

VLIV INTERNÍCH AUDITŮ NA ZKVALITNĚNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Juráková Lenka

Bakalářská práce
2016

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Juráková**
Osobní číslo: **H13667**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Vliv interních auditů na zkvalitnění ošetrovatelské péče**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti interních auditů.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace průzkumu kvantitativní formou.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DVOŘÁČEK, Jiří. Interní audit a kontrola. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. 201 s. ISBN 80-7179-805-3.

DVOŘÁČEK, Jiří a Tomáš KAFKA. Interní audit v praxi. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2005. 236 s. ISBN 80-251-0836-8.

FALLON, L. a Charles, R., MCCONNELL. Human resource management in health care: principles and practice. 2. vyd. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning, 2014. 440 s. ISBN 978-1-4496-8883-7.

GLADKIJ, Ivan a kol. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2005. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

MADAR, Jiří a kol. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

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

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Pavla Kudlová, PhD.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

8. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 29. února 2016


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

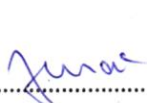
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 12.2.2016

..... 

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odopírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Téma bakalářské práce je „Vliv interních auditů na zkvalitnění ošetrovatelské péče“. Práce je tematicky rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na základní problematiku interních auditů a jejich vlivem na kontinuální zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Mezi důležité součásti indikátorů kvality patří identifikace hospitalizovaného pacienta a vedení zdravotnické, ošetrovatelské dokumentace. Prostřednictvím dotazníkového šetření jsme zjišťovali a ověřovali znalosti všeobecných sester, které jsou závazné pro sestry pracující v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

Klíčová slova: audit, interní audit, identifikace pacienta, zdravotnická dokumentace, všeobecná sestra, znalost, názor.

ABSTRACT

The topic of this bachelor thesis is “Influence of internal audits for nursing care improving”.

The thesis is thematically divided into two parts - the theoretical, and the practical part. The theoretical part focuses on the basic issue of internal audits and their influence on continual increasing of the quality of nursing care. Among the important parts of the quality indicators, there are identification of the hospitalized patient and keeping the medical and nursing documentation.

Via a questionnaire survey we have made an inquiry and examined the knowledge of nurses that are binding for the nurses working in the Bata hospital, Zlín.

Keywords: audit, internal audit, identification of a patient, medical documentation, nursing sister, knowledge, opinion.

Ráda bych poděkovala PhDr. Renatě Halmo, Ph.D. za počáteční vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat za cenné rady, ochotu i čas PhDr. Pavle Kudlové, Ph.D., které mi věnovala na konzultacích. Bez její pomoci bych nedokázala práci dokončit.

Dále děkuji celé své rodině za trpělivost a velkou podporu po celou dobu studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Březolupech, dne 12. 5. 2016

Lenka Juráková

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 9 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 MANAGEMENT OŠETŘOVATELSTVÍ | 11 |
| 1.1 SYSTÉM KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ | 11 |
| 1.2 INDIKÁTORY KVALITY | 12 |
| 1.3 OŠETŘOVATELSKÉ STANDARDY | 13 |
| 1.3.1 Druhy standardů | 14 |
| 1.3.2 Směrnice | 15 |
| 1.4 AKREDITACE | 15 |
| 1.5 NORMY ISO | 16 |
| 2 AUDIT | 18 |
| 2.1 AUDIT VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ | 18 |
| 2.2 OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT | 18 |
| 2.3 INTERNÍ AUDIT | 20 |
| 2.4 OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE | 21 |
| 2.5 IDENTIFIKACE HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA | 22 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 23 |
| 3 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 24 |
| 4 METODIKA | 25 |
| 4.1 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ | 25 |
| 4.2 ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 26 |
| 4.3 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ | 26 |
| 5 VÝSLEDKY A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT | 27 |
| DISKUZE | 64 |
| ZÁVĚR | 73 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 74 |
| SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 77 |
| SEZNAM GRAFŮ | 78 |
| SEZNAM TABULEK | 80 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 82 |

ÚVOD

Neustále se zvyšující nároky na zdravotní péči a snižující se ekonomické možnosti zdravotnických zařízení mají vliv na zkvalitnění služeb ošetrovatelské péče. Kvalita zdravotní péče tak více proniká do zájmu veřejnosti i zdravotníků. Nelékařský zdravotnický personál tak stojí v čele procesu kvality ošetrovatelské péče. Interní audit představuje v současné době systematický, nezávislý, dokumentovaný proces, při kterém dochází k objektivnímu zhodnocení s cílem stanovit rozsah a plnění kritérií auditů. Dochází při něm k prověření systému managementu kvality pro vnitřní potřeby nemocnice. Zaměřuje se na prevenci předcházení rizik spojená s ošetrovatelskou péčí, dále na dodržování vnitřních dokumentů nemocnice a všech zákonných požadavků. Je prováděn zaměstnanci zdravotnického zařízení nebo externím auditorem.

Ve své práci se zaměřuji z pohledu ověření znalostí na vedení zdravotnické dokumentace a na identifikaci hospitalizovaného pacienta, protože se domnívám, že tyto dva procesy spolu úzce souvisí. Pracuji jako interní auditor v nemocnici mnoho let. Pro průzkumné šetření jsem chtěla zvolit smíšenou formu šetření – audit a dotazníkové šetření. Bylo mi však doporučeno zaměřit se pouze na jednu formu výzkumu. Audity mám v popisu práce, rutinně je provádím. Zajímalo mne však, co o auditech ví mé kolegyně – všeobecné sestry, jejich názory na interní audity prováděné v KNTB. Co ví o vedení zdravotnické dokumentace a o identifikaci hospitalizovaného pacienta. Jejich ne/znalosti se odráží v kvalitě poskytované péče. Jsem si vědoma toho, že téma práce úplně nekoresponduje s cílem práce, jelikož zadání bakalářské práce se zadává přibližně rok dopředu a název již bohužel nešel pozměnit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MANAGEMENT OŠETŘOVATELSTVÍ

1.1 Systém kvality ve zdravotnictví

Systém kvality ve zdravotnictví můžeme formulovat jako souhrn struktury organizace, jednotlivou odpovědnost, procesy, procedury a zdroje, které jsou důležité ke kontinuálnímu zlepšování kvality zdravotnických služeb. Konečným cílem je zlepšení zdravotního stavu, zvýšení kvality života a spokojenost obyvatel. Do systému kvality zahrnujeme celé procesy tvorby postupů, sběru informací, stanovení standardů a hodnocení výsledků zdravotnických služeb (Gladkij a kol., 2003, s. 289).

Není jednoduché definovat kvalitní ošetrovatelskou péči, protože její vnímání může být ovlivněno rozdílným způsobem vnímáním kvality pacientem, sestrou, rodinou, spolupracovníky a širokou veřejností. Jejich pohled na kvalitu mohou ovlivňovat hodnoty, vědomosti, sociální prostředí, kultura a mnoho dalších faktorů, jako je pohlaví, vzdělání, věk, předchozí zkušenosti a očekávání. Hlavním východiskem pro určení kvality je spokojenost pacienta s cílem zachovat, podpořit a navrátit mu zdraví (Farkašová a kol., 2009, s. 219–220).

Cílem systému kvality je zdokonalit kvalitu péče poskytovanou v souladu s potřebami a nároky pacientů. Se zlepšením kvality se snažíme zredukovat chyby, nežádoucí výsledky, zbytečný čas a náklady spojené s chybnou jakostí zdravotnického výkonu či služby (Gladkij a kol., 2003, s. 290).

Management ošetrovatelství odlišujeme od profesionálního managementu filozofií služeb. Proto je potřeba jedinečný přístup, protože ošetrovatelství nese sociální zodpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin a komunit. Kvalitní péče je stejně významná jako zdravotnický personál a prostředky (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 155).

Role sestry manažerky je jednou z nejobtížnějších pozic ve zdravotnictví. Již od začínajících sester vyžadujeme manažerské schopnosti, protože mohou ovlivňovat práci s pacienty i personálem (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 151).

Od manažerů očekáváme, že činnosti, z nichž se skládá práce pro zdravotnické zařízení, bude provádět profesionální sestra a ostatní členové zdravotnického týmu. Profesionální sestra může v této funkci řídit zaměstnance nebo péči o pacienty. Jelikož zdravotnická organizace je hierarchická, tak se práce managementu dělí na úrovně zodpovědnosti (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 152).

Mezi hlavní manažerské funkce řadíme plánování, organizování, vedení, personalistiku a kontrolu. Vůdcovství obsahuje cíle emoční, kognitivní a behaviorální. Na řídicích úrovních od manažera vyžadujeme, aby prováděl věci účelně, hospodárně, účinně a odpovědně, dle práva, eticky a spravedlivě. Ve zdravotnictví je na etické chování a rozhodování manažerů kladen větší důraz než v jiných odvětvích (Gladkij a kol., 2003, s. 167).

1.2 Indikátory kvality

„Abychom mohli něco zlepšit, musíme to změnit. Abychom mohli něco změnit, musíme tomu rozumět. Abychom mohli něčemu rozumět, musíme to měřit.“ (W. Edwards Deming in Škrla, Škrlová, 2003, s. 100).

Indikátory kvality můžeme definovat jako měřitelná kritéria kvality, která ve srovnání s požadavkem, směrnicí či standardem ukazují, jak dalece bylo standardu dosaženo (Škrla, Škrlová, 2003, s. 100).

V programu kontinuální zvyšování kvality se používají čtyři zdroje dat, s nimiž měříme a vyhodnocujeme kvalitu ošetrovatelské a lékařské péče či kvalitu jiných služeb, jež jsou poskytována zdravotnickým zařízením. Zdroje informací získáváme od pacientů a dalších externích či interních klientů, dále od externích odborníků, indikátorů kvality a auditů. Tyto zdroje se odlišují jeden od druhého, a tak nám umožňují získat data z různých úhlů pohledu profesionální péče (Škrla, Škrlová, 2003, s. 100).

Využíváme dva druhy indikátorů, strážní a poměrové. Strážné indikátory identifikují jevy nebo fenomény, jejichž výskyt vede k okamžitému vyšetřování a analýze příčin. Tyto jevy jsou nežádoucí a ojedinělé. Je to například smrt pacienta během chirurgického výkonu, soudní proces, požár a jiné. V managementu rizik používáme při výběru strážných indikátorů jako zdroj knihu mimořádných událostí nebo knihu stížností. Poměrové indikátory jsou zakládány na sběru dat a seskupování dat o jevech, které jsou přítomné s určitou frekvencí a vyjádřeny průměry nebo poměry. Příkladem může být císařský řez, opakované rentgenové snímky, dekubity a jiné. Aby byl indikátor porovnatelný, musí obsahovat jmenovatel a číselník (Škrla, Škrlová, 2003, s. 101).

K výběru indikátorů kvality používáme následující kritéria, jakou jsou důležitost, senzitivita, validita a profesionální respekt (Škrla, Škrlová, 2003, s. 105).

Měření a hodnocení výsledků/výstupů ošetrovatelské péče může být v porovnání s hodnocením kvality obtížnější. Užití indikátorů výkonů nám usnadňuje zvládnutí tohoto

úkolu. Indikátorem nemůžeme měřit kvalitu výstupu, ale organizaci pomůže měřit výkon ve více dimenzích kvality, jako je např. kompetence, efektivnost, bezpečnost, účelnost, vhodnost, přijatelnost či kontinuita (Škrla, Škrlová, 2003, s. 103).

Kvalitu ošetrovatelské péče můžeme posuzovat dle odlišných kritérií a dle toho, kým je hodnocena. Sestra může hodnotit kvalitu své práce podle koncepce ošetrovatelství, kterou sama přijala. Lékař může hodnotit kvalitu dle plnění jeho ordinací a pacient subjektivně. Proto je důležité vytvářet ošetrovatelské standardy a ošetrovatelské audity a sledovat skutečnou praxi pro zajištění kvality ošetrovatelské péče (Jarošová, 2000, s. 80).

V komplexním programu kontinuálního zvyšování kvality péče nejsou indikátory kvality dalším úředním nástrojem. Jsou nástrojem základním, protože nabízejí efektivní monitorování výkonu. Slouží k porovnání indikátorů kvality s minulým měsícem, rokem nebo s jiným zdravotnickým zařízením. Jsou podkladem pro zlepšení a další šetření a známkou vysoké kvality ošetrovatelské a léčebné péče (Škrla, Škrlová, 2003, s. 106).

1.3 Ošetrovatelské standardy

„Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality.“ (Jarošová, 2000, s. 75).

Standardem stanovujeme nezbytně nutnou základní normu, která je potřebná k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Ošetrovatelské činnosti hodnotíme dle odpovídající požadované úrovně. Minimální úroveň zdravotní péče jasně vymezují standardy. Společné obecné normy pro poskytování ošetrovatelské péče jsou vyjádřeny v mezinárodních organizacích a koncepcích jednotlivých zemí pro rozvoj ošetrovatelství (Jarošová, 2000, s. 75- 76).

Celková kvalita péče ze systémového hlediska nezávisí jen na sestřích, ale na organizaci režimu zdravotní péče. Ke kvalitní práci motivujeme veškerý personál, protože jinak nedosáhneme očekávaných výsledků. Se zavedením regulace pro systémová řízení a standardizaci jednotlivých prvků systému musíme vytvořit standardy procesu a výsledku pro bezprostřední ošetrovatelskou péči. Tvorba standardů patří do profesionální kompetence a odpovědnosti kvalifikovaných sester (Mastiliaková, 2002, s. 45).

Standardy jsou zaměřeny na obsah a náplň činnosti sester, kompetenci, etické a vzdělávací kritéria a místo působení sester. Standard je ukazatelem kvality ošetrovatelské péče. Ošetrovatelskou péči neposkytujeme pod minimální úroveň standardu, protože tak můžeme

ohrožit zdravotní stav pacienta a péče se tak stává velmi rizikovou (Farkašová a kol., 2009, s. 225).

Ve standardech se zaměřujeme na uspokojování základních potřeb člověka, dále na ošetřovatelský proces a na pracovní postup u ošetřovatelských výkonů. Standardem vymezujeme požadovanou normu, jako je zaměření, míra návaznosti, výsledek, počet kritérií k zajištění cíle, způsob hodnocení a metodika kontroly (Jarošová, 2000, s. 77–78). Každý standard obsahuje strukturální kritérium, které určuje organizační, materiální a personální předpoklady, dále je to procesionální kritérium, které vymezuje činnosti sester, a kritérium výsledku, které stanovuje cíle úrovně kvality po provedení standardu (Jarošová, 2000, s. 79).

Ošetřovatelský standard formulujeme srozumitelně a jasně. Má odpovídat potřebám a možnostem zdravotnického zařízení či pracoviště. Měl by obsahovat měřitelná kritéria, dle kterých se hodnotí jejich dodržování a dosažení. Cíle standardu mají být přesně specifikované, dosažitelné a reálné (Farkašová a kol., 2009, s. 229).

1.3.1 Druhy standardů

Standardem výkonu ošetřovatelské profese určujeme kategorie personálu a kompetence k výkonu povolání. Jednotlivými kategoriemi vymezujeme rámcové pracovní náplně a kompetence personálu. Jsou tvořeny legislativními normami a obsahují i etický kodex sester.

Standards ošetřovatelské péče zaměřujeme na ošetřovatelské činnosti daného pracoviště. Určují kvalitu ošetřovatelské péče a jsou tvořeny pro všechny ošetřovatelské výkony.

Standardem ošetřovatelské dokumentace stanovujeme základní typy ošetřovatelské dokumentace, která je vedena a vydávána zdravotnickým zařízením.

Standards vybavení pracoviště z ohledu na ošetřovatelskou péči jsou určitou normou pro vybavení pracoviště z hlediska dosažení kvality ošetřovatelské péče. Na základě rámcových standardů Ministerstva zdravotnictví tyto standardy tvoří zdravotnické zařízení.

Standardem personálního obsazení různých pracovišť stanovujeme normu obsazení pracoviště ošetřovatelským personálem. Určujeme jím počet a složení personálu pro zajištění kvalitní péče.

Standards pracovních postupů vypracovávají jednotlivá zdravotnická pracoviště při různých ošetřovatelských výkonech. Vychází ze základních standardů, které jsou dané

v odborných učebnicích. Standardy pro vzdělávání ošetrovatelského personálu vypracováváme na národním formátu a vychází z legislativní normy (Jarošová, 2000, s. 76- 77).

Standardy dále dělíme na lokální a centrální. Lokální standardy vychází z rámcových standardů a personál by se s nimi měl seznámit a zavázat se k jejich dodržování. Jsou zpracované a přijaté zdravotnickým zařízením. Nesmí být v rozporu se standardy centrálními. Do tvorby těchto standardů jsou zapojovány sestry, přičemž tak dochází k jejich profesionálnímu rozvoji. Centrální standardy jsou vydávány Ministerstvem zdravotnictví jako zákonné či podzákonné normy nebo jako rámcové standardy důležité pro tvorbu lokálních standardů. Určujeme jimi cíle oboru, procesuální a strukturální kritéria pro realizaci, jako jsou například kompetence personálu, pracovní náplň a vzdělání. Centrální standard je určující směrnice pro výkon ošetrovatelského povolání, do kterého dále patří koncepce ošetrovatelství, směrnice a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví a jiné (Jarošová, 2000, s. 77).

1.3.2 Směrnice

Směrnice jsou zásady, které se konkrétně zabývají chováním. Ve zdravotnickém zařízení jsou tyto směrnice pravidly a nařízeními, které široce a specificky upravují aspekt práce personálu. Do skupiny širších aspektů řadíme výklad legislativy neboli pracovního práva, které má vliv na všechny zaměstnance, včetně sester. Tímto se obvykle zaobírá personální či právní oddělení (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 162).

Do specifických aspektů řadíme směrnice, které se stanovují v rámci směrnic související s ošetrovatelskou praxí. Jsou odvozeny od profesních standardů a zákona o ošetrovatelské praxi. Standardy, směrnice a zákony jsou podstatou popisu práce (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 163).

1.4 Akreditace

Historie akreditací je ve světě spojována se snahou zajistit kvalitu ošetrovatelské a lékařské péče v době, kdy tato kvalita byla ohrožována. V jednotlivých zemích probíhal důraz na kvalitu a zájem o rozvoj různou rychlostí a způsobem. K první realizaci nové iniciativy managementu docházelo v oblasti průmyslu a později i v oblasti zdravotnictví, což v USA vedlo k založení Spojené komise pro akreditaci. V roce 1976 tato komise vytvořila první

kompletní soubor standardů a určila počet povinných ošetrovatelských a lékařských auditů za rok (Škrla, Škrlová, 2003, s. 72).

Zdravotnictví v České republice si v roce 1989 bylo vědomo rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními jak v oblasti technického vybavení, tak v oblasti fyzického stavu nemocnic. Velké rozdíly panovali v personálním obsazení a ve způsobu poskytování ošetrovatelské a léčebné péče. V roce 1994 vznikl projekt „Akreditace nemocnic“, na kterém se podílela velká pracovní skupina při Ministerstvu zdravotnictví (např. zástupci pojišťoven, zástupci asociací nemocnic, Česká lékařská komora, Česká asociace sester a jiné). Řadu zkušeností získávali studováním dle amerického modelu Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. V roce 1998 došlo k ukončení projektu a vytvoření Spojené akreditační komise České republiky (SAK ČR). K akreditaci první nemocnice v ČR došlo v roce 1999 (Škrla, Škrlová, 2003, s. 72).

Úkolem SAK v ČR je stále zvyšovat kvalitu a bezpečí zdravotní péče. Používá k tomu nejen akreditaci, ale i publikační a poradenskou činnost. Národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení vydává SAK, čímž pomáhá zdravotnickým zařízením připravit se na akreditaci (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 187).

Cílem akreditace je zajistit standard ošetrovatelské péče mezi jednotlivými odděleními a zdravotnickými zařízeními, udržet a získat špičkový personál, vytvářet předpoklady k zavedení programu kontinuálního zvyšování kvality, zajistit jednotné standardy a kritéria a získávat nové pacienty. Akreditace usnadňují zdravotnickému zařízení sledovat výkon a postupně jej zvyšovat (Škrla, Škrlová, 2003, s. 76).

