SLEDOVÁNÍ A VYHODNOCOVÁNÍ KVALITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE S DŮRAZEM NA REALIZACI OŠETŘOVATELSKÉHO AUDITU

Monitoring and evaluation of nursing care quality with stress on implementation of nursing audit

8: 200 - 435, 2006

ISSN 1212-4117

Petra Papoušková¹, Jiřina Otásková², Iva Brabcová¹

¹ Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra ošetřovatelství

² Nemocnice České Budějovice, a.s.

Summary

At present, a number of health care institutions focus on increasing the quality of care for patients. Quality is built, introduced, controlled, managed and certificated. Therefore it is strategically important for each health care institution to introduce the quality management system into practice. Nurses constitute the biggest group of employees in health care institutions, and therefore the key role of nurses in leading positions of hospitals in quality program application must be pointed out. The aim of this article is to define the health care quality. To outline the issue of quality measuring of nursing care with the help of quality indicators, which include the results of nursing audits. To point out the significance of creation of standards that determine the minimum quality level, the observance of which is ensured by control system of the provider of this service. To point out the importance of hygienic ensuring of hands in health care institutions. The authors D. Pittet, RW. Haley address communication of nosocomial infections and insufficient hygiene of hands in health care workers in their studies. And last but not least the article should familiarize the reader with the methodology and implementation of nursing audit of "Hands washing" in the hospital of České Budějovice, the sense of which was not to seek errors of individuals, but to find "weak points" in the system and to provide rectification as soon as possible.

Key words: nursing – quality – standard – indicator – audit

Souhrn

V současnosti se mnoho zdravotnických zařízení zaměřuje na zvýšení kvality péče o pacienty. Kvalita se buduje, zavádí, kontroluje, řídí a certifikuje. Proto je pro každé zdravotnické zařízení strategicky důležité zavádění systému řízení kvality do praxe. Sestry tvoří největší skupinu zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních, a proto je nutné zdůraznit klíčovou roli sester ve vedoucích pozicích nemocnic v aplikaci programů kvality. Cílem tohoto příspěvku je definovat kvalitu zdravotní péče. Nastínit problematiku měření kvality ošetřovatelské péče pomocí indikátorů kvality, k nimž patří i výsledky ošetřovatelských auditů. Zdůraznit význam tvorby standardů, kterými se stanovuje minimální úroveň kvality, jejíž dodržování je zajištěno kontrolním systémem poskytovatele této služby. Poukázat na důležitost hygienického zabezpečení rukou ve zdravotnických zařízeních. Autoři D. Pittet, RW. Haley se ve svých studiích zabývají přenosem nosokomiálních nákaz a nedostatečnou hygienou rukou u zdravotnických pracovníků. A v neposlední řadě přiblížit čtenáři metodiku a realizaci ošetřovatelského auditu „Mytí rukou“ v českobudějovické nemocnici, jehož smyslem nebylo hledání chyb jednotlivců, ale nalezení „slabých míst“ v systému a zajištění co nejrychlejší nápravy.

Klíčová slova: ošetřovatelství – kvalita – standard – indikátor – audit

ÚVOD

V současné době se české zdravotnictví nachází v období velkých změn, reforem a politické nejistoty. Sestry ve vedoucích pozicích vědí, že mají nelehký úkol skloubit dva protichůdné cíle: na jedné straně cíl ošetrovatelský, což je touha poskytnout vysoce kvalitní péči bez ohledu na náklady, na druhé straně cíl dosáhnout ekonomické prosperity, solventnosti, finanční ziskovosti své organizace. Pomalu se stává samozřejmostí, že pacienti a plátcí zdravotní péče - pojišťovny očekávají od zdravotnických zařízení kvalitní, efektivní a standardizované služby. Navíc se od nich očekává, že budou schopna kdykoliv předložit písemně vypracované dokumenty, které dokazují kvalitu poskytované ošetrovatelské a léčebné péče. Proto je pro každé zařízení strategicky důležité zavádění systému řízení kvality, pomocí kterého je kvalita sledována, průběžně vyhodnocována a kontinuálně zvyšována. S ohledem na specifčnost a obtížnost exaktně zachytit a popsat kvalitu zdravotní péče je důležité zdůraznit klíčovou roli vrcholových manažerů nemocnic v aplikaci programů kvality. Jejich angažovanost, porozumění a zájem o kvalitu péče (nejenom o ekonomické otázky) zásadně ovlivňují angažovanost a přístup ostatních pracovníků. Vedoucí pracovníci a především sestry ve vrcholových pozicích by měli znát problematiku implementace systému řízení kvality ošetrovatelské péče do praxe, aby na základě těchto znalostí mohli s nadšením, zaujetím a nikdy nekončícím entuziasmem tyto změny zavádět do praxe. Cílem tohoto článku je nastinit otázku měření kvality ošetrovatelské péče a podělit se se čtenáři o zkušenosti z realizace ošetrovatelského auditu v českobudějovické nemocnici

