

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Indikátory kvality ošetrovatelské péče

bakalářská práce

Autor: Příbylová Vendula

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Dejmková

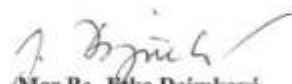
Jihlava 2012

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Vendula Příbylová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Indikátory kvality ošetrovatelské péče
Cíl práce:	1) Zjistit, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče jsou nastaveny v nemocnicích řízených Krajem Vysočina. 2) Vyhodnotit 1 společný indikátor kvality ošetrovatelské péče v Nemocnici Pelhřimov, p.o.


Mgr. Bc. Jitka Dejmková
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Lada Cetlová, Ph.D.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace

Bakalářská práce na téma „Indikátory kvality ošetrovatelské péče“ se zabývá indikátory kvality ošetrovatelské péče, které se sledují v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina. Zabývá se rozбором jednoho indikátoru kvality ošetrovatelské péče - pády pacientů. Práce se skládá z pěti částí. V první části obecně shrnuji danou problematiku a uvádím zvolené cíle a hypotézy. V druhé, teoretické části, jsou popsány základní informace o historii a současnému stavu ošetrovatelství, o kvalitě zdravotnické péče, o problematice programu kontinuálního zvyšování kvality. Dále se zde zmiňuji o standardech ošetrovatelské péče a o akreditaci zdravotnických zařízení. Věnuji se také indikátorům, jak zdravotnické, tak i ošetrovatelské péče. Ve třetí, výzkumné části, zpracovávám nasbírané informace a data. Ve čtvrté části vyhodnocuji výsledky výzkumu vzhledem ke stanovaným hypotézám a navrhuji změny při ošetrování rizikových pacientů. V poslední, páté části, shrnuji celou práci.

Klíčová slova: Indikátor kvality ošetrovatelské péče, Kvalita péče, Pády pacientů

Annotation

This bachelor thesis on the topic of "Indicators of nursing care quality" deals with nursing quality care indicators which are monitored in hospitals established by Vysočina region. The aim of this thesis is to give a comprehensible analysis based on one of the indicators of nursing care quality - patient falls. This thesis is composed of five parts. The first part of the thesis generally summarizes the topic and mentions the chosen objectives and hypotheses. In the second, theoretical part the basic information about the history and current state of nursing care, the quality of medical care and the issue of continuous quality improvement program are described. This part is also dedicated to standards of nursing care, accreditation of health facilities and indicators, both medical and nursing care. The following and the most important part for the result of the thesis is a practical part which involves processing collected data and information. In the fourth, fundamental part I evaluate the results of the research with respect to the hypotheses and suggest changes in the treatment of high-risk patients. The last part of the thesis summarizes the whole work with regard to the goals.

Key words: Indicators of nursing care quality, quality of care, patient falls

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala především vedoucí mé bakalářské práce paní magistře Jitce Dejmkové za spolupráci, za potřebné rady vzhledem k problematice kvality a hlavně za její čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla jednotlivě poděkovat paní Bc. Ladě Novákové-náměstkyni pro kvalitu v Nemocnici Havlíčkův Brod, p.o., paní Marii Veselé-manažerce kvality v Nemocnici Třebíč, p.o., paní Jiřině Poulové-náměstkyni pro ošetrovatelskou péči v Nemocnici Nové Město na Moravě, p.o. a paní Bc. Zuzaně Mezerové-manažerce kvality v Nemocnici Jihlava, p.o. za vřelý a laskavý přístup při poskytování informací. Mé poděkování patří také sestřám interního oddělení pelhřimovské nemocnice a v neposlední řadě mé rodině za podporu při studiu.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ .

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

1	ÚVOD.....	8
1.1	Cíle práce	10
1.2	Hypotézy	10
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2.1	Stručná historie ošetrovatelství	11
2.2	Současné ošetrovatelství	12
2.3	Kvalita poskytované péče ve zdravotnictví.....	13
2.3.1	Program kontinuálního zvyšování kvality	16
2.3.2	Akreditace zdravotnických zařízení.....	17
2.4	Standardy ošetrovatelské péče	18
2.5	Indikátory kvality zdravotní péče.....	21
2.6	Indikátory kvality ošetrovatelské péče.....	23
2.6.1	Výskyt dekubitů.....	23
2.6.2	Pády a zranění pacientů	26
3	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	31
3.1	Metodika výzkumné práce	31
3.2	Průběh výzkumu.....	31
3.3	Zpracování dat.....	32
3.4	Výsledky výzkumu.....	32
3.4.1	Sledované indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče v Nemocnici Pelhřimov, p. o.....	32

3.4.2	Sledované indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče v Nemocnici Havlíčkův Brod, p. o.....	33
3.4.3	Sledované indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče v Nemocnici Třebíč, p. o.	35
3.4.4	Sledované indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče v Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o.....	36
3.4.5	Sledované indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče v Nemocnici Jihlava, p. o.	37
3.4.6	Pády pacientů, jako indikátor kvality ošetrovatelské péče na interním oddělení v Nemocnici Pelhřimov, p. o.	38
4	DISKUZE	58
5	ZÁVĚR	62
5.1	Seznam tabulek	65
5.2	Seznam grafů.....	66
5.3	SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY	67
5.3.1	Knižní zdroje.....	67
5.3.2	Internetové a ostatní zdroje.....	68
5.4	Seznam příloh.....	70

1 ÚVOD

Téma indikátorů kvality ošetrovatelské péče jsem si vybrala proto, že téma kvality péče, kterou poskytujeme pacientům, mě velice zajímá a myslím si, že je velmi aktuální.

Pojem „kvalita péče“ je v dnešním zdravotnictví chápán jako nikdy nekončící proces zlepšování a neustálého růstu. Poskytování kvalitní služby by mělo být jedním z nejzákladnějších cílů všech odvětví lidské činnosti. Hlavním důvodem kladení důrazu na kvalitu je především konkurenční boj, ale také touha dělat svou práci dobře. Ve zdravotnictví tomu není jinak, právě naopak, zde je potřeba poskytovat kvalitní péči za všech okolností, ve všech případech a za každou cenu. S tím souvisí i nutnost zdravotnického personálu neustále si zvyšovat svou kvalifikaci, aby mohl pacientům službu na nejvyšší úrovni poskytnout. Pacient dnes již nemusí mít status slepého příjemce péče, může si sám zvolit, které zdravotnické zařízení navštíví a do jakých rukou se svěří. Povinností každého takového zařízení tudíž je, aby bylo schopno náročného pacienta poskytnutí kvalitní péče uspokojit.

Na základě tlaku veřejnosti na zdravotnická zařízení se zavádí do nemocnic program kontinuálního zvyšování kvality. Součástí tohoto programu je sledování kvality péče na základě indikátorů. Indikátor je číslo, pomocí něhož lze kvalitu efektivně měřit, nacházet chyby, nedostatky a mezery při poskytování zdravotní péče. Neměly by však být chápány jako trestající čísla, ale jako nástroj, který jakémukoliv zdravotnickému zařízení pomůže efektivně zlepšovat péči, kterou poskytuje svým náročným pacientům. Jeden z cílů bakalářské práce je právě zjistit, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče jsou nastaveny v nemocnicích řízených Krajem Vysočina. Velmi mě zajímalo, kolik takovýchto indikátorů jsou nemocnice schopny sledovat, a tím pádem předpokládám i smysluplně vyhodnocovat.

Jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče jsou pády pacientů. Pády pacientů, a to nejen ve zdravotnickém zařízení, jsou velmi vážnou mimořádnou událostí. Nezřídka po pádu dochází k těžkým zraněním, imobilizaci, eventuálně invalidizaci. Proto je velmi nutné a důležité tento problém sledovat a řešit, dříve než k němu vůbec dojde. Z tohoto důvodu jsem si zvolila jako druhý cíl: Vyhodnotit 1 společný indikátor kvality ošetrovatelské péče v Nemocnici Pelhřimov, p.o. V práci se zaměřuji na sledování indikátoru pádů pacientů na interním oddělení v pelhřimovské nemocnici, neboť si

myslím, že na interním oddělení dochází k pádům podstatně častěji než na ostatních oddělení. Proto je nezbytné zde tento problém monitorovat, provádět smysluplná a účinná preventivní opatření, tím snižovat výskyt pádů a zvyšovat kvalitu poskytované péče.

Hlavní význam mé bakalářské práce vidím v možnosti reálné aplikace mnou navržených jednoduchých preventivních opatření, které by mohly pomoci k zabránění pádům pacientů ve zdravotnických zařízeních.

1.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče jsou nastaveny v nemocnicích řízených Krajem Vysočina.

Cíl 2: Vyhodnotit 1 společný indikátor kvality ošetrovatelské péče v Nemocnici Pelhřimov, p. o.

1.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Všechny nemocnice řízené Krajem Vysočina sledují alespoň 7 indikátorů kvality, které se týkají ošetrovatelské péče.

Hypotéza 2: Nemocnice řízené Krajem Vysočina mají alespoň 4 společné indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče.

Hypotéza 3: Na interním oddělení v Nemocnici Pelhřimov, p.o. došlo za rok 2011 ke 100 pádům pacientů.

Hypotéza 4: Více jak 50% pacientů, kteří upadli, neutrpělo žádné zranění.

Hypotéza 5: V rámci benchmarkingu byl na interním oddělení v Nemocnici Pelhřimov, p. o. za rok 2011 dosažen stejný, nebo lepší výsledek, než je celorepublikový průměr.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Stručná historie ošetřovatelství

Ve vývoji ošetřovatelské péče zaznamenáváme tři hlavní linie. První, nejstarší linií, je laická péče, kterou si poskytoval nemocný sám, nebo mu pomáhali rodinní příslušníci. V těchto nejstarších dobách našich dějin probíhala ošetřovatelská péče velmi primitivním způsobem. Proti nemocem se uplatňovaly zkušenosti z pozorování účinku bylin, vlivu slunce, vody a jiných přírodních zdrojů na organismus člověka. Druhá linie je péče charitativní. Ta se rozvíjela již od 1. stol. n. l., kdy se s příchodem křesťanství začalo uvažovat o pomoci druhým, jako o přirozeném jevu, a tím se ošetřovatelství začalo rozvíjet. Ve 4. stol. n. l. začaly vznikat první kláštery pro nemocné, které sloužily jako útulek a byla zde poskytována základní péče o tělo, kterou vykonávaly jeptišky. Již zde lze pozorovat první pokusy o uspokojování lidských potřeb. Třetí linií je organizovaná léčebná péče, která vznikla v 19. stol. n. l. Péči vykonávali opatrovníci (později ošetřovatelky), od kterých se očekávalo slepé plnění lékařských příkazů. Opatrovníci byli nedoceněni, měli nízké společenské postavení a své znalosti získávali v praxi od starších kolegů. Teprve až koncem 19. stol. n. l. byly organizovány první přednášky pro ošetřovatelky, které vnímáme jako první organizované vzdělávání sester. V tomto období již můžeme pozorovat zvyšující se kvalitu péče, kdy docházelo například k uvědomování si důležitosti hygieny pro zdraví apod. (Jarošová, 2000).

Ošetřovatelství bylo vždy ovlivňováno náboženskými, kulturními, sociálními faktory a také především válečnými konflikty, které vždy vyžadovaly zvýšenou potřebu lékařské i ošetřovatelské péče. Klíčovým konfliktem, kde můžeme sledovat velký rozvoj ošetřovatelství, je Krymská válka v 19. stol. n. l., tu si spojujeme se zakladatelkou moderního ošetřovatelství Florence Nightingalovou. Florence Nightingalová (1820-1910) byla anglická ošetřovatelka, pocházející z bohaté rodiny, které bylo poskytnuto kvalitní vzdělání. Často navštěvovala nemocné v nemocnicích i přes to, že se to na mladou dámu vůbec neslušelo. Studovala ve Francii, Německu a v Anglii, kde začala

vzdělávat stejně zaměřené mladé dívky, které spolu s ní rozšířili řady ošetřovatelek pro pomoc vojákům v Krymské válce. Florence svými znalostmi a opatřeními snížila výskyt infekce u vojáků, zavedla přísné hygienické normy, přispěla pomocí vojákům kvalitní stravou, zajistila dostatek čistého prádla. Po jejích zásazích klesla úmrtnost vojáků v Krymské válce z 50 % na 22%. Položila základy samostatného profesionálního ošetřovatelství (Staňková, 1996).

Rostoucí zájem o profesionalizaci ošetřovatelství vedl ke vzniku Mezinárodní rady sester (International Council of Nurses- ICN), která vznikla koncem 19. stol. v roce 1899 v Londýně, spojením prvních národních sesterských organizací. ICN je jedna z nejstarších a největších mezinárodních profesních organizací na světě. Sídlí v Ženevě a působí dodnes. Jejím hlavním cílem je zlepšovat péči o zdraví, zvyšovat kvalitu ošetřovatelských služeb a zlepšovat ekonomické a pracovní podmínky pro sestry (Lemon, 1997).

2.2 Současné ošetřovatelství

Současné ošetřovatelství můžeme definovat jako „*samostatnou vědeckou disciplínu, zaměřenou na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví*“. Ošetřovatelství řadíme do věd společenských, považujeme jí za vědu reálnou a aplikovanou (Pochylá, 2005).

Hlavním cílem dnešního ošetřovatelství je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života. Současná ošetřovatelská péče se podílí na upevňování zdraví, uchovávání zdraví, jeho navrácení a zmírnění utrpení člověka v otázce umírání (Jarošová, 2000).

Rysem moderního ošetřovatelství je individualizace ošetřovatelské péče, která spočívá v aktivním vyhledávání a uspokojování potřeb pacienta prostřednictvím ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces představuje samostatnou a vysoce

kvalifikovanou činnost při rozhodování sestry. Dalším rysem dnešního ošetřovatelství je holistický přístup k nemocnému. Jeho principem je vnímání pacienta jako ucelené bytosti skládající se z 5 rovnocenných částí: biologické, kognitivní, společenské, duchovní a emocionální. Uspokojování potřeb tedy musí být v souladu s těmito aspekty (Kutnohorská, 2010).

2.3 Kvalita poskytované péče ve zdravotnictví

„Kvalita je kategorie, která v kvantitativních i kvalitativních pojmech popisuje úroveň poskytované péče či poskytovaných služeb“ (Marx, 2006). Literatura uvádí mnoho definic kvality. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization - WHO) definovala v roce 1966 kvalitu jako *„souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků vědy a praxe“*. Později, roku 1982, definovala WHO kvalitu jako *„stav dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje“*. O dva roky později, tedy v roce 1984, vznikl pod WHO program *„Zdraví pro všechny do roku 2000“*, kde jeden z třiceti osmi cílů se týkal zajištění kvality poskytované péče ve zdravotnictví. Byly v něm stanoveny kroky pro zvyšování kvalitní péče a její monitorování (Gladkij, 2003).

Kvalita péče se skládá ze dvou částí. První je část, kvantitativní, nebo-li vyčíslitelná, která je měřitelná pomocí standardů nebo indikátorů. Druhá část je kvalitativní, která je měřitelná prostřednictvím zkušeností a spokojenosti pacientů (Marx, 2006). Kvalita musí být měřitelná, aby nám byla schopna podat informace o vývoji poskytované péče v jednotlivých zařízeních, ať už se jedná o její zlepšování nebo naopak. Měří se prostřednictvím indikátorů kvality péče. Kvalita musí být vždy účinná, efektivní, dostupná, přijatelná pro pacienty i pro personál, včasná a přiměřená ke zdravotnímu stavu a potřebám pacienta (Škrla, 2003).

Kvalita zdravotní péče je v současné době velmi sledovaným tématem ve zdravotnictví. V lékařské i ošetřovatelské péči je na ní kladen stále větší důraz a je jí věnována

patříčná pozornost, jak ze strany odborné veřejnosti, tak i ze strany laické veřejnosti, tedy pacientů.

V současné době se mnoho zdravotnických zařízení zaměřuje na zvyšování kvality poskytované péče, služeb a bezpečí pacientů. Důvody mohou být různé. Snaha o udržení a zvýšení počtu pacientů, kteří dnes již vyžadují vysokou úroveň kvality přijímané péče vzhledem ke změnám jejich potřeb, které se odráží od technického pokroku, uspokojení akreditačních standardů, získání odborného personálu, zajištění si své dobré pověsti u široké veřejnosti a v neposlední řadě také přirozená touha vykonávat svoje povolání správně (Škrla, 2003).

Z těchto důvodů se zavádí do nemocnic určitý systém kvality, který vede k lepším výsledkům v oblasti prevence a léčení, a tudíž i k lepšímu zdravotnímu stavu obyvatelstva a k větší spokojenosti pacientů. V systému kvality jde o provázané pojetí jednotlivých prvků, které ji tvoří, a které mají zdravotnickým zařízením pomáhat splňovat kvalitativní cíle, které si nastavili. Tento systém zahrnuje celý proces sběru informací, tvorby postupů, stanovení standardů apod. Cílem celého zavádění systému kvality je zlepšení kvality poskytované péče v souladu s potřebami a požadavky pacientů, omezení chyb při poskytování péče, omezení nežádoucích výsledků. Zavádění systému kvality do zdravotnických zařízení je také velice důležitým krokem z hlediska ekonomického hospodaření zdravotnických zařízení neboť právě finanční náklady spojené s nekvalitní péčí mohou mnohonásobně převyšovat náklady spojené se zaváděním kvality (Gladkij, 2003).

