

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Petra Pavlová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Řízení kvality v perioperační péči

Bc. Petra Pavlová

Diplomová práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Pavlová**
Osobní číslo: **Z11304**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Řízení kvality v perioperační péči**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

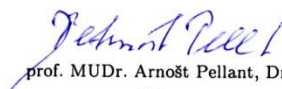
1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


1. BLECHARZ, P.: **Základy moderního řízení kvality**. 1. vyd. Praha: Ekopress, 2011. ISBN 978-80-86929-75-0.
2. GLADKIJ, I. a kol.: **Management ve zdravotnictví**. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
3. HOLÁ, J.: **Jak zlepšit interní komunikaci**. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 978-80-251-2636-3.
4. JEDLIČKOVÁ, J. a kol.: **Ošetrovatelská perioperační péče**. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN: 978-80-7013-543-3.
5. LOJDA, J.: **Manažerské dovednosti**. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3902-1.
6. ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M.: **Kreativní ošetrovatelský management**. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
7. ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M.: **Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních**. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Jana Holá, Ph.D.**
Katedra informatiky, managementu a radiologie

Datum zadání diplomové práce: **1. října 2012**
Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2013**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 20. února 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 18. září 2012

Petra Pavlová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce, Ing. Janě Holé, Ph.D. za podporu, rady a čas, který mi věnovala při řešení dané problematiky a zpracování statistických dat. Poděkování také patří mému příteli, Tomášovi Klecovi, který mi byl oporou. V neposlední řadě bych ráda vyjádřila velké dík Mgr. Evě Havlíkové, Ing. Slánskému a všem respondentům, kteří mi během tvorby závěrečné práce poskytli potřebné informace.

V Pardubicích dne 18. září 2012

Petra Pavlová

ANOTACE

Diplomová práce je věnována managementu perioperační péče. Oblasti, které se týkají kvality operačních sálů, jsou obsaženy v teoretické rešerši. Ta se dále zabývá způsoby, jakými je možné dosáhnout požadovaného stupně kvality. Zaměřuje se na management, ale i na problematiku perioperační péče jako takové.

Výzkumná část se zabývá kvalitativním i kvantitativním šetřením. Skládá se z několika metod, kterými data byla zjišťována. Pro odhalení, v čem spočívá manažerská funkce, byla zvolena metoda „stínování“ vedoucí sestry centrálních operačních sálů. Pro získání informací o řízení kvality byly zrealizovány tři polostrukturované rozhovory s odborníky na toto téma. Na základě rozhovorů byla sestavena SWOT analýza, z jejichž výsledků byl vytvořen dotazník. Nejprve pro pilotáž, následně pro podstatné výzkumné šetření. Po sesbírání dat a informací následovalo statistické ověření hypotéz. V závěru práce jsou uvedeny veškeré výsledky.

KLÍČOVÁ SLOVA

Řízení, kvalita, perioperační péče, perioperační sestra, operační sál

TITLE

Quality management in the perioperative care

ANNOTATION

The thesis has been focused on the management of perioperative care. The areas concerning work in the theatre room are included in theoretical search. It further deals with the ways in which it is possible to achieve the desired level of quality. It is focused not only on quality of management, but also on issues of perioperative care, as such.

The research part is pursued in the qualitative and quantitative investigation. It consists of several methods showing how the data has been studied. After the detection of management role, the method of "mirroring" the central theatre rooms head nurse has been chosen. To obtain the information concerning quality management for the relevant theatre room, three interviews with experts on the subject were conducted. Based on the interviews, the SWOT analysis has been created. The output from SWOT was then used to create a questionnaire. At first, for a pilot study and after that for deeper research inquiry. When the data has been collected the statistical verification of the hypothesis follows. All the results of the research are mentioned in the conclusion.

KEYWORDS

Management, quality, perioperative care, perioperative (theatre) nurse, operating theatre

OBSAH

Strana:

ÚVOD	16
CÍLE PRÁCE.....	18
TEORETICKÁ ČÁST	19
1 Kvalita zdravotní péče z obecného hlediska	19
2 Perioperační péče	21
2.1 Perioperační sestra	21
2.1.1 Zásady práce perioperační sestry	22
2.1.2 Role sestry instrumentářky	24
2.2 Multioborová týmová spolupráce	24
2.2.1 Interpersonální vztahy mezi lékařskou a nelékařskou profesí v průběhu operace	25
3 Management operačních sálů.....	27
3.1.1 Komunikace, důležitý faktor při zavádění změn na operačním sále	28
3.1.2 Styly manažerského vedení	29
3.2 Manažer pro kvalitu a pro prevenci rizik.....	31
3.2.1 Řízení rizik v prostředí operačních sálů	32
4 Řízení, měření a vyhodnocování kvality operačních sálů.....	33
4.1 Indikátory kvality	36
4.2 Pochybení a nežádoucí události na operačních sálech	37
5 Kontinuální zvyšování kvality na operačních sálech	39
5.1 Systémové modely pro kontinuální zvyšování kvality	39
5.1.1 Standardy	39
5.1.2 Certifikace	40
5.1.3 Akreditace.....	41

V Ý Z K U M N Á Č Á S T	43
6 Kvalitativní výzkum	44
6.1 Metodika kvalitativního výzkumu	44
6.1.1 Stínování vedoucí sestry centrálních operačních sálů	44
6.1.2 Rozhovory	49
6.1.3 SWOT analýza, výstup rozhovorů.....	50
7 Kvantitativní výzkum	54
7.1 Metodika dotazníkového šetření.....	54
7.2 Výzkumné otázky	57
7.3 Pracovní hypotézy	57
7.4 Vyhodnocení vybraných položek dotazníku	58
7.5 Statistická analýza kvantitativního šetření.....	66
7.5.1 První studie zjišťování vztahu existence titulu akreditace se zvolenými atributy, které nastavují úroveň požadované kvality perioperační péče	67
7.5.2 Druhá studie bodového hodnocení nemocnic.....	71
7.6 Shrnutí těch výsledků, které směřují k vymezení hlavních znaků týkajících se kvality perioperační péče	77
8 Diskuse	78
8.1 Návrhy pro udržení a kontinuální zvyšování kvality operačních sálů.....	80
8.1.1 Karty managementu rizik	80
8.2 Doporučení určená managementu operačního sálu	83
8.3 Doporučení určená perioperačním sestram	83
8.4 Doporučení pro obecná pracovní hlediska	84
9 Závěr	85
10 Soupis bibliografických citací	87
11 Přílohy	91

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: návratnost dotazníků	55
Obr. 2: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se existence titulu akreditace	58
Obr. 3: Graf souhrnných absolutních četností související s dotazníkovými otázkami č. 1 a 2	60
Obr. 4: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se přítomnosti hygienicko-epidemiologické sestry	62
Obr. 5: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se vnějších auditů	63
Obr. 6: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se časového plánu auditů	64
Obr. 7: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se indikátorů kvality	65
Obr. 8: Histogram akreditovaných nemocnic	73
Obr. 9: Histogram neakreditovaných nemocnic	73
Obr. 10: Krabicový graf z více proměnných	74
Obr. 11: „4 P“, model kontinuálního zvyšování kvality a model základního stavebního seskupení procesního řízení	92
Obr. 12: Návrh otázek k rozhovorům	93
Obr. 13: Myšlenková mapa	99
Obr. 14: Reálná podoba elektronického dotazníku	100
Obr. 15: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se existence manažera kvality	103
Obr. 16: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se provádění vnitřních auditů v prostředí operačních sálů	104
Obr. 17: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se hlášení nežádoucích událostí v rámci operačních sálů	105
Obr. 18: Graf absolutních četností odpovědí na otázky týkající se standardů Identifikace pacienta, Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí	106

Obr. 19: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se dodržování minimálního hodnotícího standardu Zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí	107
Obr. 20: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se průměrného počtu výtek od hygienicko-epidemiologické kontroly	108
Obr. 21: Perioperační bezpečnostní protokol dle WHO v českém znění	111
Obr. 22: Originální verze perioperačního bezpečnostního protokolu od WHO v anglickém jazyce	112
Obr. 23: Návrh ošetřovatelského perioperačního záznamu	113

SEZNAM TABULEK

Strana:

Tab. 1: Kompetence vedoucí sestry COS	45
Tab. 2: Přehled pracovní náplně vedoucí sestry COS	46
Tab. 3: I. SWOT analýza perioperační péče vztahující se k rozhovoru s paní A.	51
Tab. 4: II. SWOT analýza perioperační péče vztahující se k rozhovoru s paní B.	52
Tab. 5: III. SWOT analýza perioperační péče vztahující se k rozhovoru s paní C.	53
Tab. 6: Udělení dalších titulů kvality ve vztahu k existenci akreditace	59
Tab. 7: Subjektivní definice „kvality v perioperační péči“	61
Tab. 8: Kontingenční tabulka pozorovaných četností výskytu hygienicko-epidemiologické sestry a akreditace	68
Tab. 9: Kontingenční tabulka očekávaných četností výskytu hygienicko-epidemiologické sestry a akreditace	68
Tab. 10: Kontingenční tabulka pozorovaných četností výskytu vnějších auditů a akreditace	69
Tab. 11: Kontingenční tabulka očekávaných četností výskytu vnějších auditů a akreditace	69
Tab. 12: Kontingenční tabulka pozorovaných četností výskytu časového plánu auditů a akreditace	69
Tab. 13: Kontingenční tabulka očekávaných četností výskytu časového plánu auditů a akreditace	69
Tab. 14: Kontingenční tabulka pozorovaných četností výskytu sledování indikátoru kvality a akreditace	70
Tab. 15: Kontingenční tabulka očekávaných četností výskytu sledování indikátoru kvality a akreditace	70

Tab. 16: Sledované atributy a výsledky testovaných nulových hypotéz k nim vztažených	70
Tab. 17: Bodové ohodnocení obou skupin sledovaných zdravotnických zařízení	71
Tab. 18: Základní hodnoty popisné statistiky obou skupin sledovaných nemocnic	72
Tab. 19: Výsledné hodnoty dvouvýběrového T-testu s rovností rozptylů	75
Tab. 20: Absolutní četnosti nemocnic v jednotlivých kategoriích podle počtu bodů	76
Tab. 21: Vyhodnocení výzkumného šetření formou přehledové tabulky	77
Tab. 22: Tabulka absolutních četností odpovědí na otázku týkající se karet managementu rizik	82
Tab. 23: Tabulka absolutních četností odpovědí na volnou otázku týkající se dalších karet managementu rizik	82
Tab. 24: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní A.	94
Tab. 25: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní B.	96
Tab. 26: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní C.	97
Tab. 27: Tabulka četností odpovědí na otázku týkající se důležitých faktorů pro dosahování kvality	109
Tab. 28: Tabulka četností odpovědí na otázku týkající se ohodnocení faktorů subjektivně důležitých pro dosahování kvality na operačních sálech	110

SEZNAM ZKRATEK

<i>BOZP+PO</i>	=	bezpečnost a ochrana zdraví při práci + požární ochrana
<i>COS</i>	=	centrální operační sály
<i>EU</i>	=	Evropská unie
<i>FZS</i>	=	fakulta zdravotnických studií
<i>HS</i>	=	hlavní sestra
<i>ISO</i>	=	International Organization for Standardization
<i>JCAH</i>	=	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
<i>KPR</i>	=	kardiopulmonální resuscitace
<i>MU</i>	=	mimořádná událost
<i>MZ</i>	=	Ministerstvo zdravotnictví
<i>NASKL</i>	=	Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře
<i>NOP</i>	=	náměstek ošetrovatelské péče
<i>NU</i>	=	nežádoucí událost
<i>OS</i>	=	operační sál
<i>PP</i>	=	perioperační péče
<i>SAK</i>	=	Spojená akreditační komise
<i>SOP</i>	=	standard operating procedure(s)
<i>SÚKL</i>	=	Státní ústav pro kontrolu léčiv
<i>UPCE</i>	=	Univerzita Pardubice
<i>WHO</i>	=	World Health Organization

Legislativa:

372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

102/2012 Sb., Vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

306/2012 Sb., Vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických a ústavů sociální péče

*(Legislativa čerpána z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_7595_2919_29.html,
http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c306/2012-sb-o-podminkach-predchazeni-vzniku-a-sireni-infekcnich-on_6838_2439_11.html)*

ÚVOD

Pod pojmem „kvalita“ je možné si představit základovou desku zdravotní péče. Podle WHO, z roku 1982, je kvalita stupněm dokonalosti poskytované péče, ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologickému vývoji (Bártlová a kol., 2008, s. 60). Nicméně bez pravidel, vzdělaného personálu a schopného vedení, by byl podstavec, na kterém stojí ošetrovatelská a léčebná péče, křehký jako domeček z karet. Vzhledem k tomu, že mnozí hospitalizovaní pacienti podstoupí chirurgický zákrok, který je pro ně často nejdůležitějším mezníkem pobytu v nemocnici, měla by být upřena pozornost na kvalitu právě v prostředí operačních sálů.

Celorepublikově však není jednota v pravidlech pro dosahování kvality v perioperační péči. Neexistuje žádné jednotné měřítko, které by kvalitu perioperační péče vymezilo nebo posoudilo. Legislativa, zejména zákon č. 372/2011 Sb. (viz zdrojová data na CD), sice zmiňuje podmínky a kritéria, která musí zdravotnická zařízení spravovat v rámci procesu hodnocení kvality a bezpečí, ale nepopisuje konkrétní měřitelná pravidla pro jejich plnění v prostředí operačních sálů. Různá doporučení pro řízení kvality lze najít v odborných publikacích. V nich autoři vytyčují např. intervence typu: „Zajisti aktivní identifikaci klienta, sleduj alergickou anamnézu, proveď označení operované strany...“, ale v žádné není uvedeno, kolik „bodů“ pracoviště získá, jestliže tyto kontroly provede.

Konkrétní požadavky jsou stanoveny Spojenou akreditační komisí. Ta je prakticky nejdůležitějším a nejefektivnějším orgánem, jenž stávající stupeň kvality kontroluje. Zároveň poskytuje doporučující postupy pro její zvyšování. Nicméně vůle, jak tato doporučení naplňovat, je na jednotlivých institucích. To znamená, že ani SAK neposkytuje škálu, jež by definovala stupně kvality pro perioperační prostředí, která by umožnila porovnání perioperační péče mezi jednotlivými nemocnicemi. Nikoli tedy v časových řadách samotné instituce. Tím, že neexistuje žádná hodnotící stupnice, není možné říci, zda úroveň péče na konkrétních operačních sálech dosahuje toho nejvyššího stupně. Nelze ani říci, že v neakreditovaných zařízeních poskytují horší perioperační služby, než v nemocnicích akreditovaných. Jistě, titul akreditace indikuje „kvalitu“ zdravotnického zařízení, ale nezaručuje, že v akreditovaných zařízeních je péče lepší, než v neakreditovaných. Zaručit to prakticky ani nemůže, protože neexistuje to konkrétní měřítko určené k porovnání těchto služeb. Je potom objektivní hodnotit kvalitu operačních sálů pouze na základě předpokladů?

Dle těchto zjištění bylo stanoveno několik cílů. Hlavním záměrem bylo zmapovat situaci v řízení kvality. Dle výsledků kvalitativního a kvantitativního výzkumu vymezit zásady

pro zajištění vysokého stupně kvality a vymezit atributy, které úroveň kvality perioperační péče nastavují. Uvést přehled nejčastějších problémů a navrhnout vhodná opatření, která by mohla nedostatky stabilizovat.

Závěrečná práce obsahuje několik termínů vztahujících se k problematice specifické ošetrovatelské péče na operačních sálech. Definice pojmů a klíčových slov, týkající se hlavních kapitol, jsou zvýrazněny a blíže vysvětleny v textu závěrečné práce. Vymezené pojmy by měly čtenáři napomoci zorientovat se v jednotlivých oblastech. V rámci závěrečné práce bohužel nebylo možné pojmut veškeré informace popisující rozsah péče o klienta v průběhu operace. Problematika perioperační péče je velice široká. Proto doporučuji literaturu Bc. Jaroslavy Jedličkové, MBA, která zahrnuje témata organizačně provozní problematiky operačního traktu, prostorového zázemí, hygienicko-epidemiologické péče, anesteziologické ošetrovatelské péče, jednotlivých náplní práce instrumentárek, obíhajících a nástrojových sester. Mimo jiné se zaměřuje na instrumentária a instrumentační techniky. Pro oblast „kvality“ bych doporučila díla manželů Škrlových, jež považuji za jedny z největších odborníků na kvalitu zdravotní péče.

CÍLE PRÁCE

- Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat situaci v řízení kvality v perioperační péči, na základě studia odborné literatury, kvalitativního a kvantitativního šetření.

Cíl pro teoretickou část práce

- Dílčím cílem teoretické části je vypracování teoretické rešerše zabývající se problematikou managementu kvality v perioperační péči.

Cíle pro výzkumnou část práce

- Kvantitativním výzkumem ověřit zda je rozdíl v úrovni kvality mezi akreditovanou a neakreditovanou nemocnicí.
- Vymezit kvalitu podle toho, jak je vnímaná v praxi.
- Na základě kvalitativního a kvantitativního šetření uvést návrhy pro udržení a kontinuální zvyšování kvality na odděleních operačních sálů.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Kvalita zdravotní péče z obecného hlediska

„Kvalita je dle WHO (1982) stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje. Jako první se kvalitou zabýval prof. Avedise Donabedián, podle kterého je kvalitní zdravotní péče takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek ve srovnání s náklady je vyšší ve všech fázích léčebného procesu (Bártlová a kol., 2008, s. 60).“

Kvalita v moderním zdravotnictví znamená splnění určitých požadavků, o kterých rozhoduje klient (Škrļa a Škrlová, 2003). Jedná se o souhrn vlastností zdravotních služeb, vyjadřující způsobilost uspokojovat potřeby hospitalizovaných i ambulantních klientů. Kvalita prakticky znamená spokojenost klienta s celým procesem, který se ho dotýká. Tento proces zahrnuje sběr informací, stanovení standardů, hodnocení efektivnosti jednotlivých činností, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality a dosahování těch nejlepších výsledků, vzhledem k daným podmínkám. Jak uvádí Škrlovi (2003), dle Palmera kvalita v lékařské a ošetrovatelské praxi znamená: „Dělat správné věci správně, na správném místě, se správnými lidmi.“ Gladkij, ve své knize z roku 2003, tuto frázi doplnil o spojení slov „ve správném čase a napoprvé.“ (Blecharz, 2011; Gladkij, 2003, s. 364).

Standardním nástrojem pro zajištění kvality procesů, ke kterým ve zdravotnictví a konkrétně na operačních sálech dochází, je zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí. Hodnocením kvality a bezpečím se zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví. Mezinárodní akreditační principy definované touto společností, WHO a v souladu s požadavky EU, stanovují plnění několika požadavků. Mezi ně patří např. monitorování a kontinuální zvyšování kvality, řízení rizik, strategické plánování a jiné. Jsou to vesměs ty oblasti, které jsou zahrnuty v této práci. Ukázka modelu procesního řízení a modelu pro zvyšování kvality, obsahující čtyři důležité mezníky managementu kvality, je uvedena v příloze této práce (viz příloha A). Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (viz zdrojová data na CD). V rámci tohoto zákona je povinen každý poskytovatel zdravotních služeb zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Minimální požadavky tohoto plnění jsou uveřejněny ve věstníku MZ č.5/2012. Proces externího systému je stanoven ve vyhlášce č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Tato vyhláška je také uvedena na CD příloze závěrečné práce a dostupná z: <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci->

zdravotnich-sluzeb_7595_2919_29.html). Druhá vyhláška, která úzce souvisí s perioperační péčí, je Vyhláška č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče (viz zdrojová data na CD a http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c306/2012-sb-o-podminkach-predchazeni-vzniku-a-sireni-infekcnich-on_6838_2439_11.html).

Jak uvádí Blecharz, 2011, na straně 9, definice pojmu „kvalita“ je také obsažena v mezinárodní normě ISO 9000: „*Kvalita (jakost) je stupeň splnění požadavků souborem inherentních znaků.*“ Kvalitní péče je taková péče, která zvyšuje pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků. Je soudržná s odbornými znalostmi a přináší spokojenost klientům i lékařskému a nelékařskému personálu. Systém kvality operačních sálů můžeme definovat jako metodu, která zabezpečuje dostatečnou spolehlivost perioperačních služeb, souhrn jednotlivých postupů a procedur péče v průběhu individuálního zákroku. Perioperační péče by měla být poskytnuta přiměřeně stavu pacienta. Měla by být pacientovi přínosem pro jeho zdraví či kvalitu života. Kvalitní péče je charakterizovaná účinností, dostupností, bezpečností, návazností, ekonomickou přijatelností a efektivností vznikající dodržováním doporučených postupů. Měla by být náležitě dokumentovaná a medicínsky odůvodnitelná. Nároky se neustále zvyšují. Proto, aby taková péče mohla být operantovi poskytnuta, je za potřebí kvalifikovaného odborného personálu, kvalitního vybavení, přístrojové technika a edukovaných pracovníků pro práci s těmito technikami (Gladkij, 2003). Tajemstvím úspěchu je důslednost, vzdělanost, spolehlivost a zájem o klienty. Tím vzniká kvalita (Škrlová, 2003).

2 Perioperační péče

Neustále dochází ke změnám a rozvoji pojetí ošetrovatelské péče v českém zdravotnictví. To vyžaduje vytvoření odpovídajících podmínek při vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, tedy i perioperačních sester. Na základě těchto změn ve vzdělávacím systému, který byl přizpůsoben požadavkům a doporučením Světové zdravotnické organizace a Evropské unie, bylo třeba také přistoupit k přesnému definování jednotlivých specializací, včetně pojmenování a definování nelékařských profesí (Jedličková, 2012, s. 3).

Perioperační péči můžeme definovat jako péči o klienta či klientku na operačním sále bezprostředně před operací, v průběhu zákroku a bezprostředně po něm. Jedná se o péči o pacienty, kteří mají podstoupit výkony intervenční, invazivní, diagnostické či terapeutické. Perioperační péče je týmová péče. Jde o vysoce specializovanou péči, kterou zastává vysoce specializovaný personál, do kterého můžeme řadit jak sestry instrumentářky, tak anesteziologické sestry (Jedličková, 2012, s. 3).

Diferenciace operačních oborů, na stále užší specializace, přináší nové diagnostické, profylaktické a léčebné metody, moderní a složitější techniku. Dalo by se říci, že perioperační péče je filozofie, která se neustále vyvíjí, protože pod tímto termínem lze najít mnoho aspektů, jenž péči na operačním sále doprovází. Tato evoluce klade na členy týmu vyšší a vyšší nároky. Především na zkušenosti a vědomosti. Nejde o samotné operace a o konkrétní personál, který se na zákroku podílí. Jde o vnitřní klima, atmosféru, jež na operačních sálech panuje. Jde o interpersonální vztahy, management, vzdělání a dovednosti zaměstnanců. Patří sem dodržování standardů, hygienicko-epidemiologických postupů. Jde o poklidné i vyhrocující se situace, o příznivé i stresující prožitky. Jde o řízení kvality. Ale v neposlední řadě jde o spolupráci lékařského a nelékařského personálu, který se podílí na společné činnosti s cílem dosažení úspěchu a prospěchu pro pacienta při maximálním bezpečí (Škrla a Škrlová, 2003).

2.1 Perioperační sestra

Procesem změn došlo i k přejmenování sester, jež byly známy v laické i odborné veřejnosti jako sálové sestry, sestry instrumentářky. Nový název může budit složitým, až nepochopitelným dojmem. Je ovšem mezinárodně srozumitelnější a odpovídá náročnosti profese, požadavkům na vzdělání a vystihuje vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, kterou tyto sestry na operačních sálech zastávají (Jedličková, 2012, s. 3).

Laici i mnozí zdravotníci si pod profesí perioperační sestry mohou představit „jen“ podávání nástrojů dle pokynů lékařů. Avšak je nutné upozornit na to, že jde o náročnější povolání, než se zpočátku zdá. Perioperační sestra není jenom instrumentující, či obíhající nebo nástrojovou sestrou. Je především sestrou specialistkou pro operační obory. Ne náhodou patří k jedné z nejuznávanějších specializací ze stran lékařů. V měřítku odbornosti nelékařského personálu patří mezi kvalifikace s nejvyššími požadavky. Perioperační nelékařský personál je neustále nucen přizpůsobovat se inovacím v postupech, metodách, používaných nástrojích a nesou osobní odpovědnost za kvalitu poskytnuté specifické ošetrovatelské péče (Škrļa a Škrļová, 2003).

„Úkolem instrumentárky není jen podávat nástroje při operaci. Podílí se na úsilí operační skupiny a přímo se účastní chirurgické práce. Instrumentování se nelze naučit z knih, neboť je především otázkou cviku a zkušenosti, ale je možno dát určité všeobecné pokyny a návody, které mohou sestře výcvik usnadnit a zkrátit a které jsou někdy oporou i zkušené instrumentárce (Niederle, 1986, s. 71).“

2.1.1 Zásady práce perioperační sestry

Perioperační sestry se v rámci plnění zadaných úkolů dělí na instrumentárky, tedy sestry bezprostředně zabezpečující operační výkon. Dále na perioperační sestry obíhající neboli cirkulující, jinak řečeno pomocné, které během operačního zákroku zajišťují kontakt s okolím. Na operačních sálech se dále lze setkat se sestrou nástrojovou. To je ta sestra, jejíž náplní práce je péče o nástroje, sestavování sít a příprava speciálních zdravotnických prostředků pro operační výkony. To však může mít v popisu práce i obíhající sestra nebo sestra pracující na sterilizaci. V praxi pak dochází k cirkulaci těchto funkcí v pravidelně krátkých intervalech. To znamená, že jedna sestra představuje v jiné dny vždy jednu z těchto rolí. Musí tedy zvládat organizaci celého provozu operačního sálu. Mezi perioperační sestry se řadí i sestry anesteziologické. Protože se ale jedná o jiný obor, odlišný druh specializace, tak k mobilitě mezi nimi a „nástrojovými“ sestrami nedochází a ani nemůže. Nicméně i anesteziologické sestry se podílejí na specifické ošetrovatelské perioperační péči.

Je tedy jasné, že kvalitní sálová sestra musí mít široký obzor znalostí a dovedností ve specifické ošetrovatelské péči o pacienta. Nejen že se klade důraz na znalost operačních výkonů a postupů, je po ní vyžadováno perfektní zvládnutí mnoha instrumentačních technik a vedení méně zkušených spolupracovnic (Jedličková, 2012; Škrļa a Škrļová, 2003).

„Instrumentování se lze naučit, je k tomu třeba dobrých znalostí, zkušeností i zručnosti. Ale dobrou instrumentárkou se může stát jen sestra, která má ve své anonymitě ušlechtilý zájem o osud nemocného a prožívá a naplňuje smysl svého povolání nejen dovedností a kulturou ducha, ale i kulturou svého srdce.“ Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc. (Duda, 2000, s. 15)

Je třeba si uvědomit, že dochází k rozvoji operačních postupů, že instrumentářka instrumentuje několika lékařům s různými zkušenostmi a psychickými vlastnostmi. Že každý výkon je de facto originál. Přes to musí být pořád o krok napřed před samotnými operátory. Proto, aby instrumentářka práci prováděla náležitě, tak jak se od ní očekává, musí mít stoprocentní jistotu, že se může spolehnout na svou kolegyni, obíhající sestru. Zároveň musí mít vědomosti o krizových situacích a rizicích specifické ošetrovatelské péče, včetně jejich prevence a řešení. Vždy musí vědět, jak zajistit ochranu a bezpečí operantovi a ostatním přítomným v perioperačním prostředí. Tyto náročné, zátěžové situace musí umět zvládat. To znamená, že znalosti v oblasti anesteziologie a resuscitace, flexibilita, přizpůsobení se a připravenost na změny, jsou základními požadavky k vykonávání této profese. Sálková sestra musí být zručná a šikovná, protože manipuluje se sterilními, drahými a křehkými zdravotnickými prostředky. Měla by vyzařovat vlastnostmi, jako jsou kreativita, kritické myšlení, profesionalita, pečlivost, přesnost, samostatnost, cílevědomost, šikovnost a rychlost ve všech směrech, i v rozhodování. Měla by mít komunikační a organizační citění. Mezi další schopnosti, které by měly být pro perioperační sestru typické, jsou schopnosti tolerance a kolegiální (Škrlová a Škrlová, 2003). Kvalitní péče v průběhu operace je doprovázena kvalitním vedením dokumentace a práce na PC (např. v programu Medix). Více o informačním systému Medix na <http://213.155.225.187/COMSWWW/software.html>.

Perioperační personál musí respektovat principy hygieny a epidemiologie. Z toho důvodu by kmenoví zaměstnanci operačních sálů neměli přijít do styku s infekcemi mimo operační trakt. Proto není vhodné, aby současně pracovali na lůžkovém oddělení nebo na ambulanci. Přes to v mnohých zdravotnických zařízeních sálkové sestry docházejí i k ambulantním výkonům. Avšak aby řadová sestra z oddělení zastupovala instrumentářku, absolutně možné není. Řadová sestra nemůže vykonávat práci na operačním sále, neprošla-li proškolením, podmíněnou zkouškou či jinými kritérii, dle zvyklostí nemocnice. Tato zásada platí i pro pomocný personál. Sanitář může dopomoci na standardním oddělení, ale zřízenec z tohoto pracoviště nemůže obstarávat práci v prostředí operačního traktu. I takováto „omezení“ indikují respekt pro personál operačních sálů (Duda, 2000).

Protože profese sálkové sestry je náročná, každá sestra by měla věnovat pozornost svému fyzickému i duševnímu zdraví. Vhodné je mít na paměti prevenci stresu a burn out syndromu, syndromu vyhaslosti. Zároveň je důležitá podpora celého kolektivu, team building, motivace, slovní ocenění a pocit sounáležitosti k týmu (Pavlová, 2011). Každá instrumentářka by měla pěstovat profesní hrdost. Začít může tím, že si začne více uvědomovat svou nezastupitelnou roli. Svou profesí by se měla zabývat. Např. při účasti na kongresech, konferencích a jiných

typech školení s tematikou perioperační péče. Důraz na celoživotní vzdělávání je v tomto oboru klíčový. Neustále se učit, rozšiřovat své obzory, znamená stále se rozvíjet. „*Kdo se nerozvíjí, ten nekráčí, ale stojí.*“ (Gladkij, 2003).