KVALITA POSKYTOVANÉ PÉČE

Pojem kvalita je v současnosti velmi frekventovaným pojmem. Ne všichni však přesně vědí, co skutečně představuje. Kvalitu můžeme definovat mnoha způsoby. Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu zdravotní péče již v roce 1966 jako „souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“. Podle novější definice WHO je kvalita zdravotní péče definována jako „stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického

rozvoje“. Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako „takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“. Podle definice americké Medicare je kvalita míra péče, se kterou zdravotní služby zvyšují pravděpodobnost žádoucích zdravotních výsledků pro jedince a společnost a jež jsou konzistentní s aplikací současných medicínských znalostí“ (Gladkij et al., 1999, s. 12).

Kvalita zdravotní péče je dána mnoha proměnnými vlastnostmi; někdy se hovoří o dimenzích kvality. Každá dimenze je jedinečná a tvoří nezastupitelnou komponentu kvalitní péče. Mezi tyto dimenze kvality patří: bezpečnost, kompetentnost, přijatelnost, efektivnost, dostupnost, kontinuita, včasnost a vhodnost.

Každá nemocnice by měla monitorovat, vyhodnocovat kvalitu poskytované zdravotní péče a zavádět do praxe tzv. program kontinuálního zvyšování kvality. Motivy této snahy jsou různé. Uspokojení požadavků akreditačních standardů, udržení nebo zvýšení počtu pacientů, zajištění dobré pověsti, přežití v tvrdších konkurenčních podmínkách, získání odborného a kompetentního personálu, nutnost přiblížit se standardům Evropské unie a v neposlední řadě touha zdravotnickým pracovníkům dělat správné věci správně a ve správný čas. Děláme-li „správné věci“, je to výsledek našeho zaujetí. Je to angažovanost, již ctíme své hodnoty a dáváme najevo, v co věříme (Bender, 2006, s. 105).

Tento program je zaměřen na kontinuální zlepšování kvality, a ne na dosažení neměnných, pevně stanovených cílů. Protože kvalita není statický faktor, ale dynamická stále se měnící veličina. Nikdy totiž nemůžeme říci, že jsme již dosáhli té nejvyšší kvality, to, co dnes pacienti, zaměstnanci, plátcí a lékaři pokládají za vynikající péči, službu nebo zákrok, může být v blízké budoucnosti vnímáno jako běžné, eventuálně jako zastaralé nebo nepřijatelné.

Informace o kvalitě zdravotní péče organizace získává od pacientů a jiných interních nebo externích klientů, od externích odborníků, z výsledků auditů, z indikátorů kvality. Z výše uvedených čtyř zdrojů jsou audity a indikátory užívány nejčastěji, externí odborníci nebo inspektoři jsou nejvíce autoritativní, zatímco pacienti a jiní klienti jsou nejméně objektivní.

INDIKÁTORY KVALITY A JEJICH VLASTNOSTI

Indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Mezi konkrétní indikátory kvality ošetrovatelské péče, které si může manažerka odpovědná za kvalitu ošetrovatelské péče ve své nemocnici zvolit a pravidelně vyhodnocovat, patří například: personální obsazení a kvalifikační struktura – personální mix (struktura sester s různou úrovní vzdělání včetně nižšího a pomocného zdravotnického personálu), prevalence dekubitů, sledování a vyhodnocování spokojenosti pacientů s poskytnutou péčí, hlášení mimořádných událostí, hlášení pádů, hlášení katetrálních infekcí a výsledky auditů ošetrovatelské péče.