Na kvalitu ošetrovatelské péče se lze dívat z mnoha úhlů pohledu. Nejznámější je pohled ze strany personálu. Lékař hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče podle toho, jak je zajišťován diagnosticko-terapeutický plán nemocného. Druhým typem pohledu je ze strany pacienta, který hodnotí kvalitu podle míry svého strádání při uspokojování vlastních potřeb a dle míry profesionální citlivosti k jeho problémům při pobytu ve zdravotnickém zařízení. Třetí typ pohledu je pomocí výstupů, kdy se ptáme, zda došlo

po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení ke zlepšení jeho stavu a popřípadě zvýšení kvality jeho života (Jarošová, 2000).

Profesor Avedis Donabedian (1919-2000), slavný americký univerzitní profesor veřejného zdravotnictví, stanovil rámec pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče na celém světě. Jeho schéma se skládá z 3 prvků kvality, jimiž popsal systém hodnocení kvality. Tyto prvky obsahují strukturu péče, proces a výsledky neboli výstupy péče. Struktura péče zahrnuje vybavení, finanční možnosti zdravotnického zařízení, dále potom počet klientů, kteří byli diagnostikováni a počet personálu, jejich kvalifikace atd. Procesem rozumíme systém postupů léčebné, ošetrovatelské, diagnostické péče mezi poskytovatelem a pacienty. Je to mimo jiné způsob, jak děláme svou práci. Posledním prvkem jsou výsledky péče neboli výstupy, které zahrnují prevalenci pádů, změn soběstačnosti pacienta, míru jeho spokojenosti apod. (Mikula, 2008).

Za zavedení systému kvality v jednotlivých nemocnicích zodpovídají náměstkyně ošetrovatelské péče spolu s vrchními sestrami, které dohromady tvoří vrcholový a střední management zdravotnického zařízení. Systém kvality však nelze zavádět bez odborně proškoleného a kladně zainteresovaného personálu, který zodpovídá za kvalitu péče, která je poskytována přímo pacientům. Náměstkyně ošetrovatelské péče se také zabývají tvorbou koncepce kvality a standardů ošetrovatelské péče. Dále stanovují kvalitativní cíle daného zařízení a sledují nastavené indikátory (Gladkij, 2003).

V České republice za zavádění systému kvality do zdravotnictví zodpovídá Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR). MZČR postupně aplikuje různá systémová opatření, která vedou k zajištění kvality poskytované péče a vyšší bezpečnosti pacientů. Jedním z takových opatření je vyhlášení Resortních bezpečnostních cílů, které jsou součástí Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče a vycházejí z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů. Resortní bezpečnostní cíle se vyhláší formou doporučených postupů, které vedou ke snížení rizik pro pacienta i pro ostatní osoby účastníci se procesu poskytování péče. Plnění Resortních bezpečnostních cílů je povinné pro zdravotnická zařízení, která jsou řízena MZČR. Pro ostatní zdravotnická

zařízení jsou tyto cíle pouze doporučené. V České republice jsou vyhlášovány od roku 2010. Jedním z těchto cílů je i prevence pádů pacientů (Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011- duben 2012, 2011).

2.3.1 Program kontinuálního zvyšování kvality

K efektivnímu zvyšování kvality ve zdravotnictví slouží tzv. program kontinuálního zvyšování kvality (KZK), který je dobrovolný a byl převzat od japonských a amerických firem, které jsou zaměřeny právě na zabezpečování jakosti a zvyšování kvality. Každé zdravotnické zařízení by mělo monitorovat kvalitu péče, vyhodnocovat ji a taky se řídit programem jejího kontinuálního zvyšování. Program KZK je zaměřen na nepřetržité zvyšování kvality v průběhu časového období, ale neslouží ke striktnímu dosažení vytyčených cílů. Tento program lze chápat jako *„filozofii, která podporuje uspokojování potřeb pacienta a překonává jeho očekávání s co nejmenším úsilím, nejnižšími náklady na potřebné zdroje a s aplikováním strukturovaných procesů, které kontinuálně identifikují a zlepšují aspekty péče“*. Při zavádění tohoto programu do zdravotnických zařízení je nutné přijmout novou filozofii, nové paradigma. I když tento program neobsahuje nové a neznámé prvky, pro jeho úspěšnou implementaci je zapotřebí angažovaného a nadšeného personálu, jelikož se jedná o důsledné dodržování jistých principů a nástrojů kvality v celém zdravotnickém zařízení (Škrla, 2003).

V programu KZK lze pro měření a vyhodnocování kvality užívat data od čtyř zdrojů, a to od externích odborníků, od klientů (od pacientů až po externí klienty), z auditů anebo z indikátorů kvality péče (Papoušková, 2008).

V České republice se otázka kvality a tohoto programu velmi sleduje a diskutuje, avšak zavádění základních prvků se v praxi dlouho nedařilo. Hlavním důvodem bylo především to, že manažeři nechápali, že kvalita je jistý a nový způsob myšlení, chování. Program kontinuálního zvyšování kvality lze chápat jako filozofii, která se nedá zaměstnancům nařídit, ale musí se zvolna vytvářet. Bylo nezbytné tento směr chápat jako přínos a ne jako nutné zlo, které se musí podle zákona aplikovat (Škrla, 2003).

2.3.2 Akreditace zdravotnických zařízení

V českém zdravotnictví lze první pokusy o sjednocení úrovně kvality péče datovat od roku 1989. V této době se usilovalo o vytvoření jistého mechanismu, který pomohl snížit vysokou variabilitu kvality různých zdravotnických zařízení pomocí akreditace (Akreditace zdravotnických zařízení v ČR, 2010).

Akreditace je nástroj k zajištění porovnatelné kvality péče a variability mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními a zlepšuje bezpečí a kontinuitu poskytované péče. Akreditace je dobrovolný proces, při kterém externí nestátní organizace hodnotí zdravotnická zařízení a posuzuje, jak dalece se shoduje s předem stanovenými kritérii, které kontinuální zvyšování kvality vyžadují. I když je akreditace dobrovolný proces, zdravotnická zařízení si jej nemohou dovolit ignorovat. Význam akreditací spočívá výhradně v jejich pozitivním přínosu zdravotnickému zařízení. Akreditace jsou symbolem kvality, pomáhají získat nebo si udržet kvalitní personál, jsou nápomocné při získávání nových pacientů, zajišťují jednotná kritéria a standardy a mají mnoho dalších výhod (Šrkla, 2003).

Akreditace využívá specializovaných norem, a to akreditačních standardů. Podstata akreditace spočívá právě ve sladění těchto akreditačních standardů se standardy jednotlivých zařízení a v jejich správném a soustavném dodržování. Pro pacienty je akreditace zárukou toho, že zdravotnické zařízení splňuje základní požadavky na kvalitu poskytované péče a její bezpečnost (Akreditace zdravotnických zařízení v ČR, 2010).

V České republice se mohou zdravotnická zařízení v současné době akreditovat dvěma způsoby. Akreditací na národní úrovni nebo akreditací na mezinárodní úrovni. V ČR působí od roku 1998 Spojená akreditační komise České republiky (SAK ČR), která uděluje akreditace na národní úrovni. Přihlášená zdravotnická zařízení hodnotí podle národních akreditačních standardů, rozdělených do 10 tematických oblastí. Základním principem, ze kterého SAK ČR vychází, je procesní řízení všech činností, které ve sledovaném zdravotnickém zařízení probíhají. Kontrola probíhá formou inspekce, trvá

zpravidla 2-3 dny a jestliže zdravotnické zařízení splní podmínky pro udělení certifikátu, je mu akreditace udělena na období až 3 let.

Od téhož roku, kdy vznikla SAK ČR, tzn. 1998, působí ve Spojených státech amerických tzv. Spojená mezinárodní akreditační komise (Joint Commission International-JCI), která je pobočkou Spojené komise pro akreditaci zdravotnických zařízení (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO). Tato organizace uděluje akreditace mezinárodní úrovně a jejím cílem je zvyšování a sjednocování kvality péče po celém světě. Udělení mezinárodní akreditace je spojeno s přesným dodržáním přísných mezinárodních standardů pro kvalitu zdravotní péče.

Tyto spojené akreditační komise poskytují veřejnosti informace o akreditovaných zařízeních na svých internetových stránkách.

Jestliže dané zdravotnické zařízení není akreditováno, může to znamenat ztrátu důvěry pacientů a je otázkou konkurenčního boje, jak si dané neakreditované zařízení povede v budoucnu (Papoušková, 2008).

2.4 Standardy ošetrovatelské péče

Definice kvality péče a její kritéria jsou stanovena v ošetrovatelských standardech. Ošetrovatelské standardy jsou závazné normy pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Standard je odborníky odsouhlasená minimální úroveň péče, která respektuje ekonomické zdroje a vzniká nadefinováním podmínek pro poskytování péče, pro získání zpětné vazby je navíc zajištěná prostřednictvím indikátorů. Ošetrovatelské standardy jsou dalšími měřítky pro hodnocení kvalitní péče. Zajišťují pacientům bezpečí a chrání sestry před neoprávněným postihem (Vašátková, 2007).

Standardy jsou nezbytnou součástí systému řízení a zvyšování kvality a jsou považovány za nástroje, které pomáhají efektivně dosáhnout kvalitní péče (Vašátková, 2003). Jsou vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda je ošetrovatelská péče poskytována na požadované úrovni. Standardy mají být zaměřeny na uspokojování

potřeb pacienta, na ošetrovatelský proces u pacientů s určitou diagnosou, na pracovní postup při specifických ošetrovatelských postupech apod. (Jarošová, 2000).

Existenci ošetrovatelských standardů můžeme pozorovat již v období Krymské války (1853–1856), kdy první standardy, zaměřené na ošetrovatelský proces, sestavila Florence Nightingalová a stanovila také první indikátory kvality péče. Pozdější novodobé standardy vznikaly v 70. letech v USA, jako odezva zdravotníků na vyhlášení Charty práv pacientů. Organizace, která je vydala, je výše zmiňovaná jako JCAHO (Mášová, 2009).

Každá země si vytváří své standardy péče. Jejich tvorba vychází z podmínek každé země a z obecných norem v obecných doporučeních mezinárodních organizací. Standardy se prezentují ve formě volného textu. Standard má vždy obsahovat parametry, které jsou měřitelné a hodnotitelné. Při jejich tvorbě lze vycházet z doporučení významných autorit jako je například prof. Donabedian, který, jak již bylo uvedeno, rozdělil péči na 3 hlediska, strukturu, proces a výsledek. Standardy mohou být zaměřeny na každé hledisko zvlášť. Avšak nejvíce standardů je zaměřeno na vlastní proces péče, jelikož právě proces kvalitu péče ovlivňuje nejvíce (Mikula, 2008).

Standardy je možné rozdělit podle základních oblastí v souvislosti se třemi charakteristikami kvality a to na strukturální, procesuální a standardy hodnocení výsledku. Standardy zaměřené na strukturu (manažerské standardy), stanovují optimální personální, technické, hygienické a organizační prostředky potřebné k dosažení optimální úrovně kvality. Obvykle jsou nazývány jako směrnice. Zaměřují se na kvalitu péče v praxi, vzdělání pracovníků a jejich kvalifikaci, na dodržování odborné úrovně celoživotním vzděláváním zdravotníků a také na definování jejich kompetencí. Dalším druhem standardů jsou standardy zaměřené na proces. Procesuální standardy (ošetrovatelské standardy) popisují ošetrovatelské činnosti a výkony. Definice a popis jednotlivých postupů jsou nutné pro zajištění jednotné péče a bezpečného ošetrovatelského postupu, jak pro pacienta, tak pro personál. Standardy hodnocení výsledků péče stanovují metody a nástroje pro monitorování, měření, analýzy a

hodnocení výsledků. Příkladem takových standardů je struktura kvalifikace ošetrovatelského personálu, spokojenost pacientů, spokojenost personálu, výskyt nežádoucích jevů jako jsou pády nebo dekubity. Týkají se celkového hodnocení kvality v určitých zdravotnických zařízeních (Standardy ošetrovatelské péče, 2010).

Centrální standardy vydává Ministerstvo zdravotnictví jako zákonné nebo podzákonné normy nebo jako rámcové standardy, které slouží pro tvorbu lokálních standardů. Tyto standardy určují základní cíle oboru, strukturální a procesuální kritéria pro jeho realizaci. Lokální standardy jsou vypracované každým zdravotnickým zařízením a vycházejí ze standardů rámcových. Každý pracovník je povinen se s nimi seznámit a pracovat v jejich souladu (Jarošová, 2000).

Ve všech vyspělých státech světa jsou pacienti, kteří vyžadují standardizovanou péči. Organizace, která jako první standardizovala kvalitu péče, vznikla v roce 1947 a jmenuje se Mezinárodní organizace pro standardizaci (ISO). Tato organizace v roce svého založení měla za cíl vytvořit technické standardy pro všechna odvětví průmyslu. V roce 1987, kdy se otázka kvality dostávala u veřejnosti do popředí zájmu, vytvořila nejdůležitější standardy pro kvalitu, které jsou označovány ISO 9000. V roce 2000 byla standardizace kvality přeformulována a dnes tuto standardizaci známe pod pojmem ISO 9001:2000. Tyto standardy neboli ISO normy mají široké pole působnosti, zaměřují se například na standardizaci procesů, na klienty, dokumentaci apod. Tvoří páteř celého systému kvality ve všech odvětvích průmyslu i zdravotnictví. Zdravotnická zařízení mohou získat certifikaci ISO 9001:2000. Touto certifikací se prokazuje, zda bylo zdravotnické zařízení prošetřeno a zda má systém kvality, který zajišťuje důslednost ve svých službách a spolehlivost. To znamená, že pacienti mohou očekávat stejně kvalitní služby za všech okolností. Certifikace ISO však na rozdíl akreditace nepřikazuje určitý systém kvality, ale pouze poukazuje, zda je smysluplný a funkční. Vedle akreditace je to druhý způsob, kterým zdravotnické zařízení může prokázat, že jeho služby jsou kvalitní (Škrla, 2003).

2.5 Indikátory kvality zdravotní péče

Prof. Donabedian definoval indikátor kvality zdravotní péče jako „*jasně definovaný prvek nemoci nebo péče, který je přesně měřitelný, má specifický vztah ke kvalitě a popisuje strukturu, proces nebo výsledek*“. Je to pečlivě definovaná míra kvality, která je určena před začátkem měření (Vašátková, 2007). Užívá se ke srovnání rozdílů numerických dat za určité časové období nebo mezi pracovišti (Mikula, 2008).

Indikátory kvality zdravotní péče nám slouží jako základní nástroj pro měření kvality ve zdravotnických zařízeních a sledování kvality jejich prostřednictvím je základním požadavkem pro akreditaci. Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která se porovnávají se směrnicemi, určitými standardy nebo požadavky a jsou nám po tomto srovnání schopna ukázat, jestli bylo dosaženo vytyčeného kvalitativního cíle, a jak daleko bylo dosaženo standardu.

Hlavní vlastností indikátoru je jeho smysluplnost. Indikátor je kvantita, která nám říká něco o kvalitě, je to tzv. výstražný signál, který nás upozorní, že něco není v pořádku. Indikátor je vždy vyjádřen číslem, které musí být zároveň zasazeno do numerického kontextu, podle něhož potom lze porovnávat úroveň kvality mezi jednotlivými odděleními nebo zdravotnickými zařízeními. Bez číselného kontextu nám indikátory nemohou poskytnout potřebné informace o stavu kvality a jsou pouze statistickým údajem. Každé zdravotnické zařízení by mělo mít zvoleny své vlastní numerické kontexty, tzv. procentuální standardy a měla by mít předem definovanou minimální úroveň, pod kterou by neměla klesnout. Pro zvolení číselného kontextu indikátoru mohou zdravotnická zařízení využít poměrového indikátoru (viz níže) v porovnání stejného období v období například dvou po sobě jdoucích let. Dále pak existuje tzv. „benchmark“, který může zdravotnické zařízení převzít od jiného zdravotnického zařízení nebo ho může získat z internetu. Je to údaj, který číselně vymezuje úroveň kvality. Indikátory lze různě rozdělovat.

Jsou popisovány dva druhy indikátorů kvality. Prvním druhem jsou indikátory poměrové. Tyto indikátory nám umožňují sledovat různé vyskytující se jevy, které se opakují. Jsou založeny na sběru dat a vyjadřují se jako poměry nebo průměry. Příkladem poměrových indikátorů je výskyt dekubitů, pády pacientů, počet císařských řezů, opakované rentgenové snímky apod. Dalším druhem jsou indikátory strážní, nebo-li sentinelové, které se převážně vztahují na mimořádné události. Tyto indikátory mají za úkol sledovat ty jevy, které jsou vždy kritické a vždy nežádoucí pro dané zdravotnické zařízení. Jejich výskyt má za následek okamžité vyšetření jevu. Příkladem těchto strážních indikátorů je například smrt pacienta, požár nebo soudní proces.

Indikátory kvality zdravotní péče se mohou týkat (rovněž jako standardy) struktury, procesu a výsledku, čili výstupu. Pod strukturální indikátory patří například technické vybavení zařízení, počet a kvalifikace personálu atd. Do procesuálních indikátorů zahrnujeme například dobu čekání pacientů na příjem, výskyt nozokomiálních nákaz, shodu mezi dokumentací a definovaným standardem. Jako výstupy hodnotíme pomocí indikátoru kvality například finanční náklady na lůžkoden, procento stížností na péči atd.

Indikátory je také potřeba dělit dle jejich priority a závažnosti. Podle této kategorizace členíme indikátory na rizikové, klíčové, popisné a nedůležitá data. Nejdůležitější z těchto indikátorů jsou indikátory rizik. Jejich nárůst podléhá včasnému a rychlému vyšetřování. Musí být vždy zdokumentovány. Příkladem může být smrt pacienta nebo kriminální případ. Klíčové indikátory jsou druhé nejdůležitější a vypovídají o práci jednotlivých oddělení. Do klíčových indikátorů lze zařadit počet stížností, nemocnost personálu, délka pobyt pacienta apod. Měly by být monitorovány každý měsíc. Třetími skupinou dělení podle důležitosti jsou popisné indikátory. Neřadíme je mezi důležitá data, ale jestliže se v průběhu času mění, je třeba jim přikládat náležitou pozornost. Posledním typem jsou tzv. nedůležitá data, která nám sice poskytují určitá data, ale tyto informace nám nesdělují nic důležitého.