2.1.2 Role sestry instrumentářky

Role perioperační sestry se liší podle toho, pracuje-li na základě indikací lékaře nebo bez nich. Samostatně, tedy bez impulsu, připravuje instrumentárium, mulový a buničitý materiál, pomůcky a ostatní zdravotnické prostředky před, v průběhu a po zákroku. Provádí antisepsi operačního pole, dekontaminaci použitých nástrojů a dalších pomůcek pomocí dezinfekčních a sterilizačních postupů. Zajišťuje manipulaci s operačními stoly, tlakovými láhvemi, laparoskopickou věží a jinými technikami. Je nadřízenou sanitářů, dohlíží a zodpovídá za jejich plnění práce (např. při přikládání neutrální elektrody aj.). Obstarává stálou pohotovost pracoviště k operačním výkonům. Společně s lékařem, který vede operaci, provádí početní kontrolu použitého materiálu. Dle zvyklosti oddělení včetně nástrojů.

Na základě indikace lékaře a ve spolupráci se sanitářem, zajišťuje polohu a fixaci klienta na operačním stole. Společně s anesteziologickou sestrou zodpovídá za prevenci komplikací z imobilizace. Ve spolupráci s lékařem provádí zarouškování operačního pole. Následně instrumentuje při jednotlivých zákrocích.

Veškerý perioperační personál, který se pohybuje v prostředí operačního traktu, zodpovídá za techniku, která je nebo bude v průběhu zákroku použita, za dostatek zdravotnických prostředků nutných k provedení výkonu a za týmovou spolupráci (Jedličková, 2012).

2.2 Multioborová týmová spolupráce

Operace je kolektivní dílo všech členů operačního týmu. Každý musí dobře znát svoji roli a spolehlivě ji plnit. Členy týmu nejsou pouze lékařské profese a sestry specialistky, ale i sáloví sanitáři (zřízenci) a pomocnice. Dalšími pracovníky mohou být i technici, ošetrovatelky a specialisté dle rozsahu, charakteristiky a specifčnosti jednotlivých zákroků. Kromě lékařů a externích odborníků, konsiliářů, se jedná prakticky o stálé kmenové zaměstnance. Do vlastní operační skupiny pak lze zařadit hlavního operátora, vedoucího skupiny. Dále prvního až (nejčastěji) třetího asistenta, instrumentující sestru, pomocnou, čili obíhající sestru, sanitáře a anesteziologa s anesteziologickou sestrou (Duda, 2000).

Pod **týmovou spoluprací** si lze představit činnost, na které se podílí několik lidí řešících tentýž problém se stejným záměrem. Ano, to je zajisté pravda. Nicméně bavíme-li se o týmové práci v prostředí operačních sálů, je nutné tuto definici doplnit o fakt, že se na společné práci podílejí odborníci z několika oborů, kdy je jejich činnost doplněna o skupinovou dynamiku. V rámci konkrétního výkonu přináší každý jedinec, ať lékařský či nelékařský, týmu vlastní posilu, a zároveň přebírá část odpovědnosti za provedenou práci. Jak uvádí Škrlovi (2003) podle Parkera (1990), který se týmovou problematikou zabýval, je týmem pouze ta skupina, která se vyznačuje vzájemnou závislostí a je vytvořena za účelem dosažení společného cíle. Společnými znaky a podmínkami týmové činnosti jsou systematická dělba práce, samospráva, spolupráce, přímá a jasná komunikace, zpětná vazba, empatie a odpovědnost. Podmínkou by měl být i respekt, naslouchání a důvěra. Bohužel, ne vždy jsou tyto poslední znaky pozorovány. Nicméně energie, rychlost (včetně včasné informovanosti všech členů týmu), kreativita a schopnost umět přijímat podněty z různých stran, by měla být přítomna pokaždé (Škrlovi a Škrlová, 2003).

2.2.1 Interpersonální vztahy mezi lékařskou a nelékařskou profesí v průběhu operace

„Operační sál je místem, v jehož magickém prostředí jsou instrumentárky nepostradatelnými, tichými a spolehlivými průvodkyněmi nemocných i chirurgů (Duda, 2000, s. 19).“

Charakter, podmínky práce, pracovní prostředí, organizace, ale i personální a technické zázemí velmi ovlivňují mezilidské vztahy. Právě operační sál je jedním z míst, kde dochází k těžkým situacím. A to nejen díky konkrétním chirurgickým zákrokům, ale kvůli vysoké psychické i fyzické zátěži, stresům, sociálním i ekonomickým vlivům apod. Je pak na každém z operačního týmu, jak se situaci přizpůsobí a jak bude působit na ostatní přítomné. Základem je uvědomit si, že v prostředí operačního sálu jde o pacienta a společný cíl- zdárně dokončit výkon (Jedličková, 2012).

Mezilidské vztahy jsou tvořeny sociální, interní, profesní komunikací. Proto by se neměly ignorovat pracovní i neformální schůzky mezi kmenovými zaměstnanci, pevným jádrem operačního sálu. Tedy mezi instrumentárkami, anesteziologickým týmem a vedením sálu, včetně pomocného personálu. Obzvláště ve velkých klinikách, v prostředí centrálních operačních sálů, dochází k poměrně velkému pohybu zaměstnanců. V menších nemocnicích, na operačních sálech oborového typu, se sdružují prakticky stále ti stejní pracovníci. V některých situacích je to přínosné, protože každý vzájemně ví, co od druhého

očekávat. Někdy to však může být nevýhodou, pokud interpersonální vztahy nejsou na té nejlepší úrovni. Nicméně, dodržují-li se pravidla a je-li respektována práce jednotlivých profesí, přispívá to k pozitivní atmosféře. Kooperace vyžaduje komunikaci a vzájemná komunikace podpoří spolupráci. Při déletrvajících neshodách by měl zakročit manažer. Protože není-li soustředěna práce na operačním sále k pacientovi, ale je-li věnována konfliktům mezi kolegy, hrozí riziko výskytu nežádoucích událostí. Týmová atmosféra a týmový přístup jsou základními podmínkami efektivní specifické ošetrovatelské a léčebné péče na operačním sále (Škrála a Škrlová, 2003).

3 Management operačních sálů

Termín „**management**“ lze přeložit jako řízení, vedení. Významů má několik. Může vyjadřovat vědní disciplínu, vedení organizace, ale i činnost a dovednost člověka zvládat důležité a nesnadné situace, schopnost něčeho dosáhnout (Gladkij, 2003). V případě perioperační péče se jedná o teorii provozování, spravování chodu operačního sálu a řízení kvality. Provoz kvalitního oddělení spočívá v řádném plánování, organizování, koordinování, implementaci, kontrole a hodnocení mnoha procesů, úkolů i situací. Skládá se z vzájemně propojených personálních a technických činností. Jde o dosahování určených cílů s pomocí perioperačních sester (Bártlová a kol., 2008). Za protiklad „managementu“ je brána „**entropie**“. Entropie je definována, jako míra neuspořádanosti, chaotičnosti. Jde o odstrašující příklad a znak nekvalitní péče. Pro stabilizaci a požadovaný stupeň kvality je nutná souhra perioperačních sester a jejich pracovních náplní (Gladkij, 2003).

Pojem **manažer** představuje pracovní pozici, při které vedoucí dosahuje stanovených záměrů společně s lidmi a prostřednictvím nich. Definice osobnosti manažera operačních oborů není zcela jednoduchou záležitostí. Minimálně však jde o nositele managementu, který musí mít znalosti v operační problematice, vědomosti v perioperační ošetrovatelské péči a vždy musí znát svůj podřízený personál. Samozřejmě řízení operačních sálů dále závisí na typu osobnosti, na schopnostech a na individuálních vlastnostech. Vlastnosti jako takové vyjadřují stálý způsob chování a často vyplývají ze společenských požadavků. Soubor vlastností, rysů, který je utvářen prostředím, buduje charakter. Záleží také na temperamentu. Tedy na souhrnu vrozených vlastností, které ovlivňují jeho emotivnost jednání, rychlost reakcí a odolnost vůči silným či dlouhodobým podnětům (Lojda, 2011). Manažer by měl představovat schopnost zajistit příkazy a zvládnout změny. Měl by umět stanovovat strategie pro přípravu změn nutných k uskutečňování vizí a k inspirování zaměstnanců k překonávání překážek, např. při zaučování se s novou operační technikou (Gladkij, 2003, s. 369).

Manažer zastává řídicí funkci. „**Řízením**“ se rozumí působení jednoho prvku na jiný, směřující ke splnění určitých cílů. Tedy působení např. vedoucí sestry centrálních operačních sálů (dále jen COS) jako vzoru na jednotlivé instrumentářky. Řízení také představuje problematiku mravního rozhodování ve vztahu ke klientům, ale i ve vztahu k podřízeným, k financím, vědě, výzkumu a ke všem dalším záležitostem týkajících se operačního traktu. Náplň práce manažera je široká. Zabývá se plánováním, organizováním, personalistikou, vedením, kontrolou ale i řízením výdajů. Měl by soustavně monitorovat efektivitu perioperační péče a zajišťovat přiměřené zdroje pro provoz oddělení. Především na ekonomickou stránku

je, ze strany vedení zdravotnického zařízení, kladen velký důraz, protože inovace a zavádění nových postupů jde mnohdy ruku v ruce se sledováním, uvědomováním si a vyhodnocováním nákladů. Proto by manažer měl vytvářet podmínky pro efektivní péči a motivovat odborný personál k hledání a realizaci úspor (Ivanová, 2006, s. 71; Lojda 2011).

Rozvoj vědy a techniky klade na vedoucí pracovníky operačních sálů i další požadavky. Aby systematicky rozvíjeli svou odbornost a byli připraveni zavádět osvědčené metody (Škrla a Škrlová, 2003). Ale hlavně, aby byli schopni řešit takové problémy, které jim pokrok může přinést. Jak uvádí Gladkij, podle Koontze a Weihricha (1993), jsou na manažery kladeny požadavky známé jako „4 E“. Patří mezi ně effectiveness (účelnost), efficiency (účinnost), economy (hospodárnost) a equity (odpovědnost). Souhrnně řečeno, manažer operačních sálů by měl dělat správné věci správným způsobem s minimálními náklady a spravedlivě, podle práva (Gladkij, 2003).

Efektivnost řízení a vedení lidských zdrojů je závislá na interpersonálních vztazích a na úrovni komunikace managementu s podřízenými. „*Všichni dobří manažeři umějí dobře komunikovat* (Chauder, 2004; Holá, 2011, s. 159). Mnohdy je však opak pravdou. Komunikace je nejdůležitější činností manažera. Schopnost komunikace se odráží v celé manažerské práci, v plánování, v řízení, v rozhodování, v kontrole a hlavně v organizování růstu. Proto by vedoucí pracovníci měli být vybaveni komunikačními dovednostmi, měli by je rozvíjet a aplikovat v praxi (Holá, 2011).

3.1.1 Komunikace, důležitý faktor při zavádění změn na operačním sále

Pojmy „manažer, šéf, kouč, lídr, řídicí pracovník, vedoucí“ mají společný základ a tím je komunikace. Práce vedoucího operačních sálů je pod vlivem neustálých změn. Nejen že se sám se změnami musí vypořádat, musí je i řídit a realizovat. Proto, aby změnu mohl uskutečňovat, potřebuje přimět perioperační sestry a lékaře ke spolupráci. A právě překonání rezistence lidí ke změnám, bývá jádrem managementu změn (Lojda, 2011).

Manažer se stává důležitým článkem mezi vedením nemocnice a zaměstnanci operačních sálů (dále jen OS), především zavádějí-li se změny (např. před plánovaným akreditačním řízením). Pokud je manažer operačních oborů přesvědčen o nutnosti a přínosnosti inovací, měl by dříve začít upozorňovat na tyto postupy, než samotné obraty zavede. Jeho úkolem je zajišťovat efektivní komunikaci uvnitř týmu operačního sálu. Jak ale může přesvědčit druhé o svém názoru? Jak přiměje perioperační sestry vidět situaci jeho očima? Aby získal umění přesvědčování, je dobré, aby si osvojil několik komunikačních vlastností. Měl by se naučit

neuvádět najednou příliš mnoho informací. Je vhodné, aby zúžil komunikaci na důležitá fakta a zdůraznil klíčové informace. Sám by si měl umět odpovědět na otázku, jaké argumenty by mohl předložit, aby přesvědčil sestry o daném problému. Zásadní je, aby poskytoval pravdivé, aktuální a přesné informace. Aby interpretoval ty samé závěry, měl stejné argumenty a byl si stejně jistý danou záležitostí, jako jeho nadřízení (Holá, 2011). Jednota managementu a společná přesvědčení přispívají k růstu sociální kultury, ale i ke kvalitě poskytované péče (Ivanová, 2006, s. 71). Kvalitní vedoucí OS by měl přesvědčovat ostatní, pokud je sám přesvědčen! Partnerství mezi ním a spolupracovníky se zakládá na vzájemné komunikaci, na vzájemném porozumění. Vždy by měl být nakloněn otevřené diskuzi. Může tím předejít případným nedorozuměním (Theobald a Cooper, 2006, s. 78).

Problémem je, že lidé obecně neradi přijímají změny. Proto by vedoucí pracovník OS měl s instrumentárkami diskutovat o perspektivě inovací a měl by se empaticky zaměřit na případné pochyby i možný odpor ze strany zaměstnanců. Měl by mít pádné a přesvědčivé důvody, proč se novinky chystají. Někteří zaměstnanci si osvojují „pro-aktivní“ postoj a sami s novými nápady přicházejí. Druhou skupinou jsou „re-aktivní“ pracovníci, kteří na změny umí reagovat a používat ku prospěchu. Třetí skupinou jsou rigidní lidé, kteří změny „ze zásady“ odmítají. Pochopení ze strany sálových sester je důležité proto, aby mohly změny, s konstruktivní kritikou, přijmout. Proto neflexibilní sestry nemají na operačním sále co dělat. Pakliže je organizační kultura na proces připravena, management začne plánovat vhodné strategie a techniky. Velice účinným nástrojem může být konkrétní plán či harmonogram s vytyčenými cíli, který odráží strategii a zahrnuje jak argumentaci, tak rozvrh konkrétních akcí (Holá, 2011, s. 186; Lojda, 2011).

3.1.2 Styly manažerského vedení

Řízení specifické perioperační péče a styly vedení perioperačních sester jsou různé. Všechny si kladou stejný cíl, ale výsledky mohou být odlišné. Vůdcovství (leadership) by mělo mít kladný vliv na myšlení, na pocity a na činnosti. Pokud vedoucí, obzvláště ženského kolektivu, vede rozhádané a nespolupracují perioperační sestry, prakticky není vedoucím. Příčinou nestabilní skupiny může být liberální styl vedení. Manažer preferující tento styl mnohdy působí „neslaným, nemastným“ dojmem. Většinou si nedokáže vytvořit vlastní názor na probíranou záležitost, nemá vybudovaný respekt, ani důvěru v očích podřízených (Holá, 2011, s. 159). Problematiku nových změn leckdy prezentuje jako nutné zlo, nařízené ze stran top managementu. Personál se pak řídí vlastními potřebami, často

neefektivně nebo s riziky pochybení. Takový šéf a taková pracovní morálka by se, nikdy neměla na operačních sálech vyskytnout. Tam má vše probíhat jistě, organizovaně a důsledně. Dynamickému, efektivnímu nasazení se blíží autokratický styl vedení. Ten může působit, jako metla na pracovníky, kteří pracují pod neustálým tlakem. Jedná se tedy o druhý extrém. Nicméně důslednost a zásadovost má v prostředí operačních sálů své opodstatnění. Dokonce je známo, že jasně zadané formulované úkoly a rozdělení práce mohou stres minimalizovat. Na rozdíl od volného vedení, kdy „nikdo neví nic“ a „nikdo nic pak nedělá“. Doporučené a dokonce požadované jsou stručné, jednoduché, ale jasné návody, např. s jednoduchým obrázkem, pro srozumitelnost situace (Zlámal, 2009, s. 114; Ivanová, 2006).

Vedoucí tedy z velké části ovlivňuje sociální klima na pracovišti a spolupodílí se na image oddělení i celé nemocnice. Liší se od ostatních zaměstnanců pravomocemi a zodpovědností. Kvalitní manažer by měl respektovat principy partnerství, vzájemné prospěšnosti, spravedlnosti, zkušeností a morálních hodnot. Mnohdy jsou však tyto zákonitosti podceňovány. „*Manažer nechápe, že někdo nechápe. Nechápe, že se někdo bojí dát mu zpětnou vazbu, nechápe, proč by měl dodržovat pravidla, když on je vedoucí (Holá, 2011, s. 160)!*“ Manažer by měl hodnotit své podřízené, ale měl by být i on hodnocen jimi. Být leaderem, znamená někoho vést, včetně sebe samého. Je to umění. K etickému řízení lidí operačního prostředí má proto nejbližší tzv. „**servant leader**“. Tento demokratický styl pojednává o dvou základních požadavcích. Společenských a psychologických. Jedná se o řízení založené na respektu k podřízeným, kdy je pracovníkům dáвана příležitost k růstu, k vyjádření vlastního názorů, k navrhnutí lepších organizačních záležitostí apod. Avšak schválení návrhů, včetně jejich organizování, záleží jedině na vedoucím. Někteří lidé neradi rozhodují a jsou mnohdy rádi, když rozhodnutí za ně učiní někdo jiný. Zároveň však mají rádi prostor k vyjádření vlastního názoru. Jedná se prakticky o nevinný alibismus. „Servant leader“ tyto potřeby uspokojuje. Současně motivuje své podřízené a usměrňuje jejich chování (Ivanová, 2006, s. 71; Zlámal, 2009, s. 114). Dle Bělohávkova, 2001, ze strany 23, je účelem motivování dosažení lepších pracovních výsledků, posílení týmové práce, pozitivní vnitřní klima, stabilita, snížení fluktuace a stimulace perioperačních sester ke zvyšování kvalifikace. Spokojená a odborně zdatná instrumentárka je základem příznivého obrazu operačních sálů. Dalo by se říci, že je jejím bohatstvím. Jednak může přenášet svou spokojenost na své lékařské i nelékařské kolegy, pacienty, ale také na širokou veřejnost (Gladkij, 2003; Holá, 2011, s. 159).

3.2 Manažer pro kvalitu a pro prevenci rizik

Funkce **manažera kvality** je řídit a koordinovat veškeré aspekty programu kontinuálního zvyšování kvality. Řízení kvality na operačních sálech se zaměřuje na procesy, které se vyznačují nepřijatelnými riziky. Stejně jako pro řízení rizik, jsou v tomto ohledu důležité standardy a audity. V některých zdravotnických zařízeních je manažer kvality současně náměstkem péče. Manažer kvality, stejně jako manažer rizik svou práci koná z pověření ředitele a ve spolupráci s Radou pro kvalitu. Je tedy zřejmé, že by oba měli být členy této rady (Škrla a Škrlová, 2008, s. 21, 23).

Risk management, tedy **management rizik**, je systematický proces identifikace, hodnocení a realizace činností vedoucích k předcházení klinických, administrativních, zaměstnaneckých bezpečnostních rizik. A co vlastně označuje pojem „risk“? Jedná se o pravděpodobnost, možnost potenciálního nebezpečí, ztráty nebo poškození. Lze vztáhnout jak ke zdraví přítomných na operačním sále, k instrumentačním činnostem, k majetku, k pověsti atd. Tedy k celé problematice operačního traktu, ale i k celé zdravotnické instituci. **Manažer rizik** řídí složitý proces kontroly a prevence celého spektra rizik ve zdravotnické instituci. Mezi jeho činnosti patří realizace a řízení programu, výuka zaměstnanců, šetření a prevence nežádoucích událostí. Jeho úkolem je sladění všech činností směřujících k bezpečnější práci. Řídí proces identifikace a vyhodnocování rizik, vytváří preventivní opatření a jejich kontrolu efektivitu. Nemusí být tedy osobně odpovědný za vzniklá rizika. Je ale zodpovědný za to, že všichni pracovníci dané nemocnice akutně vnímají možné i skutečné hrozby a snaží se je minimalizovat. Konkrétní odpovědnost za kvalitu perioperační péče poskytnutou jednotlivým pacientům náleží příslušným odborným zaměstnancům (Gladkij, 2003, s. 292; Škrla a Škrlová, 2008, s. 15).

Obě tyto pracovní pozice mnohdy spadají do top managementu, vrcholového vedení instituce. Někde jsou podřízené ředitelovi nemocnice, někde náměstkům. V řídicí struktuře menší nemocnice (např. okresní) je většinou jen jeden manažer rizik nebo manažer kvality, který zastává obě funkce a současně může být i náměstkem ošetrovatelské či léčebné péče. Ve velkých zdravotnických zařízeních (např. ve fakultních nemocnicích) je prakticky nemožné, aby tato role zodpovědně připadla pouze jednomu pracovníkovi. Obě funkce jsou časově náročné a vyžadují maximální nasazení. Nicméně by měl existovat mezi řízením kvality a řízením rizik symbiotický, ne konkurenční vztah (Gladkij, 2003; Škrla a Škrlová, 2008, s. 20).

3.2.1 Řízení rizik v prostředí operačních sálů

Termín „**risico**“ pochází z italštiny, označuje „úskalí“. Riziko lze formulovat, jako událost s pravděpodobností vzniku od jednoho do 99 %. Záležitost, která může svými důsledky negativně ovlivnit zdravotnické zařízení. Zmínky o řízení rizik, ve vztahu k českým zdravotnickým zařízením, se začínají objevovat ve větší míře až koncem devadesátých let. Jak uvádí Škrla a Škrlová (2008) na straně 30, první jasně formulované definice jsou dohledatelné až z konce devadesátých let. „*Řízení rizik ve zdravotní péči je pojistkou a nástrojem kontroly kvality, zahrnující činnosti zaměřené k minimalizaci nepříznivých účinků ze ztrát lidských, fyzických a finančních hodnot...*“ (Gladkij et al., 1999).

Řízení rizik, v prostředí operačních sálů, je proces, tedy řada na sebe navazujících výkonů, které mají konkrétní vstupy a výstupy. Lze jím identifikovat, vyhodnocovat a řešit potenciální či aktuální hrozby. Proces, jenž se snaží zamezit nežádoucím událostem, především ve smyslu újmy zdraví operovaných pacientů či operujících odborníků. Význam programu rizik dále spočívá v realizaci efektivního procesu hlášení těchto mimořádných událostí. V implementaci procesu hlášení nozokomiálních infekcí, v zavedení systému kvalitní řízené dokumentace a v uskutečňování již zmiňovaných auditů. Do procesu řízení rizik je nutné zařadit prevenci existujících či potenciálních rizik. Kontrolu efektivnosti programu a jeho nápravu včetně návrhů vhodných opatření, která by mohla tyto vlivy eliminovat. Tento program může ve zdravotnických zařízeních fungovat samostatně nebo jako součást projektu kontinuálního zvyšování kvality. Model kontinuálního zvyšování kvality je k nahlédnutí v příloze A (Škrla a Škrlová, 2008)

4 Řízení, měření a vyhodnocování kvality operačních sálů

Mezi nejdůležitější mezníky procesu řízení kvality patří sledování, měření a vyhodnocování. Kdyby kvalita, nebo její atributy, nešly změřit, bylo by velice obtížné odhadnout, zda dochází k jejich zlepšování, zhoršování nebo zda je efektivnost u toho samého bodu. Škrla a Škrlová (2003) uvádí působivý výrok W. Edwardse Deminga, otce programu kontinuálního zvyšování kvality: „**Abychom mohli něco zlepšit, musíme to změnit. Abychom mohli něco změnit, musíme tomu rozumět. Abychom mohli něčemu rozumět, musíme to měřit. Co nelze měřit, neexistuje**“. Tento výrok má hluboký pravdivý smysl. Problémem je, že parametry kvality operačních sálů lze měřit jen v časových řadách. Respektive chce-li manažer získat přehled např. o frekvenci nežádoucích událostí vzniklých v průběhu diagnostického či terapeutického výkonu, musí tyto události evidovat. Po určitém čase může stav četností porovnat se stejně dlouhým obdobím někdy v minulosti, či se stavem jiného zařízení (viz benchmarking). Výsledky jsou k dispozici tedy až za určité období, nikoli okamžitě. Během prodlevy, než jsou výsledky známy a zpracovány, může dojít k „propasti“ pro potenciální vznik pochybení (Škrla a Škrlová, 2003, s. 100).

Controlling, metoda řízení operačních sálů, která vychází z plánování a zjišťování nepříznivých odchylek od normy. Metoda sledující plnění plánů a zajišťující odstranění nežádoucích prvků. Termín „kontrola“ (check) představuje faktor rovnováhy mezi žádoucím a skutečným stavem. Jde o proces, který má vztah ke všem fázím řídicího systému, tedy k plánování, organizování, rozhodování a k vedení lidí. Jde o proces, za kterého dochází k neustálému sledování plnění cílů organizace, jehož záměrem je dosáhnout požadovaných výsledků. Jedná se o systém zpětné vazby. Funkcí kontroly je několik. Jde o funkce poznávací, komunikační, ovlivňovací a funkce předcházení nedostatků. Efektivita kontroly spočívá ve schopnosti manažerů měnit a usměrňovat jednání zaměstnanců operačních sálů shodným směrem. Kontrolní činnost může vyvolat vzdor, nesouhlas, nelibost ze strany zaměstnanců. Proto je třeba vybudovat takový systém, který by byl chápán jen jako pozitivní nástroj orientovaný na prevenci, do budoucnosti. Pak i podřízení pochopí, že kontrola je normální a perspektivní (Gladkij, 2003).

V čem spočívá **měření kvality** operačních sálů a proč ji vlastně měřit? Jde o koncept, který analyzuje úspěšnost oddělení tím, že porovnává informace o tom, co bylo plánováno a co bylo dosaženo. Tím odkrývá ty oblasti, kterým je třeba věnovat větší pozornost. Vnitřní prostředí operačních sálů je ovlivněno několika faktory. Jednak interpersonálními vztahy, managementem, stupněm dosaženého vzdělání a kvalifikacemi personálu, zkušenostmi

lékařského i nelékařského personálu, typem operačních sálů (oborového nebo centrálního typu) ale i finanční stabilitou organizace. Měření kvality umožňuje **benchmarking**. Nástroj srovnání a hodnocení instituce s jinými zařízeními. Jedná se o prostředek pro zlepšení chodu organizace, konkrétního oddělení. Jeho cílem je tedy vylepšit procesy podle vzoru těch nejlepších. Tedy zjistit, v čem spočívá úspěch jiných pracovišť, oproti tomu našemu a vzít si z nich příklad. Pomáhá v rozhodovacím procesu, podporuje a rozvíjí u zaměstnanců pocit odpovědnosti a tím vším zlepšuje ošetrovatelskou i léčebnou perioperační péči. Dalšími metodami používanými k měření kvality jsou ku příkladu pozorování a rozhovory se zaměstnanci (Škrla a Škrlová, 2003).

Kvalitu lze monitorovat ve veškerých aspekty celého operačního oddělení a lze ji **vyhodnotit** několika způsoby. Informace je možné získat prostřednictvím klientů, ale i z interních a externích auditů. Kontrol od nestranného orgánu či externích odborníků. Dříve, než se začne s prověřováním prováděné práce formou auditů, je potřeba definovat požadovaný stupeň kvality v rámci těchto činností pomocí standardů, směrnic, vnitřních předpisů a zákonů. Dle manželů Škrlových (2003) první sestra, která vystihla pravý smysl auditů, byla Florence Nightingelová. Ta v roce 1863 prohlásila, že zdravotnická dokumentace by měla doložit, jak bylo zacházeno s finančními prostředky, kolik dobrého bylo vykonáno za tyto prostředky a zda tyto zdroje přinesly více užitku než škody (Škrla a Škrlová, 2003).

Audity obecně znamenají systematické nezávislé zkoumání za účelem kontroly, jestli činnosti a výsledky úkonů vyhovují naplánovaným programům. Ošetrovatelský audit představuje systematické vyhodnocení práce nelékařského personálu. Hlavním účelem je sledovat efektivitu práce sester a podporovat kritické myšlení nelékařského personálu, směřujícího k rozboru vlastní činnosti. Je součástí měření kvality poskytované péče o klienty. Audity v perioperační péči ověřují, zda zvolený diagnostický, terapeutický nebo ošetrovatelský postup odpovídá standardům. Zda jsou tyto standardy aplikovány a dodržovány v praxi. Zda výstupy procesů splňují očekávání daného operačního sálu a jeho klientů. Netýkají se jen jedinců a jednotlivých pracovišť, ale celé nemocnice. Objekty auditů mohou být jednotlivé činnosti, ale i celé procesy, které jsou monitorovány dle předem vyjádřených kritérií. Mohou se týkat dokumentace, znalostí, hygienicko-epidemiologického režimu, ale i kvality práce na operačních sálech, jako celku (Gladkij, 2003, Škrla a Škrlová, 2003).

Typů auditů může být několik. Může se jednat jak o cílené porady, inspekce, ale např. o dotazníky spokojenosti či strukturované rozhovory. Dělí se na interní, prováděné v rámci operačního traktu, instituce. A na externí, které jsou prováděny různými orgány.

Externí audity mohou být aplikovány méně často, pakliže interní audity pokrývají systematicky širokou škálu výkonů, v dostatečně krátkých intervalech. Ovšem všechny audity, včetně ošetřovatelských, by se měly řídit následujícími principy. Audit by měl být prezentován jako partnerský postup. Proto by měl být předem oznámen. Měl by být realizován s určitým cílem, s tak říkajícím „know-how“. A především by měl porovnávat skutečnou praxi s normami pro kvalitu a s efektivitou dostupných zdrojů. Měl by být prováděn ve spolupráci s manažerem operačních oborů, manažerem kvality, případně s manažerem rizik (Škrla a Škrlová, 2003).

Auditoři, kteří jsou předem vyškoleni a zvoleni do auditorského týmu, sbírají data do kontrolního formuláře činností (audit form) a hledají shodu nebo neshodu mezi tím, co bylo naplánováno a mezi tím, čeho bylo dosaženo. Poukazují na úspěšné metody, ale odkrývají i oblasti, ve kterých je prostor pro zlepšení. Auditor má odpovědnost za přípravu, zahájení, provedení a ukončení auditu. Zodpovídá za vytváření záznamů, do kontrolního listu (check list), v průběhu auditu. Odpovídá za dodržení rozsahu prováděného šetření. S tím souvisí jeho pravomoc nahlížet do dokumentace, vyžadovat prokázání shody s požadavky interních předpisů. Dále má nárok vyžadovat realizaci nápravy a dohlížet na efektivnost opatření. Audity mohou vyvolávat negativní pocity ze stran sledovaných pracovníků. Nicméně je potřeba je informovat o tom, že audity představují procesy, jejichž záměrem je objektivně vyhodnotit reálný stav, za účelem dosažení toho největšího stupně kvality. Cílem auditů tedy není vyhodnocování výkonů se záměrem hledání chyb, omylů a následných disciplinárních opatření. Cílem je vyhledat slabá místa, za účelem zajistit co nejrychlejší a nejefektivnější opatření. Pokud dojde k odhalení nedostatků, je o nich informováno pouze to pracoviště, kde audit proběhl. Na případných opatřeních by se měl podílet nejen vrcholový management, ale i vedoucí a podřízení pracovníci oddělení, kde byl audit absolvován. Výsledkem by mělo být uznání argumentů a spolupráce podřízených. Ve stanoveném termínu následně dochází k překontrolování, zda k doporučeným změnám došlo (Gladkij, 2003, Škrla a Škrlová, 2003).