AUDITY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Florence Nightingalová je zřejmě první sestrou, která vyjádřila pravý smysl ošetrovatelského auditu. Dříve, než je na oddělení možné začít s měřením a hodnocením kvality formou auditů, je nutné kvalitu s pomocí standardů, směnic, příkazů ředitele, zákonů apod. jasně definovat (Škrla a Škrlavá, 2003, s. 108).

Audity jsou nezbytnou součástí dobrého fungování organizace. Potvrzují dobrou praxi a vyzdvihují oblasti, které je třeba dále rozvíjet. Dosažení jednotlivých standardů ukazuje, že klinická praxe je dobře řízena a umožňuje poskytování vysoké kvality péče ke spokojenosti pacientů, rodinných příslušníků i personálu. Audit představuje proces, jehož cílem je objektivně vyhodnotit skutečný stav věcí, porovnat, zda realita odpovídá standardu, zjistit, zda je standardu v praxi dosahováno.

Audity můžeme rozdělit dle osoby auditora na interní, které provádí organizace sama a auditorem je interní zaměstnanec organizace, nebo na externí, kdy do zařízení přicházejí auditori zvenčí ze státních institucí, kontrolních orgánů či úřadů samosprávy. Další dělení auditů je dle oblasti (předmětu) auditu na audit ošetrovatelské péče, zdravotní dokumentace, finanční, personální, účetní, popřípadě ekonomický audit. Ošetrovatelský audit představuje systematické vyhodnocení ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče. Je založen na profesionálních standardech a má za úkol zjistit, jak dalece se ošetrovatelský proces – neboli péče o

pacienta těmito standardy řídí nebo se s nimi slučuje. Cílem ošetrovatelského auditu není nikdy hledání chyb a následných disciplinárních opatření. Jde o nalezení „slabých míst“ v systému a zajištění co nejrychlejší nápravy. Schopnost a ochota oddělení (staničních sester, primářů, lékařů, směnných sester) realizovat potřebné změny jsou jednou z hlavních podmínek úspěchu ošetrovatelského auditu. V rámci ošetrovatelského auditu můžeme hodnotit probíhající péči (tzv. průběžné hodnocení) nebo analyzujeme již poskytnutou péči, a to na základě studia ošetrovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů. V tomto případě se jedná o zpětné hodnocení (Kareš, 2006, s. 120).

OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT „MYTÍ RUKOU“

Nozokomiální infekce si každoročně vyžadají vysoký počet obětí – hospitalizovaných pacientů – a kromě poškození zdraví představují také obrovské finanční škody. Vzhledem k tomu, že většina patogenních organizmů získaných během hospitalizace je přenášena rukama lékaře, sester a ostatního léčebného týmu, je hygiena rukou nejjednodušší a zároveň nejefektivnější metoda prevence nozokomiálních infekcí na oddělení (Škrla, 2005, s. 107).

Význam auditů „Mytí rukou“ roste s výsledky studií, které poukazují na to, že k nozokomiální infekci dojde u 7 – 10 % všech hospitalizovaných pacientů (Haley, 1985) a že doporučená opatření dodržuje méně než 50 % lékařů a sester (Pittet, 1999).

Bariéry spojené s nedodržováním hygieny rukou byly prokázány ve studii Pittet, 1999. Důvody, které zdravotničtí pracovníci uváděli, byly nejčastěji podráždění kůže, nedostatečný přístup k požadovaným pomůckám a hygienickým prostředkům, opomenutí, ignorování předpisů, nedostatek času, nedostatek personálu a nedostatek přesvědčení o významu hygieny rukou pro snížení počtu nozokomiálních infekcí. Z dalších důvodů lze uvést: nesouhlas s existujícími předpisy, nedostatečný počet nebo nevhodně umístěná umyvadla, přesvědčení, že při použití gumových rukavic není umývání rukou nutné (Škrla, 2005, s. 109).

Ošetrovatelské audity nelze realizovat bez smysluplného standardu. Standard vymezující hygienické zabezpečení rukou ve zdravotnickém zařízení by měl obsahovat tyto náležitosti: cíl standardu, indikaci k mechanickému mytí rukou,

dále jen MMR, hygienické dezinfekce rukou, dále jen HDR a hygienické mytí rukou, dále jen HMR, kompetence – komu je standard určen, definici a postup při MMR, HDR a HMR, postup při kontaminaci biologickým materiálem, přípravky k mytí a dezinfekci rukou, používání rukavic, popřípadě dezinfekční řády jednotlivých pracovišť.