„Smyslem akreditace není pouhá snaha získat kulaté razítko na akreditačním certifikátu. Opravdovým smyslem akreditací je udělat si „jarní úklid“ ve svém vlastním zdravotnickém zařízení.“ (Škrla, Škrlová, 2003, s. 76).

1.5 Normy ISO

International Organisation for Standardization znamená Mezinárodní organizace pro standardizaci se zkratkou ISO. ISO normy jsou mezinárodní normy přijaté Mezinárodní normalizační společností v roce 1987 a novelizované v letech 1994 a 2000. Jejich hlavní náplní je zkoumat procesy v zařízení z pohledu kvality. V dané organizaci prověřují správnost dokumentovaných a efektivně fungujících procesů kvality a zajišťují základní předpoklady a podmínky pro trvalou kvalitu procesů (Pešek, 2003, s. 36).

Norma ISO 9001:2000 nenahrazuje akreditace a např. program KZK, ale zaměřuje se na velice důležitý aspekt péče, a to kvalitu. Se svým relativně úzkým zaměřením a konkurence schopností nemůže uspokojit nejkomplexnější organizaci, jakou nemocnice je. Klade důraz na procesy a systémy, zaměřuje se na neustálé zlepšování procesů a učí nás provádět činnosti správným způsobem. Pro pacienty nabízí ISO příležitost vybudovat bezpečnější prostředí a vést nás k dokonalosti v oblasti kvality (Škrla, 2005, s. 89).

Jako nástroj pro neustálé zlepšování výkonnosti a snazší dosažení cílů jakosti je v ISO normě identifikováno následujících osm zásad managementu jakosti. První je zaměřena na potřeby pacienta, kdy zdravotnické zařízení musí pochopit současné a budoucí potřeby pacientů včetně všech zainteresovaných stran, splnit jejich požadavky a tím překonat jejich očekávání. Druhá je zaměřena na vedení, ve které vedoucí pracovníci prosazují jednotnost účelu, směru a interního prostředí v zařízení. Snaží se vytvářet prostředí, v němž jsou pracovníci plně zapojeni a zainteresováni k dosažení cílů a k tvorbě efektivního a účinného systému managementu jakosti. Třetí zásada zapojuje pracovníky na všech úrovních a umožňuje využít jejich schopnosti, maximální nasazení a zodpovědnost ve prospěch zařízení. Čtvrtá se zaměřuje na procesní přístup. Jsou-li související zdroje a činnosti řízeny jako proces včetně měření daných procesů, tak požadovaného výsledku dosáhneme účinněji. Pátá zásada se zabývá systémovým přístupem k managementu, což je porozumění, identifikace a řízení systému ve spojení s procesy zaměřené na daný cíl. Neustálé zlepšování je šestou zásadou, v níž je trvalým cílem neustálé zlepšování služeb a zvýšení efektivnosti. Sedmá se zabývá přístupem k rozhodování na zakládajících faktech, kdy rozhodování musí být založené na intuitivní a logické analýze údajů a informací. Poslední zásada se zaměřuje na vzájemně výhodné dodavatelské vztahy a vzájemně výhodnou spolupráci s dodavateli (Pešek, 2003, s. 40).

Smyslem veškerého procesu není hodnocení nebo měnění lékařské péče, ale zlepšení činnosti zdravotnického zařízení. Jestli má být systém jakosti úspěšný, musíme akceptovat strategii organizace, její vizi a cíle. Pozitivního výsledku nedosáhneme bez plné podpory všech zaměstnanců. Je potřeba stálá a cílená osvěta všech zaměstnanců, kteří se domnívají, že zavedený systém jakosti je módní rozmar managementu. Norma ISO se přitom podílí na kvalitativně vyšší fázi fungování organizace, přičemž postupně zasahuje všechny složky (Pešek, 2003, s. 106).

„Nic není dokonalé, aby se to nedalo zlepšit!“ (Petr Drucker in Pešek, 2003, s. 108).

2 AUDIT

2.1 Audit ve zdravotnickém zařízení

Nejefektivnější nástroj z programu kontinuálního zvyšování kvality jsou audity, protože kvalita je v praxi vymezena příkazy ředitele, směrnicemi, standardy a platnými zákony. Ať se jedná o audity ošetrovatelské dokumentace, ošetrovatelské jednotky či audity orientované na dodržování akreditačních či ošetrovatelských standardů. Jestliže jsou i správně pochopeny a vyhodnoceny, jsou pro oddělení výborným průvodcem na cestě k excelenci (Škrla, Škrlová, 2003, s. 113).

Audity poukazují na úspěchy. Problémové oblasti, které vyžadují pozornost, odkrývají. Porovnávají data a hledají shodu či neshodu mezi tím, co bylo naplánováno a co dosaženo. Analyzují úspěch organizace, sester a oddělení. Audity se týkají všech zaměstnanců zdravotnického zařízení. V průběhu auditu užíváme často generické, selektivně vybrané parametry neboli kritéria, protože vzhledem k velkému množství faktorů, mohou souhrnně ovlivňovat léčebnou a ošetrovatelskou péči (Škrla, Škrlová, 2003, s. 108).

Audity rozdělujeme na externí a interní. Externí audity jsou prováděny různými kontrolními orgány a lze očekávat, že budou vzhledem vysokým požadavkům prováděny častěji. Interní audity jsou prováděny v rámci oddělení kolegy, a pokrývají-li velkou škálu výkonů či práce a jsou prováděny systematicky, nemusí tak často docházet k externím auditům (Škrla, Škrlová, 2003, s. 108).

2.2 Ošetrovatelský audit

„Ošetrovatelský audit je systém hodnocení objektivně měřitelné kvality ošetrovatelské péče. Audit hodnotí jednak plnění jednotlivých standardů nebo celkovou kvalitu ošetrovatelské péče.“ (Jarošová, 2000, s. 80).

Auditem zjišťujeme jak se ošetrovatelský proces, péče o pacienta, výkony a práce sestry se standardy řídí nebo slučuje. Cílem není vyhodnocovat výkon sester za účelem hledání chyb a disciplinárních opatření, ale o nalezení slabých míst v procesu, a tak zajistit co nejrychlejší nápravu. Oddělení, které nechce nebo neumí reagovat na problémy identifikované auditem, nemá pro ošetrovatelský audit velkou hodnotu. Jednou z podmínek úspěchu je schopnost a ochota oddělení realizovat potřebné změny (Škrla, Škrlová, 2003, s. 108- 109).

Ošetrovatelský audit je řízen základními principy. Předmět auditu je vždy předem oznámen. Audit je jako partnerský postup. Provádí se týmově s manažerkou kvality. Nemůže se realizovat a delegovat bez potřebného „know-how“. Porovnává se s ošetrovatelskou praxí a s přijatými standardy. Vyhodnocuje se, zda ošetrovatelská praxe využívá všechny dostupné zdroje. Na nápravě opatření, kde byl audit proveden, spolupracuje celý tým sester. Nezveřejňují se výsledky, ale informace se předávají oddělení, kde audit proběhl. Formuláře o výsledku auditu a vypracovaný plán náprav se předávají manažerce kvality a hlavní sestře. Za účelem zlepšení je cílem najít slabá místa a odchylky od směrnic a standardů (Škrála, Škrlová, 2003, s. 109).

Z praktického pohledu rozlišujeme čtyři typy ošetrovatelských auditů. Prvním typem je retrospektivní vize. U tohoto typu se provádí revize ošetrovatelských chorobopisů/záznamů propuštěných klientů/pacientů. Druhým typem je audit implementace ošetrovatelských či akreditačních standardů, jehož cílem je zjistit, zda se tyto odsouhlasené standardy v praxi dodržují. Třetím typem je algoritmový audit, u kterého se vyhodnocuje strategie péče z perspektivy schválených procesů. Posledním, čtvrtým typem, je audit výsledků péče, která se nespokojuje jen se zjištěním „kdo-jak-komu“, ale pokládá si otázku, jestli to bylo k něčemu dobré (Škrála, Škrlová, 2003, s. 109).

Dále audity můžeme rozdělit z hlediska plánování na neplánovaný nebo plánovaný audit. Plánovaný audit probíhá v celém zdravotnickém zařízení během určitého období (měsíc, rok). Jestliže se u plánovaného auditu objeví neshoda anebo mimořádná událost, následuje audit neplánovaný, kterým ověřujeme realizaci náprav zjištěných nedostatků. Audit představuje nezbytnou složku dobře fungující organizace (Havlíčková, 2012, s. 23).

Mezi metody ošetrovatelského auditu řadíme pozorování sester při práci, kontrolu ošetrovatelské dokumentace, sběr statistických údajů, hodnocení ošetrovatelské péče personálem a pacienty, hodnocení vlastní práce sestry, hodnocení ošetrovatelské péče příbuznými pacienta, měření účinnosti ošetrovatelské péče podle délky trvání, sledování sester při předávání služby a pacienta (Farkašová a kol., 2009, s. 230).

Hlavním účelem ošetrovatelského auditu je odůvodnit náklady na materiální a personální zdroje, sledovat efektivitu práce a podporovat kritické myšlení u sester směřující k analýze vlastní práce a skutečných potřeb pacientů (Škrála, Škrlová, 2003, s. 109).

2.3 Interní audit

„Interní audit je nezávislá, objektivní, ujišťovací a konzultační činnost zaměřená na přidávání hodnoty a zdokonalování procesů v organizaci. Interní audit pomáhá organizacím dosahovat jejich cílů tím, že přináší systematický, metodický přístup k hodnocení a zlepšování efektivnosti řízení rizik, řídicích a kontrolních procesů a správy a řízení organizace.“ (Hájek, 2003, s. 1).

Interní audit představuje nejkomplexnější metodu identifikace možných problémů v klinické praxi. Zpravidla se jedná o systematickou kontrolu procesů a výsledků léčebné péče na určitém oddělení či v nemocnici. Obvykle odborník nebo skupina odborníků důkladně kontrolují ošetrovatelskou dokumentaci. Výběr kritérií je závislý na cíli auditu a na příčinách, které k auditu vedly (Janečková, Hnilicová, 2009, s. 188).

Interní audity se zaměřují na spolehlivost, správnost dokumentace, úplnost informací, shodu s postupy, efektivnost využívání zdrojů a odhalování případných nedostatků. Interní audit se rozvíjel na základě uspokojování potřeb managementu. Důležitým faktem je, že se horší to, co se nekontroluje. Nekontrolované činnosti ztrácí svoji efektivnost a účinnost. Hlavním účelem interního auditu je pomáhat zaměstnancům organizace v efektivním plnění jejich funkcí, které vedou k dosažení cíle. Dalším účelem je určit, zda byl systém managementu kvality skutečně efektivně zaveden a stejnoměrně udržován. Základní myšlenkou auditu je, že auditor není kontrolor. Jeho cílem je zhodnotit dosaženou úroveň kvality (Havlíčková, 2012, s. 26).

Výsledek auditu je dokumentován v závěrečném protokolu, dle kterého vedoucí pracovník prověřovaného útvaru zpracovává návrh a zajišťuje realizaci nápravných opatření. Následné audity ověřují a zaznamenávají uplatnění efektivního nápravného opatření. Do nápravného opatření řadíme stížnosti pacienta, stanovení neshod, odstraňování neshod, opatření zabraňující opakovanému výskytu problému, záznam o výsledcích a činnostech a v neposlední řadě přezkoumání přijatých nápravných opatření (Pešek, 2003, s. 61- 62).

Důležitou součástí auditu je identifikace preventivního opatření. Požadavkem je identifikace možných neshod a příčin, zaznamenání výsledků přijatých opatření, zajištění a stanovení potřebného preventivního opatření a samozřejmě přezkoumání přijatého preventivního opatření. Na těchto opatřeních se podílí vedoucí pracovníci zdravotnického zařízení (Pešek, 2003, s. 63).

2.4 Ošetřovatelská dokumentace

Dokumentace, její vedení a přesnost představuje důležitou oblast v hodnocení kvality ošetřovatelské péče. Ošetřovatelská dokumentace je souborem všech grafických, písemných a jiných záznamů sestry. Do ošetřovatelské dokumentace zaznamenáváme údaje o zdravotním stavu, problémech a potřeb pacientů z ošetřovatelského hlediska, kde svým podpisem potvrzujeme pravdivost údajů, ale i výkony, které byly u pacientů provedeny. Vedení ošetřovatelské dokumentace je souhrnný postup kontinuálního zaznamenávání, organizování a uchovávání údajů o činnostech sestry (Kilíková, 2009, s. 233).

Dokumentace ošetřovatelské péče obsahuje následující záznamy. První je ošetřovatelská anamnéza se zhodnocením zdravotního stavu pacienta. Druhý záznam uvádí ošetřovatelský plán, ve kterém se popisuje ošetřovatelský problém a stanovují se ošetřovatelské diagnózy pacienta ve všech předpokládaných ošetřovatelských činnostech a výkonech včetně záznamu o jejich provedení s hodnocením ošetřovatelské péče a s průběžnými změnami v ošetřovatelském plánu. Třetím záznamem jsou průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu, o poučení a předání informací pacientovi. Poslední záznam obsahuje ošetřovatelskou překladovou či propouštěcí zprávu s doporučením k další péči (Česko, 2012, s. 1676).

Vedle těchto základních částí může ošetřovatelská dokumentace obsahovat další součásti. Je to např. záznam diabetika, péče o ránu, vývoj soběstačnosti, sledování bolesti a jiné. Dokumentace by měla být psána věcným a jasným způsobem, protože odráží vývoj stavu pacienta k očekávaným výsledkům za použití intervencí naplánovaných personálem (Mastiliaková, 2002, s. 135).

Zdravotnická dokumentace s ohledem na rozsah poskytnutí zdravotních služeb musí obsahovat identifikační údaje pacienta, kterými jsou jméno a příjmení pacienta, datum narození, rodné číslo, kód zdravotní pojišťovny, adresa místa trvalého pobytu a pohlaví pacienta (Česko, 2012, s. 1666).

Zdravotnická dokumentace hraje klíčovou roli v soudních sporech, kdy na jedné straně stojí pacient, zdravotní pojišťovna či správní orgány a na straně druhé zdravotnické zařízení. Proto je velmi důležité správné vedení dokumentace dle platné legislativy, protože důsledky nesprávně vedené zdravotnické dokumentace mohou být pro zdravotnické zařízení velmi bolestné (Škubová, 2010, s. 5).

2.5 Identifikace hospitalizovaného pacienta

Při poskytování péče zdravotnickým zařízením jsou identifikační náramky praktický, spolehlivý a bezpečný způsob zjišťování totožnosti. Cílem je eliminace rizik ohrožujících pacienta, zabránění vzniku a snížení počtu mimořádných událostí a upozornění na potřeby péče pacienta (Česko, 2009, s. 3).

Ministerstvo zdravotnictví v roce 2008 realizovalo projekt s názvem Zavedení identifikace hospitalizovaných pacientů ve zdravotnickém zařízení a vydalo Metodická doporučení, která se nachází ve Věstníku MZ ČR č. 16/2015 a na portálu kvality a bezpečí MZ. Jedná se o soubor preventivních opatření, které vedou ke zvyšování bezpečnosti pacientů při poskytování zdravotní péče (Česko, 2009, s. 1).

K ověření totožnosti pacienta nám, zdravotnickým pracovníkům, slouží informace na identifikačním náramku. Obsahují základní údaje o pacientovi, jako je jméno a příjmení, datum narození a oddělení, na kterém je hospitalizován. Tyto údaje se mohou lišit dle zvyklosti a možnosti zařízení, včetně barevného odlišení rizik (Česko, 2009, s. 4).

Náramek přikládáme pacientovi ihned po přijetí na oddělení a poté, kdy máme stanovené potřeby pacienta. Zvolíme vhodné místo přiložení náramku tak, aby nezpůsobil otok, neporušoval kožní integritu a nezaškrcoval končetinu. Pacienta poučíme o komplikacích a také o tom, aby si náramek svévolně nesundával. Kontrolu identifikačního náramku provádíme jedenkrát za 24 hodin (Česko, 2009, s. 5).

Identifikační náramek se ponechává při překladech na jiné oddělení v rámci zařízení. Při propuštění se náramek sejme těsně před odchodem pacienta z oddělení. Při úmrtí se náramek ponechává až do doby dle standardního postupu daného zařízení. Po označení těla se náramek sejme vždy přestřihnutím. Likvidace identifikačního náramku se provádí přestřihnutím a skartací (Česko, 2009, s. 6).

Bezpečnost zdravotnického zařízení je zásadním měřítkem kvality ošetrovatelské péče, protože mezi nejčastější pochybení patří špatná identifikace pacienta, která může mít fatální následky. Chyba není záležitostí jednotlivce a trest pro chybu není řešením. Při zjištění pochybení musíme zjistit, zda chyba není v systému a zda lze zažité postupy změnit tak, aby se snížila pravděpodobnost dalších chyb na minimum (Šedo, Marx, Vlček, 2006, s. 48).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cíle dotazníkové šetření:

1. Ověřit znalosti respondentů v oblasti auditů.
2. Zjistit názory respondentů na interní audity, prováděné KNTB.
3. Ověřit znalosti respondentů, týkající se vedení zdravotnické dokumentace dle platné Směrnice v KNTB.
4. Ověřit znalosti respondentů, týkající se identifikace hospitalizovaného pacienta dle platné Směrnice v KNTB.

4 METODIKA

Vzhledem k dané problematice jsme zvolili dotazníkové šetření. Vlastnímu šetření předcházelo vytvoření nestandardizovaného dotazníku, kde jsme stanovili položky k jednotlivým výzkumným otázkám, Příloha P I. Respondenti odpovídali písemnou formou na předem vytištěný formulář. Dotazník byl anonymní a dobrovolný.

Dotazník tvořilo celkem 30 položek, z toho 25 uzavřených, 4 otevřené a 1 polouzavřená. Položky byly rozdělené do pěti tematických celků.

První část byla určena k získání demografických dat o respondentech. Obsahovala otázky týkající se věku, vzdělání, pracovního zařazení a délky ošetrovatelské praxe. Pro tyto údaje byly určeny otázky č. 1, 2, 3, 4.

Položky v druhé části dotazníku měly ověřit znalosti respondentů v oblasti auditů. Položky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 směřovaly k cíli č. 1.

Třetí část se měla zjistit názory respondentů na interní audity. Položky, které směřovaly k cíli č. 2, byly, otázka č. 12, 13, 14, 15.

Čtvrtá část měla ověřit znalosti respondentů týkající se vedení zdravotnické, ošetrovatelské dokumentace a znalost Směrnice – Řízení zdravotnické dokumentace v KNTB. K cíli č. 3 směřovaly položky č. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

Poslední část měla ověřit znalosti respondentů týkající se identifikace hospitalizovaného pacienta a znalost Směrnice – Identifikace pacienta, prevence stranové záměny v KNTB. Položky č. 25, 26, 27, 28, 29, 30 směřovaly k cíli č. 4.

4.1 Charakteristika souboru respondentů

Výběr respondentů byl záměrný. Zkoumaný soubor respondentů jsme vybrali dle uvedených kritérií:

- Všeobecné sestry, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání dle platné legislativy, zákon č. 96/2004 Sb. (Česko, 2004, s. 7) a současně byly zaměstnané v KNTB.
- Věk ani pohlaví respondentů nehrál roli. Pohlaví není uvedeno z důvodu možné potenciaální diskriminace mužů a s eventuálním a následným, porušením anonymity dotazníků.
- Počet odpracovaných let nebyl důležitý pro získání demografických údajů.

- Ochota ke spolupráci byla velmi významná k získání daných údajů.

4.2 Organizace průzkumného šetření

Průzkumné šetření probíhalo v termínu od 1. 3. 2016 – 31. 3. 2016 v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. ve Zlíně. Respondentům byla poskytnuta informace, že dotazník je zcela anonymní a že jejich odpovědi budou sloužit jako podklad ke zpracování bakalářské práce. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků. Návratnost činila 75 (75 %) dotazníků.

4.3 Zpracování výsledků

Jednotlivé položky získaných dat byly zpracovány formou tabulek a grafů pomocí programů Microsoft Office Word 2010 a Microsoft Office Excel 2010. Odpovědi byly zpracovány do relativní a absolutní četnosti, přičemž absolutní četnost udává počet respondentů, kteří uvedli stejnou odpověď k dané otázce. Relativní četnost byla vyjádřena v procentech a uvádí, kolik respondentů z celkového počtu odpovědělo na danou otázku stejně. Pro větší přehlednost byla relativní četnost zaokrouhlena na jedno desetinné místo a znázorněna graficky.