Většina technik řídicí kvalitu se dá pozitivně ovlivňovat. Nejdostupnější, ale možná i nejnáročnější, je udržování adekvátního vnitřního klima. Toho je možno dosáhnout team buildingem. Další metodou pro zvyšování prestiže operačních sálů je neustálé vzdělávání pracovníků, ať už se jedná o odborný nebo pomocný personál. Faktory a metody vedoucí ke zvyšování efektivity úzce souvisí s indikátory kvality, které požadovaný stupeň kvality pomáhají utvářet. Prakticky by se dalo říci, že o samotné indikátory kvality jde.

4.1 Indikátory kvality

Wyszewianski píše: „Každý poskytovatel péče by byl rád, kdyby měl nějaký univerzální „metr kvality“, který by mu okamžitě nabídl skóre, které je smysluplné a platné“ (Škrla a Škrlová, 2003, s. 105).

Indikátor, marker neboli ukazatel, představuje základní nástroj pro měření, monitorování kvality a efektivity operačních sálů. Jde o prostředek prověřování nebo označování, který je používán, jako vodítko pro hodnocení a vylepšování služeb. Indikátory jsou současně měřitelná kritéria, která ukazují, jak dalece bylo dosaženo doporučeného postupu. Mohou měřit pozitivní i záporné jevy. Dají se lehce porovnat s minulými obdobími. Jsou efektivní, šetří čas a varují, je-li něco v nepořádku. Indikátory kvality mohou mít úzký vztah k procesům nebo výstupům poskytované péče. Výsledek indikátoru musí být převeden do číselné hodnoty, která pak umožní porovnat jednotlivé aspekty. Indikátory se zaměřují na lékaře, nelékaře, klienty, procesy, klinické události nebo na celý systém operačních sálů. Mohou se týkat kvalifikace personálu, technického zázemí, prostorového vybavení, ale i procenta nozokomiálních nákaz, úrovně vedení zdravotnické dokumentace, úrovně perioperační ošetrovatelské péče, i nákladů a jiných výstupů. Takovým měřitelným ukazatelem může být počet klientů nesprávně připravených k diagnostickému zákroku. Dále fluktuace sálových sester v procentech, úrazy perioperačních sester spojené s manipulací s operačními nástroji, počet naplánovaných reoperací, infekce operačních ran atd. (Gladkij, 2003, Škrla a Škrlová, 2003).

Některé ukazatele kvality jsou založeny na sběru dat o takových jevech, které se vyskytují s určitou frekvencí. Jiné se vztahují hlavně k nežádoucím událostem. S prvním typem indikátorů se lze v praxi setkat např. při sběru informací o četnosti císařských řezů, o početnosti provedení rentgenových snímků v průběhu operace, o množství perioperačních komplikací atd. Příklad takového poměrového indikátoru může být následující: četnost komplikací spojených s intubací / celkový počet intubovaných klientů. Druhý typ má za cíl identifikovat ojedinělé kritické nežádoucí jevy, jejichž výskyt má často za následek disciplinární řízení a vždy podrobné vyšetřování včetně kořenové analýzy příčin. Příkladem může být perioperativní mortalita. S takovými typy indikátorů pracuje především manažer rizik (Škrla a Škrlová, 2003).

Sledování ukazatelů kvality je nedílnou součástí všech modelů zabývajících se kvalitou, tedy modelů ISO, akreditace a jiných. Bez účinného využívání indikátorů kvality a jejich výsledků nelze provozovat kvalitní zdravotní péči. Důležité je, aby měly

kontext. To znamená, že musí umožnit porovnání něčeho s něčím. Bez souvislosti jsou indikátory jen statistikou, nikoli nástrojem rozvíjení kvality (Škrla a Škrlová, 2003).

4.2 Pochybení a nežádoucí události na operačních sálech

Mezi nejčastější neshody, ke kterým v prostředí operačních sálů dochází, jsou: nefungující proces hlášení a prevence nozokomiálních nákaz, proces sledování indikátorů kvality, který buď postrádá smysluplnost, nebo dokonce chybí. Mezi další nesrovnalosti patří chybějící vnitřní směrnice, problémy ve vedení zdravotnické dokumentace, selhávající (vnitřní) auditní systém (Škrla a Škrlová, 2008).

Pochybení by bylo možné definovat jako neprovedení výkonu dle stanovených pravidel. Téměř pochybení je takové pochybení, kterému bylo, vědomě či nevědomě, v poslední chvíli zabráněno. K nejzávažnějším pochybením patří medikační omyly, např. při anesteziologické péči. Dále neposkytnutí akutní péče v čas a provádění procedur bez dostatečných znalostí a dovedností. Mezi systémové příčiny může patřit nedostatek pracovních sil vzhledem k náročnosti perioperační péče, neuspokojující technické zázemí, nízká motivace, chybějící kontrolní činnost, tlak na sledování nákladů, nedodržení „SOP“ standard operating procedures, platných postupů či předpisů. V tomto ohledu hraje velmi důležitou roli vedoucí sestra OS, protože nese odpovědnost za aktivity spojené s kvalitní a bezpečnou ošetrovatelskou péčí. Prakticky zaujímá roli manažera rizik pro její oddělení (Gladkij, 2003; Škrla a Škrlová, 2008).

Nežádoucí neboli mimořádná událost je jakákoli událost, při které došlo anebo nedošlo, ale mohlo, k pochybení během léčebného či ošetrovatelského výkonu. Má za následek různé stupně poškození zdraví pacienta. Ať již dočasné, trvalé anebo přímo smrt. Mimořádná událost lze tedy rozdělit na událost bez následků, kdy práce nebyla provedena dle standardů a pravidel, ale při pochybení nedošlo k poškození klienta či majetku. Druhou skupinou jsou události s následky pro pacienta, pro majetek. Odborná práce opět nebyla provedena dle doporučeného postupu a následkem pak bylo poškození různého charakteru. Je třeba upozornit, že definice jsou orientační, protože jednotná terminologie nebyla stanovena (Škrla a Škrlová, 2008, s. 16).

JCAHO vytvořila implement „Sentinel Event Alert“ (v překladu strážná, hlídková, ostražitá událost) pro prevenci mimořádných událostí, jako jsou medikační pochybení, záměna klienta, záměna operované strany atd. Sentinel Event je označení pro neočekávanou příhodu, která zahrnuje smrt nebo vážné fyzické či psychické poškození, nebo riziko

neadekvátního jednání. Vážné zranění výslovně zahrnuje ztrátu končetiny nebo orgánové funkce. Takové události se nazývají "Sentinel" (stráž), protože signalizují potřebu okamžité reakce a vyšetřování (http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx).

Petr Škrála ve své knize z roku 2005 uvádí, že četnost nežádoucích událostí bez následků, je podstatně vyšší, než těch s následky poškození zdraví. Dle Škrály je důvod ten, že události bez následků jsou méně viditelné (Krystýnová, 2010). Jak uvádí Gladkij, v literatuře např. Liepeho (1994), je zmínka o tom, že jen 15 % zjištěných pochybení a mimořádných událostí je způsobeno výslovně zaměstnaneckou nedbalostí. Většině dalších nežádoucích událostí lze předejít systémovou procesuální profylaxí, školeními, controllingem, standardizací, kvalitně vedenou dokumentací a detailní kořenovou analýzou těchto událostí, tedy řízením kvality (Gladkij, 2003, s. 323).

5 Kontinuální zvyšování kvality na operačních sálech

Program pro neustálé zvyšování kvality zdravotní péče má čtyři podstatné prvky. Jedná se o „metodologii“, která popisuje logistiku programu. Dále jde o „nástroje“, tedy pomůcky, které kvalitu identifikují a napomáhají zlepšit. Tyto nástroje se mnohdy nazývají skupinovými nástroji pro řešení problémů, kdy se řeší problémy ve skupinách. Může jít na příklad o již zmiňovaný benchmarking, ale také o histogramy, které mají graficky znázornit měřené hodnoty, rozdělené do tříd. (Ukázka histogramu je prezentována ve výzkumné části práce na straně 77.) Třetím prvkem je „technika“, způsob a návod pro použití nástroje. Za poslední element lze označit intenzivní „výuku“, která napomáhá změny pochopit a realizovat je pomocí správných technik a nástrojů (Gladkij, 2003, s. 360; Škrla a Škrlová, 2003, s. 36).

5.1 Systémové modely pro kontinuální zvyšování kvality

V ekonomicky vyspělých zemích existuje několik modelů a systémů, které se zabývají kvalitou. Většina zemí má vlastní systémy, nicméně vlivem globalizace je vyžadována standardizace na mezinárodní úrovni. Mezi takové modely patří např. model systémů řízení kvality, ISO - Mezinárodní organizace pro normalizaci. Druhými nejznámějšími národními i nadnárodními modely jsou modely akreditačních standardů, např. SAK ČR, JCAHO a další. Existují také modely definující procesy tvorby národních akreditačních standardů a modely excelence – světové ceny za kvalitu (Škrla a Škrlová, 2003, s. 46). Popisy těchto modelů nebudou v závěrečné práci zahrnuty. Není cílem práce, ani možné, představit všechny organizace. Doplňující informace jsou např. obsaženy v knize Kreativní ošetřovatelský management od manželů Škrlových z roku 2003.

5.1.1 Standardy

Osvědčeným prostředkem, jak docílit kvality a ohodnotit péči, je tvorba standardů. **Standardy** se zabývají tím, co je přijatelné z hlediska kvality a především bezpečnosti péče. Poskytují pacientům jistotu, že se jim dostane péče řízené pravidly a normami. Zároveň chrání lékařské a nelékařské profese před neoprávněnými postihy, pokud standardy dodržely (Škrla a Škrlová, 2008, s. 20).

Standardy mohou budit u zdravotnického personálu odpor zvláště, když dochází k jejich změnám. Je však nutné sledovat aktuálnost standardů. Aby se demotivaci zaměstnanců

předešlo, je dobré zdůraznit, že kontrola dodržování standardů není „bič“ na postih nepravostí, ale naopak je to nástroj, jak udržet vysokou úroveň odborné péče (Pavlová, 2011). Problematikou standardů se dále zabývají Pokojová, 2010 a Bártlová a kol., 2008.

5.1.2 Certifikace

Jednou z organizací, která uděluje „titul kvality“ zdravotnickým zařízením, za poskytování péče na vysoké úrovni, je Mezinárodní organizace pro standardy. Tento nestranný orgán je znám pod zkratkou **ISO** (The International Organization for Standardization). „ISO“ však není jen doslovnou zkratkou této organizace, i když se tak na první pohled zdá. Je odvozena od řeckého slova „isos“, které v překladu znamená „stejný“. Z historického hlediska standardizace v oblasti kvality byla vytvořena již před 4000 léty babylonským králem Chammurabim. Jak uvádějí Škrla a Škrlová (2003, s. 46) některé z těchto prastarých standardů mají platnost i v modelu řízení kvality ISO 9000.

První „aktuální“ série ISO vznikla až v roce 1987. Od té doby dochází k inovacím a přejmenování ISO standardů. Ty se nejprve zabývaly systémem řízení kvality, základy a terminologií. V následujících letech byly aktualizovány o požadavky a návody ke zlepšování výsledků. Nakonec však došlo k přebudování a ke sjednocení všech existujících standardů. V současnosti je k dispozici více než 18 000 norem ISO. Součástí je i systém řízení kvality, který je možno vztáhnout k perioperační péči. ISO pomáhá definovat a organizovat základní procesy, týkající se OS, za účelem neustálého zlepšování kvality a zvyšování spokojenosti operantů. ISO je zaměřeno na systémové řízení kvality a na odstranění odchylek ve výkonu v jakémkoli odvětví. Proto „certifikaci“, titul, který ISO přiděluje, mohou získat laboratoře, lékárny, ale např. i divadla apod. (Škrla a Škrlová, 2003).

„Certifikace (potvrzování) shody je: osvědčování pomocí certifikátu, že výrobek nebo služba jsou ve shodě s požadavky určitých norem nebo technických podmínek (Rausch, 1984, s. 15).“ Hlavním záměrem certifikační instituce je tedy ohodnocovat a kontrolovat chod zdravotnického pracoviště nebo zařízení, ale i prokázat, že se operační management řídí platnými normami. Certifikační systém by měl být objektivní, spolehlivý a měl by poskytovat záruky, že jsou splňovány požadavky na perioperační péči. Proto se soustředí na procesní řízení a kontinuální zvyšování kvality (viz příloha A), na klienty, zaměstnance nemocnice a na zavedenou dokumentaci. Vede ke znamenitosti péče, k ekonomické výkonnosti a zajišťuje, že v organizaci existuje smysluplný, funkční systém zajišťování kvality (Rausch, 1984; Škrla a Škrlová, 2003 a 2008).

ISO se zaměřuje spíše na vstupy než na výstupy, na to, co se musí udělat, než na to, jak se to musí udělat. (Může sledovat např. oddílový standard, zda si personál řádně myje a dezinfikuje ruce, před vstupem na operační trakt. Sleduje, zda k této činnosti vůbec dochází, nikoli zda pracovníci postupují dle doporučeného návodu.) Kontroluje, zda jsou zákony součástí systému, ale nesleduje přímo jejich plnění. Zajímá se o hlavní procesy, požadavky na kvalitu. V prostředí operačních sálů se pak konkrétně soustředí na BOZP + PO, ošetřovatelskou péči, postup dezinfekce rukou, proškolení v KPR, edukaci se zacházením s tlakovými láhvemi, na mimořádné události, vnitřní audity (např. na lékárně, na archivaci dokumentace, na knihu úrazů s roční evidencí četností zranění). ISO se dále zajímá o zaměstnance, klienty a léčebnou péči. Jde jim např. o množství operací za určité období. ISO hodnotí a zaměřuje se na odchylky od normy (Škrála a Škrlová, 2003).

Zažádá-li si zdravotnická organizace o toto kontrolní řízení, obdrží patřičné informace a kroky, které má zahájit. Nedílnou součástí celého certifikačního jednání je dokumentace. Do té patří soubory dokumentů s řídicími předpisy, certifikační, zkušební a kontrolní formuláře, ale i platné normy. Cílem je dosáhnout trvalé shody mezi požadovanou a aktuální úrovní kvality. Tento systém se může lišit v různých zemích ze zákona, ale i na základě praktických potřeb. Odlišnosti mohou být závislé na dostupných technologiích, ale i na potřebách a finančních možnostech zdravotnického zařízení (Rausch, 1984).

5.1.3 Akreditace

Po roce 1989 bylo snahou vytvořit mechanismus, který by pomohl snížit variabilitu mezi jednotlivými zdravotnickými institucemi. Osvědčenou metodou takové standardizace jsou akreditace. **Spojená akreditační komise SAK ČR** vydala několik akreditačních standardů, které jsou rozděleny do deseti oblastí. Poté, na požádání, realizuje tzv. akreditační šetření s cílem zjistit shodu mezi akreditačními standardy a stavem té dané nemocnice či zařízení. Je-li shoda prokázána, zařízení obdrží certifikát, titul kvality a může se označovat za zařízení akreditované (Škrála a Škrlová, 2003).

Anglické slovo „**accreditation**“ znamená schválení, potvrzení, uznání. Akreditace je dobrovolný proces, jehož výstupem je uznání toho, že chod zdravotnické instituce odpovídá akreditačním kritériím. Akreditace se zaměřuje na celou instituci. Jejimi třemi pilíři jsou bezpečnost, kvalita a znalosti (Gladkij, 2003). Dále hodnotí speciální požadavky a plnění legislativy v mnoha oblastech. Zabývá se managementem kvality, diagnostickými postupy, dodržováním práv pacientů/operantů, protiepidemiologickými opatřeními, bezpečností apod.

Akreditace je proces získání akreditačního certifikátu, oficiálního veřejného uznání. Je prostředkem a ukazatelem kvality. Zdravotnické pracoviště či zařízení jím prezentuje, že je způsobilé pro kontinuální zvyšování kvality a pro poskytování služeb, nejen operačních, na vysoké odborné úrovni. Tento titul uděluje zdravotnický akreditační orgán, na základě nezávislého externího hodnocení, pakliže zdravotnická organizace splnila sedmdesát čtyři akreditačních standardů (Bártlová a kol., 2008; Pokojová, 2010).

Existence titulu akreditace má mnoho důležitých vlastností. Pomáhá zdravotnickému zařízení získat a udržet špičkové zaměstnance, odborníky ve svém oboru. Pomáhá nalákat nové klienty (např. pro odvětví plastické chirurgie). Má vliv na vztah s pojišťovnami, na pověst a postavení nemocnice. Pomáhá zajistit porovnatelný standard péče mezi jednotlivými institucemi. Zajišťuje jednotné postupy a tím i ochranu zaměstnanců proti neoprávněným postihům, pokud tyto postupy dodrželi. Akreditace neznamena pouze udělení kulatého razítka. Vyznačuje se dokonalým úklidem „domu“, který je znám pod názvem nemocnice (Škrála a Škrlová, 2003).

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) je nevládní organizace v USA, která stanovuje a aktualizuje standardy zdravotní péče (Gladkij, 2003, s. 363). Společná komise pro akreditaci zdravotnických zařízení, která vznikla v roce 1951, udává celosvětový standard kvality a bezpečnosti péče. Ovlivňuje akreditační modely pro zdravotnické instituce v ostatních zemích světa. Dnes se v této organizaci angažuje řada organizací a asociací, včetně ošetřovatelských. Její z hlavních priorit je tedy bezpečnější péče a kontrola rizik (Škrála a Škrlová, 2003 a 2008).

V Ý Z K U M N Á Č Á S T

Výzkumná část diplomové práce zahrnuje dva typy výzkumu. Nejprve byl realizován kvalitativní výzkum, následně kvantitativní. Metodika a prezentace výsledků obou průzkumů jsou popsány v jednotlivých kapitolách. Kvantitativní šetření je doplněno o statistické ověření hypotéz. V závěru práce je stručné shrnutí celého bádání. K výzkumnému šetření bylo přistupováno dle publikace Žiakové, Ošetrovatelstvo: teória a vedecký výskum.

Kvalitativní výzkum si kladl za úkol zmapovat situace v řízení kvality v perioperační péči. Záměrem bylo zjistit, v čem spočívá manažerská pozice vedoucí sestry operačních sálů. Cílem kvantitativního výzkumu bylo zjistit, co si náměstci ošetrovatelské péče představují pod spojením slov „kvalita v perioperační péči“. Dále, zda existence titulu akreditace má vliv na úroveň kvality perioperační péče a zda souvisí s „atributy kvality“.

Výzkumná činnost se skládala z několika metod. Nejprve byla použita metoda „stínování“. Následně byla realizována tři interview, jejichž výstupem byla SWOT analýza, nástroj strategického poznání a plánování. SWOT analýza odhalila oblasti, které byly předmětem dotazníkového zkoumání. Data, která byla sesbírána, byla zpracována v programech Microsoft Excel 2010 a Statistica (Beranová, 2008; MS Excel, 2012; STAT SOFT, 1984).

Cíle pro výzkumné šetření

- 1) Kvantitativním výzkumem ověřit zda je rozdíl v úrovni kvality mezi akreditovanou a neakreditovanou nemocnicí.
- 2) Vymezit kvalitu podle toho, jak je vnímaná v praxi.
- 3) Na základě kvalitativního a kvantitativního šetření uvést návrhy pro udržení a kontinuální zvyšování kvality na odděleních operačních sálů.

6 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum měl sloužit k objasnění problematiky řízení kvality v prostředí operačních sálů. Zároveň měl doplnit informace, později získané z dotazníkového šetření. Tím se mělo předejít případným nejasnostem. Tento postup byl zvolen pro objektivitu informací.

6.1 Metodika kvalitativního výzkumu

Pro kvalitativní výzkum byly zvoleny dva nástroje, „stínování“ a polostrukturovaný rozhovor. Bližší informace jsou uvedeny níže.

6.1.1 Stínování vedoucí sestry centrálních operačních sálů

Metoda „stínování“ spočívá v kopírování činnosti jiné osoby. Stínování, s jistou nadsázkou, znamená být „myším ocáskem“ nebo „stínem“ sledovaného jedince. Cílem této metody je získat maximální přehled ve zvolené oblasti. V případě autorky jí byla problematika řízení lidských zdrojů. Jediné kritérium, které bylo stanoveno, byl podepsaný informovaný souhlas.

V období od 23. 4. 2012 – 27. 4. 2012 byla autorkou stínována paní „D.“, vedoucí sestra centrálních operačních sálů nejmenované nemocnice Pardubického kraje. Tato vedoucí sestra byla oslovena na základě toho, že autorka měla možnost ji poznat v průběhu odborné praxe. Paní D. se zabývá kvalitou téměř devět let. Absolvovala postgraduální manažerský kurz a dvě specializační vzdělávání v oblastech instrumentování na operačním sále, sterilizace a dezinfekce. Má pod sebou zhruba patnáct až dvacet podřízených pracovníků. Protože má dostatečné vzdělání a zkušenosti, byla považována za odborníka kvality pro perioperační péči vhodného ke stínování.

Role vedoucího pracovníka spočívá v několika pravomocích, které jsou specifické a určené pouze jemu. Vedoucí sestra COS především řídí perioperační sestry a celé oddělení z ošetrovatelského hlediska. Metoda stínování některé, z těchto nejdůležitějších kompetencí, odhalila. Přehled jednotlivých zmocnění je rozdělen dle oblastí a uveden v tabulce č. 1. Vedoucí sestra se ve své funkci zabývá řízením kvality a provozem COS. Hlavní oblasti provozu zahrnují rozhodování, plánování a organizování např. provozních porad, interních auditů. Dále se zajímá o vzdělávání perioperačních sester, o interpersonální vztahy

a komunikaci. Její pracovní náplň zahrnuje činnosti spojené s hygienicko-epidemiologickou péčí, s řízenou dokumentací, lékárnou, objednáváním zdravotnických prostředků, inventarizací apod. Bližší informace, které byly zjištěny, jsou interpretovány v tabulce 1, týkající se kompetencí a v tabulce 2 s názvem Přehled pracovní náplně vedoucí sestry centrálních operačních sálů. Je však nutné upozornit na to, že zjištěné údaje nelze prezentovat globálně, protože každé pracoviště má jiné zvyklosti, a každý manažer zastává svou roli odlišně.

Tab. 1: Kompetence vedoucí sestry COS

Kompetence v oblasti plánování:
<ul style="list-style-type: none"> • Plánuje účast zaměstnanců na kontinuálním vzdělávání. • Podílí se na tvorbě denního, týdenního, měsíčního i ročního harmonogramu práce. • Podílí se na tvorbě základních i odborných standardů. • Podílí se na plánování rozpočtu a na jiné ekonomické činnosti. • Podílí se na stanovení kritérií adaptačních procesů nových zaměstnanců. • Podílí se na tvorbě desinfekčního plánu operačních sálů.
Kompetence v oblasti organizování:
<ul style="list-style-type: none"> • Uděluje kompetence podřízeným pracovníkům. • Zaučuje nové zaměstnance. • Organizuje činnosti a dělbu práce zaměstnanců. • Organizuje provozní schůze. • Podílí se na organizování práce pomocného personálu. • Podílí se na tvorbě operačního programu. • Podílí se na řízení zásob materiálu.
Kompetence v oblasti implementace:
<ul style="list-style-type: none"> • Vede osobní spisy podřízených. • Vede provozní dokumentace. • Podílí se na kontinuálním zvyšování kvality. • Podílí se na řešení interpersonálních konfliktů.
Kompetence v oblasti kontroly a hodnocení:
<ul style="list-style-type: none"> • Kontroluje plnění denního a týdenního harmonogramu. • Kontroluje plnění povinností podřízených pracovníků. • Kontroluje dodržování hygienického řádu. • Sleduje odbornou způsobilost personálu a jeho další vzdělávání. • Sleduje náklady a výnosy. • Podílí se na kontrole a hodnocení ročního harmonogramu. • Podílí se na hodnocení pracovníků. • Podílí se na kontrole dokumentace.
Úkoly, které jí mohou být přiděleny:
<ul style="list-style-type: none"> • Zhotovuje doporučené a pracovní postupy. • Podílí se na výzkumné činnosti – např. v analýze rukavic, analýze jednorázových a bavlněných šatů.

Informace, o pracovní náplni vedoucí sestry COS, získané stínováním vedoucí sestry centrálních operačních sálů, jsou rozděleny dle nejdůležitějších domén a shrnuty v tabulce číslo 2.

Tab. 2: Přehled pracovní náplně vedoucí sestry COS

VÝBĚR NEJDŮLEŽITĚJŠÍCH OBLASTÍ, KTERÝMI SE ZABÝVÁ VEDOUcí SESTRA CENTRÁLNÍCH OPERAČNÍCH SÁLŮ
Vzdělávání
<ul style="list-style-type: none"> - Zabývá se <i>plánem vzdělávacích akcí</i>. Tzn. o jakých novinkách podřízené informovat, v čem je vzdělat a opětovně edukovat. - Jednotlivým perioperačním sestrám přiděluje činnosti, kterými se v rámci operačního sálu kontinuálně zabývají. (Např. jedna školí ostatní v chirurgickém mytí a dezinfekci rukou, jiná se stará o materiál v kontejnerech a sítěch, další o lékárně atd.) - Snaží se podřízené vést ke sběru informací v rámci různých školení a konferencí, především v té dané oblasti, kterou mají na starost. Po absolvování kurzu/edukace instrumentářka zaškolí své kolegyně. Vedoucí zhodnotí, zda byl seminář sestrám přínosem či nikoli. - Sama se pasivně i aktivně účastní školicích akcí. - Organizuje a vede <i>provozní schůzky</i> jednou za měsíc. Tam odborní pracovníci hodnotí aktuální chod operačních sálů, ale zabývají se na příklad i nemocničním informačním systémem Medix. Jednou za dva měsíce pracovníky proškoluje v bezpečnosti práce a v požární ochraně. - Eviduje výši dosaženého vzdělání podřízených, včetně absolvovaných certifikovaných kurzů a registrací. - Ač nemusí, hlídá sestrám platnost registrace a v případě nutnosti je informuje o potřebě prodloužení. - Zaznamenává výši úvazku odborného i pomocného personálu. - I když na oddělení nemají zavedené ohodnocení vedoucího pracovníka, ze strany podřízených, musí vedoucí sestra hodnotit sebe samu. <i>Ohodnocení</i>, spolu s plánem osobního rozvoje, odevzdává své nadřízené, manažerce operačních oborů.
Interní audity
<ul style="list-style-type: none"> - Jednou za měsíc provádí interní audity dle ročního programu. - V pravidelných jednoměsíčních intervalech eviduje kontrolní činnost podřízených. Každý měsíc je kontrolní činnost zaměřená na něco jiného (např. na popisování expirace, na datum otevření, popisu odpadkových košů, používání dezinfekce...) - Eviduje výstupy z auditů, hlavně pro provedení nápravy. - Eviduje přehled operací na jednotlivých sálech, záznamy o neshodách, přehled o neshodách z laboratoře, odběr a zasilání biologického materiálu, hodnocení pádů. - Účastní se vyhodnocování ankety spokojenosti klientů s péčí.
Hygienicko-epidemiologické péče
<ul style="list-style-type: none"> - Jednou ročně zajišťuje <i>plošné stěry</i>.

<ul style="list-style-type: none"> + Jedenkrát ročně chodí náhodně kontrola, která stěry také provádí. - Zodpovídá za dodržování <i>dezinfekčního programu</i>. - Jednou za čtvrt roku zajišťuje <i>validaci sterilizačního procesu</i>. - Zasílá žádost o testování <i>rychlosterilizátoru</i>. + Jednou za rok žádá o biologické testy. V případě, že je rychlosterilizátor starší deseti let, žádá o biologické testy po půl roce. <p>(Každý den se provádí vakuový test, flash sterilizace a Bowie Dick.)</p>
<p>Objednávání zdravotnického materiálu pro všechny operační obory</p> <ul style="list-style-type: none"> - Společně s primářem oddělení dochází jednou za čtvrt roku na pohovory, kde obhajují útratu za čtvrtletní období. (Uchovává si doklady a faktury.) <p>Má přidělené pozitivní listy, které slouží jako seznam zdravotnických prostředků, ze kterého mohou objednávat.</p>
<p>Léky</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zopatřuje objednávání a skladování léků. - Eviduje platbu a útratu za léky a zdravotnické prostředky, zdůvodňuje účel platby společně s primářem operačních sálů. - Má založený jmenovitý seznam, který lékař zodpovídá za jaký lék. Nejčastěji jde o primáře oddělení. Ona sama zodpovídá za uchování léčebných prostředků v lékárně, avšak má určenou sestru, která se o lékárnu jednou týdně stará (o expiraci léků, o dobu použitelnosti po otevření léku, atd.) - Při podezření na vzniklý nežádoucí účinek léčiva, při reakci pacienta na lék informuje SÚKL. - V případě nutnosti vystavuje Záznam o reklamaci z důvodu závady v jakosti a o stahování léčebného prostředku z oběhu (špatné šarže léků atd.). U každého léku musí být pozitivní list, kdyby došlo k poranění, pro dokumentaci prvotního opatření. - Na většině dokumentací o léčivech musí být uveden podpis primáře operačních sálů. Mnohé dokumentace jsou vedeny elektronicky. Kopie formulářů si vedoucí sestra uschovává. - Zajišťuje kalibraci teploměrů.
<p>Mimořádné události</p> <ul style="list-style-type: none"> - Může hlásit jak vedoucí pracovník, tak perioperační sestry. - Je nutné MU evidovat. - K hlášení MU složí elektronická žádanka, která se odesílá nejprve náměstkyni ošetrovatelské péče a poté do Prahy do centrálního registru. - Vedoucí sestra musí zhotovit formulář s popisem události, s proběhlým řešením a návrhem nápravných opatření. - Vedoucí sestra si uchovává veškeré doklady, např. i lékařské zprávy z vyšetření postiženého. - Vedoucí sestra jednou za čtvrt roku proškoluje zaměstnance v oblasti MU a jejich prevence. <p><i>Příklady MU z pracoviště, kde pracuje paní D.:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - vstříknutí lepidla, na parenchymatózní orgány, do očí

- neadekvátní reakce pacienta při úvodu do anestezie
Složka s názvem „řízená dokumentace“
= Složka, která slouží jako <i>doklad pro evidenci proškolení</i> . Každý měsíc je téma školení jiné, dle harmonogramu.
- Složka také obsahuje <i>podpisové vzory</i> zaměstnanců operačního sálu. Podpisové vzory jsou každý rok obměňovány.
Složka s názvem „jednorázové rouškování“
Na základě výběrového řízení byla vybrána firma, která jim sestavila sety podle zvyklostí a individuální potřeby jednotlivých operačních oborů, za adekvátní cenu.
Složka „pro inventární soupis“
=Složka zahrnuje <i>soupis zdravotnických prostředků</i> s inventárním číslem, evidencí oprav, s objednáváním přístrojů, ale i doklad o zápůjčkách přístrojů.
- Každý zdravotnický prostředek by měl obsahovat návod k použití v českém jazyce, společně se jménem školitele. Ke každému přístroji by mělo být zrealizováno <i>školení</i> , které by se jednou ročně mělo zopakovat. Účast na proškolení o zdravotnickém prostředku by měla být stvrzená podpisem.
- Návod, prohlášení o shodě, prohlášení o opravách a jiné dokumenty by měly být uloženy na přehledném místě, přístupné pracovníkům, kteří se zdravotnickým prostředkem pracují.
- Při objednávce nových přístrojů by se měl sestavit <i>formulář s důvodem zakoupení</i> nového prostředku, za jaký přístroj je nahrazen, uvedenou cenou a efektem do budoucna. Formulář by měla podepsat vedoucí sestry operačních sálů i primář oddělení. Formulář se následně zašle na vyšší pracoviště nemocnice.
- Inventura musí být provedena jednou za rok.
<i>Poznámka:</i> Vedoucí sestry má jednotlivé oblasti, na které se zaměřuje, barevně označené v několika deskách. Pro lepší orientaci má vytvořen seznam s příslušnou barvou a popisem složek.