REALIZACE AUDITU V PRAXI - METODA

Příprava ošetrovatelského auditu začala oslovením Mgr. Jiriny Otáskové, MBA, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči českobudějovické nemocnice, která souhlasila s realizací interního auditu ošetrovatelské péče na téma „Mytí rukou“. Hlavní sestra jmenovala deset vrchních sester do funkce auditorek a určila 30 stanic, kde proběhl ošetrovatelský audit (viz příloha - tabulka 1). Každý auditorský tým byl dvojčlenný, skládal se z vrchní sestry, která si do týmu vybrala další sestru ze svého oddělení. Jmenované auditorky se sešly na informační schůzce, kde aktualizovaly standard „Dezinfekční mytí rukou, dezinfekce pokožky a dezinfekční řád“. Dle daného standardu navrhly kontrolní kritéria auditu (viz příloha Kritéria k auditu), kterých bylo celkem 20. U každé otázky auditorky přidělily auditované sestře buď jeden bod za správnou odpověď, nebo nula bodů za nesprávnou odpověď. Hodnotilo se metodou pozorování a dotazování. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči stanovila termín auditu na 15. 2. 2006 v 10

hodin. Audit proběhl na všech stanicích ve stejný den a hodinu z důvodů zamezení úniku informací.

CHARAKTERISTIKA AUDITOVANÉHO SOUBORU SESTER

Auditovaný soubor tvořilo 60 (100 %) sester Nemocnice České Budějovice, a. s. Audit proběhl na 30 stanicích (100 %) českobudějovické nemocnice (viz příloha - tabulka 1). Na každé stanici byly auditovány náhodně dvě sestry. Následně byla vyhodnocena procentuální úspěšnost v odpovědích na jednotlivé otázky u sester v rámci jednotlivých oddělení a za celou nemocnici. Sebraná data byla zpracována a vyhodnocena formou tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Office Excel.

VÝSLEDKY

Výsledky auditu z celkového počtu respondentů 60 sester (100 %) jsou tyto: u kritérií 1, 12, 14, 16, 17, 18, 19 správně odpovědělo 59 (98 %) sester. U kritéria 4 a 5 správně odpovědělo 58 (97 %) sester. U kritéria 6 a 13 správně odpovědělo 57 (95 %) sester. U kritéria 8 správně odpovědělo 53 (88 %) sester. Ostatní kritéria byla splněna 100 % (viz graf 1). Téměř dvě třetiny auditovaných stanic (19) měly 100 % úspěšnost v odpovědích. Nejhorší výsledek mělo oddělení interní stanice A, jehož celkový výsledek byl 87 %. Celková úspěšnost auditu z 30 stanic je 97,9 % (viz příloha - tabulka 2).

Graf 1: Celkové výsledky auditu „Mytí rukou“

Mezi interní obory jsme zařadili tato oddělení: ONP II., stanice A a B, ONP I., stanice 3., 4. a 5. patro, interní oddělení, stanice A a B, neurologické oddělení a oddělení plicní a TBC - celkem 9 stanic. Na těchto stanicích byla úspěšnost ošetřovatelského auditu 95,4 %. Do chirurgických oborů jsme zařadili: ortopedické oddělení,

stanice A a B, neurochirurgické oddělení, oddělení úrazové a plastické chirurgie, stanice A a B, chirurgické oddělení, stanice A, C a D a kardiochirurgické oddělení, stanice RES, celkem 9 stanic. Na těchto odděleních dosáhly sestry v odpovědích 98,7 % úspěšnosti (viz graf 2).

Graf 2: Výsledky porovnání úspěšnosti auditu „Mytí rukou“ interních a chirurgických oborů

Procentuální zastoupení dávkovačů dezinfekčních prostředků na jednotlivých stanicích bylo následující: pákové dávkovače se nacházely na 16 stanicích (54 %), standardní dávkovače byly

na 7 stanicích (23 %), pákové i standardní dávkovače byly na 6 stanicích (20 %), na jedné stanici (3 %) auditorky neuvěděly, jaký druh dávkovače se na stanici nachází (graf 3).

