

# VÝZNAM STANOVENÍ INDIKÁTORŮ KVALITY V POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

## THE SIGNIFICANCE OF ESTABLISHING QUALITY INDICATORS IN THE PROVISION OF NURSING CARE

ILONA PLEVOVÁ<sup>1</sup>, KATARÍNA ADAMICOVÁ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Ostrava*

<sup>2</sup>*Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav patologickej anatómie, Martin*

### SOUHRN

Zdravotnictví je vysoce riziková oblast, protože nežádoucí účinky vyplývající z léčby mohou vést k úmrtí, vážným komplikacím a poškození pacienta. Jednou z možností, jak snížit rizika, je zvyšovat bezpečnost a kvalitu poskytované péče jejím vyhodnocováním a to pomocí indikátorů kvality.

Cílem příspěvku je seznámení se zajištěním kvality ošetrovatelské péče pomocí vybraných ukazatelů – indikátorů kvality a zdůvodnění jejich významu pro bezpečí pacientů.

**Klíčová slova:** indikátory kvality ošetrovatelské péče, péče ošetrovatelská – kvalita

### SUMMARY

Health care is a high-risk area because undesirable effects resulting from treatment may harm the patient, cause serious complications, or even lead to fatality. One of the options for risk reduction is to improve the safety and quality of provided care through evaluation based on quality indicators.

The aim of the paper is to inform about the quality of provided nursing using selected markers – indicators of quality and justification of their significance for patient safety.

**Key words:** indicators of nursing care, nursing care – quality

### Úvod

Jednou z integrovaných dimenzí kvality je její měření a vyhodnocování (1). Nelze-li vybrané parametry procesu měřit, je velice obtížné rozhodnout, zda se daný proces nebo výstup zlepšuje, nebo zhoršuje, a také jej nelze porovnávat s jiným oddělením nebo zdravotnickým zařízením. K tomu, aby k měření mohlo dojít, musíme stanovit ukazatel/indikátor, což je kvantitativní údaj o kvalitě procesu, který nabízí srovnání v čase (trend) a mezi zúčastněnými jednotkami (benchmarking) (2). Indikátory jsou tedy měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směnicí nebo požadavkem, ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo (1).

### Vlastnosti indikátorů

Vlastnosti dobrých indikátorů dle World Health Organization (WHO) zahrnují: platnost, spolehlivost, citlivost, jednoduchost, praktičnost a užitečnost (3). Škrála a Škrlová (1) doplňují vlastnosti indikátorů o další: smysluplné (pomáhají zvyšovat kvalitu); výstražné signály (upozorňují na odchylky či chyby); které nejsou však neomylné; mohou být zaměřené na negativní nebo pozitivní jevy; mohou být zaměřeny na lékaře, nelékař-

ského pracovníka, proces, klinickou událost nebo systém; mohou se vztahovat na strukturu, proces nebo výstup důležitého aspektu procesu nebo péče. Podle WHO (3) jsou indikátory opatření, které:

- zachycují důležitý aspekt zamýšleného konceptu
- jsou vědecky podložené
- lze shromažďovat
- jsou objektivně ověřitelné a výsledek lze opakovaně měřit.

Aby sledování/měření kvality mohlo být užitečným nástrojem při prevenci pochybení, musí nabízet spolehlivý výstražný systém o tom, že v oblasti bezpečí lékařské nebo ošetrovatelské péče není něco v pořádku. Existují dva typy měření, které nám pomohou identifikovat selhání v rizikových procesech. Jedná se o měření parametrů procesů a měření parametrů výstupů (4).

### Kritéria k výběru indikátorů

V zařízení, které usiluje o zvyšování kvality svých služeb, probíhá sběr a analýza objektivních dat o kvalitě (indikátorů kvality). Je na rozhodnutí řídicích a vedoucích klinických i neklinických pracovníků, které oblasti se rozhodnou sledovat pomocí objektivních dat. Způsob, jakým jsou definovány priority v oblasti sběru a analýzy dat, však musí nemocnice zdůvodnit, tedy jasně vysvětlit, proč zvolila konkrétní spektrum sledovaných

indikátorů, případně pro některé oblasti sledovány nejsou (5). Indikátory lze vybrat také na základě dvou způsobů a to na základě auditu, jako zdroje pro výběr indikátorů kvality a formální vytvoření indikátorů kvality „na míru“ (1).

