

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**KVALITNÍ A BEZPEČNÁ PÉČE V AMBULANTNÍM
ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

MICHAELA HORÁKOVÁ

Praha 2018

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

**KVALITNÍ A BEZPEČNÁ PÉČE V AMBULANTNÍM
ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ**

Bakalářská práce

MICHAELA HORÁKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Ivanka Kohoutová, PhD.

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

HORÁKOVÁ Michaela
3BVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Kvalitní a bezpečná péče v ambulantním zdravotnickém zařízení

Quality and Safety of Care in a Clinical Practice

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Ivanka Kohoutová, PhD.

V Praze dne 1. listopadu 2017


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 1. 3. 2018.

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce paní doktorce Ivance Kohoutové za profesionální přístup, cenné rady a vstřícnou komunikaci. Velice děkuji rovněž všem kolegyním a kolegům, kteří se podíleli na průzkumu a také manažerkám zdravotnických zařízení za hodnotné informace a podnětnou, mimořádně přínosnou a aktivní spolupráci.

ABSTRAKT

HORÁKOVÁ, Michaela. *Kvalitní a bezpečná péče v ambulantním zdravotnickém zařízení*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D. Praha. 2018. 160 s.

Tématem bakalářské práce je kvalita a bezpečí poskytované péče v zdravotnickém zařízení ambulantního typu. Bakalářská práce se zaměřuje na historii ošetrovatelství v souvislosti se současnou ošetrovatelskou péčí. Dále na aktuální postavení a roli všeobecné sestry a ostatních nelékařských pracovníků v ambulantním sektoru či jednodenní péči. Hodnotí nepostradatelnost adaptačního procesu a celoživotního vzdělávání nelékařského zdravotnického personálu, podílejícího se na primární péči, prevenci, diagnostice, edukaci a specializované ošetrovatelské péči. Rovněž tak potřebu zvyšování kvalifikace pro samostatné specializované ošetrovatelské činnosti, v součinnosti s kontinuálním zdokonalováním sociálních a komunikačních schopností, počítaje také organizační a manažerské dovednosti. Bakalářská práce dále porovnává vnitřní a zevní rizika včetně dalších přímých či nepřímých faktorů a jejich související vliv na práci zdravotnických pracovníků. Průzkum se také zaměřuje na význam pracovních podmínek všech zaměstnanců a následnou kvalitu práce v kontextu s firemní kulturou společnosti a ošetrovatelským managementem. Monitoruje implementaci ošetrovatelských standardů, jejich význam a míru využívání v ošetrovatelském procesu. Analyzuje postoj zaměstnanců k auditní činnosti jakožto nepostradatelnému a funkčnímu procesu pro udržení a zvyšování komplexní, kvalitní a bezpečné péče. V samotném závěru průzkum porovnává postoj a pohled manažerů ošetrovatelství na organizaci a současný systém řízení lidských zdrojů v ambulantním zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova

Ambulance. Bezpečná péče. Kvalita. Ošetrovatelství. Standard. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

HORÁKOVÁ, Michaela. *Quality and Safety of Care in a Clinical Practice*. Medical College. Qualification degree: Bachelor (Bc.). Thesis Supervisor: PhDr. Ivanka Kohoutová, PhD. Prague. 2018. 160 pages.

The topic of the bachelor thesis is the quality and safety of care in a health care facility of ambulatory type. The bachelor thesis focuses on the history of nursing in relation to the current nursing care. Moreover, it focuses on the current position and role of a general nurse and other non-medical workers in the ambulatory sector or a day's care. It evaluates the major role of the adaptation process and lifelong learning of non-medical personnel involved in primary care, prevention, diagnostics, education and specialized nursing care. At the same time, it evaluates the need to improve the qualifications for separate specialized nursing activities, in conjunction with continuous improvement of social and communication skills, including also the organizational and managerial skills. The bachelor thesis also compares the internal and external risks including other direct or indirect factors and their associated effect on the work of medical workers. In addition, the research focuses on the importance of the working conditions of all workers and subsequent quality of work in relation to the corporate culture of the company and nursing management. It monitors the implementation of nursing standards, their relevance and the level of use in the nursing process. The thesis analyzes the attitude of workers to the audit activity as an indispensable and functional process for maintaining and improving the comprehensive, high quality and safe care. Finally the research compares the attitudes and views of the nursing managers on the organization and the current system of human resources management in the ambulatory health care facility.

Key words: Ambulatory care. Safe care. Quality. Nursing. Standard. General Nurse.

OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ

ÚVOD.....	1
1 HISTORIE A DEFINICE OŠETŘOVATELSTVÍ.....	3
1.1 CÍLE OŠETŘOVATELSTVÍ.....	4
1.2 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ.....	4
1.2.1 OŠETŘOVATELSTVÍ - PRAVĚK.....	5
1.2.2 OŠETŘOVATELSTVÍ - STAROVĚK.....	6
1.2.3 OŠETŘOVATELSTVÍ – STŘEDOVĚK A NOVOVĚK.....	10
1.2.4 OŠETŘOVATELSTVÍ V ČECHÁCH DO ROKU 1945.....	12
1.2.5 OŠETŘOVATELSTVÍ V ČECHÁCH PO ROCE 1945.....	19
1.2.6 OŠETŘOVATELSTVÍ V POREVOLUČNÍM OBDOBÍ.....	22
1.3 OŠETŘOVATELSTVÍ V DATECH.....	24
2 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	25
2.1 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ HISTORIE.....	27
2.2 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ SOUČASNOST.....	33
2.2.1 GARANCE KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	34
2.3 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR.....	38
2.3.1 HODNOCENÍ KVALITY PÉČE.....	39
2.3.2 AKREDITACE.....	41
2.3.3 INDIKÁTORY KVALITY.....	43
2.3.4 INDIKÁTORY KVALITY V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	44