6.1.2 Rozhovory

Další kvalitativní nástroj, který měl blíže objasnit problematiku řízení kvality v perioperační péči a který měl doplnit informace získané stínováním, byl polostrukturovaný rozhovor. Hlavním cílem rozhovorů bylo zjistit, jak je vnímaná kvalita operačních sálů v praxi.

Kritériem pro rozhovory bylo získat ke spolupráci různé odborníky manažerských odvětví, ale soustřeďujících se na kvalitu ve zdravotnictví či na operačních sálech. Dalším kritériem byl podepsaný informovaný souhlas. S otázkami respondentky nebyly předem seznámeny, protože nebylo účelem získat správnou odpověď, ale pravdivou.

Rozhovory byly realizovány celkem tři a to v měsíci květen roku 2012. Zkoumaný vzorek představoval tři ženy, které se kvalitou zabývají osm až devět let. Každá z těchto odbornic je zaměstnankyní jiné nemocnice v rámci Pardubického kraje. První oslovená respondentka, paní „A.“, pracuje v pozici náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a manažera kvality. Druhou respondentkou, paní „B.“, byla vedoucí sestra centrálních operačních sálů. Poslední respondentka, paní „C.“, zastává funkci koordinátora kvality všech nemocnic Pardubického kraje.

Všechny rozhovory probíhaly za velmi podobných podmínek. Jednotlivá setkání byla předem oznámena a domluvena, tzn., že si respondentky udělaly na rozhovor volný čas. Nebyl tedy veden pod tlakem, ale při klidné atmosféře, v kanceláři samotných oslovených. Celý rozhovor byl vždy nahrán na diktafon. Délka rozhovorů nebyla omezená. Odvíjela se dle situace, kdy respondentky odpovídaly na mé, předem připravené dotazy. Návrh otázek, směřovaných k odbornicím, je uveden v příloze B. Jednotlivé rozhovory byly doslovně přepsány. Zkrácené verze rozhovorů jsou uvedeny v přílohách C, D, E. Každá tabulka je věnována vždy jednomu interviewu. Zestručněné odpovědi jsou uvedeny v jejich největší podstatě pod tučným zněním otázek. Shromážděné údaje z interview jsou shrnuty ve SWOT analýzách (viz tabulky 3 – 5). Audio záznam a doslovné opisy rozhovorů jsou k dispozici na CD, kde jsou nahrána zdrojová data.

6.1.3 SWOT analýza, výstup rozhovorů

SWOT analýzu vymyslel v šedesátých letech dvacátého století Albert Humphrey (<https://managementmania.com/cs/albert-humphrey>). Je nástrojem strategického plánování. Představuje zjištění, uspořádání a vyhodnocení činitelů, které jsou graficky znázorněny ve formě tabulky. Metoda SWOT patří mezi základní pomůcky managementu. Je metodou poznání. Rozbor je založen na výčtu a váze čtyř základních faktorů, které ovlivňují analyzovaný fenomén. Jsou jimi strengths (silné stránky), weaknesses (slabé stránky), opportunities (příležitosti) a threats (hrozby). Provádí se nejen při analýze vlastního zařízení, ale lze jimi posuzovat klienty, konkurenci apod. (Zlámal, 2009, s. 54).

„**SW**“, tedy silné a slabé stránky vyjadřují množství *vnitřních* faktorů zkoumaného jevu, např. instituce. Již během shromažďování informací dochází k uvědomování si těchto silných a slabých rysů, což je jednou z pozitivních funkcí tohoto nástroje a zároveň nutí badatele k úvahám o závažnosti dané stránky (Zlámal, 2009, s. 54).

„**OT**“, tudíž příležitosti a ohrožení představují *vnější* faktory zkoumaného jevu. Lze je považovat jako možnosti či odpovědi do budoucna. Např. kdo jsou naši klienti? Kdo je naše konkurence? (Zlámal, 2009, s. 54)

Mnohdy SWOT analýzu předchází analýza 7S (vnitřních faktorů) a SLEPT (analýza vnějších faktorů). Ve SWOT rozboru se pak nachází shrnutí těch nejdůležitějších činitelů. Identifikace silných stránek by měla vést management k jejich posílení a udržení. Slabé faktory by měly ukázat, kde je prostor pro zlepšení. Management tyto vnitřní faktory může a měl by mít za úkol ovlivnit. Naproti tomu, vnější faktory management ovlivnit nemůže, nicméně by mu SWOT analýza měla identifikovat příležitosti, kterých by měl využít a hrozby, na které by se měl připravit (Holá, 2011, s. 99).

SWOT analýza použita v praxi je znázorněna v tabulkách 3, 4 a 5. Shrnuté údaje byly získány z již zmiňovaných rozhovorů a měly upozornit na nejdůležitější oblasti, které později byly předmětem dotazníkového zkoumání.

Tab. 3: I. SWOT analýza perioperační péče vztahující se k rozhovoru s paní A.

I. SWOT ANALÝZA PERIOPERAČNÍ PÉČE			
Rozhovor s paní A., náměstkyní ošetrovatelské péče (NOP) a manažerem kvality			
OBLASTI SILNÝCH STRÁNEK		OBLASTI PŘÍLEŽITOSTÍ	
VNITŘNÍ FAKTORY	Akreditace:	Kvalitní lidské zdroje:	VNĚJŠÍ FAKTORY
	Jasně nastavená kritéria kvality.	Přímé řízení ošetrovatelské péče.	
	Celouštavní indikátory definované vedením nemocnice (radou kvality, NOP).	Existence pracovní pozice představitele pro kvalitu (manažera kvality).	
	Standardy a vnitřní předpisy v bodech určené personálu.		
	Metodika pro sledování kvality od SAK.	Know-how:	
		Moderní nemocnice.	
	Systém kontinuálního zvyšování kvality:	Výuková základna střední zdravotnické školy (SZŠ).	
	Dokládání kvality daty, která jsou podložena auditem.		
	Celouštavní i oddělské indikátory kvality, tzn., že sama oddělení jsou naučená s kvalitou pracovat.	Nemocnice:	
	Při dosažení vytyčeného cíle ukazatele kvality opouští a volí si nový pro oblast, kde potřebují nebo se chtějí zlepšit.	Celostátní redukce nemocničních zařízení.	
		Technický pokrok.	
		Vývoj léků.	
		Živní úroveň České republiky.	
	Systém vyhodnocování péče:		
18 karet managementu rizik			
Kontrolní listy pro shodu a neshodu dodržování standardů.			
Pravidelné audity plánované na celý rok.			
Neplánované vnitřní audity.			
Pololetní sledování dat.			
Systém vyhodnocování nežádoucích událostí (NU):			
1x měsíčně vyhodnocování NU.			
Prošetřování NU Náměstkyní ošetrovatelské péče.			
Kořenová analýza při vzniku NU.			
1x měsíčně výpis NU s nápravnými opatřeními určenými vedoucím pracovníkům.			
Nápravná opatření z hlediska personálního, opatření pro minimální poranění pacienta.			
Kvalitní lidské zdroje:			
NOP je současně Představitelem pro kvalitu.			
NOP se kvalitou zabývá cca sedm let.			
NOP má vysokoškolské vzdělání (bakalářské, pokračuje v magisterském).			
Preference nedirektivního vedení.			
Sdílení know-how:			
Systém sester konsiliátek			
Identifikace pacienta je zajištěna veškerým personálem od přijetí k hospitalizaci, po propuštění. Od příjezdu na operační sál, po odeslání na lůžkové oddělení.			
OBLASTI SLABÝCH STRÁNEK	OBLASTI OHROŽENÍ		
Lidské zdroje:	Oddělení operačních sálů:	VNĚJŠÍ FAKTORY	
Chybí vedoucí lékař / primář operačních oborů.	Demografické změny - operativa ve vyšší věkové hranici.		
Systém vyhodnocování péče:	Nemocnice:		
Nemají vytvořené karty managementu rizik pro operační sály, na prevenci stranové záměny, na identifikaci pacienta, na telefonickou ordinaci ze / na operační sál, na proces od příjezdu pacienta na operační sál po jeho přeložení na lůžkové oddělení.	Konkurence a celostátní redukce nemocničních zařízení.		
	Celostátní růst cen.		
	Redukce péče - málo finančních prostředků.		
Nemocnice:			
Nedostatek financí pro stavební úpravy, respektive stavební úpravy pokládají za nižší prioritu.			
Vznik nežádoucích událostí.			

Tab. 4: II. SWOT analýza perioperační péče vztahující se k rozhovoru s paní B.

II. SWOT ANALÝZA PERIOPERAČNÍ PÉČE			
Rozhovor s paní B., vedoucí sestrou centrálních operačních sálů			
OBLASTI SILNÝCH STRÁNEK		OBLASTI PŘÍLEŽITOSTÍ	
VNITŘNÍ FAKTORY	Sdílení know-how:	Kvalitní lidské zdroje:	VNĚJŠÍ FAKTORY
	Nemocnice je certifikovaná, o akreditaci se aktuálně pokouší.	Příchod porodních asistentek s úplným vysokoškolským vzděláním v oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví.	
	Nemocnice je akreditovaná pro výuku porodních asistentek.		
	V rámci spokojenosti pacientů, nemocnice získala titul Nejlepší nemocnice kraje, v roce 2010 a 2011.	Know-how:	
	Nemocnice získala titul Nemocnice ČR 2010 a 2011 - očima pacientů.	Výuková základna střední zdravotnické školy (SZŠ).	
	Nemocnice získala titul Baby Friendly Hospital.	Dotace z Evropské unie na specializační vzdělávání zdravotních sester.	
	Baby box.		
	Kardiocentrum.	Nemocnice:	
		Celostátní redukce nemocničních zařízení.	
	Systém kontinuálního zvyšování kvality:	Technický pokrok.	
	3 x za měsíc dochází ke kontrolní činnosti, kdy je vyhodnocován vytyčený cíl, kdy jsou eventuálně navržena opatření pro odstranění nedostatků a při splnění cíle je zvolen cíl nový.	Vývoj léků.	
	Zhruba 3 x za měsíc je personál kontrolován při provádění práce.	Živtní úroveň České republiky.	
	1 x za dva měsíce probíhá odborné školení o nových pracovních postupech, nástrojích a přístrojích.	Sponzorský dar.	
	1 x ročně probíhá školení ohledně přístrojů.		
	Systém vyhodnocování péče:		
1 x měsíčně provozní porada, kde se projednávají případné chyby.			
1 x za tři měsíce se vyhodnocuje kvalita operačních sálů.			
Kvalitní lidské zdroje:			
Vedoucí sestra se kvalitou zabývá osm až devět let.			
Vedoucí sestra má specializační vzdělání v oboru perioperační péče.			
Vedoucí sestra má certifikovaný kurz Metody sterilizace, vyššího stupně dezinfekce a dezinfekce - způsoby jejich kontroly.			
Jednotlivé perioperační sestry mají na starosti určité úseky práce. V odvětví, které je instrumentálně přiděleno, se vzdělává. S poznatky seznamuje své kolegyně v pravidelných intervalech. V případě vzniklého problému je nedostatek řešen s tou sestrou, která má danou sekci na starosti.			
OBLASTI SLABÝCH STRÁNEK	OBLASTI OHROŽENÍ	VNĚJŠÍ FAKTORY	
Lidské zdroje:	Oddělení operačních sálů:		
Většina nelékařského personálu, operačních sálů, nemá vysokoškolské vzdělání, včetně Vedoucí sestry.	Demografické změny - operativa ve vyšší věkové hranici.		
péči.	Nemocnice:		
Většina sester nemá certifikovaný kurz na sterilizaci a dezinfekci.	Konkurence a celostátní redukce nemocničních zařízení.		
Identifikace pacienta na operačním sále je pouze v kompetenci anesteziologického týmu.	Celostátní růst cen.		
Systém kontinuálního zvyšování kvality:			
Školení s přístrojovou technikou probíhá pouze jednou ročně.			
Nemocnice:			
Špatný vzhled nemocnice z vnějšího prostředí.			

Tab. 5: III. SWOT analýza perioperační péče vztahující se k rozhovoru s paní C.

III. SWOT ANALÝZA PERIOPERAČNÍ PÉČE			
Rozhovor s paní C., koordinátorkou kvality nemocnic Pardubického kraje			
OBLASTI SILNÝCH STRÁNEK		OBLASTI PŘÍLEŽITOSTÍ	
VNITŘNÍ FAKTORY	Akreditace:	Nemocnice:	VNĚJŠÍ FAKTORY
	Jedna z nemocnic Pardubického kraje je již reakreditovaná.	Vzájemné srovnání nemocnic Pardubického kraje.	
		Srovnání nemocnic Pardubického kraje s nemocnicemi České republiky, v rámci spolupráce na projektu s 3. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy.	
	Systém kontinuálního zvyšování kvality:		
	NADEFINOVANÉ PROJEKTY V OBLASTI KVALITY:		
	A) Projekt nozokomiálních nákaz.		
	B) Projekt sledování spokojenosti pacientů (dotazníky pro hospitalizované, pro ambulanty, pro porodnici).		
	C) Projekt nutrice pacientů.		
	D) Projekt vedení zdravotnické dokumentace. Cílem je sjednotit dokumentaci pro všechny nemocnice Pardubického kraje. Záměrem do budoucna je také sjednotit veškeré formuláře.		
	E) Projekt hlášení a vyhodnocování NU. Kdy všechny nemocnice Pardubického kraje budou sledovat stejné parametry, kritéria, a NU budou mít sjednoceny ve stejných kategoriích.		
	Systém vyhodnocování péče:		
	Neprovádějí audity, protože jsou ve fázi nastavování nových pravidel. Místo toho preferují "konzultace". Záměrem je získat nemocnice ke spolupráci.		
	Dvoutměsíční dopomoc s projekty. Poté bude následovat kontrola.		
	Systém hlášení nežádoucích událostí (NU):		
	Hlášení NU probíhá elektronickou formou. Po obdržení NU vyhodnotí manažer kvality závažnost události dle kritérií, které mají přesně nadefinované a rozdělené do škály od 0 - 3. stupně rizika. Následně manažer kvality informuje náměstky pro ošetrovatelskou, léčebnou nebo technickou péči, podle toho, kterého oboru se situace týká. Společně zahájí kořenovou analýzu, na základě které navrhnu nápravná opatření.		
Kvalitní lidské zdroje:			
Paní C. se kvalitou zabývá sedm let.			
Paní C. dosáhla magisterského titulu.			
Sdílení kno-how:			
Cílem je akreditovat všechny nemocnice Pardubického kraje.			
Cílem je nastavit společná základní opatření pro kontinuální zvyšování kvality a pro možnost vzájemného porovnání nemocnic mezi sebou.			
Od roku 2008 spolupracují s 3. lékařskou fakultou Karlovy univerzity, v rámci celostátního projektu Sledování nežádoucích událostí.			
Spolupráce s 3. Univerzitou Pardubice			
Řídí se Vyhláškou č. 102 / 2012 Sb. O hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.			
Řídí se dle požadavků Spojené akreditační komise.			
OBLASTI SLABÝCH STRÁNEK	OBLASTI OHROŽENÍ		
Nemocnice:			VNĚJŠÍ FAKTORY
Pouze jedna nemocnice v rámci Pardubického kraje je reakreditovaná.			
Systém kontinuálního zvyšování kvality:			
Nejsou pevně stanovená pravidla pro dosahování, udržování a kontinuální zvyšování kvality.			
Systém vyhodnocování péče:			
Nevyhodnocují se operační sály z hlediska spokojenosti pacientů.			
Neprovádění auditů. (Audity začnou dělat až poté, co budou mít nastavená pravidla. Ty však zatím nastavují.)			

7 Kvantitativní výzkum

Po vyhodnocení kvalitativního výzkumu byl zrealizován výzkum kvantitativní. Záměrem sběru dat bylo ověřit získané informace metodou nestandardizovaného dotazníku. Souhrnné údaje z těchto výzkumů měly posloužit ke splnění cílů práce. Získaná numerická i nominální data byla systematicky shromážděna a analyzována. U některých proměnných byly zkoumány závislosti. Jednotlivé veličiny jsou vyhodnoceny pomocí statistických testů, za účelem potvrzení či vyvrácení hypotéz.

Postup zpracování závěrečné práce vycházel z univerzitního manuálu a směrnice (Vyčítalová, 2012). Struktura práce je vyjádřena myšlenkovou mapou (viz příloha F).

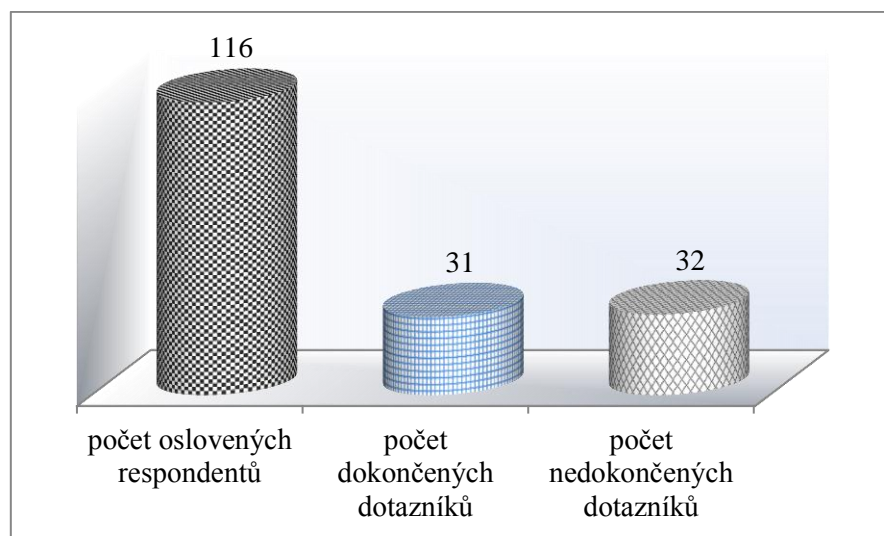
7.1 Metodika dotazníkového šetření

V říjnu roku 2012 byl uskutečněn **předvýzkum**, který měl odhalit případné nedostatky vytvořeného dotazníku. Cílovou skupinou byly náměstkyně ošetrovatelské péče (hlavní sestry) pěti nemocnic Pardubického kraje. K pilotáži mi byla poskytnuta písemná, případně i ústní zpětná vazba jak samotnými respondentkami, tak paní C., koordinátorkou kvality. Dotazníky byly distribuovány buď osobně, nebo elektronicky dle domluvy. Ukázka pilotního dotazníku, včetně jeho vyhodnocení, je nahrána na CD.

Podstatné výzkumné šetření proběhlo v měsíci prosinec 2012. Avšak než byla finální verze dotazníku odeslána, její srozumitelnost byla konzultována se staniční sestrou gynekologických sálů nemocnice Pardubického kraje. Jednalo se o záměrný výběr. Studovanou populací byli náměstci pro ošetrovatelskou péči. Užívaným synonymem této pracovní pozice je pojmenování „hlavní sestra“. Tato cílová skupina byla zvolena na základě předpokladu získání objektivnějších dat. Autorka se domnívala, že na některé otázky by například staniční sestry OS nemusely znát odpověď. (Např. na otázku č. 3: Pod koho spadá manažer kvality ve Vaší řídicí struktuře?) Výzkumný vzorek tvořilo pouze třicet jedna respondentů z řad managementu nemocnic, kteří byli ochotni vyplnit elektronický dotazník.

Dotazníky byly anonymní a byly distribuovány elektronicky do 116 nemocnic České republiky. Kritériem bylo, že zdravotnické instituce musely mít gynekologicko-porodnické operační sály. Nebyla brána zřetel na velikost nemocnice, ani zda se jednalo o soukromé či státní zařízení. Návratnost však byla nízká. Vrátilo se 63 dotazníků, nicméně 32 jich muselo být vyloučeno, protože nebyly dokončené. Použitelných vyplněných dotazníků bylo pouze 31, tedy 26,7 % (viz obrázek č. 1: Návratnost dotazníků). Příčinu vidím v tom,

že dotazník byl určen vždy jednomu zástupci oslovených zdravotnických zařízení. A vzhledem k vytíženosti vrcholového managementu, všichni respondenti zřejmě neměli čas zabývat se tímto výzkumem.



Obr. 1: Návratnost dotazníků

Dotazník byl vytvořen v „univerzitním prostředí pro internetové průzkumy“. Toto prostředí obsahovalo velmi jednoduchý modul pro základní vyhodnocení dat. Dotazník obsahoval několik typů otázek. Jednu identifikační (otázka č. 1), čtyři otevřené (otázky č. 2, 12, 14, 16), jednu polouzavřenou (otázka č. 3), čtyři uzavřené polytomické výběrové (otázky č. 4, 8, 10, 13), pět uzavřených dichotomických (otázky č. 5, 6, 7, 9, 11), jednu uzavřenou polytomickou výčtovou (otázka č. 15) a jednu uzavřenou stupnicovou komparativní (otázka č. 17), jež byla i finální otázkou. Ukázka dotazníku je předložena v příloze G.

Uvedené otázky byly rozděleny do tří sekcí. První část, obsahující deset otázek, se nazývala „Řízení kvality – obecné hledisko“. Druhá oblast „Řízení kvality na operačních sálech“ zahrnovala pouze tři otázky. Třetí sekce, s názvem „Subjektivní hledisko kvality v perioperační péči“, zahrnovala poslední čtyři otázky. Z úvodních dotazníkových otázek (otázek 1 – 10, mimo otázku 3) byla sestavena bodová stupnice. V tomto okruhu respondenti, zástupci jednotlivých nemocnic, odpovídali převážně na dichotomické otázky, tedy „ano × ne“. Za každé „ano“ jim byl přidělen jeden bod. Další bod mohli získat za adekvátní volnou odpověď. Tedy zda má jejich zdravotnické zařízení udělený jiný titul kvality, než akreditaci. Za správnou odpověď byly považovány např. odpovědi ISO a NASKL. Za otázku č. 10 respondenti mohli získat až tři body, pakliže dodržují uvedené minimální hodnotící standardy péče o pacienty dle Vyhlášky č. 102/2012 Sb. Bodová škála měla

znázornit případný rozdíl mezi akreditovanými a neakreditovanými nemocnicemi a byla středem zájmu testování hypotéz v rámci druhé studie.

Součástí čtyř bodovaných otázek byly atributy kvality, které byly také předmětem zkoumání ve vztahu k existenci titulu akreditace (viz 1. studie). Sledovanými atributy, byly „existence hygienicko-epidemiologické sestry“, „probíhání vnějších dozorových auditů zaměřených na kvalitu OS“, „vypracování časového plánu auditů“ a atribut „sledování indikátorů kvality na OS“. Tyto parametry byly také stanoveny na základě kvalitativního šetření.

Vyhodnocení ostatních otázek kladených v dotazníku obsahuje příloha H.

7.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka stanovena před začátkem výzkumu:

- 1) Bude vyšší úroveň kvality operačních sálů v akreditovaných nemocnicích nebo v nemocnicích bez akreditačního titulu?

Dílčí výzkumné otázky:

- 2) Je vztah mezi existencí titulu akreditace a zvolenými atributy, které nastavují úroveň kvality perioperační péče?

Jednotlivými atributy kvality jsou:

- Přítomnost sestry pro hygienicko-epidemiologickou péči.
- Provádění vnějších auditů na operačních sálech.
- Zavedení časového plánu auditů.
- Sledování indikátorů kvality na operačních sálech.

- 3) Dosáhnou vyššího bodového hodnocení akreditované nemocnice nebo neakreditované?

7.3 Pracovní hypotézy

Hlavní pracovní hypotéza stanovena před začátkem výzkumu:

- 1) Kvalita v perioperační péči bude na vyšší úrovni v akreditovaných nemocnicích.

Dílčí pracovní hypotézy:

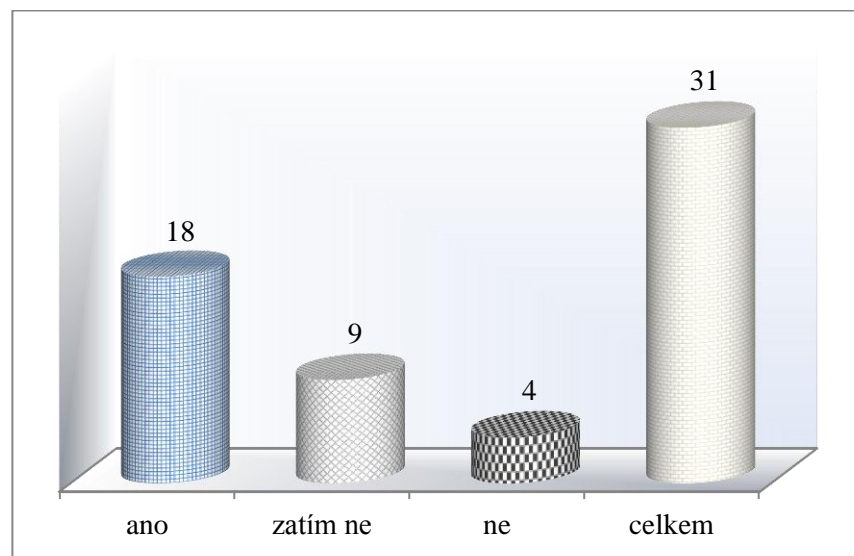
- 2) Mezi jednotlivými atributy kvality a existencí titulu akreditace je vztah.
- 3) Vyššího bodového hodnocení kvality dosáhnou akreditované nemocnice.

7.4 Vyhodnocení vybraných položek dotazníku

Dotazníková otázka č. 1:

Je Vaše nemocnice akreditovaná?

Z celkového počtu 31 respondentů (100 %), zástupců jednotlivých nemocnic, osmnáct (58 %) odpovědělo, že ano. Devět respondentů (29 %) uvedlo, že akreditovaní zatím nejsou. To může signalizovat fakt, že v současné době o akreditaci usilují nebo o ni v nejbližší době zažádají. Čtyři respondenti (13 %) jednoznačně odpověděli, že akreditaci nemají. V celkovém součtu 13 nemocnic (42 %) není akreditovaných (viz obrázky 2 a 3).



Obr. 2: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se existence titulu akreditace

Dotazníková otázka č. 2:

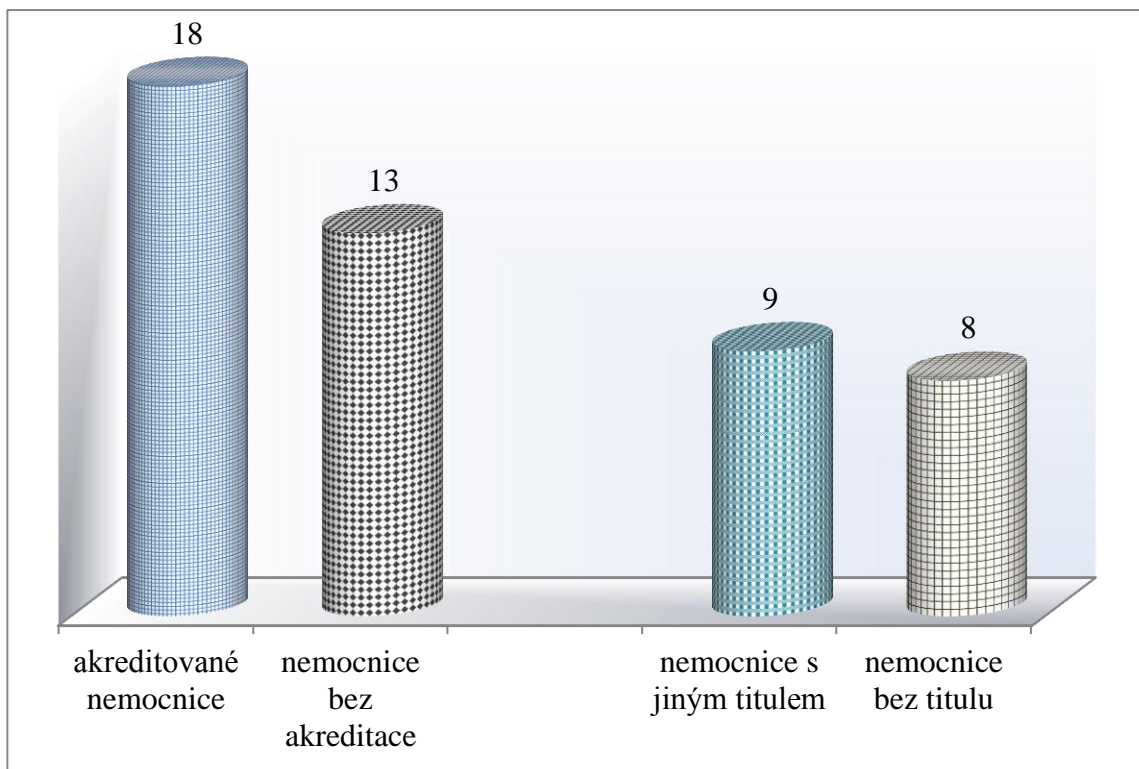
Pokud má Vaše nemocnice udělený jiný titul kvality (než titul akreditace), prosím, uveďte jej.