Při výběru sledovaného indikátoru nutno zohlednit to, že nelze sledovat všechny indikátory (2). Joint Commission International (JCI) to vysvětluje tím, že pro zvyšování kvality a bezpečí pacientů jsou nutné informace. Protože většina nemocnic má omezené zdroje, nemůže sbírat data u všech činností, která by chtěla. Proto si musí každá nemocnice vybrat, které zdravotnické a manažerské postupy a výsledky jsou pro ni ke sledování ty nejdůležitější – záleží na poslání nemocnice, na potřebách pacientů a na poskytovaných službách. Sledování se často soustřeďuje na ty postupy, které mají vysoké riziko pro pacienta, které mají vysokou četnost nebo jsou často provázeny problémy (6). Vlček (2) apeluje na výběr těch, které jsou nejrizikovější (např. podávání léčiv, medikační pochybení), nejdražší (např. dodržování limitů na léčiva a SZM) a nově zavedené (např. dokumentace). Při další specifikaci výběru musíme měřit relevantní informace: výstupy (komplikace); nejrizikovější/„nejnáchylnější“ složky procesu (spokojenost...) a jiné, které korelují s výše uvedenými (např. délka služby...). Výčet lze doplnit o další vlastnosti: nejkonkrétnější, má souviset s daným cílem, má být formulován v pozitivním tvaru, týkat se jediného specifického výsledku, dosažený ve stanoveném čase (7). Dodáváme, že pro porovnání organizací nejen mezi sebou, ale i mezi státy, je nutné stanovení globálních indikátorů, které vyjádří kvalitu poskytované péče v dané oblasti. Pro výběr vhodného indikátoru je nutná jejich kategorizace dle jejich rizikových priorit (1). Další kritéria, která musí indikátory splňovat, jsou důležitost, validita, senzitivita a profesionální respekt (1, 7). Vedoucí pracovníci odpovídají za konečný výběr ukazatelů, které budou zahrnuty do spektra sledovaných činností nemocnice a které odpovídají důležitým klinickým a manažerským oblastem. Pro každou z těchto oblastí vedoucí pracovník rozhodne o procesu, postupu či výsledku, který má být měřen; o použitelnosti „vědecké“ či „na důkazech založené“ podpore měření; jak bude měření uskutečněno; jak měřený ukazatel zapadá do nemocničního plánu sledování kvality a bezpečí pacienta a o četnosti měření (6).

### Druhy indikátorů

Autoři Škrála a Škrlová (1) popisují dva druhy indikátorů:

1. Indikátory vztahu/poměru – poměrové indikátory, které jsou založeny na sběru a agregaci dat o jevech, které se vyskytují s určitou frekvencí a mohou být vyjádřeny jako poměry nebo průměry (císařské řezy, opakované RTG snímky, komplikace s portem, dekubity apod.). Aby byly porovnatelné, musí obsahovat číselný údaj a jmenovatel (např. rehospitalizace pacientů na celkový počet propuštěných pacientů).
2. Strážní (sentinelové) indikátory kvality se vztahují převážně na nežádoucí události. Jsou typem indikátorů, které mají za úkol identifikovat ty jevy nebo fenomény, jejichž výskyt má vždy za následek okamžité vyšetřování a analýzu příčin. Tyto jevy jsou vždy kritické, ojedinělé události a jsou vždy nežádoucí. Příkladem může být smrt pacienta během chirurgického zákroku, požár, soudní proces apod. Těchto indikátorů se

používá většinou v managementu rizik. Při výběru strážních indikátorů užíváme jako zdroje knihu mimořádných událostí, knihu stížností nebo použijeme nástroje brainstormingu ke zvolení nejčastějších nebo nejzávažnějších rizik, s nimiž se setkáváme na oddělení.