Ve zdravotnických zařízeních probíhá mnoho procesů najednou. Není však možné monitorovat všechny. Každé zdravotnické zařízení by si proto mělo vybrat takové jevy, které jsou pro něho podstatné, zvolit si vlastní indikátory kvality zdravotnické péče, které bude sledovat a zvolit si také systém sběru dat a jeho vyhodnocování. Výběr a nastavení konkrétních indikátorů je jedním ze základních kroků při zavádění systému kvality. V dnešní době si již kvalitní péči bez efektivního využívání indikátorů nedokážeme představit (Škrla, 2003).

2.6 Indikátory kvality ošetrovatelské péče

Indikátory pro měření kvality ošetrovatelské péče definovala americká ošetrovatelská asociace (American Nurses Association – ANA). Rozeznáváme několik oblastí indikátorů: spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí, s tlumením bolesti, s množstvím a kvalitou poskytnutých informací, pracovní spokojenost sester, počet nehod, úrazů, pády pacientů, výskyt dekubitů, poměr jednotlivých kategorií ošetrovatelského personálu na ošetrující jednotce, celkový počet hodin strávených ošetrovatelskou péčí sestrami atd. (Vašátková, 2003).

Mezi nejčastější jevy, které jsou pro zdravotnická zařízení v ošetrovatelské péči podstatné, jsou výskyt dekubitů a pády pacientů.

2.6.1 Výskyt dekubitů

Dekubitus (proleženina) je poškození kůže, nebo tkání, vyvolané dlouhodobým tlakem nebo opakovanými třecími silami. Poškození tkání může být v rozsahu od erytému až po nekrózu postihující svaly, šlachy a kosti. Proleženiny se nejčastěji vyskytují na tzv. predilekčním místech. Jsou to místa v oblasti kostních vyvýšenin, kde je tuková a svalová vrstva mezi kůží a kostí nejslabší. Příkladem predilekčním míst je týlní krajina, oblast loktů, hřeben lopatek, výběžky obratlů na páteři, sakrální oblast, paty apod.

Dekubitus je většinou ostře ohraničený a počítá se vždy do infikovaných ran, kdy často dochází ke gangréně kůže a následnému rozpadu tkáně.

Na vzniku dekubitů se podílí celá řada faktorů. Dělí se na faktory vnější a vnitřní. Nejzávažnějším vnějším faktorem pro vznik dekubitu je přítomnost tlaku na pokožku. Intenzita a doba jeho působení má za následek komprese kapilár, následnou hypoxii, kdy dochází ke snížení zásobování tkáně kyslíkem a živinami, hromadí se zde metabolický odpad a následuje odumření tkáně. Dalším závažným vnějším faktorem je působení třecích a střížných sil. Třením o podložku dochází k poškozování povrchové vrstvy kůže, a tím klesá její obranná schopnost. Spojením tření se střížnými silami dochází k porušení cév, sníženému zásobování krví a ischemii. Za vnější faktor lze považovat i působení chemických vlivů na pokožku, kdy se vlivem moči a stolice zase narušují povrchové vrstvy kůže. Mezi vnitřní faktory se řadí vliv pohlaví, věku, tělesné hmotnosti. Dále také imobilita, která vede ztrátě spontánních pohybů a tudíž k nemožnosti aktivnímu zaujetí polohy a riziko vzniku dekubitu opět roste. Dále cévní faktory, inkontinence, stav výživy a hydratace. Mezi nejrizikovější faktory v oblasti výživy patří hyperproteinémie, nízký přísun vitamínu C a nedostatek zinku.

Dekubity se klasifikují do čtyř stupňů dle poškození kůže:

- První stupeň: tlaková léze bez poškození kůže projevující se zarudnutím
- druhý stupeň: tlaková léze s poškozením kůže projevující se povrchovými vředy
- třetí stupeň: tlaková léze se zničením tkáně mezi kostí a pokožkou, která se projevuje nektrózou podkožního tuku
- čtvrtý stupeň: tlaková léze provázená ostitidou a artritidou, projevující se postižením všech hlubších struktur.

Vzhledem k tomu, že jsou dnes dobře známé příčiny dekubitů, je znám i způsob jejich ošetřování a prevence. Kvalitní ošetrovatelská péče má význam nejen při léčení, ale také

při předcházení vzniku dekubitu. Nezastupitelné místo v prevenci vzniku dekubitu má pravidelné polohování pacienta. Významný vliv má i používání antidekubitních matrací, polohovacích lůžek a polohovacích pomůcek. Nesmírně důležité je dbát na dostatečnou výživu pacienta. V neposlední řadě je také nezbytná důkladná hygiena a ochrana pacienta před infekcí. V oblasti prevence dekubitů je nutná týmová, multioborová spolupráce. Tým je tvořen odborníky na ošetřování ran, nutričními terapeuty, epidemiology, sestrou pro sledování kvality ošetrovatelské péče a dalšími spolupracovníky (Mikula, 2008).

Aby mohla být prováděna kvalitní ošetrovatelská péče, musí se počet pacientů v riziku vzniku dekubitu a výskyt dekubitů monitorovat. V praxi se nejčastěji riziko vzniku dekubitu hodnotí podle Northonové hodnotící škály. Tato škála obsahuje devět parametrů aktuálního stavu pacienta, které mají přímý vztah k riziku vzniku dekubitu. U každého parametru sestra vybere podle skutečnosti jednu ze čtyř variant, která je vždy ohodnocena body od jednoho bodu do čtyř. Výsledné skóre vyjadřuje míru rizika. Rizikový pacient je každý, který dosáhne skóre 25 a méně. Riziko vysoké a velmi vysoké je u pacientů s výsledným skóre 18 a méně (Fiederová, 2008).

Dekubity se vyskytují ve všech zdravotnických či sociálních zařízeních u nás i ve světě. Vznik dekubitu je považován za významný ošetrovatelský problém, který vyžaduje pozornost personálu z důvodu snížení utrpení pacienta. Jejich výskyt vede k pocitu selhání u sester, nezřídka dochází k prodloužené hospitalizaci v nemocnici a ke zvýšení finančních nákladů na péči. Sledování výskytu dekubitů je významný indikátor kvality ošetrovatelské péče a sestry se jím zabývají už od devadesátých let v řadě nemocnic. Důvody sledování jsou především preventivní a ekonomické.

Za nejúčinnější způsob řešení problematiky dekubitů je považována včasná prevence. Je důležité mít zavedenou strategii pro prevenci. Jak již bylo uvedeno výše, vznik dekubitu závisí na přítomnosti a míře rizikových faktorů. Včasná identifikace těchto faktorů a jejich vyhodnocování je prvním krokem při prevenci. Identifikace rizikových faktorů umožňuje u rizikových pacientů aplikovat intenzivní opatření. Stupeň zvládnutí

tohoto procesu přímo odráží kvalitu ošetrovatelské péče. Za poruchu kvality je považován vznik nového dekubitu na pracovišti. Pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče je nutné vytvořit vhodný systém vedení ošetrovatelské dokumentace. Mezi základní postupy boje s dekubity patří zavádění a provádění standardizovaných postupů v prevenci i léčbě dekubitů a kvalitní vzdělávání zdravotnických pracovníků (Fiederová, 2008).

Ve světě je sledování dekubitů běžné, v ČR se tento proces rozvíjí. V ČR se problematikou prevence a léčby dekubitů zabývá Česká společnost pro léčbu ran (ČSLR). (Mikula, 2008) V roce 2008 se pod záštitou MZČR realizoval projekt „Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni“. Výstupem toho projektu je Metodika prevalenčního sledování rizika a výskytu dekubitů, která je uveřejněna ve Věštíku č.6/2009 (Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni, 2011). O rok později, v roce 2009, bylo MZČR převzetím tohoto projektu pověřeno Národní referenční centrum (NRC). Náplní projektu je zvýšení bezpečí a spokojenosti pacientů, zvýšení kvality jejich života, identifikace rizikových faktorů a zavádění preventivních opatření (Kožený, 2011).

2.6.2 Pády a zranění pacientů

Pády se v České republice považují za klíčový indikátor kvality při posuzování poskytované ošetrovatelské péče. Při zavádění systému zvyšování kvality, je řešení jejich problematiky jeden ze základních zájmů každého zdravotnického zařízení. Pád ve zdravotnickém zařízení je považován za nejčastější mimořádnou událost se všemi následky, které přináší. Může způsobit zranění, prodloužení hospitalizace a v neposlední řadě má také psychosociální dopad na pacienta. Zranění a strach z pádu u starších osob vede k upoutání na lůžko a následnému rozvoji imobilizačního syndromu. Dle statistik upadne 30 % seniorů nad 65 let jedenkrát za rok. Z celkového počtu je 25% pádů traumatické povahy. V neposlední řadě se také hovoří o 33 % nákladů, které jsou vynaloženy na léčbu jejich důsledků. (Svobodová, 2012) Jedná se o poplatky a výlohy související s prodlouženou hospitalizací, zajištění pečovatelské péče v domácím

prostředí pacienta, finanční zajištění následné rehabilitace, zakoupení zdravotnických pomůcek a v neposlední řadě také úprava domácnosti pacienta a vyřízení pojistky (Joint Commission Resources, 2007).

„Pádem označujeme neplánované klesnutí pacienta k podlaze nebo na povrch nižší než je pacient“. Pády představují velmi závažný problém, který vždy snižuje kvalitu života pacienta a je mu třeba věnovat patřičnou pozornost, jak ve zdravotnickém zařízení, tak i v domácí péči. Výskyt pádů se zvyšuje s věkem pacienta, s množstvím přidružených nemocí a s narůstající nesoběstačností (Vybíhalová, 2011).

Podle fenomenologického obrazu lze pády dělit na pády vzniklé skácením, zhroucením, zamrznutím, zakopnutím a na ostatní pády nediferencované. Pády skácením mohou způsobit přechodné poruchy rovnováhy. Pády zhroucením vyvolávají cerebelární onemocnění. Zamrznutím se rozumí zamrznutí jedné dolní končetiny při chůzi, kdy tělo dokončuje pohyb vpřed a pacient upadá. Zakopnout pacient může o nějaký předmět, nebo o svou vlastní končetinu, například u Parkinsonovy choroby (Joint Commission Resources, 2007).

Podle příčiny vzniku pádu můžeme dále pády rozdělit na mechanické a symptomatické. Mechanické pády vznikají z důvodu přítomnosti různých mechanických překážek v cestě pacienta. Procentuálně vyjádřená četnost výskytu tohoto druhu pádu se pohybuje okolo 25-30% ze všech pádů. Mezi mechanické překážky řadíme například používané kompenzační pomůcky, jakou jsou berle a hole. Dále potom nebezpečný mokrý povrch, prahy u dveří, schody, špatné osvětlení cesty, nevhodně rozmístěný nábytek apod. Symptomatické pády vznikají v důsledku působení vnitřních příčin při onemocnění somatickou nemocí. Tyto pády tvoří 70-75 % všech pádů (Šafránková, 2006). Příkladem somatických onemocnění, které nejčastěji pomáhají vzniku pádu a snižují stabilitu pacienta při chůzi, jsou neurologické a cerebrovaskulární onemocnění (např. Epilepsie, Parkinsonova choroba, cévní mozková příhoda). Další onemocnění způsobující pád jsou některá kardiovaskulární onemocnění (hypertenze, synkopa, arytmie). Na vzniku pádu se také podílí užívání některých léků jako například hypnotik,

sedativ, tricyklických antidepresiv, kardiotonik, antihypertenziv, perorálních antidiabetik apod. Další onemocnění podílející se na vzniku pádu jsou onemocnění pohybového aparátu (stavy po amputacích, svalové atrofie, smyslová onemocnění-poruchy zraku, metabolické poruchy-dehydratace, hypoglykemie) a v neposlední řadě také psychiatrické onemocnění (deprese, demence, delirium) apod. (Vybíhalová, 2011).

Každé zdravotnické zařízení by mělo na svých odděleních zavádět program ke snížení výskytu pádů a pravidelně vyhodnocovat jeho efektivitu. Takový program by měl být založen na sběru důležitých dat, názorů i potřeb personálu týkající se pádů. Od personálu je očekávána ochota hlásit a napravovat své chyby v poskytování ošetrovatelské péče, znalost rizik a preventivních opatření pro pacienty.

Základním atributem k úspěšnému zavedení programu pro snížení rizika pádu pacientů je především plný stav zdravotnického personálu. Při nedostatečném počtu zdravotníků při směně se riziko pádu pacienta úměrně zvyšuje. Je také velice důležité, aby mělo každé oddělení vytvořený funkční a dokonalý systém předávání směn, jak ústní, tak i písemný, jelikož neúplná informovanost při předávání směn má obrovský dopad na bezpečí pacienta. Každá nepatrná změna jeho zdravotního stavu a další postřehy personálu vyžadují pečlivé prozkoumání, předání dalším pracovníkům, písemné zaznamenání apod. Nedodržování takovýchto základních zásad bezpečnosti může vést k tomu, že následná preventivní opatření proti pádu mohou být nefunkční a nepřiměřená. Neustálá komunikace personálu o specifických potřebách pacientů je velmi žádoucí.

Do základních preventivních opatření patří identifikace rizikového pacienta a určení stupně jeho ohrožení pádem. Tento krok by měl být jeden z nejdůležitějších při příjmu pacienta na oddělení z hlediska poskytování kvalitní péče. Jak tento proces proběhne, si může každé zdravotnické zařízení zvolit samo, avšak musí být kvalitní a cílený, neboť je klíčový pro identifikaci rizikových faktorů a nastavování preventivních opatření. Neadekvátní hodnocení pacientova rizika a zdravotního stavu může vést k neadekvátním opatřením (Joint Commission Resources, 2007). Tato metoda

identifikace rizika pádu by měla být prováděna spolu s dalšími screeningovými metodami. Každé oddělení by mělo používat formulář pro zhodnocení tohoto rizika pro pacienta.

Po zhodnocení rizika pádu by mělo dojít k aplikaci potřebných preventivních opatření, které se týkají konkrétních činností, kterými jsou například bezpečné vstávání z lůžka, nácvičku sedu a chůze. Zdravotnický personál by měl zvýšit bezpečnost pro rizikového pacienta seznámením s rizikovými místy pokoje nebo oddělení. Úprava prostředí spočívá především v zajištění dostatečného osvětlení, jak ve dne, tak i v noci (Pracovní postup prevence pádu a zranění pacienta/klienta a jeho řešení, 2007). Vypínače a další osobní věci musí mít pacient vždy ve svém dosahu. Pro bezpečný pohyb po podlahách na oddělení je nutné neklamat pacienty naleštěnou podlahou, která by mohla vypadat jako mokrá, a tím vzbuzovat strach z přesunu pacienta. Používání protiskluzového povrchu je velmi důležité. Na chodbách nebo v místech pohybu pacienta by neměly být žádné přebytečné věci, které by vadily bezproblémovému pohybu. Pro bezpečný pohyb bez únavy je vhodné zřídit na chodbách odpočívadla, která by byla k dispozici pacientům každých 7-10 metrů, avšak tento krok je někdy velmi těžké uskutečnit z hlediska stavebního řešení oddělení.

Pacientovo lůžko by mělo být úměrně vysoké k jeho tělesné konstituci a výšce. Pokud by na oddělení nebyla k dispozici taková lůžka, lze tento problém alespoň částečně vyřešit přistavením stupátek k lůžku. Pro bezpečný pohyb pacienta v lůžku slouží postranice, které by měly být přiměřeně aplikovány vzhledem k aktivitě pacienta. Lůžko by mělo být dále vybaveno účinným systémem brzd a signalizací. Veškeré kompenzační pomůcky, které pacient používá k usnadnění pohybu, by měly být samozřejmě v dobrém technickém stavu. Rizikovým místem pro vznik pádu je koupelna, tudíž je nezbytné aplikovat preventivní opatření i zde (Joint Commission Resources, 2007).

Velmi důležitá je i důkladná edukace pacienta i jeho příbuzných o rizicích vzniku pádu a o výše uvedených bezpečnostních opatřeních. Jestliže již k pádu došlo, personál by měl minimalizovat komplikace zdravotního stavu a zajistit ošetření (Vybíhalová, 2011).

