

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

STANDARDY A JEJICH VÝZNAM V PÉČI

Bakalářská práce

Autor práce: **Ladislava Šrajerová**
Vedoucí práce: **Mgr. Ivana Vašátková, Ph.D.**
Jaroslava Pečenková

2011

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

STANDARDS AND THEIR IMPORTANCE IN THE CARE

Bachelor's thesis

Autor: **Ladislava Šrajerová**

Supervisor: **Mgr. Ivana Vašátková, Ph.D.**

Jaroslava Pečenková

2011

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Mladé Boleslavi, dne 23.9.2011

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Ivaně Vašátkové Ph.D. a paní Jaroslavě Pečenkové za odborné konzultace a cenné rady při zpracování této práce.

Dále bych chtěla poděkovat řediteli Oblastní nemocnice Mladá Boleslav a náměstkyni pro ošetrovatelskou péči Mgr. Janě Fejfarové, stejně tak, řediteli FN Hradec Králové a náměstkyni pro ošetrovatelskou péči Bc. Haně Ulrichové za vstřícnost při prováděném výzkumu na pracovištích těchto nemocnic.

OBSAH

ÚVOD	7
-------------------	---

Teoretická část

1 KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ	9
2 KVALITA	13
2.1 Termín kvalita	13
2.2 Kvalita ve zdravotnictví	14
2.3 Definice kvality zdravotní péče	17
2.4 Kritéria kvality	21
3 STANDARDY V OŠETŘOVATELSTVÍ	24
3.1 Vysvětlení pojmu standardy	25
3.2 Definice ošetřovatelských standardů	26
3.3 Typy standardů podle zaměření a jejich význam podle typu	26
3.4 Standardy ošetřovatelské péče	28
3.5 Standardy pro přímou péči	29
3.6 Proces tvorby standardu	32
3.6.1 Kroky sestavování standardu metodou DySSSy	34
3.6.2 Doporučení pro formulaci jednotlivých kritérií standardu	36
4 AUDIT	38
4.1 Ošetřovatelský audit	38
4.2 Průběh interního auditu	40
4.3 Význam ošetřovatelského auditu	41

Empirická část

5 CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	43
6 METODIKA	45
6.1 Výzkumná metoda	45
6.2 Charakteristika skupin respondentů	46
6.3 Pilotní šetření	46
6.4 Realizace šetření	46

7	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA	48
	7.1 Údaje zkoumaných respondentů zařazených do šetření	50
	7.1.1 Manažerky	50
	7.1.2 Všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti	52
	7.2 Analýza jednotlivých položek	55
	7.2.1 Analýza cílů	55
	7.2.2 Analýza hypotéz – manažerky	60
	7.2.3 Analýza hypotéz – všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti	67
	7.3 Ověření hypotéz	74
	DISKUZE	80
	ZÁVĚR	84
	ANOTACE	87
	ABSTRACT	88
	LITERATURA A PRAMENY	89
	SEZNAM ZKRATEK	92
	SEZNAM GRAFŮ	95
	SEZNAM TABULEK	96
	SEZNAM PŘÍLOH	97

ÚVOD

„Učení má být takové, aby to, co se jim předkládá, cháпали jako cenný dar a ne jako cosi povinného, co jim má zkazit dobrou náladu“.

Albert Einstein

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala proto, že mne problematika kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnictví zajímá. Nemalou roli při výběru tohoto tématu sehrály i osobní zkušenosti z pozic, ve kterých jsem po dobu již více než, třiceti let ve zdravotnictví pracovala.

Z pozice řadové sestry na oddělení ARO vím, že nejen já, ale i mnohé sestry při zavádění standardů, nahlížely na tuto „novinku“ s velkými pochybnostmi a i obavami, jak toto bude fungovat a názorem, proč zavádět něco, co v podstatě funguje, jako nepsaný zákon.

Brzy jsem pochopila smysl standardů, zvláště těch, které se týkaly činností, jež se na ARO prováděly méně často. Vzpomínám si, že vždy, když se měl provádět nějaký nerutinní výkon, radily jsme se všechny, co jsme byly ve směně a společně dávaly dohromady pomůcky, postup výkonu, zajištění pacienta apod.

Díky standardům jsem z pozice vrchní sestry jednoho z oddělení motolské nemocnice, mohla hodnotit kvalitu péče, jež byla na mém oddělení poskytována. Sledovala jsem práci sester, hovořila jsem s nimi, o tom co zlepšit, jak jim jejich nelehkou práci zpříjemnit. Poptávala jsem se pacientů, jak jsou s péčí sester spokojeni, a věřte, že slova chvály, mne vždy těšila. Nebyl pak pro mne problém sestry veřejně pochválit a zdůraznit lékařům, aby si uvědomili, jaké šikovné sestry mají ve svém týmu a vážili si jejich práce.

Když jsem pracovala jako manažerka soukromé kliniky v Brně, bylo mou povinností standardy postupů ošetrovatelské péče na tomto pracovišti vypracovat a uvést do praxe. Byl to pro mne nelehký úkol. Do této doby jsem pouze se standardy sestry seznamovala, používala je pro svou kontrolu, dělala si své soukromé audity. Znamenalo to prostudovat spoustu materiálů a s tímto problémem se poprat. Ovšem až dnes si uvědomuji, jakých chyb či nedostatků jsem se při jejich tvorbě dopustila.

Téma jsem si zvolila i proto, že mne zajímá, zda tak jak se vyvíjel a měnil můj přístup ke standardům, se měnil i přístup ostatních mých kolegů, pracujících na různých pozicích.

Teoretická část

1 Koncepce ošetřovatelství

Současné zdravotnictví v naší republice od přelomu devadesátých let prochází řadou systémových změn a značným rozvojem mnoha vědních oborů a disciplín. Mezi tyto disciplíny patří i ošetřovatelství. Díky tomuto trendu a také doporučení mnoha organizací jako např. Organizace spojených národů (dále jen OSN), Mezinárodní rady sester a Světové zdravotnické organizace (dále jen SZO), Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) vydalo metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetřovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové nebo ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob. Náplní koncepce je definovat obor ošetřovatelství, stanovit jeho cíle a rysy. Vychází z koncepce z roku 1998 a z platných legislativních norem ČR. Ta byla vytvořena Radou pro rozvoj ošetřovatelství hlavní sestry Ministerstva zdravotnictví ČR v čele s doc. Martou Staňkovou. Respektuje doporučení OSN, WHO, EU, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Tyto dokumenty určují další rozvoj a směr ošetřovatelství a porodní asistence v 21. století. Tato opatření jsou definována ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR částce 9 /2004 ze září roku 2004.

Koncepce klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetřovatelského personálu. Zdůrazňuje nutnost práce metodou ošetřovatelského procesu doprovázeného řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetřovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a sociálním prostředím. Otevírá cestu k zajištění kvalitní ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení. K tomu, aby se mohla tato koncepce naplnit, je potřeba dostatečně vzdělaného ošetřovatelského personálu. Vytvořením „Registru zdravotnických pracovníků“ dochází k hierarchii ošetřovatelského personálu, danou právě vzděláním, na jehož základě se pak vydává Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. ¹

1 Srov. *Koncepce ošetřovatelské péče*, In Věstník MZ ČR 2004, částka 9, s. 2-8, [online] Dostupné z [www: http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/373-vestnik-92004.html?menu=696](http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/373-vestnik-92004.html?menu=696), [cit. 2008-17-12]

První kapitola je „Úvod“, v ní je shrnuto postavení a funkce ošetrovatelství, působnost a rysy ošetrovatelství. Také nastiňuje cestu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů, které stanovují kritéria k jejímu poskytování a hodnocení. Předložená koncepce definuje obor a také systém vzdělávání zdravotnickým pracovníkům. ²

Další kapitola definuje ošetrovatelství, jeho cíle a charakteristiku tohoto oboru. Přesná definice ošetrovatelství zní: „Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebeběči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetrovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči“. ³

„Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Při dosahování těchto cílů ošetrovatelský personál úzce spolupracuje s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky“. ⁴

Charakteristickými rysy ošetrovatelství jsou poskytování aktivní ošetrovatelské péče, poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu, poskytování ošetrovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem holistický přístup k nemocnému, preventivní charakter péče, poskytování péče ošetrovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (vícestupňový způsob)“. ⁵

1 Srov. *Koncepce ošetrovatelské péče*, Věstník MZ ČR 2004, částka 9, s.2-8,[online], Dostupné <http://search.seznam.cz/svet?q=Koncepce+ošetrovatelské+péče+,+In+Věstník+MZ+ČR+2004,+částka+9>

3 Citace: *Koncepce ošetrovatelské péče*, Věstník MZ ČR 2004, částka 9, s 2-8, vydán září 2004, Dostupné <http://search.seznam.cz/svet?q=Koncepce+ošetrovatelské+péče+,+In+Věstník+MZ+ČR+2004,+částka+9>

4, 5 Citace: *Koncepce ošetrovatelské péče*, Věstník MZ ČR 2004, částka 9, s 2-8, vydán září 2004, Dostupné <http://search.seznam.cz/svet?q=Koncepce+ošetrovatelské+péče+,+In+Věstník+MZ+ČR+2004,+částka+9>

Další kapitola se zabývá neméně důležitou problematikou a to jsou pracovníci v oboru a jejich vzdělávání. Tato kapitola udává, kdo ošetrovatelskou péčí podle uvedené koncepce zajišťuje. Hovoří o vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství o způsobu získání vzdělání, o registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, o „Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu“ (registrace). Vysvětluje význam Průkazu odbornosti. Dále je v této kapitole uvedena hlavní metoda ošetrovatelské péče, jímž je ošetrovatelský proces, k němuž patří vedení ošetrovatelské dokumentace.

Další podkapitoly se zabývají ošetrovatelským managementem a hodnocením kvality ošetrovatelské péče. V ošetrovatelském managementu je uveden systém řízení náměstkyní/náměstkem pro ošetrovatelskou péči (hlavní sestrou). Struktura řízení ošetrovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na vedení příslušného zařízení. Kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem současného ošetrovatelství. Kvalitu ošetrovatelské péče určují ošetrovatelské standardy, které současně stanovují její měřitelná kritéria. Vedoucí pracovníci v ošetrovatelství jsou povinni průběžně hodnotit na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, profesionální přístup ošetrovatelského personálu k nemocným, organizaci práce ošetrovatelských pracovníků a spokojenost nemocných s ošetrovatelskou péčí. Při hodnocení používají objektivní metody hodnocení. ⁶

Poslední dvě kapitoly hovoří o komunitním ošetrovatelství a neméně důležitém a dnes se dostávajícím do popředí, ošetrovatelském výzkumu. Rozvoj komunitního ošetrovatelství je prioritou Světové zdravotnické organizace. Jedná se o ošetrovatelské služby poskytované zpravidla mimo ústavní zařízení. Zajišťují péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel. Tyto služby jsou zaměřeny především na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu ke zdraví. Podílejí se na péči o nemocného, jeho rehabilitaci, edukaci i rodinných příslušníků a blízkých, jež o nemocného pečují. Stejnou měrou se podílejí na péči o chronicky a nevléčitelně nemocné, o zdravotně postižené občany, zajišťují různé formy domácí péče. Pracovníci úzce spolupracují s lékaři, orgány státní správy a samosprávy, občanskými sdruženími apod. ⁷

6, 7 Srov. *Koncepce ošetrovatelské péče*, Věstník MZ ČR 2004, částka 9, s 2-8, [online] Dostupné tamtéž

Výzkum v ošetrovatelství je součástí výzkumu ve zdravotnictví. Vytváří nové poznatky, které přímo nebo nepřímo ovlivňují ošetrovatelskou praxi. Tato kapitola vysvětluje co je ošetrovatelský výzkum, jaké vytváří poznatky, jak tyto ovlivňují ošetrovatelskou praxi, je vymezeno v kapitole. Zabývá se i možnostmi financování, upřesňuje podmínky přihlašování projektů a možnost participace na výzkumných projektech prostřednictvím Evropské unie, WHO a dalších mezinárodních institucí. ⁸

⁸ Srov. *Koncepce ošetrovatelské péče*, Věstník MZ ČR 2004, částka 9, s 2-8, [online] Dostupné tamtéž

2 Kvalita

V této kapitole a podkapitolách bych chtěla přiblížit a objasnit všeobecně pojem kvalita a její význam a vývoj ve zdravotnictví ve světě i v ČR.

2.1 Termín kvalita

Dvacáté století bylo stoletím techniky a produktivity, která se odrážela nejen ve všech odvětvích průmyslu, obchodu, služeb ale i samozřejmě ve zdravotnictví. Jedenadvacáté století nebude jen stoletím techniky a produktivity, ale i stoletím zaměřeným na kvalitu, která se bude týkat všech výše jmenovaných odvětví, ale myslím, že nejaktuálnější a nejsledovanější „službou“ bude zdravotnictví.

Kvalitu poskytovaných služeb péče ve zdravotnictví, budou sledovat nejen příjemci-klienti, ale i samotní poskytovatelé, tedy zdravotničtí pracovníci na všech úrovních poskytované péče. Budou to pracovníci top managementu, middle managementu, lower managementu. Ze strany managementu bude kvalita poskytovaných služeb pod drobnohledem po stránce poskytované péče léčebné, ošetrovatelské, ale i po stránce efektivity, čili zda odpovídá vynaloženým prostředkům, zda je ekonomicky nenáročná-úsporná, zda se zbytečně neplýtvá financemi, jež by mohly být využity jinde. Bude tedy hodnoceno, zda kvalita odpovídá vynaloženým prostředkům.

Co je vlastně kvalita, jak si tento pojem vysvětlit? Jestliže chceme charakterizovat nějakou věc, obvykle přikročíme k hodnocení kvantity a kvality dané věci. V literatuře je možné najít množství rozmanitých charakteristik obou pojmů, jenž se vzájemně doplňují a mění podle doby svého zrodu. Kvalita je pojem, který zahrnuje jak kvantitativní tak i kvalitativní prostředky, jimiž je zajišťována úroveň poskytované péče nebo služeb.

Pojem kvalita má tudíž dvě složky:

1. Kvantitativní – měřitelnou, běžně určuje množství nebo četnost.
2. Kvalitativní – hodnotitelnou hodnotovými soudy a jejich hierarchií, je vnímána individuálně, je to intuitivním pojmem a je relativní. 9

9 Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.18.

Kvalita je vyjádřena na kontinuální stupnici, což jí dává možnost neustálého zlepšování či v opačném případě zhoršování. Kvalita čili jakost je údaj o vlastnosti nějaké věci, odpověď na otázku „jaký?“. Latinsky – qualis, podobně jako kvantita odpovídá na otázku „kolik?“. Obojí patří mezi základní kategorie a uvádí je v této souvislosti Aristoteles i Kant. Kvality obvykle pocházejí ze smyslového vnímání a jsou pak nutně podmíněny vnímajícím subjektem i okolnostmi. Aristoteles a scholastika rozlišuje kvality podstatné nebo primární, které „jsou ve věci“ a kvality nahodilé či sekundární, vznikající teprve při vnímání, a tedy subjektivní. ¹⁰

2.2 Kvalita ve zdravotnictví

Kvalita zdravotní péče patří mezi nejpřednější tradiční hodnoty zdravotní péče. Zajišťování kvality zdravotní péče je v současnosti ve vyspělých zemích jedním z hlavních problémů ve zdravotnictví. V jednotlivých státech jsou přijímány mezinárodní cíle kvality zdravotní péče a do měření kvality jsou zaváděny kvantitativní metody.

První kroky v zajišťování kvality, jak v teoretické, tak v praktické rovině, byly zahájeny ve Spojených státech amerických, později i v západoevropských zemích. Nejprve v roce 1910 Ernest Forman zdůrazňuje význam standardů pro hodnocení nemocnice. Dále v roce 1917 Americká chirurgická společnost (American College of Surgeons) definovala 12 standardů, kterým v té době vyhovělo pouze 89 nemocnic z celkového počtu 692 nemocnic.

V roce 1951 vznikla Joint Commission on Accreditation of Hospital (dále jen JCAH) spojením pěti organizací: American College of Physicians (ACP), American Hospital Association (AHA), American Medical Association (AMA), Canadian Medical Association (CMA), American College of Surgeons (ACS).

V roce 1987 JCAH změnila název na Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) a postupně začala prověřovat více jak 20000 zdravotnických zařízení. ¹¹

¹⁰ Srov. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalita>

¹¹ Zdroj: GOTTWALD, P. Bc., *diplomová práce: „Zavedení kontinuální zvyšování kvality a bezpečí péče do zdravotnického zařízení v ČR“*, dostupné http://dspace.knihovna.utb.cz/bitstream/handle/10563/2530/gottwald_2007_dp.pdf?sequence=1

Jako odpověď na narůstající požadavky z různých míst na světě vznikla v roce 1998 Joint Commission International (dále jen JCI), která je mezinárodní pobočkou americké The Joint Commission. JCI ustanovila hodnotící systém založený na standardech. JCI je tedy mezinárodní organizace, která od roku 1998 akredituje zdravotnická zařízení mimo USA.¹² V červenci 1999 vydala „Standards pro mezinárodní akreditaci nemocnic“.¹³

Beze sporu otázka kvality a jejího zavádění do zdravotnictví, patří k prioritám celosvětově aktuálním. Dokladem toho je, že Světovou zdravotnickou organizací je zahrnuta i do programu SZO – Zdraví pro všechny v 21. století. Konkrétně je problematika popsána v cíli č.16: *Řízení v zájmu kvality péče*, kde je požadavek do roku 2010 zajistit, aby se celý resort zdravotnictví orientoval na výsledek. Vláda ČR program ratifikovala 30. října 2002.¹⁴

Již i v minulém systému našeho zdravotnictví se vyskytovaly některé rysy zajišťování kvality zdravotní péče. Jedním z nich bylo např. sledování a kontrola proočkovanosti, analýzy mateřské a kojenecké úmrtnosti, existovaly komise pro účelnou farmakoterapii, byly, zřizovány antibiotická střediska, fungovaly klinicko-patologické semináře, sledovala se léčba náhlých příhod břišních a ještě některá další kritéria. Ovšem sledovanost probíhala spíše formálně a lékaři ji považovali za nařízení shora dolů, spíše jako institut nařizovací ba dokonce represivní. Z výše uvedeného vyplývá, že se sledovala kvalita po stránce léčebné, léčebných metod a léčebně-preventivní péče systematicky, nikoli po stránce ošetrovatelské péče.

Jako pozitivní, po stránce kvality se jevila, v minulém systému, oblast dalšího vzdělávání lékařů a středních zdravotnických pracovníků. Výsledek tohoto vzdělávání byl srovnatelný se zahraničním zdravotnictvím a mnohdy jej i předčil. To se prokázalo po změně režimu, kdy se při zahraničních stážích ukazovali naši zdravotníci jako rovnocenní partneři západoevropských kolegů.¹⁵

12 Srov.: *Joint Commission International, Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, překlad 3.vydání, s.10.*

13 Srov.: MASTILIAKOVÁ, D., „Úvod do ošetrovatelství, II.díl, Systémový přístup, s. 5

14 Srov. *Zdraví 21, [online], Dostupné z www: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>,*

15 Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování, s. 9.*

Kvalita by měla být jedním z hlavních pilířů restrukturalizace zdravotní péče v České republice. Jako velice pozitivní vidím, že v současnosti se kvalita zaměřuje i na stránku ošetrovatelské péče a stojí v popředí zájmu nejen klientů, ale i top managementu (náměstků ošetrovatelské péče), middle managementu (vrchních sester, porodních asistentek), lower managementu (staničních a úsekových sester a porodních asistentek).

Za poslední roky se ve zdravotnictví mnoho změnilo. Zdravotnická zařízení (dále jen ZZ) přestala být řízena centrálně, mimo Fakultní nemocnice, změnily se vlastnické vztahy a mnohá ZZ se zprivatizovala. Došlo k převodu ZZ na kraje v souvislosti s reformou státní správy a samosprávy. Byly učiněny zásadní změny v ekonomice ZZ, a to nejen ve smyslu změny ekonomických podmínek, systému účetnictví, ale i ve smyslu přechodu od centrálně plánovaného hospodaření ZZ k úhradě zdravotní péče zdravotními pojišťovkami.¹⁶

„V roce 1998 vznikla Spojená akreditační komise ČR (SAK ČR), která kontroluje zavedení kontinuálního zvyšování kvality péče a provádí akreditaci zdravotnických zařízení. Na základě dohody mezi MZ ČR, Českou lékařskou komorou a Českou lékařskou společností J. E. Purkyně vznikla Rada pro medicínské standardy. Ve stejném roce vznikla při MZ ČR nejprve Rada pro národní standardy pro obor ošetrovatelství a v roce 2001 byla ustanovena pracovní skupina pro národní standardizaci ošetrovatelství. Tyto skupiny se snaží o vypracování jednotlivých oborových standardů péče a doporučených postupů, které by měly přispět ke zlepšování kvality péče v praxi.

Usnesením vlády č. 458/2000 vláda ČR přijala dokument „Národní politika podpory jakosti ČR“. Pro koordinaci uplatňování tohoto programu v souladu s politikou podpory jakosti Evropské unie, byla zřízena Rada ČR pro jakost. Standardizace je Evropskou unií obecně požadována, proto se také připravuje zakomponování „kontinuálního zvyšování kvality, standardů a akreditace“ do novelizace zdravotnické legislativy – zejména do zákonů o „zdravotní péči“ a o „zdravotnickém zařízení“.¹⁷

¹⁶Srov.

MUDr., SOVOVÁ, E., členka výboru sekce managementu, Kvalita je výzva..., dostupné z http://osz.cmkocz/CZ/Z_tisku/Bulletin/05_2003/kvalita.html

¹⁷ Citace: GOTTWALD P. Bc., *diplomová práce*., „Zavedení kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí péče do zdravotnického zařízení v ČR“, dostupné http://dspace.knihovna.utb.cz/bitstream/handle/10563/2530/gottwald_2007_dp.pdf?sequence=1

Jak už jsem zmínila, minulé století bylo stoletím vývoje technologií s nesmírnými možnostmi lidstva, nejinak tomu bude i ve století současném. V něm budou kladeny mnohem vyšší nároky na námi již vzniklé „samozřejmosti“ jako kontinentální spojení po internetu, Skypu apod., tak se stanou samozřejmostí i nároky na naše zdraví a s tím související nároky na poskytování veškeré zdravotní péče. Požadujeme kvalitní a účinnou péči poskytovanou vzdělaným personálem s lidským přístupem, a to na všech úrovních, v hezkém a bezpečném prostředí s využitím moderních přístrojů a postupů. Kvalita se stává zaklínadlem naší doby. Vystává problém jak vlastně kvalitu ve zdravotnictví či kvalitu ošetrovatelské péče definovat, určit její charakter, ideu a její rozsah.

2.3 Definice kvality zdravotní péče

Definovat kvalitu zdravotní péče není jednoduché. Literatura uvádí mnoho definic. Mnoho různých autorů či organizací vytvořilo vlastní definici této problematiky, ve které se snažili obsáhnout několika slovy tak širokou a citlivou oblast. Všechny se snaží co nejpřesněji a nejužěji kvalitu zdravotní péče specifikovat. Světová zdravotnická organizace vytvořila v roce 1966 definici kvality péče, ve které hovoří o tom, že jde o souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. V definici z roku 1982 SZO definuje kvalitu péče jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického rozvoje. Gladkij et al. uvádí několik definic různých autorů, jež se týkají různých oblastí zdravotní péče, např. definice dle Qvretveita zní: „Kvalita zdravotní péče znamená schopnost naplňovat potřeby těch, kteří jsou na péči závislí. Je to schopnost navracet funkce, odstraňovat bolest, prodlužovat produktivní nebo vůbec smysluplný život, odpovídat na otázky, respektovat lidskou důstojnost atd.“ (GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.12-13.)

Dalšími definicemi autorů Berwicka, Marwicka, et al., Segalla, které uvádí Gladkij: „... kvalitou zdravotní péče se rozumí úroveň, s níž je péče provedena podle platných odborných a technických norem“. (GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.12-13.)

Obecná, přesto výstižná je definice, „dělat správné věci správným způsobem“ (Palmer et al.). Nejnovější definice WHO udává: „... kvalita zdravotní péče je definována jako stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje“. (GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.12-13.) Její definice závisí nejen na pohledu osoby, která ji definuje, ale také na kontextu společenského a organizačního prostředí. Definice se mění se vznikem a přijetím nových poznatků a objevů. ¹⁸

Definovat kvalitu péče je nemožné, aniž bychom zvažovali hodnoty, které tvoří pozadí konkrétní individuální společenské a profesionální situace. Kvalita péče je pojem, jenž nese známky dynamičnosti s mnoha rozměry. Při tvorbě definice se zohledňuje z čí perspektivy je nazírána, na jakých hodnotách je založena a z jakých znalostí a zdrojů pramení. Jinak hodnotí kvalitu péče pacient, jinak obávající se člen rodiny, jinak lékař, ředitel nemocnice, ošetřující sestra, vrchní sestra nebo náměstek pro ošetrovatelskou péči, (dříve hlavní sestra). Kvalitu ve zdravotnictví lze tudíž z výše uvedených aspektů definovat podle tří hledisek, jednak z hlediska klienta, z hlediska profesionála a z hlediska řízení.

Z hlediska klienta je důležité, kdo vlastně zdravotní péči požaduje a poskytuje, a tak tu opět máme další hlediska, která kvalitu hodnotí. Kvalita je hodnocena jednak samotným pacientem, jeho rodinou, odesílajícím lékařem, který očekává kvalitní zpětnou vazbu a samozřejmě je také hodnocena samotnými poskytovateli, což jsou zaměstnanci a plátcí pojištění. Těmito subjekty je kvalita hodnocena z hlediska požadavků, očekávání a potřeb. Tyto potřeby mají své určité charakteristiky. Mezi ně lze zařadit prevenci zdravotních problémů a schopnost diagnostikovat zdravotní problém. Výsledky zdravotní péče jsou charakterizovány účinkem na tělesné, duševní a společenské funkce člověka. Neméně důležitá je shoda mezi diagnózou, prognózou a léčbou, samozřejmě i trváním léčby, dostupností léčby.

Z hlediska pacienta a rodiny je důležitá osobní interakce, čili zájem, profesionální přístup a z toho vyplývající péče. Stejně důležité jsou informace použitelné pro řízení individuální zdravotní a ošetrovatelské péče. Tyto aspekty přímo ovlivňují úroveň obav ve vztahu k léčbě.

¹⁸ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.12-13.

Aspektem hodnocení kvality z pohledu zdravotníka ať už službu poskytujícího nebo ke službám odesílajícího je zda služby, jež poskytují, naplňují potřeby tak, jak jsou profesionály definovány, zda obsahují vhodné techniky a procedury, které jsou považovány za nezbytné k naplnění klientových potřeb.

Z hlediska řízení jde o kvalitu co nejekonomičtějšího a nejproduktivnějšího využití zdrojů v rámci limitů a direktiv, které jsou stanoveny vyššími nadřízenými nebo plátcí. Toto hledisko má několik prvků, především odvracení rizik a zanedbání, odvracení stížností a vyjádření spokojenosti. Nástrojem těchto prvků je pravidelné stanovování minimálních standardů. Řadí se sem i komise kvality a interdisciplinární týmy, jejichž úkolem je organizace realizace metod a systémů kvality. Celkové řízení kvality znamená komplexní přístup, slučující různé aspekty s dlouhodobými strategiemi s důrazem kladeným na soustavné zlepšování kvality. ¹⁹

Systém kvality ve zdravotnictví lze definovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotních služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují. To znamená, že systém kvality zahrnuje celý proces tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků toho, co ve zdravotnictví organizujeme jako zdravotní péči a zdravotnické služby. ²⁰

Kvalita ve zdravotnictví je závislá jak na kvalitě celku, tak na kvalitě jeho částí, proto má být obecnou snahou zdravotníků ztotožňování cílů celku a jeho částí. Management resortu zdravotnictví je rozhodujícím činitelem, jenž odpovídá za kvalitu péče o zdraví a tím o kvalitu celé zdravotnické soustavy. Naopak za kvalitu poskytovaných a hrazených služeb odpovídá management jednotlivých zdravotnických institucí. Samotné zdravotnictví může ovlivňovat vztah obyvatel k vlastnímu zdraví a ke zdravotnictví, jen nepřímo. ²¹

Proto, aby se dařilo rozvíjet systém zlepšování kvality ve zdravotnictví, je nezbytné komunikovat a spolupracovat se širokou veřejností a s konkrétními pacienty. ²²

¹⁹ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.14-16.

²⁰ Srov. GLADKIJ a kol., *Management ve zdravotnictví*, s.289.

²¹ Srov. GLADKIJ a kol., *Management ve zdravotnictví*, s.291-292.

²² Srov. GLADKIJ a kol., *Management ve zdravotnictví*, s.291-292.

Známkami systémového přístupu k otázkám kvality ve zdravotnictví je dostupnost péče, relevance k potřebám z hlediska celé komunity, spravedlnost péče, společenská přijatelnost a ekonomičnost.

