestry*. 2007, roč. 17, č. 2, s. 21–22. ISSN 1210-0404.

## **Příspěvky v elektronických periodikách**

Hedlová, D.. Jak správně provádět hygienu rukou? *Interní medicína pro praxi* [online]. 2010, roč. 12, č. 4 [cit. 2010-09-06], s. 334-335. Dostupný v PDF formátu z WWW: <<http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2010/06/11.pdf>>.

Koncepce ošetrovatelství. In *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Zář 2004, roč. 2004, částka 9, [cit. 2010-08-30], s. 2-8. Dostupný z WWW: <[http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik\\_1881\\_1038\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html)>.

Metodický návod na mytí rukou MZ : hygienické zabezpečení rukou ve zdravotní péči. In *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky* [online]. Zář 2005, roč. 2005, částka 9, [cit. 2010-08-30], s. 14-19. Dostupný z WWW: <<http://knihabezpeci.mzcr.cz/Pages/13-Metodicky-navod-na-myti-rukou-MZ.html>>.

## **Elektronické dokumenty**

BRATKOVÁ, Eva. *Metody citování literatury a strukturování bibliografických záznamů podle mezinárodních norem ISO 690 a ISO 690-2 citace* [online]. [cit. 2008-11-09].

Dostupný z WWW: <<http://www.evskp.cz/SD/4c.pdf>>.

WHO. *Five moments for Hand Hygiene* [online]. Geneva : WHO,2010 [cit. 2010-09-12].

Dostupný ve formátu PDF z WWW:

<[http://www.who.int/gpsc/tools/Five\\_moments/en/index.html](http://www.who.int/gpsc/tools/Five_moments/en/index.html)>.

MARX, David. *Akreditace zdravotnických zařízení* [online]. Praha : MZČR, 2008

[cit. 2010-08-08]. Dostupný z WWW: <<http://portalkvality.mzcr.cz/Pages/23-Akreditace-zdravotnickych-zarizeni.html>>.

## **Vyhlášky, normy**

Česko. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 385/2006 Sb. ze dne 21. července 2006 o zdravotnické dokumentaci. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 122, s. 5282-5284. Dostupný také v PDF formátu z WWW:

<[http://www.infomed.cz/libfile/file\\_download.php?id=68](http://www.infomed.cz/libfile/file_download.php?id=68)> .

ČSN ISO 690 (01 0197). *Dokumentace – Bibliografické citace – Obsah, forma a struktura*. Praha : Český normalizační institut, 1996. 31 s.

ČSN ISO 690-2 (01 0197). *Informace a dokumentace – Bibliografické citace – Část 2: Elektronické dokumenty nebo jejich části*. Praha : Český normalizační institut, 2000. 24 s.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Žádost o provedení výzkumného šetření v OLÚ Paseka

Příloha č. 2 Dotazník

Příloha č. 3 Ukázka škálovací techniky

Příloha č. 4 Pět základních situací, kdy provádět hygienu rukou

## **Příloha č. 1 Žádost o provedení výzkumného šetření šetření v OLÚ Paseka**

Original Message-----

From: Marcela Valentová [mailto:marcela\_valentova@centrum.cz]

Sent: Tuesday, January 26, 2010 7:28 AM

To: maulerova@olupaseka.cz; polzerova@olupaseka.cz

Cc: marcela\_valentova

Subject: Dotazníkové šetření

Dobrý den, studuji 3. roč. UK LF HK obor Ošetřovatelství. Obracím se na Vás s prosbou o provedení dotazníkového šetření pro závěrečnou bakalářskou práce-Vliv akreditace na kvalitu poskytované péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Pracuji jako zdravotní sestra na plicním oddělení OLÚ Albertinum Žamberk

Šetření by probíhalo pouze u personálu -zdravotní sestry-plicního oddělení.

Srovnávala bych akreditované zařízení-Vaše plicní oddělení, s naším neakreditovaným zařízením-plicní oddělení.

Ráda bych věděla, zda mohu u Vás tento dotazník nějakým způsobem distribuovat.