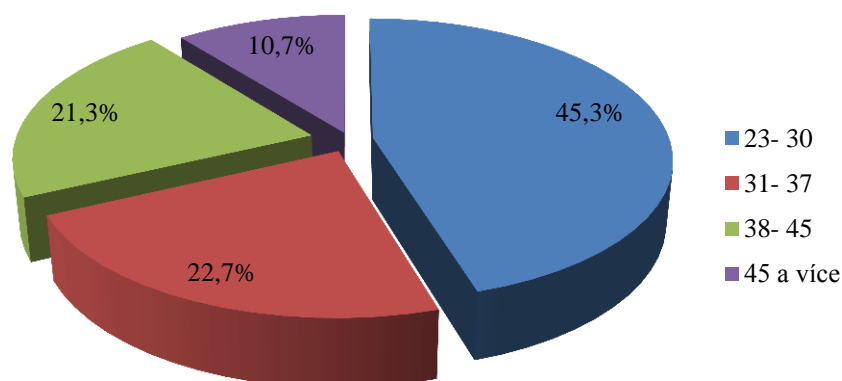
5 VÝSLEDKY A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT

První čtyři položky sloužily k získání demografických údajů. Pohlaví není uvedeno z důvodu možného narušení anonymity průzkumného šetření.

Otázka číslo 1: Kolik Vám je let?

Tabulka č. 1: Věk respondentů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| 23–30 | 34 | 45,3 % |
| 31–37 | 17 | 22,7 % |
| 38–45 | 16 | 21,3 % |
| 45 a více | 8 | 10,7 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |



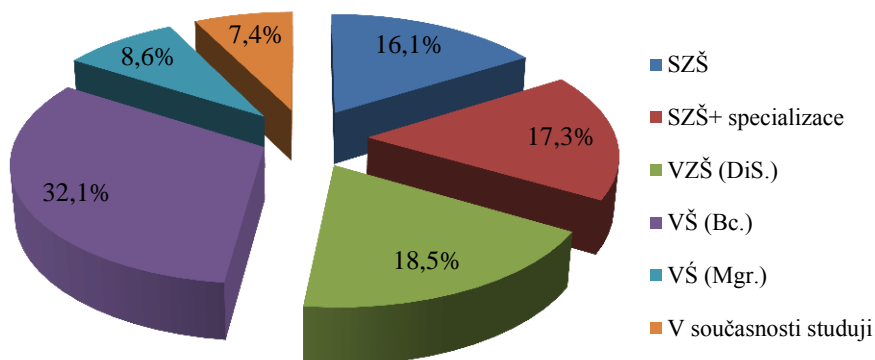
Graf č. 1: Věk respondentů

Z celkového počtu respondentů bylo 34 (45,3 %) ve věkové kategorii 23–30 let. V kategorii od 31 do 37 let bylo 17 (22,7 %) respondentů a v kategorii 38–45 let bylo 16 (21,3 %) respondentů. Ve věkové kategorii 45 let a více bylo 8 (10,7 %) respondentů – viz tabulka č. 1 a graf č. 1.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 2: Nejvyšší vzdělání respondentů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| SZŠ | 13 | 16,1 % |
| SZŠ + specializace | 14 | 17,3 % |
| VZŠ (DiS.) | 15 | 18,5 % |
| VŠ (Bc.) | 26 | 32,1 % |
| VŠ (Mgr.) | 7 | 8,6 % |
| V současnosti studuji | 6 | 7,4 % |
| Celkem | 81 | 100,0 % |

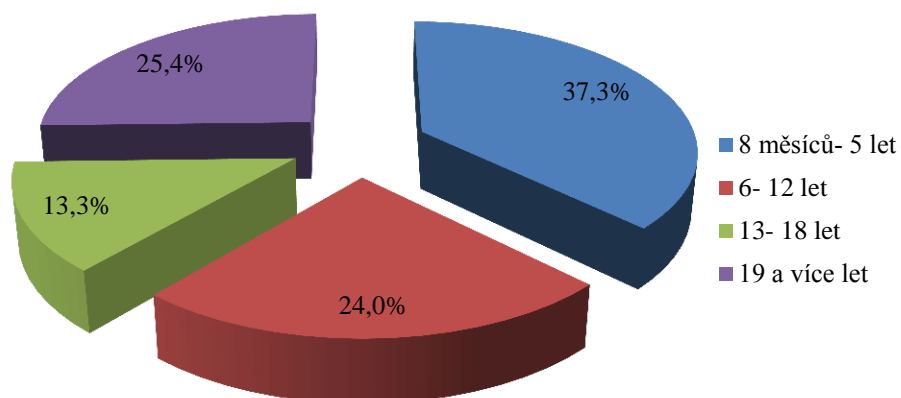


Graf č. 2: Nejvyšší vzdělání respondentů

Tabulka i graf č. 2 představuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Vystudovanou střední zdravotnickou školu uvedlo 13 (16,1 %) respondentů a v současnosti studuje 6 (7,4 %) respondentů specializační vzdělání – ARIP (anestézie, resuscitace, intenzivní péče). Celkem 26 (32,1 %) respondentů označilo vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. a s titulem Mgr. 7 (8,6 %) respondentů. Dalších 15 (18,5 %) respondentů označilo vyšší odborné zdravotnické vzdělání s titulem DiS. Střední zdravotnickou školu se specializací uvedlo 14 (17,3 %) respondentů.

Otázka č. 3: Kolik let působíte v ošetrovatelské praxi?*Tabulka č. 3: Délka ošetrovatelské praxe respondentů*

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| 8 měsíců až 5 let | 28 | 37,3 % |
| 6–12 let | 18 | 24,0 % |
| 13–18 let | 10 | 13,3 % |
| 19 a více let | 19 | 25,4 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |

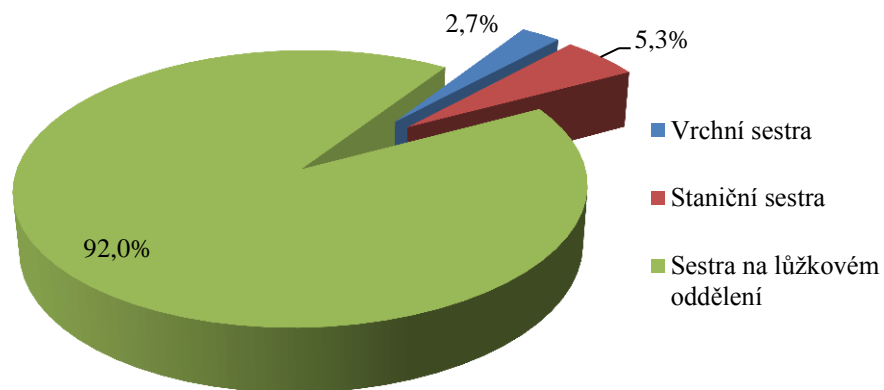
*Graf č. 3: Délka ošetrovatelské praxe respondentů*

Celkem 28 (37,3 %) respondentů uvedlo délku ošetrovatelské praxe v rozmezí 8 měsíců až 5 let. Délku ošetrovatelské praxe v rozmezí 6–12 let označilo 18 (24,0 %) respondentů a z toho 10 (13,3 %) respondentů v rozmezí 13–18 let. 19 a více let uvedlo 19 (25,4 %) respondentů.

Otázka č. 4: Jaké je Vaše pracovní zařazení?

Tabulka č. 4: Pracovní zařazení respondentů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Vrchní sestra | 2 | 2,7 % |
| Staniční sestra | 4 | 5,3 % |
| Sestra na lůžkovém oddělení | 69 | 92,0 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |

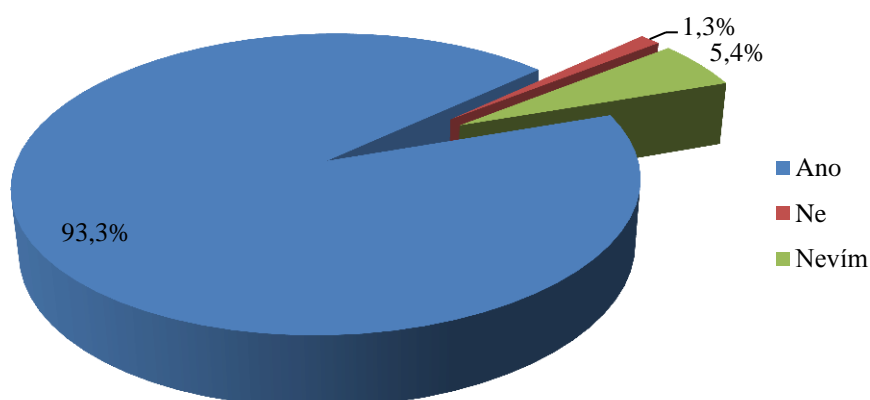


Graf č. 4: Pracovní zařazení respondentů

Tabulka i graf č. 4 poukazuje na pracovní zařazení respondentů. Celkem 2 (2,7 %) respondenti byli vrchní sestry, 4 (5,3 %) staniční sestry a 69 (92,0 %) respondentů byli sestry na lůžkovém oddělení.

Otázka č. 5: Jsou prováděny na Vašem pracovišti interní audity?*Tabulka č. 5: Provádění interních auditů na pracovišti respondentů*

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 70 | 93,3 % |
| Ne | 1 | 1,3 % |
| Nevím | 4 | 5,4 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |

*Graf č. 5: Provádění interních auditů na pracovišti respondentů*

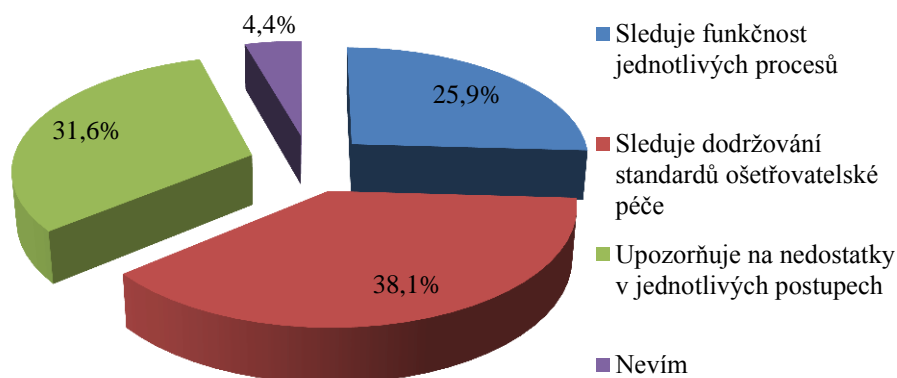
Celkem 70 (93,3 %) respondentů odpovědělo, že interní audity jsou na jejich pracovišti prováděny. Pouze 4 (5,4 %) respondenti odpověděli, že si nebyli jisti, zda se u nich na pracovišti provádí interní audity a 1 (1,3 %) respondent odpověděl, že se interní audity neprovádí.

Otázka č. 6: Víte, jaký je účel interního auditu?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 6: Znalost respondentů o účelu interního auditu

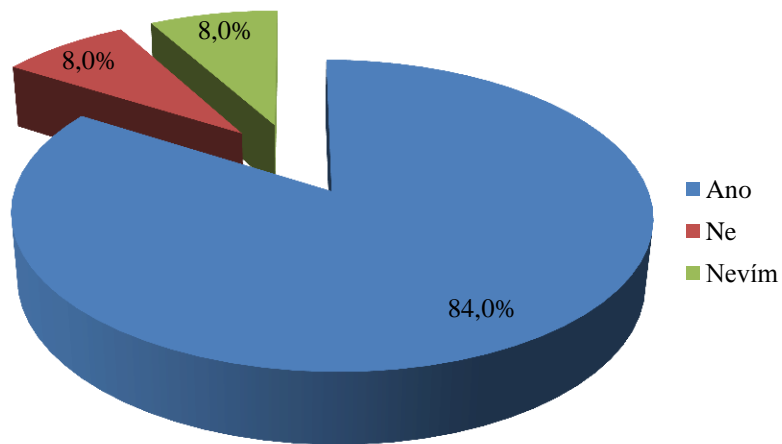
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|-------------------|-------------------|
| Sleduje funkčnost jednotlivých procesů | 41 | 25,9 % |
| Sleduje dodržování standardů ošetrovatelské péče | 60 | 38,1 % |
| Upozorňuje na nedostatky v jednotlivých postupech | 50 | 31,6 % |
| Nevím | 7 | 4,4 % |
| Celkem | 158 | 100,0 % |

*Graf č. 6: Znalost respondentů o účelu interního auditu*

Celkem 60 (38,1 %) respondentů uvedlo, že účelem interního auditu je dodržování ošetrovatelských standardů. Dalších 50 (31,6 %) respondentů uvedlo, že vidí účel interních auditů v upozornění na nedostatky v jednotlivých postupech a z toho 41 (25,9 %) respondentů ve funkčnosti jednotlivých procesů. Pouze 7 (4,4 %) respondentů si nebylo jisto, jaký je účel interního auditu – viz tabulka a graf č. 6.

Otázka č. 7: Jste seznámeni s výsledky interního auditu?*Tabulka č. 7: Seznámení respondentů s výsledky interního auditu*

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 63 | 84,0 % |
| Ne | 6 | 8,0 % |
| Nevím | 6 | 8,0 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |

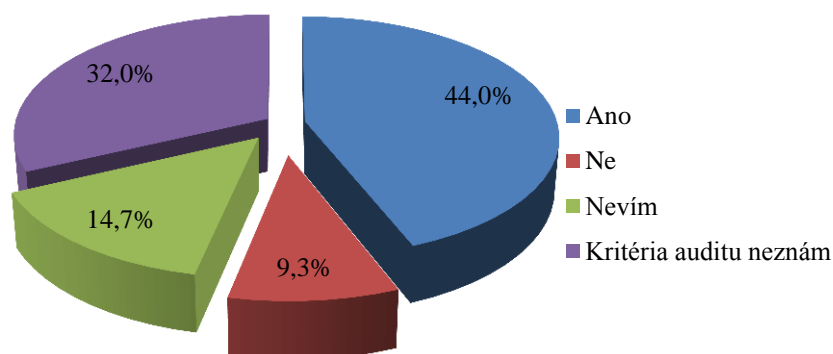
*Graf č. 7: Seznámení respondentů s výsledky interního auditu*

S výsledky interního auditu bylo seznámeno 63 (84,0 %) respondentů, 6 (8,0 %) respondentů s výsledky interního auditu seznámeno nebylo a 6 (8,0 %) respondentů nevědělo, zda bylo s výsledky seznámeno.

Otázka č. 8: Domníváte se, že kritéria interního auditu jsou sestavena tak, aby prověřila důležité náležitosti?

Tabulka č. 8: Názory respondentů na kritéria interních auditů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 33 | 44,0 % |
| Ne | 7 | 9,3 % |
| Nevím | 11 | 14,7 % |
| Kritéria auditu neznám | 24 | 32,0 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |



Graf č. 8: Názory respondentů na kritéria interních auditů

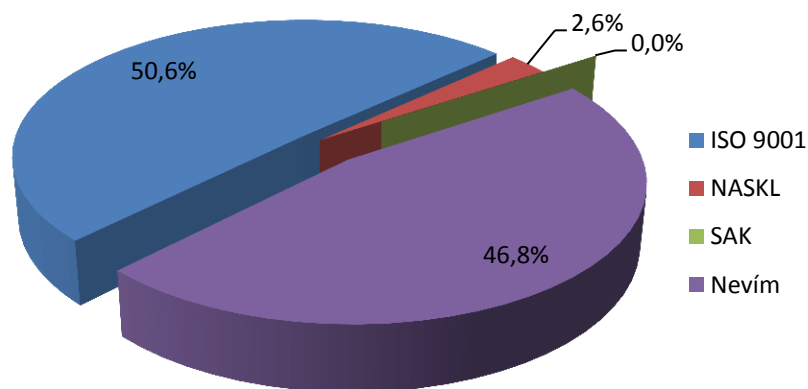
V tabulce a v grafu č. 8 33 (44,0 %) respondentů uvedlo, že kritéria interního auditu jsou sestavena správným způsobem a 24 (32,0 %) respondentů kritéria auditu nezná. Celkem 7 (9,3 %) respondentů uvedlo, že kritéria nejsou sestavena správným způsobem a 11 (14,7 %) respondentů si nebylo jisto, jestli jsou kritéria sestavena tak, aby prověřila všechny důležité náležitosti.

Otázka č. 9: Víte, jakého nejvyššího ocenění dosáhlo Vaše zdravotnické zařízení v oblasti kvality?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 9: Informovanost respondentů z oblasti certifikace ZZ

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| ISO 9001 | 39 | 50,6 % |
| NASKL | 2 | 2,6 % |
| SAK | 0 | 0 % |
| Nevím | 36 | 46,8 % |
| Celkem | 77 | 100,0 % |



Graf č. 9: Informovanost respondentů z oblasti certifikace ZZ

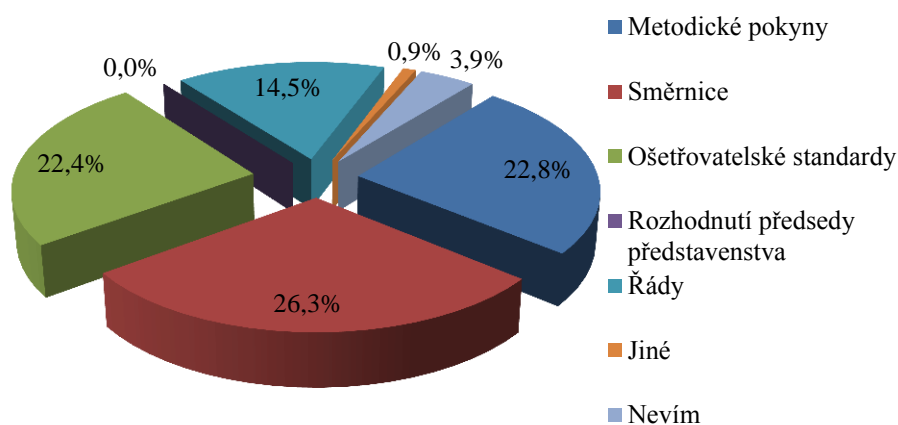
Tabulka i graf č. 9 uvádí informovanost NLZP z oblasti kvality. ISO 9001 uvedlo 39 (50,6 %) respondentů a 2 (2,6 %) respondenti NASKL. Dalších 36 (46,8 %) respondentů si nebylo jisto, jaké ocenění získalo ZZ v oblasti kvality.

Otázka č. 10: Víte, co obsahuje Sběrka vnitřních předpisů?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 10: Znalost respondentů obsahu Sběrky vnitřních předpisů

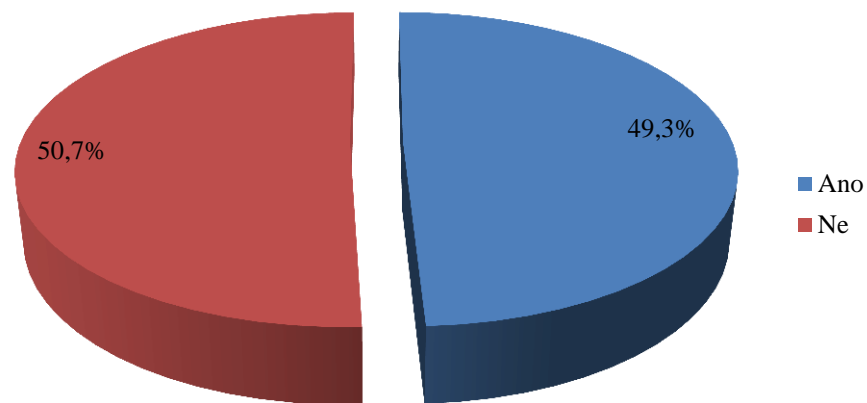
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Metodické pokyny | 52 | 22,8 % |
| Směrnice | 60 | 26,3 % |
| Ošetrovatelské standardy | 51 | 22,4 % |
| Rozhodnutí předsedy představenstva | 21 | 9,2 % |
| Řády | 33 | 14,5 % |
| Jiné | 2 | 0,9 % |
| Nevím | 9 | 3,9 % |
| Celkem | 228 | 100,0 % |

*Graf č. 10: Znalost respondentů obsahu Sběrky vnitřních předpisů*

Celkem 60 (26,3 %) respondentů odpovědělo, že ve Sběrce vnitřních předpisů se nachází Směrnice a 52 (22,8 %) uvedlo Metodické pokyny. Ošetrovatelské standardy uvedlo 51 (22,4 %) respondentů. Dalších 33 (14,5 %) respondentů vědělo, že se ve Sběrce vnitřních předpisů nachází Řády a Rozhodnutí předsedy představenstva uvedlo 21 (9,2 %) respondentů. Jen 2 (0,9 %) respondenti pod označením jiné, doplnili, Bezpečnostní předpisy a dokument Péče o pacienta. Bohužel 9 (3,9 %) respondentů neznalo obsah Sběrky vnitřních předpisů.