Graf 3: Podíl dávkovačů na dezinfekční prostředky v %

DISKUSE

V této podobě měl ošetrovatelský audit v česko-budějovické nemocnici premiéru. Bylo velmi náročné zkoordinovat celoustavní audit tak, aby auditorky jednotně hodnotily sestry podrobené auditu dle daných kontrolních kritérií a hodnoty byly co nejvíce objektivní. Proběhla proto informační schůzka auditorek, na které si ujasnily jednotný postup při hodnocení sester. Myslíme si, že pro auditorky bylo těžké hodnotit svoje kolegyně v zaměstnání, a tak už záleželo na každé z nich, nakolik se snažila být objektivní a jak vysoké měla nároky na správnost odpovědí. Auditované sestry se obávaly toho, že vedení nemocnice bude hledat individuální chyby jednotlivců, a měly strach z možných finančních a jiných postihů. Přitom cílem vedení nemocnice nebylo hledat pochybení jednotlivců, ale nalézt slabá místa v systému a zjednat nápravu. Podstatu auditu správně pochopila hlavní sestra, která rozhodla zachovat anonymitu auditovaných sester tím, že do kontrolních listů byly sestry označeny pouze písmenem A a B, nikoli iniciálami. Audit „Mytí rukou“ probíhal interní formou na 30 stanicích a auditorkami byly vrchní sestry (viz příloha – tabulka 1). Celková úspěšnost auditu za celou nemocnici dopadla na **97,9 %** (viz příloha – tabulka 2), což je velmi dobrý výsledek narozdíl od výsledků zahraniční studie (Pittet, 1999), kde pravidla správné hygieny rukou dodržuje méně než 50 % lékařů a sester. Nelze si nepoložit otázku, zda by audit dopadl stejně úspěšně, kdyby auditorkami nebyly interní zaměstnanci nemocnice.

Téměř dvě třetiny auditovaných stanic (**19**) měly **100 %** úspěšnost, což ukazuje na dobré znalosti a dovednosti sester v dané problematice. Nejhorší dopadlo oddělení interní stanice A, jehož celkový výsledek byl **87 %** (viz příloha – tabulka 2).

Kritéria dvě, tři, sedm, devět, deset, jedenáct a patnáct (viz příloha – Kritéria k auditu) byla splněna **60 sestrami na 100 %**. Další kritéria byla také téměř **100 %** (viz graf 1).

Na šestou otázku (Jaká je expoziční doba dezinfekčního prostředku po nanesení na ruce?) odpovědělo správně **57 (95 %) sester**. Standard ošetrovatelské péče uvádí 30 sec. A jak uvádí Škrta, 2005, uvážíme-li, kolikrát za den by si lékař nebo sestra měli ruce mýt, pak zjistíme, že striktní dodržování klasické metody mytí rukou by vážným způsobem ohrozilo plnění jejich

základních povinností - tj. péči o pacienta.

U 13. otázky (Nanesla sestra tekuté mýdlo na mokré ruce?) odpovědělo správně **57 (95 %) sester**. U otázky 13. zřejmě nemají sestry ještě zažitý správný postup a nanášejí tekuté mýdlo na suché ruce, protože právě tak postupují v běžném životě. U osmé otázky (Jak budete postupovat při kontaminaci rukou biologickým materiálem?) odpovědělo správně **53 (88 %) sester**. Pro sestry to byla jistě nejtěžší otázka ne proto, že by teoreticky neovládaly tuto problematiku, ale v praxi si ji ještě nedokázaly zřejmě zafixovat. Takže se správně nejdříve ruce dezinfikují, dále postupují mechanickým mytím rukou a následuje hygienická dezinfekce rukou. Poslední, dvacáté kritérium si zvolila hlavní sestra nemocnice jako doplňující, týkalo se zastoupení dávkovačů na dezinfekční prostředek. Hlavní sestra chtěla zmapovat, na kolika stanicích mají pákové dávkovače na dezinfekční prostředek, a těmito hodnotami apelovat na vedení česko-budějovické nemocnice k dalšímu nákupu pákových dávkovačů (viz graf 3).