Shrneme-li výše uvedené poznatky, lze konstatovat, že vysoká profesionalita, účelné získávání informací a dobrá komunikace, hospodárnost ve využívání zdrojů, minimalizace rizik pro pacienta, nejen spokojenost pacienta, výsledný účinek na zdraví, ale i spokojenost zaměstnanců, jsou velice důležité vzájemně se doplňující a potencují prvky kvalitní zdravotní péče. ²³

Za kvalitu péče poskytnutou jednotlivým pacientům odpovídají jednotliví odborní pracovníci, lékaři, sestry i ostatní pracovníci jednotlivých oddělení. Zodpovědnost za kvalitu péče přebírají manažeři první úrovně-staniční sestry a střední manažeři-vrchní sestry a primáři. ²⁴ Tito řídicí pracovníci mohou ke kvalitě zdravotní péče přispívat svými odbornými znalostmi, danými kompetencemi a rovněž tak technickými dovednostmi. Jsou kompetentní k zavádění profesionálních standardů péče a činností. Svou profesionalitou mohou ovlivňovat postoje, jednání a chování spolupracovníků nebo svých podřízených při multioborové komunikaci, ale i s pacienty. Uplatňují své manažerské schopnosti pracovat v týmu, vést tým, odhalovat a využívat rezervy. Provádějí kontrolu, vyhodnocování výsledků a vyvozují závěry ze zjištěných skutečností, zajišťují nápravu nebo plánují nové dokonalejší postupy odpovídající novým poznatkům, získaným dalším vzděláváním. ²⁵

Můžeme říci, že zajišťování kvality je proces monitorování a intervencí pro zabezpečení co možná nejlepší dosažitelné úrovně poskytované péče. Znamená to, že v tomto procesu jde o cyklus činností a cyklus monitorování.

Aby byla zajištěna spolupráce a kontinuita postupu ve zdravotnickém zařízení, jsou zřizována, v rámci vrcholného managementu, specializovaná pracoviště, která nesou různé názvy (oddělení managementu kvality, oddělení vnitřního auditu, oddělení pro akreditaci apod.). Jejich úkolem je spolupracovat na vytváření nových směrnic a nařízení, podílet se na jejich aplikaci do praxe a následně na kontrole plnění. Zajišťují monitoring spokojenosti, vytváří statistiky jednotlivých indikátorů a koordinují činnosti vedoucí k akreditaci zařízení. Důležitá je také poradní činnost, angažovanost a porozumění, které by se mělo přenášet i na další pracovníky a zvyšovat tak zájem o spolupráci.

²³ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 22.

²⁴ Srov. GLADKIJ a kol., *Management ve zdravotnictví*, s. 292

²⁵ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.168- 169.

Dříve, než začne probíhat vlastní proces zvyšování kvality, je důležité, aby si organizace ujasnila, čeho chce dosáhnout a jakým mechanismem pozná zlepšení. Před zaváděním programu zlepšování kvality je nutné vymezit problém a stanovit vhodná řešení, ta pak realizovat a přijmout tento program jako normální činnost organizace (institucionalizovat).²⁶

2.4 Kritéria kvality

Již americký univerzitní profesor Avedis Donabedián, který žil v letech 1919 až 2000, použil při měření kvality tři základní pojmy:

Prvek – základní údaj, jehož množina dovoluje popsat poruchu zdraví či poskytovanou péči.

Kritérium – jasně definovaný prvek nemoci nebo péče, který je přesně měřitelný, a který popisuje buď strukturu, proces nebo výsledek a má specifický vztah ke kvalitě; pojem kritérium byl nahrazen pojmem **indikátor**, tento pojem se objevuje zejména v amerických manuálech editovaných Spojenou komisí pro akreditace zdravotnických organizací. Indikátor má být smysluplný, je to vždy číslo a je zaměřený na negativní nebo pozitivní jevy. „Indikátor je odborně určená, klinicky validní a opakovatelná měřitelná dimenze péče,“ dle Longo.²⁷

Standard – určitá přesně popsaná kvalitativní či kvantitativní úroveň kritéria péče, jež je v daném okamžiku nebo době považována za výraz dobré kvality péče.²⁸

Pro zajišťování kvality a zlepšení zdravotní péče slouží na celém světě schéma, vytvořené A. Donabediánem, jež se skládá ze tří hledisek: **Struktury péče** – zahrnuje odbornost pracovníků, přístrojové a jiné vybavení; **Procesu péče** – jde o využívání zdrojů, kvalitu diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů a úroveň řízení postupů; **Výsledků péče** – předpokládá dosažení dobrých výsledků péče, to znamená zlepšení zdravotního stavu pacienta, zdravotního stavu určité populace, zlepšení kvality života a zvýšení spokojenosti pacientů i veřejnosti s poskytovanou péčí.²⁹

²⁶ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.4

²⁷ Cit. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 28.

²⁸ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 27

²⁹ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.19-20.

Jestliže máme posuzovat, zda se jedná o kvalitní nebo nekvalitní péči, musíme využít indikátorů, které vychází ze stavu pro nás ideálního v porovnání se stavem reálným. Obecně se indikátory dělí na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní ukazatele nám poskytují číselné údaje a mohou sloužit ke srovnání několika zdravotnických zařízení. Naproti tomu kvalitativní ukazatele vychází z hierarchie hodnot a jejich stanovení i další srovnávání je obtížné. Přesně popsání kritéria pro poskytování péče stanovují míru minimální kvality a umožňují její sledování, vyhodnocování a porovnávání. ³⁰

Výsledek má být zasazen do numerického kontextu, to znamená, porovnávat něco s něčím např. počet výskytu katérových sepsí v daném čase. Tyto informace by měly být varováním, měli bychom si uvědomit dvě skutečnosti, za první, že se něco děje a na jejich základě učinit patřičná opatření. Za druhé, že tyto informace nejsou neomylné. Indikátory kvality péče mohou být zaměřeny na pracovníky, klinickou událost nebo systém. ³¹

Klinické indikátory jsou klíčové pro poskytování péče jednotlivých klinických specializací. V dané klinické specializaci jsou určovány rizikovými faktory nebo problémy, jež by mohly nastat: např. pro anesteziologii, zde je riziko laryngospasmu při obtížné intubaci. To znamená že, určují vysoké riziko nebo problém specifický pro danou specializaci. ³²

Indikátory lze rozdělit na dva typy:

indikátory poměrové – vztahové, sbírají data o jevech, které se vyskytují s určitou frekvencí, vyjadřují se jako poměry nebo průměry např. opakovaná hospitalizace, dekubity;

indikátory strážní – sentinelové, vztahují se k mimořádné události, identifikují jevy, jejichž výskyt vede k okamžitému vyšetřování a analýze příčin např. smrt během operace, chybné podání léku, apod. ³³

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (dále jen JCAHO) doporučila pro vyhodnocování a zlepšování kvality péče a služeb v nemocnicích desetistupňový model. Model definuje deset základních kroků, určujících postup při monitorování, vyhodnocování a zlepšování kvality. Jde o delegování pravomocí, kdy všichni vrcholoví vedoucí pracovníci nemocnice, jak klinických tak i manažerských oddělení, musí přijmout odpovědnost za kontrolu a řízení kvality.

30 Srov. VAŠÁTKOVÁ, I., Kvalita ošetrovatelské péče, *Ošetrovatelství*, 2003, roč. 5, č. 1 – 2, s. 28

31 Srov. BÁRTLOVÁ, S., HAVELKOVÁ, H., JIČÍNSKÁ, K., *Role sestry specialistky*, s. 64.

32 Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 28

33 Srov. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 10

Pole působnosti péče a služeb musí být popsána, jde o určení prioritních oblastí pro řízení kvality. Jakmile jsou určeny prioritní oblasti, je třeba určit všechna hlediska těchto oblastí a vybrat nejdůležitější hlediska péče. Zásadním krokem tohoto modelu je určit indikátory. Jejich určení je pro měření a monitorování kvality zásadní. Indikátor umožňuje měřit klinicky validně, odborně a opakovatelně dimenze péče. Pro hodnocení založené na indikátorech, je zcela zásadní stanovit prahy, čili body ve kterých by mělo být provedeno plné vyhodnocení. K vyhodnocení indikátorů slouží plán sběru údajů a to samostatně pro každý indikátor. Plán sběru dat obsahuje použité parametry ke sběru údajů, čas-období, kdy mají být údaje sbírány, četnost a způsob sběru údajů, zda výběrový vzorek poskytne náležité informace. V plánu je také určeno, kdo bude údaje sbírat. Dosažení prahu indikátoru je indikací začít s vyhodnocováním, což znamená promyšleně kontrolovat údaje a určit, zda tyto plně vystihují problémy nebo oblasti, kde se jeví možnost zlepšit péči. Na základě tohoto vyhodnocení by měl být vytvořen plán činností ke zlepšení péče.

Dalším krokem je vyhodnotit, zda plánované a realizované činnosti ke zlepšení byly naplněny. Jestliže ano, pak se určí plán pokračování realizace zlepšování péče. Pokud ne, pak je nutné plán revidovat a učinit patřičná opatření a stanovit plán nový.

Posledním krokem je informovat vedoucí pracovníky i ostatní pracovníky o vykonaných činnostech a o výsledcích monitorovaných indikátorů. ³⁴

Indikátory jsou jednoduché nástroje, pro určení oblastí, v nichž se vyskytuje nebo by se mohl vyskytnout problém a potřebují hlubší prozkoumání. Nejsou totéž co standardy péče.³⁵

34, 35 Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.106 -108, s 28

3 STANDARDY V OŠETŘOVATELSTVÍ

Zdravotnictví vyžaduje, jakožto obor široce komplexní standardizaci.³⁶ Program kontinuálního zlepšování kvality se týká všech pracovníků na různých pozicích ať už manažerských, lékařských, ošetrovatelských nebo technických. Je všeobecně známo, přestože role lékaře je nenahraditelná, že největší část, ve vztahu k počtu a času stráveného s pacientem, tvoří nelékařský zdravotnický personál (dále i jako NLZP). Zejména sestry, zdravotničtí asistenti a porodní asistentky se podílí velmi významnou částí na péči o pacienty a tím vytváří i určitou kvalitu poskytované péče. Samozřejmostí je tedy, že i tato skupina pracuje podle daných pravidel. Tato pravidla procházela a prochází neustálým vývojem a zdokonalováním, díky výzkumu a novým poznatkům medicínským i ošetrovatelským.

Před rokem 1990 probíhaly výzkumy, které nehodnotily ošetrovatelskou péči nejlépe. Sestry byly spíše považovány za vykonavatelky ordinací a pokynů lékařů. Prostor pro svou samostatnou činnost, ba dokonce úsudek či názor při sledování pacientova zdravotního stavu nebyl dán a ani brán v úvahu. Natož, aby byl dán prostor pro samostatné intervence sestry. V letech 1985 -1989 na základě provedeného výzkumu zjistili pracovníci brněnského Institutu pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, že pacienti nedostatky v péči omlouvali, přestože jim nebyla péče dostatečně poskytnuta. Nedostatky byly zjištěny v mnoha oblastech, nejen v oblasti ošetrovatelské péče, kde bylo zjištěno, že pacienti dostávali studené jídlo, nebyla věnována pozornost pacientům, kteří nebyli schopni se sami najíst, mnohdy nebyli nakrmeni a nedostali ani napít, nebylo dostatečně pečováno o hygienu ležících nemocných, neměli dostatek informací a celkově si jich sestry málo všimaly, ale i po stránce lékařské např. nebyla dostatečně či vůbec tlumena bolest i přesto, že sestry na tuto skutečnost lékaře upozorňovaly.

Abychom se s podobnými výsledky již setkávali co nejméně, respektive nesetkávali se s nimi vůbec, probíhá i u nás, již od poloviny devadesátých let minulého století, proces standardizace. Standardizace je zavádění oficiálních pravidel a synchronizace činností, které se mají podílet na zkvalitnění péče, snižování nákladů a také na zlepšení pracovního prostředí sestrám.³⁷

³⁶ Srov. ŠKRLOVI, P., M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s.46.

³⁷ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 28

Ošetrovatelské standardy a jejich historie sahají až do období krymské války (1853–1856), kdy Florence Nightingalová sestavila první standardy v oblasti ošetrovatelského procesu a stanovila první indikátory kvality péče zaměřené na prostředí, hygienu a prevenci infekce. V 50. letech minulého století se pokusila skupina amerických lékařů iniciovaná chirurgy, kteří si uvědomovali nutnost zachování určitých pravidel při radikálním zásahu do integrity pacienta, sestavit jakousi standardizovanou péči.

V oblasti řízení kvality jsou standardy považovány za základ zdravotnické praxe. První standardy vznikaly v USA v 70. letech jako odezva zdravotníků na vyhlášení první Charty práv pacientů. Každá země a každé zdravotnické zařízení vychází při vytváření standardů z vlastních podmínek. Pacienti vyžadují kvalitní péči, a je proto zapotřebí kvalitní péči poskytovat. ³⁸

3.1 Vysvětlení pojmu standardy

Standard je norma. Norma pro bezpečné poskytování péče, norma kontinuálního zvyšování kvality (dále KZK). Standardy zdravotní péče jsou odborníky popsané závazné normy. Umožňují objektivní hodnocení poskytované péče. Zajišťují pacientům bezpečí a chrání sestry před neoprávněným postihem. Slouží jako akreditační nástroj k posuzování úrovně péče nemocnic a zdravotnických zařízení. Nikdy nesmí být využívány k represím, ale pouze k podpoře vlastního zlepšování.

Sestrám absolventkám i zkušeným sestrám s dlouholetou praxí, standardy v ošetrovatelské péči dávají jistotu, že svoji práci vždy vykonávají „lege artis“.

Pacientovi dává jistotu, že nebude poškozen, nesprávně provedeným výkonem. ³⁸
Lze tedy konstatovat: „Standardizace představuje proces, při kterém dochází k výběru, sjednocení a ustálení jednotlivých variant postupů, procesů, vstupů a jejich kombinací, ale stejně tak i výstupů, činností a informací v procesu řízení nebo v jeho dílčích částech.“ ³⁹

38 Srov. KONTROVÁ, Ľ., ZÁČEKOVÁ, M., HULKOVÁ, V. a kol., *Standardy v ošetrovatelstve*, s.9

39 Citace: POKOJOVÁ, R., *Stručný pohled do systému kvality, Sestra, 07-08/2010*, s. 34

3.2 Definice ošetrovatelských standardů

„Ošetrovatelské standardy jsou platné definice přijatelné (kvalitní) úrovně ošetrovatelské péče. Ošetrovatelským standardem, se tedy rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Porovnáním s ním se posuzuje a hodnotí současná ošetrovatelská praxe. Standard je vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni.“⁴⁰

„...Standard určuje, co je nutnou, nezbytnou, základní normou potřebnou pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče“.⁴¹

Standard ale nesmí sestru zbavovat vlastního úsudku v mimořádných situacích, které se ve standardu nevyskytují.

3.3 Typy standardů podle zaměření a jejich význam podle typu

V praxi se setkáváme s několika typy standardů. Podle místa zpracování je můžeme rozdělit na centrální a lokální. **Centrální** standardy jsou zákonné a podzákonné normy, vydávané Ministerstvem zdravotnictví. Setkáváme se s nimi hlavně ve formě zákonů, vyhlášek a směrnic např. Koncepce ošetrovatelství. Centrální standardy jsou rámcové, jejich úkolem je definovat a vytýčit ošetrovatelství – cíle oboru, pracovníky a činnosti s nimi spojené tzn. jejich kompetence, vzdělávání, pracovní náplně, ošetrovatelský proces jako základní normu pro poskytování ošetrovatelské péče. Tyto standardy jsou povinni dodržovat všichni, koho se týkají. Zároveň slouží jako vzor pro tvorbu lokálních standardů. **Lokální** standardy si vytváří zdravotnická zařízení nebo konkrétní pracoviště samo. Je nezbytné, aby vždy vycházely z centrálních standardů a nebyly s nimi v rozporu. Zde se mohou uplatnit i sestry, které se na tvorbě těchto standardů aktivně podílí. Pokud se sestry samy na tvorbě standardů podílí, dá se předpokládat, že tyto pak nejsou vytvářeny na základě pouhých teoretických znalostí, ale vycházejí z praktických zkušeností jednotlivých „tvůrkyň“ jednotlivých pracovišť. Vychází z možností materiálového vybavení jednotlivých oddělení a zároveň ke sjednocení používaného materiálu pro daný standardizovaný výkon.

⁴⁰ Srov. STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovatelství 2*, s. 10.

⁴¹ Citace: STAŇKOVÁ, M., *Základy teorie ošetrovatelství*, s. 12

Na rozdíl od standardů, které jsou vytvářeny izolovaně od praxe např. pouze manažerkami či dokonce učitelkami ošetrovatelství, které jsou od běžné práce a praxe odtržené, se do praxe zavádí hůře, než standardy, na kterých se podílí sestry samy. Seznámen by s nimi měl být každý pracovník a k jejich dodržování by se měl zavázat písemně v rámci pracovní smlouvy.⁴² Takto vytvořené a schválené standardy se stávají závaznou normou pro pracoviště a jejich nedodržování může být chápáno jako porušení pracovní kázně.

Zvláštním typem standardů jsou standardy vyhlášené profesními organizacemi.

Zde povinnost dodržovat pravidla platí pro všechny členy organizace.⁴³

Podle amerického univerzitního profesora A. Donabediána rozlišujeme standardy tří typů. Jsou to standardy strukturální, procesuální a standardy hodnocení výsledků.

Strukturální – manažerské standardy zajišťují technickou stránku věci. Poskytují podmínky pro provádění činností. Týkají se personálního a technického vybavení. Garantují hygienickou nezávadnost a vybavenost prostředí.⁴⁴ Zajišťují organizaci a regulaci ošetrovatelské praxe a služeb, vybavení (prostory, pomůcky) a předpoklady pracovníků k výkonu péče. Obvykle se tyto standardy označují jako směrnice a na národní úrovni jsou definovány platnou legislativou. Do této skupiny můžeme zařadit: - vyhlášku č. 424/2004 Sb., O náplni činností – upravuje kompetence; - vyhlášku č. 331/2007 Sb., Sazebník výkonů, etické kodexy - Věstník Ministerstva zdravotnictví částka 7/2004; - vyhlášku č. 385/2006 Sb., O zdravotnické dokumentaci, nařízení vlády č. 1/2008, O ochraně veřejnosti před neionizujícím zářením; - vyhlášku č. 195/ 2005 O předcházení šíření a vzniku infekčních nemocí atd.⁴⁵

Procesuální standardy – standardy ošetrovatelské péče jsou specifické pro ošetrovatelskou činnost a přímo určují kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Tato kategorie se dále dělí podle oblastí na: - **standardy ošetrovatelských postupů**, které přesně popisují postup při ošetrovatelských výkonech a zákrocích; - **standardy ošetrovatelských činností** zasahující do řešení jednotlivých ošetrovatelských problémů formou ošetrovatelského procesu a mohou se týkat i lékařských diagnóz. Takto bývá řešena problematika péče o imobilní pacienty, diabetiky, pacienty s poruchou spánku atd. Optimální postup má zajistit co nejlepší výsledek.

42 Srov. STAŇKOVÁ, M., *České ošetrovatelství 2*, s. 12-13.

43 Srov. STAŇKOVÁ, M., *Základy teorie ošetrovatelství*, s. 129

44 Srov. STAŇKOVÁ, M., *Základy teorie ošetrovatelství-učební texty pro bakalářské a magisterské studium*, s. 12945

45 Srov. *Standardy ošetrovatelské péče*, [online], Dostupné [www:http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-osetrovatelske-pece](http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-osetrovatelske-pece), [cit. 2008-4-9].

Standardy hodnocení výsledků stanovují kritéria celkového hodnocení kvality poskytované péče. Hodnocení probíhá formou auditu nebo srovnáváním jednotlivých kritérií. ⁴⁶

3.4 Standardy ošetrovatelské péče

Všeobecné sestry, porodní asistentky a zdravotničtí asistenti se setkávají při své každodenní práci se standardy ošetrovatelské péče (dále jen SOP). SOP jsou zaměřeny na realizaci ošetrovatelského procesu nemocných s určitými chorobami nebo ošetrovatelskými problémy.

Některé standardy jsou velmi stručné, jsou pouze rámcové, určují rámec práce sestry při použití ošetrovatelského procesu, jako základní metody práce sestry s pacientem. Jiné jsou zase podrobné, popisují nezbytné kroky v pracovním postupu nebo při poskytování ošetrovatelské péče. Jsou seřazeny logicky a tento logický sled nelze při jeho plnění porušit. Důležité je rozlišovat standard od postupu. Proto je pro praxi velice důležité vycházet při tvorbě standardů z jednotného schématu, na něž si sestry rychle zvyknou. ⁴⁷

Jak již bylo výše uvedeno, standardy mohou být vydány jako legislativní normy (zákony, vyhlášky metodická opatření), nebo jsou vypracovány zdravotnickým zařízením, profesní organizací apod. Podle toho se řídí jejich závaznost.

Již v letech 2000 - 2004, při Ministerstvu zdravotnictví ČR, vzniklo několik pracovních skupin, které se zabývaly problematikou standardizace formou grantového úkolu IGA MZ ČR 5073 -1 OK 13. Výsledek této skupiny řešitelů bylo vytvoření sedmi standardů, návrh šablony standardu, formulář oponentního řízení a příklad ošetrovatelského postupu. Další skupina, skupina náměstkyň ošetrovatelské péče Sdružení fakultních nemocnic ČR IGA MZ ČR NO 7723-3, také vytvořila šablonu standardního postupu, podle níž byl vypracován standardní postup pro péči o zemřelé tělo. V roce 2008 jako poradní orgán MZ ČR a zdravotních pojišťoven (viz. Věstník č. 4/2008) bylo ustanoveno Odborné fórum pro tvorbu standardů (dále jen OF), které bylo pověřeno přípravou podkladů pro proces tvorby standardů odborné zdravotní péče. Na činnost OF navazuje „Projekt tvorby Národní sady standardů odborné zdravotní péče, včetně standardů prostředí“, v němž je zdravotní péče poskytována. Tento projekt by měl být realizován v rámci čerpání prostředků z Integrovaného operačního programu EU zaměřeného na tvorbu rozvoje nástrojů pro řízení kvality zdravotní péče.

⁴⁶ Srov. Rada pro rozvoj ošetrovatelství, *České ošetrovatelství-praktická příručka pro sestry 2*, s 11.

⁴⁷ Srov. Rada pro rozvoj ošetrovatelství, *České ošetrovatelství - praktická příručka pro sestry 2*, s 16-17

V srpnu 2009 byl dále zahájen projekt „Vývoj národní sady standardů zdravotních služeb“ financovaný z prostředků grantu IGA MZČR. Tento projekt se zabývá ověřování již zpracovaných metodik konkrétních klinických standardů celé řady odborností.⁴⁸ Z uvedeného vyplývá, že v posledních letech standardizace ve zdravotnictví stojí v popředí zájmu a je vynakládáno nemalé úsilí a finanční prostředky na metodiku, tvorbu, doporučení a strukturu standardů. Dokladem toho je nová verze Spojené akreditační komise České republiky (dále jen SAK ČR), akreditačních standardů, jež jejich první verze, padesáti akreditačních standardů, byla uvedena více jak před deseti lety. Jejich metodika pak byla uvedena před více jak třemi lety. Nová verze vydaná v roce 2008, nabyla platnost 1. září 2009. Manuál obsahuje 74 doporučených metodik plnění standardů a upravené některé indikátory kvality péče. Tyto se týkají několika oblastí při poskytování péče např. dodržování práv pacientů, provozu zdravotnického zařízení, hygienicko-epidemiologické problematiky, nutriční péče a také problematiky ošetrovatelského procesu.⁴⁹

3.5 Standardy pro přímou péči

Každý pacient má právo na uspokojování základních životních potřeb, tzv. bio-psycho-sociálních potřeb. Mezi tyto potřeby podle Maslowovy hierarchie potřeb patří nejen základní fyziologické potřeby (příloha č. 5), ale i potřeba jistoty a bezpečí, lásky a sounáležitosti, sebeúcty a seberealizace. Nemocný posuzuje kvalitu ošetrovatelské péče podle míry vlastního, subjektivního strádání a tím pádem uspokojení tohoto strádání. Nemocní jsou bedlivými pozorovateli a hodnotiteli ošetrovatelské péče a práce sester a to i ve chvílích, kdy s nimi nejsou v přímém kontaktu. Hodnotí nejen míru profesionální citlivosti a všímavosti, ale také jednání a aktivity sester a to podle toho, jak často se na ně sestra obrací, jak s nimi komunikuje a jak spolehlivě plní svoje sliby např. přenos informace k lékaři, splnění slíbeného převazu, ohřátí čaje apod. Stejně tak úprava zevnějšku a kultivovanost projevu, je pod drobnohledem pacientů, ale i a jejich příbuzných a návštěv.⁵⁰

48 Čerpáno: *Standardy ošetrovatelské péče*, [online], Dostupné z http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-osetrovatelske-pece_1854_15.html

49 Čerpáno: *Národní akreditační Standardy pro nemocnice – manuál a metodika plnění*, [online], Dostupné z http://www.sakcr.cz/get_file.php?file=/admin/upload/download/sak-standardy...

50 Srov. STAŇKOVÁ, M., *Základy teorie ošetrovatelství-učební texty pro bakalářské a magisterské studium* s. 123

„Každá sestra postupuje v péči o potřeby pacientů svým vlastním rutinním způsobem (má takový svůj vlastní standard). Je uložen v jejím podvědomí a působí jako neuvědomovaný průvodce při provádění jednotlivých činností v péči o pacienty. Problém je v tom, že všechny sestry nemají stejný standard“.⁵¹

Pokud chceme, aby náš pacient byl spokojený s naší péčí, a chceme, aby kvalitativně byla úroveň péče poskytována všemi sestrami všem pacientům stejně čili byla poskytována „standardní péče“, pak musíme tuto úroveň péče jasně stanovit a schválit. Vytvoření standardů by mělo být přínosem nejen pro sestry, ale i pro pacienty. V přímé ošetrovatelské péči se uplatňují standardy procesu a výsledku, tyto standardy jsou pro každou sestru jasným návodem jaká úroveň péče má být všem pacientům poskytnuta a zároveň ukazují cestu, jak tohoto cíle dosáhnout.⁵² Neméně důležité jsou i standardy zaměřené na strukturu, které mimo jiné stanovují metody a nástroje k vedení lidí (např. počet personálu).

Předpokladem pro práci podle standardů je, že si sestry tyto standardy musí vytvořit. „Tvorba standardů v oblasti procesu a výsledku – přímé ošetrovatelské péče je jednou z profesionálních kompetencí a odpovědností kvalifikovaných sester“.⁵³ Vytváření a prosazování standardů znamená pro sestry nejen způsob dalšího vzdělávání, ale i mechanismus pro realizaci změn, organizační prostředek a odrazový můstek pro profesionální rozvoj.

Při poskytování přímé péče jsou standardy pouze jednou součástí celého cyklu aktivit. „Celý cyklus aktivit zahrnuje:

1. Vytipování ošetrovatelských intervencí nebo činností tam, kde chceme dosáhnout zlepšení.
2. Vytvoření standardů na tyto činnosti, kterými chceme dosáhnout zlepšení.
3. Sledování (přímé pozorování), zda všechny sestry ve své činnosti dodržují stanovený standardní postup na jednotce.
4. Realizace nápravných opatření, pokud sestry z různých důvodů standardní postup nedodržují.“⁵⁴

51 Citace. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství II.díl, Systémový přístup*, s.45

52 Srov. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství II.díl, Systémový přístup*, s.45

53, 54 Citace. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetrovatelství II.díl, Systémový přístup*, s.45,46,47

Nejčastěji používanými standardy v nemocnicích vyspělých zemí a dnes i v našich nemocnicích jsou:

- Standardy pro „Jednotlivé ošetřovatelské intervence“
- Standard „Všeobecné péče“
- Standardy „Péče o pacienty se speciálními potřebami“
- Standardy „Rámcových plánů péče o pacienty konkrétními klinickými stavy“

Standardy všeobecné ošetřovatelské péče, také celostní - holistické, jsou základními ošetřovatelskými úkoly a povinnostmi, které sestra provádí u všech pacientů, bez ohledu na lékařskou diagnózu.

Při tvorbě standardů pro jednotlivé ošetřovatelské intervence, jak uvádí Mastiliaková ve své učebnici „Úvod do ošetřovatelství II.“, kde se opírá o poznatky Elizabeth J. Masonové, která ve své knize „How to Write Meaningful Nursing Standards“ na straně 12 upozorňuje na skutečnost, že před tím, než začneme standardy pro jednotlivé zásahy (intervence, činnosti, výkony nebo procedury) tvořit, měli bychom „... správně pochopit a vymezit, co znamená, nebo co si představujeme pod pojmem ošetřovatelský zásah nebo intervence ve prospěch pacienta“. 55

„Definice: Ošetřovatelský zásah je zákrok, čin nebo série zákroků provedených sestrou ve prospěch klienta/pacienta a pokud je to možné ve spolupráci s ním z důvodů, aby:

- A. Došlo ke změně jeho vnitřního nebo vnějšího prostředí;
- B. Pomohla pacientovi zvládnout nebo se vyrovnat se změnami v jeho prostředí;
- C. Naučila pacienta jak se vyrovnat se vznikem nebo zabránit vzniku zdravotních problémů;
- D. Zapojila rodinu nebo jeho nejbližší do aktivní pomoci při vyrovnávání se nebo prevenci zdravotních problémů;
- E. Zvýšila nebo zajistila fyziologické a psychické pohodlí pacienta;
- F. Koordinovala zajištění péče o zdraví nutné pro pacienta s jinými členy zdravotnického týmu“. 56

Ošetřovatelský zásah může být instrumentální nebo neinstrumentální. Instrumentální zásah jsou praktické činnosti např. aplikace injekcí, podávání stravy, měření krevního tlaku apod. Neinstrumentální zásahem se rozumí poskytnutí psychické opory, zmírnění úzkosti, zklidnění plačícího či vzdorovitého dítěte.