Otázka č. 11: Znáte rozdíl mezi interním a externím auditem?*Tabulka č. 11: Znalosti respondentů rozdílů mezi interním a externím auditem*

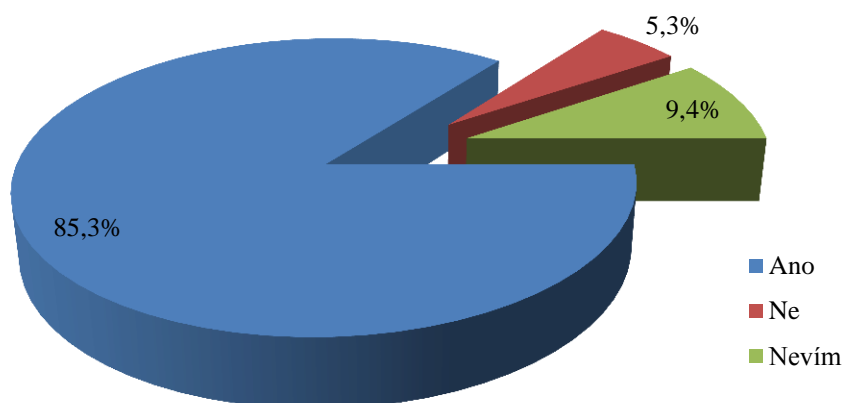
| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 37 | 49,3 % |
| Ne | 38 | 50,7 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |

*Graf č. 11: Znalosti respondentů rozdílů mezi interním a externím auditem*

Celkem 38 (50,7 %) respondentů neznalo rozdíl mezi interním a externím auditem. Pouze 37 (49,3 %) respondentů rozdíl mezi interním a externím auditem znalo. Uvedli, že interní audit provádí zaměstnanci KNTB a externí audit např. cizí osoba, externí auditor.

Otázka č. 12: Řídíte se Vy osobně na Vašem oddělení dle ošetřovatelských standardů?*Tabulka č. 12: Dodržování ošetřovatelských standardů respondenty*

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 64 | 85,3 % |
| Ne | 4 | 5,3 % |
| Nevím | 7 | 9,4 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |

*Graf č. 12: Dodržování ošetřovatelských standardů respondenty*

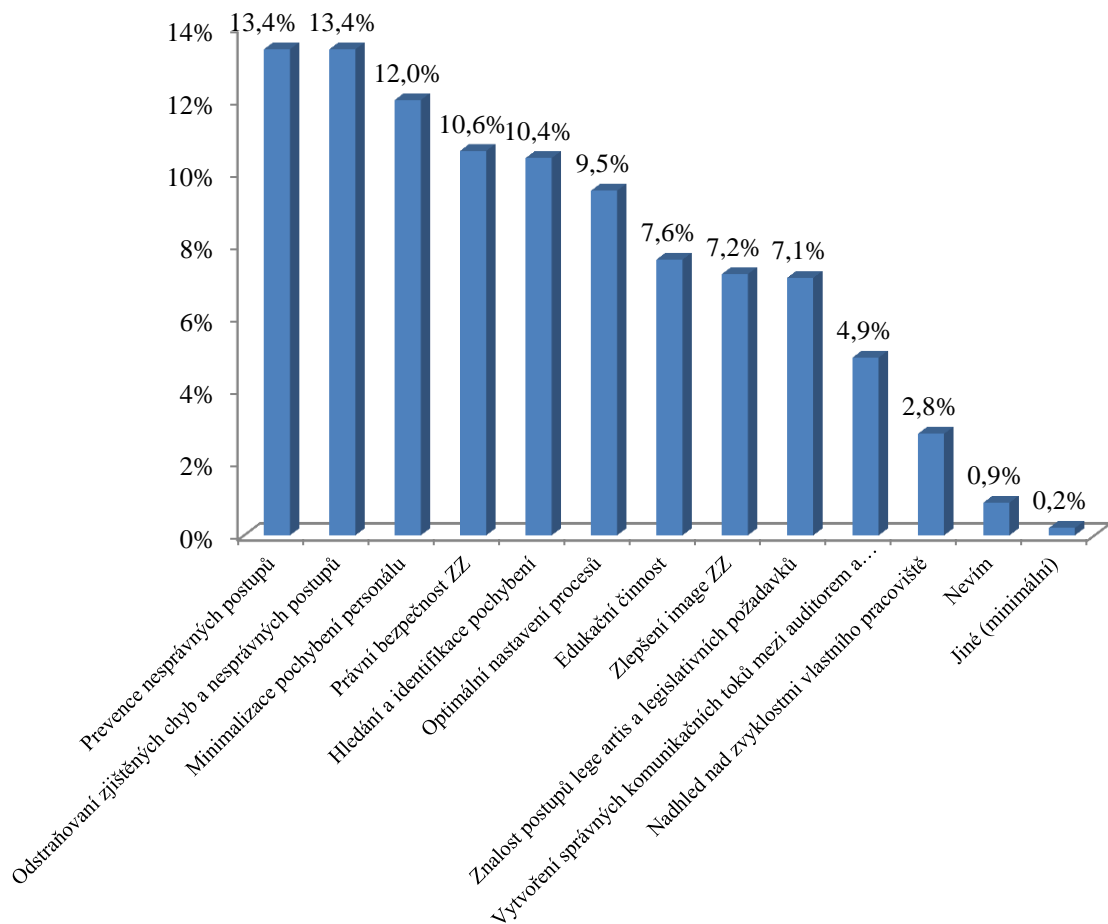
Celkem 64 (85,3 %) respondentů uvedlo, že dodržuje a řídí se podle ošetřovatelských standardů. Bohužel 4 (5,3 %) respondenti uvedli, že standardy nedodržují a 7 (9,4 %) respondentů si nebylo jisto, zda ošetřovatelské standardy dodržují.

Otázka č. 13: Jaký je podle Vás přínos interních auditů?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 13: Názory respondentů na přínos interních auditů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Právní bezpečnost ZZ | 46 | 10,6 % |
| Edukační činnost | 33 | 7,6 % |
| Minimalizace pochybení personálu | 52 | 12,0 % |
| Prevence nesprávných postupů | 58 | 13,4 % |
| Hledání a identifikace pochybení | 45 | 10,4 % |
| Odstraňování zjištěných chyb a nesprávných postupů | 58 | 13,4 % |
| Optimální nastavení procesů | 41 | 9,5 % |
| Vytvoření správných komunikačních toků mezi auditorem a prověřovaným | 21 | 4,9 % |
| Zlepšení image ZZ | 31 | 7,2 % |
| Znalost postupů lege artis a legislativních požadavků | 30 | 7,1 % |
| Náhled nad zvyklostmi vlastního pracoviště | 12 | 2,8 % |
| Nevím | 4 | 0,9 % |
| Jiné (minimální) | 1 | 0,2 % |
| Celkem | 432 | 100,0 % |



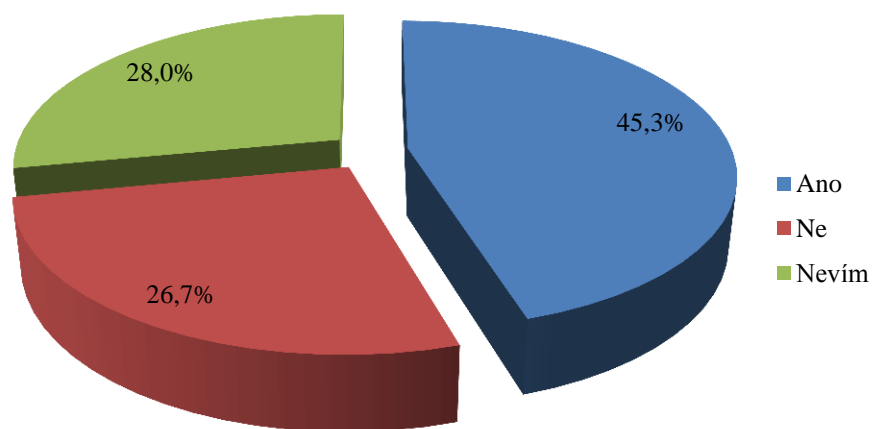
Graf č. 13: Názory respondentů na přínos interních auditů

Celkem 58 (13,4 %) respondentů označilo, že největším přínosem interních auditů je prevence nesprávných postupů a odstraňování zjištěných chyb a nesprávných postupů. Jako přínos minimalizaci pochybení personálu uvedlo 52 (12,0 %) respondentů a 46 (10,6 %) právní bezpečnost ZZ. Hledání a identifikaci pochybení označilo 45 (10,4 %) respondentů a 41 (9,5 %) optimální nastavení procesů. Edukační činnost označilo 33 (7,6 %) respondentů a zlepšení image ZZ 31 (7,2 %). Pouze 30 (7,1 %) respondentů uvedlo, že dalším přínosem je znalost postupů lege artis a legislativních požadavků. Vytvoření správných komunikačních toků mezi auditorem a prověřovaným označilo 21 (4,9 %) respondentů. Nadhled nad zvyklostmi uvedlo 12 (2,8 %) respondentů a jiný, minimální přínos uvedl 1 (0,2 %) respondent. Pouze 4 (0,9 %) respondenti odpověděli, že si nebyli jisti, jaký je přínos interních auditů.

Otázka č. 14: Domníváte se, že interní audit poskytuje objektivní informace o stavu auditovaných procesů a funkčnosti směrnic?

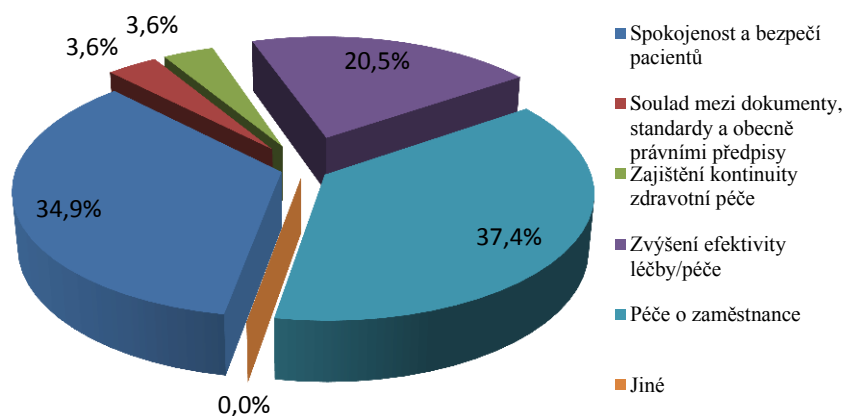
Tabulka č. 14: Názory respondentů na funkčnost směrnic a procesů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 34 | 45,3 % |
| Ne | 20 | 26,7 % |
| Nevím | 21 | 28,0 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |



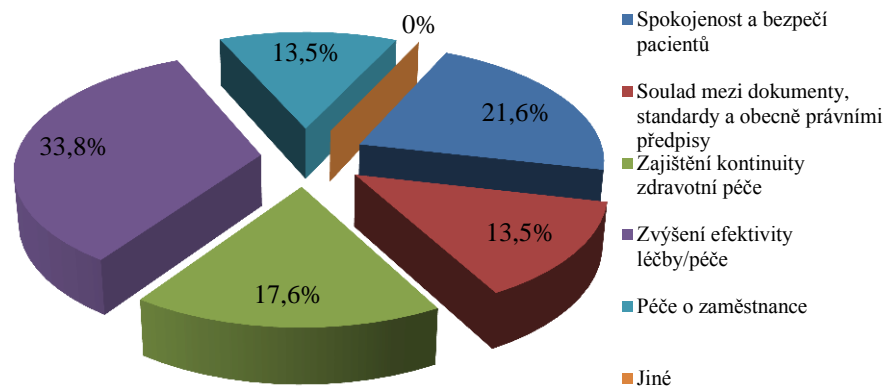
Graf č. 14: Názory respondentů na funkčnost směrnic a procesů

Celkem 34 (45,3 %) respondentů uvedlo, že interní audit poskytuje objektivní informace o stavu auditovaných procesů a funkčnosti směrnic a z toho 20 (26,7 %) respondentů odpovědělo, že objektivní informace neposkytuje. Dalších 21 (28,00 %) respondentů uvedlo, že si nejsou jisti, jestli interní audit poskytuje objektivní informace.



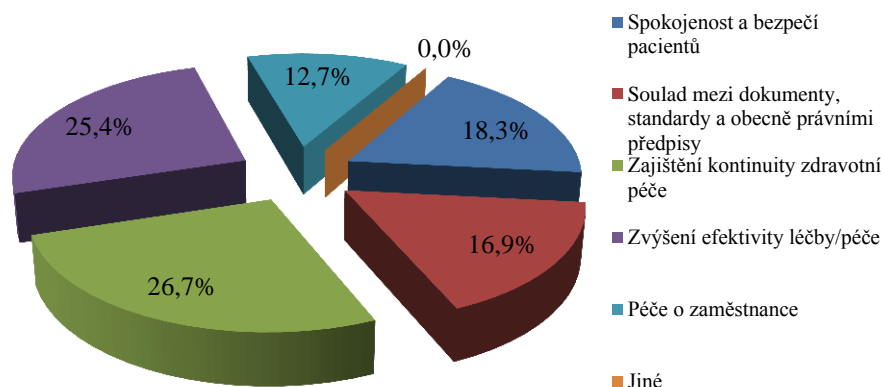
Graf č. 15: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, stupnice č. 1

Na stupnici č. 1 je z 83 respondentů pro všeobecné sestry nejvíce důležitá, péče o zaměstnance, kterou označilo 31 respondentů (37,4 %). Spokojenost a bezpečí pacientů označilo 29 (34,9 %) respondentů. Zvýšení efektivity léčby/péče označilo 17 (20,5 %) respondentů. Soulad mezi dokumenty, standardy a obecně právními předpisy se zajištěním kontinuity péče označili 3 (3,6 %) respondenti. Pod označením jiné žádný respondent nic nevedl.



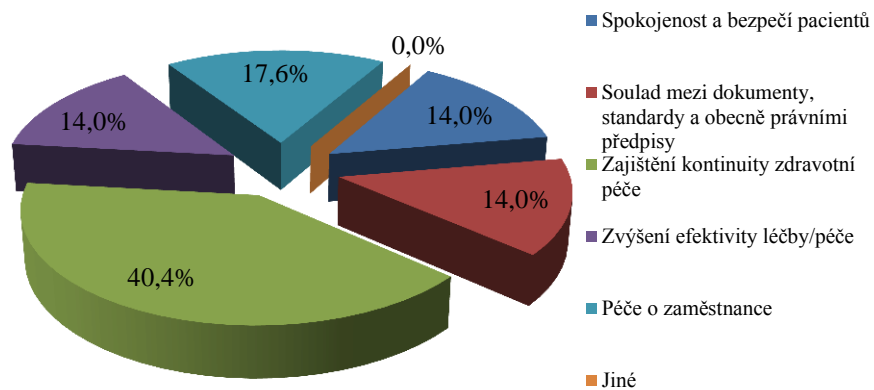
Graf č. 16: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, stupnice č. 2

Stupnice č. 2 ze 74 odpovědí, poukazuje na zvýšení efektivity léčby/péče, kterou označilo 25 (33,8 %) respondentů. Celkem 16 (21,6 %) respondentů označilo spokojenost a bezpečí pacientů a 13 (17,6 %) zajištění kontinuity zdravotní péče. Soulad mezi dokumenty a péči o zaměstnance označilo 10 (13,5 %) respondentů. Stupnice č. 2 je více důležitá. Pod označením jiné žádný respondent nic nevedl.



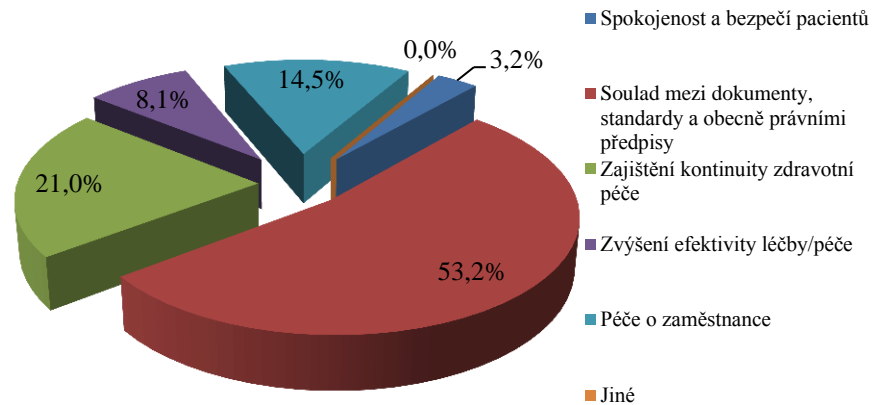
Graf č. 17: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, stupnice č. 3

Stupnice č. 3, důležitá. Celkem 19 (26,7 %) respondentů uvedlo jako důležitou kontinuitu zdravotní péče a 18 (25,4 %) respondentů zvýšení efektivity léčby/péče. Spokojenost a bezpečí pacientů označilo 13 (18,3 %) respondentů a soulad mezi dokumenty 12 (16,9 %). Péči o zaměstnance na stupnici č. 3 označilo 9 (12,7 %) respondentů. Celkem byla stupnice č. 3 označena 71 respondenty. Pod označením jiné žádný respondent nic nevedl.



Graf č. 18: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, stupnice č. 4

Stupnice č. 4, méně důležitá. Celkem 23 (40,4 %) respondentů uvedlo jako méně důležitou kontinuitu zdravotní péče a 10 (17,6 %) péči o zaměstnance. Pouze 8 (14,0 %) respondentů označilo spokojenost a bezpečí pacientů, efektivitu léčby a soulad mezi dokumenty. Celkem bylo označeno 57 odpovědí. Pod označením jiné žádný respondent nic nevedl.



Graf č. 19: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, stupnice č. 5

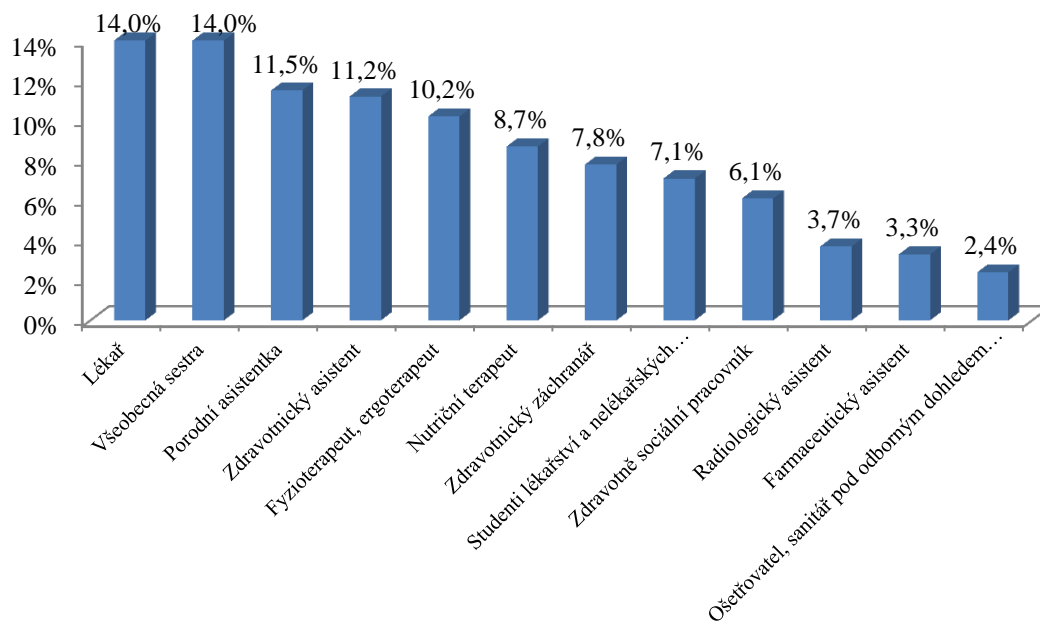
Stupnice č. 5, nedůležitá motivace. Celkem 33 (53,2 %) respondentů uvedlo, že u nich není podstatný soulad mezi dokumenty a u 13 (21,0 %) respondentů kontinuita zdravotní péče. Pouze 9 (14,5 %) respondentů označilo jako nedůležitou motivaci péči o zaměstnance. Zvýšení efektivity léčby/péče označilo 5 (8,1 %) respondentů a 2 (3,2 %) spokojenost a bezpečí pacientů. Na stupnici č. 5 se nacházelo 62 odpovědí. Pod označením jiné žádný respondent nic nevedl.