Sestry chirurgických oborů nás nepřekvapily svými vynikajícími výsledky **98,7 %** (viz graf 2). Tyto výsledky se daly předpokládat, jelikož v těchto oborech je správná technika mytí rukou nutností, protože je zde větší riziko přenosu nozokomiálních nákaz v souvislosti s operačními ranami než v interních oborech. Zarážející byly výsledky neurochirurgického oddělení **89 %**, kde nedostatky byly ve správné technice mytí rukou, ale teoretické znalosti měly bez chyb (viz příloha – tabulka 2). Sestry interních oborů dosáhly **95,4 %** úspěšnosti (viz graf 2), což je o 3,3 % méně než u sester chirurgických oborů, které měly vyšší výsledek 98,7 %.

I přes všechny tyto dílčí výsledky jsou znalosti sester v dané problematice na vysoké úrovni a vedení nemocnice s celkovými výsledky auditu „Mytí rukou“ může být spokojeno. Doufáme, že management nemocnice naváže na tento audit ošetrovatelské péče a nadále bude kvalitu péče průběžně sledovat, vyhodnocovat a kontinuálně zvyšovat.

ZÁVĚR

Výsledky auditu „Mytí rukou“, tabulky a grafy vypracované v programu Microsoft Office Excel byly poskytnuty náměstkyni pro ošetrovatelskou péči česko-budějovické nemocnice. Hlavní sestra v rámci pravidelné schůze vrchních sester

zhodnotila výsledky auditu, identifikovala slabé místo systému – sestry měly největší potíže s postupem při kontaminaci rukou biologickým materiálem - a navrhla nápravná opatření, která byla následně realizována v podobě interních seminářů týkajících se hygienického zabezpečení rukou na odděleních s nejnižší úspěšností v auditu (neurochirurgické oddělení a interní oddělení A) a uspořádání celoustavní konference týkající se této problematiky. Garantem konference byl ústavní epidemiolog.

Sestry znají své výsledky a mohou se díky tomu motivovat k ještě lepším výsledkům, uvědomí si chyby a dokáží je samy napravit.

Výsledky auditu slouží managementu nemocnice jako významný zdroj dat, týkající se kvality ošetrovatelské péče. Systém řízení kvality ošetrovatelské péče v praxi je nastaven a zbývá jen ho dále rozvíjet.

LITERATURA

- BENDER, P.: *Niterný leadership*, Praha: Management Press, 2006. s. 217, ISBN 80-7261-069-4.
 GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L.: *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, Brno: NCO NZO, 1999. s. 183, ISBN 80-7013-272-8.
 HALEY, R. W.: *The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infection in US hospitals*, Am J Epidemiol, 1985. s. 121:182-205.
 KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I.: *Moderní metody v řízení*, České Budějovice: ZSF JU 2006. s. 137, ISBN 80-7040-852-9.
 PITTET, D., MOUROUGA, P., PERGNEGER, T. V.: *Members of the Infection Control Program. Compliance with handwashing in a teaching hospital*. In: *Ann Intern Med*. 1999. Vol. 130, s. 126-130.
 ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion 2003. s. 485, ISBN 80-7172-841-1.
 ŠKRLA, P.: *Především neublžít*. Brno: NCO NZO 2005. s. 162, ISBN 80-7013-416-4.

Petra Papoušková et al.
brabcova@zsf.jcu.cz

PŘÍLOHA

Tab. 1: Přehled auditovaných stanic

Kritéria k auditu „Mytí rukou“

Tab. 2: Výsledků auditu „Mytí rukou“ na jednotlivých stanicích

ODDĚLENÍ	
1. Kardiologické oddělení – RES	16. Oddělení plicní a TBC
2. Kardiologické oddělení – IMP	17. Oddělení psychiatrie – B
3. Kardiologické oddělení – lůžka	18. Oddělení psychiatrie – A
4. Neurologické oddělení	19. Ženské oddělení – rizikové těhotenství
5. Interní oddělení – A	20. Ženské oddělení – 2 B
6. Interní oddělení - B	21. Ženské oddělení – přízemí
7. Chirurgické oddělení – A	22. Neurochirurgické oddělení
8. Chirurgické oddělení – C	23. ORL – lůžka
9. Chirurgické oddělení – D	24. Oční oddělení
10. Oddělení úrazové a plastické chirurgie – A	25. Onkologické oddělení – 5. patro
11. Oddělení úrazové a plastické chirurgie – B	26. Onkologické oddělení – 6. patro
12. Ortopedické oddělení – A	27. Oddělení nukleární medicíny – lůžka
13. Ortopedické oddělení – B	28. Oddělení následné péče I. – 3. patro
14. Oddělení následné péče II. – A	29. Oddělení následné péče I. – 4. patro
15. Oddělení následné péče II. – B	30. Oddělení následné péče I. – 5. patro