55, 56 Citace. MASTILIAKOVÁ, D., *Úvod do ošetřovatelství II.díl, Systémový přístup*, s.45,46,47

Postupně tyto standardy začaly pronikat do ostatních zemí, především západních. Na východní část (socialistickou) tento proces začal pronikat až po pádu „železné opony“. Již v roce 1989 byly patrné značné rozdíly v poskytování zdravotní péče ať už lékařské nebo ošetrovatelské, mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, což si České zdravotnictví uvědomovalo. V roce 1994 byl na základě těchto zkušeností, iniciován projekt „Akreditace nemocnic“. Na tomto projektu se spolu s MZ podílela celá řada dalších subjektů, které jsem uváděla v podkapitole 3.4 tohoto textu. V jednom z věstníků MZ byly v roce 1998 uveřejněny akreditační standardy a metodika. Jak jsem se již zmiňovala, v roce 1998, SAK vydala padesát akreditačních standardů. V roce 1999 byla první akreditovanou nemocnicí v ČR, Fakultní nemocnice v Ostravě.

Tento proces se zdá, jako velice jednoduchý a samozřejmý, ale opak je pravdou. Za těmito úspěchy stojí nemalé úsilí všech zúčastněných. Uvědomění si, co chceme zlepšit, čeho chceme dosáhnout v oblasti ošetrovatelství, byl jistě nelehký úkol pro všechny tehdy hlavní sestry, dnes náměstky ošetrovatelské péče zdravotnických zařízení. Ale nejtěžším úkolem asi bylo získat a přesvědčit o nutnosti radikálních změn spolupracovníky z řad ošetrovatelského personálu, který jak víme, se veškerým změnám a novinkám dost často brání. Bylo nelehké získat schopné a nadšené sestry pro tvorbu ošetrovatelských standardů, s kterými bylo v naší republice tak málo zkušeností, dalo by se říci, téměř žádné.

3.6 Proces tvorby standardu

Jak jsem se již zmínila, tvorba standardů nese své specifické problémy a vyžaduje spoustu času. Aby se tento proces zdařil, je potřeba vytvořit v nemocnici tým-skupinu, pro tvorbu standardů. Koordinátor, který stojí v čele této skupiny a odpovídá za práci celé skupiny, si do svého týmu vybírá spolupracovníky. V týmu by měli být zástupci teorie a praxe. Nejideálnější je, když členy skupiny jsou zkušené sestry, porodní asistentky a ostatní NLZP různých oborů, se zájmem o tvorbu něčeho nového, takové, které se chtějí podílet na zlepšování kvality ošetrovatelské péče. Všichni členové týmu by měli být proškoleni a seznámeni s metodikou tvorby a významem standardů. Spolu s koordinátorem si členové skupiny dohodnou, jak bude tým na tvorbě standardů postupovat. Je možné, že se na tvorbě jednoho standardu bude podílet více členů skupiny, kteří zpracovávají návrhy, nebo každý člen skupiny vypracovává svůj konkrétní standard. Vypracování standardů, samozřejmě

předchází, důkladné obeznámení s odbornou literaturou a spolupráce s pracovníky klinických oborů, kterých by se měl standard dotýkat. Sestrám do praxe je pak standard předkládán až po odsouhlasení skupinou a také managementem. Takto vytvořený standard prochází pilotní studii. Posuzuje se, zda s ním sestry souhlasí, zda odpovídá vědeckým poznatkům a je reálný. Tento proces je nedílnou a velice důležitou fází, při tvorbě standardů, neboť ověřuje využitelnost standardů a pracovníci, kteří s ním přichází do kontaktu, mají možnost podávat připomínky, žádat úpravu nebo vyjádřit své požadavky, které potřebují k tomu, aby podle standardů mohli skutečně pracovat. Připomínky a náměty slouží k tomu, aby se mohl standard upravit do konečné podoby, která bude brána jako oficiální a závazná. Takto vytvořený a platný standard není standardem na dobu neurčitou, ale podléhá času a novým poznatkům, proto je možné jej revidovat v intervalu 1 – 3 roky. ⁵⁷

Pro každý ošetrovatelský zásah je možné vypracovat standard ošetrovatelské péče. Aby byl tento standard platný, musí splňovat určitá kritéria. Každý standard má obsahovat tyto části:

- **zaměření** – určuje oblast ošetrovatelské péče-zásahu, které se týká, zpravidla bývá vyjádřen v názvu standardu;
- **míru závaznosti** – komu je určen a kdo je povinen se jím řídit;
- **cíl** – vyjadřuje požadovanou kvalitu, má být jasný, reálný, srozumitelný a měřitelný;
- **kritéria** – slouží k zajištění cíle standardu.

Jde o kritéria **strukturální**, určují jaké personální, materiální, organizační předpoklady jsou k realizaci standardu potřebné. Dále kritéria **procesuální**, určují, jak sestra bude u daného ošetrovatelského zásahu postupovat a jsou tudíž nejpodrobnější. Rovněž, kritéria **výsledku**, určující výslednou kvalitu, to čeho chceme dosáhnout, tato část standardu je nejdůležitější pro kontrolu kvality. Tudíž nesmí chybět ani způsob hodnocení dosažené kvality, to zda byly uspokojeny potřeby pacienta. Může též obsahovat metodiku kontroly, která určuje, kdo je oprávněn provádět kontrolu, jak často, popřípadě i jaké jsou sankce při nedodržení standardu. ⁵⁸

57 Srov. STAŇKOVÁ, M., České ošetrovatelství 2 , s. 19-20.

58 Srov. STAŇKOVÁ, M., České ošetrovatelství 2 , s. 14-15.

3.6.1 Kroky sestavování standardu metodou DySSSy

V českých nemocnicích je pro tvorbu lokálních standardů vhodná metodika tvorby DySSSy, což je dynamický systém sestavování standardů („Dynamic Standard Setting Systém“). Tento postup byl vyvinut profesorkou Alison Kitsonovou z Royal College of Nursing ve Velké Británii. V českých zemích tuto metodiku poprvé použili ve Fakultní nemocnici v Plzni, odkud byla přejata do dalších nemocnic v ČR např. FN u SV.Anny v Brně. Tento systém je založen na principu logicky na sebe navazujících kroků.

1. krok

Vybrat a popsat problém, stanovit si cíle, kterých se má dosáhnout, aby byl problém vyřešen a u tohoto cíle, stanovit požadovanou úroveň kvality.

2. krok

Připojit kritéria dle Donabediana, strukturální, procesuální a výsledková. Každé kritérium se označí a přiřadí pořadí:

Strukturální – S, důležitá je otázka: **Které předpoklady musí být splněny, aby bylo standardu dosaženo?**

S1- odborné kompetence, personál, počty, kategorie, teoretické znalosti sestry;

S2 - prostředí a jeho vybavení, praktické dovednosti sestry;

S3 - pomůcky, materiálně - technické vybavení;

S4 - dokumentace.

Procesuální - P - odpovídají na otázku: **Co je nutné udělat, aby bylo standardu dosaženo?**

P1, P2, P3... postup prováděného výkonu.

Výsledková - V - hodnotí zda bylo dosaženo všech stanovených cílů

V1, V2, V3...

Při volbě kritérií je nutné brát ohled na to, aby byla splnitelná, odpovídala nejen potřebám, ale i možnostem zdravotnického zařízení. Oproti tomu nesmí být v rozporu s novými poznatky moderního ošetřovatelství a možnostmi využít moderních metod, postupů a materiálů.

3. krok

Znovu prodiskutovat a posoudit jednotlivá kritéria a tím si potvrdit, že úroveň péče, která byla stanovena, je žádoucí a reálná. Využívá se „brainstorming“, v pracovním kolektivu každý dostane slovo, aby věcně vyjádřil svůj názor, připomínky a návrhy k problému.

4. krok

Důležité je před vyhlášením standard ověřit v praxi. Měl by být po určitou dobu sledován a hodnocen, zda je srozumitelný, realizovatelný a měřitelný. V konečném znění standardu, pak zjištěné nedostatky opravit nebo doplnit.

5. krok

Každý standard musí být jasně označen, systematicky tříděn a archivován. Označení musí být jasné a vyjadřovat obsah standardu.

6. krok

Pokud jsou splněny výše uvedené kroky, pak může být vyhlášena platnost standardu. Měl by splňovat tzv. kritéria „RUMBA“: **R**elevant – odpovídající, **U**nderstandable – pochopitelný, **M**easurable – měřitelný, **B**ehaviourable – akceschopný, **A**chievable – dosažitelný.

7. krok

Součástí standardu je schéma kontrol a hodnocení. V zájmu objektivity zhodnocení celého hodnocení – auditu se doporučuje hodnotit všechna kritéria. To znamená, že ke každému standardu je nutné vypracovat list s kontrolními kritérii. Kontrolní list musí obsahovat metodu monitorování, při které se užívají dva základní přístupy. První je **sledování** prostředí, interakcí, praktických činností, dokumentace. Druhý přístup je **dotazování** rozhovorem se sestrou, pacientem, rodinou, dalšími členy týmu, je možné i formou písemného dotazníku. Kritéria struktury, procesu a výsledku musí být v kontrolním listu označeny stejnými kódy a čísly jako v samotném standardu (S1, P1, V1...). Jednotlivá kritéria se hodnotí **splněno/nesplněno**. Kontrolní list auditu dále musí obsahovat název oddělení, stanice, datum, jména auditorů. Dále dle okolností iniciály pacienta či sestry, datum přijetí pacienta, datum plánovaného propuštění, lékařské a sesterské diagnózy. Přínosem, pro přehlednost, je vhodné grafické řešení kontrolního listu.

8. krok

Vyhlášený standard musí být periodicky kontrolován pozměňován a to vždy pokud se objeví nové poznatky nebo metody, ale také na základě výsledků auditů. I tehdy by měly být tyto změny prodiskutovány, jako při tvorbě standardu. 59

59.Srov.MÁDLOVÁ,I.,Sestavování standardů metodou DySSSy, dostupné z <http://www.fnplzen.cz/>

59.Srov. HOLMANOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., Význam štandardizácie ošetrovateľskej starostlivosti,*Sestra SK*, 2003, roč. 2, č. 2, s. 7.

„Každý standard by se měl vyznačovat určitými charakteristikami. Měl by být odpovídající problému, pochopitelný pro uživatele, jeho části by měli být vyhodnotitelné, vést k jasným akcím, měl by být dostupný. Také jeho struktura se řídí jistými pravidly. Obvykle se doporučuje tato struktura standardu:

1. úvod:

- téma standardu
- pro jakou profesi/kategorii pracovníků je určen
- pro jakou skupinu pacientů je určen
- místo (zařízení, oddělení), kde se standard bude dodržovat
- dobu platnosti standardu
- skupinu odborníků, která standard sestavila
- kontaktní osobu
- zodpovědnou instituci, osobu (např.: profesní komora, klinika, zdravotnické zařízení)

2. stanovený standard (cíl standardu)

3. kritéria struktury, procesu, výsledku

4. kontrolní kritéria

5. vymezení nejdůležitějších pojmů.“⁶⁰

3.6.2 Doporučení pro formulaci jednotlivých kritérií standardu

Formulace ve standardu má být stručná a jasná. Důležité je dodržovat posloupnost postupu činnosti. Doporučuje se používat infinitiv: aplikovat, podat, informovat, zaznamenat, změřit apod., dále třetí osobu, formulace pak zní: sestra aplikuje, informuje apod. a také pátý pád: zaznamenej, informuj apod.

Při tvorbě standardu nám napomáhají **racionální zdůvodnění**, která vysvětlují daný postup. Důležitou pomůckou jsou i některé otázky např. otázka „**CO**“?, která odpovídá na to, co je nutné udělat, aby péče provedená podle standardu byla kvalitní. Otázka „**PROČ**“?, nám vysvětluje určitý postup, proč je nutné jej takto realizovat. Např.: tento postup usnadňuje zavedení periferní žilní kanyly.

⁶⁰ Citace. VAŠÁTKOVÁ, I., Kvalita ošetrovatelské péče, *Ošetrovatelství*, 2003, sv. 5, č. 1 – 2, s.

Dále je možné použít i „**DOPORUČENÍ**“, které odpovídá na otázku „**JAK**“?. V tomto případě jde o sestrou doporučený postup při realizaci. Např.: Levou rukou držte napjatou kůži a pravou rukou zaveďte venózní kanylu, pokud jste levák, postupujte obráceně. Doporučení i racionální zdůvodnění můžeme použít, pokud chceme zdůraznit jejich důležitost, nepoužíváme je jako první formulaci. Jejich nevýhodou je, **že se nedají měřit a tudíž i vyhodnotit.** ⁶¹

Pro hodnocení kvality provedené ošetrovatelské péče podle standardu se zaměřujeme na pacienta. Při formulování těchto hodnotících kritérií pak používáme formulace např.: pacient umí, rozumí, udává, bylo mu podáno, má provedeno, apod. ⁶²

61 Srov. MASTILIAKOVÁ, D., Úvod do ošetrovatelství II. díl, Systémový přístup, s. 49

62 Srov. HOLMANOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., Význam štandardizácie ošetrovateľskej starostlivosti, *Sestra SK*, 2003, roč. 2, č. 2, s. 8.

4 AUDIT

„Audit česky znamená vyhodnocení.“⁶³

„Audit je definován jako systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazu o provádění správných činností správným způsobem. Další definice jej popisuje jako jednorázové měření kvality, které zajišťuje rozdíl mezi skutečností a standardem. Audit je jednoznačně nedílnou součástí managementu kvality/jakosti a sestra je důležitým členem auditního týmu“.⁶⁴

V předešlých kapitolách jsem se zmiňovala o nutnosti určit způsob hodnocení standardu, který je nezbytný pro audit. Auditní činnost se řídí normou ČSN EN ISO 19011, která poskytuje návod pro plánování, přípravu a provádění auditů. Dává pravidla pro dokumentování a hodnocení auditů, pro správný výběr způsobilých auditorů a jejich hodnocení.⁶⁵

4.1 Ošetřovatelský audit

„Ošetřovatelský audit představuje systematické vyhodnocení ošetřovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetřovatelské péče“.⁶⁶ Audit má za úkol zjistit, jak dalece se ošetřovatelský proces, práce nebo výkony sester, řídí profesionálními standardy nebo se s nimi slučuje. Nikdy však cílem auditu není hodnocení výkonu sester hledáním chyb proto, aby byly sestry šikanovány a disciplinárně potrestány, nýbrž proto, aby byla odhalena slabá místa a došlo k co nejrychlejší nápravě zjištěných nedostatků. Přesto je audit velmi často jako šikana vnímán a mnohdy nastupuje i pocit, že auditoři si zvyšují sebevědomí na úkor auditovaných zaměstnanců. Pro nápravu nedostatků je důležitá, spolupráce všech zúčastněných a ochota zainteresovaných pracovníků, realizovat potřebné změny. Ošetřovatelský audit nemá velkou hodnotu pro oddělení, jež nechce nebo neumí pružně reagovat a uskutečnit nápravu identifikovaných problémů, jež byly zjištěny auditem.⁶⁷

63 Citace. České ošetřovatelství 2, praktická příručka pro sestry, 1998, s 20

64 Citace. MÜLLEROVÁ, N., Sestra v roli auditorky, *Florence*, 2006, č. 7 – 8, s. 27.

65 Srov. ČSN. [online] Dostupné z www: <http://nahledy.normy.biz/n.php?i=75682>. [cit. 2009-27-3].

66 Citace, ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetřovatelský management*, s. 108.

67 Srov., ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetřovatelský management*, s. 108.

Auditní činnost se řídí normou ČSN EN ISO 19011, která poskytuje návod pro plánování, přípravu a provádění auditů. Dává pravidla pro dokumentování a hodnocení auditů, pro správný výběr způsobilých auditorů a jejich hodnocení.

K tomu aby byla naplněna myšlenka a význam auditu, byly potlačeny veškeré emocionální složky a negativní vjemy, řídí se ošetřovatelský audit několika základními principy. Audit má být v krátkodobém i dlouhodobém horizontu plánovaný, musí mít předem definovaná kritéria-vůči čemu srovnává shodu, musí mít stanoven rozsah a způsob provedení (studium dokumentace, pohovor, pozorování, audit na místě). Dále musí mít definovány a zajištěny zdroje, probíhat musí dle předem schválených dokumentovaných postupů (předpisy pro provádění interních auditů, definice před zahájením a po ukončení auditu, podpisová práva atd.), také musí zajistit prokazatelné formalizované výstupy z auditu, tyto se ukládají a archivují minimálně 5 let. Podmínkou je, že audit musí zaručovat nezávislost. ⁶⁸

„Audity dělíme podle toho, zda je v organizaci provádějí vlastní vyškolení zaměstnanci tj. **interní audit**, nebo je provádí akreditovaná firma tj. **externí audit**“.⁶⁹

Jak už jsem se výše zmiňovala z hlediska plánování lze dělit audit na **plánovaný**, který probíhá v celé organizaci na určité období (měsíc, rok). **Neplánovaný** audit následuje, tehdy, kdy se při plánovaném auditu zjistí neshoda. Tímto auditem ověřujeme, zda došlo k nápravě zjištěných nedostatků.

Z hlediska průběhu v čase, dělíme audity na **retrospektivní**, který lze provádět i po propuštění pacienta prohlížením dokumentace a **souběžný** zaměřený na provádění činností, souběžně s činností probíhá pozorování, zda je činnost prováděna v souladu se standardem. Audity dále dělíme z hlediska zaměření na **audit procesní**, ten ověřuje systém např. průběžné školení zaměstnanců nebo **audit kvality**, jež ověřuje provedení pouze jedné činnosti např. plánování péče a její realizaci, vyplňování identifikačních dat na žádanky na vyšetření. Podle rozsahu dělíme audity, které se provádí v celém zdravotnickém zařízení nebo jen na vybraném pracovišti. ⁷⁰

Výstupy z interního auditu jsou určeny pouze pro auditovanou organizaci, ale jsou podmínkou pro provedení externího auditu. Kvalitně provedený interní audit se může stát konkurenční výhodou. Pomáhá optimálně řídit rizika a může plnit roli poradního orgánu. ⁷¹

68 Srov. ČSN. [online] Dostupné z [www: http://nahledy.normy.biz/n.php?i=75682..2009-27-3](http://nahledy.normy.biz/n.php?i=75682..2009-27-3)

69 Citace. MÜLLEROVÁ, N., Sestra v roli auditorky, *Florence*, 2006, č. 7 – 8, s. 27.

70 Srov. MÜLLEROVÁ, N., Sestra v roli auditorky, *Florence*, 2006, č. 7 – 8, s. 27 – 28.

71 Srov. POLÁŠEK, D., Kvalitní interní audit – jedna z konkurenčních výhod firmy, [online], Dostupné z [www: http://www.konjunktur.cz/tisk.php3?id=2674&rub=568&s=, 2008-6-12](http://www.konjunktur.cz/tisk.php3?id=2674&rub=568&s=,)

4.2 Průběh interního auditu

Na pracovištích se stále častěji setkáváme s auditem interním, který zajišťuje zpětnou vazbu a prověřuje efektivitu využívaných zdrojů. Prvním krokem, aby mohl být audit uskutečněn, je sestavení týmu auditorů. Tým je veden vedoucím auditorem, jímž může být vedoucí zaměstnanec nebo externí auditor. Vždy je to osoba proškolená s certifikátem. Auditor je též osoba proškolená s certifikátem, která absolvovala akreditované kurzy. Počet auditorů závisí na velikosti organizace. Aby si audit zachoval objektivitu a praktičnost, doporučuje se provádět audit ve dvou auditorech. V týmu by měl být auditor, který zná a ovládá, odbornou problematiku daného pracoviště, je tzv. technickým expertem. Vedoucí auditor odpovídá za celou přípravu a organizaci auditu, jde o přípravu dokumentace před auditem, včasné vypracování zprávy. Má pravomoc sestavovat auditní tým, vyžádat si experta, seznámit se s dokumentací prověřované oblasti, definovat neshody a také předčasně ukončit audit, pokud nastala nějaké překážky, bránící v dokončení auditu (např. kritický stav pacienta, vyžadující přednostní péči). Samozřejmě každý auditor musí znát normy, standardy, terminologii, nástroje a metodiky pro vyhodnocování (grafy, procenta). ⁷²

Audit, jako proces, má stanovený - daný cyklus:

- harmonogram auditů je vypracován náměstkyní ošetrovatelské péče na celý rok pro všechna oddělení;
- v harmonogramu je uveden datum, specifický druh auditu (např. audit zdravotnické dokumentace, audit ošetrovatelských standardů);
- program auditu obsahuje cíle, které vycházejí z priorit managementu, legislativy, zákazníka a systému kvality;
- též obsahuje rozsah auditu, který určuje pracoviště, na kterém bude audit probíhat, hlavního auditora, jednotlivé členy týmu, také zdroje, z nichž se bude čerpat (např. standardy, směrnice apod.) dále postupy, které budou použity (pozorování, dotazování, ověřování dokumentace apod.), tyto prvky jsou pro přehlednost obvykle zpracovány v tabulce kritérií;
- je vždy k nahlédnutí pro vrchní a staniční sestry. ⁷³

⁷² Srov. . MÜLLEROVÁ, N., *Sestra v roli auditorky*, Florence, 2006, č. 7 – 8, s. 27 - 28.

⁷³ Srov., ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., *Kreativní ošetrovatelský management*, s. 108.

Z výše uvedeného vyplývá, že audit zahrnuje zahájení auditu, přezkoumání dokumentů, přípravu kritérií kontrolovaných činností, vlastní provádění na místě (sběr a analýza pokladů), přípravu a schválení zprávy, dokončení auditu. O každém auditu musí být vypracován protokol. Audit končí stanovením opatření. Realizace těchto opatření je zcela v kompetenci vedoucího pracovníka.

4.3 Význam ošetrovatelského auditu

Přestože zdravotnické zařízení má sestavené standardy ošetrovatelské péče podle výše uvedených doporučení, neznamená to, že na jeho klinikách nebo odděleních, je poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, jakou si stanovilo. Plnění standardů není však jenom záležitost jednotlivých pracovníků (NLZP), manažerů první úrovně a středních manažerů jednotlivých pracovišť, ale i vrcholových manažerů. Záleží na tom, jak mají tito top manažeři nastavenou ekonomiku pro celé zařízení a pro jednotlivá pracoviště. Pokud není správně nastaven ekonomický plán, nepracuje správně infrastruktura, chybí materiálové vybavení, je nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu, apod., pak za chybění některé ze zmíněných podmínek, nemůže být daný cíl splněn. Proto, aby se odhalily některé z nedostatků, je nezbytné provádět plánované či neplánované kontroly. Plánované jsou ty, jejichž termíny jsou známy. Na neplánované pak dojde tehdy, pokud je při plánované kontrole nalezena neshoda. Je nutné monitorovat plnění standardů a z případných odhalených nedostatků vyvozovat nápravná opatření.

Pro posouzení úspěšnosti plnění KZK a dodržování daných standardů, je možné použít několik metod např. hodnocení spokojenosti pacientů, hodnocení spokojenosti pracovníků, indikátory kvality péče, také posudky externích expertů a mimo tyto i audit. Nejlépe je použít kombinaci několika metod. ⁷⁴

⁷⁴ Srov. ULRYCHOVÁ, H., Kvalita ošetrovatelské péče, *Ošetrovatelství*, roč. 1, č. 1, s. 11.

Empirická část

5 CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY

- Cíl 1.** Zjistit jak dlouho jsou standardní postupy ošetrovatelské péče (dále jen SOP) ve zkoumaných nemocnicích zavedeny.
- Cíl 2.** Zjistit jaké typy SOP jsou ve zkoumaných nemocnicích vytvořeny (všeobecných nebo i specializovaných postupů).
- Cíl 3.** Zjistit, zda obě skupiny (manažerky i sestry) znají uložení SOP.
- Cíl 4.** Zjistit shodnost či rozdílnost témat auditu standardních oddělení spolu s odděleními JIP a ARO.
- Cíl 5.** Zjistit názor sester, zda mají vytvořeny podmínky pro práci podle SOP.

HYPOTÉZY – SROVNÁNÍ

I. SESTRY MANAŽERKY

II. VŠEOBECNÉ SESTRY a ZDRAVOTNÍ ASISTENTI

I. SESTRY MANAŽERKY

- H 1.** Sestry manažerky pokládají standardní postupy ošetrovatelské péče za přínos pro zlepšení ošetrovatelské péče **100%**
- H 2.** Sestry manažerky vyhodnocují audit **50%:50%**
- H 3.** Sestry manažerky se podílejí na tvorbě standardů **50%:50%**
- H 4.** Sestry manažerky jsou členy týmu auditorek **50%:50%**
- H 5.** Ve zkoumaných nemocnicích se audit provádí každý měsíc **100%**
- H 6.** Ve zkoumaných nemocnicích je audit prováděn vždy na odděleních **na všech 80%,
na vybraných 20%**
- H 7.** Zavedení standardů a náprava zjištěných chyb při auditu přineslo zvýšení kvality péče **100%**

II. VŠEOBECNÉ SESTRY a ZDRAVOTNÍ ASISTENTI

- H 1.** Všeobecné sestry a zdravotní asistenti vědí, co jsou standardní postupy ošetrovatelské péče **100%**
- H 2.** Ve zkoumaných nemocnicích jsou zavedeny standardní postupy ošetrovatelské péče **100%**
- H 3.** Na všech odděleních se pracuje se standardními postupy ošetrovatelské péče
ano 80%,
ne 20%
- H 4.** Všeobecné sestry a zdravotní asistenti nevidí přínos standardních postupů ošetrovatelské péče pro svou práci
ano 70%,
ne 30%
- H 5.** Všeobecné sestry a zdravotní asistenti vědí, k čemu slouží audit
50%:50%
- H 6.** Všeobecné sestry a zdravotní asistenti jsou se SUP seznámeni svým vedoucím pracovníkem nebo se s ním seznamují sami z vlastního zájmu
ano 80%
ne 20%
- H 7.** Všeobecné sestry se podílejí na tvorbě standardů **50%:50%**

6 METODIKA

Má bakalářská práce je zaměřena na program kontinuálního zvyšování kvality (dále jen KZK) ve zdravotnictví. Zabývám zjišťování názorů, prací sester a jejich manažerek.

Mým cílem bylo zjistit, zda manažerky využívají svých kompetencí ke kontrole kvality práce sester, pomocí dodržování standardních postupů ošetrovatelské péče (dále jen SOP) a jak jejich zavedení do praxe hodnotí. Vidí-li v nich přínos pro zlepšení péče.

Ve skupině sester, bylo mým cílem zjistit, zda sestry ví, co jsou SOP, zda se jimi řídí a jejich práci jim usnadňují či ji komplikují.

6.1 Výzkumná metoda

Informace nutné pro vypracování výzkumné části mé práce, jsem získala metodou nestandardizovaného dotazníku. Dotazník jsem zvolila, jako nejrychlejší a z mého pohledu nejpohodlnější nejen pro mne, ale i pro dotazované respondenty. Tato metoda má několik výhod, především umožňuje oslovit větší množství respondentů, v mém případě ve dvě zdánlivě odlišné skupiny, poskytuje dostatek času na vyplnění otázek a za nejvýznamnější pokládám, že všem respondentům zaručuje naprostou anonymitu. Hlavní podmínkou pro relevantnost šetření byla právě zmíněná anonymita.

Pro svůj výzkum jsem vypracovala dva různé přesto podobné dotazníky. Oba byly zaměřeny na téma SOP a auditů. Dotazník u obou skupin byl rozdělen na dvě části část identifikační, charakterizující danou skupinu a část týkající se přímo zkoumaného tématu.

Dotazník pro manažerky obsahoval v první části identifikační 4 položky. V části týkající se zkoumaného tématu obsahoval 12 otázek (příloha č.3). Několik otázek bylo uzavřených a několik polootevřených. Odpověď na otázky uzavřené dichotomické ano/ne se mi zdála dostatečná.

Dotazník pro sestry a zdravotní asistenty byl obsáhlejší. V identifikační části obsahoval 5 položek (příloha č. 4). Ve zkoumané části bylo 20 položek. Stejně jako u manažerek byly použity otázky uzavřené, polootevřené, výčtové, kde, mohli respondenti zvolit více odpovědí, v poslední 20. otázce byl dán respondentům prostor pro vyjádření vlastního názoru na zkoumanou problematiku.

6.2 Charakteristika skupin respondentů

Výzkumné dotazníkové šetření jsem prováděla ve dvou českých nemocnicích. Oslovila jsem sestry a manažerky v Oblastní nemocnici v Mladé Boleslavi (dále jen ONMB), kde pracuji a sestry a manažerky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové (dále jen FNHK), kde absolvuji praktická cvičení. Tato dvě zařízení jsem si zvolila nejen proto, že k nim mám blízko, obě aplikují KZK, ale především proto, že mne zajímají názory sester a manažerek, z nichž jedna skupina pracuje ve velké známé nemocnici, která je akreditovaným zařízením SAK a druhá je menším zařízením oblastního rázu, je akciovou společností a akreditovaným pracovištěm není.

6.3 Pilotní šetření

Pilotní šetření jsem provedla na svém pracovišti a na pracovišti ARO. Ze skupiny sester jsem oslovila své současné a bývalé kolegyně obou oddělení. Dotazovaných bylo celkem 10. Po tomto šetření a po konzultaci s vedoucí mé práce jsem dotazník upravila. Především se jej rozdělila na část identifikační a část zkoumanou. Z původních 27 otázek, vznikl dotazník s 5 identifikačními položkami a 20 zkoumanými položkami.