### Indikátory ošetrovatelské péče

Indikátor ošetrovatelské péče je definován (7) jako kritérium poskytované péče, které je dopředu určené, relevantní a konkretizované. Je specifikováno měřitelnými veličinami, prostřednictvím kterých vyhodnotíme, do jaké míry byl požadovaný znak, ukazatel kvality, dosažen. Indikátor je norma, měřítko kvality a kvantita rozsahu ošetrovatelské péče. Je to hodnota stanovená jako základ, se kterou se porovnávají hodnoty ostatní. Ošetrovatelské senzitivní (V roce 1996 se začal týmem odborníků, věnujících se kvalitě péče, používat název senzitivní indikátory kvality. Tým zdůrazňoval, aby při péči byly zohledněny prvky péče o pacienta, které jsou přímo ovlivnitelné ošetrovatelskou praxí.) ukazatele/indikátory odrážejí strukturu, proces a výsledky ošetrovatelské péče. Struktura ošetrovatelské péče je stanovena např. počtem, úrovní dovedností a vzděláním či certifikací ošetrovatelského personálu (8, 9). Derňárová doplňuje prvky (strukturu), na kterých závisí kvalita ošetrovatelské péče o organizaci péče, zdroje a přiměřenost zařízení a vybavení. Procesní ukazatele podle National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) American Nurses Association (ANA) měří aspekty ošetrovatelské péče, jako je hodnocení, intervence a pracovní spokojenost registrovaných sester (9). Derňárová zahrnuje další oblasti jako je ekonomické řízení a využívání zdrojů, vztah pracovníka s pacientem, ošetrovatelské metody a postupy. Výsledek určuje očekávanou úroveň ošetrovatelské péče a stavu pacienta. Kritéria výsledku určují jednoznačnou minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Podle NDNQI (9) jsou výsledky/výstupy u pacientů, které jsou stanoveny jako ošetrovatelsky citlivé, ty, které zlepšují ošetrovatelskou péči jak kvantitativně, tak kvalitně (např. dekubity, pády, infekce). Některé výsledky/výstupy u pacientů souvisí s ostatními aspekty institucionální péče, jako jsou např. lékařská a manažerská rozhodnutí a nejsou považovány za „ošetrovatelsky citlivé“. ANA zahájila sběr a hodnocení senzitivních ošetrovatelských indikátorů na začátku 90. let 20. století a investovala do rozvoje Národní databáze ošetrovatelských indikátorů kvality (NDNQI) a nových ukazatelů (10). Indikátory v ošetrovatelství dle American Nurses Association (ANA), jak už bylo zmíněno, by měly podchytit odbornou ošetrovatelskou péči a její výstupy a měly by být senzitivní na dopady ošetrovatelské praxe. Současně ANA upozornila na kritickou potřebu standardizovat data, která by demonstrovala jasné vazby mezi ošetrovatelskými intervencemi, počtem zaměstnanců a pozitivní péčí (výstupy) o pacienty (11). S tím souhlasí také Derňárová, která při celkovém hodnocení kvality poskytované péče klade důraz na využití metodiky standardizovaného hodnocení. Tabulka 1 předkládá výčet stanovených originálních ošetrovatelských senzitivních indikátorů ANA a National Quality Forum (NQF), popřípadě jejich subindikátorů a také opatření, která odrážejí strukturu, proces a výsledky ošetrovatelské péče.

Tab. 1: Senzitivní indikátory podle National Database of Nursing Quality Indicators a American Nurses Association (modifikováno dle 11, 12, 13)