Do roku 2002 nebyla v ČR prováděna žádná studie o pádech hospitalizovaných pacientů. První zdravotnické zařízení, které sledovalo výskyt pádu, byla Fakultní Thomayerova nemocnice v Praze. V roce 2002 vznikl pod záštitou Sdružení fakulturních nemocnic národní projekt sledování indikátorů kvality ošetrovatelské péče „Pády pacientů při hospitalizaci“. Koordinátor tohoto projektu je Česká asociace sester (ČAS). Účast v tomto projektu je pro nemocnice dobrovolná. V roce 2010 bylo zúčastněno již 39 zdravotnických zařízení v ČR. V roce 2011 byla pro zapojené nemocnice zpřístupněna elektronická verze pro hlášení výskytu pádů na www.padovastudie.com. Tento portál slouží ke specifikaci a individualizaci pádu, uvádí se zde množství informací k jednotlivým pádům. Jsou to: věk pacienta, místo pádu, příčina pádu, stav lůžka, psychický stav pacienta, druh vyšetření, lokalizace a druh zranění, ošetření zranění a následný vývoj pádu. Sleduje se zde také celorepublikový indikátor kvality ošetrovatelské péče: Pády pacientů jako podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovatelských dnů. Celorepublikový průměr tohoto indikátoru je číslo 0,5 (Česká asociace sester, 2008).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Metodika výzkumné práce

Metodika sběru dat v bakalářské práci probíhala ve dvou rovinách v návaznosti na stanovené cíle. K prvnímu cíli „Zjistit jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče jsou nastaveny v nemocnicích řízených Krajem Vysočina“ jsem použila metodu vycházející z principů kvalitativního výzkumu, a to individuální, částečně standardizovaný rozhovor s hlavními sestrami nebo s manažery pro kvalitu. V Nemocnici Pelhřimov, p. o. jsem žádala o výzkumné šetření písemnou formou, souhlasné stanovisko mi bylo uděleno písemnou formou od náměstkyně ošetrovatelské péče a zároveň manažerky kvality. (viz příloha č. 1) V ostatních krajských nemocnicích jsem žádala o výzkumný rozhovor elektronickou formou. (viz. příloha č. 1) Ve všech nemocnicích zaujali souhlasné stanovisko k výzkumu. K druhému cíli „Vyhodnotit 1 společný indikátor kvality ošetrovatelské péče v Nemocnici Pelhřimov, p. o.“ jsem použila taktéž rozhovor s hlavní sestrou, zároveň manažerkou kvality, dále potom s vrchní sestrou interního oddělení a udělala jsem rozhovor i se sestrami interního oddělení pelhřimovské nemocnice. Byly mi poskytnuty statistické údaje k dalšímu zpracování. Byl mi také poskytnut přístup do internetové aplikace pádové studie, která slouží pro bližší specifikaci pádů a jejich průběžné hlášení. Pro svůj výzkum jsem zpracovala údaje z této studie.

3.2 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal ve všech nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina: V Nemocnici Pelhřimov, p. o., v Nemocnici Havlíčkův Brod, p. o., v Nemocnici Jihlava, p. o., v Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o. a v Nemocnici Třebíč, p. o. Výzkum probíhal od ledna 2012 do března 2012.

3.3 Zpracování dat

Pro zpracování dat, tabulek a grafů jsem použila počítačový program Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007.

3.4 Výsledky výzkumu

3.4.1 Sledované indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče v Nemocnici Pelhřimov, p. o.

Tabulka 1. Přehled sledovaných indikátorů kvality, které se týkají ošetrovatelské péče za období- rok 2011 v Nemocnici Pelhřimov, p. o.

	<i>Indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče</i>	<i>Zodpovídá a statisticky zpracovává</i>	<i>Způsob sledování</i>	<i>Poznámka</i>
1.	Pády pacientů	Náměstek ošetrovatelské péče, odbor informatiky	viz výzkum	projekt „Pády pacientů při hospitalizaci“ pod ČAS
2.	Výskyt dekubitů	Náměstek ošetrovatelské péče, odbor informatiky	elektronické hlášení do NIS	tento indikátor se sleduje v celém Kraji Vysočina stejnou metodikou
3.	Nozokomiální nákazy	Ústavní epidemiolog	NIS	výsledky zasílá náměstkovi léčebně-preventivní péče, náměstkovi ošetrovatelské péče a manažerovi kvality
4.	Počet nežádoucích událostí	Manažer kvality	průběžné elektronické hlášení	projekt Kabinetu veřejného zdravotnictví 3.LF UK

5.	Spokojenost pacientů	Manažer kvality	dotazník a písemné pochvaly	
6.	Spokojenost zaměstnanců	Personální oddělení	dotazník a písemné pochvaly	
7.	Stížnosti a pochvaly	Právník	vyhodnocují se pouze písemné stížnosti, pochvaly	
8.	Sledování soběstačnosti pacientů	Vrchní sestra	písemné protokoly	tento indikátor se sleduje pouze na oddělení DRJ

Pokračování ze str. 30 (NIS = nemocniční informační systém)

3.4.2 Sledované indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče v Nemocnici Havlíčkův Brod, p. o.

Tabulka 2. Přehled sledovaných indikátorů kvality, které se týkají ošetrovatelské péče za období- rok 2011 v Nemocnici Havlíčkův Brod, p. o.

	<i>Indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče</i>	<i>Zodpovídá a statisticky zpracovává</i>	<i>Způsob sledování</i>	<i>Poznámka</i>
1.	Pády pacientů	Náměstek pro kvalitu	zaznamenání pádu sestrou do NIS, vrchní sestra podá elektronické hlášení náměstkovi pro kvalitu	projekt „Pády pacientů při hospitalizaci“ pod ČAS
2.	Výskyt dekubitů	Náměstek pro ošetrovatelskou péči	sepsání každého dekubitu sestrou do protokolu o dekubitech, poté hlášení do NIS	tento indikátor se sleduje v celém Kraji Vysočina stejnou metodikou

3.	Nozokomiální nákazy	Klinický epidemiolog	NIS	
4.	Počet nežádoucích událostí	Náměstek pro kvalitu	NIS	do nežádoucích událostí jsou mimo jiné například zařazeny pády pacientů, verbální a brachiální napadení, medikační pochybení aj.
5.	Spokojenost pacientů	Sekretariát s náměstkem pro kvalitu	dotazníky	
6.	Spokojenost zaměstnanců	Personální oddělení	NIS	
7.	Hygienická dezinfekce rukou (HDR)	Sestra z nozokomiálního týmu	zpráva do NIS za celou nemocnici, 1* ročně	pomocí stěrů
8.	Stížnosti a pochvaly	Sekretariát s náměstkem pro kvalitu	NIS	forma elektronická, ústní, psaná

Pokračování ze str. 31,

3.4.3 Sledované indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče v Nemocnici Třebíč, p. o.

Tabulka 3. Přehled sledovaných indikátorů kvality, které se týkají ošetrovatelské péče za období- rok 2011 v Nemocnici Třebíč, p. o.

	<i>Indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče</i>	<i>Zodpovídá a statisticky zpracovává</i>	<i>Způsob sledování</i>	<i>Poznámka</i>
1.	Pády pacientů	Manažer pro kvalitu	písemný protokol, elektronické hlášení	projekt „Pády pacientů při hospitalizaci“ pod ČAS
2.	Výskyt dekubitů	Manažer pro kvalitu	písemný protokol, NIS	tento indikátor se sleduje v celém Kraji Vysočina stejnou metodikou
3.	Nozokomiální nákazy	Vedoucí lékař pro nozokomiální nákazy	NIS	
4.	Počet nežádoucích událostí	Manažer kvality	písemné protokoly	Projekt Kabinetu veřejného zdravotnictví 3. LF UK
5.	Spokojenost pacientů	Manažer kvality	dotazníky, připomínky, pochvaly, stížnosti	
6.	Spokojenost zaměstnanců	Manažer kvality	dotazníky	
7.	Počet neshod při příjmu biologického materiálu	Vedoucí laborant	písemné protokoly	

3.4.4 Sledované indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče v Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o.

Tabulka 4. Přehled sledovaných indikátorů kvality, které se týkají ošetrovatelské péče za období- rok 2011 v Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o.

	<i>Indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče</i>	<i>Zodpovídá a statisticky zpracovává</i>	<i>Způsob sledování</i>	<i>Poznámka</i>
1.	Pády pacientů	Vrchní sestra, dále předává hlášení na oddělení kvality	písemné protokoly nebo el. hlášení	projekt „Pády pacientů při hospitalizaci“ pod ČAS
2.	Výskyt dekubitů	Vrchní sestra, dále předává hlášení na oddělení kvality	písemné protokoly nebo el. hlášení	tento indikátor se sleduje v celém Kraji Vysočina stejnou metodikou
3.	Nozokomiální nákazy	Vrchní sestra, dále předává hlášení na oddělení kvality	písemné protokoly nebo el. hlášení	
4.	Počet nežádoucích událostí	Vrchní sestra, dále předává hlášení na oddělení kvality	písemné protokoly nebo el. hlášení	Projekt Kabinetu veřejného zdravotnictví 3.LF UK
5.	Spokojenost pacientů	Vrchní sestra, dále předává hlášení na oddělení kvality	písemné protokoly nebo el. hlášení	
6.	Spokojenost zaměstnanců	Vrchní sestra, dále předává hlášení na oddělení kvality	písemné protokoly nebo el. hlášení	
7.	Stížnosti a pochvaly	Vrchní sestra, dále předává hlášení na oddělení kvality	anketní listky	
8.	Komplikace při zavedení i.v. kanyly	Vrchní sestra, dále předává hlášení na oddělení kvality	písemné protokoly nebo el. hlášení	tento indikátor není celoustavní, byl zvolen jen na některých odděleních

3.4.5 Sledované indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče v Nemocnici Jihlava, p. o.

Tabulka 5. Zobrazuje přehled sledovaných indikátorů kvality, které se týkají ošetrovatelské péče za období- rok 2011 v Nemocnici Jihlava, p. o.

	<i>Indikátory kvality, které se týkají ošetrovatelské péče</i>	<i>Zodpovídá a statisticky zpracovává</i>	<i>Způsob sledování</i>	<i>Poznámka</i>
1.	Pády pacientů	Manažer kvality	el. hlášení do NIS	projekt „Pády pacientů při hospitalizaci“ pod ČAS
2.	Výskyt dekubitů	Manažer kvality	el. hlášení do NIS vrchní sestrou	tento indikátor se sleduje v celém Kraji Vysočina stejnou metodikou
3.	Nozokomiální nákazy	Epidemiologická sestra	1. hlášení lékařem do NIS 2. aktivní vyhledávání epidemiologickou sestrou	
4.	Počet nežádoucích událostí	Manažer kvality	el. hlášení vrchní sestrou	Projekt Kabinetu veřejného zdravotnictví 3.LF UK
5.	Spokojenost pacientů	Manažer kvality	anketa 2* ročně	
6.	Spokojenost zaměstnanců	Manažer kvality	anketa 1* ročně	
7.	Stížnosti a pochvaly	Pracovnice pro styk s veřejností	vyhodnocují se pouze písemné stížnosti	při výskytu vážnější stížnosti zasedá ústavní komise
8.	Katérové sepse	Manažer kvality	1* měsíčně i. v. kanyla na vyš. hemokultury	tento indikátor se sleduje pouze na oddělení ARO
9.	Sledování počtu neshod v preanalytické fázi vyšetření	Manažer kvality	el. hlášení	tento indikátor není celoústavní, sleduje na oddělení komplementu

3.4.6 Pády pacientů, jako indikátor kvality ošetrovatelské péče na interním oddělení v Nemocnici Pelhřimov, p. o.

Při příjmu pacienta na interní oddělení pelhřimovské nemocnice se postupuje dle platného standardu „Péče o nemocné s rizikem pádu a zranění“, číslo S 06 008. Každý pacient podstupuje vstupní hodnocení rizika pádu. Sestra odebere vstupní ošetrovatelskou anamnézu, při které hodnotí psychický a sociální stav pacienta, případnou pomoc při poskytování denní péče, fyzický stav, přítomnost kompenzačních pomůcek, a to vše zaznamená do ošetrovatelské dokumentace. Pro hodnocení stupně soběstačnosti sestra použije Barthelův test (viz příloha č. 2), který se rovněž zakládá do dokumentace pacienta. Po zhodnocení těchto parametrů sestra určí míru rizika pádu a zranění a sestaví ošetrovatelský proces se specifickými potřebami tohoto pacienta a zavede preventivní opatření proti vzniku pádu. V ošetrovatelské dokumentaci se riziko pádu značí červeným nadpisem „riziko pádu“ a lůžko pacienta se označí červenou páskou. Dále sestra provede edukaci pacienta (popř. jeho rodiny) o riziku pádu, a tu též zaznamená do dokumentace. Automaticky se do rizika pádu zařazují pacienti, kteří používají nějaké kompenzační pomůcky, věkem přesahují hranici 65 let, a u kterých v posledním roce došlo k pádu. Jestliže na oddělení pacient upadne, službu konající sestra zhodnotí fyziologické funkce a v případě zranění zajistí příslušná vyšetření a ošetření, která indikuje lékař. Vše je zaznamenáno v dokumentaci pacienta. Je vyplněn „Protokol o pádu nemocného“ (viz příloha č. 3) a nový „Barthelův test“. Sestra následně provede nutná preventivní opatření před případnou recidivou pádu. Tato skutečnost je předána v podobě kopie dokumentace na ředitelství nemocnice. Poté jsou znovu přehodnocena preventivní opatření u konkrétního pacienta. Nemocnice Pelhřimov, p. o. je od roku 2002 partnerem v projektu ČAS (viz výše). V průběhu roku 2011 byla papírová forma hlášení nahrazena elektronickým hlášením, což vedlo ke zjednodušení a přehlednosti celého procesu a zároveň k zapojení do celonárodního projektu.

Vyhodnocení dat z pádové studie na interním oddělení v Nemocnici Pelhřimov, p. o. za rok 2011

Počet pádů na celkový počet hospitalizovaných pacientů na interním oddělení

Tabulka 6. Počet pádů na celkový počet hospitalizovaných pacientů na interním oddělení za rok 2011 (zdroj lůžkový fond Nemocnice Pelhřimov, p. o.)

Celkový počet pacientů hospitalizovaných na interním oddělení za rok 2011	3024
Celkový počet pádů na interním oddělení za rok 2011	73
Procentuální zhodnocení	2,5%

Na interním oddělení Nemocnice Pelhřimov, p. o. bylo za rok 2011 hospitalizováno 3024 pacientů. Z počtu 3024 hospitalizovaných utrpělo 73 pacientů (tj. 2,5%) po dobu pobytu na interním oddělení pád.

Indikátor kvality

Indikátor kvality ošetrovatelské péče je hodnocen jako **podíl zraněných z pádu na 1000 ošetrovatelských dnů.**

Tabulka 7. Indikátor kvality ošetrovatelské péče

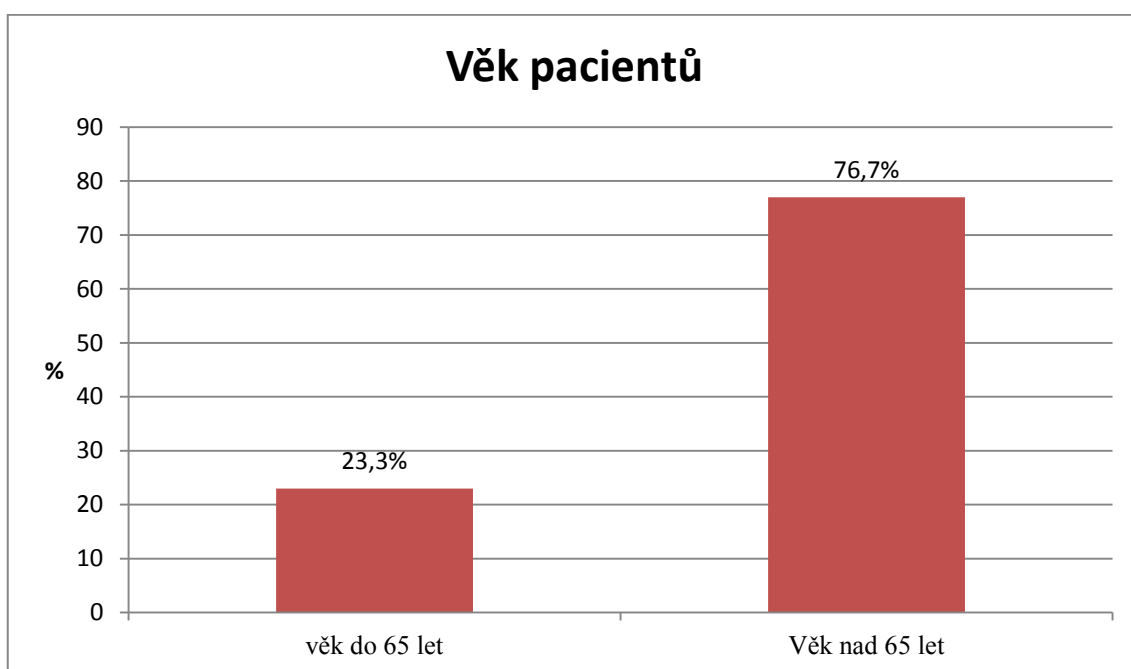
Počet ošetrovacích dnů na interním oddělení za rok 2011	21733
Celkový počet zraněných po pádu	24
Indikátor kvality	1,1

Výpočet indikátoru: $24/(21733/1000)=1,1$

Věk pacientů, kteří utrpěli pád

Tabulka 8. Věk pacientů

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Věk do 65 let	17	23,3%
Věk nad 65 let	56	76,7%
Celkový počet	73	100%



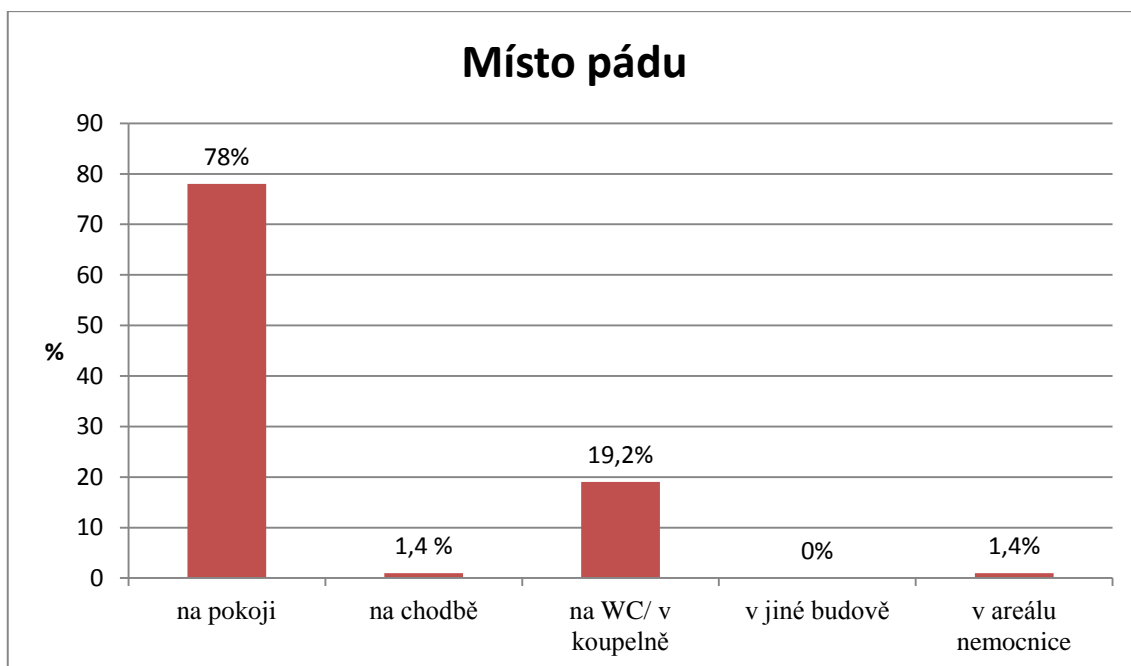
Graf 1. Věk pacientů

Z celkového počtu pacientů, kteří utrpěli pád, bylo 76,7% pacientů (tj. 56), ve věku více jak 65 let. 23,3% pacientů (tj. 17), kteří utrpěli pád, byli mladší než 65 let.