Otázka č. 16: Kdo může provádět záznam do zdravotnické dokumentace?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 17: Znalost respondentů o provádění záznamů do ZD jiným zdravotnickým personálem

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Lékař | 75 | 14,0 % |
| Všeobecná sestra | 75 | 14,0 % |
| Porodní asistentka | 62 | 11,5 % |
| Zdravotnický asistent | 60 | 11,2 % |
| Fyzioterapeut, ergoterapeut | 55 | 10,2 % |
| Zdravotně sociální pracovník | 33 | 6,1 % |
| Nutriční terapeut | 47 | 8,7 % |
| Radiologický asistent | 20 | 3,7 % |
| Zdravotnický záchranář | 42 | 7,8 % |
| Farmaceutický asistent | 18 | 3,3 % |
| Ošetřovatel, sanitář pod odborným dohledem NLZP | 13 | 2,4 % |
| Studenti lékařství a nelékařských zdravotnických profesí pod dohledem NLZP | 38 | 7,1 % |
| Celkem | 538 | 100,0 % |



Graf č. 20: Znalost respondentů o provádění záznamů do ZD jiným zdravotnickým personálem

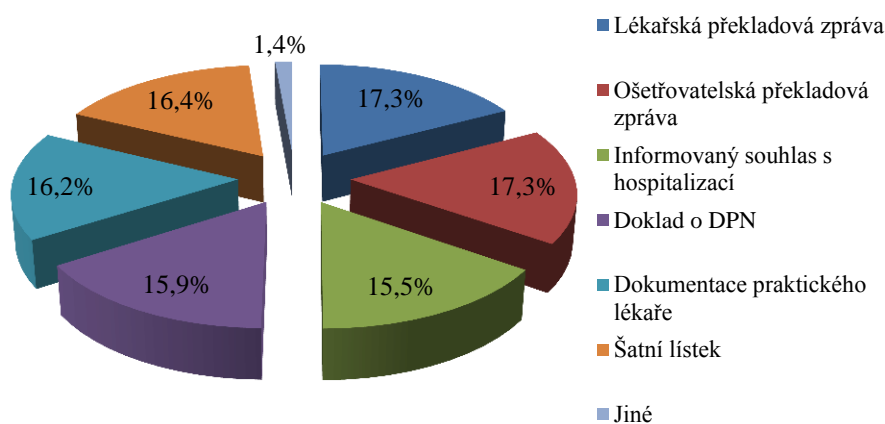
Záznamy do ZD mohou provádět všichni zaměstnanci z této tabulky. Vzestupné řazení ukazuje, jak jsou sestry vzdělány v oblasti provádění záznamů do ZD. Nejvíce odpovědí bylo u lékařů a všeobecných sester a to celkem 75 (14,0 %). Porodní asistentku označilo 62 (11,5 %) respondentů, 60 (11,2 %) respondentů uvedlo zdravotnického asistenta a 55 (10,2 %) fyzioterapeuta. Nutričního terapeuta označilo 47 (8,7 %) respondentů a zdravotnického záchranáře 42 (7,8 %). Studenty lékařství a nelékařských zdravotnických profesí pod dohledem NLZP označilo celkem 38 (7,1 %) respondentů. Pouze 20 (3,7 %) respondentů uvedlo radiologického asistenta a 18 (3,3 %) farmaceutického asistenta. Nejméně respondentů, celkem 13 (2,4 %) označilo ošetrovatele či sanitáře pod odborným dohledem NLZP.

Otázka č. 17: Která část dokumentace se při překladu pacienta předává na jiný primariát?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 18: Znalosti respondentů ZD při překladu

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Lékařská překládová zpráva | 75 | 17,3 % |
| Ošetrovatelská překládová zpráva | 75 | 17,3 % |
| Informovaný souhlas s hospitalizací | 67 | 15,5 % |
| Doklad o DPN | 69 | 15,9 % |
| Dokumentace praktického lékaře | 70 | 16,2 % |
| Šatní lístek | 71 | 16,4 % |
| Jiné | 6 | 1,4 % |
| Celkem | 433 | 100,0 % |



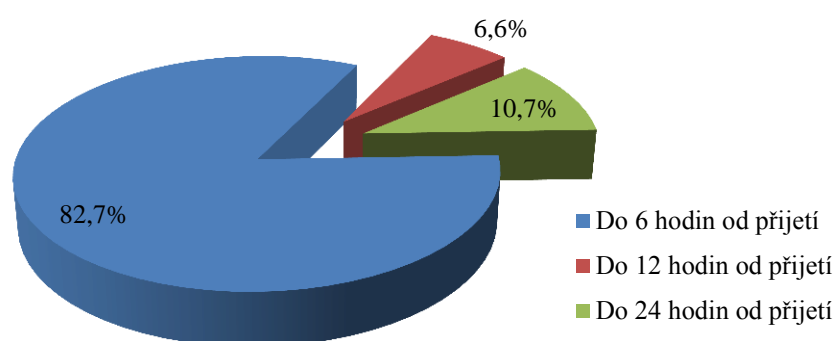
Graf č. 21: Znalosti respondentů ZD při překladu

Celkem 75 (17,3 %) respondentů uvedlo, že při překladu předává lékařskou překládovou a ošetrovatelskou překládovou zprávu. Informovaný souhlas s hospitalizací označilo, že při překladu předává 67 (15,5 %) respondentů a 69 (15,9 %) doklad o DPN. Šatní lístek uvedlo 71 (16,4 %) respondentů a 70 (16,2 %) dokumentaci praktického lékaře. Pouze 6 (1,4 %) respondentů pod označením jiné uvedli, že při překladu předávají např. kopie EKG, diabetologický dekurz, ambulantní záznamy zobrazovacích metod, operační protokol či anesteziologický záznam.

Otázka č. 18: Za jak dlouho provádíte od přijetí odběr ošetřovatelské anamnézy či vstupní posouzení?

Tabulka č. 19: Odběr ošetřovatelské anamnézy od přijetí respondenty

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| Do 6 hodin od přijetí | 62 | 82,7 % |
| Do 12 hodin od přijetí | 5 | 6,6 % |
| Do 24 hodin od přijetí | 8 | 10,7 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |



Graf č. 22: Odběr ošetřovatelské anamnézy od přijetí respondenty

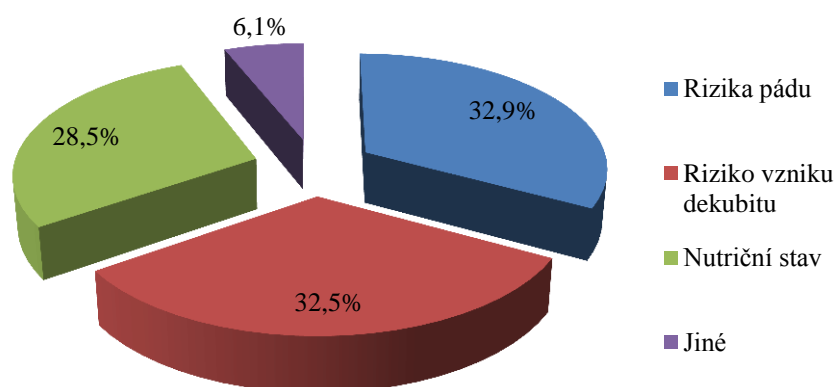
Celkem 62 (82,7 %) respondentů uvedlo, že provádí odběr ošetřovatelské anamnézy do 6 hodin od přijetí. Do 24 hodin od přijetí označilo odběr ošetřovatelské anamnézy 8 (10,7 %) respondentů a 5 (6,6 %) respondentů do 12 hodin od přijetí.

Otázka č. 19: Co stanovujete v ošetřovatelské anamnéze či vstupním posouzení?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 20: Stanovení rizik při vstupním posouzení na pracovištích respondentů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| Rizika pádu | 75 | 32,9 % |
| Riziko vzniku dekubitu | 74 | 32,5 % |
| Nutriční stav | 65 | 28,5 % |
| Jiné | 14 | 6,1 % |
| Celkem | 228 | 100,0 % |

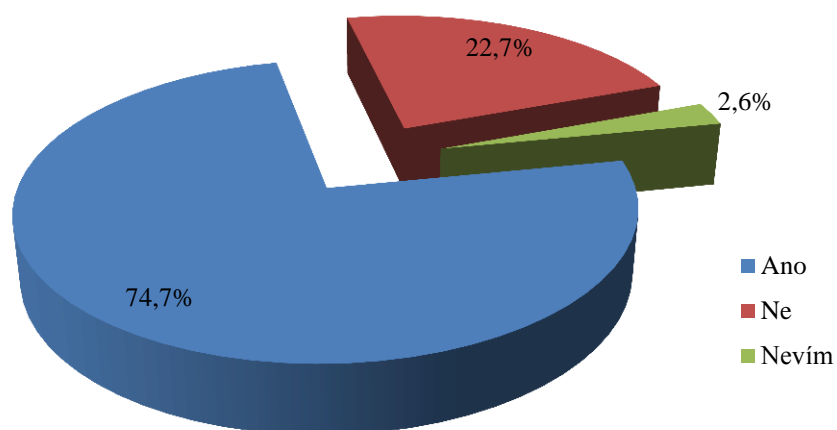
*Graf č. 23: Stanovení rizik při vstupním posouzení na pracovištích respondentů*

Celkem 75 (32,9 %) respondentů uvedlo, že nejvíce stanovuje ošetřovatelskou diagnózu riziko pádu a 74 (32,5 %) riziko vzniku dekubitu. Nutriční stav označilo 65 (28,5 %) respondentů. Pouze 14 (6,1 %) respondentů pod označením jiné uvedli, že stanovují např. alergickou anamnézu, sociální stav pacienta, VAS, ADL, Glasgow skóre, Ramsay skóre, souhlas s přítomností studentů a seznámení s řádem – viz tabulka č. 20 a graf č. 23.

Otázka č. 20: Provádíte zhodnocení a aktualizaci ošetrovatelských diagnóz denně na základě stavu pacienta?

Tabulka č. 21: Denní zhodnocení ošetrovatelských diagnóz prováděná respondenty

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 56 | 74,7 % |
| Ne | 17 | 22,7 % |
| Nevím | 2 | 2,6 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |



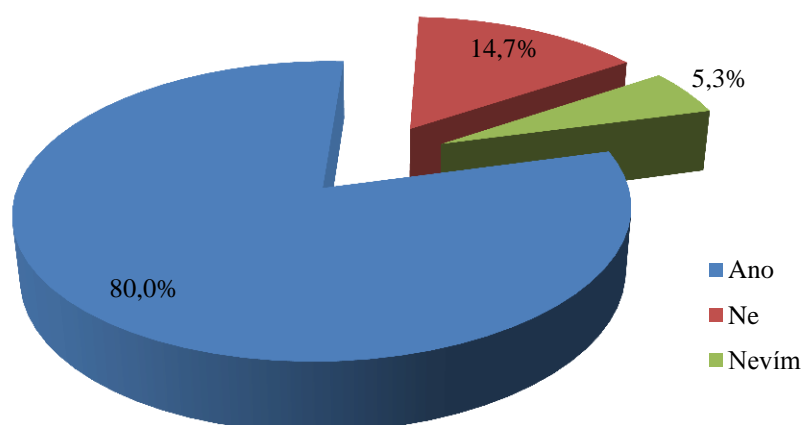
Graf č. 24: Denní zhodnocení ošetrovatelských diagnóz prováděná respondenty

Zhodnocení a aktualizaci ošetrovatelských diagnóz uvedlo, že provádí denně 56 (74,7 %) respondentů. Celkem 17 (22,7 %) respondentů uvedlo, že zhodnocení a aktualizaci ošetrovatelských diagnóz neprovádí a 2 (2,6 %) respondenti si nebyli jisti, jestli zhodnocení a aktualizaci ošetrovatelských diagnóz provádí.

Otázka č. 21: Plánujete ošetrovatelské intervence dle stanovené ošetrovatelské diagnózy?

Tabulka č. 22: Plánování intervencí dle stanovené ošetrovatelské diagnózy

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 60 | 80,0 % |
| Ne | 11 | 14,7 % |
| Nevím | 4 | 5,3 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |

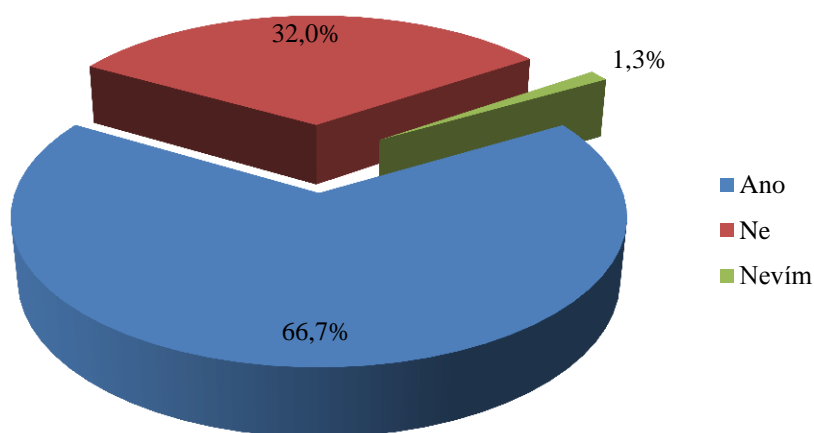


Graf č. 25: Plánování intervencí dle stanovené ošetrovatelské diagnózy

Tabulka č. 22 a graf č. 25 se zaměřuje na plánování intervencí dle stanovené ošetrovatelské diagnózy. Celkem 60 (80,0 %) respondentů uvedlo, že plánuje intervence podle stanovené ošetrovatelské diagnózy a 11 (14,7 %) respondentů označilo, že intervence dle diagnózy neplánuje. Bohužel 4 (5,3 %) respondenti si nebyli jisti, zda intervence dle stanovené ošetrovatelské diagnózy plánují.

Otázka č. 22: Zaznamenáváte při ukončení ošetrovatelské diagnózy její zhodnocení?*Tabulka č. 23: Záznam zhodnocení ošetrovatelské diagnózy při jejím ukončení*

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 50 | 66,7 % |
| Ne | 24 | 32,0 % |
| Nevím | 1 | 1,3 % |
| Celkem | 75 | 100,0 % |

*Graf č. 26: Záznam zhodnocení ošetrovatelské diagnózy při jejím ukončení*

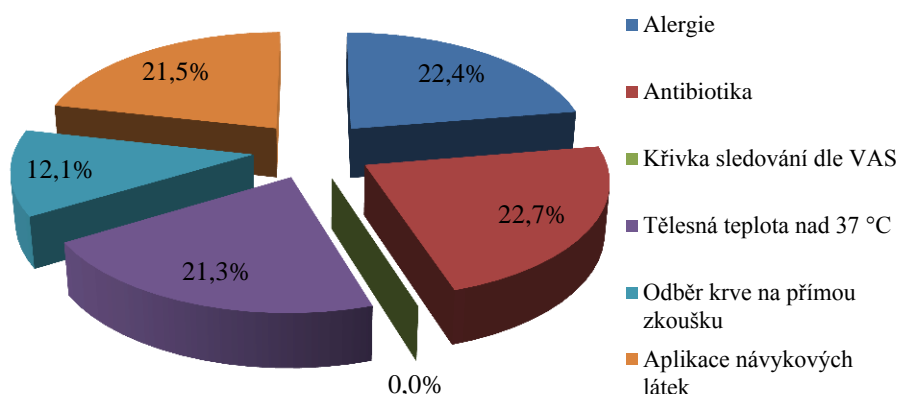
Celkem 50 (66,7 %) respondentů uvedlo, že při ukončení ošetrovatelské diagnózy zaznamenává její zhodnocení. Dalších 24 (32,0 %) respondentů uvedlo, že zhodnocení diagnóz nezaznamenává a 1 (1,3 %) respondent si nebyl jist, jestli zhodnocení ošetrovatelských diagnóz při ukončení provádí.

Otázka č. 23: Červenou barvou v textu se v dokumentaci např. značí:

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 24: Znalosti respondentů o značení textu ve ZD červenou barvou

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Alergie | 74 | 22,4 % |
| Antibiotika | 75 | 22,7 % |
| Křivka sledování dle VAS | 0 | 0,0 % |
| Tělesná teplota nad 37 °C | 70 | 21,3 % |
| Odběr krve na přímou zkoušku | 40 | 12,1 % |
| Aplikace návykových látek | 71 | 21,5 % |
| Celkem | 330 | 100,0 % |



Graf č. 27: Znalosti respondentů o značení textu ve ZD červenou barvou

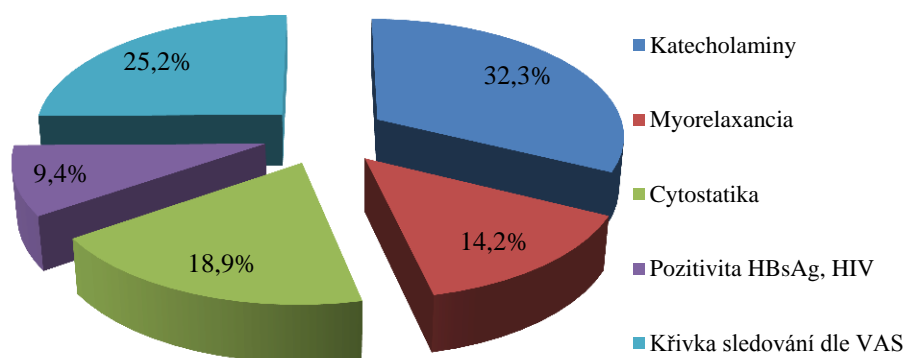
Celkem 75 (22,7 %) respondentů označilo, že se červenou barvou v textu značí antibiotika a 74 (22,4 %) alergie. Tělesnou teplotu nad 37 °C označilo 70 (21,3 %) respondentů a 71 (21,5 %) aplikaci návykových látek. Celkem 40 (12,1 %) respondentů označilo odběr krve na přímou zkoušku. Křivku sledování dle VAS žádný respondent neoznačil.

Otázka č. 24: Zelenou barvou v textu se v dokumentaci např. značí:

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 25: Znalosti respondentů o značení textu ve ZD zelenou barvou

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| Katecholaminy | 41 | 32,3 % |
| Myorelaxancia | 18 | 14,2 % |
| Cytostatika | 24 | 18,9 % |
| Pozitivita HBsAg, HIV | 12 | 9,4 % |
| Křivka sledování dle VAS | 32 | 25,2 % |
| Celkem | 127 | 100,0 % |

*Graf č. 28: Znalosti respondentů o značení textu ve ZD zelenou barvou*

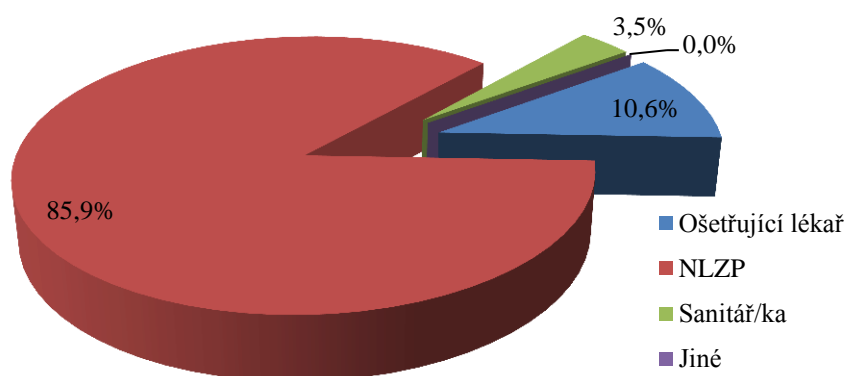
Celkem 41 (32,3 %) respondentů uvedlo, že zaznamenává zelenou barvou v textu katecholaminy a 32 (25,3 %) křivku sledování dle VAS. Cytostatika označilo 24 (18,9 %) respondentů a 18 (14,2 %) myorelaxancia. Bohužel 12 (9,4 %) respondentů označilo, že zaznamenává zelenou barvou pozitivitu HBsAg a HIV, což není správně.