Dotazník zasílám v příloze.

Předem děkuji za odpověď.

Pěkný den Valentová Marcela

## Příloha č. 2 Dotazník

Vážené kolegyně,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce studia Ošetrovatelství na LF UK v Hradci Králové.

Cílem dotazníku je zjistit kvalitu ošetrovatelské péče v akreditovaném a neakreditovaném lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Vyplněné údaje jsou anonymní a budou sloužit k posouzení kvality v akreditovaném a neakreditovaném zdravotnickém zařízení.

*Odpovědi u jednotlivých otázek zaškrtněte, případně se řiďte pokyny v textu.*

*Zaškrtněte **pouze jednu odpověď**. Pokud chcete svou odpověď změnit, stačí předchozí odpověď škrtnout a označit odpověď novou.*

Marcela Valentová - studentka 3. ročníku Ošetrovatelství

1. Je vaše zdravotnické zařízení akreditované?

Ano- Ne -Nevím

2. Připravuje se vaše zdravotnické zařízení na akreditaci?

Ano- Ne -Nevím

3. Má vaše zdravotnické zařízení předpis o ošetrovatelské dokumentaci?

Ano- Ne -Nevím

4. Má Vaše zařízení předpis, který Vám ukládá rozsah vstupního ošetrovatelského vyšetření (ošetrovatelské anamnézy)?

Ano- Ne -Nevím

5. Byla jste s tímto předpisem seznámena?

Ano- Ne -Nevím

6. Odebírá vstupní ošetrovatelskou anamnézu všeobecná sestra?

Ano- Ne -Nevím

7. Jsou součástí ošetřovatelského anamnézy škálovací techniky?(zatrhněte i více z nabídky)

Barthelův test

Stupnice podle Nortonové, popř. jiná zjištění rizika vzniku dekubitů

Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dospělé nutriční skóre.

Hodnocení sebepěče a soběstačnosti.

Nepoužíváme škálovací techniky.

8. Je vstupní ošetřovatelská anamnéza provedena do 24hod.od přijetí pacienta?

Ano- Ne -Nevím

9. Pomáhá vám ošetřovatelská anamnéza identifikovat potřeby pacienta?

Ano- Ne -Nevím

10. Máte vždy dostatek času na odebrání ošetřovatelské anamnézy?

Ano- Ne -Nevím

11.Provádí se kontrola ošetřovatelské anamnézy ,zda je provedena do 24 hod od přijetí pacienta?

Ano- Ne -Nevím

12. Bylo u Vás provedeno školení v hygieně rukou?

Ano- Ne -Nevím

13. Jestliže ano, kdy?( zatrhněte jednu, či více z možností)

a) v rámci adaptačního procesu

b)při pravidelném každoročním školení v hygieně rukou

14. Je součástí školení i názorná prezentace s vlastním vyzkoušením správného procesu?

Ano- Ne -Nevím

15. Jaký způsob hygienické dezinfekce rukou preferujete v případě, že nemáte ruce viditelně znečištěné (zatrhněte):



- a) mytí rukou vodou a mýdlem
- b) používání alkoholové dezinfekce rukou
- c) mytí rukou vodou a mýdlem a používání alkoholové dezinfekce rukou

16. Jak dlouho vám trvá mytí rukou? (zatrhněte)

- a) 30sec
- b) 1min
- c) 2min
- d) nevím

17. Dezinfikujete si vždy ruce po umytí mýdlem?

Ano- Ne -Nevím

18. Máte na inspekčním pokoji dostatek pomůcek (např. dávkovače s dezinfekcí, mýdlo, papírové ručníky) k mytí rukou?

Ano- Ne -Nevím

19. Máte i na oddělení (pokoj pacienta) dostatek pomůcek např. dávkovače k dezinfekci rukou?

Ano- Ne -Nevím

20. Kontroluje Váš nadřízený správný postup při mytí rukou?

Ano- Ne -Nevím

21. Kontroluje Váš nadřízený správný postup při dezinfekci rukou?

Ano- Ne -Nevím

22. Jsou u Vás prováděny mikrobiologické stěry z rukou?

Ano- Ne -Nevím

23. Jsou u Vás prováděny mikrobiologické stěry z prostředí?

Ano- Ne -Nevím

## Příloha č. 3 Ukázka škálovací techniky

### Barthelův test základních všedních činností.

(ADL-activity daily living)