Místo pádu

Tabulka 9. Místo pádu

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Na pokoji	57	78%
Na chodbě	1	1,4%
Na WC/ v koupelně	14	19,2%
V jiné budově	0	0%
V areálu nemocnice	1	1,4%
Celkový počet pádů	73	100%



Graf 2. Místo pádu

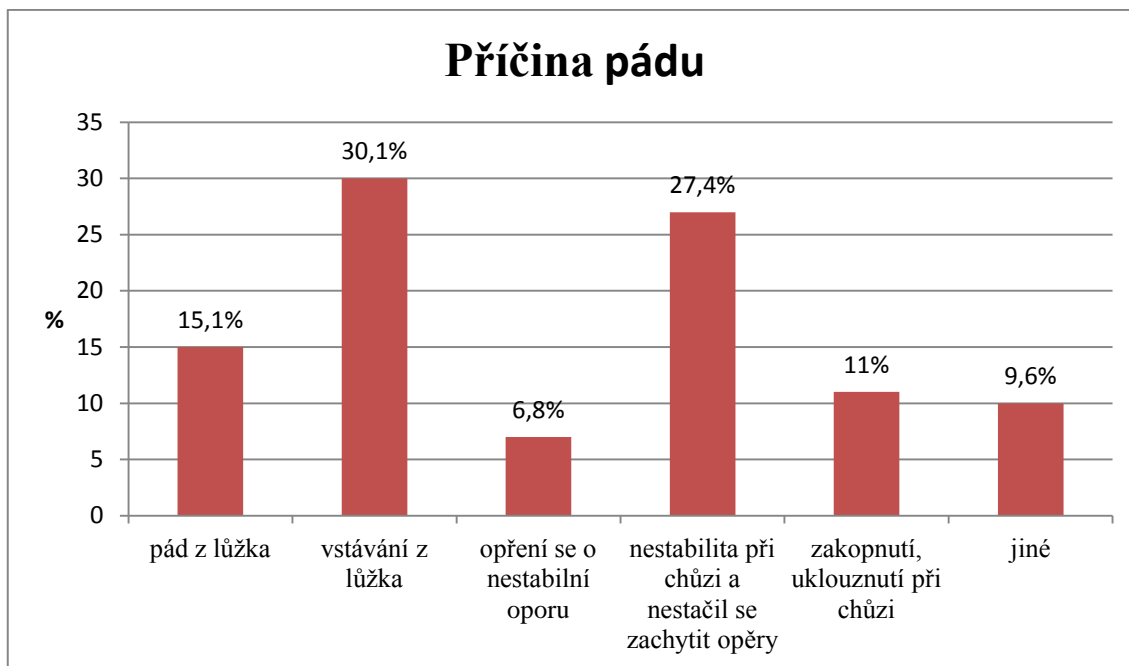
Nejčastějším místem, kde k pádu došlo, byl pokoj pacientů. Upadlo zde 78% (tj. 57) pacientů. Druhým místem, kde nejčastěji dochází k pádům, je WC či koupelna, stalo se

zde 19,2 % pádů (tj. 14). Na chodbě oddělení došlo k incidentu v 1,4%, tj. k 1 pádu. 1,4% pádů, tj. 1 pád, se stal v areálu nemocnice. Žádný pád se nestal v jiné budově.

Příčina pádu

Tabulka 10. Příčina pádu

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Pád z lůžka	11	15,1%
Vstávání z lůžka	22	30,1%
Opření se o nestabilní oporu	5	6,8%
Nestabilita při chůzi a nestačil se zachytit opěry	20	27,4%
Zakopnutí, uklouznutí při chůzi	8	11%
Jiné	7	9,6%
Celkový počet pádů	73	100%



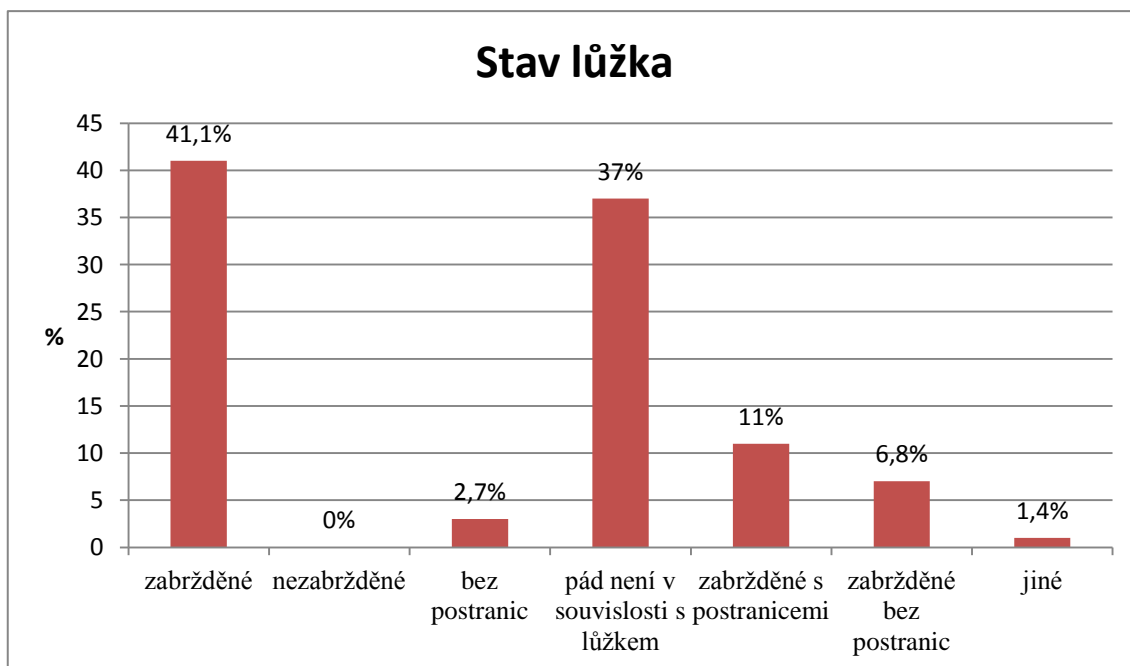
Graf 3. Příčina pádu

Z celkového počtu pádů, se 30,1 %, tj. 22 případů, stalo v souvislosti se vstáváním z lůžka. Druhou nejčastější příčinou pádu byla nestabilita při chůzi, kdy se pacient nestačil zachytit opěry, s procentuálním zastoupením 27,4 %, tj. 20 případů. 15,1% pádů, tj. 11, mělo jako příčinu pád přímo z lůžka. Při zakopnutí či uklouznutí při chůzi upadlo 11% pacientů, tj. 8. V 9,6% nebyly příčiny specifikovány. Poslední místo zaujímá se 6,8 % možnost, kdy se pacient opřel o nestabilní oporu a následoval pád.

Stav lůžka

Tabulka 11. Stav lůžka

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Zabrzděné	30	41,1%
Nezabrzděné	0	0%
Bez postranic	2	2,7%
Pád není v souvislosti s lůžkem	27	37%
Zabrzděné s postranicemi	8	11%
Zabrzděné bez postranic	5	6,8%
Jiné	1	1,4%
Celkový počet pádů	73	100%



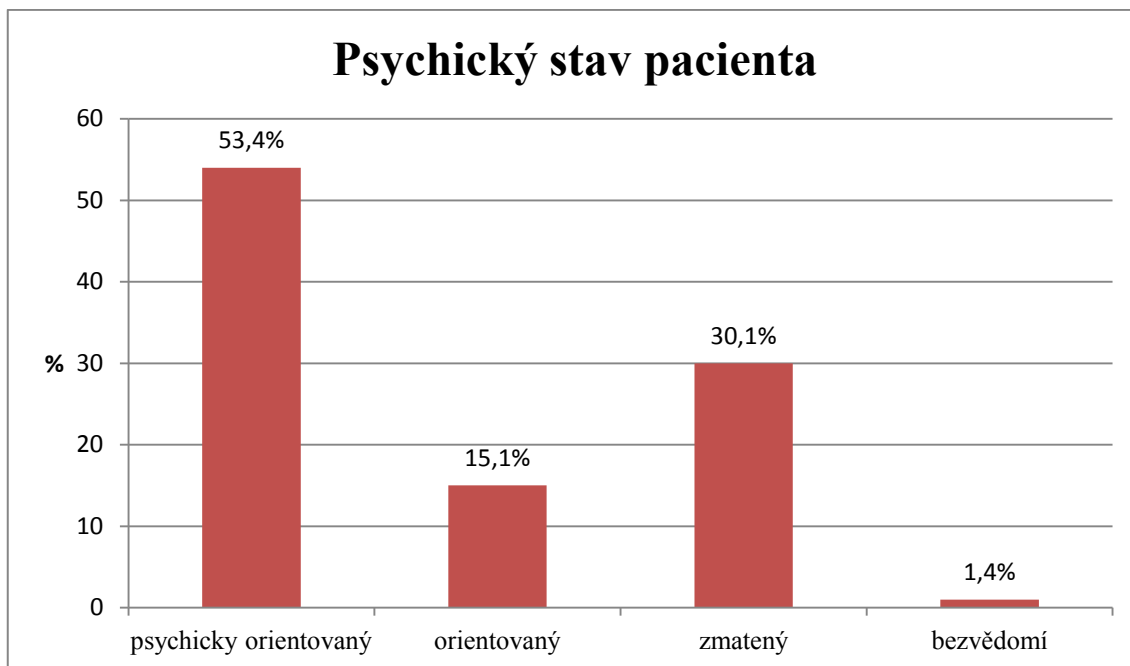
Graf 4. Stav lůžka

U 41,1%, tj. 30 případů, bylo pacientovo lůžko v zabrzděném stavu. V 37%, tj. v 27 případech nebyl pád v souvislosti s lůžkem. V 11%, tj. v 8 případech bylo zabrzděné lůžko pacienta doplněno o postranice. V 6,8%, tj. v 5 případech bylo lůžko sice zabrzděné, ale nebylo vybaveno postranicemi. K 1,4% incidentů bylo zvolena možnost „jiné“, tj. blíže nespecifikovaný stav lůžka. Nezabrzděné lůžko se neobjevilo u žádného případu.

Psychický stav pacienta

Tabulka 12. Psychický stav pacienta

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Psychicky orientovaný (dovede si vysvětlit, jak k pádu došlo)	39	53,4%
Orientovaný (nedovede si vysvětlit, jak k pádu došlo)	11	15,1%
Zmatený (neví, jak k pádu došlo)	22	30,1%
Bezvědomí	1	1,4%
Celkový počet pádů	73	100%



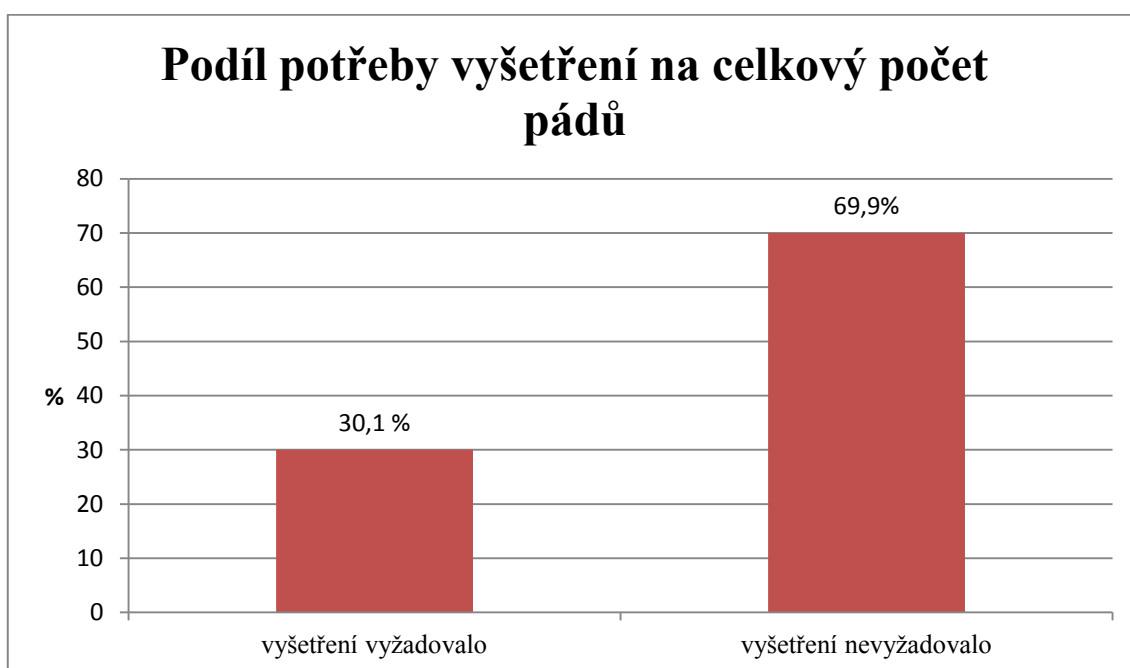
Graf 5. Psychický stav pacienta

Z celkového počtu pacientů, kteří upadli, bylo 53,4%, tj. 39, psychicky orientovaných, tedy byli schopni danou událost bez problému popsat a vyvodit příčinu. 30,1 %, tj. 22 pacientů však bylo zmatených a nevěděli, jak k pádu došlo nebo, že se vůbec ocitli na zemi. Termín „orientovaný“ označuje pacienta, který sice ví, že upadl, ale nedovede popsat příčinu, takových pacientů bylo 15,1 %, tj. 11. Ve 1,4 % vedl pád k bezvědomí pacienta.

Podíl vyšetření

Tabulka 13. Podíl potřeby vyšetření na celkový počet pádů

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Vyšetření vyžadovalo	22	30,1%
Vyšetření nevyžadovalo	51	69,9%
Celkový počet pádů	73	100%



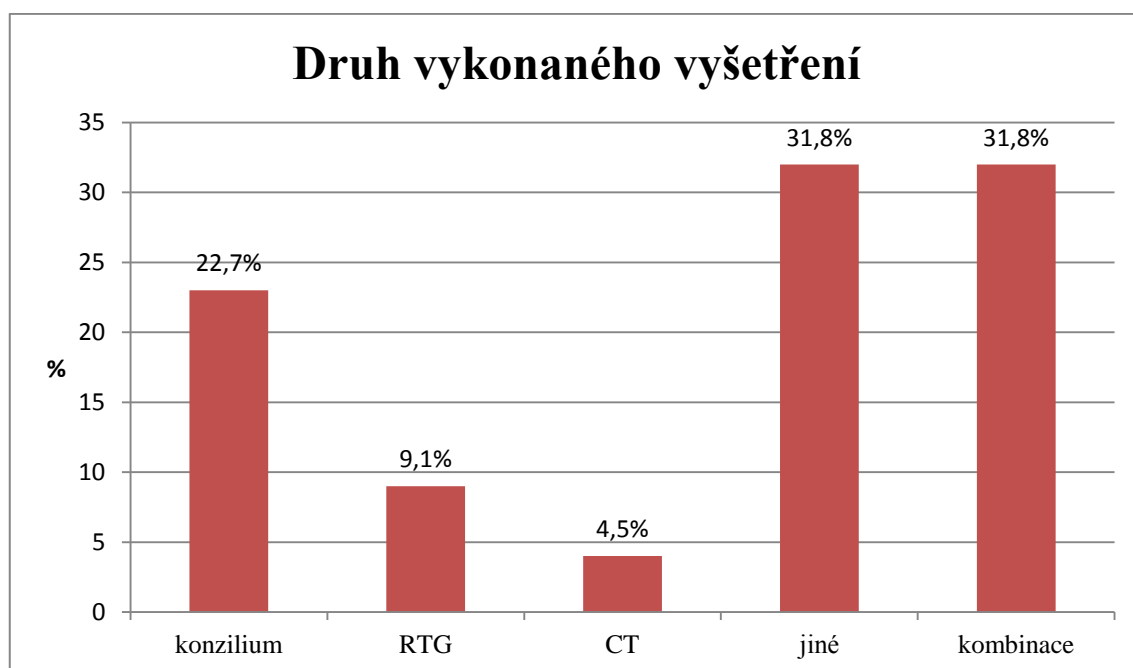
Graf 6. Podíl potřeby vyšetření na počet celkový počet pádů

69,9 %, tj. 51 pacientů po pádu nevyžadovalo žádné vyšetření. U 30,1 %, tj. 22 pacientů bylo vyšetření indikováno.