Otázka č. 25: Kdo zodpovídá za označení pacientů identifikačními náramky?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 26: Zodpovědnost personálu za označení pacientů identifikačními náramky

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Ošetřující lékař | 9 | 10,6 % |
| NLZP | 73 | 85,9 % |
| Sanitář/ka | 3 | 3,5 % |
| Jiné | 0 | 0,0 % |
| Celkem | 85 | 100,0 % |

*Graf č. 29: Zodpovědnost personálu za označení pacientů identifikačními náramky*

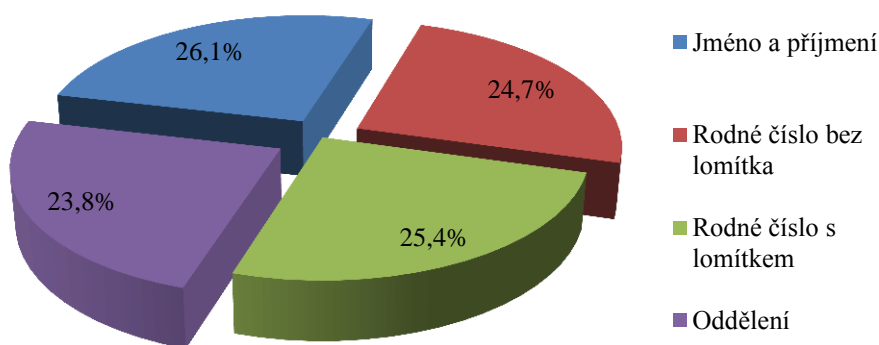
Celkem 73 (85,9 %) respondentů uvedlo, že za označení identifikačnímu náramky zodpovídá NLZP a u 9 (10,6 %) respondentů lékař. Sanitáře, sanitářku označili 3 (3,5 %) respondenti. Tato odpověď, kterou respondenti označili, je nesprávná, viz tabulka č. 26 a graf č. 29.

Otázka č. 26: Které údaje obsahuje identifikační náramek pacienta?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 27: Znalost respondentů na obsah údajů na identifikačním náramku pacienta

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Jméno a příjmení | 75 | 26,1 % |
| Rodné číslo bez lomítka | 71 | 24,7 % |
| Rodné číslo s lomítkem | 73 | 25,4 % |
| Oddělení | 68 | 23,8 % |
| Celkem | 287 | 100,0 % |

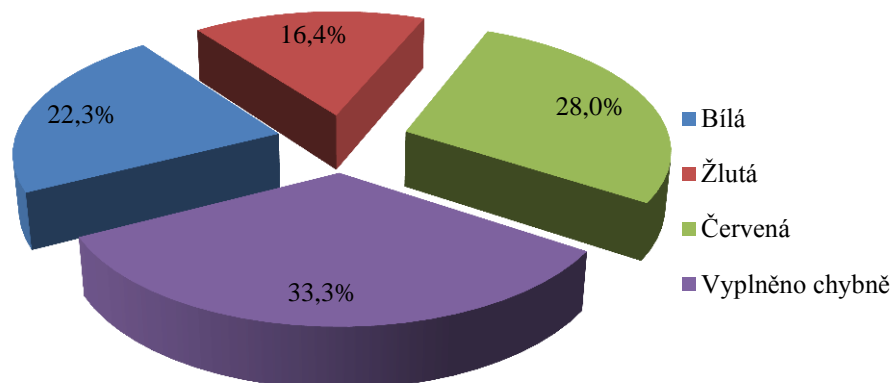
*Graf č. 30: Znalost respondentů na obsah údajů na identifikačním náramku pacienta*

Celkem 75 (26,1 %) respondentů odpovědělo, že identifikační náramek obsahuje jméno a příjmení a 71 (24,7 %) rodné číslo bez lomítka či datum narození. Oddělení uvedlo jen 68 (23,8 %) respondentů. Z celkového počtu 287 odpovědí označilo 73 (25,4 %) respondentů rodné číslo s lomítkem. Toto tvrzení je bohužel nesprávné- viz tabulka č. 27 a graf č. 30.

Otázka č. 27: Prosím doplňte barvy identifikačních náramků dle rizika pacientů:

Tabulka č. 28: Znalost respondentů v barvách identifikačních náramků dle rizika pacientů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Bílá | 50 | 22,3 % |
| Žlutá | 37 | 16,4 % |
| Červená | 63 | 28,0 % |
| Vyplněno chybně | 75 | 33,3 % |
| Celkem | 225 | 100,0 % |



Graf č. 31: Znalost respondentů v barvách identifikačních náramků dle rizika pacientů

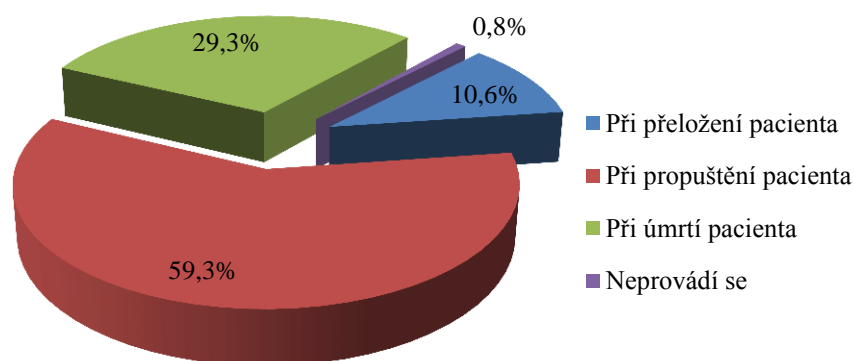
Bílou barvu identifikačního náramku doplnilo 50 (22,3 %) respondentů. Identifikační náramek s červenou barvou doplnilo 63 (28,0 %) respondentů. Jen 37 (16,4 %) respondentů doplnilo žlutou barvu identifikačního náramku. Z celkového počtu 225 odpovědí bylo 75 (33,3 %) odpovědí chybných viz- tabulka č. 28 a graf č. 31.

Otázka č. 28: Kdy se provádí odstranění identifikačního náramku?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 29: Odstranění identifikačního náramku u pacienta

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Při přeložení pacienta | 13 | 10,6 % |
| Při propuštění pacienta | 73 | 59,3 % |
| Při úmrtí pacienta | 36 | 29,3 % |
| Neprovádí se | 1 | 0,8 % |
| Celkem | 123 | 100,0 % |

*Graf č. 32: Odstranění identifikačního náramku u pacienta*

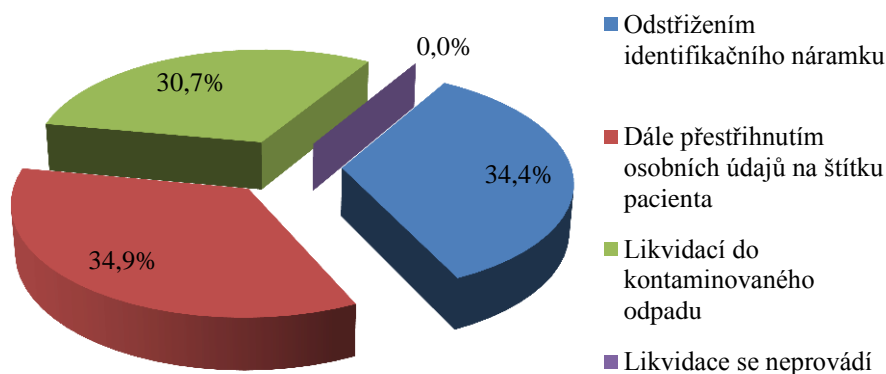
Celkem 73 (59,3 %) respondentů uvedlo, že provádí odstranění identifikačního náramku při propuštění pacienta a 36 (29,3 %) při úmrtí pacienta. Při přeložení pacienta uvedlo 13 (10,6 %) respondentů odstranění identifikačního náramku a 1 (0,8 %) respondent odpověděl, že se odstranění identifikačního náramku neprovádí.

Otázka č. 29: Jak provádíte likvidaci identifikačního náramku?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 30: Znalost respondentů o likvidaci identifikačního náramku

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Odstřížením identifikačního náramku | 65 | 34,4 % |
| Dále přestříhnutím osobních údajů na štítku pacienta | 66 | 34,9 % |
| Likvidací do kontaminovaného odpadu | 58 | 30,7 % |
| Likvidace se neprovádí | 0 | 0,0 % |
| Celkem | 189 | 100,0 % |

*Graf č. 33: Znalost respondentů o likvidaci identifikačního náramku*

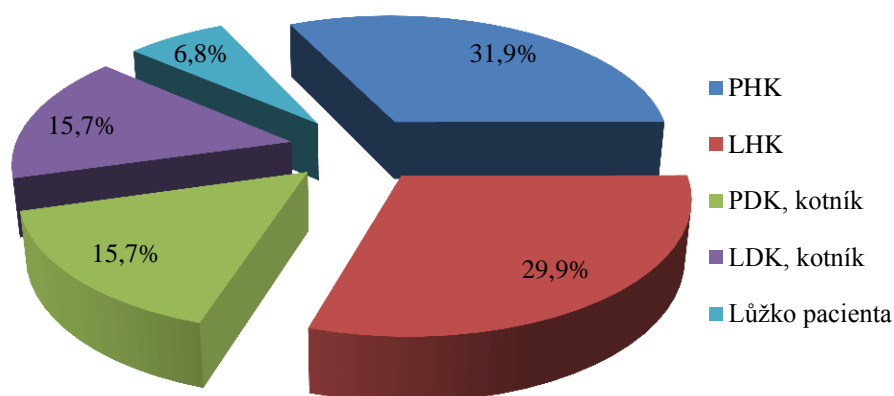
Celkem 65 (34,4 %) respondentů označilo, že provádí likvidaci identifikačního náramku jeho odstřížením a 66 (34,9 %) přestříhnutím osobních údajů na štítku. Likvidaci do kontaminovaného odpadu uvedlo, že provádí 58 (30,7 %) respondentů. Žádný respondent neodpověděl, že se likvidace neprovádí.

Otázka č. 30: Kde je možné připevnit identifikační náramek?

(možnost více odpovědí)

Tabulka č. 31: Místo připevnění identifikačního náramku na pacientovi

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------|-------------------|-------------------|
| PHK | 75 | 31,9 % |
| LHK | 70 | 29,9 % |
| PDK, kotník | 37 | 15,7 % |
| LDK, kotník | 37 | 15,7 % |
| Lůžko pacienta | 16 | 6,8 % |
| Celkem | 235 | 100,0 % |

*Graf č. 34: Místo připevnění identifikačního náramku na pacientovi*

Z celkového počtu 75 (31,9 %) respondentů uvedlo, že připevňuje identifikační náramek na PHK a 70 (29,9 %) na LHK. PDK a LDK, kotník označilo 37 (15,7 %) respondentů. Bohužel 16 (6,8 %) respondentů uvedlo, že připevňuje náramek na lůžko pacienta.

DISKUZE

Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků s návratností 75 dotazníků, což je 75 % z celkového počtu oslovených respondentů. Nejvíce, 34 (45,3 %) respondentů bylo zachyceno ve věkové kategorii 23–30 let a ve věku 31–37, 17 (22,7 %) respondentů. Ve věkové kategorii 38–45 bylo 16 (21,3 %) respondentů a nejméně 8 (10,7 %) ve věkové kategorii 45 let a více. Délka ošetrovatelské praxe se u respondentů nejčastěji pohybovala v rozmezí 8 měsíců až 5 let a to u 28 (37,5 %) respondentů, dále 6–12 let u 18 (24,0 %) respondentů, 19 let a více u 19 (25,4 %) respondentů a nejméně 10 (13,3 %) respondentů v rozmezí 13–18 let. Mezi časté pracovní zařazení patřila sestra na lůžkovém oddělení. Jako nejvyšší dosažené vzdělání v oboru ošetrovatelství převládalo vysokoškolské vzdělání s titulem Bc. Celkem 15 (18,5 %) respondentů uvedlo vyšší zdravotnickou školu (DiS.) a 14 (17,6 %) střední zdravotnickou školu se specializací. Střední zdravotnickou školu uvedlo 13 (16,1 %) respondentů. Vysokoškolské vzdělání (Mgr.) uvedlo 7 (8,6 %) respondentů. V současnosti studuje 6 (7,4 %) respondentů specializační vzdělávání-anestezii, resuscitaci a intenzivní péči. Z uvedených údajů vyplývá, že zdravotnický personál je spíše mladšího věku s minimální ošetrovatelskou praxí, ale s maximálním zájmem se v oboru ošetrovatelství dále vzdělávat. Pohlaví nebylo uvedeno, protože ze statistiky KNTB lze snadno zjistit, kolik mužů pracuje na pozici všeobecná sestra.

Analýza cílů

Cíl č. 1: Ověřit znalosti respondentů v oblasti interních auditů v KNTB

Otázka č. 5 vedla ke zjištění, zda jsou na pracovištích prováděny interní audity. Celkem 70 (93,3 %) respondentů odpovědělo, že jsou interní audity na pracovišti respondentů prováděny. Bohužel 4 (5,4 %) respondenti uvedli, že si nebyli jisti, jestli se interní audity u nich na pracovišti provádí a 1 (1,3 %) respondent uvedl, že se interní audity u nich na pracovišti neprovádí. Domnívám se, že v těchto pěti případech to vede ke zjištění, že respondenti nemají dostatečné informace o provádění interních auditů na pracovišti.

Otázka č. 6 zjišťovala znalosti respondentů o účelu interního auditu. Zjistila, že celkem 60 (38,1 %) respondentů uvedlo, že účelem interního auditu je dodržování ošetrovatelských standardů a 50 (31,6 %) respondentů uvedlo jako hlavní účel interních auditů, upozornění na nedostatky v jednotlivých postupech. Funkčnost jednotlivých procesů uvedlo 41

(25,9 %) respondentů. Celkem 7 (4,4 %) respondentů si nebylo jisto, jaký je účel interního auditu. Domnívám se, že všechny jednotlivé procesy jsou důležité pro sledování kvality ošetrovatelské péče ve zdravotnictví, protože ošetrovatelské standardy, směrnice a různé postupy musíme během výkonu svého povolání dodržovat. Pokud bychom je nedodržovali, klesli bychom pod minimální úroveň ošetrovatelské péče a ohrozili tak zdraví pacienta.

Otázka č. 7 byla zaměřena na informaci, jestli jsou respondenti seznamováni s výsledky interního auditu. Z celkového počtu 75 respondentů uvedlo 63 (84,0 %), že informace o výsledcích auditů dostávají vždy. Celkem 6 (8,0 %) dotazovaných uvedlo, že informace s výsledky interních auditů nedostává a 6 (8,0 %) respondentů si nebylo jisto, zda bylo s výsledky seznámeno. Z uvedených dat vyplývá, že informace o výsledcích z auditů nejsou předávány respondentům na oddělení, za což v tomto případě zodpovídá vrchní sestra příslušného oddělení.

Otázka č. 8 se zabývala informací, jsou-li kritéria interního auditu sestavena tak, aby prověřila všechny důležité náležitosti. Většina respondentů se domnívá, že kritéria auditu jsou sestavena tak, aby prověřila všechny důležité náležitosti, poněvadž v rámci zvyšování kvality dochází k prověřování daných kritérií těchto procesů, ať se jedná o audit zdravotnické dokumentace či o audit ověřování funkčnosti systému řízení kvality podle normy ISO 9001. Ve studii Havlíčkové (2012, s. 89-90), která byla zaměřena na srovnání kritérií interního auditu, se z celkového počtu 191 respondentů 61,3 % dotazovaných sester domnívá, že kritéria jsou správně sestavena, z toho 18,3 % kritéria auditu nezná.

Otázka č. 9 zjišťovala informovanost personálu z oblasti kvality a zjistila, že ISO 9001 uvedlo pouze 39 (50,6 %) respondentů a 2 (2,6 %) respondenti NASKL. Celkem 36 (46,8 %) respondentů si nebylo jisto, jaké ocenění získalo ZZ v oblasti kvality. Domnívám se, že neinformovanost respondentů z oblasti kvality a certifikace ZZ je velmi nízká. Zaměstnanci jsou průběžně informováni o certifikaci ZZ a pravidelných recertifikacích normy ISO.

Otázka č. 10 zjišťovala, zda respondenti vědí, co obsahuje Sbíрка vnitřních předpisů. Pouze 2 (0,9 %) respondenti pod označením jiné doplnili Bezpečnostní předpisy a dokument Péče o pacienta. Celkem 9 (3,9 %) respondentů uvedlo, že nezná obsah Sbířky vnitřních předpisů, což je velmi překvapivé, poněvadž všichni zaměstnanci jsou s těmito vnitřními předpisy seznámeni a každý vedoucí pracovník je povinen zabezpečit

prokazatelné seznámení podřízených zaměstnanců s obsahem Sbírkou vnitřních předpisů, jež se týká jejich pracovní činnosti.

Otázka č. 11 zjišťovala znalosti respondentů mezi interním a externím auditem. Celkem 38 (50,7 %) respondentů uvedlo, že rozdíl mezi externím a interním auditem nezná. Pouze 37 (49,3 %) respondentů uvedlo, že rozdíl mezi interním a externím auditem zná. Uvedli, že interní audit provádí zaměstnanci KNTB a externí audit např. cizí osoba, externí auditor. Domnívám se, že respondenti mají mírné nedostatky v oblasti kvality. Tyto nedostatky mohou být způsobeny neznalostí či neochotou se o tyto informace zajímat. Další mírná neznalost je mezi externím a interním auditem, která není z hlediska informovanosti či znalosti podstatná. Nejčastěji respondenti uvádějí, že nemají dostatečné informace z oblasti interních auditů, což může být zapříčiněno chybným komunikačním tokem mezi podřízeným a vedoucím pracovníkem.

Cíl č. 2: Zjistit názory respondentů na interní audity prováděné v KNTB

Otázka č. 12 měla zjistit, zda se sestry osobně řídí podle ošetrovatelských standardů. Z uvedených údajů vyplývá, že 64 (85,3 %) respondentů dodržuje a řídí se podle ošetrovatelských standardů na pracovišti, i když to někdy nelze. Bohužel 4 (5,3 %) respondenti ošetrovatelské standardy nedodržují a 7 (9,4 %) respondentů si nebylo jisto, jestli pracují dle ošetrovatelských standardů. Ve studii Havlíčkové (2012, s. 47), která byla zaměřena na dodržování ošetrovatelských standardů, bylo zjištěno, že z celkového počtu 191 (100%) respondentů odpovědělo 160 (83,8%), že pracují na pracovišti dle ošetrovatelských standardů a 31 (16,2%) respondentů si nebylo zcela jisto, jestli pracuje podle ošetrovatelských standardů.

Otázka č. 13 zjišťovala názory respondentů na přínos interních auditů. Celkem 58 (13,4 %) respondentů uvedlo, že největším přínosem interních auditů je prevence nesprávných postupů a odstraňování zjištěných chyb a nesprávných postupů. Dalších 52 (12,0 %) respondentů uvedlo jako přínos minimalizaci pochybení personálu a 46 (10,6 %) právní bezpečnost ZZ. Bezpečnost je totiž zásadním měřítkem kvality zdravotnického zařízení, protože podle Vyhlášky č. 102/2012 Sb. jsou ve zdravotnickém zařízení posuzovány následující procesy, které jsou důležité ke splnění minimálních hodnotících standardů řízení kvality a bezpečí. Jedná se o tyto procesy: řízení kvality a bezpečí, péče o pacienty, řízení lidských zdrojů a zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové zdravotní péče (Česko, 2012, s. 1). Pouze 1 (0,2 %) respondent

vedl minimální přínos interních auditů a 4 (0,9 %) respondenti odpověděli, že si nebyli jisti, jaký je přínos interních auditů, viz tabulka a graf č. 13. Ve studii Havlíčkové (2012, s. 50), která zjišťovala přínos interních auditů, uvedlo 114 (59,7%) respondentů, že audity jsou přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče a zlepšení péče o klienty. Zároveň slouží v předcházení chyb, vylepšení kvality péče a kontrole pracovníků. Pro 47 (24,6%) dotázaných nebyly interní audity přínosné pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče a 30 (15,7%) respondentů nevědělo, jestli jsou audity přínosné pro zvýšení kvality ošetrovatelské péče.