Indikátor	Definice	Subindikátor	Opatření
Celkový počet hodin ošetrovatelské péče o pacienta za den <sup>1</sup>	Celkový počet produktivních hodin odpracovaných ošetrovatelským personálem s přímou zodpovědností péče o pacienta za den	a) registrovanými sestrami b) praktickými/odbornými sestrami s licenci c) pomocným personálem bez licence	Struktura
Pády pacientů <sup>1,2</sup>	Celkový počet pacientů s pádem x 1000 / celkový počet dnů hospitalizace pacienta		Proces a výsledek
Pády pacientů s poraněním <sup>1,2</sup>		a) stupeň poranění	Proces a výsledek
Hodnocení bolesti u dětí, intervence, přehodnocení (AIR cyklus)			Proces
Hodnocení periferní intravenózní infiltrace u dětí			Výsledek
Prevalence dekubitů <sup>1</sup>	Počet pacientů s dekubitem / počet pacientů v prevalenční studii x 100	a) získaných v komunitě b) získaných v nemocnici c) získaných na oddělení	Proces a výsledek
Míra napadení psychiatrickým pacientem		a) fyzické b) sexuální	Výsledek
Prevalence omezení pacienta <sup>2</sup>			Výsledek
Vzdělání a certifikace registrovaných sester			Struktura
Možnosti průzkumu spokojenosti registrovaných sester <sup>1,3</sup>	Pracovní spokojenost vyjádřena sestrami pracujícími v nemocnici podle stanovených měřítek odpovědí na jednotnou řadu otázek určených k názoru sester na postoje zdravotnického personálu vůči specifickým aspektům jejich pracovní situace	a) stupeň pracovní spokojenosti b) stupeň pracovní spokojenosti – zkrácená forma c) pracovní prostředí <sup>2</sup>	Proces a výsledek
Mix dovedností: procento celkového počtu hodin ošetrovatelské péče poskytované <sup>1,2</sup>	Procento hodin registrované ošetrovatelské péče jako celkový počet hodin veškeré ošetrovatelské péče	a) registrovanými sestrami b) praktickými/odbornými sestrami s licenci c) pomocným personálem bez licence d) pracovníky, kteří byli dodáni personální agenturou (v % celkových hodin poskytnuté péče)	Struktura
Počet dobrovolných sester <sup>2</sup>			Struktura
Volná pracovní pozice sestry (chybějící počet)			Struktura
Infekce spojené se zdravotní péčí		a) močový katétr – infekce močového traktu <sup>2</sup> b) ČŽK – infekce krevního oběhu <sup>1,2</sup> c) UPV – pneumonie <sup>2</sup>	Výsledek
Spokojenost pacientů s managementem bolesti <sup>1</sup>	Názor pacienta na to, jak dobře zdravotnický personál řídí jeho bolest podle stanovených měřítek odpovědí na jednotnou řadu otázek určených k názoru pacienta na určité aspekty bolesti		Proces a výsledek
Spokojenost pacientů s edukačními informacemi <sup>1</sup>	Názor pacienta na úsilí ošetřujícího personálu vzdělávat jej s ohledem na jejich podmínky a požadavky péče podle stanovených měřítek odpovědí na jednotnou řadu otázek určených k názoru pacienta na určité aspekty vzdělávacích aktivit pacientů		Proces a výsledek
Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí <sup>1</sup>	Názor pacienta na poskytovanou péči od zdravotnického personálu během jeho pobytu v nemocnici podle stanovených měřítek odpovědí na jednotnou řadu otázek určených k názoru pacienta na spokojenost s klíčovými oblastmi ošetrovatelské péče		Proces a výsledek
Spokojenost pacientů s celkovou péčí <sup>1</sup>	Názor pacienta na poskytovanou péči od zdravotnického personálu během jeho pobytu v nemocnici podle stanovených měřítek odpovědí na jednotnou řadu otázek určených k názoru pacienta na spokojenost s celkovou péčí		Proces a výsledek

<sup>1</sup>Originální senzitivní ošetrovatelský indikátor ANA<sup>2</sup>Senzitivní ošetrovatelský indikátor NQF (National Quality Forum)<sup>3</sup>Roční průzkum registrovaných sester, zatímco ostatní ukazatele jsou čtvrtletní<sup>4</sup>AIR cyklus – Assessment, Intervention, Reassessment Pediatric Pain

## Indikátory ošetrovatelské péče v České republice

Ve světě je sledování ukazatelů kvality ošetrovatelské péče běžné, v ČR se tento proces rozvíjí (13). Zdravotnická zařízení v ČR stanovují indikátory kvality ošetrovatelské péče dle svých priorit (např. flebitidy spojené se zavedením žilního katétru, vzniklé infekce v souvislosti s invazivními vstupy, správně vedená zdravotnická dokumentace, spokojenost zaměstnanců a pacientů apod.), sledování je však nejednotné, vyjma dekubitů a pádů.

Metodika prevalenčního sledování rizika a výskytu dekubitů byla vypracována za účelem sjednocení sběru dat a jejich vyhodnocení v praxi ošetrovatelské péče na národní úrovni (14). Do té doby probíhalo sledování výskytu dekubitů ve zdravotnických zařízeních v závislosti na individuálním uvážení ošetrovatelského managementu nebo na procesu akreditace a obvykle nebylo založené na jednotné metodice. První pokusy o zavedení národní metodiky se objevily v roce 2000, kdy proběhlo porovnání mezi čtyřmi fakultními nemocnicemi. Druhé porovnání probíhalo v letech 2003–2005 v rámci projektu IGA MZ ČR, do kterého se zapojilo šest fakultních nemocnic. V roce 2008 byl zahájen projekt Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR) v rámci projektu kvality a bezpečí pacientů. Mezi hlavní výstupy tohoto projektu patřilo vypracování jednotné metodiky (sběr dat o riziku, výskytu, původu a závažnosti dekubitů; výpočet a standardizace ukazatelů kvality péče založené na informacích o struktuře zdravotnického zařízení, o pacientech s rizikem vzniku dekubitu a o pacientech s dekubitem). Metodika sběru byla vydána ve Věstníku MZ ČR č. 6/2009 jako metodické doporučení, nemocnice se mohou přidat dle zájmu, je to dobrovolný proces. Jedním ze zásadních výstupů je také zařazení dvou ukazatelů do Národní sady ukazatelů zdravotních služeb (13):

- PQ0077xNS – Standardizovaný počet pacientů s dekubitem vzniklým v organizaci zjištěný prevalenční metodou
- PQ0287xNS – Standardizovaný počet dekubitů vzniklých v organizaci zjištěný prevalenční metodou.