Obdobně to bylo i s dotazníkem manažerek. Oslovila jsem 6 sester, které pracují na pozici vrchní sestry nebo staniční sestry a to jednak tři z ONMB a tři z jiného zařízení. Podle výsledku pilotního šetření a po konzultaci s vedoucí práce jsem opět dotazník upravila. Oddělila jsem identifikační část se 4 položkami a ve zkoumané části došlo k redukci z 20 na 12 položek.

6.4 Realizace šetření

V obou zkoumaných nemocnicích jsem nejprve oslovila náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a seznámila je s mou výzkumnou činností. Spolu s žádostí o povolení výzkumu jsem předala i vypracované dotazníky, cíle a hypotézy svého výzkumného šetření. Po schválení výzkumu jsem dotazníky distribuovala na vybraná oddělení obou nemocnic.

Distribuce dotazníků probíhala prostřednictvím kontaktních osob – vrchních sester. Šetření probíhalo v období leden-březen 2011.

Dotazníky jsem měla rozděleny podle skupin a vloženy do obálek, tak aby byla zaručena naprostá anonymita respondentek. Ve FNHK jsem po uplynutí dohodnuté lhůty dotazníky vybrala zpět. V ONMB jsem dodala obálku navíc, označenou svým pracovištěm a vyplněné dotazníky mi vrchní sestry poslaly „ústavní poštou“. Vyplněné dotazníky jsem rozdělila podle zkoumaných nemocnic a skupin respondentek.

7 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

Celkem jsem distribuovala 150 dotazníků. Skupina manažerek, čítala celkem 50 dotazníků. Skupina sester a zdravotních asistentů 100 dotazníků. V každém zdravotnickém zařízení jsem distribuoval 25 dotazníků manažerkám a 50 dotazníků sestřám a zdravotnickým asistentům.

Od manažerek se vrátilo:

- z ONMB 23 dotazníků což je 92% návratnost
- z FNHK 24 dotazníků což je 96% návratnost.

Celkový počet vrácených dotazníků obou nemocnic byl 47 což, je 94% návratnost.

Od sester a zdravotních asistentů se vrátilo:

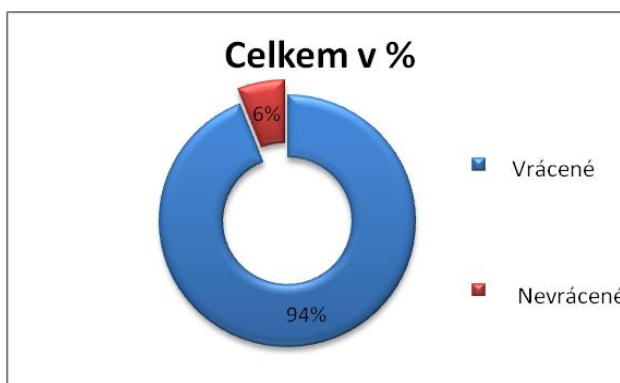
- z ONMB 48 dotazníků což je 96% návratnost
- z FNHK 46 dotazníků což je 92% návratnost.

Celkový počet vrácených dotazníků obou nemocnic byl 94 což je 94% návratnost. Výsledky jsem zpracovala v programu Microsoft Office Excel 2007 do tabulek a grafů. Hodnoty v tabulkách jsem uváděla v podobě absolutní četnosti (dále abs.č.) a relativní četnosti (dále real. č.) v procentech.

Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků – manažerky

Pracoviště	Distribuce		Vrácené		Nevrácené	
	Absol.č.n	Reál.č.%	Absol.č.n	Reál.č.%	Absol.č.n	Reál.č.%
ONMB	25	100	23	92	2	8
FNHK	25	100	24	96	1	4
Celkem	50	100	47	94	3	6

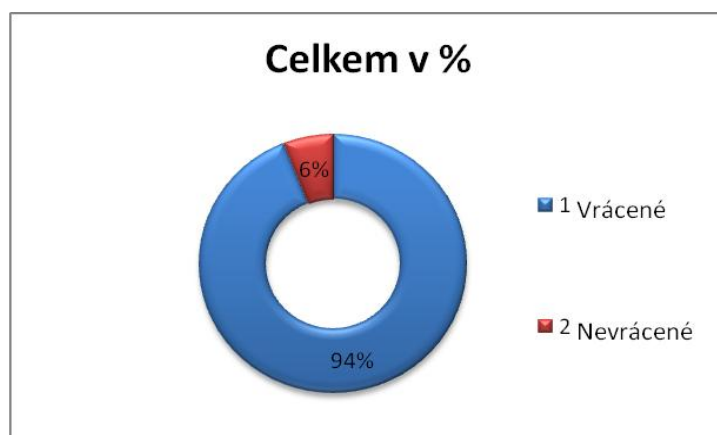
Graf č. 1 Návratnost dotazníků - manažerky



Tabulka č. 2 Návratnost dotazníků - sestry a z.as.

Pracoviště	Distribuce		Vrácené		Nevrácené	
	Absol.č.n	Reál.č.%	Absol.č.n	Reál.č.%	Absol.č.n	Reál.č.%
ONMB	50	100	48	96	2	4
FNHK	50	100	46	92	4	8
Celkem	100	100	94	94	6	6

Graf č. 2 Návratnost dotazníků - sestry a z.as.



7.1 Údaje zkoumaných respondentů zařazených do šetření

Tyto údaje jsem rozdělila podle skupin respondentů. Nejprve se budu zabývat skupinou I. - manažerkami.

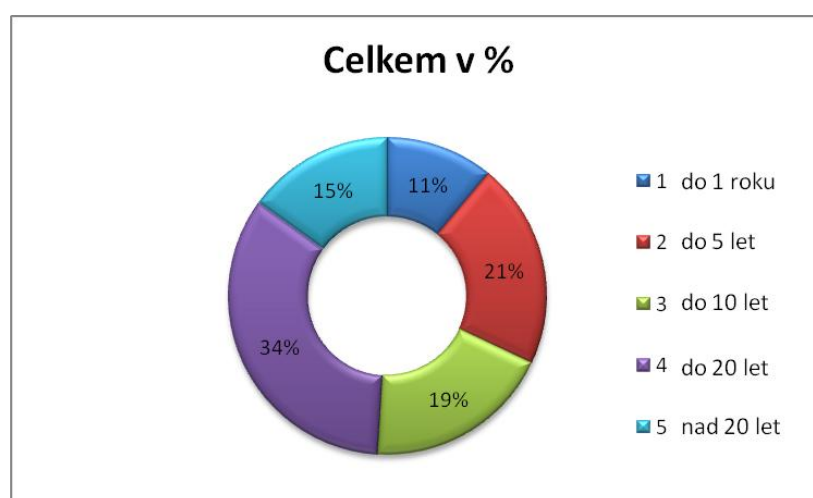
7.1.1 Manažerky

U vzorku této skupiny jsem nerozdělovala pozice na vrchní a staniční nebo úsekové sestry. Neuvádím ani pohlaví respondentů, jednoznačně vyšlo, že všichni respondenti byly ženy. Nešetřila jsem věk, ale šetřila jsem délku práce na pozici manažerky a její dosažené vzdělání. Myslím, že tyto údaje jsou pro práci na této pozici podstatné.

Tabulka č.3 Délka práce na pozici - manažerky

Pracoviště	do 1 roku	do 5 let	do 10 let	do 20 let	nad 20 let
ONMB	1	5	3	10	4
FNHK	4	5	6	6	3
Celkem	5	10	9	16	7
Celkem v %	11	21	19	34	15

Graf č.3 Délka práce na pozici - manažerky

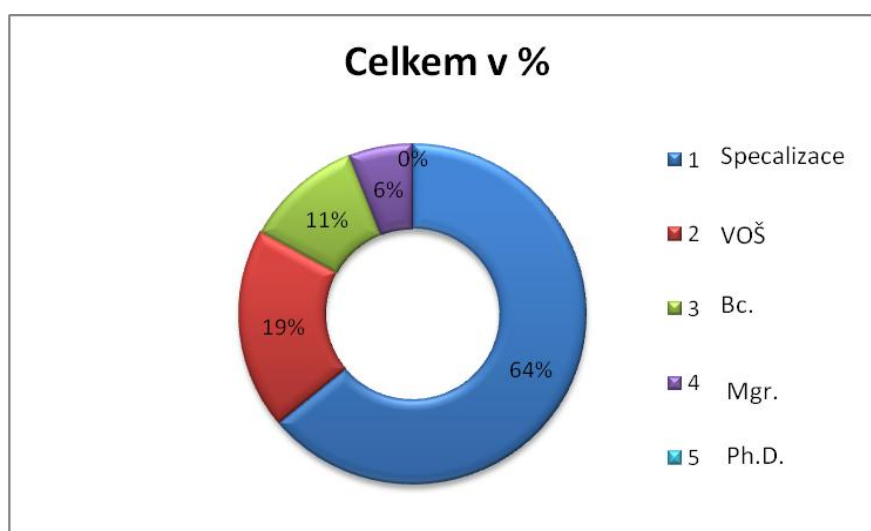


Do tabulky jsem zadala všechna data získaná od vzorku této skupiny z obou nemocnic a hodnotím jednotlivé položky. Z těchto dat lze porovnat délku práce na této pozici v jednotlivých nemocnicích, jež uvádím jako absolutní číslo. Reálné číslo v % uvádím až jako celkový počet obou nemocnic, což pak znázorňuje i graf. Zajímavou se jeví položka práce do 20 let, kdy v ONMB je na pozici manažerky více sester než ve FNHK. Tento fakt se pak promítá do celkového reálného hodnocení v % uvedené v grafu.

Tabulka č. 4 Dosažené vzdělání- manažerky

Pracoviště	Vzdělání				
	specializační	VOŠ	VŠ Bc.	VŠ Mgr.	VŠ Ph.D.
ONMB	20	3	0	0	0
FNHK	10	6	5	3	0
Celkem č.n	30	9	5	3	0
Celkem v %	64	19	11	6	0

Graf č. 4 Dosažené vzdělání- manažerky



Stejně jako v předešlé položce i v tomto případě jsem hodnotila v jednotlivých nemocnicích vzdělání pouze jako absolutní číslo a reálné v % uvádím opět jako celkový poměr obou nemocnic, znázorněné graficky.

Z tabulky je patrné, že v porovnání vzorku skupin nemocnic, v ONMB na pozici manažerky nepracuje žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra a převažují sestry se specializačním studiem abs.č. 20, sestry s VOŠ abs.č. 3, oproti FNHK, kde na této pozici pracují jak sestry se specializačním studiem 10, sestry absolventky Vyšší odborné školy s titulem Dis. (dále jen VOŠ) abs.č. 6, tak sestry bakalářky abs.č. 5, i sestry magistry abs.č.3. Celkový poměr těchto vzorků pak ukazuje graf. Nevýšší procento je manažerek se specializačním studiem 64%, s VOŠ 19%, bakalářek 11%, magister 6%, s titulem Ph.D. 0%.

7.1.2 Všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti

Dále se již budu zmiňovat pouze o všeobecných sestrách (dále jen sestry). Z navrácených dotazníků nebylo možné vyhodnotit a rozdělit tyto skupiny. Respondenti své zařazení neidentifikovali.

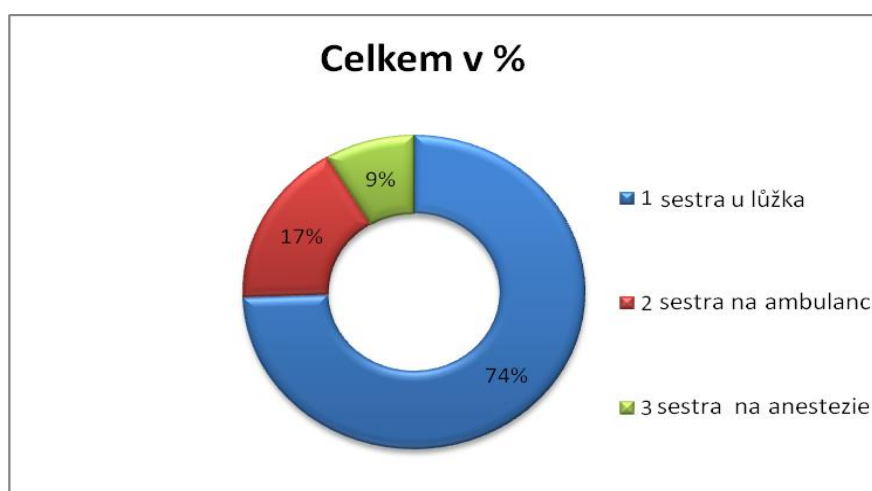
Ve vzorku této skupiny jsem hodnotila pracovní zařazení, délku praxe a nejvyšší dosažené vzdělání.

Věk a pohlaví respondentů jsem nehodnotila, ve většině případů tyto položky nebyly označeny.

Tabulka č.5 Pracovní zařazení - sestry

Pracoviště	sestra u lůžka	sestra na ambulanci	jiná pozice
ONMB	30	10	Anestezie 8
FNHK	40	6	0
Celkem č. n	70	16	8
Celkem v %	74	17	9

Graf č. 5 Pracovní zařazení - sestry



Nejvíce respondentek ve vzorku z obou nemocnic pracovalo na lůžkových odděleních. V ONMB abs.č. udává u lůžka 30 respondentek, 10 na ambulanci a 8 respondentek na anesteziologii anesteziologického resuscitačního oddělení.

Ve FNHK 40 respondentek pracovalo u lůžka a zbylých 6 na ambulanci.

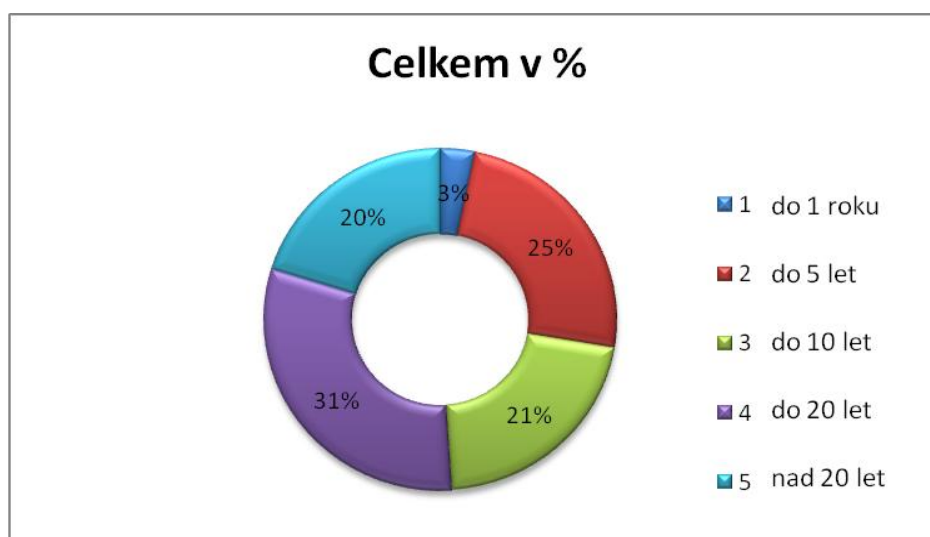
V grafu je pak znázorněno reálné číslo v %, které porovnává poměr skupin v obou nemocnicích celkem.

Nejvíce sester 74% pracovalo na lůžkových odděleních, 17% na ambulanci a 9% bylo zmíněných anesteziologických sester.

Tabulka č.6 Délka praxe - sestry

Pracoviště	Počet let				
	do 1 roku	do 5 let	do 10 let	do 20 let	nad 20 let
ONMB	1	14	10	16	7
FNHK	2	9	10	13	12
Celkem	3	23	20	29	19
Celkem v %	3	25	21	31	20

Graf č.6 Délka praxe - sestry



Šetření ukázalo, že respondentek ve vzorku s praxí, nad 5 let a do 20 let, v obou nemocnicích převyšuje. V ONMB s praxí do 5 let udává abs.č. 14, do 10 let abs.č. 10, do 20 let abs.č. 16 a nad 20 let abs.č. 7, zanedbatelná je položka do 1 roku, jež udává abs.č.1.

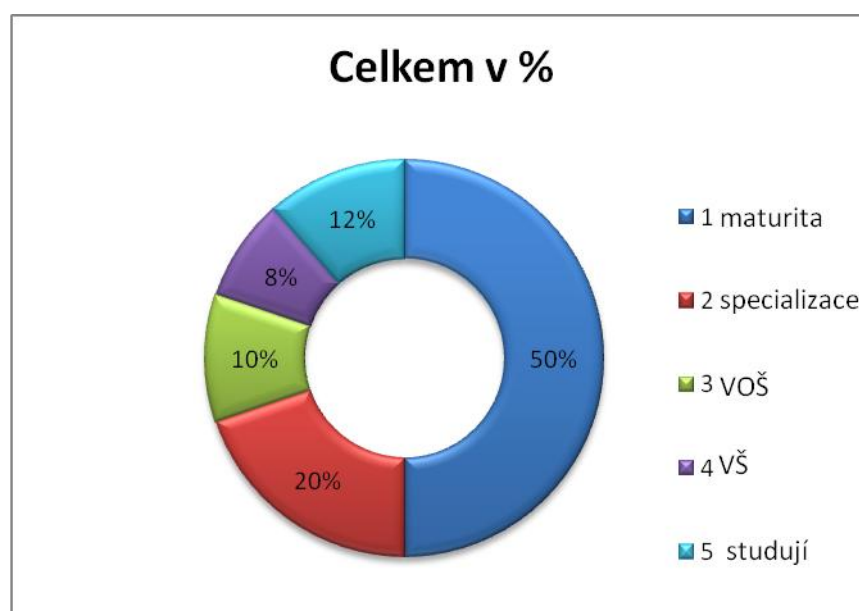
Ve FNHK absolutní čísla udávají v položkách do 1 roku 2 respondenty, 9 respondentů do 5 let, 10 respondentů do 10 let, do 20 let 13 a nad 20 let 12 respondentů.

Celkový počet respondentů s udanou délkou praxe je vyjádřen reálným číslem v %, patrný z grafu č. 6. Respondentů s délkou praxe do 1 roku jsou 3%, do 5 let 25%, nevyšší počet respondentů s praxí do 10 let 31%, 21% respondentů pracuje více jak 10 let a poměně značný počet respondentů 20%, pracuje více jak 20 let.

Tabulka č. 7 Nejvyšší dosažené vzdělání i- sestry

Pracoviště	Vzdělání				
	Maturita	Specializace	VOŠ	VŠ	Studují
ONMB	29	8	7	1	3
FNHK	19	11	3	7	6
Celkem č.n	48	19	10	8	11
Celkem v %	50	20	10	8	12

Graf č. 7 Nejvyšší dosažené vzdělání - sestry



V položce nejvyššího dosaženého vzdělání či studia nejvíce respondentek uvedlo, že mají středoškolské vzdělání a to v obou nemocnicích. V ONMB je to abs.č. 29, ve FNHK je absolutním číslem 19. Respondentek se specializačním studiem je v ONMB 8, ve FNHK je 11 respondentek se specializačním studiem.

VOŠ má vystudováno v ONMB 7 respondentek a ve FNHK 3, ale vysokoškolské studium má ve FNHK 7 respondentů, zatím co v ONMB pouze 1 respondent. V ONMB studují 3 a ve FNHK 6 respondentů.

Reálné číslo v procentech obou nemocnic udává že nejvíce 50% je středoškolsky vzdělaných, Specializační vzdělání má 20%, 12% respondentů studuje, absolventů VOŠ je 10% a vysokoškolsky vzdělaných respondentů je 8%.

7.2 Analýza jednotlivých položek

První je analýza cílů, druhá analýza hypotéz manažerek a třetí položkou analýza hypotéz všeobecných sester.

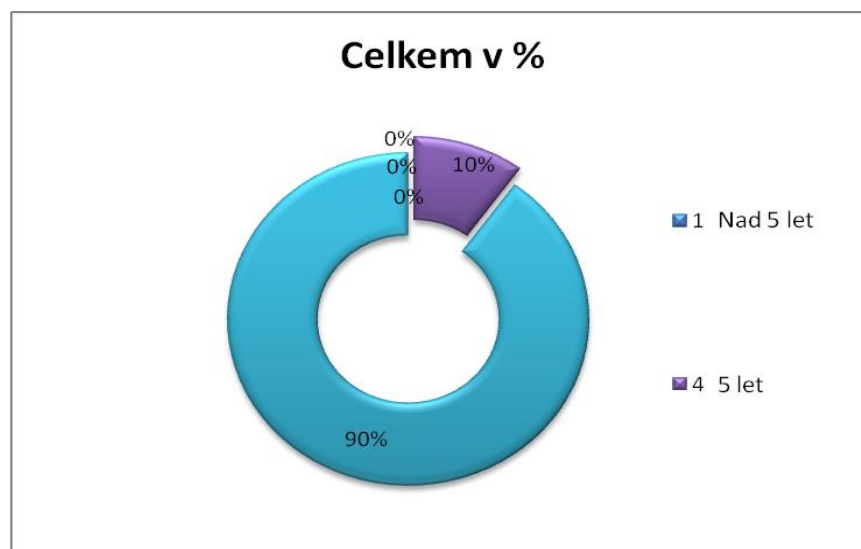
7.2.1 Analýza cílů

Cíl č. 1 Zjistit jak dlouho jsou standardní postupy ošetrovatelské péče (dále jen SOP) ve zkoumaných nemocnicích zavedeny.

Tabulka č. 8 Délka zavedení SOP

Pracoviště	Počet roků				
	do 1roku	2 roky	3 roky	5 let	nad 5 let
ONMB	0	0	0	2	21
FNHK	0	0	0	3	23
Celkem č. n	0	0	0	5	44
Celkem v %	0	0	0	10	90

Graf č. 8 Délka zavedení SOP



Některé respondentky uváděly, že SOP jsou v jejich nemocnicích zavedeny pouze 5 let. V ONMB to byly 2 a ve FNHK 3 respondentky.

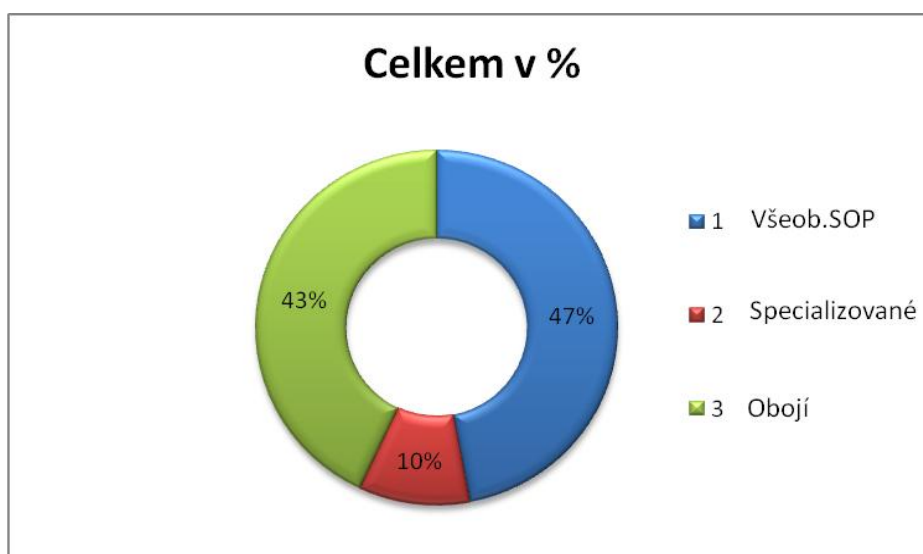
Šetřením však prokázalo, že ve zkoumaných nemocnicích jsou SOP zavedeny více jak 5 let.

Cíl 2. Zjistit jaké typy SOP jsou ve zkoumaných nemocnicích vytvořeny (všeobecných nebo i specializovaných postupů).

Tabulka č. 9 Typy SOP

Pracoviště	Typy SOP		
	Všeobecné SOP	Specializované SOP	Obojí
ONMB	17	2	4
FNHK	4	3	17
Celkem č. n	23	5	21
Celkem v %	47	10	43

Graf č. 9 Typy SOP



V ONMB uvádí 17 respondentek, že zde jsou vytvořeny všeobecné SOP, 2 respondentky si myslí, že jsou vytvořeny i SOP specializované a 4 respondentky si myslí, že jsou vytvořeny obojí.

Ve FNHK větší počet respondentek 17, udává, že jsou zde vytvořeny SOP obojí, 4 pak uvádějí SOP všeobecné a 3 respondentky SOP specializované.

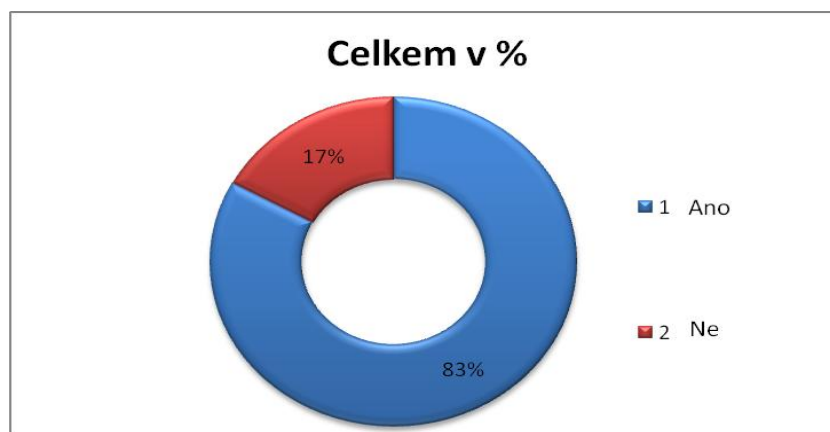
V obou nemocnicích je na základě šetření vytvořeno 47% všeobecných SOP, 43 % obojích a 10% specializovaných SOP.

Cíl 3. Zjistit, zda obě skupiny (manažerky i sestry) znají uložení SOP.

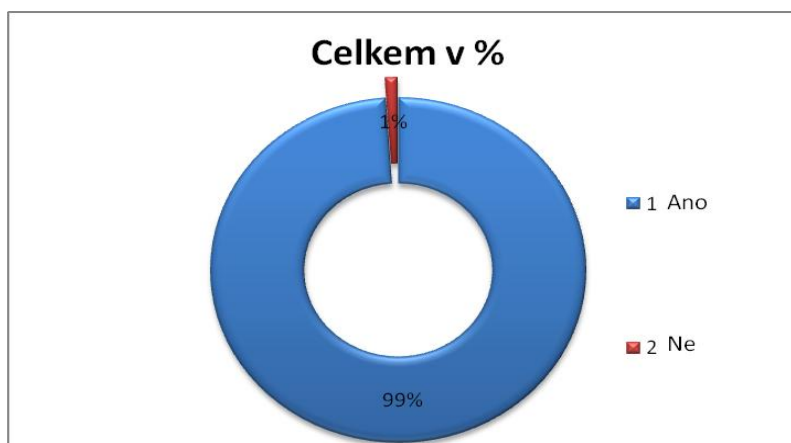
Tabulka č. 10 Znalost uložení SOP

Pracoviště	Manažerky		Sestry	
	Ano	Ne	Ano	Ne
ONMB	15	8	47	1
FNHK	24	0	46	0
Celkem č. n	39	8	93	1
Celkem v %	83	17	99	1

Graf č. 10 Znalost uložení SOP - manažerky



Graf č. 11 Znalost uložení SOP – sestry



V obou nemocnicích se prokázalo, že obě zkoumané skupiny ve větším procentu ví, kde mají na odděleních SOP uloženy.

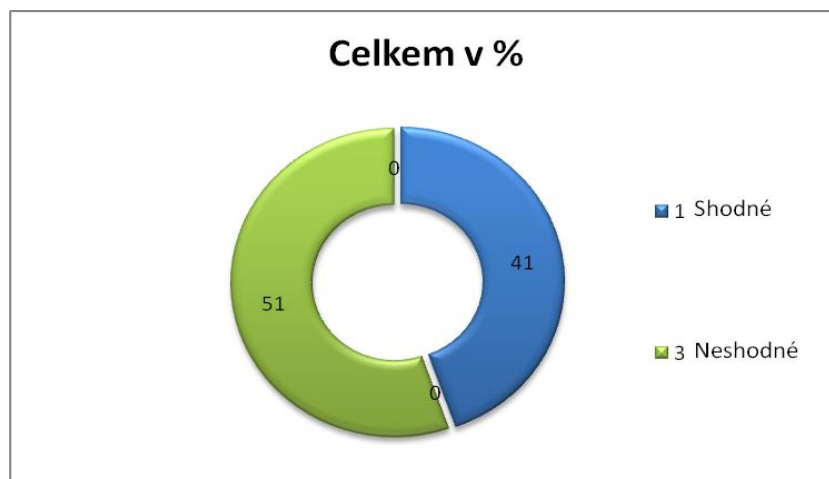
U manažerek je to 83% a ve skupině sester 99%.

Cíl 4. Zjistit shodnost či rozdílnost témat auditu standardních oddělení spolu s odděleními JIP a ARO.

Tabulka č. 11 Rozdílná témata auditu

Pracoviště	Téma auditu	
	Shodné	Rozdílné
ONMB	16	7
FNHK	7	17
Celkem č. n	23	24
Celkem v %	41	51

Graf č. 12 Rozdílná témata auditu



Respondentky z ONMB uvádí, že téma auditu jsou pro všechna oddělení stejná, neliší se standardní oddělení od ARO a JIP, zatímco ve FNHK respondentky uvádí, že témata se liší.