Druh vykonaného vyšetření

Tabulka 14. Druh vykonaného vyšetření

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Konzilium	5	22,7%
RTG	2	9,1%
CT	1	4,5%
Jiné	7	31,8%
Kombinace	7	31,8%
Celkový počet vyšetřených pacientů	22	100%



Graf 7. Druh vykonaného vyšetření

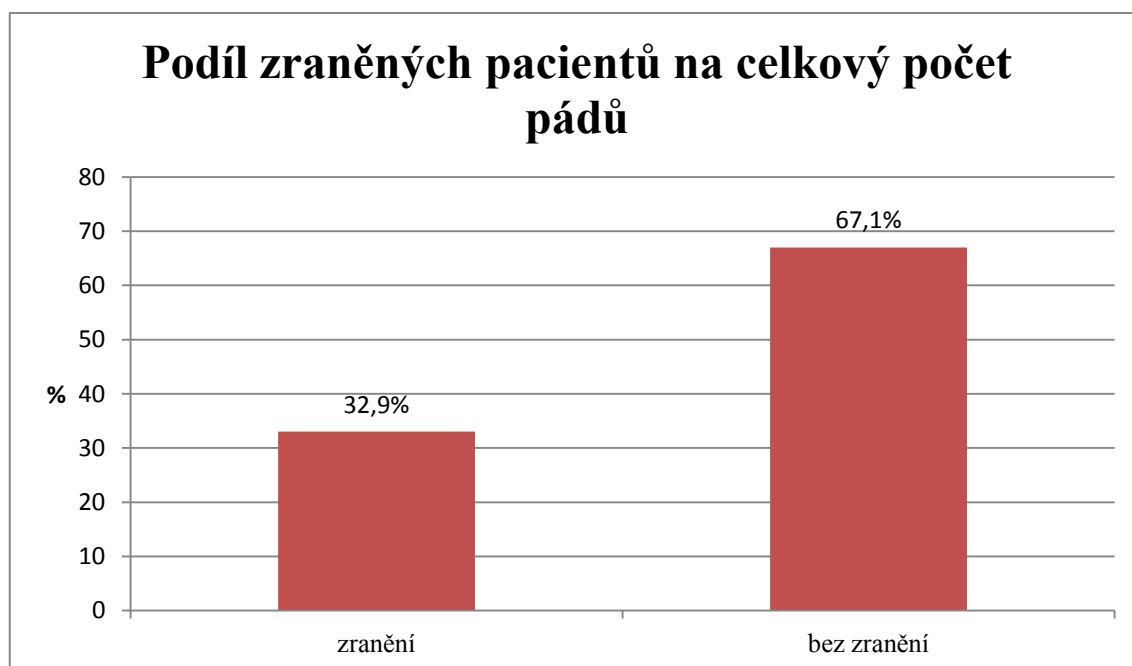
Z celkového počtu 22 pacientů, kterým po pádu bylo indikováno vyšetření, bylo poskytnuto buď vyšetření jiné, blíže nespecifikované, nebo kombinace vyšetření výše uvedených. Obě dvě vyšetření zaujímají první pozici s 31,8%, tj. 7 případů. Jako druhé

nejčastěji poskytnuté vyšetření bylo konzilium, tj. 22,7%, tj. u 5 pacientů. 9,1%, tj. 2 pacientům bylo provedeno samostatné rentgenové vyšetření RTG. U 4,4% pacientů lékař ordinoval samostatné CT vyšetření.

Podíl zraněných pacientů na celkový počet pádů

Tabulka 15. Podíl zraněných pacientů na celkový počet pádů

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
zranění	24	32,9%
bez zranění	49	67,1%
Celkový počet pádů	73	100%



Graf 8. Podíl zraněných pacientů na celkový počet pádů

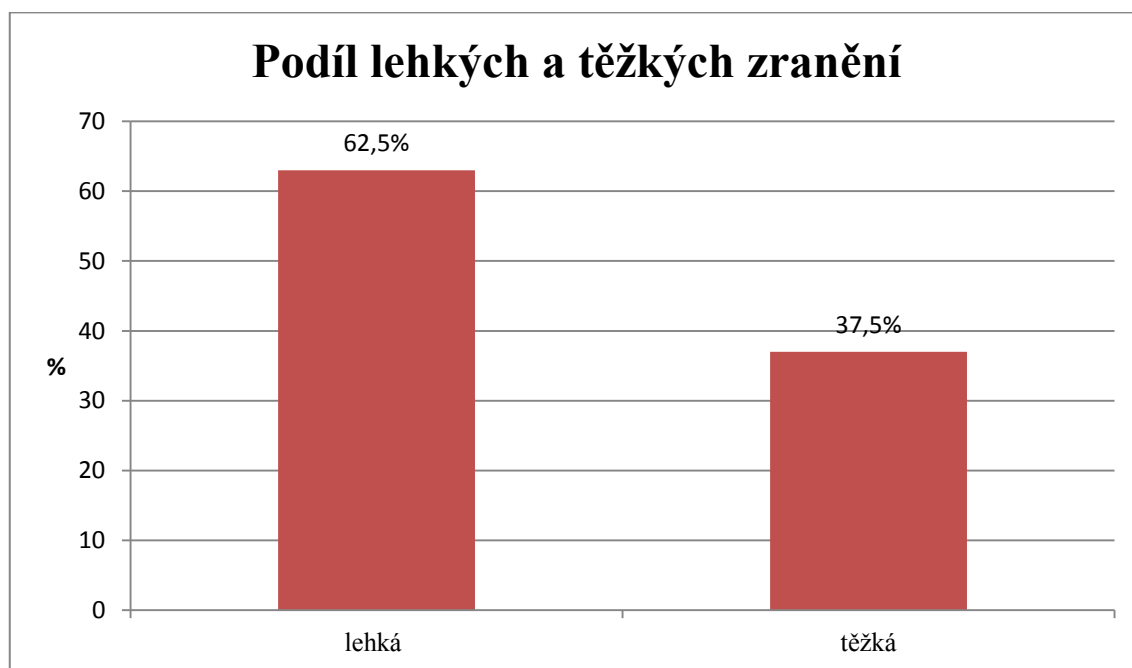
67,1%, tj. 49 ze všech pádů bylo bez zranění pacienta. V 32,9% případů, tj. 24, utrpěli pacienti nějaké zranění.

Podíl lehkých a těžkých zranění

Celkový počet zraněných pacientů byl 24. V tabulce 15. je zahrnuta možnost, že jeden pacient mohl utrpět více zranění. Každé zranění je bráno jako samostatně existující, tudíž došlo celkem k 32 zraněním. Systém dělení zranění je převzat z www.cnna.cz.

Tabulka 16. Podíl lehkých a těžkých zranění

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Lehká zranění	20	62,5%
Těžká zranění	12	37,5%
Celkový počet zranění	32	100%



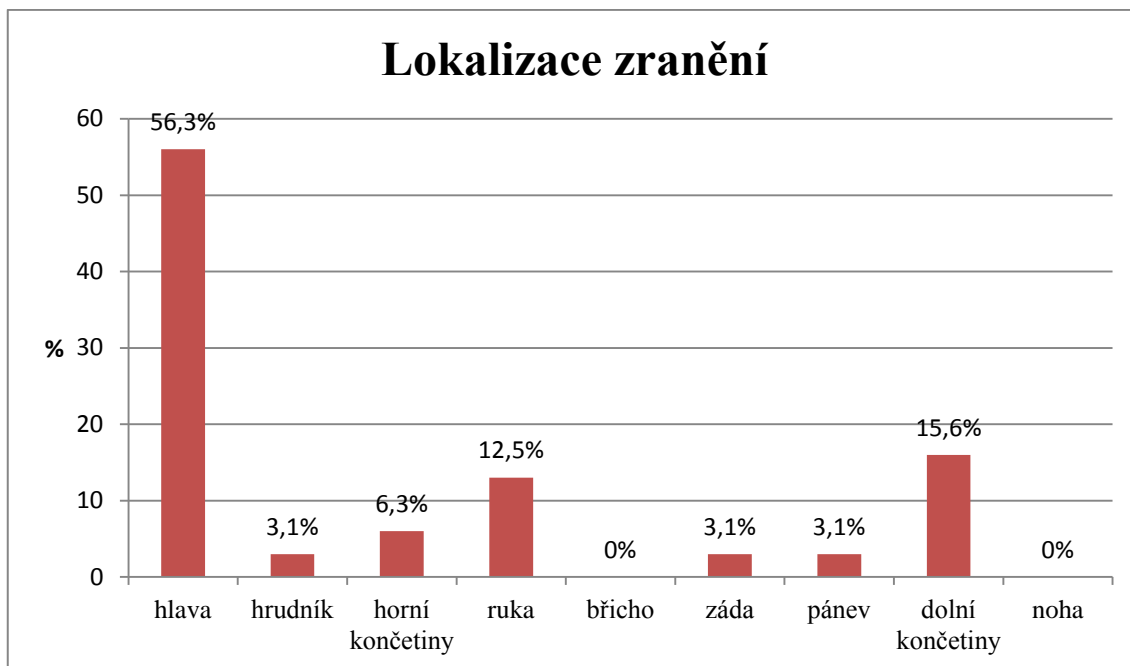
Graf 9. Podíl lehkých a těžkých zranění

Z celkového počtu pádů utrpělo 20 pacientů, tj. 62,5% lehká zranění. Těžké zranění, jako následek pádu utrpělo 12 pacientů, tj. 37,5 %.

Lokalizace zranění

Tabulka 17. Lokalizace zranění

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Hlava	18	56,3%
Hrudník	1	3,1%
Horní končetiny	2	6,3%
Ruka	4	12,5%
Břicho	0	0%
Záda	1	3,1%
Pánev	1	3,1%
Dolní končetiny	5	15,6%
Noha	0	0%
Celkový počet zranění	32	100%



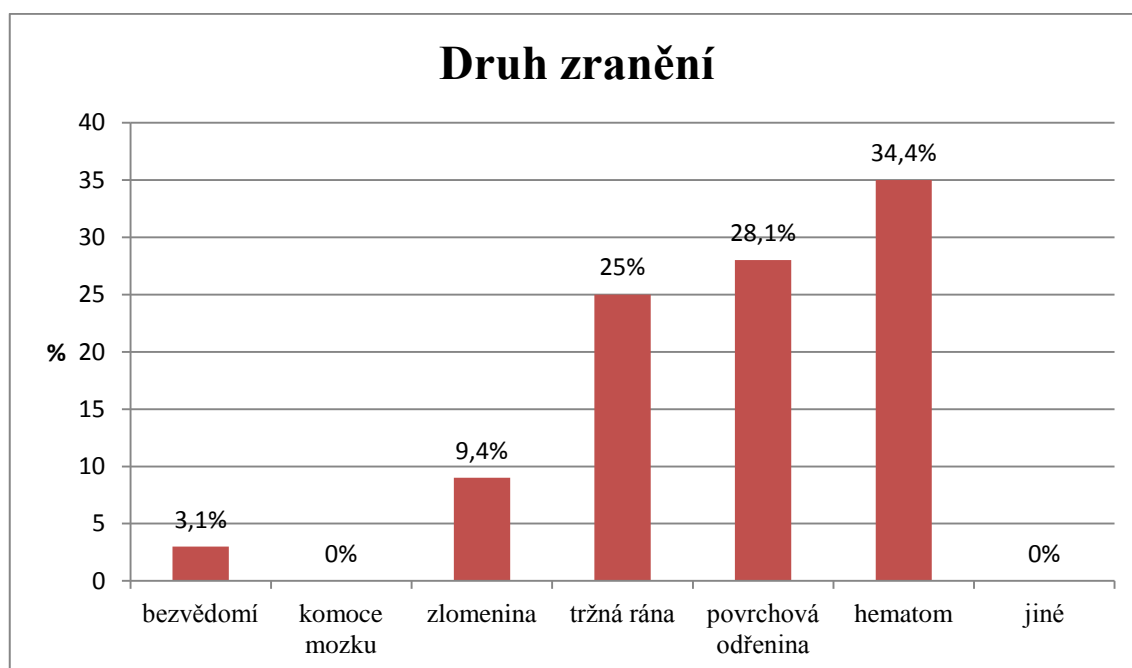
Graf 10. Lokalizace zranění

Z celkového počtu vzniklých zranění, tj. 32, bylo 56,3% na hlavě. Na druhém místě v lokalizaci zranění jsou se 15,6% dolní končetiny. 12,5% zranění vzniklo na ruce. Horní končetiny byly postiženy v 6,3% případů. Ve 3,1% se pacienti zranili na hrudníku, zádech a pánvi. Noha a břicho nebyly ani v jednom případě poškozeny.

Druh zranění

Tabulka 18. Druh zranění

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Bezvědomí	1	3,1%
Komoce mozku	0	0%
Zlomenina	3	9,4%
Tržná rána	8	25%
Povrchová odřenina	9	28,1%
Hematom	11	34,4%
Jiné	0	0%
Celkový počet zranění	32	100%



Graf 11. Druh zranění

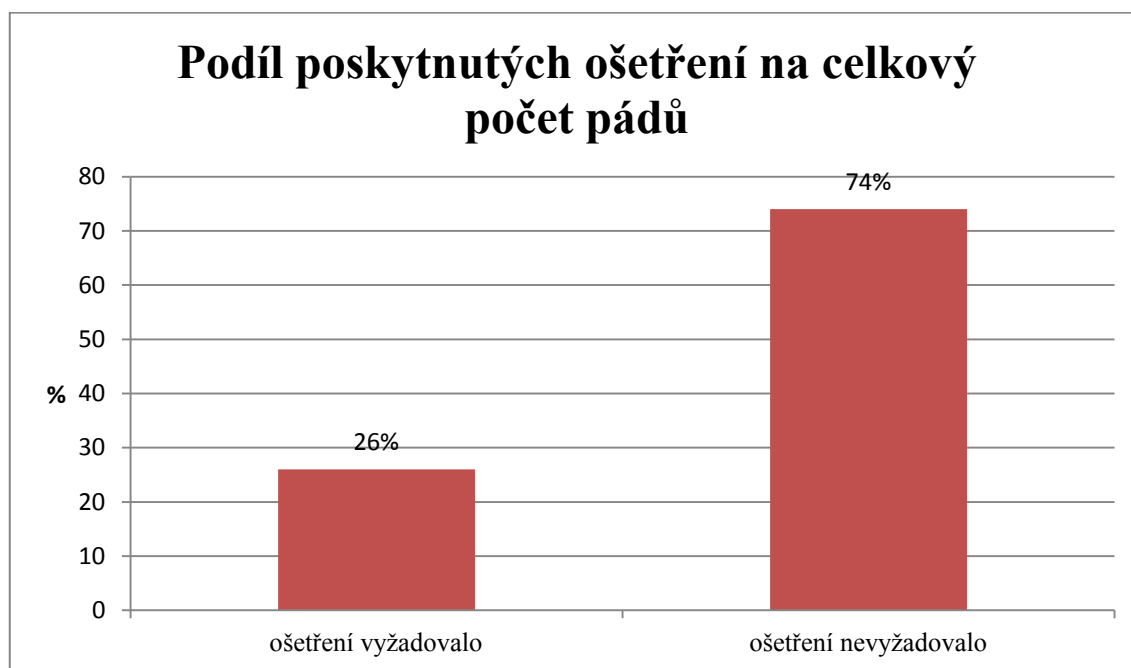
Z celkové počtu zranění, tj. 32, byl ve 34,4% následkem pádu způsoben hematom. Druhé nejčastější zranění byla povrchová odřenina, s 28,1%. Třetí nejčastější zranění

v důsledku pádu byl vznik tržné rány, tj. 25%. V 9,4% pacienti utrpěli zlomeninu. V bezvědomí skočilo 3,1% případů. Komoce mozku nebyla ani v jednom případě. Nedošlo ani k žádnému jinému, blíže nespecifikovanému zranění.

Podíl poskytnutých ošetření na celkový počet pádů

Tabulka 19. Podíl poskytnutých ošetření na celkový počet pádů

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Ošetření vyžadovalo	19	26%
Ošetření nevyžadovalo	54	74%
Celkový počet pádů	73	100%



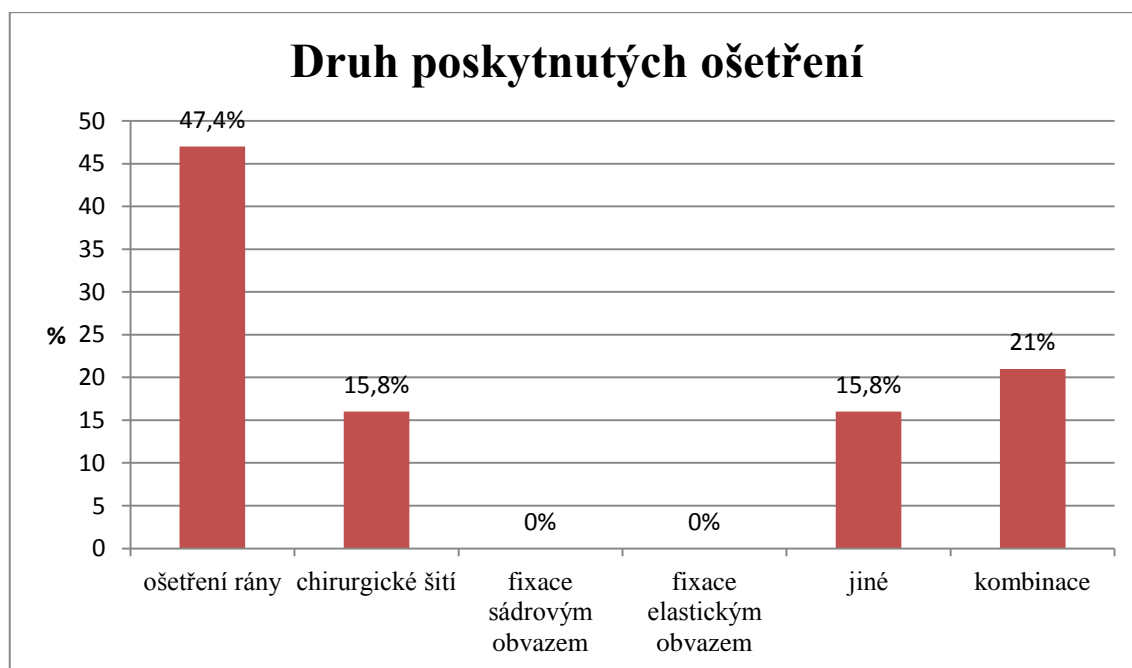
Graf 12. Podíl poskytnutých ošetření na celkový počet pádů

Z celkového počtu pádů vyžadovalo ošetření 19 pacientů, tj. 26%. Zbylým 74% pacientů žádné ošetření nebylo indikováno.