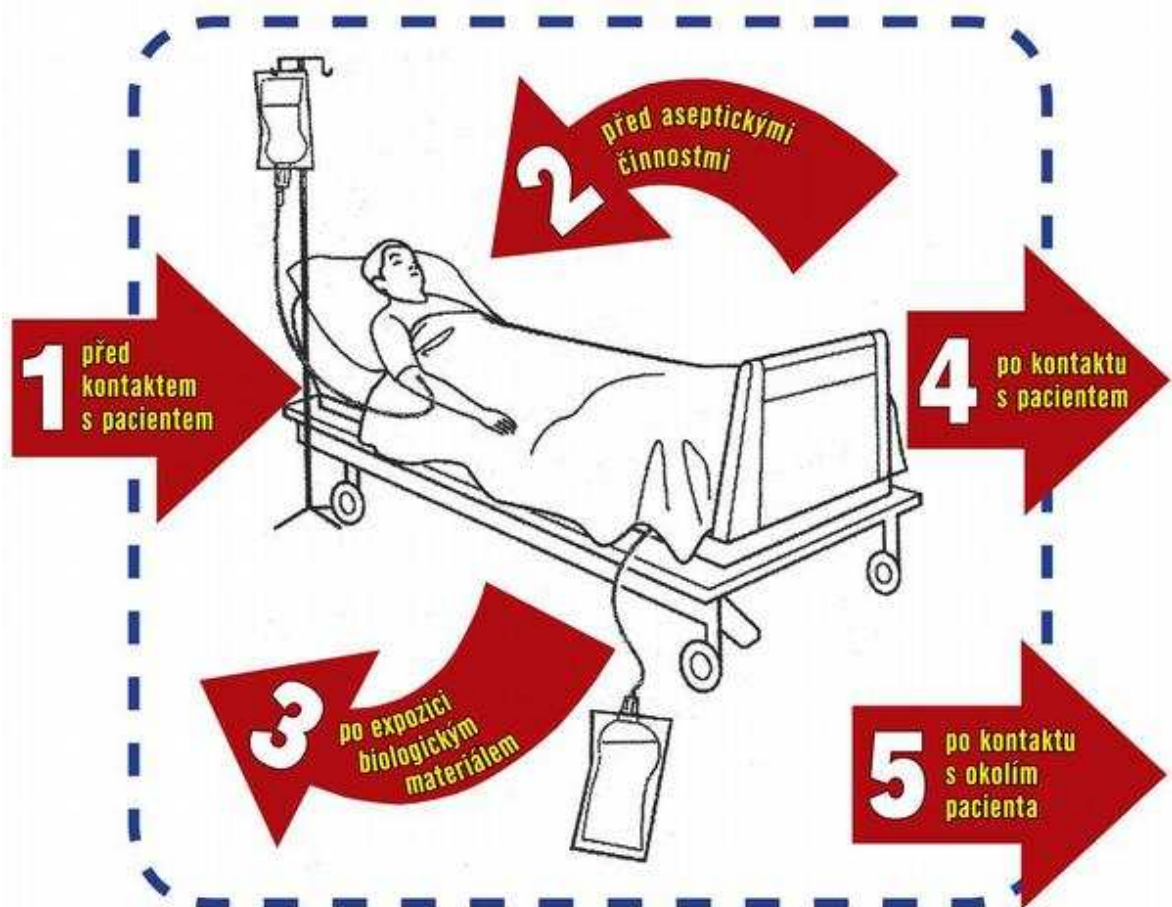
	<b>Činnost:</b>	<b>Provedení činnosti:</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>01.</b>	<b>Najedení,napití</b>	<b>Samostatně bez pomoci</b>	<b>10</b>
		S pomocí	05
		Neprovede	00
<b>02.</b>	<b>Oblékání</b>	<b>Samostatně bez pomoci</b>	<b>10</b>
		S pomocí	05
<b>03.</b>	<b>Koupání</b>	<b>Samostatně nebo s pomocí</b>	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>04.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	<b>Samostatně nebo s pomocí</b>	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>05.</b>	<b>Kontinence moči</b>	<b>Plně kontinentní</b>	<b>10</b>
		Občas inkontinentní	05
		Trvale inkontinentní	00
<b>06.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	<b>Plně kontinentní</b>	<b>10</b>
		Občas inkontinentní	05
		Inkontinentní	00
<b>07.</b>	<b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci	10
		<b>S pomocí</b>	<b>05</b>
		Neprovede	00
<b>08.</b>	<b>Přesun lůžko-židle</b>	Samostatně bez pomoci	15
		<b>S malou pomocí</b>	<b>10</b>
		Vydrží sedět	05
		Neprovede	00
<b>09.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50 metrů	15
		<b>S pomocí 50 metrů</b>	<b>10</b>
		Na vozíku 50 metrů	05