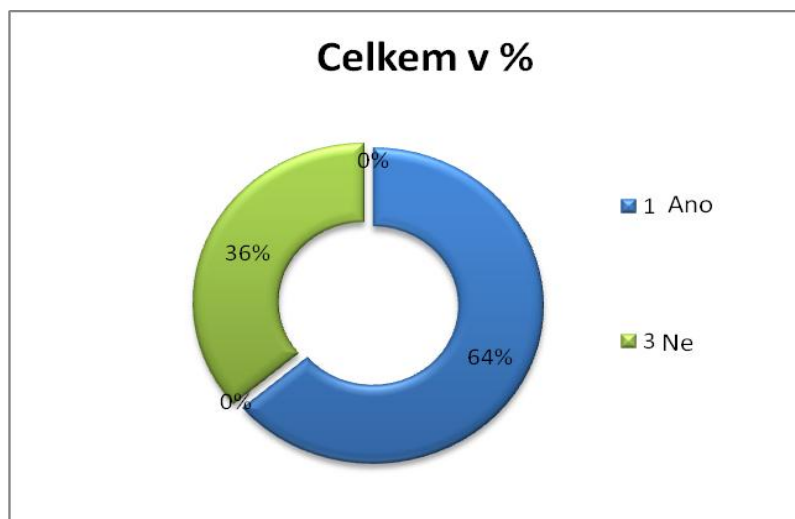
Šetření prokázalo, že díky údajům z FNHK 51% témat auditů je odlišných a 41% je pro všechna oddělení shodných.

Cíl 5. Zjistit názor sester, zda mají vytvořeny podmínky pro práci podle SOP.

Tabulka č. 12 Podmínky pro práci podle SOP

Pracoviště	Veškeré podmínky	
	Ano	Ne
ONMB	20	28
FNHK	40	6
Celkem č. n	60	34
Celkem v %	64	36

Graf č. 13 Podmínky pro práci podle SOP



Respondentky z ONMB v převaze udávají abs.č. 28, že podmínky pro práci podle SOP, vytvořeny nemají. Oproti respondentkám z FNHK, kde abs.č. 40, udává, že podmínky vytvořeny mají. Díky těmto datům šetření prokázalo, že v 64% jsou podmínky pro práci se SOP vytvořeny. 36 % respondentů udává, že podmínky vytvořeny nemají.

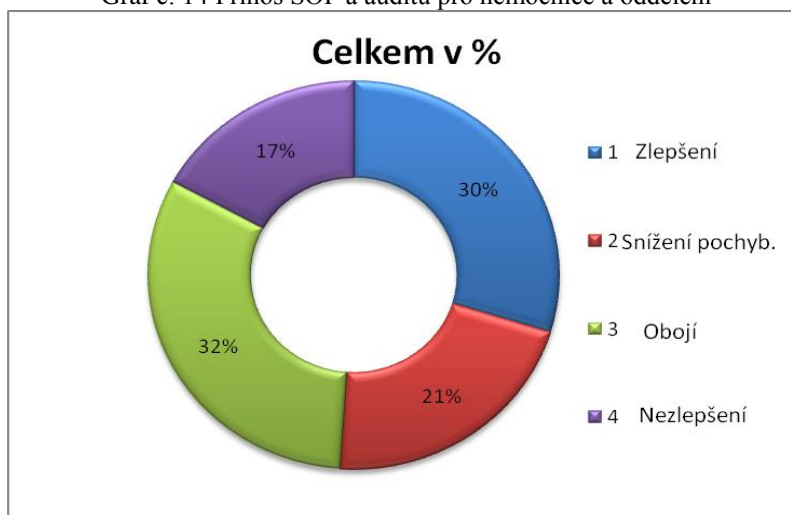
7.2.2 Analýza hypotéz – manažerky

H 1. Sestry manažerky pokládají standardní postupy ošetrovatelské péče za přínos pro zlepšení ošetrovatelské péče **100%**

Tabulka č. 13 Přínos SOP a auditů pro nemocnice a oddělení

Pracoviště	Přínos			
	Viditelné zlepšení	Snížení pochybení	Obojí	Není zlepšení
ONMB	2	6	11	4
FNHK	12	4	4	4
Celkem	14	10	15	8
Celkem v %	30	21	32	17

Graf č. 14 Přínos SOP a auditů pro nemocnice a oddělení



Hypotéza se na celých 100% nepotvrdila.

Ze šetření však pozitiva zavedením SOP a auditů vyplynula.

Jako přínos je vnímá 30% respondentek, v KZK zaznamenávají viditelné zlepšení. 32% respondentek nejenže zaznamenalo viditelné zlepšení péče, ale zjišťují i snížení pochybení ze strany ošetrovatelského personálu. 21% respondentek zaznamenalo pouze snížení pochybení a 17% respondentek uvádí, nejen že nepozorují snížení pochybení, ale nevidí ani zlepšení péče.

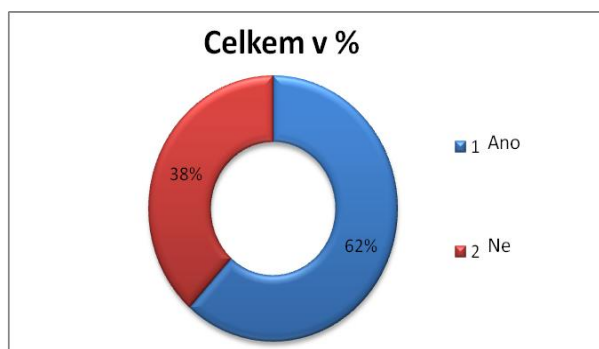
H 2. Sestry manažerky vyhodnocují audit

50%: 50%

Tabulka č. 14 Kontrola nápravy neshod

Pracoviště	Kontrola nápravy	
	Ano	Ne
ONMB	11	12
FNHK	18	6
Celkem	29	18
Celkem v %	62	38

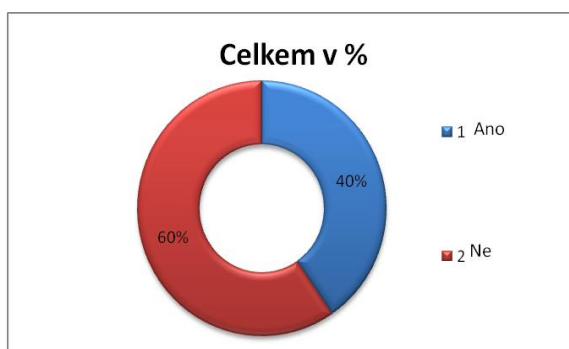
Graf č. 15 Kontrola nápravy neshod



Tabulka č.15 Vedení statistiky

Pracoviště	Vedení statistiky	
	Ano	Ne
ONMB	9	14
FNHK	10	14
Celkem	19	28
Celkem v %	40	60

Graf č.16 Vedení statistiky



Tato hypotéza se nepotvrdila. Můj předpoklad byl že 50% respondentek provádí kontrolu nápravy pochybení zjištěných auditem a 50% kontrolu neprovádí.

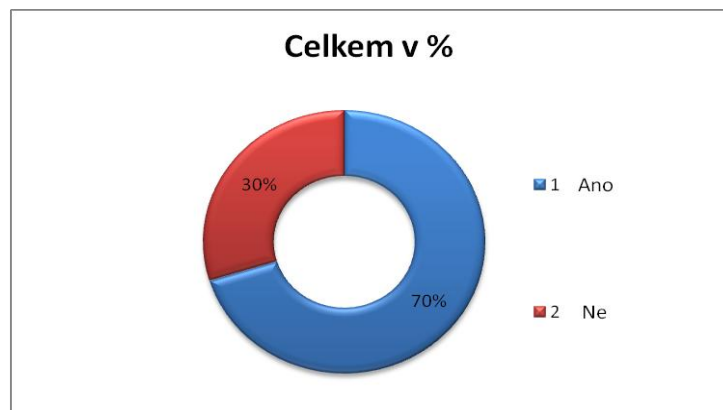
Šetření prokázalo, že tuto kontrolu provádí 62% respondentek, 38% respondentek kontrolu neprovádí. Oproti tomu pouze 40% respondentek si vede statistiku provedených auditů. Statistiku si nevede 60 % respondentek.

H 3. Sestry manažerky se podílejí na tvorbě standardů**50%:50%**

Tabulka č. 16 Podíl manažerek na tvorbě SOP

Pracoviště	Podíl	
	Ano	Ne
ONMB	16	7
FNHK	17	7
Celkem	33	14
Celkem v %	70	30

Graf č. 17 Podíl manažerek na tvorbě SOP



70% manažerek se podílí na tvorbě SOP a pouze 30% se na tvorbě nepodílí.

Hypotéza se nepotvrdila, předpoklad byl, že 50%, se podílí a 50% se na tvorbě nepodílí.

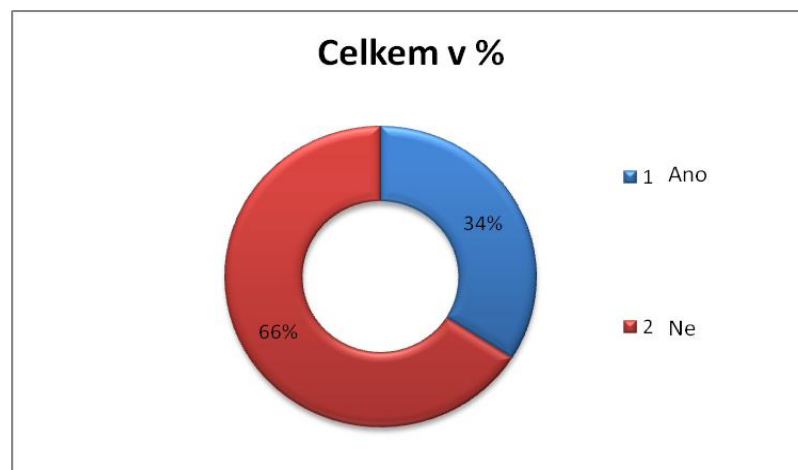
Šetření se ukázalo jako pozitivní.

H 4. Sestry manažerky jsou členy týmu auditorek**50%:50%**

Tabulka č. 17 Spolupráce s týmem auditorek

Pracoviště	Nabídnu		Spolupráce	
	Ano	Ne	Ano	Ne
ONMB	6	17	6	17
FNHK	10	14	10	14
Celkem č. n	16	31	16	31
Celkem v %			34	66

Graf č. 18 Spolupráce s týmem auditorek



Předpoklad byl 50% spolupracujících a 50% nespolupracujících.

Pouze 34% manažerkám byla spolupráce nabídnuta a všechny v týmu auditorek pracují.

Spolupráce nebyla nabídnuta 66% respondentek.

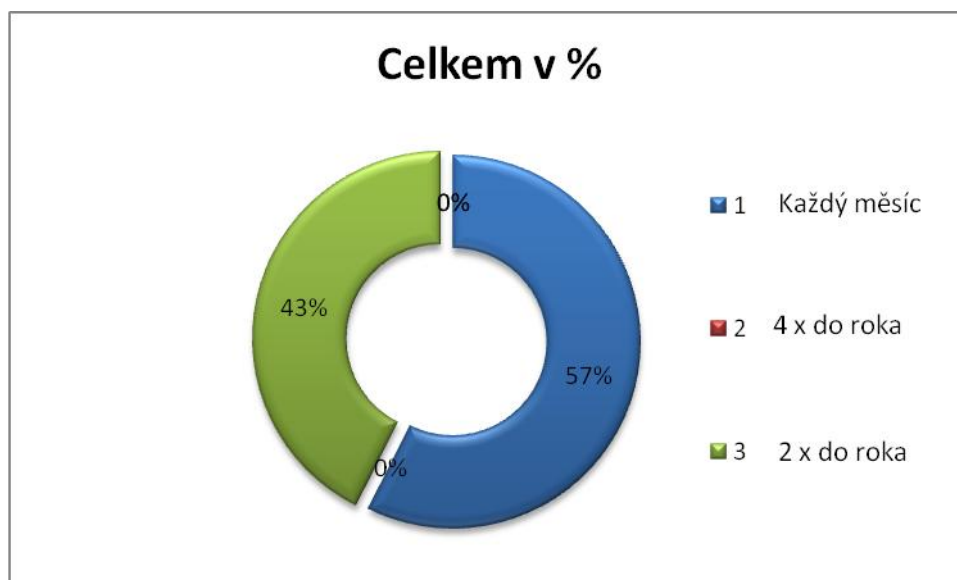
Hypotéza se nepotvrdila.

H 5. Ve zkoumaných nemocnicích se audit provádí každý měsíc 100%

Tabulka č. 18 Cyklus prováděných auditů

Pracoviště	Cyklus auditů		
	každý měsíc	2 x do roka	4 x do roka
ONMB	9	14	0
FNHK	18	6	0
Celkem č. n	27	20	0
Celkem v %	57	43	0

Graf č. 19 Cyklus prováděných auditů



Respondentky uvádí, že ve zkoumaných nemocnicích se v 57% provádí audit každý měsíc.

Ve 43% je prováděn 2 x do roka.

18 respondentek z FNHK uvádí, že audit je prováděn každý měsíc a 6 respondentek udává cyklus auditu 2 x za rok.

Podle 9 respondentek se audit v ONMB provádí každý měsíc a podle 19 respondentek 1 x do roka.

Tato hypotéza se na základě šetření nepotvrdila.

Předpoklad byl 100%, že se audit provádí každý měsíc.

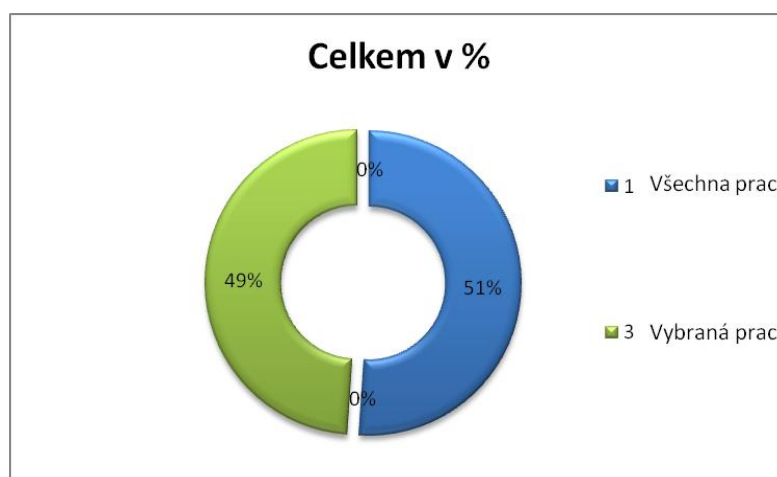
H 6. Ve zkoumaných nemocnicích je audit prováděn vždy na odděleních

všech 80%, na vybraných 20%

Tabulka č. 19 Výběr pracovišť pro audit

Pracoviště	Všechna pracoviště	Vybraná pracoviště
ONMB	0	23
FNHK	24	0
Celkem č. n	24	23
Celkem v %	51	49

Graf č. 20 Výběr pracovišť pro audit



Respondentky z ONMB uvádí, že audit se provádí na vybraných (losovaných) odděleních.

Toto tvrzení udává 23 respondentek, plný počet z vrácených dotazníků, stejně tak tento plný počet 24 respondentů z FNHK udává, že v jejich nemocnici se audit provádí na všech odděleních.

Ve FNHK je to tedy 100%.

Graf znázorňuje obě nemocnice dohromady.

51% znamená, provádění auditu na všech odděleních

49% pak podle údajů z ONMB, se audit provádí pouze na vybraných odděleních.

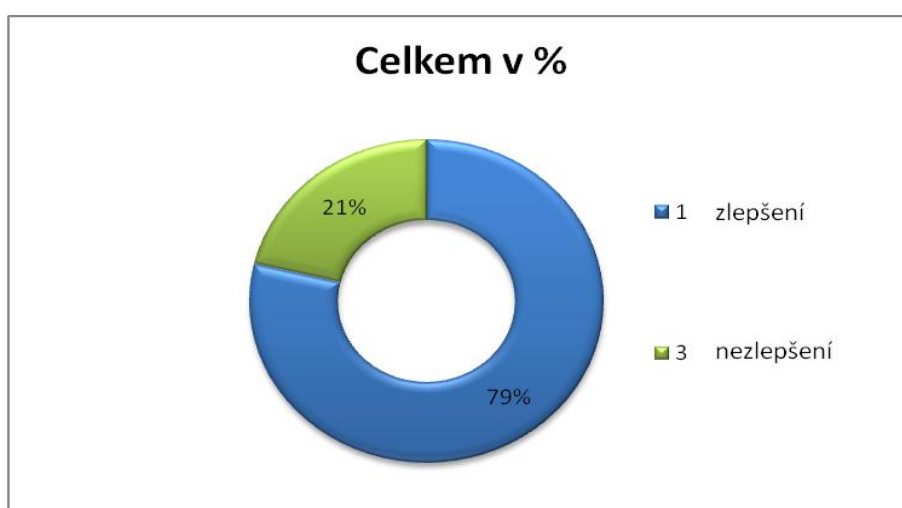
H 7. Zavedení standardů a náprava zjištěných chyb při auditu přineslo zvýšení kvality péče

100%

Tabulka č. 20 Vliv SOP na KZK

Pracoviště	Zlepšení	Nezlepšení
ONMB	17	6
FNHK	20	4
Celkem č. n	37	10
Celkem v %	79	21

Graf č.21 Vliv SOP na KZK



Hypotéza se nepotvrdila. Předpoklad byl, zvýšení kvality péče vidí 100% respondentek .

Toto zlepšení vidí 79% respondentek a 21% toto zlepšení nepocítuje.

V ONMB vidí zlepšení 17 respondentek a 6 jej nevidí.

Ve FNHK zlepšení péče vnímá 20 respondentek a 4 respondentky zlepšení péče nevnímají.

7.2.2 Analýza hypotéz všeobecné sestry a zdravotní asistenti

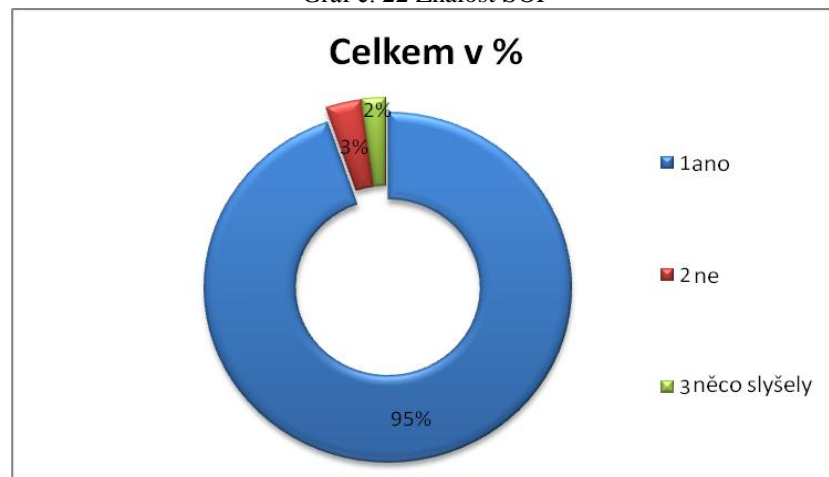
H 1. Všeobecné sestry a zdravotní asistenti ví co jsou SOP

100%

Tabulka č. 21 Znalost SOP

Pracoviště	Ano	Ne	Něco už jsem slyšela
ONMB	44	2	2
FNHK	45	1	0
Celkem č. n	89	3	2
Celkem v %	95	3	2

Graf č. 22 Znalost SOP



Hypotéza se nepotvrdila.

Předpoklad byl 100%, že respondenti ví, co jsou SOP.

95% respondentů ví co jsou SOP. 3% respondentů uvádí, že neví co jsou SOP

a 2% respondentů již o SOP „něco slyšela“.

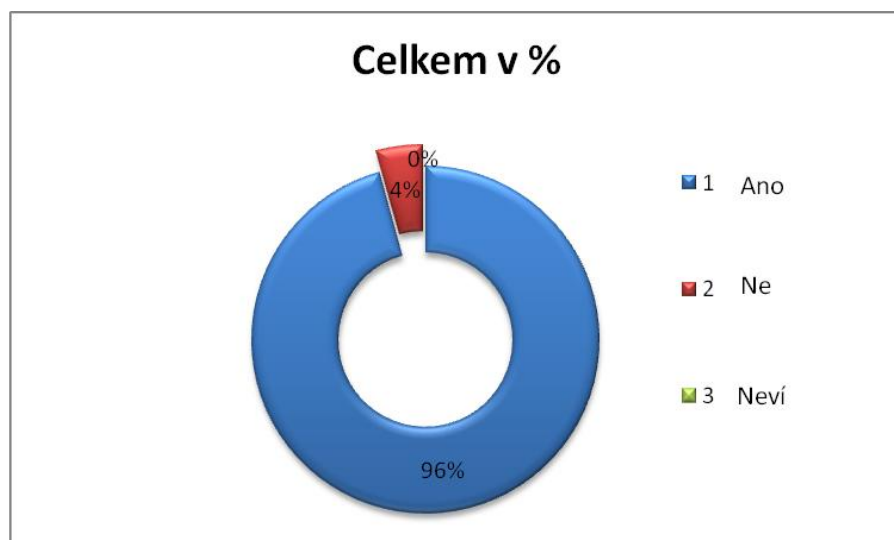
H 2. Ve zkoumaných nemocnicích jsou zavedeny SOP

100%

Tabulka č. 22 Zavedení SOP

Pracoviště	Nemocnice			Oddělení		
	Ano	Ne	Nevím	Ano	Ne	Nevím
ONMB	44	0	4	44	0	4
FNHK	46	0	0	46	0	0
Celkem č. n	90	4	0	90	0	4
Celkem v %	96	4	0	96	0	4

Graf č. 23 Zavedení SOP



Celkem 90 respondentů (abs. č.), z obou nemocnic odpovědělo kladně. Záporně či, že neví, zda jsou SOP v nemocnici anebo na oddělení vytvořeny odpověděli 4 respondenti (abs. č.).

96% odpovědělo, že ve zkoumaných nemocnicích mají SOP zavedeny a 4% odpověděly, že nemají

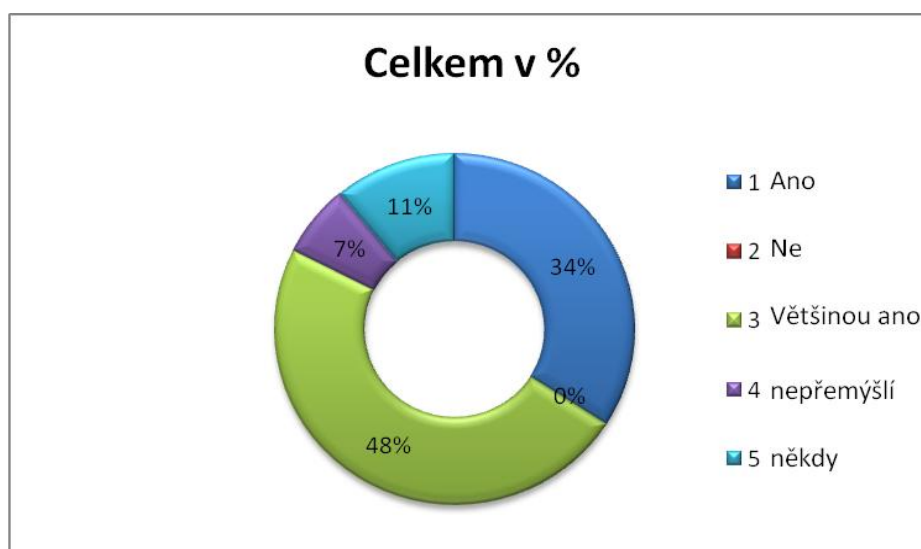
H 3. Na všech odděleních se pracuje se SOP

ano 80%, ne 20%

Tabulka č. 23 Práce podle SOP na všech odděleních

Pracoviště	Ano	Ne	většinou ano	nepřemýšlím o tom	někdy
ONMB	10	0	26	5	6
FNHK	21	0	18	1	4
Celkem č.n	31	0	44	6	10
Celkem v %	34	0	48	7	11

Graf č. 24 Práce podle SOP na všech odděleních



Většina respondentů udává, že podle SOP většinou pracuje. V ONMB je to 26 a ve FNHK 18 respondentů. Ano, udává práci podle SOP, 10 respondentů z ONMB a 21 z FNHK. Z ONMB 5 respondentek o tom, zda pracují podle SOP nepřemýšlí a z FNHK to jsou 4 respondenti. Někdy podle SOP pracuje v ONMB 6 respondentů a 4 ve FNHK. Předpoklad hypotézy byl, v 80% se na odděleních podle SOP pracuje a ve 20% nepracuje. Šetření ukázalo, že není oddělení v obou nemocnicích, kde by se podle SOP nepracovalo 0%. Celkově v obou nemocnicích podle SOP pracuje 34% respondentů, 48% pracuje většinou ano, 11% někdy, 7% o tom nepřemýšlí.

Hypotéza se podle předpokladů nenaplnila, ale data ano a většinou ano ukazují, že v obou nemocnicích se převážně podle SOP pracuje a postupy se dodržují. Dá se říci, výsledek šetření je více než uspokojivý.

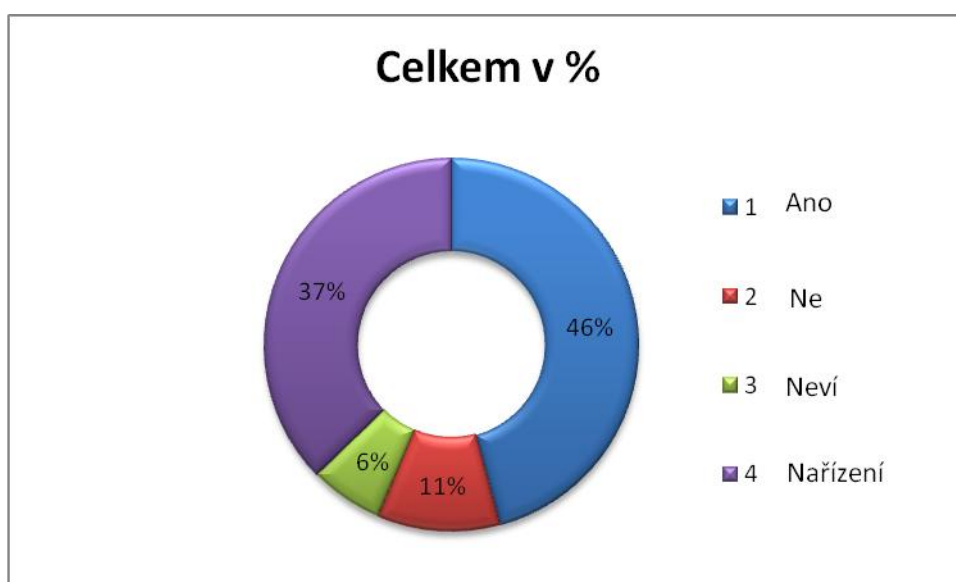
H 4. Všeobecné sestry a zdravotní asistenti nevidí přínos SOP pro svou práci.

ano 70%, ne 30%

Tabulka č. 24 Přínos SOP

Pracoviště	Přínos			
	Ano	Ne	Neví	Jen nařízení
ONMB	22	3	3	20
FNHK	21	7	3	15
Celkem	43	10	6	35
Celkem v %	46	11	6	37

Graf č. 25 Přínos SOP



Jako přínosné pro svou práci vidí zavedení SOP v ONMB 22 respondentů, 3 přínos nevidí, zda jsou SOP přínosem či nikoli 3 respondenti neví a 20 si myslí, že je to pouhé nařízení, které by se mělo dodržovat.

Podobná data přineslo i šetření ve FNHK, přínos vidí 21 respondentů, 8 respondentů přínos nevidí, 3 neví a 15 si opět myslí, že je to nařízení.

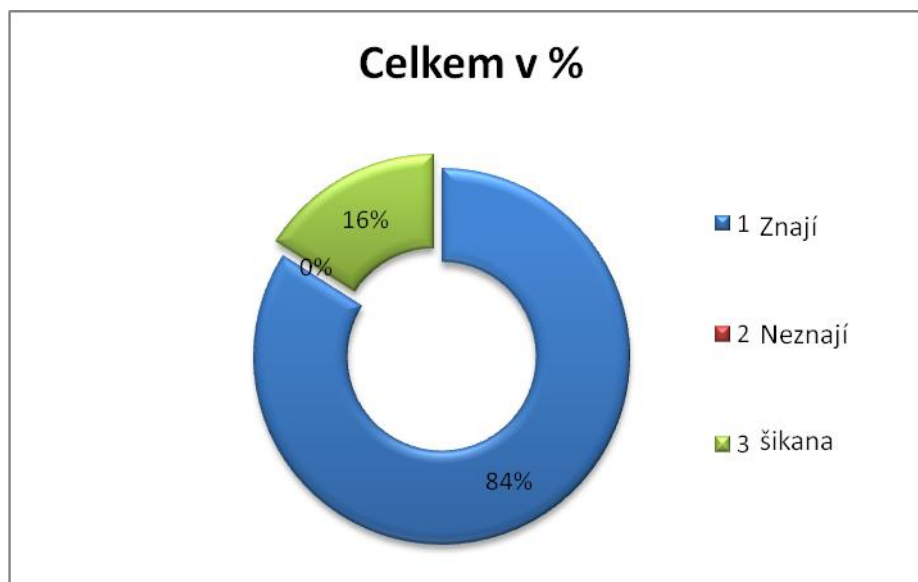
Výsledky šetření obou nemocnic přineslo, tato data 46% si myslí, že ano, 37% udává, že je to pouhé nařízení, 11% přínos nevidí a zbylých 6% neví.