Otázka byla pro respondenty nepovinná. Mohli k ní připsat své volné odpovědi. K této otázce se vyjádřilo pouze devět respondentů (29 %) z celkového počtu 31 (100 %). Pravděpodobně se jednalo o reálný počet zařízení, která obdržela jiný titul kvality, než je certifikát akreditace. Možná ale někteří záměrně nevyužili možnosti pozitivně prezentovat své pracoviště. Výsledky jsou znázorněny v tabulce č. 6.

Tab. 6: Udělení dalších titulů kvality ve vztahu k existenci akreditace

AKREDITACE ANO	JINÝ TITUL KVALITY	
odpovědi respondentů	1) ČSN EN ISO 9001:2008	
	2) NASKL, JACKIE, ISO ve stravovacím provozu	
	3) Baby Friendly Hospital, ČIA (laboratoře, patologie)	
	4) NASKL I., II., Baby Friendly Hospital, 1.+ 2.+ 3. místo v celostátní soutěži bezpečná nemocnice	
celkem	4	
AKREDITACE ZATÍM NE	JINÝ TITUL KVALITY	BEZ TITULU
odpovědi respondentů	1) ČSN EN ISO 9001:2009, ČIA akreditace laboratoří	
	2) Certifikace laboratoří dle NASKL	
celkem	2	7
AKREDITACE NE	JINÝ TITUL KVALITY	BEZ TITULU
odpovědi respondentů	1) ČSN EN ISO 9001	
	2) ISO certifikace, NASKL I. všech 5 laboratoří, NASKL II. 2 laboratoří (ostatní se chystají), HACCP	
	3) ČSN EN ISO 9001:2009	
celkem	3	1

Souhrnné informace dotazníkových otázek č. 1 a 2 jsou označeny v následujícím grafu (viz obrázek číslo 3).



Obr. 3: Graf souhrnných absolutních četností související s dotazníkovými otázkami č. 1 a 2

Autorka by ráda důrazně upozornila na výsledky první a druhé dotazníkové otázky, protože společně se studii, které budou rozebrány v kapitolách 7.5.1 a 7.5.2, odpovídají na hlavní pracovní hypotézu, která zněla: „Kvalita v perioperační péči bude na vyšší úrovni v akreditovaných nemocnicích.“ Sumarizace těchto výsledků je k dohledání v diskusi závěrečné práce.

Dotazníková otázka č. 14:

Jak byste definoval(a) "kvalitu v perioperační péči"?

Z celkového počtu 31 respondentů (100 %), zástupců jednotlivých nemocnic, osmnáct z nich (58 %) odpovědělo na tuto volnou otázku v dotazníku. Působivé bylo, že někteří z respondentů použili pro svoji odpověď výroky známých odborníků na kvalitu zdravotní péče, např. dle Gladkije (viz tabulka 7). To samozřejmě může svědčit o skutečnosti, že se vrcholový management vzdělává a inspiroje, pro oblast řízení kvality, některými znalci.

Výsledek otázky č. 14 je odpovědí na jeden ze stanovených cílů, tedy jak je vnímána „kvalita operačních sálů“ v praxi (viz tabulka 7).

Tab. 7: Subjektivní definice „kvality v perioperační péči“

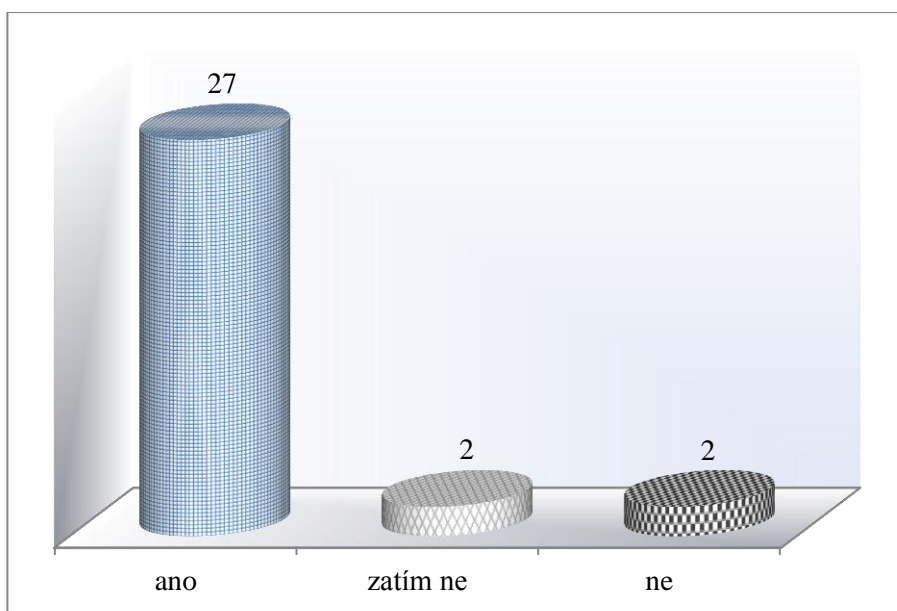
Četnosti odpovědí:	<u>Rozdělení doslovných odpovědí dle podobnosti:</u>
1	"Kvalitní péče o pacienta bez nežádoucích problémů. "
2	"Kvalitní a bezpečná péče o pacienta i členy zdravotnického týmu v rámci předoperačního, operačního a pooperačního procesu.
3	"Systematické předcházení poškození pacienta. "
4	" Nedochází k poškození klienta v žádném směru."
5	"Je to živý dokument, takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví , PDCA - plán, zaveď procesy, měř a realizuj."
6	"Jde o poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče o pacienta, který podstupuje operační léčbu. Péči poskytuje sestra na základě potřebných teoretických znalostí, praktických dovedností a týmové spolupráce získaných specializačním studiem."
7	"Jako velmi dobře nastavenou."
8	"Na vysoké úrovni."
9	"Jako velmi dobrou."
10	"Na velmi dobré úrovni."
11	" Bezpečí. "
12	"Jako proces bezpečné péče o pacienta a minimalizaci rizik. "
13	" Bezpečně provedené rizikové procedury před a při příjezdu pacienta na COS, kvalitně vedená dokumentace o poskytnuté perioperační péči."
14	"Dělat věci lege artis ve správné chvíli a na správném místě se správnými lidmi. "
15	" Dělat správné věci správně. "
16	"Jako kteroukoliv jinou kvalitu, což je výraz určitě slovníky popsány. Jednoduše asi zodpovědné dodržování standardních postupů - při stálém zlepšování jednotlivých detailů..."
17	"Jedná se o dodržování vyhlášky 306/2012 (o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích), kvalita dodržování, správná identifikace pacienta, stranová záměna, celkové prostředí operačních sálů, organizace."
18	"Neumím odpovědět."

Dotazníková otázka č. 4:

Existuje ve Vašem zdravotnickém zařízení sestra pro hygienicko-epidemiologickou péči?

Z celkového počtu 31 respondentů (100 %), zástupců jednotlivých nemocnic, praktická většina, tedy dvacet sedm (87 %) odpověděla, že v jejich zdravotnickém zařízení existuje sestra pro hygienicko-epidemiologickou péči. Jedna respondentka uvedla, že v jejich zařízení je vrchní sestra centrálních operačních sálů právě jednou ze dvou epidemiologických sester. Dvě zdravotnická zařízení (6 %) uvedla, že takového pracovníka nemají. Dvě uvedla, že „zatím ne“, takže s největší pravděpodobností o takové sestře uvažují a možná ji v nejbližší době zaměstnají. Tzn., že 12 % zdravotnických zařízení, ze sledovaného souboru, takového pracovníka ve své struktuře zahrnutého nemají (viz obrázek č. 4).

Výsledek dotazníkové otázky č. 4 se vztahuje ke druhé pracovní hypotéze a ke stanovené první nulové hypotéze (viz obrázek 4 a tabulky 8 – 9).



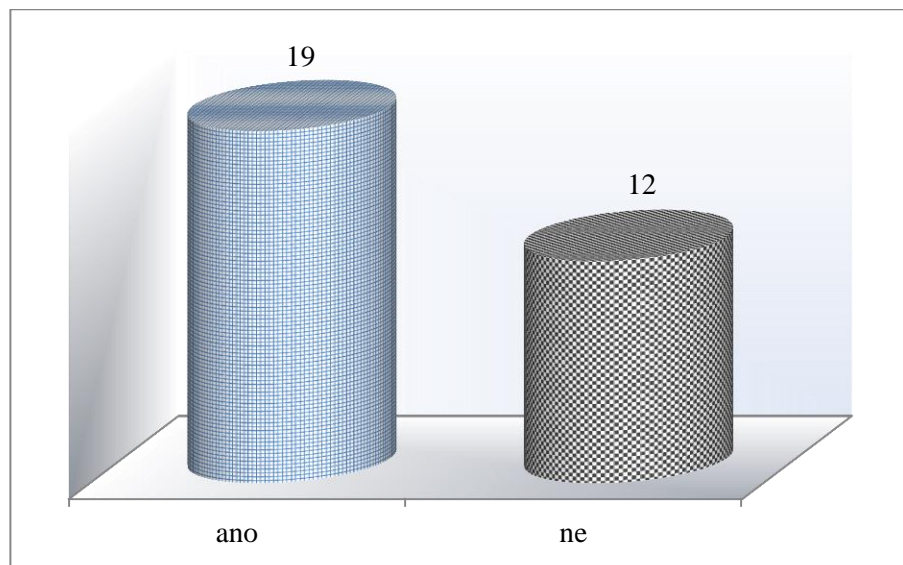
Obrázek 4: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se přítomnosti hygienicko-epidemiologické sestry.

Dotazníková otázka č. 5:

Probíhají ve Vaší nemocnici vnější dozorové audity zaměřené na kvalitu operačních sálů?

Z celkového počtu 31 respondentů (100 %), zástupců jednotlivých nemocnic, devatenáct (61 %) odpovědělo, že v jejich nemocnici probíhají vnější audity. Zbýlých dvanáct (39 %) odpovědělo, že takové audity u nich neprobíhají (viz obrázek č. 5). Výsledek této dotazníkové otázky se vztahuje ke druhé pracovní i druhé nulové hypotéze (viz obrázek 5 a tabulky 10 – 11).

Ve zdravotnických zařízeních daleko častěji na operačních sálech probíhají audity vnitřní, alespoň jak odpovědělo dvacet devět respondentů (94 %). Pouze u dvou nemocnic (6 %), z celkového počtu 31, k vnitřním auditům operačního zázemí nedochází. Tyto dvě instituce však nepatří k akreditovaným nemocnicím. Grafické znázornění, vztahující se k vnitřním auditům, je součástí přílohy H.



Obr. 5: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se vnějších auditů

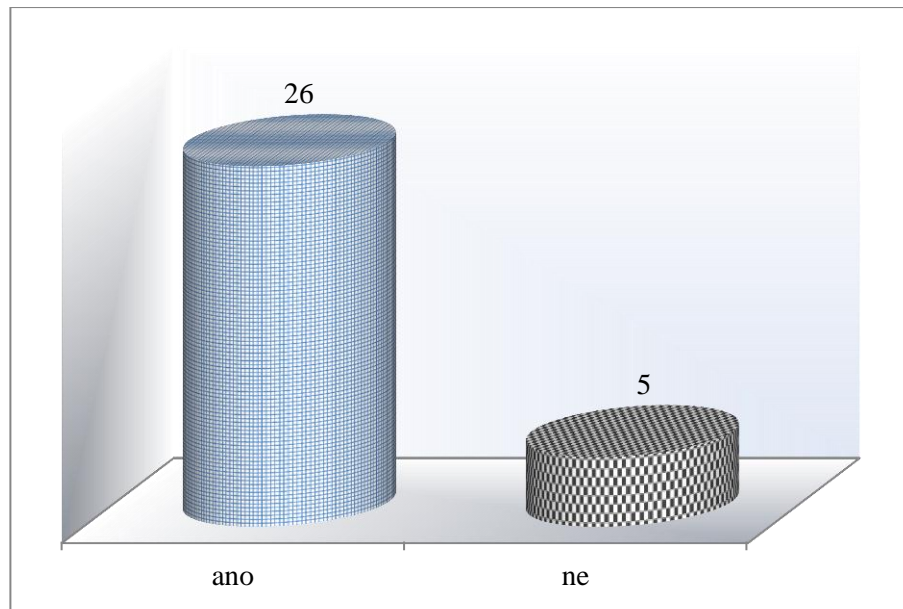
Dotazníková otázka č. 7:

Máte vypracovaný časový plán auditů?

Z celkového počtu 31 respondentů (100 %), zástupců jednotlivých nemocnic, převážná většina odpověděla, že časový plán auditů vypracovaný mají. Tak odpovědělo šest a dvacet respondentů, tedy 83 %. Zbýlých pět nemocnic (16 %) časový plán vypracovaný nemají (viz obrázek 6).

Je tedy možné se domnívat, že audity dělají nečekaně, v různě dlouhých intervalech, možná i nerozmyšleně, kdy je jak napadne. Je zajímavé, že dvě nemocnice z těchto pěti mají udělený titul akreditace. V akreditovaných zařízeních bych předpokládala, že audity absolvují dle předem připraveného harmonogramu.

Výsledek dotazníkové otázky č. 7 se vztahuje ke druhé pracovní hypotéze a ke stanovené třetí nulové hypotéze (viz obrázek 6 a tabulky 12 – 13).



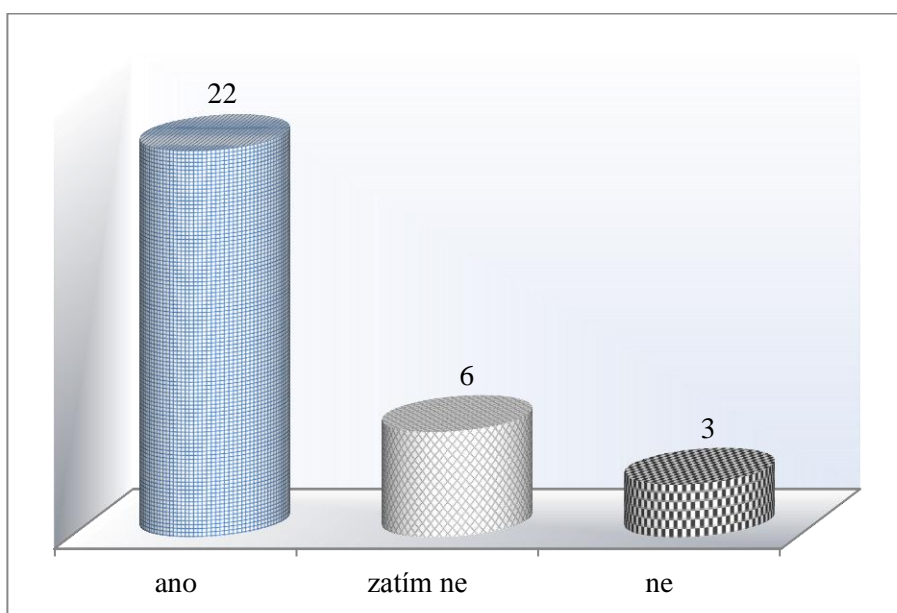
Obr. 6: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se časového plánu auditů

Dotazníková otázka č. 8:

Sledujete konkrétní indikátory kvality na operačních sálech?

Z celkového počtu 31 respondentů (100 %), zástupců jednotlivých nemocnic dvacet dva (71 %) označilo odpověď „ano“, že indikátory kvality sledují. V šesti nemocnicích (19 %) se indikátory „zatím“ nesledují. Nejspíše je jejich cílem to v brzké době změnit. Zajímavé je, že jedna z těchto nemocnic je akreditovaná. Tři zdravotnická zařízení (10 %) zřejmě o změně neuvažují (viz obrázek 7).

Výsledek dotazníkové otázky č. 8 se vztahuje ke druhé pracovní hypotéze a ke stanovené čtvrté nulové hypotéze (viz obrázek 7 a tabulky 14 - 15).



Obr. 7: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se indikátorů kvality.

Vyhodnocení ostatních dotazníkových otázek je součástí přílohy H, v konečné části práce. Přehledová tabulka s informacemi, jaké jevy a prvky byly ve výzkumu sledovány a hodnoceny, jsou nahrány na CD přílohu. Tam jsou k dispozici všechna zdrojová data, včetně ukázky potvrzení o výzkumu, jež bylo součástí elektronického dotazníku.

7.5 Statistická analýza kvantitativního šetření

Tato část práce vycházela z numerických i nominálních dat získaných od souboru 31 respondentů (100 %) a měla za úkol statisticky ověřit stanovené hypotézy. Hypotézy byly testovány na hladině významnosti α 0,05 (5 %).

První čtyři nulové hypotézy vycházely z dotazníkových otázek č. 4, 5, 7 a 8. Pátá nulová hypotéza byla stanovena na základě úvodní sekce dotazníkových otázek, oblasti „Řízení kvality – obecné hledisko“, z jejichž odpovědí byla stanovena bodová stupnice.

Stanovené hypotézy:

- H₀:** Přítomnost sestry pro hygienicko-epidemiologickou péči nemá vztah s akreditací.
H_A: Přítomnost sestry pro hygienicko-epidemiologickou péči má vztah s akreditací.
- H₀:** Provádění vnějších dozorových auditů nemá vztah k akreditaci.
H_A: Provádění vnějších dozorových auditů má vztah k akreditaci.
- H₀:** Časový plán auditů nemá vztah s akreditací.
H_A: Časový plán auditů má vztah s akreditací.
- H₀:** Sledování indikátorů kvality nemá vztah s akreditací.
H_A: Sledování indikátorů kvality má vztah s akreditací.
- H₀:** Rozdíl v bodové úrovni mezi akreditovanou a neakreditovanou nemocnicí je nulový.
H_A: Rozdíl v bodovém hodnocení mezi akreditovanou a neakreditovanou nemocnicí nulový není. Rozdíl je statisticky významný.

7.5.1 První studie zjišťování vztahu existence titulu akreditace se zvolenými atributy, které nastavují úroveň požadované kvality perioperační péče

První studie se zaměřila na soubor 31 spolupracujících nemocnic. Konkrétněji na sledování vztahu mezi existencí titulu akreditace ve zdravotnických zařízeních a zvolenými atributy, které zřejmě nastavují úroveň požadované kvality perioperační péče, jak bylo nastíněno kvalitativním výzkumem. Sledovanými parametry (ve vztahu k akreditaci) byly: přítomnost sestry pro hygienicko-epidemiologickou péči, probíhání vnějších auditů na operačním sále, existence časového plánu auditů a sledování konkrétních indikátorů kvality pro operační sály. Jednotlivé atributy kvality jsou vztáhnuty k dotazníkovým otázkám č. 4, 5, 7 a 8. Absolutní četnosti pozorovaných znaků jsou znázorněny v obrázcích 4 až 7.

Výzkumná otázka: Je vztah mezi existencí titulu akreditace a zvolenými atributy, které nastavují úroveň kvality perioperační péče?

Pracovní hypotéza: Mezi zvolenými atributy kvality a existencí titulu akreditace je vztah.

Pro sledování vztahu, kontingence, mezi nominálními proměnnými byl zvolen test Chí-kvadrát. Chí-kvadrát je test pro porovnání pravděpodobností ve dvou nezávislých populacích, test o shodnosti struktury.

Prvním úkolem bylo vytvořit a dopočítat tabulku očekávaných četností, na základě kontingenční tabulky četností pozorovaných (viz tabulky 8 až 15). Četnosti experimentální a očekávané jsou stejné. Není mezi nimi rozdíl.

Základem také bylo spočítat stupeň volnosti. Tabulka 2×2 má jeden stupeň volnosti, jako v uvedených případech.

Následně bylo spočítáno tak zvané „chí“, dle vzorce:

$$x^2 = \sum (\text{pozorovaná} - \text{očekávaná})^2 / \text{očekávaná}$$

X^2 tedy představuje test o shodě naměřených a očekávaných četností (Herzmann, Novák a Pecáková, 1998).

Chí, získané výpočtem, bylo porovnáno s tabulkovou kritickou hodnotou 3,84. Pokud chí hodnota vyšla nižší, než hodnota kritická, nulová hypotéza byla přijata. Jinak řečeno, nulová hypotéza se nezamítá. Získaná data byla nejprve vypočítána ručně na papíře. Následně

byla ověřena výpočty v programu Statistica (<http://www.statsoft.cz/o-firme/profil-spolecnosti/>).

H_0 : Mezi typem odpovědi a akreditací nemocnice není vztah.

H_A : Mezi typem odpovědi a akreditací nemocnice vztah je.

Výsledky pozorovaných a očekávaných četností jsou zobrazeny v následujících osmi tabulkách (viz tabulky 8 – 15). V poslední tabulce (tab. 16) jsou výsledky této studie shrnuty.

Tab. 8: Kontingenční tabulka pozorovaných četností výskytu hygienicko-epidemiologické sestry a akreditace

1. Pozorované četnosti podle výskytu			
	Akreditace		
Sestra pro hyg.- epid. péči	ANO	NE	CELKEM
ANO	17	10	27
NE	1	3	4
CELKEM	18	13	31

Tab. 9: Kontingenční tabulka očekávaných četností výskytu hygienicko-epidemiologické sestry a akreditace

Očekávané četnosti výskytu			
	Akreditace		
Sestra pro hyg.- epid. péči	ANO	NE	CELKEM
ANO	16	11	27
NE	2	2	4
CELKEM	18	13	31

Tab. 10: Kontingenční tabulka pozorovaných četností výskytu vnějších auditů a akreditace

2. Pozorované četnosti podle výskytu			
	Akreditace		
Vnější audit	ANO	NE	CELKEM
ANO	14	5	19
NE	4	8	12
CELKEM	18	13	31

Tab. 11: Kontingenční tabulka očekávaných četností výskytu vnějších auditů a akreditace

Očekávané četnosti výskytu			
	Akreditace		
Vnější audit	ANO	NE	CELKEM
ANO	11	8	19
NE	7	5	12
CELKEM	18	13	31

Tab. 12: Kontingenční tabulka pozorovaných četností výskytu časového plánu auditů a akreditace

3. Pozorované četnosti podle výskytu			
	Akreditace		
Časový plán auditů	ANO	NE	CELKEM
ANO	16	10	26
NE	2	3	5
CELKEM	18	13	31

Tab. 13: Kontingenční tabulka očekávaných četností výskytu časového plánu auditů a akreditace

Očekávané četnosti výskytu			
	Akreditace		
Časový plán auditů	ANO	NE	CELKEM
ANO	15	11	26
NE	3	2	5
CELKEM	18	13	31

Tab. 14: Kontingenční tabulka pozorovaných četností výskytu sledování indikátorů kvality a akreditace

4. Pozorované četnosti podle výskytu			
	Akreditace		
Sledování indikátorů kvality	ANO	NE	CELKEM
ANO	17	5	22
NE	1	8	9
CELKEM	18	13	31

Tab. 15: Kontingenční tabulka očekávaných četností výskytu sledování indikátorů kvality a akreditace

Očekávané četnosti výskytu			
	Akreditace		
Sledování indikátorů kvality	ANO	NE	CELKEM
ANO	13	9	22
NE	5	4	9
CELKEM	18	13	31

V poslední tabulce (viz tabulka č. 16), týkající se první studie, jsou zobrazeny výsledky testovaných nulových hypotéz.

Tab. 16: Sledované atributy a výsledky testovaných nulových hypotéz k nim vztažených

Test Chí kvadrát		H ₀ : Mezi typem odpovědi a akreditací nemocnice není vztah (četnosti odpovědi nejsou reálné).			
Číslo otázky v dozníku	Sledované parametry ve vztahu k akreditaci	Nulová hypotéza	Pearsonův chí kvadrát	Kritická hodnota	Výsledek
4	Sestra pro hygienicko-epidemiologickou péči	Přítomnost sestry pro hygienicko-epidemiologickou péči nemá vztah s akreditací.	2,06	3,84	H ₀ nezamítám
5	Vnější audity OS	Provádění vnějších auditů nemá vztah k akreditaci.	4,59	3,84	H ₀ zamítám
7	Časový plán auditů	Časový plán auditů nemá vztah s akreditací.	0,78	3,84	H ₀ nezamítám
8	Sledování indikátorů kvality	Sledování indikátorů kvality nemá vztah s akreditací.	11,48	3,84	H ₀ zamítám

Interpretace výsledků první studie

Test Chí-kvadrát vymežil závěr ten, že vztah k akreditaci mají dva ze čtyř stanovených atributů kvality. Jsou jimi „sledování indikátorů kvality“ na operačních sálech a „provádění vnějších auditů“ v prostředí perioperační péče. V těchto případech byla H₀ zamítnuta. Podle hladiny významnosti nulová hypotéza zamítnuta nebyla v případě atributů kvality „hygienicko-epidemiologické sestry“ a „časového plánu auditů“. Výsledky těchto parametrů byly označeny za statisticky nevýznamné (viz tab. 16).

7.5.2 Druhá studie bodového hodnocení nemocnic

Druhá studie se zaměřila na dvě skupiny zdravotnických zařízení. Na akreditované a neakreditované nemocnice. Jednalo se tedy o záměrný výběr. Obě skupiny byly bodově ohodnoceny, dle vyplněných předem určených dotazníkových otázek (bližší informace jsou uvedeny na straně 55, v metodice dotazníkového šetření). U obou skupin byl testován rozdíl mezi středními hodnotami. Získané počty bodů skupin nemocnic jsou přehledně zobrazeny v tabulce č. 17 s názvem: Bodové ohodnocení obou skupin sledovaných zdravotnických zařízení. Body byly měřeny na základě výpovědi 31 respondentů, v rámci dotazníkového šetření. Průměrný počet dosažených bodů osmnácti akreditovaných nemocnic byl deset. Průměrný počet bodů třinácti neakreditovaných zařízení byl sedm.

Výzkumná otázka: Dosáhnou vyššího bodové hodnocení akreditované nemocnice nebo nemocnice bez akreditačního titulu?

Pracovní hypotéza: Vyššího bodového hodnocení dosáhnou akreditované nemocnice.

Tab. 17: Bodové ohodnocení obou skupin sledovaných zdravotnických zařízení

Počty dosažených bodů respondentů akreditované nemocnice	Počty dosažených bodů respondentů <u>ne</u> akreditované nemocnice
10	9
11	10
9	10
11	9
9	6
10	5
9	7
11	7
10	8
10	1
8	5
10	7
10	8
11	
9	
10	
10	
8	

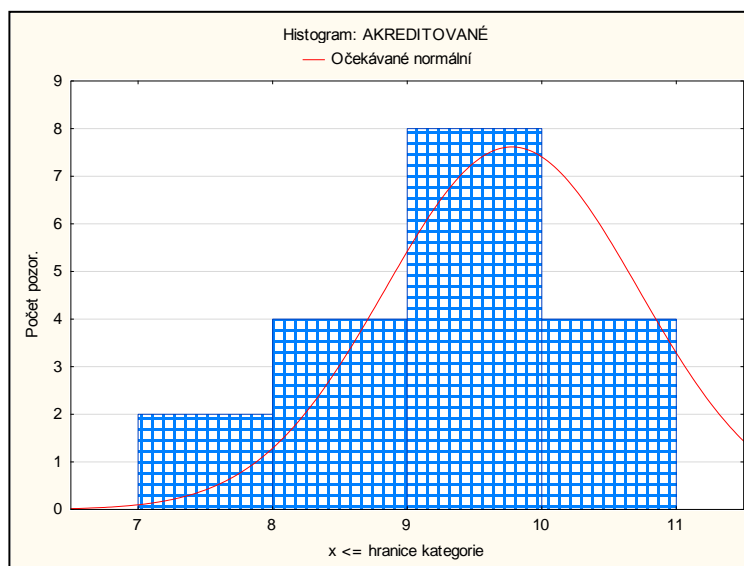
Následujícím krokem bylo zpracovat popisnou statistiku (viz tabulka č. 18). V tabulce 21 je znázorněno několik nejdůležitějších hodnot, jako jsou modus, medián, průměr, směrodatná odchylka, minimum a maximum, které se týkají obou souborů. V popisné statistice je dobře znázorněno, že maximální počet bodů, tedy 11, získaly akreditované nemocnice. Některé z neakreditovaných nemocnic dosáhly nejvýše deseti bodů. Dále je možné povšimnout si, že jistý zástupce neakreditovaných nemocnic dosáhl pouze jednoho bodu.

Data byla získána z programu Statistica (<http://www.statsoft.cz/o-firme/profil-spolecnosti/>).

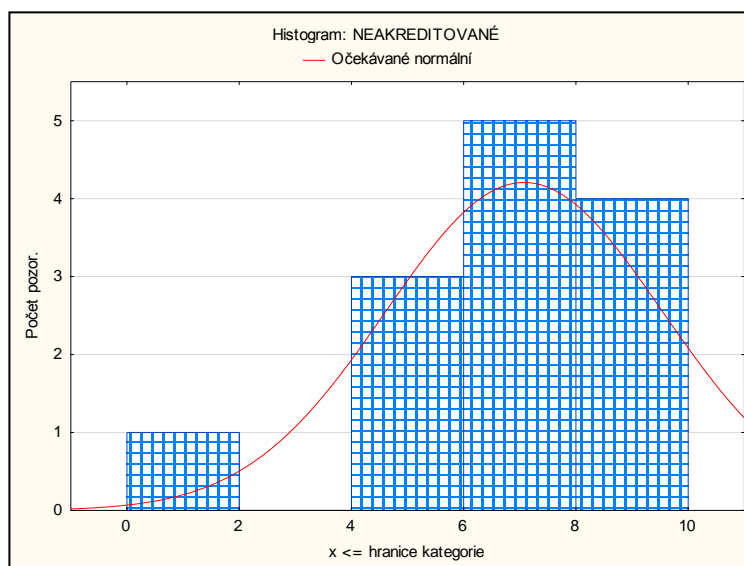
Tab. 18: Základní hodnoty popisné statistiky obou skupin sledovaných nemocnic

Popisné statistiky:							
Proměnná	N platných	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Sm.odch.
AKREDITOVANÉ	18	10	10	10	8	11	1
NEAKREDITOVANÉ	13	7	7	7	1	10	2

Dále byly vytvořeny dva histogramy (viz obrázky 8 a 9) a jeden krabicový graf (viz obrázek 10). Na histogramech lze pozorovat rozložení dat sledovaného souboru společně s Gaussovou křivkou. Gaussova křivka představuje normální rozložení dat. Dle obrázků 8 a 9 jsou data rozložena. V prvním případě jsou pravděpodobně symetrická, ale v druhém případě ne. Protože však bylo pracováno s malým počtem prvků, je možno pouze se domnívat, že data nepatří do normálního rozložení. Obecným doporučením je, pro tento případ, si normální rozložení ověřit statisticky a provést test na normalitu. Grafy byly vytvořeny v programu Statistica (<http://www.statsoft.cz/o-firme/profil-spolecnosti/>).