Druh poskytnutých ošetření

Tabulka 20. Druh poskytnutých ošetření

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Ošetření rány	9	47,4%
Chirurgické šití	3	15,8%
Fixace sádrovým obvazem	0	0%
Fixace elastickým obvazem	0	0%
Jiné	3	15,8%
Kombinace	4	21%
Celkový počet ošetřených	19	100%



Graf 13. Druh poskytnutých ošetření

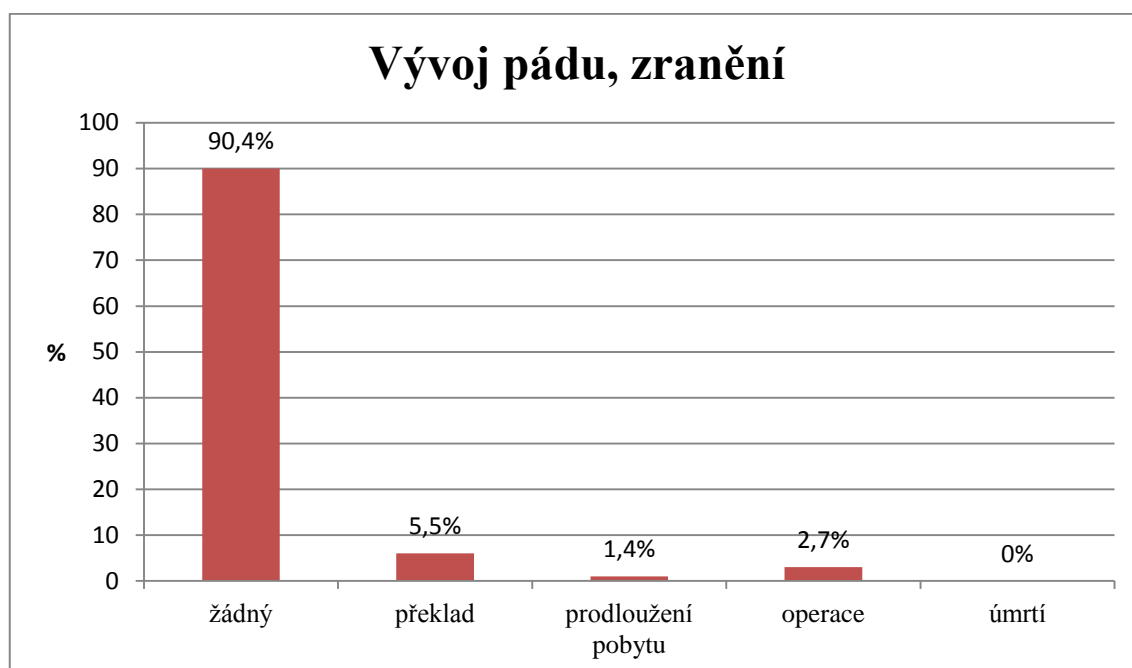
Z celkového počtu pacientů, kteří vyžadovali ošetření svého zranění, tj. 19 pacientů, bylo v 47,4% poskytnuto ošetření rány. Ve 21% případů bylo nutno pacienta ošetřit vícero způsoby, tj. kombinací. Chirurgické šití a jiné, blíže nespecifikované ošetření,

bylo poskytnuto 15,8% pacientů, tj. 3. Fixace sádrovým nebo elastickým obvazem nebylo nutno použít v žádném případě.

Vývoj pádu, zranění

Tabulka 21. Vývoj pádu, zranění

Možnosti	Počet	Procentuální zhodnocení
Žádný	66	90,4%
Překlad	4	5,5%
Prodloužení pobytu	1	1,4%
Operace	2	2,7%
Úmrtí	0	0%
Celkový počet pádů	73	100%



Graf 14. Vývoj pádu, zranění

V 90,4% neměl vzniklý pád žádný vývoj. K překladu muselo dojít v 5,5 % . Ve 2,7% pacient musel podstoupit operaci kvůli vzniklým následkům pádu a k prodloužení hospitalizace došlo pouze u 1,4%. Nedošlo k žádnému úmrtí, tudíž 0%.

4 DISKUZE

Pro svou bakalářskou práci jsem si stanovila 5 hypotéz:

1. Všechny nemocnice řízené Krajem Vysočina sledují alespoň 7 indikátorů kvality týkající se ošetrovatelské péče.
2. Nemocnice řízené Krajem Vysočina mají alespoň 4 společné indikátory kvality týkající se ošetrovatelské péče.
3. Na interním oddělení v Nemocnici Pelhřimov, p. o. došlo za rok 2011 ke 100 pádům pacientů.
4. Více jak 50% pacientů, kteří upadli, neutrpělo žádné zranění.
5. V rámci benchmarkingu byl na interním oddělení v Nemocnici Pelhřimov, p. o. za rok 2011 dosažen stejný nebo lepší výsledek než je celorepublikový průměr.

První hypotéza se v průměru **potvrdila**. Sledované indikátory kvality ošetrovatelské péče zobrazují tabulky 1,2,3,4,5. V pelhřimovské nemocnici sledují 8 indikátorů kvality ošetrovatelské péče. V havlíčkobrodské nemocnici sledují také 8 indikátorů. V Nemocnici Třebíč, p. o. mají nastaveno 7 indikátorů. V Nemocnici Nové Město na Moravě, p.o. se zabývají sledováním 8 indikátorů a v jihlavské nemocnici mají nastaveno 9 indikátorů.

Druhá hypotéza se **potvrdila**. Všechny nemocnice řízené Krajem Vysočina mají 6 společných indikátorů. Jsou to pády pacientů, výskyt dekubitů, nozokomiální nákazy, počet nežádoucích událostí, spokojenost pacientů a spokojenost zaměstnanců. V každé nemocnici, kromě třebíčské, sledují stížnosti a pochvaly. V Nemocnici Pelhřimov, p. o. mají navíc nastaven indikátor kvality ošetrovatelské péče, který nazývají „Sledování soběstačných pacientů“ a týká se pouze doléčovací a rehabilitační jednotky (jedná se o následnou péči). V Nemocnici Třebíč, p. o., navíc sledují počet neshod při příjmu

biologického materiálu. V Nemocnici Havlíčkův Brod, p. o. mají navíc nastaveno sledování indikátoru „Hygienická dezinfekce rukou“. V Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o. mají zaveden indikátor „Komplikace při zavádění i. v. kanyly“. Tento indikátor však není celoustavní, ale zvolila si ho jen některá oddělení, dle uvážení vrchním sester. V Nemocnici Jihlava, p. o. mají navíc nastavený indikátor „Katérové infekce na oddělení ARO“. Dále vyhodnocují počty neshod v preanalytické fázi vyšetření.

Třetí hypotéza se nepotvrdila. Této hypotéze odpovídá tabulka 6. Z dat z pádové studie vychází, že za rok 2011 došlo na interním oddělení pelhřimovské nemocnice k 73 pádům, na rozdíl od předpokládaného počtu 100 pádů.

Čtvrtá hypotéza se potvrdila. Výsledek zobrazuje tabulka 15. Ze zjištěných dat vyplývá, že z celkového počtu pacientů, kteří utrpěli na oddělení pád, jich 67 %, tj. 49 neutrpělo žádné zranění. Naopak, zraněno bylo 33% pacientů, tj. 24.

Pátá hypotéza se nepotvrdila. Tuto hypotézu vyvrací tabulka 7. Z dat lůžkového fondu Nemocnice Pelhřimov, p. o. a následného výpočtu indikátoru kvality ošetrovatelské péče, vychází indikátor kvality 1,1. Celorepublikový průměr indikátoru kvality pro pády pacientů, dle České asociace sester, je číslo 0,5. V rámci benchmarkingu tedy interní oddělení v pelhřimovské nemocnici nedosahuje tohoto průměru. Indikátor kvality je zde převýšen.

Shrnutí výzkumu a návrh řešení

Z výzkumu vyplynulo, že častěji upadnou pacienti, jejichž věková hranice překročila 65 let. Nejčastěji dochází k pádu na pokoji při vstávání z lůžka, i když je lůžko ve většině případů zabrzděné. Pacienti si většinou dokážou uvědomit, že k pádu došlo a jaká byla jeho příčina. Po pádu nevyžadovala většina pacientů žádné vyšetření. Pokud ano, bylo nejčastějším vyšetřením kombinace různých druhů vyšetření nebo jiné, blíže nespecifikované vyšetření. Uspokojující informací je, že větší část pacientů nebyla zraněna a pokud již byla, bylo to pouze zranění lehkého charakteru jako hematom, nejčastěji na hlavě. Ošetření svého zranění většina pacientů nepotřebovala. Menšině, které bylo nutné ošetření poskytnout, bylo provedeno ošetření rány. Naštěstí většina pacientů neměla po pádu žádné zvláštní následky.

Po výpočtu indikátoru kvality vyšlo, v porovnání s celorepublikovým průměrem, celkem neuspokojující číslo, a to 1,1. Proto zde navrhuji jednoduchá preventivní opatření a doufám, že by mohla být smysluplně využita ve zdravotnických zařízeních k bezpečnějšímu ošetřování pacientů v riziku pádu.

Domnívám se, že podíl na prevenci vzniku pádu by měla **častá kontrola pacientů**, převážně pacientů v riziku pádu. Ze své praxe, nejenom v pelhřimovské nemocnici, vím, že ať již pro nedostatek času sester nebo pro jiný důvod, se pacienti na pokojích kontrolují nedostatečně. Při denní službě některé sestry, pokud není nutnost splnit ordinace lékaře na daném pokoji, na pokoj pacienta zavítají opravdu jen velmi zřídka. Tudíž by bylo na místě, aby standardy, týkající se ošetřování pacientů v riziku pádu nebo pacientů, u kterých již k pádu došlo, byly doplněny o povinnou dobu kontrol rizikových pacientů sestrami. Rizikový pacient by měl být sestrou kontrolován každou hodinu a půl.

Velmi důležitým krokem pro prevenci pádů pacientů je také důkladně vypracovaný systém předávání informací mezi směny sester a ostatních zdravotnických pracovníků. Je velmi nutné, kromě ústního předání informací, mít vypracovaný i systém písemného hlášení. Každá změna zdravotního stavu rizikového pacienta, každá jeho

nová specifická potřeba, by měla být sestrou i ostatními zdravotnickými pracovníky zaznamenána do **speciálního dokumentu, který by se vztahoval pouze na rizikové pacienty**. Tento dokument by měl být spravován každou sestrou a za směnu alespoň třikrát aktualizován. Při předávání směn a diskuzi o rizikových pacientech, by měl být přítomen každý zaměstnanec v dané směně.

Myslím si také, že řešení by alespoň částečně mohlo být **v pomoci spolupacientů**. Pokud je pacient v riziku pádu, nesmí být na pokoji sám. Pokud jsou spolupacienti psychicky orientovaní a neobtěžuje je hlídání pacienta v riziku pádu, mohli by být sestře nápomocni tím, že když jeho „rizikový“ spolupacient například změní polohu nebo opustí lůžko nestandardním způsobem, přivolají pomocí signalizace zdravotníka. Tento postup by měl být opatřen písemným souhlasem „hlídajícího“ pacienta.

Důležitým krokem pro zmírnění rizika pádu je také nepodceňovat nutnost **použití pomocných zařízení v lůžku** a udělat vše pro to, aby byl i ležící pacient v lůžku maximálně soběstačný. Jako veliký problém já osobně vidím také ve vysokých lůžkách. Lůžka v pelhřimovské nemocnici jsou nová, výškově nastavitelná, ale pro specifické potřeby jednotlivých pacientů se výška neupravuje. Všichni pacienti, bez ohledu na výšku jejich postavy, na jejich stáří a onemocnění, mají lůžko stejně vysoko nastavené. Tento problém je v neposlední řadě i přítěží pro sestry, kterým se poté špatně manipuluje s pacienty malého vzrůstu při jejich posazování do lůžka.

V neposlední řadě je také velmi žádoucí **pořízení speciálních alarmů do lůžek** pacienta, kdy by tento alarm ohlásil sestře opuštění lůžka pacientem.

5 ZÁVĚR

Téma kvality ošetrovatelské péče je velice rozsáhlé a dá se na něj nahlížet z více úhlů pohledu. Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala zhodnocení kvality ošetrovatelské péče z pohledu pádů pacientů. Zajímala mě právě tato problematika týkající se počtu pádů na oddělení a jejich sledování. Dále jsem se také chtěla dozvědět, zda v České republice existuje nějaký jednotný systém sledování pádů pacientů. Zda jsou vypracovány nějaké standartní postupy při ošetrování rizikových pacientů, jestli má nemocnice zavedeny preventivní opatření apod.

Bakalářská práce je rozdělena do 5 hlavních částí. V úvodu popisuji, proč jsem si dané téma vybrala, proč je poskytování kvalitní péče tak důležité. Pacienti v dnešní době jsou daleko náročnější ve svých požadavcích na přijímání kvalitní péče. Z toho a mnoha dalších důvodů se zavádí do nemocnic program kontinuálního zvyšování kvality, jež má uspokojit nejen pacienty a širokou veřejnost, ale také i samotné zdravotníky. Tento program měří kvalitu prostřednictvím indikátorů kvality péče. Jedním z nich jsou i pády pacientů, na které jsem se zaměřila. V této části práce si také stanovuji hlavní cíle a hypotézy.

V následující, teoretické části, se věnuji teoretickým okruhům, které k tématu kvalita péče náležitě patří. Je zde popsána stručná historie ošetrovatelství, tři hlavní linie péče, které se v historii vyvíjeli. Neopomněla jsem zde zmínit zakladatelku moderního ošetrovatelství Florence Nightingalovou, která dala základy kvalitní péče a vytvořila první standardy. V otázce současného ošetrovatelství zmiňuji jeho hlavní cíle. Dále se věnuji kvalitě poskytované péče a důvodům, proč se do nemocnic a ostatních zdravotnických zařízení zavádí systém kvality péče v podobě programu kontinuálního zvyšování kvality. Popisuji problematiku standardů a indikátorů kvality péče.

Praktická část se zabývá samotným výzkumem, který probíhal na interním oddělení v Nemocnici Pelhřimov, p. o. a dále ve všech ostatních nemocnicích zřízených Krajem Vysočina. Uvádím zde, jakým způsobem jsem tento výzkum realizovala. Pro

vyhodnocení první a druhé hypotézy jsem si vždy sjednala schůzku s hlavními sestrami nebo manažerkami kvality a na základě informací, které mi byly poskytnuty, jsem vypracovala přehledné tabulky. Ty zobrazují, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče jednotlivé nemocnice řízené Krajem Vysočina sledují. Pro vyhodnocení zbylých hypotéz jsem získala data z celorepublikové pádové studie, kdy jsem se zaměřila na interní oddělení pelhřimovské nemocnice. Tato data zpracovávám do přehledných tabulek a grafů, vždy podle jednotlivého bodu výzkumu z pádové studie.

V diskuzi hodnotím výsledky výzkumu s danými hypotézami. Stanovila jsem si 5 pracovních hypotéz, a to:

Hypotéza 1: Všechny nemocnice řízené Krajem Vysočina sledují alespoň 7 indikátorů kvality ošetrovatelské péče.

Hypotéza 2: Nemocnice řízené Krajem Vysočina mají alespoň 4 společné indikátory kvality ošetrovatelské péče.

Hypotéza 3: Na interním oddělení v Nemocnici Pelhřimov, p.o. došlo za rok 2011 ke 100 pádům pacientů.

Hypotéza 4: Více jak 50% pacientů, kteří upadli, neutrpělo žádné zranění.

Hypotéza 5: V rámci benchmarkingu byl na interním oddělení v Nemocnici Pelhřimov, p. o. za rok 2011 dosažen stejný, nebo lepší výsledek než je celorepublikový průměr.

Hypotéza 1 si mi spíše částečně potvrdila. Všechny krajské nemocnice sledují 7 nebo, i více indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Hypotéza 2 se mi potvrdila. Všechny nemocnice mají společné tyto indikátory: pády pacientů, výskyt dekubitů, nozokomiální nákazy, nežádoucí události, spokojenost pacientů a spokojenost zaměstnanců. Hypotéza 3 se mi nepotvrdila. Na interním oddělení pelhřimovské nemocnice upadlo za rok 2011 73 pacientů. Hypotéza 4 se mi potvrdila. Z výzkumu vychází, že 67% pádů bylo bez zranění pacienta. Hypotéza 5 se mi nepotvrdila. Indikátor kvality je 1,1.