Hypotéza se nenaplnila, předpoklad byl, že 70% respondentů přínos SOP vidí a 30% nevidí.

Tabulka č.25 Znalost důvodu auditu

Pracoviště	Znají	Neznají	Šikana
ONMB	40	0	8
FNHK	39	0	7
Celkem č. n	79	0	15
Celkem v %	84	0	16

Graf č. 26 Znalost důvodu auditu



Hypotéza se nepotvrdila předpoklad byl 50% dotázaných ví k čemu slouží audit a 50% neví co audit je.

Šetření ukázalo, že v ONMB 40 respondentů ví co je audit a k čemu slouží a 8 udává, že slouží k šikaně a hledání chyb, za které hrozí trest. Ve FNHK ví co je a k čemu slouží audit 39 respondentů, jako šikanu ho uvádí 7 respondentů.

Hypotéza se nepotvrdila, předpoklad znalosti či neznalosti auditu byl 50% na 50%.

Respondenti, však přesvědčili, o tom že pojem audit a k čemu slouží, znají.

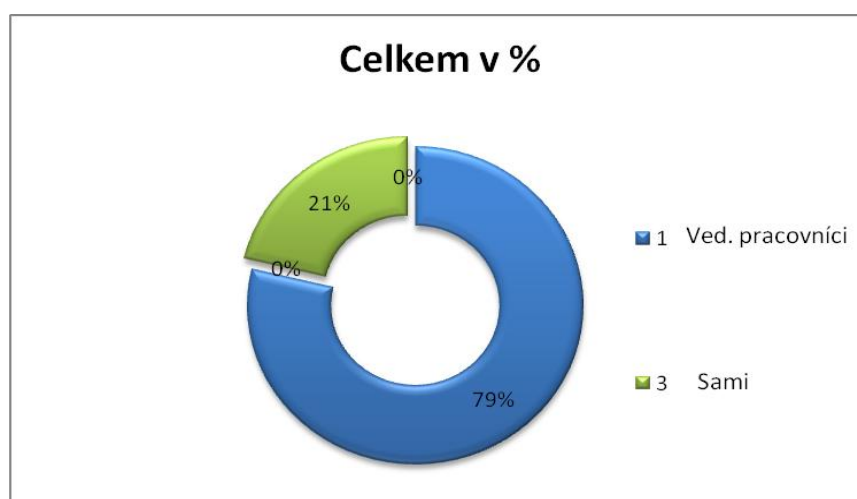
80% dotazovaných znalosti o auditu a jeho funkci mají. 16% udává audit jako šikanu a bylo 0% těch, kteří by audit a jeho funkci neznali.

H 6. Všeobecné sestry a zdravotní asistenti jsou se SOP seznámeni svým vedoucím pracovníkem nebo se s ním seznamují sami z vlastního zájmu **ano 80%, ne 20%**

Tabulka č. 26 Způsob seznámení se SOP

Pracoviště	Vedoucí pracovníci	Sami
ONMB	30	18
FNHK	44	2
Celkem č. n	74	20
Celkem v %	79	21

Graf č. 27 Způsob seznámení se SOP



Šetření ukázalo, že v obou nemocnicích seznámení se SOP probíhá ve většině případů vedoucím pracovníkem ať staniční nebo i vrchní sestrou. V ONMB 30 respondentů udává, že jsou se SOP seznámeni právě staniční nebo vrchní sestrou nebo jsou alespoň některou z nich upozorněni na nový či revidovaný SOP a dostává se jim informace, kde jej naleznou, aby se s ním seznámili. 18 respondentů této nemocnice udává, že žádné informace od svých nadřízených nedostávají a sami se aktivně musí zajímat co je v oblasti ošetřovatelství nového. Situace ohledně tohoto problému je ve FNHK znatelně lepší 44 dotazovaných respondentů udává, že je jim poskytován vedoucími pracovníky v tomto případě naprostý servis.

Pouze 2 respondenti udávají, že se o tuto problematiku musí zajímat sami.

Šetření v obou nemocnicích ukázalo, že 79% respondentů dostává informace od svých nadřízených a 21% se musí zajímat samo.

K naplnění předpokladu hypotézy 80% ano a 20% ne, chybí pouhé 1%.

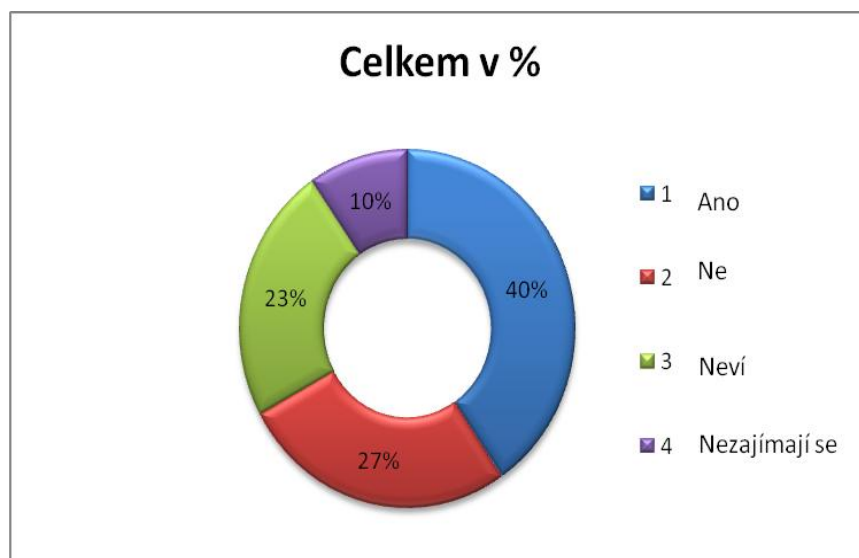
H 7. Všeobecné sestry se podílejí na tvorbě standardů

50%: 50%

Tabulka č. 27 Možnost sester podílet se na tvorbě SOP

Pracoviště	Ano	Ne	Neví	Nezajímají se
ONMB	12	17	16	3
FNHK	26	8	6	6
Celkem č.n	38	25	22	9
Celkem v %	40	27	23	10

Graf č. 28 Možnost sester podílet se na tvorbě SOP



K tomuto tématu jsem dala do otázky respondentům na výběr několik možností odpovědí.

Předpokládala jsem, že možnost podílet se na tvorbě standardů má 50% na 50% sester.

Výsledky šetření však ukázaly jinou skutečnost.

V ONMB má možnost podílet se na tvorbě SOP 12 respondentů, 17 udává, že tuto možnost nemá. O tom, že by tuto možnost měli, 16 respondentů neví a 3 se o to vůbec nezajímají.

Ve FNHK šetření ukázalo, že 26 respondentů se na tvorbě SOP podílí a 6 ne. O možnosti podílet se na tvorbě SOP 6 respondentů neví a 6 se jich o tuto problematiku vůbec nezajímá.

Výsledkem šetření v obou nemocnicích je, že 40% respondentů se na tvorbě SOP podílí, 27% ne, 23% o této možnosti neví a 10% se o to nezajímá

Hypotéza se nepotvrdila.

7.3 Ověření hypotéz

V bakalářské práci se zabývám problematikou významu standardů ošetřovatelských postupů, ve dvou českých nemocnicích, u dvou zdánlivě odlišných skupin respondentů. Jedna ze skupin, kterou jsem oslovila a jejíž názor a pohled na tuto problematiku mne zajímal, byla skupina manažerek. Druhá neméně zajímavá a mnohem početnější byla skupina všeobecných sester a zdravotnických asistentů. Odlišnost těchto skupin je patrná. První skupina jsou ty, u nichž je nevyšší předpoklad, že se na tvorbě SOP podílejí, které SOP do práce sester zavádí, mají povinnost dbát na dodržování těchto psaných a daných pravidel, provádět kontrolu - audit jejich dodržování a dbát o nápravu zjištěných pochybností.

Druhá skupina respondentů je skupinou, jež přímo podle SOP pracuje a její povinností je tyto psaná a daná pravidla dodržovat. Neznamená to však, že se tyto nemohou podílet na tvorbě SOP, naopak, vždy je přínosem, když členkou týmu je zkušená sestra z praxe, stejně tak není pravdou, že nemohou být sestry z této skupiny auditorkami.

Respondentů, které jsem v obou nemocnicích oslovila, bylo celkem 150. Manažerky tvořily menší skupinu. V obou nemocnicích jsem distribuovala po 25 dotaznících pro manažerky tj. celkem 50 a po 50 dotaznících všeobecným sestrám a zdravotnickým asistentům tj. celkem 100 dotazníků.

Pro každý vzorek obou skupin jsem si vytvořila zvláštní dotazník a stanovila odlišné hypotézy.

Cíle mého šetření byly jednotné, vycházející ze stanovených hypotéz.

Cíl 1 Zjistit jak dlouho jsou standardní postupy ošetřovatelské péče ve zkoumaných nemocnicích zavedeny.

Šetřením z dat udávaných respondenty v obou dotaznících se mi podařilo, zjistit, že v obou nemocnicích jsou SOP zavedeny a to více jak 5 let, některé respondentky udávají i konkrétní data např. v ONMB 10 let a ve FNHK více jak 10 let .

Cíl 2 Zjistit, jaké typy SOP jsou ve zkoumaných nemocnicích vytvořeny (všeobecných nebo i specializovaných postupů).

V obou nemocnicích je vytvořeno 47% všeobecných SOP, 43 % obojích a 10% specializovaných SOP. Šetření ukázalo, že v obou nemocnicích jsou vytvořeny obojí SOP, ale ve větší míře jsou vytvořeny všeobecné SOP.

Cíl 3 Zjistit, zda obě skupiny (manažerky i sestry) znají uložení SOP.

V obou nemocnicích se prokázalo, že obě zkoumané skupiny ve větším procentu ví, kde mají na odděleních SOP uloženy. Většina z nich uvedla portál nemocnice jako veřejné místo uložení SOP.

U manažerek je to 83% a ve skupině sester 99%.

Cíl 4 Zjistit shodnost či rozdílnost témat auditu standardních oddělení spolu s odděleními JIP a ARO.

Tento cíl jsem si dala zejména proto, že osobně si myslím, že práce a SOP oddělení JIP a ARO nebo GPO, je natolik specifická, že sestry ze standardních oddělení s některými postupy za celou dobu své praxe nepřijdou do styku. Důležité je, aby v případě potřeby mohly do SOP nahlédnout a řídit se jím, věděly, kde ho mají hledat.

Zde se odpovědi respondentů lišily. Respondentky z ONMB uvádí, že téma auditu jsou pro všechna oddělení stejná, neliší se standardní oddělení od ARO a JIP, zatímco ve FNHK respondentky uvádí, že témata se liší.

Šetření prokázalo, že díky údajům z FNHK 51% témat auditů je odlišných a 41% je pro všechna oddělení shodných.

Cíl 5 Zjistit názor sester, zda mají vytvořeny podmínky pro práci podle SOP.

Důvodem tohoto cíle byla, má domněnka, že ne vždy jsou splněny podmínky pro dodržování SOP. Bohužel v případě ONMB se má domněnka potvrdila. Respondenti z ONMB v převaze udávají, že podmínky pro práci podle SOP, vytvořeny nemají.

Respondenti z FNHK podmínky vytvořeny mají. Díky těmto datům šetření prokázalo, že v 64% jsou podmínky pro práci se SOP vytvořeny. 36 % respondentů udává, že podmínky vytvořeny nemají.

Pro skupinu manažerek, jsem měla stanovených těchto 7 hypotéz.

U hypotézy 1 jsem měla předpoklad 100%, že manažerky vidí přínos v zavedení SOP. Šetření prokázalo, že tento předpoklad nebyl správný. Jako přínos je vnímá 30% respondentek, v KZK zaznamenávají viditelné zlepšení. 32% respondentek nejen že zaznamenalo viditelné zlepšení péče, ale zjišťují i snížení pochybení ze strany ošetrovatelského personálu. 21% respondentek zaznamenalo pouze snížení pochybení a 17% respondentek uvádí, nejen že nepozorují snížení pochybení, ale nevidí ani zlepšení péče. Ze šetření však pozitiva zavedením SOP a auditů vyplynula.

Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 2 se týkala vyhodnocování auditu. Zde jsem předpokládala, že 50% manažerek audit vyhodnocuje, činí podle něho opatření a kontroluje nápravu zjištěných pochybností a 50% manažerek audit nevyhodnocuje.

Šetření prokázalo, že tuto kontrolu provádí 62% respondentek, 38% respondentek kontrolu neprovádí. Oproti tomu pouze 40% respondentek si vede statistiku provedených auditů. Statistiku si nevede 60% respondentek. Tato data jsou pozitivní a hovoří ve prospěch manažerek, svědčí o jejich zodpovědnosti vyplývající z jejich pozice.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 3 se týká tvorby SOP. Mým předpokladem bylo, že 50% manažerek se na tvorbě SOP podílí a 50% ne.

I v tomto případě se šetření ukázalo jako pozitivní. Hodnocení z obou nemocnic prokazuje 70% podíl manažerek na tvorbě SOP a pouze 30% se na tvorbě nepodílí.

Hypotéza se nepotvrdila.

V hypotéza 4 týkající se manažerek jako auditorek, předpokládám, že zkušené, vzdělané manažerky jsou členky týmu auditorek a to 50% ano a 50% ne.

Ze šetření vyplynulo, že ne všem manažerkám byla tato spolupráce nabídnuta.

Pouze 34% manažerkám byla spolupráce nabídnuta a všechny v týmu auditorek pracují.

Spolupráce nebyla nabídnuta 66% respondentek.

Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 5 má potvrdit, že auditu je prováděn ve zkoumaných nemocnicích pravidelně každý měsíc, předpoklad je 100%.

Dotazované respondentky tento předpoklad nepotvrzují.

Ve zkoumaných nemocnicích se v 57% provádí audit každý měsíc. Ve 43% je prováděn pouze 2x do roka. Audit v ONMB se podle 9 respondentek provádí každý měsíc a podle 19 respondentek 3x do roka.

18 respondentek z FNHK uvádí, že audit je prováděn každý měsíc a 6 respondentek udává cyklus auditu 2 x za rok.

Tato hypotéza se na základě šetření nepotvrdila.

I hypotéza 6 se týká auditu, tentokrát jsem chtěla ověřit na kterých odděleních se audit provádí, předpoklad je, 80% auditů je prováděno na všech odděleních zkoumaných nemocnic a 20% na vybraných (losovaných) odděleních.

Plný počet dotazovaných respondentek tj. 23 z ONMB uvádí, že audit se provádí na vybraných (losovaných) odděleních. Ve FNHK tento plný počet 24 respondentů udává, že v jejich nemocnici se audit provádí na všech odděleních.

Pokud by se nemocnice hodnotily samostatně, každá sama za sebe, tato data hovoří ve prospěch FNHK.

V celkovém hodnocení šetření ukázalo, že 51% znamená, provádění auditu na všech odděleních a 49% pak podle údajů z ONMB, se audit provádí pouze na vybraných odděleních.

Ani v tomto případě se hypotéza nepotvrdila.

Hypotéza 7 souvisí s hypotézou 1 a je celkovým shrnutím názorů manažerek. Zajímalo mne, zda si manažerky myslí, že zavedení SOP a náprava zjištěných chyb při auditu přineslo zvýšení kvality péče, předpoklad je 100%.

Údaje respondentek se opět v rámci nemocnic se liší. V ONMB vidí zlepšení 17 respondentek a 6 jej nevidí. Ve FNHK zlepšení péče vnímá 20 respondentek a 4 respondentky nevnímají žádné zlepšení péče.

Šetření obou nemocnic přineslo tato zjištění, 79% respondentek vidí zlepšení a zvyšování kvality péče, 21% toto zlepšení nijak zvlášť nevidí.

I přes tato zjištění se **hypotéza nepotvrdila.**

Dalších 7 hypotéz jsem měla stanovených pro skupinu všeobecných sester a zdravotnických asistentů.

Otázky pro **hypotézu 1** jsem sestavovala tak, aby si respondenti mohli vybrat z více možností. Předpokládám, že 100% respondentů této skupiny ví, co jsou SOP.

Odpovědi respondentů ovšem nebyly tak jednoznačné, jak jsem předpokládala.

2% respondentů udává, že již o SOP „něco slyšela“, 3% respondentů uvádí, že neví, co SOP jsou a větší část 95% respondentů ví, co jsou SOP.

I přesto se **hypotéza nepotvrdila.**

Hypotéza 2 má potvrdit, že v obou zkoumaných nemocnicích jsou SOP zavedeny, předpoklad je 100%.

Celkem 90 respondentů z obou nemocnic odpovědělo kladně. Záporně či, že neví, zda jsou SOP v nemocnici anebo na oddělení vytvořeny odpověděli 4 respondenti. 96% respondentů odpovědělo kladně, pro potvrzení hypotézy chyběly 4% záporně odpovídajících respondentů.

Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 3 se opět úzce dotýká SOP a to přímo práce podle nich, předpoklad byl, že 80% respondentů podle SOP pracuje a 20% ne.

I zde jsem nabídla respondentům možnost více odpovědí. Šetření pak ukázalo tyto skutečnosti, v obou nemocnicích podle SOP pracuje 34% respondentů, 48% pracuje většinou ano, 11% někdy, 7% o tom nepřemýšlí.

V obou nemocnicích není oddělení, kde by se podle SOP nepracovalo. Data **ano** a **většinou ano** ukazují, že v obou nemocnicích se převážně podle SOP pracuje a postupy se dodržují.

Přesto se **hypotéza nenaplnila**.

Hypotéza 4, v níž mne zajímá, zda respondenti vnímají SOP pro svou práci jako přínos, či jako obtěžující nesmyslná nařízení, předpoklad 70% byl, že jej vnímají jako přínos a jako obtěžující jej vnímá 30% respondentů.

Výsledky šetření obou nemocnic přineslo, tato data 46% si myslí, že SOP jsou přínosem, 37 % respondentů udává, že je to pouhé nařízení, 11% přínos nevidí a zbylých 6% neví.

Z těchto dat se dá vyčíst, že **hypotéza se nepotvrdila**

Hypotéza 5 měla potvrdit předpoklad, že respondenti znají co je audit a k čemu slouží. Předpoklad byl stanoven 50%, těch co o auditu mají znalosti a 50%, těch, kteří o něm nic neví.

Respondenti prokázali, že většina 80% z nich znalosti o auditu a jeho funkci mají.

Audit jako šikanu udává 16% a 0% bylo těch, kteří audit a jeho funkci neznali.

Šetření vyznělo pozitivně ve prospěch respondentů.

Ovšem **hypotéza se nepotvrdila**.

V **hypotéze 6** mne zajímalo, jakým způsobem jsou respondenti se SOP seznámeni.

Předpoklad, že jsou se SOP seznámeni svými vedoucími pracovníky byl, 80%, že jsou nuceni se seznámit se SOP sami, byl 20%.

V otázce bylo několik možností odpovědi a na jejich základě šetření ukázalo, že v obou nemocnicích seznámení se SOP probíhá ve většině případů vedoucím pracovníkem ať staniční nebo vrchní sestrou. Tuto skutečnost udává 30 respondentů ONMB a 44 dotazovaných respondentů FNHK.

Šetření v obou nemocnicích ukázalo, že 79% respondentů dostává informace od svých nadřízených a 21% se musí zajímat samo.

K naplnění předpokladu hypotézy 80% ano a 20% ne, **chybí pouhé 1%**.

Hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza 7 se váže přímo k jednomu z cílů mé práce. Má ověřit předpoklad, že respondenti se podílejí na tvorbě SOP a to 50% ano a 50% ne.

V otázkách bylo na výběr více odpovědí. Šetření v obou nemocnicích ukázalo, že na tvorbě SOP se podílí 40% respondentů, 27% ne, 23% o této možnosti neví a 10% se o to nezajímá.

Podílet se na tvorbě SOP má v ONMB možnost 12 respondentů, 17 udává, že tuto možnost nemá. O tom, že by tuto možnost měli, 16 respondentů neví a 3 se o to vůbec nezajímají.

Ve FNHK se 26 respondentů se na tvorbě SOP podílí a 6 ne. O možnosti podílet se na tvorbě SOP 6 respondentů neví a 6 se jich o tuto problematiku vůbec nezajímá.

Hypotéza se nepotvrdila.

DISKUZE

Zdá se, že téma standardizace ošetrovatelské péče je v současné době téma, jímž se zabývá široká odborná veřejnost. Jsou pracoviště, která se touto problematikou zabývají již delší dobu a mají se zaváděním a tvorbou standardů ošetrovatelských postupů, nemalé zkušenosti.

Toto téma, se dotýká nás všech a je pozitivní, že se o něm diskutuje nejen v rámci jednotlivých zařízení, ale i na odborných akcích a jsou na toto téma pořádány i semináře.

Jako všeobecné sestry se i mne tato problematika úzce dotýká a zajímám se o vše, co se standardizací souvisí. Především mne zajímají názory a přístup mých kolegyně na všech pozicích a v různých zdravotnických zařízeních. Proto jsem ve svém šetření oslovila obě skupiny sester, jak „řadové“, tak i manažerky, ve dvou nemocnicích ONMB a FNHK. V obou nemocnicích jsou SOP zavedeny. FNHK je na rozdíl od ONMB akreditovaným zařízením a se standardizací zde sestry mají větší zkušenosti.

Ve svém šetření jsem se zaměřila na znalosti sester týkajících se práce podle SOP a jejich zkušenosti s nimi. Stejně jako u této skupiny, tak i u skupiny manažerek mne zajímalo, zda v zavedení SOP vidí pro svou práci, oddělení i nemocnici přínos. Dalším bodem mého zájmu bylo zjistit, zda manažerky provádí audit a co jim přináší. Tato zjištění jsem chtěla porovnat nejen v rámci svého šetření, ale i zároveň je porovnat s jinými studiemi a pracemi na podobné či shodné téma. Na stránkách Masarykovy univerzity v Brně, jsem našla bakalářskou práci s názvem „Standardy ošetrovatelské péče v českých nemocnicích“, tuto práci vypracovala a v roce 2009 obhajovala Monika Hálková.⁷⁵ Další zdroj pro mé srovnání jsem našla na internetových stránkách Theses.cz, sledující shodnost závěrečných prací. Diplomovou práci „Kontrolní proces naplňování standardizovaných ošetrovatelských postupů v nemocničním zařízení“ v roce 2010 vypracovala a obhajovala Bc. Soňa Bocková, na Univerzitě Palackého v Olomouci.⁷⁶

Hálková ve své práci srovnává názory a znalosti sester, ve třech nemocnicích, jsou to nemocnice v Kyjově, Břeclavi a v Masarykově onkologickém ústavu v Brně (dále jen MOU). Bocková pak své šetření provádí ve dvou nejmenovaných nemocnicích označených X a Y a u dvou skupin sester, manažerek (vrchních a staničních sester) a registrovaných sester.

⁷⁵Čerp.HÁLKOVÁ .M.,*Diplomová práce.Standardy ošetrovatelské péče v českých nemocnicích*, Dostupné http://is.muni.cz/th/214737/lf_b/Standardy_oseetrovatelske_pece_v_ceskych_nemocnicich

⁷⁶ Čerp.BOČKOVÁ.S.,Bc.,*Kontrolní proces naplňování standardizovaných ošetrovatelských postupů v nemocničním zařízení*,Dostupné <http://theses.cz/id/1sldr8/79721-619901976.pdf>

Jako první mne zajímalo znalost pojmu standard. Z šetření vzorku skupin obou nemocnic většina respondentů **ví co jsou SOP**. Minimum respondentů uvádí, že **neví**, co jsou SOP nebo již o SOP „**něco slyšela**“. Tuto položku neporovnávám s jinou prací, z důvodu odlišnosti vyhodnocování.

U položky zda mají v nemocnici zavedené SOP, v mém šetření i v šetření Hálkové kladně odpověděla převážná většina respondentů. Zjištěná data obou šetření jsou shodná.

V položce práce podle SOP v šetření Hálkové většina respondentů pracuje podle SOP **vždy**. Menší část **většinou** a zanedbatelné procento uvedlo **někdy**, že **nikdy** nepracují, podle SOP uvedly 3 respondentky. V mém šetření tato data také ukázala, že v obou nemocnicích převážná většina respondentů podle SOP pracuje. Menší část **většinou ano** a zanedbatelné procento uvedlo **někdy**, minimum **o tom nepřemýšlí**, nikdo z vybraného vzorku neuvedl, že by **nikdy** podle SOP nepracoval. Bocková ve své práci udává též, že převážná většina pracuje **vždy**, minimum podle SOP pracují **někdy ano**, **někdy ne** a několik jich **nikdy** podle SOP nepracuje. Oproti šetření Hálkové a Bockové mé šetření prokázalo, že z vybraného vzorku ani v jedné ze dvou nemocnic není nikdo, kdo by podle SOP **nikdy** nepracoval.

Zajímavá je položka týkající se auditu. Většina respondentů ví co je audit a k čemu slouží. V obou nemocnicích menší část respondentů udává, že slouží k šikaně a hledání chyb, za které hrozí trest.

Šetření Hálkové ukazuje negativistický postoj respondentů, kdy část jich udává, že audit slouží k zastrašování nebo postihu zaměstnanců nebo je pouze formálním procesem požadovaným nadřízenými orgány. I přes negativismus některých respondentů u Hálkové šetření vyznívá pozitivně. Obě šetření prokázaly, že respondenti ví, co je audit a k čemu slouží.

Položku týkající se přínosu SOP pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče porovnám se šetřením Bockové. V jejím šetření převážná většina udává, že SOP zvyšují kvalitu péče, poměrně stejnou skupinu tvoří ti, co udávají, že kvalitu péče nezvyšují nebo neví.

Mé šetření celkově v obou zařízeních ukázalo, že přibližně stejný vzorek respondentů přínos vidí, druhý že je to pouhé nařízení, třetí část přínos nevidí a zbylá menšina neví. V porovnání obou šetření se mé na rozdíl od šetření Bockové, jako zcela pozitivní nejeví.

V položce seznámení s novým standardem v šetření Hálkové všichni respondenti nejčastěji uváděli, že si jej nejdříve prostudují a pak podepíší, že s ním byli seznámeni. Minimum respondentů uvedlo, že jsou s ním seznámeni na provozní schůzi vrchní nebo

staniční sestrou. Mé šetření prokazuje opak, převážně k seznámení dochází, buď upozorněním, nebo na provozní vrchní nebo staniční sestrou. Další část si SOP prostuduje a podpíše, sami udává menší část.

Na tvorbě standardu podle Hálkové se většina sester nepodílí. Podle mého šetření ze vzorku v obou nemocnicích se na tvorbě SOP poměrově stejná část respondentek, podílí i nepodílí, menší část o této možnosti neví a minimum z dotázaných se o to nezajímá.

Zatím jsem se zabývala porovnáváním dat oslovených respondentů ze skupiny všeobecných sester. K porovnávání skupiny manažerek budu data čerpat z práce Bockové. Jednou z mála shodných položek byla položka identifikační, charakterizující skupinu, týkající se vzdělání manažerek.

Bocková ve svém šetření zjistila, že z dotazovaných respondentů uvedl 1 respondent středoškolské vzdělání, větší část uvádí pomaturitní specializaci, menší část udává VŠ.

V mém šetření v porovnání nemocnic v ONMB ve vybraném vzorku na pozici manažerky nepracuje žádná vysokoškolsky vzdělaná sestra a převažují sestry se specializačním studiem. Několik je absolventek Vyšší odborné školy s titulem Dis. (dále jen VOŠ). Oproti FNHK, kde ve vybraném vzorku na této pozici pracují jak sestry se specializačním studiem, sestry absolventky VOŠ, tak sestry bakalářky i sestry magistry.

V obou nemocnicích nevyšší procento manažerek je se specializačním studiem jako druhé je studium VOŠ třetí místo patří bakalářkám čtvrté magisterám a s titulem Ph.D z vybraného vzorku není žádná. Ve FNHK s tímto titulem pracuje zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a v ONMB koordinátor kvality. Vzdělání manažerek v zařízení v němž prováděla šetření Bocková je shodné se vzděláním manažerek v ONMB.

Další shodná položka byla podílení se na tvorbě SOP. Mé šetření ukázalo, že z vybraného vzorku zařazených respondentek, se většina na tvorbě SOP podílí a menší část se na tvorbě nepodílí. Bocková ve svém šetření zjistila, že z celkového počtu se též větší část respondentů na tvorbě SOP podílelo a menší část SOP připomínkovali. Obojí šetření se ukázalo jako pozitivní.

Ze všech šetření vyznívá, že problematika standardů v ošetrovatelské péči je stále diskutovaným problémem, který skýtá mnoho otázek a několik úhlů pohledů na ně, rozmanitost odpovědí, z nichž opět mohou vyvstat další diskutované otázky. Jde spíše o otázky pocitové, u nichž je odpověď ovlivnitelná pocity a dojmy dotazovaného. Některé otázky nám dávají prostor pro další šetření, získávání dat a jejich hodnocení. Ovšem jsou dané určité vědecké poznatky, o nichž nelze diskutovat ani pochybovat.