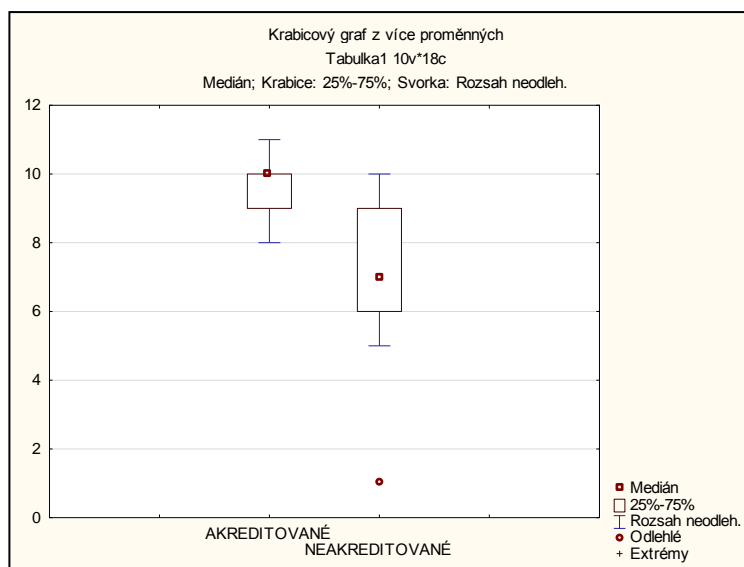
Obr. 8: Histogram akreditovaných nemocnic (čerpáno z programu Statistica)



Obr. 9: Histogram neakreditovaných nemocnic (čerpáno z programu Statistica)

Jedním z nejdůležitějších kroků bylo vytvořit vícenásobný krabicový graf ze zdrojových dat akreditovaných a neakreditovaných nemocnic (viz tab. 17: Bodové ohodnocení obou skupin sledovaných zdravotnických zařízení). Porovnáním hodnot lze především zjistit rozdíl a v čem konkrétně rozdíl je. Tedy kdo z dané skupiny dosáhl vyššího bodového ohodnocení.

Na krabicovém grafu (viz obrázek 10) je vidět, že medián mají obě skupiny zdravotnických zařízení odlišný. Maximálního počtu bodů, jedenáct, dosáhli zástupci akreditovaných nemocnic. Zástupci nemocnic neakreditovaných dosáhli bodů o něco nižších. V grafu je znázorněn jeden odlehlý bod, to znamená, že naměřené hodnoty nejsou homogenní. Odlehlý bod představuje nejnižší dosaženou hodnotu, které jedna nemocnice dosáhla.



Obr. 10: Krabicový graf z více proměnných (čerpáno z programu Statistica)

Dalším postupem bylo zvolení si testu ověřujícího normalitu rozložení dat. Byl jím Kolmogorovův-Smirnovův test (dále již K-S). K-S p hodnota dat z akreditovaných nemocnic vyšla 0,14. K-S p hodnota dat z neakreditovaných nemocnic 0,73. Obě K-S hodnoty vyšly vyšší než hladina významnosti α 0,05 (5 %). To znamená, že test, vypočítaný v programu Statistica, potvrdil, že data jsou normálně rozložena.

Dle potvrzení normality rozložení a na základě dvou nezávislých souborů byl zvolen parametrický dvouvýběrový nezávislý studentův T- test (Zvárová, 2001). Tento test vyjádřil „p“ hodnotu. Čím vyšší je hodnota „p“, tím vyšší je pravděpodobnost, že H_0 nezamítáme. Jak znázorňuje tabulka 19, „p“ hodnota je mnohem menší, než hladina významnosti, na které byla hypotéza testována. Hodnota „p“ byla tak nízká, že nulová hypotéza byla zamítnuta. Byla přijata hypotéza alternativní, tedy že rozdíl není nulový, že je statisticky významný.

H_0 : Rozdíl v bodové úrovni mezi akreditovanou a neakreditovanou nemocnicí je nulový.

H_A : Rozdíl v bodovém hodnocení mezi akreditovanou a neakreditovanou nemocnicí nulový není. Rozdíl je statisticky významný.

Tab. 19: Výsledné hodnoty dvouvýběrového T-testu s rovností rozptylů (čerpáno z programu Statistica)

T-test pro nezávislé vzorky					
	Průměr akreditovaných	Průměr neakreditovaných	Hodnota t	Rozdíl (sv)	p
AKREDITOVANÉ vs. NEAKREDITOVANÉ	10	7	4	29	0,000197

Interpretace výsledků druhé studie

Na základě statistického vyhodnocení dat vyšlo, že akreditované nemocnice dosáhly vyššího počtu bodů, než nemocnice neakreditované. Pracovní hypotéza se prokázala, jak např. znázorňuje krabicový graf. Odpovědí na výzkumnou otázku je, že vyššího bodového hodnocení dosáhly nemocnice akreditované.

Pro lepší přehlednost výsledků byla vytvořena subjektivní kritéria bodového hodnocení pro měření úrovně kvality. Kritéria jsou znázorněna formou škály. Pakliže jednotlivá zařízení dosáhla 11 – 10 bodů, byla ohodnocena jako zdravotnická zařízení s „vysokou kvalitou“. Této úrovně dosáhlo celkem čtrnáct nemocnic (45 %). Pokud nemocnice získaly 9 – 7 bodů, byly zařazeny do kategorie zdravotnických zařízení, jejichž kvalita je „s výhradami“. Takových nemocnic bylo třináct (42 %). Jestliže zdravotnické instituce získaly méně, jak šest bodů, jejich úroveň kvality byla označena za „neuspokojivou.“ Pozitivním závěrem je, že většina nemocnic dosáhla uspokojivé kvality (viz tabulka č. 20: Absolutní četnosti nemocnic v jednotlivých kategoriích podle počtu bodů.

Tab. 20: Absolutní četnosti nemocnic v jednotlivých kategoriích podle počtu bodů

Hodnotící stupnice	Počty bodů	Četnost akreditovaných nemocnic dle dosažených bodů	Četnost neakreditovaných nemocnic dle dosažených bodů	Četnost akreditovaných i neakreditovaných nemocnic dle dosažených bodů
Vysoká kvalita (14x)	11	4	0	4
	10	8	2	10
Kvalita s výhradami (13x)	9	4	2	6
	8	2	2	4
	7	0	3	3
Neuspokojivá kvalita (4x)	6	0	1	1
	5	0	2	2
	4	0	0	0
	3	0	0	0
	2	0	0	0
	1	0	1	1
	0	0	0	0
CELKEM		18	13	31

7.6 Shrnutí těch výsledků, které směřují k vymezení hlavních znaků týkajících se kvality perioperační péče

Tabulka č. 21 je odpovědí na jeden z výzkumných cílů závěrečné práce. Vymezuje kvalitu OS.

Tab. 21: Vyhodnocení výzkumného šetření formou přehledové tabulky

VYMEZENÍ KVALITY V PERIOPERAČNÍ PÉČI, výstup všech výzkumných metod		
Jeden z cílů práce zněl: "Vymezit kvalitu podle toho, jak je vnímaná v praxi."		
Typ výzkumné metody:	Výstupy:	
Stínování:	Nejdůležitější oblasti pro kvalitu z hlediska řízení: Vzdělávání, audity, hygienicko-epidemiologická péče, sledování a hlášení nežádoucích událostí, dokumentace.	
Rozhovory → SWOT analýzy:	Obecné znaky kvality, podle toho, jak je vnímá management: Jasně nastavení kritérií kvality (např. od SAK). Definování indikátorů kvality. Možnost dohledání kvality, pomocí dat a auditů a jiných kontrolních činností. Systém vyhodnocování kvality a vyhodnocování perioperační péče. Systém sledování, hlášení a vyhodnocování nežádoucích událostí. Konkrétní znaky kvality dle managementu: Získání jakéhokoli titulu kvality, vzdělávání, vytvoření karet managementu rizik, jasné nadefinování pracovních úkolů, účastnění se projektů, školení a provozních porad-týkajících se kvality operačních sálů.	
Shrnutí dotazníkových odpovědí:	Četnosti odpovědí:	Výsledky:
	18 x (58 %)	zdravotnická zařízení jsou akreditovaná (z celkového počtu 31 respondentů)
	13 x (42 %)	zdravotnická zařízení nejsou akreditovaná (z celkového počtu 31 respondentů)
	9 x (29 %)	zdravotnická zařízení obdržela jiný titul kvality (z celkového počtu 31 respondentů)
	8 x (26 %)	zdravotnická zařízení nemají žádný titul kvality (z celkového počtu 31 respondentů)
		Týkající se nejdůležitějších faktorů dosahování kvality a bezpečí, dle respondentů:
	31 x (100 %)	Dodržování hygienicko-epidemiologického režimu. (17 respondentů, tj. 55 %, tento faktor ohodnotilo známkou "1")
	30 x (97 %)	Dodržování standardů a jiných předpisů. (14 respondentů, tj. 47 %, tento faktor ohodnotilo známkou "2")
	29 x (93 %)	Odbornost personálu. (19 respondentů, tj. 66 %, tento faktor ohodnotilo známkou "1")
		Týkající se volných odpovědí subjektivní definice "kvality perioperační péče": Vysoce specializovaná ošetřovatelská péče o klienta, který podstupuje operační léčbu. Bezpečná péče s maximálním užtkem pro klienta. Velmi dobře nastavená, při které nedojde k poškození klienta. Dělat správné věci správně (lege artis), ve správnou chvíli, na správném místě, se správnými lidmi. Dodržování standardů a Vyhlášky 306/2012.
Shrnutí 1. studie:	Atributy, související s existencí titulu akreditace, které nastavují úroveň perioperační péče: Provádění vnějších dozorových auditů orientovaných na kvalitu operačních sálů. Sledování konkrétních indikátorů kvality na operačních sálech.	
Shrnutí 2. studie:	Četnosti odpovědí:	Výsledky bodového hodnocení nemocnic:
	14 x (45 %)	"Vysoké kvality" dosáhlo 12 (67 %) akreditovaných nemocnic a 2 (15 %) neakreditované.
	13 x (42 %)	"Kvality s výhradami" dosáhlo 6 (33 %) akreditovaných nemocnic a 7 (54 %) neakreditovaných.
	4 x (13 %)	"Neuspokojivé kvality" dosáhlo 0 akreditovaných nemocnic a 4 (31 %) neakreditovaných.

8 Diskuse

Diplomová práce byla zaměřena na řízení kvality ve specifické ošetrovatelské perioperační péči. Jedná se o problematiku velmi atraktivní, důležitou, ale dle názoru autorky, opomíjenou. Dokladem je to, že v některých zdravotnických zařízeních neprobíhají audity pro perioperační péči, nesledují se konkrétní indikátory na operačních sálech apod. Jedna nemocnice provedeného měření dokonce uvedla, že nehlásí nežádoucí události v rámci operačních sálů. To je poněkud zarážející. Největším důkazem, že této problematice není věnována dostatečná pozornost je fakt, že celorepublikově neexistuje žádná matice k posouzení a změření kvality na operačních sálech.

V diskuzi se autorka pokusí shrnout výsledky dotazníkového šetření a porovnat je s původními domněnkami (viz hlavní výzkumná otázka a hlavní pracovní hypotéza). Pro výzkumnou část byly stanoveny tři cíle a pět alternativních hypotéz, které byly testovány proti pěti hypotézám nulovým. Těchto pět hypotéz bylo sestaveno na základě dvou dílčích pracovních hypotéz. Z důvodu přehlednosti zde opět uvádím hlavní a dílčí pracovní hypotézy, se kterými bylo celou dobu pracováno.

Hlavní pracovní hypotéza stanovena před začátkem výzkumu:

- 1) Kvalita v perioperační péči bude na vyšší úrovni v akreditovaných nemocnicích.

Dílčí pracovní hypotézy:

- 2) Mezi jednotlivými atributy a existencí titulu akreditace je vztah.
- 3) Vyššího bodového hodnocení dosáhnou akreditované nemocnice.

Kvalita v perioperační péči bude na vyšší úrovni v akreditovaných nemocnicích.

Hlavní pracovní hypotéza byla stanovena před začátkem výzkumného šetření. Postupným získáním dat z ní vplynuly pracovní hypotézy dílčí, které svými výsledky odpovídají na tuto pracovní hypotézu. To znamená, že následná diskuse rozebere všechny tři pracovní hypotézy najednou. Nejdůležitější závěry, odpovědi na výzkumné otázky, jsou psány kurzívou.

Stěžejní hypotéza se opírala o hlavní výzkumnou otázku ve znění: „Bude vyšší úroveň kvality operačních sálů v akreditovaných nemocnicích nebo v nemocnicích bez akreditačního titulu?“ Výzkumná otázka byla doplněna o nulové hypotézy týkající se první i druhé studie.

Tedy studie, z nichž vychází druhá a třetí pracovní hypotéza. Nulové hypotézy byly statisticky ověřeny Chí-kvadrátem a T-testem.

Hlavní pracovní hypotéza byla potvrzena. Tento závěr se opírá o skutečnosti, že čtyři *akreditované nemocnice dosáhly maxima* bodů, tedy 11, v bodové stupnici. Takového stupně se nepodařilo dosáhnout žádné z nemocnic neakreditovaných. Deseti bodů pak dosáhlo osm akreditovaných nemocnic oproti dvěma neakreditovaným. Zatímco nejnižší dosažený výsledek akreditovaných institucí byl osm, nejnižším bodem neakreditovaných nemocnic byl pouhý jeden. Rozdíl lze spatřit i v průměru středních hodnot. U akreditovaných organizací byl průměrný počet bodů deset, u neakreditovaných sedm.

Pouze dva ze čtyř testovaných atributů kvality mají vztah k existenci titulu akreditace. První parametr, který nastavuje úroveň kvality perioperační péče, byl atribut „provádění vnějších dozorových auditů“ v prostředí operačního traktu. Zaměříme-li se na kontingenci tohoto atributu s existencí titulu akreditace, spatříme, že čtrnáct nemocnic (78 %), které jsou akreditované, vnější dozorové audity, zaměřené na kvalitu perioperační péče, provádějí. Pouze čtyři akreditované instituce (22 %) vnější audity neprovádějí. Oproti tomu osm neakreditovaných zařízení (62 %) vnější audity neprovádí, pět ano (38 %), ale to je podstatně méně, než v nemocnicích akreditovaných.

Druhým nejdůležitějším atributem, který má souvislost s existencí titulu akreditace a který také nastavuje úroveň kvality perioperační péče, byl atribut „sledování indikátorů kvality na operačních sálech“. Indikátory kvality operačních sálů sleduje sedmnáct akreditovaných podniků, tedy naprostá většina (94 %). Spíše je zarážející, proč u jedné akreditované nemocnice (6 %) je tomu jinak. V porovnání s touto realitou, osm nemocnic neakreditovaných (62 %) indikátory pro operační sály nesledují. Pět sice ano (38 %), ale opět je to radikálně méně, než u nemocnic akreditovaných.

Prakticky ze všech výsledků, týkajících se akreditace lze vyvodit jednotný závěr a to ten, že *existence titulu akreditace má vliv na kvalitu operačních sálů, kdy největší role je přisuzována dvěma atributům, provádění vnějších dozorových auditů zaměřených na kvalitu operačních sálů a sledování indikátoru kvality na operačních sálech.*

Tento závěr bohužel nelze porovnat s žádnou českou odbornou literaturou. Důvod je ten, že dosud problematika výsledků sledování, měření a vyhodnocování kvality operačních sálů České republiky nebyla nikým publikována. Je možné se opřít o vyhlášku 102/2012, která vymezuje minimální hodnotící standardy, jež se ve většině případů dodržují, jak ukázala dotazníková otázka č. 10. Nicméně i v této oblasti jeden náměstek ošetřovatelské péče přiměl autorku diplomové práce k zamyšlení. Protože na otázku, zda se u nich v nemocnici dodržuje

standard Zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí odpověděl „nevím“. Podle autorky je to poměrně zásadní nedostatek pro osobu z top managementu, řídící ošetrovatelskou péčí. V rámci dotazníkového vyhodnocování bylo pracováno pouze se souborem 31 respondentů. A přesto se našel jeden, který neví, zda se u nich v nemocnici dodržuje minimální hodnotící standard, dle vyhlášky 102/2012 Sb. Kolik náměstků či hlavních sester by asi odpovědělo „nevím“, v případě všech 116 oslovených nemocnic? Snad nikdo jiný.

Další literaturou, o kterou se také lze okrajově opřít, je brožura Fakultní nemocnice Hradce Králové (2013), která se zmiňuje o indikátorech kvality, které jsou sledovány na Oddělení centrálních sálů a sterilizace. Jejimi ukazateli kvality jsou monitoring prostředí z hygienického hlediska, monitoring ovzduší, monitoring sterilních pomůcek, hlášení nežádoucích událostí a perioperační bezpečnostní proces. Jak potvrdila první studie závěrečné práce, sledování indikátorů kvality je jeden z nejdůležitějších atributů, který nastavuje úroveň požadované kvality operačních sálů. Důkazem důležitosti tohoto atributu je právě ta skutečnost, že se s tímto atributem pracuje operační trakt velké fakultní, akreditované, ekonomicky stabilní nemocnice. Název brožury je Bezpečnost pacientů na Oddělení centrálních sálů a sterilizace, jež v roce 2013 vytvořila perioperační sestra Kutílková Pavlína, studentka 3. ročníku, oboru Všeobecná sestra, Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci (<http://www.fnhk.cz/ocss/aktuality/vydani-brozurky-pro-pacienty-bezpecnost-pacientu-ocss>).

Skutečnost, že v České republice neexistuje validní měřítko pro vymezení a posouzení kvality operačních sálů, by autorka ráda změnila v rámci disertační práce. Osobní výhodou pro ni bude, že se bude moci opřít o některé údaje získané touto prací.

8.1 Návrhy pro udržení a kontinuální zvyšování kvality operačních sálů

8.1.1 Karty managementu rizik

Jedná se o takové dokumenty, které upozorňují na potenciální obecná rizika a na nekvalitu péče o pacienta. Do managementu rizik patří např. pády, jednání s agresivním pacientem apod. Doporučením autorky práce je takovéto protokoly rizik vytvořit pro prostředí operačních sálů.

Mohly by napomoci především novým zaměstnancům efektivně se zapojit do nového pracovního procesu. Karty by je seznámily se základními procesy, které by pak byli schopni

plnit v brzké době. Takovéto protokoly by tedy mohly usnadnit práci novým perioperačním sestram, ale i těm stálým. Jde o to, aby „rizika“ a jejich řešení, pakliže budou identifikována, byla popsána co nejstručněji. Aby se s nimi každý pracovník mohl seznámit a pochopit je během co nejkratší doby. Aby je mohl pročíst a vyhledat vždy, kdy bude potřebovat. Domnívám se, že je nereálné, procházet cca osmdesát čtyři směrnic, ve chvílích, kdy je nutné mít odpovědi na aktuální problém ihned. Což je pro perioperační péči mnohdy rozhodující.

Možné formy / podoby protokolů managementu rizik jsou:

- a) Osnovy pracovních postupů, do kterých mohou perioperační sestry kdykoli nahlédnout;
- b) přehledy s popisy základních perioperačních standardů v bodech;
- c) zestručnělé směrnice;
- d) zkrácené vnitřní předpisy;
- e) brožury vstupních informací o prostředí operačních sálů v kostce;
- f) perioperační bezpečnostní protokoly (ukázka protokolů dle WHO viz přílohy Ch a I)
- g) předepsané formuláře, ve kterých se zaškrťávají políčka „provedení“ činnosti, pro kontrolu vykonávaného odborného postupu (tzn. NE vypisovací dokument). Příkladem může být Karta procesu od příjmu klienta na operační sál po převoz na lůžkové oddělení. Nebo Ošetřovatelský perioperační protokol (návrh takového protokolu je k nalezení v příloze J).

Příklady možných témat / obsahů bezpečnostních protokolů:

- identifikace pacienta;
- riziko alergické reakce;
- riziko stranové záměny;
- sledování bolesti;
- dekontaminační a sterilizační proces;
- hygienická a chirurgická dezinfekce rukou apod.

Jednotlivá zaměření karet managementu rizik, forem bezpečnostních protokolů, byla předmětem dotazníkového šetření. Odpovědi, společně s četnostmi, jsou zahrnuty v tabulkách č. 22 a 23. Dle nich je možné se domnívat, že některá pracoviště již takové formy dokumentace zahrnuly do procesu řízení kvality na operačních sálech. Někteří dokonce uvedli, že pro perioperační péči mají k dispozici i jiné formuláře, jak je znázorněno v tabulce 23.

Tab. 22: Tabulka absolutních četností odpovědí na otázku týkající se karet managementu rizik

Ot. č. 11: Máte pro personál operačních sálů vytvořený přehled a popis základních perioperačních standardů?	Četnosti odpovědí	
	ANO	NE
Karty managementu rizika s různým zaměřením:		
Kartu pro stranovou záměnu?	28	3
Kartu o identifikaci pacienta?	27	4
Kartu rizika záměny klientů se stejným jménem?	19	12
Kartu managementu rizika alergie?	17	14
Kartu managementu rizika pádu?	27	4
Kartu pro telefonickou ordinaci?	21	10
Kartu pro hygienickou a chirurgickou dezinfekci rukou?	29	2
Kartu procesu od příjmu klienta na operační sál po převoz na lůžkové oddělení?	26	5
Jiné karty managementu rizik / formy bezpečnostních protokolů?	11	20

Tab. 23: Tabulka absolutních četností odpovědí na volnou otázku týkající se dalších karet managementu rizik

Ot. č. 12: Jaké jiné karty managementu rizik / formy bezpečnostních protokolů máte zavedené?	Četnosti odpovědí
Karta pro sledování rizika výskytu dekubitů, rizika poškození integrity kůže	5
Protokol bolesti	2
Protokol rizika/vzniku infekce	2
Karta procesu pro bezpečné podání léčiv/koncentrovaných roztoků, riziková léčiva	2
Verifikační protokol péče o pacienta na operačním sále	1
Používání zdravotnických prostředků třídy IIB a III	1
Bezpečnostní protokoly k speciálním ošetrovatelským postupům na centrálních operačních sálech	1
Protokol popálení	1
Jednání s agresivním pacientem	1
Karta procesu dekontaminace a sterilizace operačních nástrojů	1
Zásady používání přístrojové techniky během operačních výkonů	1

Hlavní cíle perioperačních karet managementu rizik:

- Rychlá identifikace rizika;
- rychlé nalezení řešení problému,
- ulehčení a urychlení práce;
- rychlá kontrola prováděné práce;
- seznámení nových pracovníků se základními procesy.

Dílčí cíle:

- Uvědomění si prováděné činnosti v celém rozsahu;
- prevence opomenutí některé z mnoha ošetrovatelských aktivit.

Nevýhoda:

Další z mnoha tiskopisů, které „musí“ být vyplněny.

Vize tvorby karet managementu rizik:

Nepovinný formulář, který nemusí být součástí pacientovy dokumentace.

Záměrem není to, aby byl výkon splněn „papírově“, ale aby byl splněn „skutečně“ a správně, dle nastavených pravidel.

8.2 Doporučení určená managementu operačního sálu

- Vymezit si atributy kvality, které budou monitorovány a měřeny;
- sledovat konkrétní indikátory kvality na operačních sálech;
- zajišťovat vnější dozorové audity orientované na kvalitu operačních sálů;
- hlásit, sledovat a vyhodnocovat měřitelné nežádoucí události;
- vytvořit karty managementu rizik;
- stanovit jasná pravidla, úkoly a perioperační standardy;
- realizovat teoretická (provozní) školení na problematiku kontinuálního zvyšování kvality operačních sálů;
- plánovat a uskutečňovat pololetní, případně roční face to face rozhovory, zaměřené na kladná hodnocení, tedy co se za určité období povedlo, případně co je nutné vylepšit;
- řádně seznámit nové perioperační sestry s prostředím, s náplní a přesným popisem práce a standardizací procesů;
- aktivně vyhledávat konference, kongresy, semináře zaměřené na problematiku řízení kvality v perioperační péči či na management kvality ve zdravotnických zařízeních;
- jít příkladem, být vzorem.

8.3 Doporučení určená perioperačním sestram

- Řídit se (nepovinnými) kartami managementu rizik;
- teoreticky si opakovat doporučené postupy;

- aktivně vyhledávat konference, kongresy, semináře s tematikou perioperační péče;
- více se zabývat profesí;
- více si uvědomovat svou nezastupitelnou roli;
- více pěstovat profesní hrdost.

8.4 Doporučení pro obecná pracovní hlediska

- Vymežit měřítko pro kvalitu operačních sálů a zavést ho do praxe;
- pokusit se o akreditaci instituce;
- neustále se vzdělávat v oblasti řízení kvality;
- mezi perioperačními sestrami, mezi managementem a podřízenými, mezi lékařskou a nelékařskou profesí častěji vzájemně (slovně) oceňovat práci;
- udržovat a budovat interpersonální vztahy, mezi lékařskou a nelékařskou profesí, mezi týmem instrumentárek a týmem anesteziologických sester, mezi managementem a pracovníky operačních sálů, teambuildingem, mimopracovními sešlostmi;
- včasně řešit konflikty, problémy, protože případné pracovní neshody mohou mít negativní důsledky na zdraví klienta, na vznik nežádoucích událostí, ale i na budování prestiže operačních sálů a nemocnice, jako takové;
- při dlouhodobém trvání nesrovnalostí doporučuji zásah managementu a hlouběji pátrat po příčině (Pavlová, 2011).

9 Závěr

Jak již bylo několikrát upozorněno, celorepublikově není jednotna v pravidlech pro sledování a vyhodnocování kvality v perioperační péči. Neexistuje žádná jednotná škála, podle které by se dal zhodnotit stávající stupeň kvality poskytované specifické perioperační péče. Ano, existuje mnoho titulů české i zahraniční literatury, které upozorňují na důležité body, jež by se neměly v perioperačním prostředí přehlédnout. Existuje vyhláška 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve které jsou uvedeny minimální hodnotící standardy. Lze se řídit Spojenou akreditační komisí, která vymezuje pravidla a standardy pro kontinuální zvyšování kvality. Nicméně volba, jak standardy a doporučení naplňovat, je na jednotlivých zdravotnických zařízeních, na jednotlivých pracovištích. Navíc žádný z těchto nástrojů nedefinuje přesné postupy, které by se daly současně změřit a porovnat s jinými pracovišti. Některé indikátory samozřejmě měřitelné jsou, nicméně pouze v časových řadách dané nemocnice. Nikoli za konkrétní období mezi více institucemi. Pak nelze s jistotou potvrdit, že např. akreditované zařízení poskytuje lepší perioperační péči. Přeci neznamená, že když instituce není akreditovaná, že opatřuje méně kvalitní operační služby, než nemocnice akreditovaná. Nebo ano? Tato otázka byla předmětem zkoumání.

První cíl práce byl již zmíněn. Dalšími cíli bylo vymezit kvalitu, podle toho, jak je vnímaná v praxi (viz kapitola 7.6) a uvést návrhy pro udržení a kontinuální zvyšování kvalitní perioperační péče (viz kapitola 8.1). Všechny záměry práce se podařilo naplnit. Před samotným sběrem dat bylo nutné definovat pojmy „management“, „kvalita“, „perioperační péče“. Problematikou managementu kvality ve zdravotnictví se několik let zabývají manželé Škrlovi. K jejich nejnovější publikaci patří kniha s názvem Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních, ze které také bylo čerpáno (dostupné z: <<http://osetrovatelsky.cz/>>). Problematikou ošetrovatelské perioperační péče se zabývá Bc. Jaroslava Jedličková, MBA a kolektiv autorů, ve stejnojmenné a nejaktuálnější knize pro toto téma.

Na začátku práce byl rozvržen plán k získání co nejobjektivnějších kvalitativních i kvantitativních dat. První metodou k získání informací bylo „stínování“ vedoucího pracovníka operačních sálů. Po získání podepsaných informovaných souhlasů byly absolvovány polostrukturované rozhovory s odborníky na kvalitu zdravotní péče, jejichž výstupem byla SWOT analýza. Dále se pracovalo na sestavení dotazníku (viz příloha G). Kvalitativní výzkum měl napomoci k objasnění problematiky řízení kvality v perioperační péči. Zároveň měl odpovědět na to, jak je chápána „kvalita perioperační péče“. Kvantitativní výzkum se zaměřil na testování hypotéz týkajících se výše uvedené sporné otázky.

Inspirací pro tvorbu anketních otázek nebyl pouze kvalitativní výzkum a odborná literatura. Pro načerpání kvalitních informací se autorka účastnila dvou seminářů týkajících se managementu kvality zdravotnických institucí, pod vedením Mgr. Evy Havlíkové. Školení bylo organizováno Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Závěrem práce, vztažené pro sledovaný soubor, pro celé šetření je, že existence titulu akreditace má vliv na kvalitu operačních sálů. Kdy největší úlohu hrají, ve vztahu k ní, dva atributy perioperační péče. Jsou jimi „provádění vnějších dozorových auditů“ a „sledování indikátoru kvality“.

Výsledky nelze interpretovat globálně, protože šetření zahrnuje pouze malý výzkumný vzorek. Avšak přínos práce autorka vidí v odhalení a nastínění některých důležitých parametrů, které se celé oblasti řízení kvality v perioperační péči dotýkají. Doufá, že výsledky poslouží ať již jí samotné, během tvorby disertační práce na téma Hodnocení kvality perioperační péče, nebo dalším řešitelům ošetrovatelské operační problematiky. Autorka si dovoluje podotknout, že chybění hodnotící stupnice, pro sledování kvality v prostředí českých operačních sálů, je velkým nedostatkem zdravotní péče. Proto doporučuje dále se tímto problémem zabývat.