Otázka č. 14 se zabývala informací, jestli interní audit poskytuje objektivní informace o stavu auditovaných procesů a funkčnosti směrnic. Celkem 34 (45,3 %) respondentů uvedlo, že interní audit poskytuje objektivní informace. Dalších 20 (26,7 %) respondentů uvedlo, že objektivní informace neposkytuje a 21 (28,0 %), že si nebylo jisto, jestli objektivní informace o stavu auditovaných procesů a funkčnosti směrnic interní audit poskytuje, viz tabulka a graf č. 14. Domnívám se, že interní audity všeobecně poskytují objektivní informace o stavu auditovaných procesů a funkčnosti směrnic.

Otázka č. 15 zjišťovala názory na osobní motivaci respondentů, která by je vedla ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Jako nejdůležitější motivaci ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče převládá u sester zájem v péči o zaměstnance, jakou jsou relaxační programy, finanční odměny a různé zaměstnanecké výhody (penzijní připojištění), dále mít dostatek pomůcek k zajištění péče a pochvalu od vedoucích pracovníků. Mezi další nejdůležitější motivaci patřila spokojenost a bezpečí pacientů, protože u většiny sester stojí v první řadě pacient. V nedůležité motivaci je to naopak nesoulad mezi dokumenty a kontinuita zdravotní péče. Ve studii Havlíčkové (2012, s. 60), která zjišťovala motivaci ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče, bylo zjištěno, že pro respondenty je velmi důležitý spokojený klient, dobrý pocit, spokojenost a semináře. Pro další respondenty bylo motivací zlepšení image zdravotnického zařízení a prodloužení akreditace. Jako další motivaci respondenti uvedli splnění daných kritérií a vykonávání kvalitní péče a samozřejmě spokojenost pacienta.

Cíl č. 3: Ověřit znalosti respondentů týkající se vedení zdravotnické dokumentace dle platné Směrnice v KNTB

Otázka č. 16 zjišťovala znalosti respondentů v provádění záznamů do zdravotnické dokumentace jiným zdravotnickým personálem. Záznamy do ZD mohou provádět všichni uvedení zaměstnanci či studenti z tabulky č. 16, protože jsou součástí platné legislativy

MZ, Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb. Vzestupné řazení ukazuje, jaké mají sestry znalosti v oblasti provádění záznamů do ZD jiným zdravotnickým personálem, viz graf č. 20. Nejvíce odpovědí bylo u lékařů a všeobecných sester a to celkem 75 (14,0 %). Porodní asistentku označilo 62 (11,5 %) respondentů. Pouze 60 (11,2 %) respondentů uvedlo zdravotnického asistenta a 55 (10,2 %) fyzioterapeuta. Nejméně respondentů, celkem 20 (3,7 %), uvedlo radiologického asistenta a 18 (3,3 %) farmaceutického asistenta. Z celkového počtu 538 odpovědí uvedlo pouze 13 (2,4 %) ošetřovatele či sanitáře pod odborným dohledem NLZP, což mě velmi překvapilo.

Otázka č. 17 směřovala ke zjištění, která část zdravotnické dokumentace se při překladu předává na jiný primariát. Celkem 75 (17,3 %) respondentů uvedlo, že předává při překladu lékařskou a ošetřovatelskou překladovou zprávu. Informovaný souhlas s hospitalizací předává na jiný primariát celkem 67 (15,5 %) respondentů a 69 (15,9 %) doklad o DPN. Dalších 71 (16,4 %) respondentů uvedlo, že při překladu předává i šatní lístek a 70 (16,2 %) dokumentaci praktického lékaře. Jen 6 (1,4 %) respondentů pod označením jiné uvedlo, že při překladu na jiné oddělení předává např. kopii EKG, diabetologický dekurz, ambulantní záznamy zobrazovacích metod, operační protokol či anesteziologický záznam. Domnívám se, že respondenti mají v této oblasti výborné znalosti.

Otázka č. 18 zjišťovala, za jak dlouho respondenti provádí od přijetí pacienta odběr ošetřovatelské anamnézy či vstupního posouzení. Celkem 62 (82,7 %) respondentů uvedlo, že provádí odběr ošetřovatelské anamnézy do 6 hodin od přijetí. Do 24 hodin od přijetí provádí odběr anamnézy 8 (10,7 %) respondentů a 5 (6,6 %) do 12 hodin. Dle Směrnice Řízení ZD je sestra povinna odebrat ošetřovatelskou anamnézu maximálně do 12 hodin od přijetí pacienta.

Otázka č. 19 zjišťovala, která rizika se stanovují v ošetřovatelské anamnéze či vstupním posouzení. Zjistila, že celkem 75 (32,9 %) respondentů nejvíce stanovuje ošetřovatelskou diagnózu riziko pádu a 74 (32,5 %) riziko vzniku dekubitu. Nutriční stav vyhodnocuje 65 (28,5 %) respondentů. Jen 14 (6,1 %) respondentů pod označením jiné uvedlo, že stanovuje např. alergickou anamnézu, sociální stav pacienta, VAS, ADL, Glasgow skóre, Ramsay skóre, souhlas s přítomností studentů a seznámení s řádem.

Otázka č. 20 zjišťovala, jestli respondenti provádí denně zhodnocení a aktualizaci ošetřovatelských diagnóz na základě stavu pacienta. Zjistilo se, že zhodnocení a aktualizaci

ošetřovatelských diagnóz provádí denně 56 (74,7 %) respondentů a z toho 17 (22,7 %) toto zhodnocení neprovádí a 2 (2,6 %) si nebyli jisti, jestli zhodnocení a aktualizaci ošetřovatelských diagnóz provádí. V průběhu ošetřovatelského procesu sestra ošetřovatelské diagnózy v plánu ošetřovatelské péče přehodnocuje, definuje nové a zaznamenává ve sdělení sester, což si někteří respondenti pravděpodobně neuvědomili.

Otázka č. 21 zjišťovala, zda respondenti plánují ošetřovatelské intervence dle stanovené ošetřovatelské diagnózy. Celkem 60 (80,0 %) respondentů uvedlo, že plánuje ošetřovatelské intervence podle stanovené ošetřovatelské diagnózy a z toho 11 (14,7 %) respondentů uvedlo, že intervence neplánuje. Další 4 (5,3 %) respondenti si nebyli jisti, zda intervence dle ošetřovatelské diagnózy plánují. Ošetřovatelské intervence znamenají zjištění, jestli bylo dosaženo cíle během ošetřovatelského procesu, což znamená zlepšení či naopak zhoršení zdravotního stavu pacienta. Respondenti si pravděpodobně neuvědomili, že intervence dle stanovené ošetřovatelské diagnózy plánují v rámci plánu péče o pacienta.

Otázka č. 22 zjišťovala, zda respondenti provádí při ukončení ošetřovatelské diagnózy její zhodnocení. Celkem 50 (66,7 %) respondentů uvedlo, že zaznamenává zhodnocení při ukončení ošetřovatelské diagnózy. Dalších 24 (32,0 %) respondentů uvedlo, že zhodnocení diagnóz nezaznamenává. Jen 1 (1,3 %) respondent uvedl, že si není jist, jestli zhodnocení při ukončení provádí. Zhodnocení ošetřovatelských diagnóz se na jednotkách intenzivní péče provádí denně a na standardním oddělení maximálně 1x za 7 dní nebo při změně stavu. Ukončení ošetřovatelské diagnózy se provádí, když je problém vyřešen. Ukončení diagnózy musí být stvrzeno podpisem sestry, jménovkou a datem ukončení.

Otázka č. 23 zjišťovala znalosti respondentů na značení textu ve zdravotnické dokumentaci červenou barvou. Celkem 75 (22,7 %) respondentů označilo, že se červenou barvou v textu značí antibiotika a 74 (22,4 %) alergie. Tělesnou teplotu nad 37 °C označilo 70 (21,3 %) respondentů a 71 (21,5 %) aplikaci návykových látek. Dalších 40 (12,1 %) respondentů označilo odběr krve na přímou zkoušku. Křivku sledování dle VAS žádný respondent neoznačil, což je správně.

Otázka č. 24 zjišťovala znalosti respondentů na značení textu v ZD zelenou barvou. Zjistila, že 41 (32,3 %) respondentů zaznamenává zelenou barvou v textu katecholaminy a 32 (25,3 %) křivku sledování dle VAS. Cytostatika označilo 24 (18,9 %) respondentů a 18 (14,2 %) myorelaxancia. Bohužel 12 (9,4 %) respondentů uvedlo, že zaznamenává

zelenou barvou pozitivitu HBsAg a HIV. Tito respondenti neprovádí značení v dokumentaci správným způsobem, jelikož pozitivita HBsAg a HIV se značí v textu červenou barvou. Pravděpodobně byli nedostatečně seznámeni se Směrnicí s názvem Řízení zdravotnické dokumentace.

Cíl č. 4: Zjistit znalosti sester týkající se identifikace hospitalizovaného pacienta dle platné Směrnice v KNTB

Otázka č. 25 zjišťovala, zda respondenti vědí, kdo zodpovídá za označení pacientů identifikačními náramky. Zjistilo se, že celkem 73 (85,9 %) respondentů uvedlo, že za označení identifikačnímu náramky zodpovídá NLZP a jen u 9 (10,6 %) respondentů lékař. Hlavně lékař přitom zodpovídá za označení pacienta identifikačním náramkem. Sanitáře, sanitářku označili 3 (3,5 %) respondenti. Toto tvrzení ale není správné, jelikož z pohledu zodpovědnosti sanitář/ka za označení pacientů identifikačními náramky nezodpovídá. Pravděpodobně nebyli dostatečně seznámeni se Směrnicí s názvem Identifikace pacienta, prevence stranové záměny. Povinnost kontrolovat totožnost pacienta se týká všech pracovníků, kteří se účastní na léčbě či pacienta připravují k vyšetření nebo k plánovanému výkonu. Znamená to, že musíme ověřovat totožnost pacienta vždy před podáváním léků, aplikací injekcí, infuzí, podáváním krevních derivátů atd. Kontrola probíhá srovnáním zdravotnické dokumentace, dotazem pacienta a kontrolou identifikačního náramku. Jeden z resortních bezpečnostních cílů MZ je bezpečná identifikace pacientů, prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech. Veškeré informace o minimálních požadavcích pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí při poskytování zdravotnických služeb jsou uveřejněny ve Věstníku č. 16/2015.

Otázka č. 26 měla zjistit, zda respondenti vědí, jaké údaje má obsahovat identifikační náramek pacienta. Celkem 75 (26,1 %) respondentů odpovědělo, že identifikační náramek obsahuje jméno a příjmení a 71 (24,7 %) rodné číslo bez lomítka či datum narození. Oddělení uvedlo jen 68 (23,8 %) respondentů. Bohužel 73 (25,4 %) respondentů uvedlo rodné číslo s lomítkem, přičemž je tento údaj na identifikačním náramku nesprávný. Pravděpodobně respondenti byli nedostatečně seznámeni se Směrnicí s názvem Identifikace pacienta, prevence stranové záměny, protože na identifikačním náramku má být uvedeno jméno a příjmení, rodné číslo bez lomítka či datum narození a oddělení, ze kterého pacient pochází. Osobní údaje dle Zákona č. 101/2000 Sb. musí být zpracovány dle souladu s tímto zákonem.

Otázka č. 27 zjišťovala znalosti respondentů v oblasti jednotlivých barev identifikačních náramků podle rizika pacientů. Bílou barvu identifikačního náramku uvedlo 50 (22,3 %) respondentů. Používá se u pacientů, kteří nejsou ohroženi žádným rizikem. Identifikační náramek s červenou barvou uvedlo 63 (28,0 %) respondentů. Tato barva náramku se používá u pacientů, kteří jsou ohroženi nějakým rizikem, jako je např. pád, krvácení a další. Jen 37 (16,4 %) respondentů uvedlo žlutou barvu identifikačního náramku. Žluté označení náramku slouží pro pacienty, kteří podstupují invazivní výkon v krátkodobé anestezii či pro pacienty, kteří jsou observováni na nízkoprahovém příjmu. Z celkového počtu 225 odpovědí bylo 75 (33,3 %) chybně doplněno, viz tabulka č. 28 a graf č. 31. Některá oddělení či jednotky intenzivní péče mají pouze červené identifikační náramky, a proto se domnívám, že znalost respondentů v oblasti jednotlivých barev dle rizika pacientů je omezená.

Otázka č. 28 zjišťovala, kdy respondenti odstraňují identifikační náramek pacienta. Bylo zjištěno, že 73 (59,3 %) respondentů provádí odstranění identifikačního náramku při propuštění pacienta a 36 (29,3 %) při úmrtí pacienta. Při přeložení pacienta provádí odstranění identifikačního náramku 13 (10,6 %) respondentů a 1 (0,8 %) respondent odpověděl, že se odstranění náramku neprovádí. Identifikační náramek se odstraňuje při propuštění pacienta a při úmrtí pacienta po označení těla. Identifikační náramek se může dále odstranit při otoku končetiny nebo při nutnosti zajistit periferní žilní katétr v daném místě. Poté je ale nutné identifikační náramek znovu připevnit.

Otázka č. 29 měla zjistit, jak se provádí likvidace identifikačního náramku. Zjistilo se, že 65 (34,4 %) respondentů provádí likvidaci identifikačního náramku jeho odstřížením a 66 (34,9 %) přestřihnutím osobních údajů na štítku. Likvidaci do kontaminovaného odpadu provádí 58 (30,7 %) respondentů. Správná likvidace identifikačního náramku je jeho odstřížení, přestřihnutí osobních údajů na štítku a likvidace do kontaminovaného odpadu, což v tomto případě respondenti nedodržují.

Otázka č. 30 zjišťovala, kam je možné pacientovi připevnit identifikační náramek. Bylo zjištěno, že 75 (31,9 %) respondentů připevňuje identifikační náramek na PHK a 70 (29,9 %) na LHK. PDK a LDK, kotník uvedlo 37 (15,7 %) respondentů. Bohužel 16 (6,8 %) respondentů připevňuje náramek na lůžko pacienta, což není správně, pokud není proveden zápis do ZD pacienta o odmítnutí identifikačního náramku. V případě, že pacient odmítne mít na ruce identifikační náramek, je povinností a nutností o této skutečnosti

informovat staniční sestru a provést zápis o odmítnutí do ZD pacienta se jmenovkou a podpisem NLZP o odmítnutí identifikačního náramku.

ZÁVĚR

Interní audit představuje v kontinuálním systému zvyšování kvality velmi důležitou složku, protože se snaží pojmut veškeré činnosti nejen zdravotnického pracovníka, ale i procesy, které jsou podstatné v péči o pacienta, jeho bezpečnost a spokojenost. Dodržování ošetrovatelských standardů a směrnic tvoří významnou součást ošetrovatelské a léčebné péče.

Cílem práce bylo zjistit, jaké znalosti a názory mají respondenti v oblasti auditů. Dalším cílem bylo ověřit znalosti respondentů, týkající se vedení zdravotnické dokumentace a identifikace hospitalizovaného pacienta dle platné Směrnice v KNTB.

Z výsledku dotazníkového šetření vyplynulo, že sestry mají dostatečné znalosti z oblasti interních auditů. Tyto informace a znalosti je potřeba nadále rozvíjet, protože i mírné nedostatky mohou způsobit jakékoliv problémy během auditů, ať je to mírná neznalost Sbírkky vnitřních předpisů či chybný komunikační šum. Proto byl cíl č. 1 splněn částečně.

Cíl č. 2 byl splněn, i když názory respondentů na interní audity jsou občas velmi subjektivní. Interní audity představují v systému KZK další účinný nástroj, protože efektivně zvedají kvalitu poskytované péče.

Největší nedostatky měli respondenti ve znalostech, se směrnicemi s názvem Řízení zdravotnické dokumentace a Identifikace hospitalizovaného pacienta, proto 3. a 4. cíl byl splněn částečně.

Z výsledků práce vyplynula pro praxi následující doporučení, která by mohla kvalitu péče neustále zvyšovat. Lze doporučit další opatření ke zlepšení ošetrovatelské péče tím, že se zaměstnanci budou účastnit pravidelného školení, přičemž budou seznamováni s různými předpisy a nařízeními. Školení bude končit ověřením znalostí písemným testem na dané téma dle aktuálnosti, viz Příloha P II. Nyní je to nedostatečná znalost Směrnice Řízení zdravotnické dokumentace a Identifikace hospitalizovaného pacienta.

Pracovníky je potřeba neustále motivovat a vytvářet příjemné pracovní prostředí, podporovat týmovou práci a dále vzdělávat v oblasti interních auditů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČESKO, 2009. Ministerstvo zdravotnictví [online]. Metodická doporučení [cit. 2016-03-26]. Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/zavedeni-identifikace-pacientu-hospitalizovanych-ve-zdravotnickem-zarizeni_7387_2842_29.html
- ČESKO, 2010. Zákon č.101/2000 ze dne 4. 4. 2000 o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 1521, s. 5-6 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z:
<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=49228&recShow=4&nr=101~2F2000&rpp=15#parCnt>
- ČESKO, 2012. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. 11. 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 4730, s. 55 [cit. 2016-03-26]. Dostupné z:
<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=3&idBiblio=75500&recShow=51&nr=372~2F2011&rpp=15#parCnt>
- ČESKO, 2012. Vyhláška č. 102/2012 ze dne 1. 4. 2012 o hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 1737, s. 1 [cit. 2016-04-29]. Dostupné z:
<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=77221&fulltext=102~2F2012&rpp=15#local-content>
- ČESKO, 2012. Zákon č. 96/2004 ze dne 1. 4. 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 1452, s. 7-8 [cit. 2016-03-26]. Dostupné z:
<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=57523&recShow=4&nr=96~2F2004&rpp=15#parCnt>
- DVOŘÁČEK, Jiří, 2003. *Interní audit a kontrola*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2003. ISBN 80-7179-805-3.
- DVOŘÁČEK, Jiří a Tomáš KAFKA, 2005. *Interní audit v praxi*. Brno: Computer Press, 2005. ISBN 80-251-0836-8.

- EXNER, Lubomír, Tomáš RAITER a Dita STEJSKALOVÁ, 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-73-8.
- FALLON, L. Fleming a Charles R. MCCONNELL, © 2014. *Human resource management in health care: principles and practice*. 2nd ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-4496-8883-7.
- FARKAŠOVÁ, Dana a kolektiv, 2009. *Ošetrovatel'stvo teória*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-322-6.
- GLADKIJ, Ivan a kolektiv, 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 978-80-7226-996-9.
- GROHAR-MURRAY, Mary Ellen a Helen R. DICROCE, 2003. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovateľskej péče*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0267-3.
- HÁJEK, Karel, 2003. *Interní audit: základní informace o řízení rizik*. Vyškov: Irena Spirová, 2003. ISBN 80-239-1953-9.
- HAVLÍČKOVÁ, Šárka, 2012. *Interní audity a jejich efektivnost z pohledu sester a interních auditorů* [online]. České Budějovice [cit. 2016-03-21]. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/svpr38/Diplomov_prce_Havlkov.pdf
- HEGYI, Ladislav a Ivan BIELIK, 2011. *Základy verejného zdravotníctva*. Bratislava: Herba, 2011. ISBN 978-80-89171-84-2.
- JAKUŠOVÁ, Viera, 2010. *Základy zdravotníckeho manažmentu: vysokoškolská učebnica*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-347-9.
- JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
- JAROŠOVÁ, Darja, 2000. *Teorie moderního ošetrovateľství*. Praha: ISV nakladatelství, 2000. ISBN 80-85866-55-2.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: Překlad 3. vydání*. 2008. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.
- KILÍKOVÁ, Mária, 2009. *Kvalita vedenia ošetrovateľskej dokumentácie v praxi*. Kontakt [online], 2009, roč. 11, č. 1, s. 232-239 [cit. 2016-03-14]. ISSN 11212-4117.

- MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2002. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup 1*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2002. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup 2*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0428-0.
- PEŠEK, Jaromír, 2003. *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0551-6.
- SVOBODNÍK, Pavel, 2009. *Management pro zdravotníky v kostce*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 978-80-7013-498-6.
- ŠEDO, Jiří, David MARX a František VLČEK, 2006. *Identifikace pacientů pomocí identifikačních náramků*. Zdravotnictví v České republice [online], 2006, roč. 9, č. 2, s. 48-53 [cit. 2016-03-14]. ISSN 1213-6050.
- ŠKUBOVÁ, Jarmila, 2010. *Bezpečnější a kvalitnější zdravotnictví*. Florence [online], 2010, roč. 6, č. 1, s. 5 [cit. 2016-03-14]. ISSN 1801-464x.
- ŠKRLA, Petr. *Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
- ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
- VĚSTNÍK č. 16/2015 ze dne 26. 10. 2015. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 16, s. 8-9 [cit. 2016-04-28]. Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015_10927_3242_11.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|-------|---|
| ADL | Barthelův test základních všedních činností (activity daily living) |
| a. s. | Akciová společnost |
| Bc. | Bakalář, akademický titul |
| ČR | Česká republika |
| DiS. | Diplomovaný specialista |
| DPN | Dočasná pracovní neschopnost |
| ISO | Mezinárodní norma pro standardizaci |
| KNTB | Krajská nemocnice T. Bati, a. s. |
| KZK | Kontinuální zvyšování kvality |
| LDK | Levá dolní končetina |
| LHK | Levá horní končetina |
| Mgr. | Magistr, akademický titul |
| NASKL | Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně |
| např. | například |
| NLZP | Nelékařský zdravotnický personál |
| PDK | Pravá dolní končetina |
| PHK | Pravá horní končetina |
| SAK | Spojená akreditační komise |
| SZŠ | Střední zdravotnická škola |
| USA | Spojené státy americké |
| VAS | Vizuální analogová škála bolesti |
| VŠ | Vysoká škola |
| ZD | Zdravotnická dokumentace |
| ZZ | Zdravotnické zařízení |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|-----------|
| <i>Graf č. 1: Věk respondentů.....</i> | <i>27</i> |
| <i>Graf č. 2: Nejvyšší vzdělání respondentů.....</i> | <i>28</i> |
| <i>Graf č. 3: Délka ošetrovatelské praxe respondentů.....</i> | <i>29</i> |
| <i>Graf č. 4: Pracovní zařazení respondentů.....</i> | <i>30</i> |
| <i>Graf č. 5: Provádění interních auditů na pracovišti respondentů.....</i> | <i>31</i> |
| <i>Graf č. 6: Znalost respondentů o účelu interního auditu.....</i> | <i>32</i> |
| <i>Graf č. 7: Seznámení respondentů s výsledky interního auditu.....</i> | <i>33</i> |
| <i>Graf č. 8: Názory respondentů na kritéria interních auditů.....</i> | <i>34</i> |
| <i>Graf č. 9: Informovanost respondentů z oblasti certifikace ZZ.....</i> | <i>35</i> |
| <i>Graf č. 10: Znalost respondentů obsahu Sbírký vnitřních předpisů.....</i> | <i>36</i> |
| <i>Graf č. 11: Znalosti respondentů rozdílů mezi interním a externím auditem.....</i> | <i>37</i> |
| <i>Graf č. 12: Dodržování ošetrovatelských standardů respondenty.....</i> | <i>38</i> |
| <i>Graf č. 13: Názory respondentů na přínos interních auditů.....</i> | <i>40</i> |
| <i>Graf č. 14: Názory respondentů na funkčnost směrnic a procesů.....</i> | <i>41</i> |
| <i>Graf č. 15: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, stupnice č. 1.....</i> | <i>43</i> |
| <i>Graf č. 16: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, stupnice č. 2.....</i> | <i>44</i> |
| <i>Graf č. 17: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, stupnice č. 3.....</i> | <i>45</i> |
| <i>Graf č. 18: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, stupnice č. 4.....</i> | <i>46</i> |
| <i>Graf č. 19: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, stupnice č. 5.....</i> | <i>47</i> |
| <i>Graf č. 20: Znalost respondentů o provádění záznamů do ZD jiným zdravotnickým personálem.....</i> | <i>49</i> |
| <i>Graf č. 21: Znalosti respondentů ZD při překlada.....</i> | <i>50</i> |
| <i>Graf č. 22: Odběr ošetrovatelské anamnézy od přijetí respondenty.....</i> | <i>51</i> |
| <i>Graf č. 23: Stanovení rizik při vstupním posouzení na pracovištích respondentů.....</i> | <i>52</i> |
| <i>Graf č. 24: Denní zhodnocení ošetrovatelských diagnóz prováděná respondenty.....</i> | <i>53</i> |
| <i>Graf č. 25: Plánování intervencí dle stanovené ošetrovatelské diagnózy.....</i> | <i>54</i> |
| <i>Graf č. 26: Záznam zhodnocení ošetrovatelské diagnózy při jejím ukončení.....</i> | <i>55</i> |

| | |
|--|-----------|
| <i>Graf č. 27: Znalosti respondentů o značení textu ve ZD červenou barvou</i> | <i>56</i> |
| <i>Graf č. 28: Znalosti respondentů o značení textu ve ZD zelenou barvou</i> | <i>57</i> |
| <i>Graf č. 29: Zodpovědnost personálu za označení pacientů identifikačními náramky.....</i> | <i>58</i> |
| <i>Graf č. 30: Znalost respondentů na obsah údajů na identifikačním náramku pacienta</i> | <i>59</i> |
| <i>Graf č. 31: Znalost respondentů v barvách identifikačních náramků dle rizika pacientů .</i> | <i>60</i> |
| <i>Graf č. 32: Odstranění identifikačního náramku u pacienta.....</i> | <i>61</i> |
| <i>Graf č. 33: Znalost respondentů o likvidaci identifikačního náramku.....</i> | <i>62</i> |
| <i>Graf č. 34: Místo připevnění identifikačního náramku na pacientovi</i> | <i>63</i> |

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| <i>Tabulka č. 1: Věk respondentů</i> | 27 |
| <i>Tabulka č. 2: Nejvyšší vzdělání respondentů</i> | 28 |
| <i>Tabulka č. 3: Délka ošetrovatelské praxe respondentů</i> | 29 |
| <i>Tabulka č. 4: Pracovní zařazení respondentů</i> | 30 |
| <i>Tabulka č. 5: Provádění interních auditů na pracovišti respondentů</i> | 31 |
| <i>Tabulka č. 6: Znalost respondentů o účelu interního auditu</i> | 32 |
| <i>Tabulka č. 7: Seznámení respondentů s výsledky interního auditu</i> | 33 |
| <i>Tabulka č. 8: Názory respondentů na kritéria interních auditů</i> | 34 |
| <i>Tabulka č. 9: Informovanost respondentů z oblasti certifikace ZZ</i> | 35 |
| <i>Tabulka č. 10: Znalost respondentů obsahu Sbírký vnitřních předpisů</i> | 36 |
| <i>Tabulka č. 11: Znalosti respondentů rozdílů mezi interním a externím auditem</i> | 37 |
| <i>Tabulka č. 12: Dodržování ošetrovatelských standardů respondenty</i> | 38 |
| <i>Tabulka č. 13: Názory respondentů na přínos interních auditů</i> | 39 |
| <i>Tabulka č. 14: Názory respondentů na funkčnost směrnic a procesů</i> | 41 |
| <i>Tabulka č. 15: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, absolutní četnost</i> | 42 |
| <i>Tabulka č. 16: Osobní názor respondentů na motivaci ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, relativní četnost</i> | 42 |
| <i>Tabulka č. 17: Znalost respondentů o provádění záznamů do ZD jiným zdravotnickým personálem</i> | 48 |
| <i>Tabulka č. 18: Znalosti respondentů ZD při překlada</i> | 50 |
| <i>Tabulka č. 19: Odběr ošetrovatelské anamnézy od přijetí respondenty</i> | 51 |
| <i>Tabulka č. 20: Stanovení rizik při vstupním posouzení na pracovištích respondentů</i> | 52 |
| <i>Tabulka č. 21: Denní zhodnocení ošetrovatelských diagnóz prováděná respondenty</i> | 53 |
| <i>Tabulka č. 22: Plánování intervencí dle stanovené ošetrovatelské diagnózy</i> | 54 |
| <i>Tabulka č. 23: Záznam zhodnocení ošetrovatelské diagnózy při jejím ukončení</i> | 55 |
| <i>Tabulka č. 24: Znalosti respondentů o značení textu ve ZD červenou barvou</i> | 56 |
| <i>Tabulka č. 25: Znalosti respondentů o značení textu ve ZD zelenou barvou</i> | 57 |
| <i>Tabulka č. 26: Zodpovědnost personálu za označení pacientů identifikačními náramky</i> | 58 |
| <i>Tabulka č. 27: Znalost respondentů na obsah údajů na identifikačním náramku pacienta</i> | 59 |

| | |
|---|-----------|
| <i>Tabulka č. 28: Znalost respondentů v barvách identifikačních náramků dle rizika pacientů</i> | <i>60</i> |
| <i>Tabulka č. 29: Odstranění identifikačního náramku u pacienta</i> | <i>61</i> |
| <i>Tabulka č. 30: Znalost respondentů o likvidaci identifikačního náramku</i> | <i>62</i> |
| <i>Tabulka č. 31: Místo připevnění identifikačního náramku na pacientovi</i> | <i>63</i> |

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P II KONTROLNÍ TEST K OVĚŘENÍ ZNALOSTÍ

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Lenka Juráková a jsem studentkou 3. ročníku na Fakultě humanitních studií v oboru všeobecná sestra. Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou interních auditů a jejich významem pro sestry. Dále mě zajímají znalosti sester v oblasti vedení zdravotnické dokumentace a v oblasti identifikace hospitalizovaného pacienta.

Dotazník je zcela anonymní. Pokud nebude uvedeno jinak, prosím zakřížkujte jednu odpověď či doplňte Vaše slovní vyjádření na připravenou linku. Děkuji Vám za spolupráci při vyplňování dotazníku.

1. Kolik Vám je let?

Prosím doplňte: _____

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- SZŠ
- SZŠ + specializace
- VZŠ (DiS.)
- VŠ (Bc.)
- VŠ (Mgr.)
- Jiné (prosím doplňte): _____
- V současnosti studuji

3. Kolik let působíte v ošetrovatelské praxi?

Prosím doplňte: _____

4. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- Vrchní sestra
- Staniční sestra
- Sestra na lůžkovém oddělení
- Sestra v ambulanci
- Jiné (prosím doplňte): _____

5. Jsou prováděny na Vašem pracovišti interní audity?

- Ano
- Ne
- Nevím

6. Víte, jaký je účel interního auditu?
(možnost více odpovědí)
- Sleduje funkčnost a efektivitu jednotlivých procesů
 - Sleduje dodržování standardů ošetrovatelské péče
 - Upozorňuje na nedostatky v jednotlivých postupech
 - Nevím
7. Jste seznamováni s výsledky interního auditu?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
8. Domníváte se, že kritéria interního auditu jsou sestavena tak, aby prověřila důležité náležitosti?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
 - Kritéria auditu neznám
9. Víte, jakého nejvyššího ocenění dosáhlo Vaše zdravotnické zařízení v oblasti kvality?
- ISO 9001
 - NASKL
 - SAK
 - Nevím
10. Víte, co obsahuje Sběrka vnitřních předpisů?
(možnost více odpovědí)
- Metodické pokyny
 - Směrnice
 - Ošetrovatelské standardy
 - Rozhodnutí předsedy představenstva
 - Řády
 - Jiné (prosím doplňte): _____
 - Nevím

11. Znáte rozdíl mezi interním a externím auditem?

- Ano
- Ne

Pokud ANO, prosím doplňte:

Interní audit: _____

Externí audit: _____

12. Řídíte se Vy osobně na Vašem oddělení dle ošetrovatelských standardů?

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Jaký je podle Vás přínos interních auditů?
(možnost více odpovědí)

- Právní bezpečnost zdravotnického zařízení
- Edukační činnost
- Minimalizace pochybení personálu
- Prevence nesprávných postupů
- Hledání a identifikace pochybení
- Odstraňování zjištěných chyb a nesprávných postupů
- Optimální nastavení procesů
- Vytvoření správných komunikačních toků mezi auditorem a prověřovaným
- Zlepšení image zdravotnického zařízení
- Znalost postupů lege artis a legislativních požadavků
- Nadhled nad zvyklostmi vlastního pracoviště
- Nevím
- Jiné (prosím doplňte): _____

14. Domníváte se, že interní audit poskytuje objektivní informace o stavu auditovaných procesů a funkčnosti směrnic?

- Ano
- Ne
- Nevím

15. Co Vás motivuje nebo co by Vás motivovalo ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče?

(číselně prosím seřad'te dle důležitosti 1- nejdůležitější, 6- nejméně důležité)

_____ spokojenost a bezpečí pacientů

_____ soulad mezi dokumenty, standardy a obecně právními předpisy

_____ zajištění kontinuity zdravotní péče

_____ zvýšení efektivity léčby/péče

_____ péče o zaměstnance (zaměstnanecké výhody, finanční odměny, relaxační a antistresové programy, supervize, vzdělávání a individuální rozvoj, bezpečnost a ochrana zdraví při práci)

_____ jiné (prosím uveďte) _____

16. Kdo může provádět záznam do zdravotnické dokumentace?

(možnost více odpovědí)

Lékař

Všeobecná sestra

Porodní asistentka

Zdravotnický asistent

Fyzioterapeut, ergoterapeut

Zdravotně sociální pracovník

Nutriční terapeut

Radiologický asistent

Zdravotnický záchranář

Farmaceutický asistent

Ošetrovatel, sanitář pod odborným dohledem NLZP

Studenti všeobecného lékařství a nelékařských zdravotnických profesí pod dohledem NLZP

17. Která část dokumentace se při překladu pacienta předává na jiný primariát?

(možnost více odpovědí)

Lékařská překladová zpráva

Ošetrovatelská překladová zpráva

Informovaný souhlas s hospitalizací

Doklad o dočasné pracovní neschopnosti

Dokumentace praktického lékaře

Šatní lístek

Jiné (prosím doplňte): _____

18. Za jak dlouho provádíte od přijetí odběr ošetřovatelské anamnézy či vstupního posouzení?
- Do 6 hodin od přijetí
 - Do 12 hodin od přijetí
 - Do 24 hodin od přijetí
 - Jiné (prosím doplňte): _____
19. Co stanovujete v ošetřovatelské anamnéze či vstupním posouzení?
(možnost více odpovědí)
- Riziko pádu
 - Riziko vzniku dekubitů
 - Nutriční stav
 - Jiné (prosím doplňte): _____
20. Provádíte zhodnocení a aktualizaci ošetřovatelských diagnóz denně na základě stavu pacienta?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
21. Plánujete ošetřovatelské intervence dle stanovené ošetřovatelské diagnózy?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
22. Zaznamenáváte při ukončení ošetřovatelské diagnózy její zhodnocení?
- Ano
 - Ne
 - Nevím
23. Červenou barvou v textu se v dokumentaci např. značí:
(možnost více odpovědí)
- Alergie
 - Antibiotika
 - Křivka sledování bolesti dle VAS
 - Tělesná teplota nad 37°C
 - Odběr krve na přímou zkoušku
 - Aplikace návykových látek

24. Zelenou barvou v textu se v dokumentaci např. značí:
(možnost více odpovědí)
- Katecholaminy
 - Myorelaxancia
 - Cytostatika
 - Pozitivita HBsAg, HIV
 - Křivka sledování bolesti dle VAS
25. Kdo zodpovídá za označení pacientů identifikačními náramky?
(možnost více odpovědí)
- Ošetřující lékař
 - NLZP
 - Sanitář/ka
 - Jiné (prosím doplňte): _____
26. Které údaje obsahuje identifikační náramek pacienta?
(možnost více odpovědí)
- Jméno a příjmení
 - Rodné číslo bez lomítka
 - Rodné číslo s lomítkem
 - Oddělení
27. Prosím doplňte jednotlivé barvy identifikačních náramků dle rizika pacientů:
- _____barva- Pacienti bez rizik
 - _____barva- Pacienti podstupující invazivní výkon v krátkodobé anestezii, analgosedaci a na pacienty, kteří jsou observováni na nízkoprahovém příjmu
 - _____barva- Pacienti ohroženi rizikem např. diabetes mellitus, pád, krvácení a jiné
28. Kdy se provádí odstranění identifikačního náramku?
(možnost více odpovědí)
- Při přeložení pacienta
 - Při propuštění pacienta
 - Při úmrtí pacienta
 - Neprovádí se

29. Jak provádíte likvidaci identifikačního náramku?
(možnost více odpovědí)
- Odstřižením identifikačního náramku
 - Dále přestříhnutím osobních údajů na štítku pacienta
 - Likvidací do kontaminovaného odpadu
 - Likvidace se neprovádí
30. Kde je možné připevnit identifikační náramek?
(možnost více odpovědí)
- Pravá horní končetina
 - Levá horní končetina
 - Pravá dolní končetina, kotník
 - Levá dolní končetina, kotník
 - Lůžko pacienta

PŘÍLOHA P II: KONTROLNÍ TEST K OVĚŘENÍ ZNALOSTÍ



KONTROLNÍ TEST (Oddělení řízení kvality)

| | |
|-------------|--|
| Pracoviště: | |
| Pracovník: | |
| Datum: | |

1. Za jak dlouho provádíte od přijetí odběr ošetřovatelské anamnézy či vstupního posouzení?
 - a) Do 6 hodin od přijetí
 - b) Do 12 hodin od přijetí
 - c) Do 24 hodin od přijetí
2. Jaké rizika při odběru ošetřovatelské anamnézy či vstupního posouzení stanovujete?
Prosím doplňte: _____
3. Zelenou barvou se ve zdravotnické dokumentaci značí:
 - a) Katecholaminy
 - b) Myorelaxancia
 - c) Cytostatika
 - d) Pozitivita HBsAg, HIV
 - e) Křivka sledování dle VAS
4. Červenou barvou se ve zdravotnické dokumentaci značí:
 - a) Alergie, antibiotika
 - b) Křivka sledování dle VAS
 - c) Aplikace návykových látek
 - d) Odběr krve na přímou zkoušku
5. Kdy se provádí odstranění identifikačního náramku?
 - a) Při přeložení pacienta
 - b) Při úmrtí pacienta
 - c) Při propuštění pacienta
6. Jak provádíte likvidaci identifikačního náramku?
 - a) Odstřížením identifikačního náramku
 - b) Přestřihnutím osobních údajů na štítku pacienta
 - c) Likvidací do kontaminovaného odpadu

7. Musí být proveden zápis do zdravotnické dokumentace při odmítnutí identifikačního náramku?
- Ano
 - Ne
8. Kdo zodpovídá za označení pacientů identifikačními náramky?
- Zdravotní sestra/ sanitář/ka
 - Ošetřující lékař/ zdravotní sestra
 - Sanitář/ka/ ošetřující lékař
9. Doplňte jednotlivé barvy identifikačních náramků dle rizika pacientů (žlutá, bílá, červená):
- Pacienti ohroženi rizikem např. krvácení, pád a jiné: **barva**_____
 - Pacienti podstupující invazivní výkon v krátkodobé anestezii či jsou observováni na nízkoprahovém příjmu: **barva**_____
 - Pacienti bez rizik: **barva**_____
10. Které údaje obsahuje identifikační náramek pacienta?
- Jméno a příjmení a rodné číslo s lomítkem
 - Jméno a příjmení, oddělení a rodné číslo bez lomítka
 - Jméno a příjmení, rodné číslo s lomítkem a oddělení

Výsledek testu: vyhověl/a - nevyhověl/a

Podpis pracovníka:

Podpis školitele:

Kritéria pro splnění testu: max. 21 b:

Počet chyb

Výsledek testu

0 – 5 vyhověl/a

6 a více nevyhověl/a