Pokud porovnáám své a šetření mých kolegyň, je vidět, že ve všech zkoumaných nemocnicích jsou SOP zavedeny, jsou sestrám dostupné, jsou s nimi ne vždy dostatečně seznámeny a většinou podle nich pracují. Sestry chápou, co jsou SOP, proč jsou zavedeny, ve většině případů ví co je audit a co je jeho účelem a i přesto, však zavedení SOP a audit, berou jako útok na svou osobu, mnohdy zase jako banalitu a spíše nechtějí chápat jeho pravou podstatu. Mnohdy je to i vina manažerek, které výstupy z auditu neprezentují, bohužel nevěnují ani dostatečnou pozornost nápravě zjištěných pochybností, natož aby své podřízené v případě kladného výstupu pochválily. Negativismus k SOP mají především sestry z pracovišť, kde nemají pro práci podle SOP vytvořen dostatečné podmínky. Tento problém, je problémem manažerek, které sami problém kontinuálního zvyšování kvality a sním, jako jednou z podmínek, související zavedení SOP a kontrolu jejich plnění, podceňují.

Metodu dotazníkové šetření pokládám, za plně dostačující vyhovující. Její předností je naprostá anonymita dotazovaných respondentů, která dává prostor pro spontánní odpovědi, bez ovlivnění tazajícího. Díky tomu, se v mém šetření objevilo několik problémů, jež stojí za řešení.

Výsledky mého šetření předám na příslušná pracoviště.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci Standardy a jejich význam v péči, se zabývám problematikou standardizace a jejího významu z pohledu všeobecných sester a manažerek.

Zavedení standardů ošetrovatelských postupů je jedním z mnoha prvků programu kontinuálního zvyšování kvality péče.

Teoretická část obsahovala připomenutí koncepce ošetrovatelství, objasnění kontinuálního zvyšování kvality péče, zaměřila jsem se na standardy ošetrovatelských postupů, jejich tvorbu a kontrolu. Jedna kapitola se týkala samotného auditu.

Mým cílem bylo přiblížit nezměrné úsilí, všech, kteří se na kontinuálním zvyšování kvality ošetrovatelské péče podílejí a své negativistické spolupracovníky se snaží nejen přesvědčit, ale především motivovat. Neboť tato práce je s lidmi a o lidech.

Chtěla jsem zjistit, jaké znalosti mají sestry o standardech ošetrovatelských postupů a o auditech. Zajímalo mne hodnocení práce podle SOP v čem, vidí přínos sestry a v čem jejich manažerky. Zda díky jim vidí zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

V empirické části jsem hodnotila pomocí dotazníků ve dvou nemocnicích, ONMB a FNHK, každou skupinu vybraných vzorků, zvláště.

Stanovila jsem si pět cílů a pro každou skupinu sedm hypotéz.

U prvního cíle jsem šetřením zjistila, že v obou nemocnicích mají SOP zavedeny více jak pět let. Druhým cílem jsem chtěla zjistit jaké typy SOP jsou v nemocnicích vytvořeny. Dotazníkové šetření prokázalo, že jsou v obou nemocnicích vytvořeny SOP všeobecné i specializovaných postupů. Třetím cílem zjišťovala, zda obě skupiny sester ví, kde naleznou SOP na svém oddělení. Zde se ukázalo, že větší procento sester ví, kde SOP naleznou.

Ve čtvrtém cíli jsem chtěla zjistit, zda téma auditu mají v obou nemocnicích stejné pro JIP a ARO, tak pro standardní oddělení. Vyhodnocením dotazníků jsem zjistila, že v ONMB mají stejné téma a ve FNHK mají téma odlišné. Pátý cíl se týkal zjištění vytvořených podmínek pro práci podle SOP. I zde opět byla rozdílnost v jednotlivých nemocnicích. V ONMB sestry udávají, že nemají jednoznačně podmínky vytvořena, zatím co sestry ve FNHK ano.

Ve vzorku skupiny manažerek šetření ukázalo, že podle stanovených předpokladů se ani jedna hypotéza nepotvrdila. Přesto u některých hypotéz celkový výstup byl pozitivní. Kladný výsledek, i když se tato nepotvrdila, šetření ukázalo u hypotézy č. 1. Větší část manažerek přínos v SOP vidí, pozorují zlepšení ošetrovatelské péče a zaznamenaly i snížení pochybení. Pozitivní je i podíl manažerek na tvorbě nebo připomínkování SOP.

Většina manažerek je členkami auditorského týmu, zde jsem předpokládala 50% auditorek. Bohužel jako negativní se ukázalo, že většina manažerek si nevede evidenci výstupů auditu a ne všechny provádí kontrolu náprav zjištěných neshod.

Ve vzorku u skupiny všeobecných sester se rovněž hypotézy nepotvrdily, ale také se zde našly pozitivní skutečnosti. Přestože u hypotézy prověřující znalosti sester, co jsou SOP, se předpoklad nenaplnil na 100%, její vyhodnocení s 95% není fiaskem. Hypotéza týkající se práce podle SOP také nebyla zcela negativní. Prokázala, že v obou nemocnicích větší část sester podle SOP pracuje. Jako pozitivní se ukázala i hypotéza, jakým způsobem jsou sestry s novými nebo revidovanými SOP, seznámení. I hypotéza týkající se znalosti o auditu přinesla pozitivní výstup, poměrně velká část sester ví co je audit a k čemu slouží.

I když v menší míře, přesto se objevily názory na audit, jako způsob šikany, hledání chyb a možných postihů. Bohužel jako negativní se ukázaly podmínky pro práci podle SOP. Stejně tak nepříznivě dopadla hypotéza týkající se spolupráce sester na tvorbě SOP. Negativně byl hodnocen i přínos SOP. Většina tázaných přínos a zlepšení své práce a ošetrovatelské péče nevidí.

Šetření odhalilo několik nedostatků v obou zkoumaných skupinách. Podle tohoto šetření, konzultací jeho výsledků s mými kolegyněmi, manažerkami a mnou prostudovaných materiálů se problémy týkaly několika oblastí.

Ve skupině manažerek bych viděla nápravu v těchto bodech:

- znalosti manažerek
- vzdělání
- délka práce na pozici.

Všechny tyto body spolu úzce souvisí. Manažerky by měly být znalé věcí, měly by být zkušené a zároveň ochotné dále se vzdělávat. V praxi by se mělo více využívat i mladších vysokoškolsky vzdělaných sester.

Ve skupině sester bych nápravu viděla v těchto bodech:

- poskytnutí více informací o KZK a standardizace
- informace o auditu
- podmínky pro práci podle SOP.

Sestrám by se mělo dostat informací pomocí seminářů, ať ústavních, tak pořádaných na oddělení. Mělo by se dát sestrám více možností podílet se na tvorbě SOP. Pak by se i lépe zaváděly a nebyly by pro ně nesmyslným nařízením.

Sestry by měly být informovány o auditu, informovány o tom co audit je, jaký má význam, v jakých cyklech se provádí a kdo jsou to auditorky.

Audit by měl probíhat podle platných pravidel – být předem oznámen, domluven vhodný termín a čas a měla by být zajištěna nezávislost auditorů a kompetenčnost auditorů.

Nedostatek je i v oblasti předávání informací výstupu auditu. Po skončení auditu by měly dostat sestry kvalitně zpracovaný výstup, na jehož základě se pak podílely na nápravě případných zjištěných nedostatků a v případě zjištěné shody, aby se jim dostalo od svých manažerek náležité odměny. Odměna je pro další práci vždy motivujícím prvkem a nemusí být vždy jen finanční. Pochvala a vyzdvižení před kolektivem nejen potěší dotyčné, ale je motivací i pro ostatní sestry. Další závažným nedostatkem jsou podmínky pro práci podle SOP. Překážkou není jen materiálové vybavení, ale mnohdy i personální a organizační.

Snažila jsem se zmapovat nejpálčivější body svého šetření a zamyslet se nad jejich příčinou a jak se jich vyvarovat. Doufám, že má práce bude přínosem a inspirací pro případné nápravy, zjištěných nedostatků.

Výsledky tohoto výzkumného šetření a poznatky, předám náměstkyním ošetřovatelské péče zdravotnickým zařízení, v nichž jsem své šetření prováděla.

ANOTACE

Příjmení a jméno autora: Ladislava Šrajzerová
Instituce: Univerzita Karlova v Praze ,
Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství,
Oddělení ošetrovatelství
Název práce: Standardy a jejich význam v péči
Vedoucí práce: Mgr. Ivana Vašátková, Ph.D.
Jaroslava Pečenková
Počet stran: 118
Rok obhajoby: 2011
Klíčová slova: standard ošetrovatelské péče, kvalita, akreditace, audit, manažer, všeobecná sestra, zdravotnický asistent

Anotace: Ve své bakalářské práci se zabývám významem standardů ošetrovatelských postupů, jejich vlivem na zkvalitnění práce ošetrovatelského personálu a zvyšování kvality péče v českých nemocnicích. Teoretická část práce popisuje principy kvality, standardizace a akreditace. Předkládám popis tvorby standardu. V empirické části zjišťuji a hodnotím znalosti i názory manažerek a sester na práci podle standardů ošetrovatelských postupů ve dvou zdravotnických zařízeních, uplatňující program kontinuálního zvyšování kvality, z nichž jedno zařízení je akreditováno. Práce zohledňuje lidský faktor.

ABSTRACT

Surname and name of the author: Ladislav Šrajerová
Institution: Charles University in Prague,
Faculty of Medicine in Hradec Kralové,
Department of Social Medicine, Department of Nursing
Title: Standards and their importance in the care
Supervisor: Mgr. Ivan Vašátkova, Ph.D.
Jaroslav Pečenková
Number of pages: 118
Year of defense: 2011

Keywords: standard of nursing care, quality, accreditation, audit, manager, general nurse, medical assistant

Abstract: My bachelor's dissertation deals with the importance of standards in nursing practice, their influence on the quality of work of nursing staff and improving the quality of care in Czech hospitals. The theoretical part describes principles of quality, standardization and accreditation, and provides a description of the standards. The empirical section covers the knowledge and opinions of managers and nurses on their work according to the standards of nursing practice in two health care facilities, which take part in the continuous quality improvement program, one of which is an accredited facility. The work takes into account the human factor.

LITERATURA A PRAMENY

BÁRTLOVÁ, S., HAVELKOVÁ, H., JIČÍNSKÁ, K., Role sestry specialistky, s. 64.

GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, a STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 183 s. ISBN 57 – 865 – 98.

GLADKIJ, Ivan, aj. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80 – 7226 – 996 – 8.

HERMAN, Jiří, HERMANOVÁ, Marie, aj. *Základy managementu sociálních služeb*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 159 s. ISBN 978 – 80 – 7013 – 477 – 1.

HOLMANOVÁ, Elena, a ŽIAKOVÁ, Katarína. *Význam ošetrovateľskej starostlivosti, Sestra – slovenská verze*, Bratislava: Samona Magazines Slovakia, s.r.o., 2003, roč. 2, č. 2. ISSN 1335 – 9444.

Překlad: Marx.D., Staněk.I., Joint Commission International, Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice, Grada, překlad 3. vydání, s. 132., ISBN 978 – 80 – 247 – 2436 – 2

KOLEKTIV AUTORŮ, trans. MARX, David, STANĚK, Ivan. JCI. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 287 s. ISBN 80 – 247 – 0629 – 6.

KONTROVÁ, Ľubica, ZÁČEKOVÁ, Mária, a HULKOVÁ, Viera. *Štandardy v ošetrovateľstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80 – 8063 – 198 – 0.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Kvalita ošetrovateľskej péče III. Část, Ošetrovateľství*, Hradec Králové: Acta Media, 2002, roč. 4, č. 3 – 4. ISSN 1212 – 723X.117

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovateľství II. Díl- Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Univ. Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80 – 246 – 0428 – 0.

MÜLEROVÁ, Nina. *Sestra v roli auditorky*, Praha: Galén, 2006, roč. 2, č. 7 – 8. ISSN 1801 – 464X.

PAYNE, John, a PAYNE, Shirley. *Repetitorium manažerských dovedností, Jak zdokonalit sám sebe*. 1. vyd. Praha: MANAGEMENT PRES, 1998. 261 s. ISBN 80 – 85943 – 76 – X

POKOJOVÁ, R., Stručný pohled do systému kvality, *Sestra*, ČR, 07–08/2010, 98 s.
ISSN 1210-0404

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 47 s.
ISBN 57 – 863 – 98.

STAŇKOVÁ, M., *Základy teorie ošetrovatelství-učební texty pro bakalářské a magisterské studium*, Praha, UK Karolinum, 1997 s. 129 ISBN 80-7184-243-5

STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996.
193 s. ISBN 80 – 7184 – 243 – 5.

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

ULRYCHOVÁ, Hana. *Kvalita ošetrovatelské péče*, Hradec Králové: Acta Media,
1999, roč. 1, č. 1. ISSN 1212 – 723X.

VAŠÁTKOVÁ, Ivana. *Kvalita ošetrovatelské péče, Ošetrovatelství*, Hradec Králové:
Acta Media, 2005, roč. 5, č.1 –2. ISSN 1212 – 723X.

VAŠÁTKOVÁ, Ivana. *Kvalita ošetrovatelské péče, Ošetrovatelství*, Hradec Králové:
Acta Media, 2003, roč. 5, č.1 –2. ISSN 1212 – 723X.

Elektronické zdroje

Akreditace zdravotnických zařízení. [online]. Dostupné z www: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/8-Akreditace-zdra>. [cit. 2008-4-9].

Akreditační standardy pro nemocnice. [online]. Dostupné z www: http://www.sakr.cz/files/SAK_Standardy_pro_nemocnice_verze_01-09-2009.pdf. [cit. 2009-12-3].118

BOCKOVÁ,S.,Bc., Kontrolní proces naplňování standardizovaných ošetrovatelských postupů v nemocničním zařízení, Dostupné <http://theses.cz/id/1sldr8/79721-619901976.pdf>

ČSN. [online]. Dostupné z www: <http://www.nahledy.normy.biz/n.php?i=75682>. [cit.2009-27-3].

EFQM model a Národní cena ČR za jakost. [online]. Dostupné z www: <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/kvalita-jakost/efqm-model-a-n>. [cit. 2008-28-9].

FRANKOVÁ, G. Interní audit v procesu poskytování zdravotní péče. [online]. Dostupné z www: http://www.cskz.cz/seznamy/04_frankova_Audit_Praha.ptt. [cit.2009-28-4].

GOTTWALD, P.,Bc. ,diplomová práce: „Zavedení kontinuální zvyšování kvality a bezpečí péče do zdravotnického zařízení v ČR“, dostupné http://dspace.knihovna.utb.cz/bitstream/handle/10563/2530/gottwald_2007_dp.pdf?sequence=1

HÁLKOVÁ. M., Dostupné http://is.muni.cz/th/214737/lfb/Standardy_osetrovatelske_pece_v_ceskych_nemocnicich

Julínek vyzval nemocnice, aby žádaly o akreditaci. [online]. Dostupné z www: http://www.hn.ihned.cz/c3-19461660-5000000_d-julinec-vyzval-nemocnice-abyzadaly-o-akreditace. [cit. 2008-28-9].

Koncepce ošetrovatelské péče. In Věstník MZ ČR 2004, částka9, s. 2-8 [online]. Dostupné z www: <http://mzcr.cz/odbornik/Pages/373-vestnik-92004html.menu.=696>. [cit.2009-17-12]. <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalita>

MÁDLOVÁ, I. Sestavování standardů metodou DySSSy. [online]. Dostupné z www: <http://www.fnplzen.cz/data/prac/usek/pece/metodika%20dysssy.htm>. [cit. 2009-28-3].119

Národní akreditační Standardy pro nemocnice – manuál a metodika plnění,[online], Dostupné z http://www.sakcr.cz/get_file.php?file=./admin/upload/download/sak-standardy...

POLÁŠEK, D., Kvalitní interní audit – jedna z konkurenčních výhod firmy. [online]. Dostupné z www: <http://www.konjuktura.cz/tisk.php.3?id=2674&rub=5682s=>. [cit. 2008-6-12].

Standardy ošetrovatelské péče. [online]. Dostupné z www: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-osetrovatelske-pece>. [cit. 2008-4-9].

Technická komise. [online]. Dostupné z www: <http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=2043>. [cit. 2008-16-11].

Typy otázek. [online], Dostupné z www: <http://www.kge.zcu/personal/PERSON/svoboda/vyuka/typy-otazek.htm>. [cit. 2009-15-4].

ZELENÝ, M., Kvalita není jakost. [online]. Dostupné z www: <http://www.risk.management/index.php?clanek=32&cat2=3&lang=>. [cit. 2009-14-2].

Zdraví 21. [online]. Dostupné z www: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>. [cit. 2008-14-2].

12

SEZNAM ZKRATEK

abs. č. absolutní četnost

ACC Access to Care and Continuity of Care - dostupnost a kontinuita péče

apod. a podobně

atd. a tak dále

CEN/CT European Standardisation Committee /Technical Committee
Evropská standardizační komise/Technická komise

cit. Citováno

č. číslo

ČR Česká republika

ČSKZ Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví

ČSN EN Česká technická norma, evropská norma

DySSSy Dynamic Standard Setting System - dynamický systém sestavování
Standardů

EFQM European Foundation for Quality Management - Evropská nadace pro
management kvality

FN Fakultní nemocnice

FNHK Fakultní nemocnice Hradec Králové

FMS Facility Management and Safety - zajištění bezpečnosti nemocničního
Prostředí

H hypotéza

ICN International Council of Nurses - Mezinárodní rada sester

IGA Interní grantová agentura

ISO International Organisation for Standardisation - Mezinárodní organizace
pro standardizaci

ISQua International Society for Quality in Health Care - Mezinárodní odborná
společnost pro kvalitu ve zdravotnictví

JCAHO Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations -
Spojená komise pro akreditaci zdravotnických zařízení

JCI Joint Commission International - Spojená mezinárodní komise

KZK kontinuální zvyšování kvality

MOI Management of Information - řízení informací

MZ Ministerstvo zdravotnictví

např. například

NLZP nelékařský zdravotnický pracovník

odd. oddělení

OHSAS Occupational Health and Safety Assessment Specification - Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

ONMB Oblastní nemocnice Mladá Boleslav

P proces

Pozn. Poznámka

QRS Quality Improvement and Patient Safety- kvalita péče a bezpečí pacientů

rel. č. relativní četnost

RHB rehabilitace

roč. ročník

RUMBA relenant, understandable, measurable, behaviourable, achievable odpovídající, pochopitelný, měřitelný, akceschopný, dosažitelný

S struktura

s. strana

SAK Spojená akreditační komise

SOP standardy ošetřovatelských postupů

SQE Staff Qualifications and Education - kvalifikace a vzdělávání personálu

SR Slovenská republika

Srov. Srovnej

stol. Století

SZO Světová zdravotnická organizace

tab. Tabulka

tj. to je, to jsou

TQM/CQI Total Quality Management / Continuous Quality Improvement
Kompletní management kvality/Kontinuální zlepšování kvality

USA Unite States of America - Spojené státy americké

V výsledek

VŠ vysoká škola

VOŠ vyšší odborná škola

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 návratnost dotazníků – manažerky
- Graf č. 2 návratnost dotazníků - sestry a z.as.
- Graf č.3 Délka práce na pozici - manažerky
- Graf č. 4 Dosažené vzdělání - manažerky
- Graf č. 5 Pracovní zařazení - sestry
- Graf č. 6 Délka praxe - sestry
- Graf č. 7 Nejvyšší dosažené vzdělání - sestry
- Graf č. 8 Délka zavedení SOP
- Graf č. 9 Typy SOP
- Graf č. 10 Znalost uložení SOP - manažerky
- Graf č. 11 Znalost uložení SOP – sestry
- Graf č. 12 Rozdílná témata auditu
- Graf č. 13 Podmínky pro práci podle SOP
- Graf č. 14 Přínos SOP a auditů pro nemocnice a oddělení
- Graf č. 15 Kontrola nápravy neshod
- Graf č. 16 Vedení statistiky
- Graf č. 17 Podíl manažerek na tvorbě SOP
- Graf č. 18 Spolupráce s týmem auditorek
- Graf č. 19 Cyklus prováděných auditů
- Graf č. 20 Výběr pracovišť pro audit
- Graf č. 21 Vliv SOP na KZK
- Graf č. 22 Znalost SOP
- Graf č. 23 Zavedení SOP
- Graf č. 24 Práce podle SOP na všech odděleních
- Graf č. 25 Přínos SOP
- Graf č. 26 Znalost důvodu auditu
- Graf č. 27 Způsob seznámení se SOP
- Graf č. 28 Možnost sester podílet se na tvorbě SOP

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1 návratnost dotazníků - manažerky
- Tabulka č. 2 návratnost dotazníků - sestry a z.as.
- Tabulka č.3 Délka práce na pozici – manažerky
- Tabulka č. 4 Dosažené vzdělání - manažerky
- Tabulka č.5 Pracovní zařazení – sestry
- Tabulka č.6 Délka praxe - sestry
- Tabulka č. 7 Nejvyšší dosažené vzdělání - sestry
- Tabulka č. 8 Délka zavedení SOP
- Tabulka č. 9 Typy SOP
- Tabulka č. 10 Znalost uložení SOP
- Tabulka č. 11 Rozdílná témata auditu
- Tabulka č. 12 Podmínky pro práci podle SOP
- Tabulka č. 13 Přínos SOP a auditů pro nemocnice a oddělení
- Tabulka č. 14 Kontrola nápravy neshod
- Tabulka č. 15 Vedení statistiky
- Tabulka č. 16 Podíl manažerek na tvorbě SOP
- Tabulka č. 17 Spolupráce s týmem auditorek
- Tabulka č. 18 Cyklus prováděných auditů
- Tabulka č. 19 Výběr pracovišť pro audit
- Tabulka č. 20 Vliv SOP na KZK
- Tabulka č. 21 Znalost SOP
- Tabulka č. 22 Zavedení SOP
- Tabulka č. 23 Práce podle SOP na všech odděleních
- Tabulka č. 24 Přínos SOP
- Tabulka č.25 Znalost důvodu auditu
- Tabulka č. 26 Způsob seznámení se SOP
- Tabulka č. 27 Možnost sester podílet se na tvorbě SOP

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Žádost o povolení výzkumného šetření v ONMB

Příloha č.2 Žádost o povolení výzkumného šetření ve FNHK

Příloha č. 3 Dotazník pro manažerky

Příloha č.4 Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha č. 5 Maslowova hierarchie potřeb – pyramida

Příloha č. 6 Standard ONMB -Stravování nemocných

Příloha č. 7 Standard ONMB - Ošetřovatelská dokumentace

Příloha č. 8 Standardní postup FNHK – Stravování pacientů

Příloha č. 1 **Žádost o povolení výzkumného šetření v ONMB**

Vážená paní
Mgr. Jana Fejfarová
Náměstek pro ošetrovatelskou péči
ON Mladá Boleslav
Tr. V. Klementa 147
293 01

V Mladé Boleslavi 29.11. 2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v ON Mladá Boleslav.

Vážená hlavní sestro,
Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ON Mladá Boleslav, které by mělo být součástí mé bakalářské práce. Téma práce je Standardy a jejich význam v péči a jejím cílem je zjistit názory všeobecných sester a manažerek na význam standardů a v souvislosti s tím, také s audity.
Zhodnotit zda obě skupiny respondentů považují standardy za přínos či nikoli a v čem přínos vidí.

Získané informace mohou vést k odhalení slabých stránek při zavádění standardů do praxe nebo již zavedených standardů.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti.
Práce bude zpracována pod odborným vedením Mgr. Ivany Vašátkové, Ph.D.
Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí

S pozdravem
Ladislava Šrajzerová
3. ročník Ošetrovatelství
Obor Všeobecná sestra
LF UK Hradec Králové

Vyjádření vedení instituce:

o Souhlasím

o Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: Podpis, razítko:

3.12. 2010



Příloha č. 2 **Žádost o povolení výzkumného šetření ve FNHK**

Vážená paní
Bc. Hana Ulrychová
Náměstek pro ošetrovatelskou péči
FN Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

V Mladé Boleslavi 10.12. 2010

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v FN Hradec Králové.

Vážená hlavní sestro,

Dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve FN Hradec Králové, které by mělo být součástí mé bakalářské práce. Téma práce je Standardy a jejich význam v péči a jejím cílem je zjistit názory všeobecných sester a manažerek na význam standardů a v souvislosti s tím také s audity.

Zhodnotit zda obě skupiny respondentů považují standardy za přínos či nikoli a v čem přínos vidí.

Získané informace mohou vést k odhalení slabých stránek při práci se standardy.

Výzkumné šetření bude provedeno formou anonymního dotazníku, který přikládám k žádosti.

Práce bude zpracována pod odborným vedením Mgr. Ivany Vašátkové, Ph.D.

Výsledky šetření Vám ráda poskytnu.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Ladislava Šrajzerová
3. ročník Ošetrovatelství
Obor Všeobecná sestra
LF UK Hradec Králové

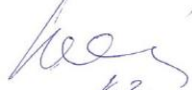
Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum:

Podpis, razítko:

FAKULTNÍ NEMOCNICE
Foditelství
500 05 HRADEC KRÁLOVÉ

1.2.

Příloha č. 3 **Dotazník manažerky**

Vážená kolegyně – kolego,

jmenuji se Ladislava Šrajerová, jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra, na Lékařské fakultě Karlovy univerzity v Hradci Králové.

Vím, že Vaše práce je zodpovědná a časově náročná, i přesto si dovoluji Vás požádat o pomoc.

Ve své bakalářské práci zpracovávám téma: Standardy a jejich význam v péči. Tato problematika nás provází každý den a já bych ráda znala jak Vám standardy pomáhají ve Vaší práci, zda jsou pro Vás přínosem a v čem jejich přínos spatřujete.

Zda si vedete statistiku auditů, co z jejich výstupů vyvozujete, jak s nimi nakládáte.

Pokud se rozhodnete vyplnit tento dotazník, mohu Vám zaručit naprostou anonymitu.

Vyplněný dotazník vložte zpět do obálky a zalepte ji.

Pokud není řečeno jinak, označte prosím pouze jednu odpověď.

Děkuji Vám za spolupráci.

Ladislava Šrajerová

1. Pohlaví **žena** **muž**

2. Na jaké pozici pracujete:

a) staniční sestra

b) vrchní sestra

c) jiná pozice – uveďte jaká

3. Jak dlouho pracujete na dosažené pozici?

do 1 roku

do 5 let

do 10 let

do 20 let

více než 20 let

4. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání:

(označte, co se Vás týká)

a) specializace

b) vyšší odborné

c) vysokoškolské - 1) Bc. 2) Mgr. 3) PhDr.

d) studuji

(U odpovědi a) uveďte typ specializace a u odpovědi e) uveďte typ školy a označte i dosažené vzdělání)

1. **Vypracoval/a jste někdy standard, podílel/a jste se na jeho přípravě?**
 - a) ano
 - b) ne
2. **Jak dlouho máte zavedeny standardy?**
 - a) Méně než 1 rok
 - b) 2 roky
 - c) 3 roky
 - d) 5 let
 - e) více než 5 letuved'te počet let
3. **Máte vytvořeny standardy....**
 - a) všeobecných postupů
 - b) specializovaných postupů (oborových např. JIP, ARO apod.)
4. **Víte, kde jsou na vašem oddělení standardy uloženy?**
 - a) ano, všechna pracoviště jednotně
 - b) ne
 - c) každé pracoviště jinde – vím kde
5. **Jak často se ve vaší nemocnici provádí audit?**
 - a) pravidelně každý měsíc
 - b) nepravidelně 2x do roka
 - c) nepravidelně 4x do roka
6. **Jste nebo byla jste členkou auditorek?**
 - a) ano
 - b) ne
7. **Byla Vám nabídnuta práce auditorky?**
 - a) ano
 - b) ne
8. **Audit je prováděn?**
 - a) na každém oddělení
 - b) oddělení je losováno
9. **Témata auditu jsou:**
 - a) pro všechna oddělení stejná
 - b) odlišena témata standardních oddělení od JIP a ARO

- 10. Probíhá zpětná kontrola nápravy, objevených chyb při auditu?**
- a) ano
 - b) ne
- 11. Vedete si statistiku auditů a činíte dle ní opatření?**
- a) ano
 - b) ne
- 12. Co přineslo zavedení standardů a auditů pro vaše oddělení, vaší nemocnici?**
- a) viditelné zlepšení ošetrovatelské péče
 - b) snížení pochybení při ošetrovatelské péči
 - c) obojí
 - d) nepozorují žádné zlepšení

Děkuji Vám za Váš drahocenný čas.

Ladislava Šrajerová

Příloha č. 4 **Dotazník všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti**

Vážená kolegyně – kolego,

jmenuji se Ladislava Šrajerová, jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra, na Lékařské fakultě Karlovi univerzity v Hradci Králové.

Vím, že Vaše práce je zodpovědná a i časově náročná, i přesto si dovoluji Vás požádat o pomoc.

Ve své bakalářské práci zpracovávám téma: Standardy a jejich význam v péči.

Tato problematika nás provází každý den a já bych ráda znala jak Vám standardy pomáhají ve Vaší práci, zda jsou pro Vás přínosem či jsou obtěžujícím elementem. V čem vidíte jejich přínos nebo naopak v čem Vám vaši práci komplikují.

Pokud se rozhodnete vyplnit tento dotazník, mohu Vám zaručit naprostou anonymitu.

Vyplněný dotazník vložte zpět do obálky a zalepte ji.

Pokud není řečeno jinak, označte prosím pouze jednu odpověď.

Děkuji Vám za spolupráci.