KRITÉRIA K AUDITU „MYTÍ RUKOU“**Otázky týkající organizace práce** (forma sběru informací - pohledem)

1. Nachází se na oddělení standard č. 62 Dezinfekční mytí rukou, dezinfekce pokožky a dezinfekční řád?
2. Jsou na oddělení potřebné prostředky na mytí rukou (tekuté mýdlo, jednorázové ručníky, dezinfekční prostředek)?

Otázky týkající se teoretických znalostí (forma sběru informací - dotazem)

3. Před čím je personál chráněn mytím a hygienickou dezinfekcí rukou (HDR)?
4. Jaká je doporučená doba k mechanickému mytí rukou (MMR)?
5. Proč je nutné aplikovat dezinfekční prostředek na suchou pokožku?
6. Jaká je expoziční doba dezinfekčního prostředku po nanesení na ruce?
7. Jaká je doporučená dávka dezinfekčního prostředku pro HDR?
8. Jak budete postupovat při kontaminaci rukou biologickým materiálem?
9. Proč musí zaměstnanec před nástupem do služby odložit šperky?
10. Jaké dezinfekční prostředky na Vaší stanici používáte?
11. Jaký prostředek na regeneraci a ochranu rukou na Vaší stanici používáte?

Otázky týkající se praktických dovedností (forma sběru informací – sledováním)

12. Nemá sestra na rukou žádné prsteny, hodinky, řetízky, nalakované, dlouhé, gelové nehty?
13. Nanesla sestra tekuté mýdlo na mokré ruce?
14. Důkladně namydčila obě ruce (od zápěstí k prstům ruky, dlaň myje dlaň)?
15. V poloze dlaň ke dlani provedla mytí vnitřní strany prstů?
16. Provedla mytí hřbetní prstů a kloubů v dlani druhé ruky?
17. Provedla rotační mytí obou rukou?
18. Provedla mytí konečků a bříšek prstů otáčivým pohybem v dlani?
19. Provedla sestra osušení a dezinfekci rukou?

Otázka týkající se vybavenosti stanice (forma sběru informací – dotazem)

20. Jaký typ dávkovače dezinfekčního prostředku na Vaší stanici používáte?

Tab. 2: Výsledky auditu „Mytí rukou“ na jednotlivých stanicích

ODDĚLENÍ	PRŮMĚRNÝ VÝSLEDEK %
Kardiochirurgické oddělení – RES	100 %
Kardiologické oddělení – IMP	100 %
Kardiologické oddělení – lůžka	100 %
Chirurgické oddělení – A	100 %
Chirurgické oddělení – C	100 %
Chirurgické oddělení – D	100 %
Oddělení úrazové a plastické chirurgie - A	100 %
Oddělení úrazové a plastické chirurgie - B	100 %
Ortopedické oddělení – A	100 %
Ortopedické oddělení – B	100 %
Oddělení následné péče II. – A	100 %
Oddělení následné péče II. – B	100 %
Oddělení psychiatrie – B	100 %
Oddělení psychiatrie – A	100 %
Ženské oddělení – 2 B	100 %
Ženské oddělení – přízemí	100 %
Oční oddělení	100 %
Onkologické oddělení – 6. patro	100 %
Oddělení nukleární medicíny – lůžka	100 %
Neurologické oddělení	97 %
Ženské oddělení – rizikové těhotenství	97 %
ORL – lůžka	97 %
Oddělení plicní a TBC	95 %
Interní oddělení - B	95 %
Onkologické oddělení – 5. patro	95 %
Oddělení následné péče I.– 3. patro	95 %
Oddělení následné péče I. – 4. patro	95 %
Oddělení následné péče I. – 5. patro	95 %
Neurochirurgické oddělení	89 %
Interní oddělení – A	87 %
Celkový průměrný výsledek	97,9 %