10 Soupis bibliografických citací

- 1) BÁRTLOVÁ, S. a kol.: *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-488-7.
- 2) BERANOVÁ, P.: *Stručný manuál k ovládní programu Statistica* [online]. 2008 [cit. 2012-03-28]
Dostupné z: <http://www.statsoft.cz/download/soubory/STATISTICA_manual.pdf>.
- 3) BĚLOHLÁVEK, F., KOŠŤAN, P., ŠULER, O.: *Management*. 1. vyd. Olomouc: Rubico, 2001. ISBN 80-85839-45-8.
- 4) BLECHARZ, P.: *Základy moderního řízení kvality*. 1. vyd. Praha: Ekopress, 2011. ISBN 978-80-86929-75-0.
- 5) COMS, COMPUTER SYSTEM s.r.o.: *Informační systém Medix* [online]. [cit. 2013-04-23]. Vývoj software, počítačové sítě, výpočetní techniky a služby. Dostupné z: <<http://213.155.225.187/COMSWWW/software.html>>.
- 6) DUDA, M. a kol.: *Práce sestry na operačním sále*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-642-0.
- 7) FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ: *Bezpečí pacientů* [online]. 2011 [cit. 2013-04-11] Dostupné z: <<http://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/program-kvality/bezpeci-pacientu>>.
- 8) GLADKIJ, I. a kol.: *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-272-8.
- 9) GLADKIJ, I. a kol.: *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

- 10) HERZMANN, J.; NOVÁKOVÁ, I. a PECÁKOVÁ: *Pořizování a vyhodnocování dat ve výzkumech veřejného mínění*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta informatiky a statistiky, 1998. ISBN 80-7079-357-0.
- 11) HOLÁ, J.: *Jak zlepšit interní komunikaci: Vyhněte se zbytečným škodám, odchodu zaměstnanců a ztrátě zákazníků*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011. ISBN 978-80-251-2636-3.
- 12) KUTÍLKOVÁ, P.: *Bezpečnost pacientů na Oddělení centrálních sálů a sterilizace Fakultní nemocnice Hradec Králové*. [online]. 2013 [cit. 2013-04-11] Dostupné z: <<http://www.fnhk.cz/ocss/aktuality/vydani-brozurky-pro-pacienty-bezpecnost-pacientu-ocss>>.
- 13) MANAGEMENT MANIA: *Albert Humphrey* [online]. Česká republika: 2012 [cit. 2013-04-08] Albert Humphrey. Dostupné z: <<http://managementmania.com/cs/albert-humphrey>>.
- 14) CHAUDER, A.: *Supervision. Successful Communication*, 2004, 11.
- 15) IVANOVÁ, K.: *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.
- 16) JEDLIČKOVÁ, J. a kol.: *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN: 978-80-7013-543-3.
- 17) KRYSTÝNOVÁ, M.: *Bezpečnost klienta při poskytování ošetrovatelské péče*. Zlín, 2010. Bakalářská práce na Fakultě humanistických studií Univerzity Tomáše Bati na Ústavě ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Michaela Karafiátová.
- 18) LIEPE L. L.: *Error in Medicine*. JAMA, 1994. 282:1851-57.

- 19) LOJDA, J.: Manažerské dovednosti. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3902-1.
- 20) *Metodický manuál pro vypracování bakalářské a diplomové práce* [online] Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií: 2012. [cit. 2013-04-12].
- 21) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb* [online]. 2013 [cit. 2013-04-14]. Odbor zdravotních služeb. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/hodnoceni-kvality-a-bezpeci-zdravotnich-sluzeb_7595_2919_29.html,
<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c306/2012-sb-o-podminkach-predchazeni-vzniku-a-sireni-infekcnich-on_6838_2439_11.html>.
- 22) MS EXCEL.: *MS Excel* [online]. 2012 [cit. 2012-03-28]. Dostupné z: <<http://www.microsoft.com/cs-cz/office365/free-office365-trial.aspx>>.
- 23) NIEDERLE, B.: *Práce sestry na operačním sále*. 4. vyd. Praha: Avicenum, 1986.
- 24) PAVLOVÁ, P.: *Interpersonální vztahy lékařské a nelékařské profese na porodním sále*. Pardubice, 2011. 80 s. Bakalářská práce na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice na katedře porodní asistence a zdravotně sociální práce. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Světlana Beránková.
- 25) POKOJOVÁ, R.: Systém managementu kvality: praktická doporučení. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, 20, 9, s. 32-33. ISSN 1210-0404.
- 26) RAUSCH, J.: *Certifikace: zásady a praxe*. 1. vyd. Praha: Vydavatelství Úřadu pro normalizaci a měření, 1984. Z anglického originálu Certification – principles and practice.
- 27) STAT SOFT.: *StatSoft* [online]. Oklahoma: 1984 [cit. 2012-04-04]. Dostupné z: <<http://www.statsoft.cz/o-firme/profil-spolecnosti/>>.
- 28) ŠKRLA, P.: *Především neublížit*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-419-4.

- 29) ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovatelský management* [online]. Česká republika: 2013 [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <<http://osetrovatelsky.cz/>>.
- 30) ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.
- 31) ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M.: *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
- 32) THE JOINT COMMISSION: *Sentinel Event*. [online]. 2013 [cit. 2013-04-18]. Dostupné z: <http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx>.
- 33) THEOBALD, T.; COOPER, C.: *Nemluv! Naslouchej!: základy a principy úspěšné komunikace (nejen) v zaměstnání*. 1. vyd. Praha: Ekopress, 2006. ISBN 80-86929-10-8.
- 34) VYČÍTALOVÁ, L.: *Směrnice č. 9/2012* [online]. Univerzita Pardubice, 2012 [cit. 2013-04-15]. Dostupný z: <<https://dokumenty.upce.cz/Univerzita/smernice/2012/sm-09-2012.pdf>>.
- 35) WORLD HEALTH ORGANIZATION: *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008-2009* [online]. 1st. ed. France: 2008. [cit. 2013-04-11]. WHO/IER/PSP/2008.04.
Dostupné z: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>.
- 36) ZLÁMAL, J.: *Marketing ve zdravotnictví*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-503-7.
- 37) ZVÁROVÁ, J.: *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. Praha: Karolinum, 2001.
- 38) ŽIAKOVÁ, K. a kol.: *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-8063-131-X.

11 Přílohy

	Strana:
Příloha A: Model kontinuálního zvyšování kvality	92
Příloha B: Návrh otázek k polostrukturovaným rozhovorům	93
Příloha C: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní A.	94
Příloha D: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní B.	96
Příloha E: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní C.	97
Příloha F: Myšlenková mapa	99
Příloha G: Ukázka elektronického dotazníku	100
Příloha H: Vyhodnocení dotazníku	103
Příloha CH: Perioperační bezpečnostní protokol dle WHO	111
Příloha I: Safety checklist	112
Příloha J: Ošetřovatelský perioperační záznam COS	113
Příloha K: Zdrojová data na CD	114

Příloha A: Model kontinuálního zvyšování kvality



Obr. 11: „4 P“, model kontinuálního zvyšování kvality a model základního stavebního seskupení procesního řízení (Škrála a Škrlová, 2003 a 2008, s. 18 a 159)

Příloha B: Návrh otázek k polostrukturovaným rozhovorům

KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

NA TÉMA ŘÍZENÍ KVALITY V PERIOPERAČNÍ PÉČI

OTÁZKY K ROZHOVORU:

1. Jaká je Vaše pracovní pozice?
 2. Jak dlouho se zabýváte kvalitou?
 3. Jaké je Vaše vzdělání?
-
4. Co pro Vás znamená „kvalita“?
 - Jak definujete úroveň požadované kvality - jaké máte parametry (indikátory) kvality?
 5. Jak sledujete kvalitu dle nastavených parametrů / indikátorů kvality?
 - Jakým způsobem, jak často (pravidelně / nepravidelně) kvalitu vyhodnocujete?
 6. Jaká opatření přijímáte na základě vyhodnocování chyb / nežádoucích událostí, nesplnění indikátorů kvality (systémová, behaviorální)?
 7. Jak vyhodnocujete rizika?
 - Máte stanovená preventivní opatření pro minimalizaci rizik a udržení požadované kvality?

Obr. 12: Návrh otázek k rozhovorům

Příloha C: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní A.

Tab. 24: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní A.

ROZHOVOR S PANÍ A., NÁMĚSTKYNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE (NOP) A MANAŽEREM KVALITY
Co pro Vás znamená „kvalita“? Jaká máte kritéria pro kvalitu?
„Kritéria máme jasně nastavená. Ta nám nastavuje akreditační spojená komise svými standardy a indikátory kvality, které musíme naplnit. Takže to je takové to procesní řízení všech procesů, ať už v ošetrovatelské péči, v léčebné péči nebo v podpůrných provozech. Kvalita kromě těch parametrů, které jsou hlavně měřitelné, to je asi na tom to nejdůležitější, že ji dokládáte teda nějakými daty, které jsou podloženy auditem, sledováním ukazatelů, které máty nastaveny. Takže hlavní indikátory kvality u nás jsou stanoveny, jak celoustavní, tak oddílenké. protože není všechno jenom proces a číslo a měření, ale je to i taková ta image té nemocnice. Takže její vize, její cíle a to jak těhle cílů dosahuje, jakou cestou se k tomu pídí. Takže určitě je to dobrá vnitřní kultura, určitě to je personalistika, vzdělání, neformální tmelení kolektivu.“
Jaké máte indikátory kvality?
„Tak my máme takové ty obecné, celoustavní. Což je sledování dekubitů, sledování pádů v rámci nežádoucích událostí. A sledování nežádoucích událostí, to je velice důležitý mechanismus kvality v nemocnici. A potom je to bolest a nozokomiální nákazy.“
V rámci operačních sálů nebo perioperační péče, máte nějaký konkrétní indikátor?
„V rámci perioperační péče máme. My máme jak perioperační péči, tak centrální sterilizaci dohromady, takže na centrální sterilizaci sledujeme předsterilizační přípravu a na perioperační péči sledujeme přípravu pacienta k operačnímu výkonu a riziko stranové záměny.“
Je identifikace pacienta a např. prevence stranové záměny v kompetenci perioperační sestry, jako setry instrumentářky anebo anesteziologické sestry?
„Tak ta je v kompetenci všech. Ta už začíná při příjmu pacienta na to standardní lůžkové oddělení. Všichni ty zaměstnanci včetně anesteziologa, lékaře, anesteziologické sestry, perioperační sestry, lékaře, který výkon provádí, jsou povinni provést identifikaci pacienta a identifikaci rizika stranové záměny u pacienta. Protože čím více zádržných mechanismů je, tím je to lepší.“
Jak sledujete kvalitu? Dle nastavených parametrů / indikátorů kvality?
„Nám tu metodiku dává SAK. Musíme si provádět pravidelně interní audit. Takže buď jenom sbíráte data, na základě něčeho, což jsou třeba ty pády. Tak to je jeden pohled, že sbíráte data a na ta data nějak reagujete a chcete, aby se Vám to procento těch pádů snížilo, nebo aby se Vám snížilo procento pádů s vážným úrazem. Anebo to jsou jiné teda. To jsou ty kontrolní mechanismy, kdy máte nějaký standardní proces nastavený a Vy chcete, aby ho ti lidé dodržovali, protože třeba brání nozokomiální nákaze, třeba hygienická dezinfekce rukou. Takže já chci, aby ho dodržovali, aby dodržovali postup a dezinfikovali si ruce v nějakém postupu, v nějakém procesu, mezi nějakými činnostmi, tímto dezinfekčním prostředkem a takto, takže na to mám pak vypracovaný kontrolní list a na základě kontrolního listu vlastně posuzuju shodu a neshodu s tím standardem, který mám nastaven. Buď přijdu na to, že ta shoda je dobrá, pak s tím nemusím nic dělat, jenom si to šperkuju nebo přijdu na to, že tam jsou zásadní nějaké nedostatky zase a za ty někdo může. Buď po těch lidech chci něco, co je nesplnitelný a pak teda jako bych si to měla přehodnotit, anebo to nedodržují, protože jsem je o tom nepřesvědčila, nebo nemají dostatek dezinfekčních prostředků nebo nemají ty znalosti, takže pak si musím říct, proč teda mám tam tolik těch chyb a snažit se je zase odstranit.“
Kontrolu provádíte přímo Vy anebo k tomu určujete nějaké pracovníky?
„Kontrolu provádí tým auditorů, protože to by jeden člověk nestihl a nebylo by to ani objektivní.“

Audity jsou plánované, že je oznámíte dopředu anebo děláte i nějaké nečekané?
„Většina auditů, takovýchto zásadních je plánovaných, ale děláme i nečekané audity. Třeba na dodržování dezinfekčních postupů, úklid nebo uložení pomůcek ke KPR.“
Jak často kvalitu vyhodnocujete?
„Záleží jak co, co je jak důležitý a jak rychle na to potřebujete reagovat. Pokud máme jako kvalitu nežádoucích událostí, tak já na nežádoucí události vyhodnocuju měsíčně. A pak jsou data, která jenom sleduji, což já nevím, je třeba procento pacientů při příjmu s bolestí a při propuštění. Takže ty vyhodnocuju třeba pololetně a dávám zpětnou vazbu. Staniční svoje indikátory kvality oddílejší si vyhodnocují po pololetí.“
Vyhodnocujete pravidelně kvalitu v rámci operačních sálů?
„Taky. U pololetí. Vyhodnotím to tak vlastně, že staniční sestra mně sepíše výstup z indikátorů kvality. Takže základní údaje, jaké procento u toho sledovaného parametru ji vyšlo. Co tam jsou hlavní neshody, a co udělá dál, aby teda se to zlepšilo. Anebo napíše, že je to super, už všechno zvládá a zvolila si jiné.“
Jaká opatření přijímáte na základě vyhodnocování nežádoucích událostí?
„Někdy u nějakých dat přijdete na to, že to ani nespravíte. Kvalita je také spokojenost pacienta, takže dotazník spokojenosti. Pokud mně tam bude vycházet dvacet pět let za sebou, že se jim nelíbí sociální zařízení na urologii, tak samozřejmě já, jako vedení to vím, předám to. Takže se to snažíte částečně vyřešit, dát tomu nějakou podporu, ale třeba místnost jako taková, velikost, počet, to už je stavební úprava, to už jsou finance, to už jsou náklady. To né vždycky jako jde. Ale může se s tím třeba počítat do budoucna, že když budou nějaký peníze navíc náhodou, takže by bylo dobré, něco do toho sociálního zařízení něco zainvestovat. Ale určitě to nikdy v nemocnici nebude taková priorita, aby se to řešilo rychlejc, než třeba přístrojové vybavení a technika. Takže to jsou věci, s kterejma nic neuděláte. Pak jsou věci, s kterejma teda můžete něco udělat, ať už je to to vzdělávání těch zaměstnanců.“
A ta rizika vyhodnocujete, např. mimořádných událostí?
„Tak mimořádná událost vždycky má nějaké riziko. Velké priority se potom samozřejmě řeší kořenovou analýzou. Vy si to vlastně uděláte přes matici vyhodnocení rizika, tak jak ji učí Škrlovi. Pak si vyhodnotíte, jaká ta priorita je a podle toho se k té mimořádné události stavíte.“
Máte stanovená preventivní opatření pro minimalizaci rizik, pro udržení kvality?
„Tak to Vám dává sám ten standart. My tomu u nás říkáme management rizik a to jsou takové ty základní věci, které potom potencují další rizika a tu nekvalitu v péči o pacienta. Když to třeba přiblížím, tak v managementu rizik máme třeba pády, máme jednání s agresivním pacientem. Máme tam preanalytickou fázi krevních odběrů. Máme to popsané tak vlastně, aby to bylo co nejstručněji, aby to někdo stihl přečíst, aby to stihl přečíst vždycky, když do práce nastoupí hnedka na začátku, protože aby se seznámil s těmi základními procesy a ty byl schopen plnit. Protože než přečte tady nákejch osmdesát čtyři směrnic, tak možná už půjde do důchodu.“
Máte nějaký konkrétní protokol rizik pro operační sály?
„Konkrétně na operační sály teďka plán nemáme, ale chystáme si. Když tam nevezmu teda dezinfekci rukou. Co se týká operace, příprava pacienta po stránce nutriční. Vono nakonec se ho tam všechno dotkne z těch procesů, ale je to teďka vlastně, co máme poslední tu stranovou záměnu. A tu na kartě ještě nemám, ale bude. Je to identifikace pacienta, riziko záměny pacientů se stejným jménem, třeba. Tak to máme popsané. Telefonickou ordinaci, což může také proběhnout i na sále, tak to máme také popsané. Ale úplně specificky, že by to byl proces vlastně příjem pacienta na sál a ta jeho cesta, než zase vyjde teda ven, tak to je popsané ve směrnici. Takže jako ten dokument existuje, ale není na kartě rizika.“

Příloha D: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní B.

Tab. 25: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní B.

ROZHOVOR S PANÍ B., VEDOUCÍ SESTROU CENTRÁLNÍCH OPERAČNÍCH SÁLŮ
Co pro Vás znamená „kvalita“?
„Je to především kvalitně provedené instrumentování při operacích a na konci teda samozřejmě uzdravenej klient. A dále teda si myslím, že by sestra měla být vzdělaná ve svém oboru. Dobře fungující přístroje a kvalitní nástroje. Správná manipulace s přístroji a nástroji. A hlavně velice důležitá je souhra operační skupiny, celého operačního týmu a samozřejmě dodržování sterility na operačním sále.“
Jak sledujete kvalitu? Dle indikátorů kvality?
„Provádím kontrolní činnost třikrát měsíčně na operačních sálech a vždycky se zaměřuju na vytyčení určitého cíle, s následným vyhodnocením a eventuelně s návrhem na jeho odstranění, těch nedostatků. Kontroluji personál při provádění pracovních úkonů a podle toho nastavuji další parametry.“
Jak často tu kvalitu vyhodnocujete?
„Já vyhodnocuju kvalitu tak jednou za tři měsíce, asi.“
Jaká opatření přijímáte na základě vyhodnocování chyb?
„Chybu, která vznikne, od běžného pracovního postupu, zaznamenávám, většinou jako nežádoucí událost. A vždycky, na provozní poradě, kterou máme jedenkrát za měsíc, dojde k projednání tohoto problému, k opakovanému proškolení personálu. A současně provádím zápis teda do zápisu z provozní porady, kde byla tato závada odstraněna.“
Máte stanovená preventivní opatření pro minimalizaci rizik a udržení požadované kvality?
„Manipulaci rizik se snažím předcházet pravidelným proškolením personálu s přístroji, s nástroji. Tato školení s přístroji provádím jedenkrát ročně. Pravidelně máme odborná školení, kde se vzděláváme. To probíhá tak jednou za dva měsíce. Je to většinou zaměřené na nové pracovní postupy, nové operační nástroje a přístroje. Vždy následuje proškolení. No, snažím se to dělat tak, že mám děvčata z operačního sálu rozdělená na určité skupiny a každá ta skupina se mně stará o určitý úsek práce a s tímto úsekem seznamuje ostatní pracovnice. A v případě teda nějakého nedostatku, tak toto řeším s tou pracovnící, která má tento úsek na starosti. Předává zkušenosti ostatním sestram a tím si myslím, že dosahujeme té potřebné kvality na operačním sále.“

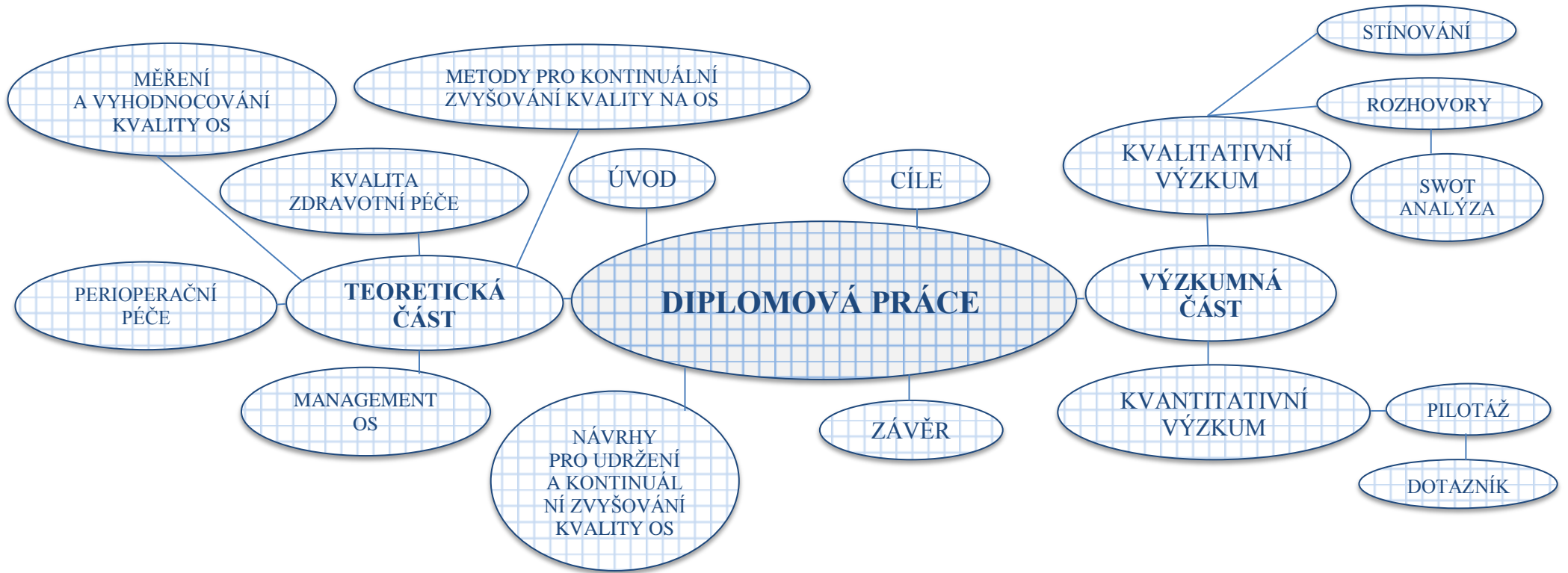
Příloha E: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní C.

Tab. 26: Výňatek z doslovného přepisu interview s paní C.

ROZHOVOR S PANÍ C., KOORDINÁTOŘKOU KVALITY NEMOCNIC PARDUBICKÉHO KRAJE
Co pro Vás znamená „kvalita“?
„Já říkám v nemocnicích, že kvalitou vlastně chrání sebe, ty zdravotníci, a chrání pacienty. To znamená, že kvalita je nastavení určitých vlastně pravidel a principů, který se musí dodržovat.“
Jak definujete úroveň požadované kvality? Jaké máte parametry / indikátory kvality?
„Já se řídím jednak teď podle nové Vyhlášky sto dvojky, která vyšla v dubnu, za ministerstvo zdravotnictví, která přesně definuje standardy, které musí být dodrženy, aby se mluvilo v nemocnici o kvalitě. No a další vlastně taková instituce, která tady je v České republice je Spojená akreditační komise, která jasně nadefinovala standardy kvality, které když se splní v těch nemocnicích, tak můžeme říct ano, máme splněnou kvalitu a bezpečí.“
Jak sledujete kvalitu dle nastavených parametrů?
„Každá nemocnice je úplně na jiné startovní čáře. Každá nemocnice je v té kvalitě trochu jinde. Jedna nemocnice už je reakreditovaná, takže tam je ta moje práce víceméně taková konzultační. A ostatní nemocnice, je to tak, někde jsou napůl a někde jsou na počátku cesty. Teďka momentálně jsme rozjeli a už realizujeme projekt hlášení nežádoucích událostí stejný ve všech nemocnicích Pardubického kraje. Jednak to je důležitý proto, abychom sledovali stejný parametr, abychom sledovali stejný kritéria, abychom měli stejný kategorie těch nežádoucích událostí. Přihlásili jsme se k celostátnímu projektu, který běží na Třetí lékařské fakultě, projektu sledování nežádoucích událostí, a vlastně na ně se napojujeme, takže budeme nejenom sledovat ty nežádoucí události, ale v nemocnicích je také budeme vyhodnocovat. Budeme dělat kořenovou analýzu a potom nápravná opatření. Což vlastně je to nejdůležitější, potom ta analýza těch nežádoucích událostí, nejenom nákej sběr dat, to je k ničemu. Jednak budeme mít srovnání všech nemocnic Pardubického kraje a co je třetí docela významný, budeme mít srovnání i s ostatními nemocnicemi v České republice, protože tím jak jsme se přihlásili k tomu projektu na té Třetí lékařské fakultě, ten už běží od roku 2008, tak jednou za čtvrt roku dostaneme v rámci break stormingu srovnání a porovnání i s těmi ostatními nemocnicemi. Takže budeme vědět, jestli třeba v počtu pádů jsme na tom normálně nebo nějakým způsobem vybočujeme. Druhý projekt máme zpuštěný a teď ho začínáme realizovat, je projekt sledování spokojenosti pacientů. Kde jsme si dali standardizovaný dotazníky pro všechny nemocnice, tři typy dotazníků. Pro hospitalizované pacienty, pro ambulantní pacienty pro porodnici. A zase zde jsme využili nabídku spolupráce s univerzitou Pardubice.“
V rámci operačních sálů vyhodnocujete kvalitu?
„Zatím operační sály ty nevyhodnocujeme. Zatím jsme se dali jenom tímhle směrem, protože to zkusíme. Prvně to měl být pilotní projekt třech nemocnic, ale v současné době jsme zahrnuli všechny nemocnice Pardubického kraje, takže uvidíme. Co se týká spokojenosti, třeba na péči na těch operačních sálech, tak vím, že v některých nemocnicích mají indikátory, které toto sledují. Kdy si sledují přímo vlastně tu perioperační péči o pacienta, edukaci pacienta v rámci té perioperační péče. Víím, že v některých nemocnicích už toto je, ale to jsou takové ty lokální indikátory. Takže my si musíme dát prvně společný, který splníme a potom se budeme dotahovat dál. Další projekt, který v současné době rozjíždíme, a myslím si, že je taky docela dobrý ohlas, i ze strany těch nemocnic, je projekt nozokomiálních nákaz. Další projekt, který rozjíždíme a už ho máme taky tak, jako možná v první třetině je projekt vedení zdravotnické dokumentace, protože naším cílem je sjednocovat všechny procesy. A poslední projekt, který máme teďka

na stole, a na kterém pracujeme, je projekt nutriční pacientů.“
Jak často kvalitu vyhodnocujete nebo chcete vyhodnocovat?
„Určitě vždycky. Dva měsíce jsme v takové fázi, kdy jakoby pomáháme těm nemocnicím, kdy vychytáváme takový ty jejich otázky. A myslím si, že po dvou měsících bychom mohli jít zkontrolovat, jak všechno funguje a už by to mělo být nastavený.“
Jaká opatření přijímáte na základě vyhodnocování chyb, nežádoucích událostí?
„V případě těch nežádoucích událostí si to musí udělat ta nemocnice sama. Hlášení nežádoucích událostí se hlásí elektronickou formou. Na oddělení nahlásí nežádoucí událost a je vždycky v nemocnici určený člověk, který jakoby dostane informaci o tom, že se v nemocnici ta nežádoucí událost stala. Dostane ju na mail a on, jeho povinností je, bývá to většinou manažer kvality, a jeho povinností je vyhodnotit, jestli ta nežádoucí událost je závažná nebo závažná není. Na to jsme si udělali kritéria a máme od vlastně prvního do třetího stupně, čili a nulu před tím, kdy si můžeme říct, že vůbec to buď nežádoucí událost není, anebo že tam není žádný riziko pro poškození pacienta, jako třeba nějaký ukradení mobilu. A dál teda jsou stupně jedna, dva, tři. Čili stupeň jedna, tam se zařazují události nežádoucí, který mají nízký riziko poškození toho pacienta, řeknu, že tam může být třeba pád bez zranění, nějaký zaškobrtnutí, kdy tomu pacientovi se nic nestane. Druhý stupeň jsou nežádoucí události, který mají střední stupeň rizika a potom vysoký stupeň rizika. A tam jsme si přímo nadeřinovali, že třeba pád, který má lehký zranění, tak ho dáme do středního stupně a pád který má těžký zranění už je s vysokým stupněm rizika. A teď to na co se mě ptáte. Ten manažer kvality vlastně si řekne ano, to co není nežádoucí událost nebo nějaký minimální riziko, nechám stranou. Kde je nízké riziko, taky nechám stranou. To jsou třeba pacienti, kteří já nevím svévolně odejdou z nemocnice, sbalí se, odejdou, vyspí se po ebrietě. Jo a věnuje se vlastně těm nežádoucím událostem se středním a vysokým stupněm rizika pro poškození toho pacienta. Pokud se ta nežádoucí událost týká ošetrovatelské péče, tak informuje náměstka pro ošetrovatelskou péči, který začne pátrat a dělá tu kořenovou analýzu. Pokud se týká léčebné péče, léčebného náměstka, a pokud se to týká třeba přístrojové techniky, selhání a tak dále, tak zde má technického náměstka. A spolu potom vlastně dělají tu kořenovou analýzu, kdy zjišťují, proč se ta nežádoucí událost a na základě toho, když zjistí, možná někdy vůbec nezjistí, přijímají tak nápravná opatření.“
Máte stanovená preventivní opatření pro minimalizaci rizik, pro udržení té kvality?
„Preventivní opatření jsou vlastně dodržování standardu ošetrovatelské péče, standardu léčebné péče, dodržování směrnic a všech vlastně dokumentů nebo procesů popsanych v té řízené dokumentaci.“
Provádíte audity pro kontrolu dodržování standardů?
„My tomu v současné době úplně neříkáme audity, protože potřebujeme získat ty nemocnice ke spolupráci. Takže tomu říkáme konzultace. Ano, chodíme na oddělení přímo, chodíme se podívat na procesy, podívat se na práci těch zdravotníků. Ale audity můžeme dělat v momentě, kdy máme nastavená pravidla a my ty pravidla teďka vlastně nastavujeme.“

Příloha F: Myšlenková mapa



Obr. 13: Myšlenková mapa

Příloha G: Ukázka elektronického dotazníku



Řízení kvality v perioperační péči

0% 100%

Řízení kvality - obecné hledisko

* 1. Je Vaše nemocnice akreditovaná?

- Ano.
- Zatím ne, ale plánujeme.
- Ne.

2. Pokud má Vaše nemocnice udělený jiný titul kvality (než titul akreditace), prosím, uveďte jej:

* 3. Pod koho spadá manažer kvality ve Vaší řídicí struktuře?

Zvolte jednu z následujících odpovědí

- Do TOP managementu.
- Pod ředitele nemocnice.
- Pod náměstka péče ošetřovatelské / léčebné / technické ...
- Jiné:

* 4. Existuje ve Vašem zdravotnickém zařízení sestra pro hygienicko-epidemiologickou péči?

Zvolte jednu z následujících odpovědí

- Ano.
- Zatím ne, ale plánujeme.
- Ne.

* 5. Probíhají ve Vaší nemocnici vnější dozorové audity zaměřené na kvalitu operačních sálů?

- Ano
- Ne

* 6. Provádíte vnitřní audity orientované na kvalitu operačních sálů?

- Ano
- Ne

* 7. Máte vypracovaný časový plán auditů?