Oba tyto standardizované ukazatele jsou používány v projektu Šetření dekubitů na národní úrovni (15, 16), v kterém je zapojena také Česká asociace sester (ČAS), a která tímto spolupracuje s Národním referenčním centrem (NRC) i v dalších oblastech a to: Národní sada ukazatelů zdravotních služeb a Národní sada standardů zdravotních služeb. Cílem spolupráce je součinnost při vývoji ukazatelů a standardů, které mají přispět ke sjednocení léčebných postupů, k vyrovnání regionálních diskrepancí a podpořit efektivní kontraktaci služeb, odražející jejich užitek, kvalitu a náklady. Projekty by měly vyřešit současnou neuspořádanost zdravotních služeb a vysokou variabilitu léčebných postupů vedoucích k nižší kvalitě a vyšším nákladům. Projekt Šetření dekubitů na národní úrovni řeší kromě zvyšování kvality a efektivity ošetrovatelské péče také vytvoření metodického a systémového zázemí pro vývoj efektivních a standardizovaných ukazatelů výskytu dekubitů a jejich testování v praxi (17, 18). Metodika je určena všem poskytovatelům akutní a následné lůžkové péče, v jejichž oborech je výskyt dekubitů významným problémem (14). V nemocnicích, které se do národního šetření dekubitů zapojily, výskyt proleženin soustavně klesá. Na začátku roku 2010 zjistili v průměru dekubity u 16 % rizikových pacientů, v roce 2011 se jednalo již jen o 12 % (19).

V roce 2002 rada grantů Sdružení fakultních nemocnic (SFN) navrhla ke sledování fakultním nemocnicím indikátor kvality – Pády pacientů při hospitalizaci. Cílem koordinátora, bylo zvýšení zájmu zdravotnických zařízení o tuto problematiku (v roce 2010 bylo přihlášeno již 45 zdravotnických zařízení). Sledovaný indikátor je vždy hodnocen v podobě – indikátor kvality péče – podíl zraněných z pádu na 1 000 ošetrovacích dnů. Pacienti se dělí na dvě věkové skupiny do 65 let a nad 65 let. Dále se indikátor vztahuje na skupiny oborů; interní obory, chirurgické obory, pediatrické obory a lůžka následné péče. Zranění se podrobně nespecifikují, jen je nutné je dělit na lehká a těžká (bezvědomí, komoce a kontuze mozku, fraktury, tržné rány aj.), přičemž za lehká zranění se považují: povrchové odřeniny, hematomy a blíže nespecifikované bolesti končetin, případně dalších částí těla. Cílem sledování výskytu pádů je: zjistit počet pádů ve zdravotnických zařízeních v ČR; analyzovat závažnost zranění, okolnosti pádu a závislosti u pacientů starších 65 let; stanovit indikátor kvality péče, navrhnout škálu k identifikaci rizikového pacienta (20).

## Závěr

Kvalitně poskytovaná zdravotnická péče, ať už lékařská či ošetrovatelská, má významný vliv na snižování nežádoucích událostí. Předcházení nežádoucím událostem lze na základě vypracování systému kvalitně poskytované péče v dané organizaci, podchycení (analýze) možných příčin, odhalení krizových oblastí vedoucí k nežádoucím událostem a na základě analýzy stanovit preventivní opatření v dané problematice a to také pomocí měřicích ukazatelů – indikátorů kvality. Pro možný benchmarking zdravotnických zařízení a porovnání kvality poskytované péče je vhodná jejich standardizace na celorepublikové úrovni.