Dále zde v této části bakalářské práce shrnuji výsledky výzkumu a navrhuji preventivní opatření proti pádům pacientů, které by mohly mít uplatnění v ošetrovatelské praxi.

Poslední částí práce je závěr. Zde shrnuji celou bakalářskou práci a popisuji její části a samotný výzkum. Mnou vytyčené cíle práce byly oba splněny.

Jak již bylo řečeno, kvalita péče, kterou poskytujeme svým pacientům a její neustálé zvyšování, je nejdůležitějším krokem moderního zdravotnictví. To platí pro všechny druhy péče, tedy i pro ošetrovatelskou.

5.1 Seznam tabulek

Tabulka 1. Přehled sledovaných indikátorů kvality ošetrovatelské péče za období-rok 2011 v Nemocnici Pelhřimov, p. o.

Tabulka 2. Přehled sledovaných indikátorů kvality ošetrovatelské péče za období-rok 2011 v Nemocnici Havlíčkův Brod, p. o.

Tabulka 3. Přehled sledovaných indikátorů kvality ošetrovatelské péče za období-rok 2011 v Nemocnici Třebíč, p. o.

Tabulka 4. Přehled sledovaných indikátorů kvality ošetrovatelské péče za období-rok 2011 v Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o.

Tabulka 5. Přehled sledovaných indikátorů kvality ošetrovatelské péče za období-rok 2011 v Nemocnici Jihlava, p. o.

Tabulka 6. Počet pádů na celkový počet hospitalizovaných pacientů na interním oddělení za rok 2011

Tabulka 7. Indikátor kvality ošetrovatelské péče

Tabulka 8. Věk pacientů

Tabulka 9. Místo pádu

Tabulka 10. Příčina pádu

Tabulka 11. Stav lůžka

Tabulka 12: Psychický stav pacienta

Tabulka 13. Podíl potřeby vyšetření na celkový počet pádů

Tabulka 14. Druh vykonaného vyšetření

Tabulka 15. Podíl zraněných pacientů na celkový počet pádů

Tabulka 16. Podíl lehkých a těžkých zranění

Tabulka 17. Lokalizace zranění

Tabulka 18. Druh zranění

Tabulka 19. Podíl poskytnutých ošetření na celkový počet pádů

Tabulka 20. Druh poskytnutých ošetření

Tabulka 21. Vývoj pádu, zranění

5.2 Seznam grafů

Graf 1. Věk pacientů

Graf 2. Místo pádu

Graf 3. Příčina pádu

Graf 4. Stav lůžka

Graf 5. Psychický stav pacienta

Graf 6. Podíl potřeby vyšetření na celkový počet pádů

Graf 7. Druh vykonaného vyšetření

Graf 8. Podíl zraněných pacientů na celkový počet pádů

Graf 9. Podíl lehkých a těžkých zranění

Graf 10. Lokalizace zranění

Graf 11. Druh zranění

Graf 12. Podíl poskytnutých ošetření na celkový počet pádů

Graf 13. Druh poskytnutých ošetření

Graf 14. Vývoj pádu, zranění

5.3 SEZNAM ODBORNÉ LITERATURY

5.3.1 Knižní zdroje

FIEDEROVÁ, Lenka. Sledování prevalence dekubitů jako indikátoru kvality péče ve Fakultní nemocnici Plzeň. *Sestra*. 2008, č. 11, s. 34-35. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/sledovani-prevalence-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-pece-ve-fa-397981>.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 133 s. ISBN 80-85866-55-2.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 172 s. ISBN 978-80-247-1715-9.

KOŽENÝ, Pavel. Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče. *Florence*. 2011, č. 3, s. 23-24.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

LEMON, 1. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997, 184 s. ISBN 80-7013-234-5.

MÁŠOVÁ, Renata a Markéta HAVRDLÍKOVÁ. Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána. *Sestra*. 2009, č. 9, s. 45-46.

MIKULA, Jan a Nina MULLEROVÁ. *Prevence dekubitů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 96+8. ISBN 978-80-247-2043-2.

POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství: Koncepce českého ošetrovatelství, Základní terminologie, Ediční řada-praktická příručka pro sestry*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005, 49 s. ISBN 80-7013-420-8.

STAŇKOVÁ, Marta. *Základy teorie ošetrovatelství: Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1996, 180 s. ISBN 80-7184-243-5.

VAŠÁTKOVÁ, Ivana. *Teorie a praxe moderního ošetrovatelství: Ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Universitas Carolina, 2003.

VAŠÁTKOVÁ, Ivana a Hana ULRYCHOVÁ. Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace. *Sestra*. 2007, č. 2, s. 21-22.

VYBÍHALOVÁ, Lenka. Problematika pádů u geriatrických pacientů. *Sestra*. 2011, č. 4, s. 44-45.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, 212 s. ISBN 978-80-247-1777-7.

ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent Orion, 2003, 279 s. ISBN 80-7172-841-1.

5.3.2 Internetové a ostatní zdroje

Česká asociace sester: Pády. *Www.cнна.cz* [online]. 2008 [cit. 2011-12-01]. Dostupné z: <http://www.cнна.cz/pady/>

MARX, David. *Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví: Kvalita ve zdravotnictví-slovo úvodem* [online]. 2006 [cit. 2011-11-04]. Dostupné z: http://www.cskz.cz/seznamy/01_marx_kvalita.ppt.

Ministerstvo zdravotnictví ČR: Resortní bezpečnostní cíle na období červen 2011-duben 2012. KALVACHOVÁ, Milena. *Www.mzcr.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-11-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/dokumenty/resortni-bezpecnostni-cile-pro-rok_3810_1882_15.html.

ŠMÍDOVÁ, Alena. *Ministerstvo zdravotnictví ČR: Standardy ošetrovatelské péče* [online]. 2010 [cit. 2011-11-21]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-oseetrovatelske-pece_1854_15.html.

Spojená akreditační komise ČR: Akreditace zdravotnických zařízení v ČR. *Www.sakcr.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-11-25]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-top/sluzby/akreditace/>.

Ministerstvo zdravotnictví ČR: Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče na národní úrovni. *Www.mzcr.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-11-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/sledovani-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-oseetrovatelske-pece-na-narodni-urovni_3782_1841_15.html.

PAPOUŠKOVÁ, Petra. *Zmapování indikátorů kvality ošetrovatelské péče v českobudějovické nemocnici*. České Budějovice, 2008. 163 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Ing. Iva Brabcová.

ČAS/PP/2007/0 0 03. *PRACOVNÍ POSTUP PREVENCE PÁDU A ZRANĚNÍ PACIENTA / KLIENTA A JEHO ŘEŠENÍ*. Praha: Česká asociace sester – Prezidium, 1.10.2007, 7 s. Dostupné z: www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2007_0003.pdf.

5.4 Seznam příloh

1. Žádost o výzkumný rozhovor, žádost o výzkumné šetření
2. Barthelův test
3. Protokol o pádu pacienta

Příloha č. 1

Žádost o provedení výzkumného rozhovoru

Paní

Bc. Lada Nováková

Náměstkyně pro kvalitu

Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.

Věc: Žádost o provedení výzkumného rozhovoru

Vážená paní,

v rámci výzkumného šetření se zabývám indikátory kvality ošetrovatelské péče. Ráda bych se dozvěděla, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče sledujete ve Vaší nemocnici. Chtěla bych Vás touto formou laskavě požádat o výzkumný rozhovor. Jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě, obor všeobecná sestra. Informace z případného rozhovoru budou zpracovány v mé bakalářské práci.

Děkuji

Vendula Příbylová

8. ledna 2012

VSPJ, všeobecná sestra 3. roční

Žádost o provedení výzkumného rozhovoru

Paní

Bc. Zuzana Mezerová

Manažer kvality

Nemocnice Jihlava

Věc: Žádost o provedení výzkumného rozhovoru

Vážená paní,

V rámci výzkumného šetření se zabývám indikátory kvality ošetrovatelské péče. Ráda bych se dozvěděla, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče sledujete ve Vaší nemocnici. Chtěla bych Vás touto formou laskavě požádat o výzkumný rozhovor. Jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě, obor všeobecná sestra. Informace z případného rozhovoru budou zpracovány v mé bakalářské práci.

Děkuji

Vendula Příbylová

8. ledna 2012

VSPJ, všeobecná sestra 3. ročník

Žádost o provedení výzkumného rozhovoru

Paní

Jiřina Poulová

Náměstkyně ošetrovatelské péče

Nemocnice Nové Město na Moravě

Věc: Žádost o provedení výzkumného rozhovoru

Vážená paní,

V rámci výzkumného šetření se zabývám indikátory kvality ošetrovatelské péče. Ráda bych se dozvěděla, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče sledujete ve Vaší nemocnici. Chtěla bych Vás touto formou laskavě požádat o výzkumný rozhovor. Jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě, obor všeobecná sestra. Informace z případného rozhovoru budou zpracovány v mé bakalářské práci.

Děkuji

Vendula Příbylová

8. ledna 2012

VSPJ, všeobecná sestra 3. ročník

Žádost o provedení výzkumného rozhovoru

Paní
Marie Veselá
Manažer kvality
Nemocnice Třebíč

Věc: Žádost o provedení výzkumného rozhovoru

Vážená paní,

V rámci výzkumného šetření se zabývám indikátory kvality ošetrovatelské péče. Ráda bych se dozvěděla, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče sledujete ve Vaší nemocnici. Chtěla bych Vás touto formou laskavě požádat o výzkumný rozhovor. Jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě, obor všeobecná sestra. Informace z případného rozhovoru budou zpracovány v mé bakalářské práci.

Děkuji

Vendula Příbylová

8. ledna 2012

VSPJ, všeobecná sestra 3. ročník

Žádost o provedení výzkumného šetření

Paní

Mgr. Jitka Dejmková

Náměstek ošetrovatelské péče, manažer pro kvalitu

Nemocnice Pelhřimov, p.o.

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní,

v rámci výzkumného šetření se zabývám indikátory kvality ošetrovatelské péče. Ráda bych se dozvěděla, jaké indikátory kvality ošetrovatelské péče sledujete ve Vaší nemocnici. Zároveň bych, v rámci své bakalářské práce, chtěla indikátor kvality ošetrovatelské péče – pády pacientů, vyhodnotit. Chtěla bych Vás touto formou laskavě požádat o souhlas k provedení výzkumu ve Vaší nemocnici, formou výzkumných rozhovorů. Dále žádám o přístup ke statickým údajům a o přístup do internetové pádové studie. Jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě, obor všeobecná sestra. Výsledky výzkumu a získané informace budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

.

Děkuji

Vendula Příbylová

8. ledna 2012

VSPJ, všeobecná sestra 3.ročník



tel.: 565 355 105
fax: 565 324 645
e-mail: jitka@hospital-pe.cz
web: www.hospital-pe.cz

NEMOCNICE PELHŘIMOV
příspěvková organizace
Slovašského bratrství 710
393 38 Pelhřimov
Mgr. Jitka Dejmková
Náměstek OP, manažer kvality

Vendula Příbylová
Vysoká škola polytechnická Jihlava
Obor všeobecná sestra, 3. ročník

V Pelhřimově dne 16. 1. 2012

Vše: Odpověď na „Žádost o provedení výzkumného šetření“ ze dne 15. 1. 2012

Vážená slečno,

S provedením výzkumného šetření uvedenou formou a s čerpáním informací týkajících se indikátorů kvality z našeho intranetu, **souhlasím.**

Při výzkumu Vám budu k dispozici já, dále:

vrchní sestra interního oddělení Mgr. Hana Dandová, tel.: 565 355 262, e-mail:

hdandova@hospital-pe.cz,

vedoucí referátu IT Karel Kužel, tel.: 565 355 116, e-mail: kk@hospital-pe.cz.

Přeji úspěšné ukončení studia.


Mgr. Jitka Dejmková

Příloha č. 2

Barthelův test základních všedních činností.
(ADL-activity daily living)

Jméno pacienta:

Datum narození pacienta (věk):

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre*
01	Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
02	Oblékání	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
03	Koupání	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	5 0
04	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí Neprovede	5 0
05	Kontinence moči	Plně kontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	10 5 0
06	Kontinence stolice	Plně kontinentní Občas inkontinentní Inkontinentní	10 5 0
07	Použití WC	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
08	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci S malou pomocí Vydrží sedět Neprovede	15 10 5 0
09	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů S pomocí 50 metrů Na vozíku 50 metrů Neprovede	15 10 5 0
10	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:**

ADL4	0 – 40 bodů	Vysoce závislý
ADL3	45 – 60 bodů	Závislost středního stupně
ADL2	65 – 95 bodů	Lehká závislost
ADL1	96 – 100 bodů	Nezávislý

*** zaškrtněte jednu z možností**

**** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku**

Příloha č. 3

Nemocnice Pelhřimov, p.o., Slovanského bratrství 710, Pelhřimov, IČO 00511951 (A01)

PROTOKOL O PÁDU PACIENTA

klinika/oddělení a kód: (A02) L.L.L.L.L.L.		Č. protokolu: (A03) L.L.L.L.L.L.	
RČ (A04) L.L.L.L.L.L.L.L./L.L.L.L.L.L. Jméno a příjmení (A05)		Ambulantní ošetření: ① ano ② ne (A07) Hospitalizace od (den, měsíc, rok): L.L.L.L.L.L. 20.L.L.L. (A08) Datum pádu (den, měsíc, rok): L.L.L.L.L.L. 20.L.L.L. (A09) Čas pádu (hodin, minut): L.L.:L.L.L. (A10)	
DGL.L.L.L.L. vedl. L.L.L.L.L. (A06)		Pády v anamnéze:① ano ② ne Zranění z pádu:① ano ② ne	
B. ZHODNOCENÍ PACIENTA PŘED PÁDEM			
Psychický stav (B01) ① orientovaný ② zmatený ③ neskldný ④ jiné:	Soběstačnost (B03) ① soběstačný ② částečně soběstačný ③ vyžadující zvýšený dohled ④ imobilní ⑤ v bezvědomí	Schopnost spolupráce (B05) ① žádná ② částečná ③ úplná Užívání léků (B07) ① žádné ② antipsychotika ③ anxiolytika/hypnotika ④ antidepresiva ⑤ kardiovaskulární léky ⑥ diuretika ⑦ inzulin ⑧ RAD ⑨ jiné:	Pomůcky (B04) ① žádné ② brýle, čočky ③ naslouchátko ④ zubní protéza ⑤ berle ⑥ hůl ⑦ chodítka ⑧ vozík ⑨ protéza:
Pohyblivost (B02) ① chodící sám ② chodící s dopomocí ③ sedí v křesle ④ ležící pohyblivý ⑤ ležící nepohyblivý	Smyslové bariéry (B06) ① žádný problém ② problémy s řečí ③ problémy se zrakem ④ problémy se sluchem ⑤ jiné:		⑩ antidekubitní matrace ⑪ pacemaker ⑫ jiné:
C. ZHODNOCENÍ PACIENTA PO PÁDU			
Subjektivní obtíže a okolnosti bezprostředně před pádem (C01) ① žádné ② závratě ③ nevolnost ④ pocit slabosti ⑤ požití návykové látky:		Přítomnost zdravotníka při pádu (C02) ① nikdo ② sestra ③ ošetřovatelka ④ sanitářka / sanitář ⑤ fyzioterapeut ⑥ lékař ⑦ někdo jiný, kdo:	
Situace za které došlo k pádu (C03) ① pád z lůžka ② vstávání z lůžka ③ opření se o nestabilní oporu ④ nestabilita při chůzi a nestačil se zachytit opěry ⑤ zakopnutí, uklouznutí při chůzi ⑥ jiné:	Místo pádu (C04) ① na pokoji ② na chodbě ③ na WC/ v koupelně ④ v jiné budově kód:	Signalizování pádu (C05) ① personál uslyšel pád ② spolupacienti zazvoněním ③ spolupacienti hlasem ④ spolupacienti osobně ⑤ sám pacient zazvoněním ⑥ sám pacient hlasem	
Psychický stav bezprostředně po pádu (C06) ① psychicky orientovaný (dovede si vysvětlit, jak k pádu došlo) ② orientovaný (nedovede si vysvětlit, jak k pádu došlo) ③ zmatený (neví, jak k pádu došlo) ④ bezvědomí	Somatický stav bezprostředně po pádu (C07) ① bez obtíží ② bledý ③ opocený ④ dušný	Puls L.L.L.L. / min ① pravidelný ② nepravidelný TK L.L.L.L. / L.L.L.L.	
Zranění (C08) ① bez zranění ② se zraněním			

Druh lokalizace zranění (D01)			h l a v a	h r u d n í k	h o r n í k o n č e t n y	r u k a	b ř i c h o	z á d a	p á n e v	d o l n í k o n č e t n y	n o h a
											
bezvědomí	<input type="checkbox"/>										
komoce mozku	<input type="checkbox"/>										
zlomenina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tržná rána	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
povrchová odřenina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hematom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jiné:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Záznam lékaře (D02)		Záznam staniční sestry (D03)									
Pravděpodobná příčina pádu – vyplňte:		Doporučení pro další postup:									
Vyšetření (D04)		Ošetření (D05)				Další vývoj (D06)					
<input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> Konziliium <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> jiné:		<input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> toaleta rány <input type="checkbox"/> chirurgické šití <input type="checkbox"/> fixace sádrovým obvazem <input type="checkbox"/> fixace elastickým obvazem <input type="checkbox"/> jiné:				<input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> překlád <input type="checkbox"/> operace <input type="checkbox"/> úmrtí					
Poznámky (pište stručně a čitelně):											
Datum a hodina vyplnění den, měsíc, rok: L.L.L.L. 20 L.L. hodin, minut: L.L.:L.L.		Podpis sestry: osobní číslo: L.L.L.L.L.L.				Podpis lékaře: osobní číslo: L.L.L.L.L.L.					