		Neprovede	00
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomocí	10
		<b>S pomocí</b>	<b>05</b>
		Neprovede	00

### Hodnocení stupně závislosti

<b>Hodnocení:</b>	Závislost	Body
	Vysoce závislý	00 – 40 bodů
	Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
	<b>Lehká závislost</b>	<b>65 – 95 bodů</b>
	Nezávislý	96 – 100 bodů

# KDY DEZINFIKOVAT RUCE



## ANOTACE

- Autor:** Valentová Marcela
- Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové,  
Oddělení ošetrovatelství
- Název práce:** Akreditace a její vliv na kvalitu poskytované péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení
- Vedoucí práce:** Mgr. Ivana Vašátková, Ph.Dr.
- Počet stran:** 70
- Počet příloh:** 4
- Počet literatury:** 30
- Rok obhajoby:** 2010
- Klíčová slova:** ošetrovatelská péče, standard, kvalita, akreditace, audit, Spojená akreditační komise, indikátory kvality, systémy řízení, ošetrovatelská dokumentace, hygiena rukou

Bakalářská práce pojednává o akreditaci zdravotnických zařízení a o jejím vlivu na kvalitu poskytované péče. Všímá si vlivu akreditace na poskytování ošetrovatelské péče.

Teoretická část pojednává o významu kvality ošetrovatelské péče a o systémech řízení, které ji zajišťují.

Těžiště práce tvoří kvalitativní výzkum založený na rozhovorech se staniční, vrchní a hlavní sestrou. Tyto rozhovory byly sestaveny na základě kvantitativního pilotního výzkumu. Tento kvalitativní výzkum si klade za cíl objasnit příčiny nedodržování akreditačních standardů a platné legislativy.

## ANNOTATION

**Author:** Valentová Marcela  
**Institution:** Institute of Social Medicine, The Faculty of Medicine,  
University of Hradec Králové  
**Title of the thesis:** Accreditation and its influence on the quality of the care  
provided in health facilities  
**Supervision:** Mgr. Ivana Vašátková, Ph.Dr.  
**Number of pages:** 70  
**Number of appendices:** 4  
**Number of used titles:** 30  
**Year of Defence:** 2010  
**Key words:** nursing care, standards, quality, accreditation, audit, Spojená akreditační  
komise, indicators of quality, systems of management, documentation associated with  
nursing care, hands hygiene

The bachelor thesis deals with accreditation of health facilities and its influence on the quality of provided care. It focuses on the influence of accreditation on provision of nursing care.

The theoretical part of the thesis deals with the importance of the quality of nursing care and with the systems of management which provide it.

The basis of the thesis is created by a qualitative research based on interviews with ward, chief and head nurses. These interviews were compiled on the basis of the quantitative pilot research. The ambition of my qualitative research is to explain the causes of cases when accreditation standards are not met and valid legislative is not abided.