## LITERATURA

1. Škrla P, Škrlová M. Kreativní ošetrovatelský management. Praha: Advent - Orion; 2003.
2. Vlček F. Indikátory kvality. Nástroj řízení kvality ve zdravotnickém zařízení [Internet]. Česká společnost pro kvalitu ve zdravotnictví; 2006 [cit. 21. června 2011]. Dostupné z: <http://www.cskz.cz/studijniden.htm>.
3. World Health Organization. Topic Priority Setting for research on patient safety. Operational Definitions [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2012 Feb 18]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/research/activities/topic\\_priority\\_setting\\_definitons.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/activities/topic_priority_setting_definitons.pdf).
4. Škrla P. Především neublížit: cesta k prevenci pochybení v léčbě a ošetrovatelské péči. Brno: NCO NZO; 2005.
5. Marx D, Vlček F, editoři. Národní akreditační standardy pro nemocnice: manuál a metodika plnění: účinné od 1. 9. 2009. 2. vyd. Praha: Tigris; 2008.
6. Joint Commission International. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. 3. vyd. Praha: Grada; 2009.
7. Žiaková K a kol. Ošetrovatelský slovník. Martin: Osveta; 2009.
8. American Sentinel University. Health care blog. What are nursing sensitive quality indicators anyway? [Internet]. American Sentinel University; 2011 [cited 2012 May 18]. Available from: <http://www.americansentinel.edu/blog/2011/11/02/what-are-nursing-sensitive-quality-indicators-anyway/>.



9. National Database of Nursing Quality Indicators [Internet]. Silver Spring: American Nurses Association; c2003-2012. What are nursing-sensitive quality indicators? [cited 2012 Mar 29]. Available from: <https://www.nursingquality.org/FAQPage.aspx#1>.
10. NDNQI: Transforming data into quality care [Internet]. Silver Spring: American Nurses Association; 2013 [cited 2013 Mar 24]. Available from: <https://www.nursingquality.org/>.
11. Mueller C, Karon SL. ANA nurse sensitive quality indicators for long-term care facilities. J Nurs Care Qual. 2004 Jan-Mar;19(1):39-47.
12. Montalvo I. The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). The Online Journal of Issues in Nursing [Internet]. 2007 Sep [cited 2013 Mar 24];12(3). Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANA-Marketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html>.
13. Národní referenční centrum. Sledování dekubitů jako indikátoru kvality ošetrovatelské péče [Internet]. Praha: Národní referenční centrum; 2011 [cit. 6. ledna 2012]. Dostupné z: <http://www.nrc.cz/aktualne/nrc-v-mediich/sledovani-dekubitu-jako-indikatoru-kvality-oseetrovatelske-pece>.
14. Metodika prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni: metodické doporučení. Věstník MZ ČR. 2009;(6):69-82.
15. Šetření dekubitů na národní úrovni. Aktuální referenční hodnoty [Internet]. Praha: Národní referenční centrum; 2009-2010 [cit. 2. května 2012]. Dostupné z: <http://www.dekubity.nrc.cz/dekubity/aktualni-referencni-hodnoty>.
16. Šetření dekubitů na národní úrovni. Odborný panel ošetrovatelské péče [Internet]. Praha: Národní referenční centrum; 2009-2010 [cit. 7. ledna 2012]. Dostupné z: <http://www.dekubity.nrc.cz/dekubity/odborny-panel-oseetrovatelske-pece>.
17. Šetření dekubitů na národní úrovni. Spolupráce [Internet]. Praha: Národní referenční centrum; 2009-2010 [cit. 5. května 2012]. Dostupné z: <http://www.dekubity.nrc.cz/dekubity/spoluprace>.
18. Česká asociace sester. Dekubity [Internet]. Praha: ČAS; 2008 [cit. 4. května 2012]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/narodni-indikatory-kvality-pece/dekubity/>.
19. Spojená akreditační komise. Statistika nuda není, když se dělá dobře [Internet]. Praha: Spojená akreditační komise; 2010 [cit. 2. května 2012]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/archiv-aktualit/statistika-nuda-neni-kdyz-se-dela-dobre-.385/>.
20. Česká asociace sester. Pády [Internet]. Praha: ČAS; 2008 [cit. 3. května 2012]. Dostupné z: <http://www.cnna.cz/pady/>.

*Došlo do redakce: 7. 9. 2012*

*Přijato k tisku: 24. 3. 2013*

*PhDr. Ilona Plevová, Ph.D.  
Ostravská univerzita v Ostravě, LF  
Ústav ošetrovatelství a porodní asistence  
Syllabova 19  
703 00 Ostrava-Zábřeh  
E-mail: [ilona.plevova@osu.cz](mailto:ilona.plevova@osu.cz)*