- Ano
- Ne

* 8. Sledujete konkrétní indikátory kvality na operačních sálech?

Zvolte jednu z následujících odpovědí

- Ano.
 Zatím ne, ale plánujeme.
 Ne.

* 9. Hlásíte nežádoucí události v rámci operačních sálů?

- Ano Ne

* 10. Dodržujete tyto minimální hodnotící standardy péče o pacienty dle Vyhlášky č. 102/2012 Sb.?

	Ano	Nevím	Ne
Standard sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standard identifikace pacienta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standard zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Řízení kvality na operačních sálech

* 11. Máte pro personál operačních sálů vytvořený přehled a popis základních perioperačních standardů?

Může jít o zestručněné směrnice, zkrácené vnitřní předpisy, karty managementu rizik nebo jiné způsoby bezpečnostních protokolů, které jsou určeny personálu pro kontrolu prováděné práce.

	Ano	Ne
Kartu pro stranovou záměnu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartu o identifikaci pacienta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartu rizika záměny klientů se stejným jménem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartu managementu rizika alergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartu managementu rizika pádu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartu pro telefonickou ordinaci?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartu pro hygienickou a chirurgickou dezinfekci rukou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kartu procesu od příjmu klienta na operační sál po převoz na lůžkové oddělení?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jiné karty managementu rizik / formy bezpečnostních protokolů?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Jaké jiné karty managementu rizik / formy bezpečnostních protokolů máte zavedené?

2 *Může jít o zestručněné směrnice, zkrácené vnitřní předpisy, karty managementu rizik nebo jiné způsoby bezpečnostních protokolů, které jsou určeny personálu pro kontrolu prováděné práce.*

* 13. Kolik výtek v průměru shledáváte na operačních sálech od hygienicko-epidemiologické kontroly?

Zvolte jednu z následujících odpovědí

- Do 1
 2 - 3
 4 - 5
 6 a více

Subjektivní hledisko "kvality v perioperační péči"

14. Jak byste definoval(a) "kvalitu v perioperační péči"?

* 15. Které z uvedených faktorů, jsou podle Vás, důležitými předpoklady pro dosahování kvality na operačních sálech?

Můžete vybrat více možností. Vyberte všechny, které odpovídají skutečnosti.

- Kompetence a podpora managementu.
- Odbornost personálu.
- Dodržování standardů a jiných předpisů.
- Dodržování hygienicko-epidemiologického režimu.
- Sociální klima pracoviště.
- Systém komunikace s oddělením sterilizace.
- Jiné z těchto faktorů (prosím uveďte).

* 16. Jaké jiné faktory jsou, podle Vás, důležité pro dosahování kvality na operačních sálech?

* 17. Jak hodnotíte tyto faktory v rámci Vašeho pracoviště?

Oznámkujte odpovědi dle školní stupnice známkování.

	1	2	3	4	5
Schopnosti managementu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Odbornost personálu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaše odpověď (viz předchozí otázka této stránky).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

? Otázka se vztahuje k předešlé otázce.

Ukončit a vyčistit průzkum

◀ Předcházející

Odeslat

Obr. 14: Reálná podoba elektronického dotazníku

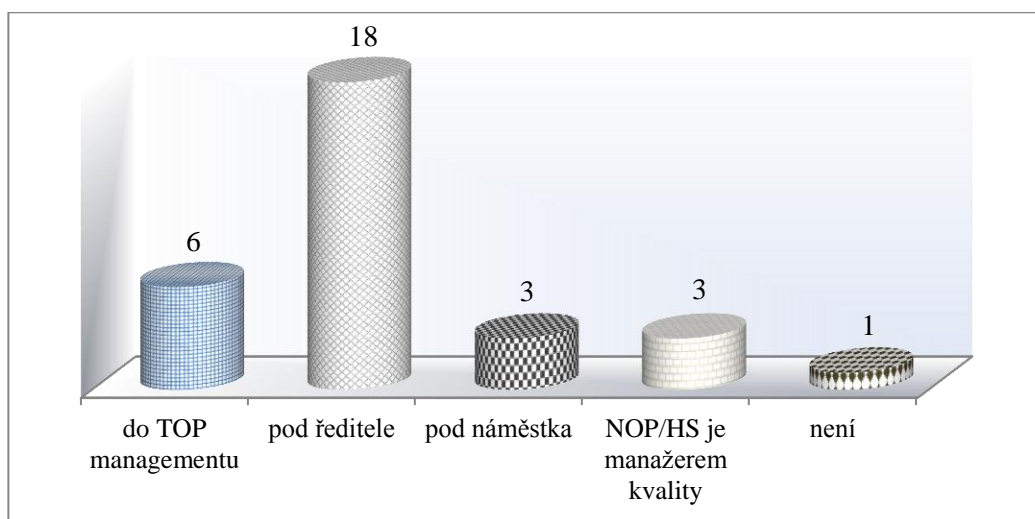
Příloha H: Vyhodnocení dotazníku

Otázka č. 1: viz kapitola 7.4

Otázka č. 2: viz kapitola 7.4

Otázka č. 3: Pod koho spadá manažer kvality ve Vaší řídicí struktuře?

V 18 případech (58 %), manažer kvality spadá pod ředitele. Šest respondentů (19 %) odpovědělo, že v jejich zdravotnickém zařízení manažer kvality patří do top managementu. Ve třech (10 %) nemocnicích je manažer kvality současně náměstkem ošetrovatelské péče. V dalších třech institucích (10 %) manažer kvality spadá pod náměstka. Jeden respondent (3 %) uvedl, že takovou funkci ve své struktuře nemají (viz obr. č. 15).



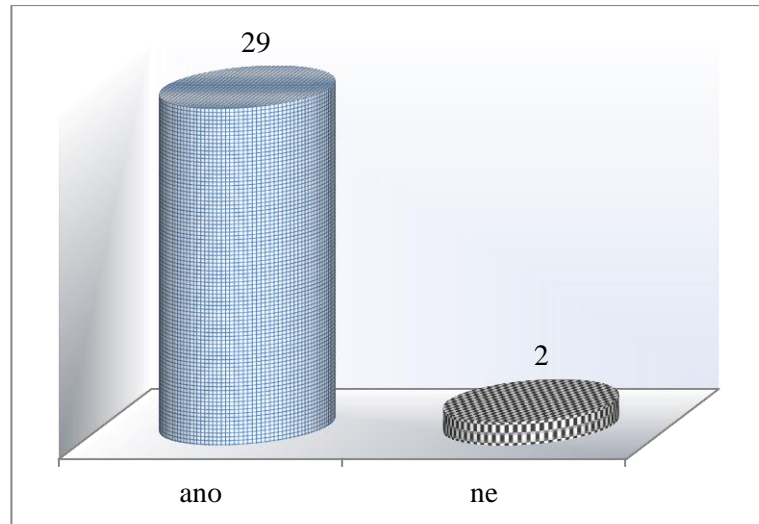
Obr. 15: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se existence manažera kvality

Otázka č. 4: viz kapitola 7.4

Otázka č. 5: viz kapitola 7.4

Otázka č. 6: Provádíte vnitřní audity orientované na kvalitu operačních sálů?

Na tuto otázku odpovědělo 29 respondentů (94 %), že takové audity provádějí. Dva dotazovaní (6 %) uvedli, že nikoli. Ani jedna z těchto dvou nemocnic není akreditovaná (viz obr. č. 16).



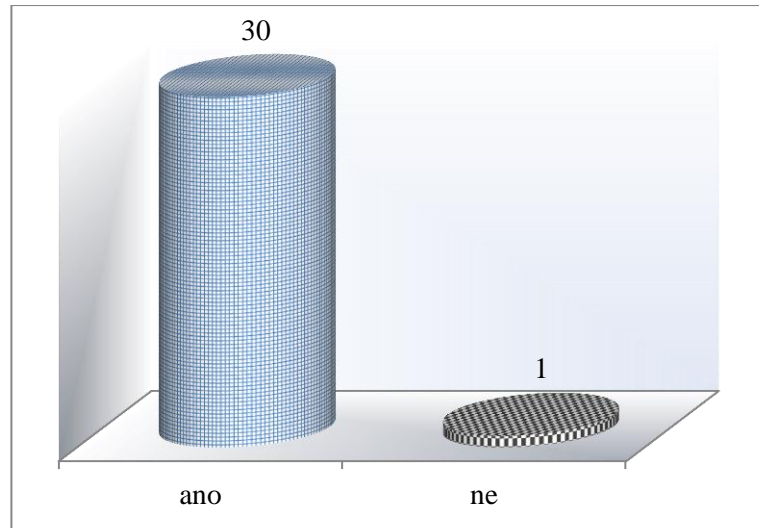
Obr. 16: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se provádění vnitřních auditů v prostředí operačních sálů

Otázka č. 7: viz kapitola 7.4

Otázka č. 8: viz kapitola 7.4

Otázka č. 9: Hlásíte nežádoucí události v rámci operačních sálů?

Z celkového množství 31 respondentů, třicet (97 %) odpovědělo, že nežádoucí události, v rámci operačních sálů, hlásí. Pouze v jednom případě (3 %) tomu tak není. Při hlubším pátrání bylo zjištěno, že tato nemocnice není akreditovaná (viz obr. č. 17).

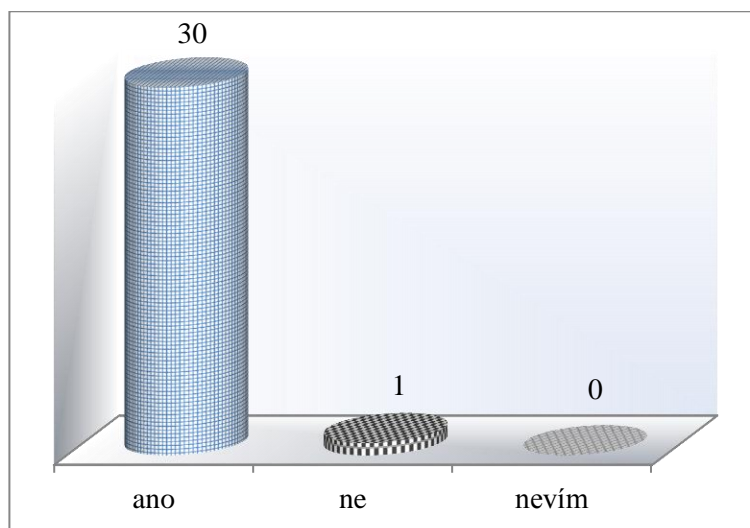


Obr. 17: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se hlášení nežádoucích událostí v rámci operačních sálů

Otázka č. 10: Dodržujete tyto minimální hodnotící standardy péče o pacienty dle Vyhlášky č. 102/2012 Sb.?

Součástí této otázky byly tři podotázky, které se týkaly standardů Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí, Identifikace pacienta a Zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí.

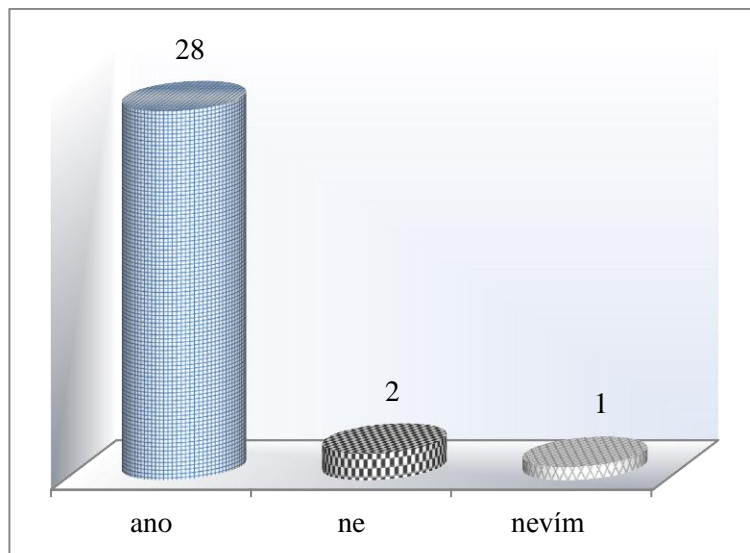
Výsledky, ohledně standardů Identifikace pacienta a Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí, vyšly v obou případech stejně. Třicet respondentů (97 %) uvedlo, že tyto minimální hodnotící standardy jsou, u nich v nemocnici, dodržovány. Vždy jeden (3 %) respondent zaškrtl odpověď „ne“ (viz obr. č. 18).



Obr. 18: Graf absolutních četností odpovědí na otázky týkající se standardů Identifikace pacienta, Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

Výsledky týkající se standardu Zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí jsou uvedeny v obrázku č. 19. V něm lze zpozorovat, že 28 (90 %) náměstků ošetrovatelské péče odpovědělo, že je tento standard u nich splňován. Dva respondenti (6 %) uvedli, že tento standard v jejich zařízeních dodržován není. Jeden zástupce (3 %) některé z 31 nemocnic uvedl, že tuto informaci neví (viz obr. č. 19). To je dle názoru autorky poněkud zarážející, pakliže se jedná o náměstka ošetrovatelské péče. Z toho mohou plynout dva závěry. Buď se jedná o neinformovaného a zřejmě nekvalitního manažera, nebo dotazník vyplňoval někdo jiný.

V rámci odpovědí na všechny standardy byla upřena pozornost na ty respondenty, kteří neodpověděli ano. Ani jedna z institucí, ve kterých tito respondenti pracují, není akreditovaná.



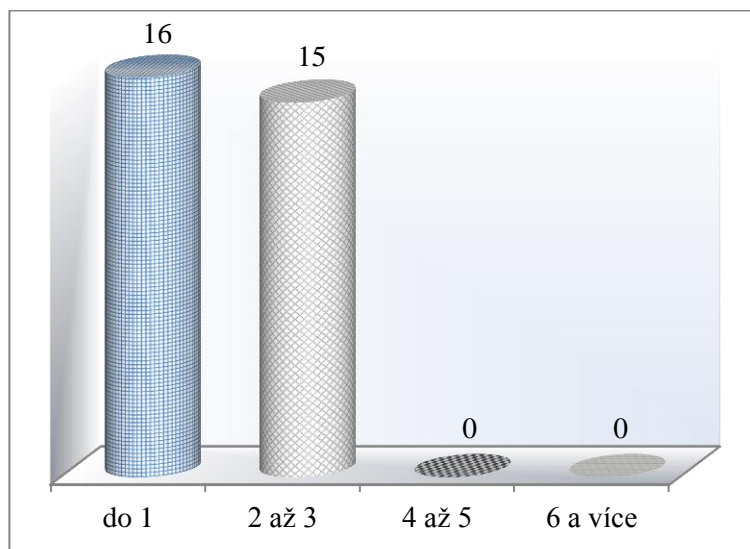
Obr. 19: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se dodržování minimálního hodnotícího standardu
Zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí

Otázka č. 11: viz kapitola 8.1

Otázka č. 12: viz kapitola 8.1

Otázka č. 13: Kolik výtek v průměru sledáváte na operačních sálech od hygienicko-epidemiologické kontroly?

Odpovědi této otázky hodnotím velice kladně. Šestnáct respondentů, což tvoří 52 %, odpovědělo, že hygienicko-epidemiologická kontrola prakticky nemá připomínky k řízení operačních sálů z tohoto hlediska. Prakticky druhá polovina odpovídajících (48 %) uvedla, že tato kontrola k nim má maximálně tři připomínky (viz obr. 20).



Obr. 20: Graf absolutních četností odpovědí na otázku týkající se průměrného počtu výtek od hygienicko-epidemiologické kontroly

Otázka č. 14: viz kapitola 7.4

Otázka č. 15: Které z uvedených faktorů, jsou podle Vás, důležitými předpoklady pro dosahování kvality na operačních sálech?

V této otázce respondenti měli označit ty znaky, které považují za nejdůležitější pro dosahování kvality v perioperační péči. Označit mohli více odpovědí. Množství odpovědí je přiřazeno k jednotlivé doméně (viz tab. č. 27). Tři nejčetnější odpovědi a pro respondenty tedy nejdůležitější, jsou zvýrazněny.

Jakmile byla některá z odpovědí označena, automaticky se zobrazila v otázce č. 17, kde respondenti měli tyto odpovědi ohodnotit pomocí školní stupnice známkování, dle subjektivního dojmu z jejich zdravotnického zařízení (viz tab. č. 28).

Tab. 27: Tabulka četností odpovědí na otázku týkající se důležitých faktorů pro dosahování kvality

Domény:	Četnosti odpovědí na jednotlivé domény:
Kompetence a podpora managementu.	23 (75 %)
Odbornost personálu.	29 (94 %)
Dodržování standardů a jiných předpisů.	30 (97 %)
Dodržování hygienicko-epidemiologického režimu.	31 (100 %)
Sociální klima pracoviště.	19 (61 %)
System komunikace s oddělením sterilizace.	21 (68 %)
Jiné z těchto faktorů (prosím uveďte).	0 (0 %)

Otázka č. 16: Jaké jiné faktory jsou, podle Vás, důležité pro dosahování kvality na operačních sálech?

Na tuto otázku nikdo neodpověděl. V elektronickém prostředí by se zobrazila, pouze pokud by někdo z respondentů zaškrtnl v otázce č. 15 políčko „Jiné z těchto faktorů.“

Otázka č. 17: Jak hodnotíte tyto faktory v rámci Vašeho pracoviště?

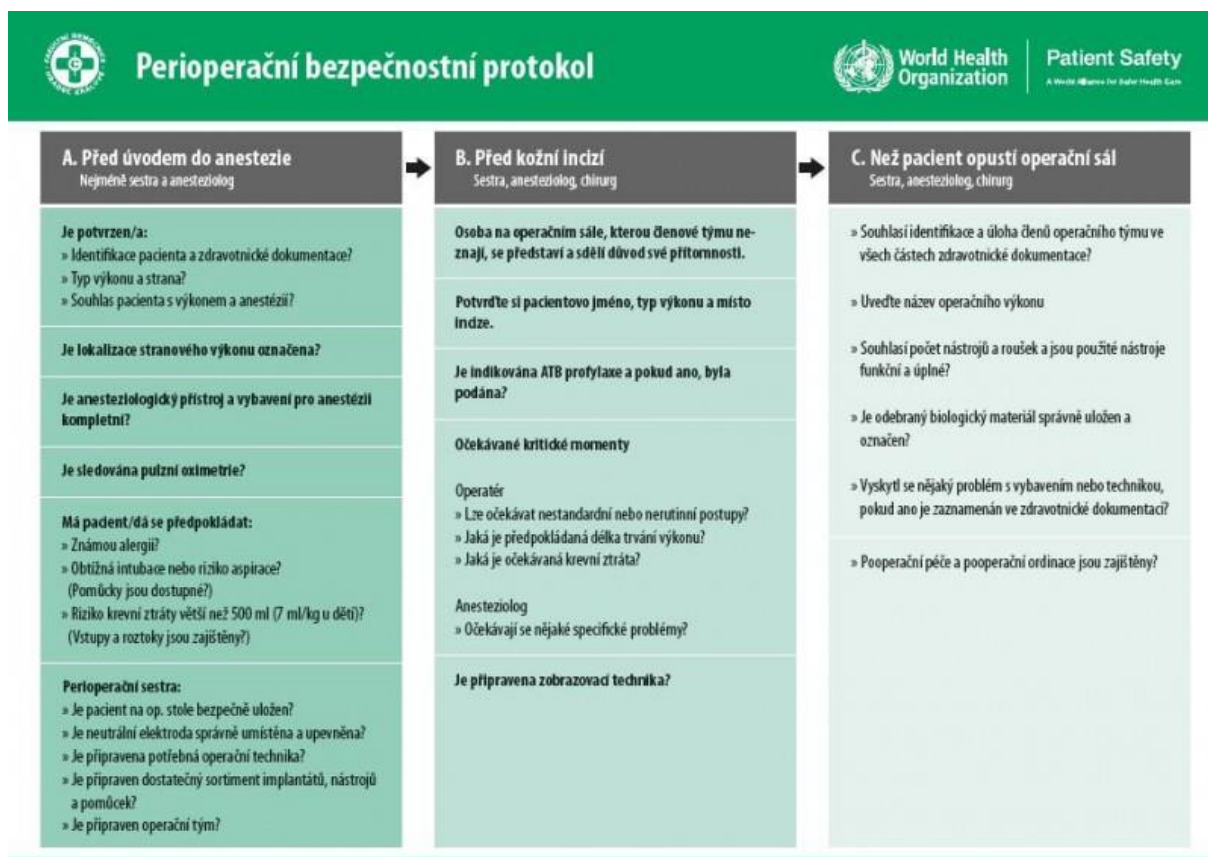
Otázka č. 17 se každému respondentovi zobrazila podle množství označených odpovědí v otázce č. 15. To znamená, že na každou doménu odpověděl jiný počet respondentů. Políčko maxima odpovědí a celkového počtu odpovídajících bylo zvýrazněno. Nejvíce respondentů odpovědělo na domény „odbornost personálu“, „dodržování standardů a jiných předpisů“ a na doménu „dodržování hygienicko-epidemiologického režimu“. Dalo by se tedy říci, že tyto oblasti jsou, pro respondenty, nejdůležitější k dosahování kvality na operačních sálech.

Jednotlivé výsledky jsou zobrazeny v tabulce 28. Lze si povšimnout, že nejčetnější odpovědi byly přiřazeny k známce 1. Pouze v jednom případě většina respondentů přidělila známku 2. A to v okruhu „dodržování standardů“, kterou lze považovat za jednu ze třech nejdůležitějších. Očividně je v této sféře prostor pro zlepšení.

Tab. 28: Tabulka četností odpovědí na otázku týkající se ohodnocení faktorů subjektivně důležitých pro dosahování kvality na operačních sálech

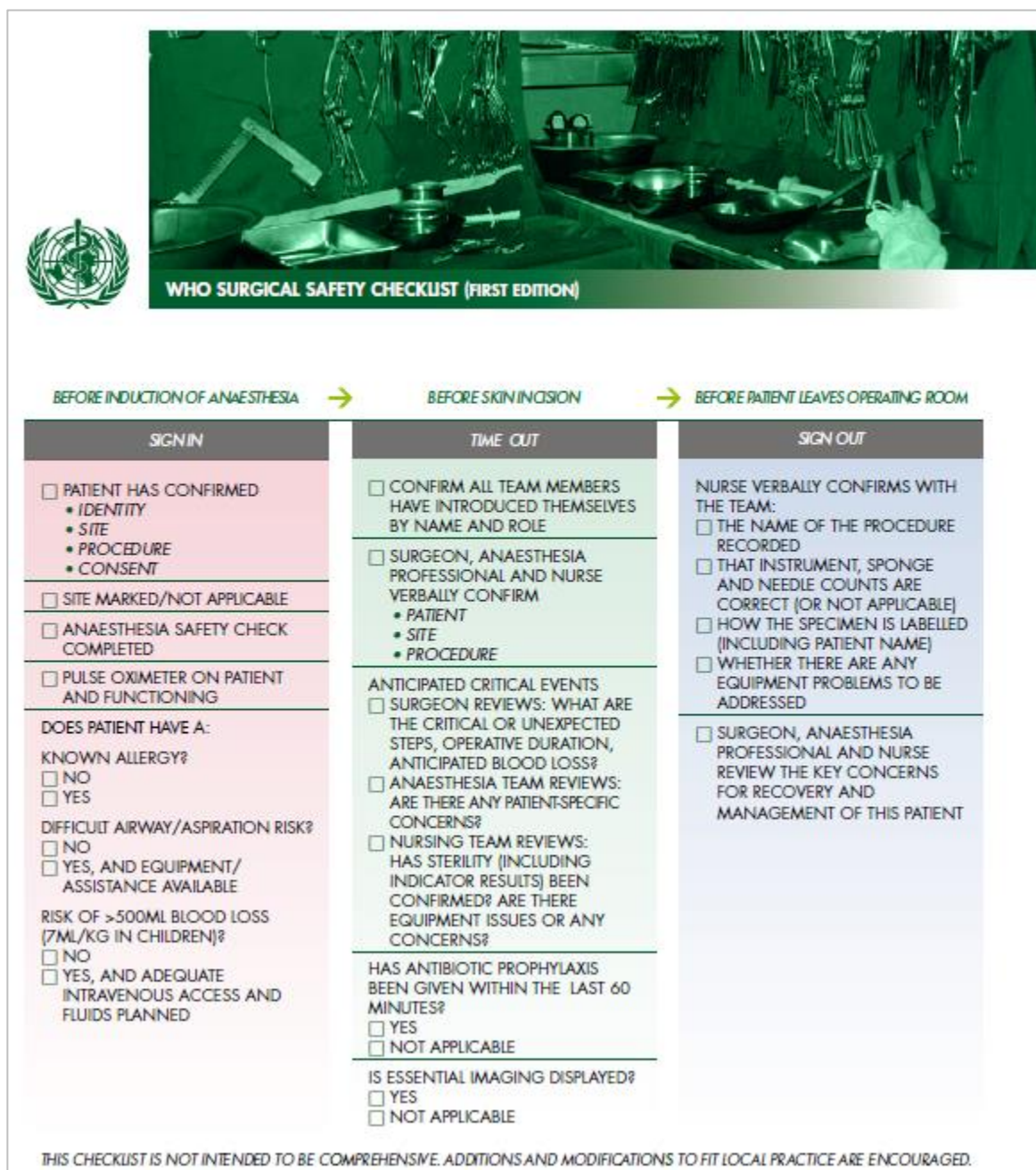
<u>ZNÁMKA za schopnosti managementu:</u>	Absolutní četnosti udělené známky:	Relativní četnosti v procentech:
1	12	52%
2	7	30%
3	3	13%
4	0	0%
5	1	4%
Celkem odpovědělo respondentů:	23	100%
<u>ZNÁMKA za odbornost personálu:</u>	Absolutní četnosti udělené známky:	Relativní četnosti v procentech:
1	19	66%
2	6	21%
3	1	3%
4	0	0%
5	3	10%
Celkem odpovědělo respondentů:	29	100%
<u>ZNÁMKA za dodržování standardů a jiných předpisů:</u>	Absolutní četnosti udělené známky:	Relativní četnosti v procentech:
1	11	37%
2	14	47%
3	1	3%
4	3	10%
5	1	3%
Celkem odpovědělo respondentů:	30	100%
<u>ZNÁMKA za dodržování hygienicko-epidemiologického režimu:</u>	Absolutní četnosti udělené známky:	Relativní četnosti v procentech:
1	17	55%
2	10	32%
3	1	3%
4	1	3%
5	2	6%
Celkem odpovědělo respondentů:	31	100%
<u>ZNÁMKA za vnitřní klima pracoviště:</u>	Absolutní četnosti udělené známky:	Relativní četnosti v procentech:
1	8	42%
2	6	32%
3	3	16%
4	1	5%
5	1	5%
Celkem odpovědělo respondentů:	19	100%
<u>ZNÁMKA za systém komunikace s oddělením sterilizace:</u>	Absolutní četnosti udělené známky:	Relativní četnosti v procentech:
1	14	67%
2	3	14%
3	3	14%
4	0	0%
5	1	5%
Celkem odpovědělo respondentů:	21	100%

Příloha Ch: Perioperační bezpečnostní protokol dle WHO v českém jazyce



Obr. 21: Perioperační bezpečnostní protokol dle WHO v českém znění (dostupné z: <<http://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/program-kvality/bezpeci-pacientu>>.)

Příloha I: Safety check list



WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST (FIRST EDITION)

BEFORE INDUCTION OF ANAESTHESIA → BEFORE SKIN INCISION → BEFORE PATIENT LEAVES OPERATING ROOM

SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
<input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT	<input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE	NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM: <input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED
<input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE	<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM • PATIENT • SITE • PROCEDURE	<input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)
<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED	ANTICIPATED CRITICAL EVENTS <input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?	<input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME)
<input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING	<input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?	<input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED
DOES PATIENT HAVE A: KNOWN ALLERGY? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS?	<input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT
DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ ASSISTANCE AVAILABLE	HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	
RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED	IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

Obr. 22: Originální verze perioperačního bezpečnostního protokolu od WHO v anglickém jazyce (dostupné z: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>, page 22.>.)

Příloha J: Ošetřovatelský perioperační záznam COS

Štítek pacienta
(včetně aktivní i pasivní
identifikace)

OŠETŘOVATELSKÝ PERIOPERAČNÍ ZÁZNAM COS

Jméno hlavní instrumentářky:
Jméno obíhající instrumentářky:

Jméno anesteziologické sestry:
Jméno sanitáře:

ANAMNÉZA KLIENTA, DŮLEŽITÉ INFORMACE:

Alergická anamnéza:

Jiné: (např. riziko pádu, dekubitů)

ANESTEZOLOGICKÉ HLEDISKO:

Reakce na anestezii v minulosti:

Jiné: riziko obtížné intubace
 riziko aspirace
 riziko krevní ztráty větší jak 500 ml
 agresivní pacient

Kontrola: podané premedikace
 vyndané zubní protézy
 podepsaného souhlasu s anestezii a výkonem
 alergické anamnézy
 anesteziologického přístroje a vybavení

Riziková léčiva:

Sledování bolesti:

ZÁZNAM Z PRŮBĚHU OPERACE:

Poloha: gynekologická Trendelenburgova na zádech na břiše jiné

Kontrola a označení operované strany

Použitá dezinfekce:

Pálení: bipolární monopolární neutrální elektroda, kde

Použitý materiál: břišní roušky: souhlas + počet
 tampóny: souhlas + počet
 jiné sušení (např. malé preparační tampónky): souhlas + počet
 haftan

Vyšetření: histologické (+ počet)
 bakteriologické
 cytologické
 RTG

Použité přístroje: Laparoskopická věž
 Uteromat
 Berchtold
 Olympus
 Storz
 Erbe
 Harmonický skalpel
 Vrtačka
 Defibrilátor

Rouškování a jednorázové sety (nalepovací štítky):

Implantáty (nalepovací štítky):

Obr. 23: Návrh ošetřovatelského perioperačního záznamu

Příloha K: Zdrojová data na CD

I. Přílohy k teoretické části:

- Sbírka zákonů, 2012 (obsahující např. zmiňovaný Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování)
- Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče
- Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických a ústavů sociální péče

II. Přílohy ke kvalitativnímu výzkumu:

- Návrhy informovaných souhlasů se stínováním, s rozhovory
- Přepsané doslovné i audio verze rozhovorů

III. Přílohy ke kvantitativnímu výzkumu:

- Pilotážní dotazník
- Vyhodnocení pilotážních dat
- Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné práce, jež bylo elektronicky přiloženo k dotazníkům
- Přehledová tabulka s informacemi, jaké jevy/prvky byly ve výzkumu sledovány a hodnoceny