Ladislava Šrajerová

1. Pohlaví **žena** **muž**

2. Věk

3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Méně než 1 rok

do 5 let

do 10 let

do 20 let

více než 20 let

4. Na jaké v pozici pracujete :

a) sestra u lůžka

b) sestra na ambulanci

c) staniční sestra

d) vrchní sestra

e) jiná pozice – uveďte jaká

5. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání:

(označte, co se Vás týká)

a) středoškolské -

1) všeobecná sestra

2) zdravotnický asistent

b) specializace v oboru

c) vyšší odborné

d) vysokoškolské -

1) Bc.

2) Mgr.

3) PhDr.

e) studuji

(U odpovědi e) uveďte typ školy a označte i dosažené vzdělání).

1. Víte co jsou standardy?

- a) ano
- b) ne
- c) něco už jsem o tom slyšela

2. Uved'te co si myslíte, standardy :

(Můžete uvést i více odpovědí)

- a) zajišťují kvalitní ošetrovatelskou péči
- b) jsou dohodnutá pravidla, dohodnuté normy
- c) jsou návody pro sestry neschopné samostatné práce
- d) slouží k šikanování sester
- e) zajišťují pacientům bezpečí a chrání sestry před neoprávněným postihem

3. Jsou standardy zavedeny ve vaší nemocnici?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

4. Máte standardy zavedeny na vašem pracovišti?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

5. Podal Vám někdo nějaké informace o standardech

- a) co jsou standardy
- b) proč se zavádějí
- c) jejich význam
- d) jak s nimi pracovat

6. Kdo Vám tyto informace podal a jakou formou (např. staniční, vrchní sestra, provozní schůze, zeptala jsem se sama, prosím napište)

.....
.....

7. Víte, kde máte standardy uloženy a v jaké formě?

(Můžete uvést i více odpovědí)

- a) v písemné formě, v šanonech běžně dostupné (sesterna, denní místnost)
- b) elektronicky- počítač na ploše,
- c) elektronicky-nemocniční Intranet- složka pro sestry
- d) u staniční sestry, mimo pracovní dobu uzamčené
- e) nevím

8. Jakým způsobem jste seznámeni s novým standardem?

- a) na provozní schůzi vrchní sestrou, staniční sestrou
- b) po upozornění staniční sestrou si jej přečtu a podepíšu
- c) visí na informativní nástěnce, přečtu si jej a podepíšu
- d) nečtu jej, ale podepíšu
- e) přijdu na něj náhodou
- f) vůbec se o něm nedovím

9. Máte možnost podílet se na tvorbě standardních postupů ošetrovatelské péče případně je připomínkovat?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím o tom
- d) ano, ale nezajímám se o to

10. Probíhá ve vaší nemocnici kontrola-audit standardů?

- a) ano – pravidelně každý měsíc
- b) ano - nepravidelně
- c) ne
- d) asi ano, nevím o tom
- e) asi ne, nezaregistrovala jsem tuto informaci

11. Pokud jste odpověděli ano, víte, kdo provádí audit ve vaší nemocnici?

- a) auditoři pověřeni hlavní sestrou – zaměstnanci nemocnice, většinu jich znám
- b) externí auditoři – neznám je
- c) vrchní sestry oddělení naší nemocnice, většinu jich znám
- d) nevím, neznám je
- e) nikdo

12. Víte co je účelem auditu?

- a) formální proces požadovaný nadřízenými orgány
- b) šikana sester
- c) sleduje shodu či neshodu se standardy a pomáhá při odstranění neshod
- d) zvyšování kvality péče

13. Pracujete podle těchto standardů?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy, když si vzpomenu
- d) někdy, když se mi to hodí
- e) většinou ano
- f) pracuji rutinně, asi ano
- g) nepřemýšlím o tom

14. Máte na vašem pracovišti vytvořeny podmínky pro práci podle standardů?

- a) ano
- b) ne

15. Pokud jste odpověděli ne, uveďte důvody:

- a) chybí materiálové vybavení
- b) nedostatečné prostorové podmínky
- c) časová tíseň
- d) u standardů týkající se asistenci lékaři, neochota lékařů ke spolupráci
- e) u standardů týkající se asistenci lékaři, neznalost lékařů standardu

16. Vyžadují po vás vaši nadřízení, abyste pracovali přesně podle standardu vždy, bez ohledu na situaci na oddělení? (nedostatek personálu, pomůcek, nával akutní práce)

- a) ano, vždy
- b) většinou ano
- c) někdy
- d) většinou ne
- e) nikdy

17. Provádí vaši nadřízení (staniční nebo vrchní sestra) u vás kontrolu teoretické znalosti standardů nebo práci podle standardů?

- a) ano, pravidelně
- b) občas
- c) ne
- d) ne, myslím, že sami je neznají

18. Co uděláte, když jste svědkem hrubého porušení standardu?

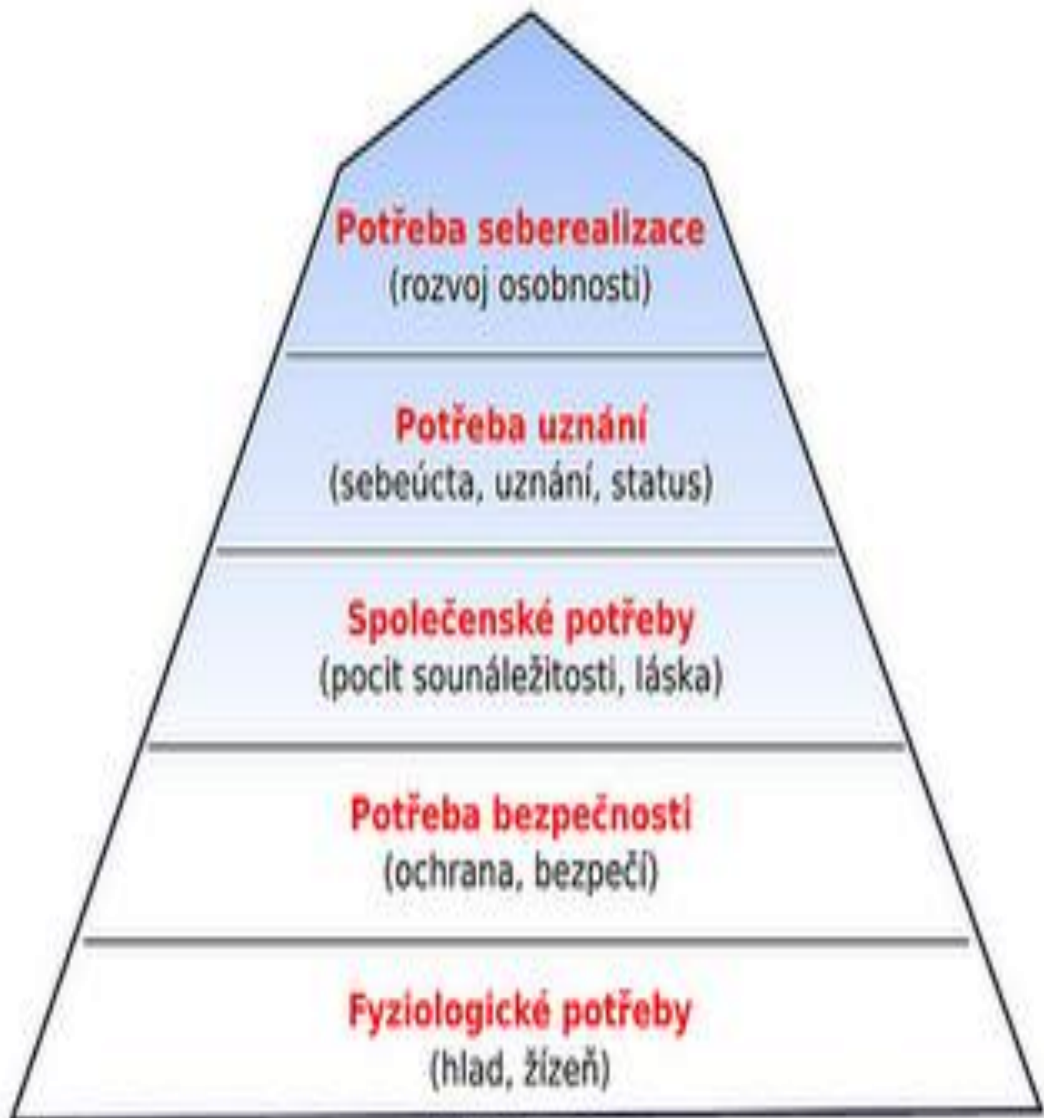
- a) upozorním toho, koho se to týká a je to mezi námi
- b) nedělám nic, je mi to jedno, já pracuji jak se má, ostatní at' si dělají co chtějí, nezodpovídám za ně
- c) upozorním toho, koho se to týká a nahlásím to staniční nebo vrchní sestře
- d) dotyčného neupozorním, ale nahlásím to staniční nebo vrchní sestře

19. Jsou podle vás standardy důležité?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) nepřemýšlím o tom, beru je jako ostatní nařízení

20. Zde můžete vyjádřit názor na standardy

Příloha č. 5 Maslowova hierarchie potřeb




Příloha č. 6 Standard ONMB Stravování pacientů

STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE Č.2

STRAVOVÁNÍ NEMOCNÝCH

Určeno pro:	bakalářky, diplomované sestry, všeobecné sestry všech oborů, NZP, PZP - v rozsahu svých kompetencí
Místo použití :	SZZ Mladá Boleslav, Klaudiánova nemocnice, standardní oddělení
Platnost standardu :	od 1.10.2001
Kontrola :	1x ročně
Sestavil :	komise pro tvorbu standardů
Kontaktní osoba:	Hlaváčková Jiřina, Tylchertová Věra
Odborný garant :	Hlaváčková Jiřina - hlavní sestra
Schválil :	hlavní sestra Hlaváčková Jiřina, ing. Langer Josef - ředitel SZZ
-	
-	
-	
-	
Ošetřovatelský cíl :	zajistit odpovídající stravu /dietu/ všem nemocným, konzistencí přizpůsobenou věku, stavu a schopnosti nemocných. Stravu podávat teplou, estetickým způsobem a dosáhnout tak spokojenosti nemocných.
Pomůcky:	čisté, neporušené a předeřháté nádoby, jídelní příbor, lžička a ubrousek. Zástěra na jedno použití, příbor na porcování stravy, mikrovlnná trouba nebo jiné vhodné zařízení na ohřev stravy.
Provedení :	<p>Při podávání stravy se řídit provozním řádem . Vytvořit estetické prostředí pro podávání jídla soběstačným pacientům. Imobilním nemocným upravit polohu, zajistit jejich nakrmení.</p> <p>Jídlo porcovat před nemocným, pokud není porcováno v kuchyni. Informovat pacienta o možnosti výběru jídel tam, kde je to možné, používat vhodné pomůcky, vyloučit přímý dotyk rukou se stravou a zachovávat hygienické normy.</p> <p>Po dobu výdeje musí být zachována teplota jídla + 70⁰ C , v době podání pacientovi + 60⁰ C .</p> <p>Sestra musí dodržovat množství a složení stravy u diet .</p> <p>Nepřítomným pacientům musí být jídlo vydáno nejpozději do 13,30 hod..Po této době musí být vydána strava náhradní. Teplé jídlo nevydané ve lhůtě, musí ihned vyloučeno z dalšího použití.</p> <p>Provádět záznamy v dokumentaci o nechutenství, zvracení a jiných stravovacích změnách.</p>
Zvláštní upozornění:	<p>dieta je nedílnou součástí léčebného procesu a ordinuje ji lékař na základě znalosti dietního systému.</p> <p>Je nezbytná znalost stravovací dokumentace (objednávání diet a dodatečného hlášení stravy). Dále je nutno zajistit pitný režim a v případě nutnosti pohovor s dietní sestrou.Vždy je třeba vědět, kdy je nutno kontrolovat množství přijaté stravy, nedojídání a nechutenství a tuto eventualitu hlásit lékaři (diabetik, aplikace inzulínu).</p>

Příloha č.7 Standard ONMB Ošetrovatelská dokumentace

	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s. nemocnice Středočeského kraje STANDARD OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	SOP 11/11- O
Název	Ošetrovatelská dokumentace	

Nabývá účinnosti dne: 1.6.2011
Připomínkové řízení do: 6.5.2011
Revize: 1x ročně aktualizace
Zpracovala: Mgr. Jana Fejfarová
Odborný garant: Rada kvality ONMB, a.s.
Schválil: Doc. MUDr. Ladislav Horák, DrSc.

Cíl: U každého pacienta v ONMB je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je ošetrovatelská dokumentace, obsahující údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetrovatelských problémů pacienta.

Vymezení vybraných pojmů (vysvětlení základních pojmů, seznam zkratk):

ONMB Oblastní nemocnice Mladá Boleslav
NLZP nelékařský zdravotnický pracovník

Pracovníci: nelékařští zdravotničtí pracovníci v rozsahu svých kompetencí

Kritéria struktury (S)

- S1 **Ošetrovatelská anamnéza** – zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče
- S2 **Ošetrovatelská diagnóza (problém)** – popis ošetrovatelského problému
- S3 **Plán ošetrovatelské péče** – postupy poskytování ošetrovatelské péče, intervence, změny
- S4 **Hodnocení rizik** – výsledky screeningových vyšetření, tj. schopnost sebezpečí, riziko pádu u pacienta, základní nutriční screening, riziko vzniku dekubitů, sociální screening atd.
- S5 **Záznam o invazích** – tj. v případě narušení integrity kůže u pacienta
- S6 **Propouštěcí protokol** – záznam o přípravě pacienta k propuštění
- S7 **Další části ošetrovatelské dokumentace:**
 - **Denní ošetrovatelský záznam** – záznam vývoje stavu pacienta, nahrazuje “Hlášení sester”
 - **Krátkodobá hospitalizace** – ošetrovatelská dokumentace u plánované hospitalizace, kdy je předpoklad pobytu pacienta v nemocnici max. 3 dny
 - **Ošetrovatelská překladová zpráva**

Kritéria procesu (P)

- P1 Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace pacienta
- P2 Každá složka ošetrovatelské dokumentace je identifikovatelná, tj. obsahuje osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení
- P3 Dokumentace pacienta je konkrétní, logicky navazující a přesná
- P4 Zápis je proveden v co nejkratší době, co k události došlo
- P5 Zápis poskytuje aktuální informaci o péči/stavu pacienta, je interpretací toho, co sestra (NLZP) viděla, slyšela, změnila aj., včetně záznamů o předání informace lékaři a dalším zdravotnickým pracovníkům týmu
- P6 Všechny záznamy, změny a doplňky jsou opatřeny datem, časem, jmenovkou a podpisem sestry (NLZP), která záznam provedla, záznamy jsou přehledné, chronologicky řazené, čitelné, opravy autorizované a čitelné
- P7 Dokumentace neobsahuje nespisovné výrazy, irelevantní spekulace nebo urážlivé subjektivní výroky, je vedena v úředním jazyce
- P8 Dokumentace poskytuje jednoznačný důkaz o sdělených informacích, přijatých rozhodnutích a poskytnuté péči
- P9 Všechny části ošetrovatelské dokumentace jsou vedeny v souladu s Metodickým pokynem „Vedení ošetrovatelské dokumentace“ ONMB

Kritéria výsledku (V)

- V1 Zajistit kontinuitu zdravotní péče
- V2 Zlepšit komunikaci a předávání informací mezi členy víceoborového týmu
- V3 Přesně popsat plán péče včetně poskytované ošetrovatelské péče.
- V4 Včasné vyhledávat možné vznikající problémy, změny stavu pacienta
- V5 Princip sdílené dokumentace – zápis každého člena zdravotnického týmu do ošetrovatelské dokumentace je považován za stejně důležitý

Kontrolní mechanismy

- Za správné vedení ošetrovatelské dokumentace zodpovídá staniční a vrchní sestra, dokumentaci průběžně kontroluje
- Při kontrole ošetrovatelské dokumentace náměstkem pro ošetrovatelskou péči je proveden zápis
- Interní audity ošetrovatelské péče

Zvláštní upozornění

- Ochrana osobních údajů pacienta v souladu s platnými předpisy

Použitá literatura

Zákon 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
Vyhláška 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů
Věstník MZČR, září 2004, částka 9 – Koncepce ošetrovatelství
Vedení ošetrovatelské dokumentace – prezídium ČAS, říjen 2002

Příloha č.8 **Standardní postup FNHK Stravování pacientů**

**PRACOVNÍ POSTUP – OŠETŘOVATELSKÝ Č. 1
KE ZDRAVOTNICKÉMU STANDARDU Č. 5**

Název	STRAVOVÁNÍ PACIENTŮ
Označení předpisu	ZS_5/PPO_1
Verze č.	2
Platnost od	Dnem schválení
Účinnost od	15. 8. 2011
Ruší se	ZS_5/PPO_1 Stravování pacientů ze dne 15. 6. 2008

Odborný garant	Mgr. Ivana Vašítková, Ph.D., zástupkyně NOP Hana Barešová, vedoucí nutriční terapeut	Dne		Podpis	
Nadřízený odborného garanta	Mgr. Dana Vaňková, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (NOP)	Dne		Podpis	
Správce systému	Mgr. Hana Drábková, vedoucí odboru řízení kvality a kontroly,	Dne		Podpis	
Přezkoumal	JUDr. Jiřina Zatloukalová, pověřena vedoucí právního odboru	Dne		Podpis	
Schválil	prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., ředitel	Dne		Podpis	

OBSAH

1 Účel	2
2 Rozsah platnosti.....	2
3 Odpovědnosti	2
4 Pojmy a zkratky	2
5 Související dokumentace.....	2
6 Změnové řízení	2
7 Rozdělovník.....	3
8 Přílohy	3

9 Stravování pacientů.....	4
9.1 Provedení.....	4
9.1.1 Při příjmu pacienta v ošetřovatelské anamnéze	4
9.1.2 V průběhu hospitalizace.....	4
9.1.3 Náhradní strava	5
9.1.4 Přídavky	5
9.1.5 Pitný režim	6
9.1.6 Upozornění.....	6
9.1.7 Komplikace	6

1 ÚČEL

Součástí stravování je dietoterapie, léčba založená na cílevědomém podávání léčebné výživy ve snaze pozitivně ovlivnit, potlačit nebo zcela odstranit chorobný děj v organismu. Správně volená výživa pacienta má pokrýt energetickou potřebu, obsahovat odpovídající biologickou hodnotu, má být chutná, esteticky upravená a pestrá. Při dodržování nutriční a energetické hodnoty při předpisu a správné technologii při přípravě léčebných diet je závazný "Seznam diet používaných ve FN HK".

2 ROZSAH PLATNOSTI

Tento pracovní postup ošetřovatelský je závazný pro nelékařský zdravotnický personál a provozní zaměstnance v kuchyňce.

3 ODPOVĚDNOSTI

Za dodržování tohoto postupu je odpovědný nelékařský zdravotnický pracovník dle náplně činnosti. Provádí základní nutriční zhodnocení, zajišťuje dle ordinace předpis stravy pro oddělení a provádí sledování příjmu stravy u pacienta, podává stravu pacientům, dbá na kulturu stravování, edukuje pacienta. Sleduje a objektivizuje příjem stravy a tekutin u pacienta. Zodpovídá za dodržování PPO, pomáhá s krměním pacientů, zajišťuje úklid pomůcek. 1x týdně provádí kontrolu záznamů o naměřené teplotě v lednici v kuchyňce.

4 POJMY A ZKRATKY

*chlazená strava hotová jídla zchlazená na teplotu +2 °C
pitný režim příjem tekutin během 24 hodin
regurgitace opakované zvracení polknuté stravy
singultus škytavka
zvýšená flatulence zvýšený odchod plynů konečníkem, plynatost*

Zkratky:

*FN HK..... Fakultní nemocnice Hradec Králové
NLP..... Nelékařský zdravotnický pracovník
PPO..... Pracovní postup ošetřovatelský
PPZ..... Pracovní postup zdravotnický
SOPo Standardní operační postup ošetřovatelský
ZS..... Zdravotnický standard*

5 SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTACE

*ZS_5 Stravování pacientů
ZS_5/PPZ_1 Hodnocení nutričního stavu
ZS_5/PPZ_2 Umělá nutriční podpora
SM_28/MET_1 Provozní řád kuchyňek na ošetřovacích jednotkách
SM_28/MET_2 Systém ověření funkčnosti kritických bodů při podávání potravin na klinikách a samostatných odděleních ve FN HK*

6 ZMĚNOVÉ ŘÍZENÍ

Změny tohoto PPO zajišťuje úsek náměstkyně pro ošetřovatelskou péči.

<i>Popis změn</i>	<i>Počet stran</i>	<i>Číslo verze/revize</i>	<i>Účinnost od</i>
<i>Přepracované vydání SOPo Stravování pacientů ze dne 1. 2. 2006</i>	<i>9</i>	<i>1/0</i>	<i>15. 6. 2008</i>
<i>Druhé vydání</i>		<i>2/0</i>	<i>15. 8. 2011</i>

7 ROZDĚLOVNÍK

Všechna lůžková pracoviště FN HK

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Záznam o proškolení

9 STRAVOVÁNÍ PACIENTŮ

9.1 Provedení

- strava je pacientům objednávana pomocí „Hromadného objednávkového systému“, který je přílohou ZS_5 Stravování pacientů
- po vydání stravy na stravovacím odboru, dle objednávek ze zdravotnických pracovišť, je strava přepravena zaměstnanci dopravního odboru na jednotlivá zdravotnická pracoviště, dle platného harmonogramu rozvozu a svozu jídel. Tento je závazný pro všechny zúčastněné strany.
- pro podávání stravy na lůžkových odděleních platí časový harmonogram, strava je podávána:

snídaně:	7:00 – 8:00 hodin
svačina:	9:30 – 10:00 hodin
oběd:	11:00 – 12:00 hodin
svačina:	14:30 – 15:00 hodin
večeře:	17:00 – 18:00 hodin
II. večeře:	20:30 – 21:00 hodin

9.1.1 Při příjmu pacienta v ošetrovatelské anamnéze

- proveďte základní nutriční zhodnocení dle PPZ_1
- zjistěte dietní omezení pacienta
- zjistěte stravovací zvyklosti pacienta
- seznamte pacienta s jídelním lístkem a způsobem podávání stravy
- proveďte pacienta po oddělení, ukažte mu jídelnu
- ukažte pacientovi lednici určenou k uložení vlastní stravy a nápojů a edukujte o nutnosti dodržování dietních opatření; jídlo a nápoje, které si přinese pacient nebo jeho rodina, musí odpovídat dietě stanovené lékařem
- zajistěte informovanost o dietním stravování prostřednictvím nutričního terapeuta
- zapojte do edukace i rodinné příslušníky
- vysvětlete pacientovi kdy obdrží objednanou dietu
- všechna zjištění zapište do ošetrovatelské dokumentace
- objednejte příslušnou stravu podle systému daného harmonogramem objednání stravy a ordinací lékaře

9.1.2 V průběhu hospitalizace

- na základě ordinace lékaře provádějte sledování příjmu stravy pacientem, u vybraných rizikových pacientů provádějte zhodnocení nutričního stavu 1x týdně, dle PPZ_1
- dosáhněte spolupráce s pacientem
- všimněte si množství jídla, které pacient snědl, poruchy v příjmu potravy hlasejte lékařům, proveďte záznam v ošetrovatelské dokumentaci
- pátrejte po příčinách nechutenství, zhodnoťte preference v jídle
- zkontrolujte množství dodané stravy s objednávkou
- zkontrolujte dodané jídlo před podáním pacientům (zrakem, čichem)
- při manipulaci s jídlem dodržujte hygienické zásady (provedte mechanické mytí rukou, použijte čisté oblečení vyhrazené pro servírování jídla)
- u diabetiků dodržujte podávání stravy v souladu s aplikací inzulínu, speciální pozornost věnujte poučení diabetika o jídle určeném k dopolední svačině a druhé večeři, pokud není podáváno pacientovi odděleně zvlášť, v době určené pro tato jídla

- pokud je třeba připravte si kalibrované naběračky na servírování jídla, předeheťte talíře, jídlo roznásejte na podnosech
- dbejte, aby jídlo bylo dostatečně teplé, vkusně upravené
- dodržujte množství stravy, omezení a zákazy související s předepsanou dietou
- stravu, která vyžaduje uchovávání v chlazených prostorách (uzeniny, sýry, pomazánky, chlazené jídla, apod.), okamžitě uložte do lednice při teplotě +1 - +4°C, maximálně na dobu 2 hodin
- chlazenou stravu podejte pacientům v den dodání, při převzetí zkontrolujte celistvost balíčku a dobu použitelnosti

ležící pacienti:

- před podáváním stravy zkontrolujte a zajistěte individuální potřeby pacientů, včetně vyprázdnění a mechanického mytí rukou
- zhodnoťte u pacienta stav dutiny ústní, schopnost žvýkat a polykat
- nezapomeňte podat pacientovi zubní protézu
- upravte polohu ležícímu pacientovi
- podporujte soběstačnost při jídle u ležícího pacienta
- snažte se zachovat pocit důstojnosti u pacienta, kterého krmíte
- seznámte pacienta s jídlem
- nabídněte možnost dochucení v rámci diety
- upravujte jídlo před pacientem (krájení masa, příloh,...)
- pokud možno sed'te při krmení pacienta na židli
- popřejte vždy dobrou chuť
- umožněte pacientovi po jídle hygienu dutiny ústní, rukou ...

Případnou zjištěnou neshodu v distribuci stravy, kvalitou stravy ihned konzultujte s nutričním terapeutem ve stravovacím odboru, tel. 2809, 2230, popřípadě s pracovníci kuchyně, tel. 3833. Chybějící jídlo bude dodáno zaměstnancem kuchyně nebo zdravotnického pracoviště, jídlo převezme na vrátnici stravovacího odboru – záleží na dohodě obou stran.

9.1.3 Náhradní strava

- náhradní strava se podává v případě, kdy nelze zajistit pacientům teplou stravu (vyšetření, operace, apod.) nebo když je pacient přijímán v době, kdy nelze již provést objednávku stravy na stravovacím provozu
- jako náhradní stravu je možné použít trvanlivé potraviny, např. džem, med, paštika, instantní potraviny (polévky, Bistra), křehký kukuřičný chléb, ovocná přesnídávka, tuňák v konzervě. Všechny tyto potraviny lze objednat **každý den** pomocí počítačové aplikace „Hromadný objednávkový systém – přídávky“ (**není nutné dělat zbytečně velké zásoby na klinice**)
- o vydaných potravinách sestra vede záznam, komu byly vydány, v jakém množství a druh potraviny
- náhradní strava se uchovává na oddělení v lednici, popřípadě ve skřínce na kuchyňce (dle požadavků výrobce)
- sestra nebo pověřený pracovník provádí kontrolu doby expirace potravin
- při rozdělování náhradní stravy je **nutné dodržet dietní omezení pacienta**
- náhradní stravu lze použít u diabetiků při hrozící hypoglykémii
- potraviny je nutno uchovávat v originálním balení, při otevření (např. sáček piškotů) balíček zavřít, aby nedošlo ke znehodnocení a dále se z něho může vydávat

9.1.4 Přídávky

- přídavek je jedna z možností individualizace stravy pro pacienta

- přídavek ordinuje lékař (např. po dohodě s nutričním terapeutem), do dekurzu uvede kolikrát denně a jaký druh (bílkovinný přídavek, zeleninu,)
- většinou se jedná o přídavky bílkovinné povahy (jogurt, sýr, šunka, tvaroh, apod.) nebo např. zeleninu, ovoce, pečivo - může se podávat spolu s bílkovinným přídavkem
- přídavky se objednávají pomocí počítačové aplikace „Hromadný objednávkový systém – přídavky“
- pečivo, chléb – jsou expedovány každý den ráno čerstvé, na oddělení se uchovávají v igelitových sáčcích maximálně 24 hodin (sáček nutno označit datem)

9.1.5 Pitný režim

- zajistěte dostatečný příjem tekutin (aktivně nabízejte tekutiny hlavně starším pacientům, u nichž je snížen pocit žízně)
- zajistěte vhodné pomůcky na pití u ležících pacientů
- sledujte stav hydratace pacienta
- použijte vhodný nápoj pro hydrataci
- instantní čaje (sladký, hořký), balíčky čaje, instantní bílou kávu objednávejte pomocí „Hromadného objednávkového systému“ dle potřeby

9.1.6 Upozornění

- při zapojování rodiny do ošetrovatelského procesu (např. krmení, pití,...) poučte rodinné příslušníky o možných komplikacích
- upozorněte příbuzné na rizika donášení nevhodného jídla
- problémy, související s dopravou stravy, řešte s vedoucím dopravy
- při propuštění pacienta a nebo odchodu na propustku okamžitě odhlašte příslušné jídlo
- pokud jde pacient na vyšetření nebo operaci a nejl, změňte dietu na čajovou

9.1.7 Komplikace

- odmítání stravy
- aspirace
- zvracení
- dyspeptické potíže (nadýmání, poruchy vyprazdňování, regurgitace, singultus, zvýšená flatulence)
- alergická reakce
- nedodržování dietního režimu nemocným (dojídání se, pojídání zakázaných potravin)
- záměna podávané stravy
- podání stravy diabetikovi v nesouladu s inzulínem, s aplikací a účinkem inzulínu
- změněné vnímání chutě

ZÁZNAM O PROŠKOLENÍ

Potvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a seznámen/a s obsahem
pracovního postupu zdravotnického ZS_5/PPO_1, verze 2 -
Stravování pacientů

Obsahu jsem porozuměl/a a jsem schopen/na podle PPO pracovat.

Jméno a příjmení, funkce	Datum	Podpis