2.2.5	STANDARDY ZDRAVOTNÍ PÉČE	46
2.4	KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE V AMBULANCI.....	47
2.4.1	GARANCE KVALITY V AMBULANTNÍ PÉČI.....	48
2.4.2	RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE	50
2.4.3	RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE V AMBULANCI	51
3	MANAGEMENT V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	52
3.1	ŘÍZENÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	53
3.1.1	STUPNĚ ŘÍZENÍ.....	55
3.1.2	STYLY ŘÍZENÍ.....	56
3.1.3	MANAŽERSKÉ SCHOPNOSTI A DOVEDNOSTI	57
3.1.4	KOOPERACE	59
3.1.5	MOTIVACE.....	60
3.1.5	SYNDROM VYHOŘENÍ	61
3.2	FIREMNÍ KULTURA	63
3.3	ŘÍZENÍ KVALITY	65
3.3.1	MĚŘENÍ KVALITY	67
3.3.2	IMPLEMENTACE INDIKÁTORŮ KVALITY	68
3.3.3	AUDIT	69
3.4	ŘÍZENÍ RIZIK	70
3.4.1	ŘÍZENÍ RIZIK V OŠETŘOVATELSTVÍ	71
3.4.2	ORGANIZAČNÍ KULTURA A PROSTŘEDÍ.....	73
3.4.3	POJMY RIZIKOVÉHO MANAGEMENTU	75
3.4.4	IDENTIFIKACE RIZIK	76
3.4.5	OBLASTI RIZIK.....	77
3.4.6	RIZIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	78
3.4.7	BEZPEČNOST A OCHRANA ZDRAVÍ.....	80

3.4.8 PRACOVNÍ ÚRAZ	82
3.4.9 PORANĚNÍ OSTRÝM PŘEDMĚTEM.....	82
3.4.10 PREVENCE PORANĚNÍ.....	83
3.4.11 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI.....	84
3.4.12 BRAINSTORMING	85
4 OŠETŘOVATELSTVÍ V 21. STOLETÍ	86
4.1 OŠETŘOVATELSKÉ OBORY.....	88
4.1.1 APLIKOVANÉ OBORY OŠETŘOVATELSTVÍ	89
4.1.2 VĚDY A DISCIPLÍNY OVLIVŇUJÍCÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	90
4.1.3 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ	91
4.2 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER	93
4.2.1 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....	93
4.2.2 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER OD ROKU 2017	94
4.2.3 ODBORNÁ ZPŮSOBILOST VŠEOBECNÉ SESTRY	96
4.2.4 NÁRODNÍ REGISTR.....	97
4.3 NELÉKAŘSKÉ ZDR. OBORY V AMBULANCI.....	97
4.4 SPOLUPRACUJÍCÍ SLOŽKY	99
4.5 VŠEOBECNÁ SESTRA V AMBULANCI	100
4.5.1 MORÁLNÍ ZÁSADY	101
4.5.2 PROFESIONALITA A DŮVĚRA	101
4.5.3 INFORMOVANOST A LIDSKOST	101
4.5.4 KVALIFIKACE A DOVEDNOSTI.....	102
4.5.5 ROLE SESTRY V AMBULANCI	102
4.5.6 ADAPTABILITA A FLEXIBILITA SESTRY	104
4.6 KOMUNIKACE	104
4.6.1 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	105

4.6.2 VZTAH SESTRA - PACIENT	108
4.6.3 VZTAH SESTRA - LÉKAŘ.....	109
4.7 PERSONALISTIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	110
5 PRAKTICKÁ ČÁST	112
5.1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	112
5.1.1 VÝBĚR VZORKU.....	113
5.1.2 METODA PRŮZKUMU.....	113
5.1.3 ORGANIZACE PRŮZKUMU	114
5.1.4 VÝBĚR VZORKU.....	113
5.2 EVAKUACE A INTERPRETACE	115
5.2.1 STRUKTURA TESTOVANÉHO SOUBORU	115
5.2.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ TÉMATU.....	122
5.2.3 VZDĚLÁVÁNÍ RESPONDENTŮ	128
5.2.4 RIZIKA V AMBULANTNÍ PRAXI.....	132
5.2.5 MOTIVACE ZAMĚSTNANCŮ	136
5.2.6 STANDARDY V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI	138
5.2.7 AUDIT V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI	139
5.3 SHRnutí DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	144
5.3.1 MODELy ŘÍZENÍ ZKOUMANÝCH SUBJEKTŮ.....	147
6 DISKUZE	152
ZÁVĚR.....	159
SEZNAM LITERATURY	161
PŘÍLOHY	

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Akreditace zdravotnických zařízení SAK do 31. 12. 2016	43
Tabulka 2 Identifikace zdravotnického zařízení a četnost responzí	116
Tabulka 3 Věk respondentů	117
Tabulka 4 Odborná způsobilost	118
Tabulka 5 Pracovní pozice.....	119
Tabulka 6 Vzdělání respondentů	120
Tabulka 7 Adaptační proces - organizace	123
Tabulka 8 Adaptační proces - délka	124
Tabulka 9 Přínos adaptačního procesu	125
Tabulka 10 Hodnocení adaptačního procesu	126
Tabulka 11 Řešení pracovních problémů v době adaptace.....	127
Tabulka 12 Celoživotní vzdělávání	128
Tabulka 13 Vzdělávání respondentů.....	129
Tabulka 13 Vzdělávání respondentů.....	129
Tabulka 14 Charakter vzdělávání respondentů.....	130

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Indikátory kvality - pády	46
Graf 2 Vývoj úvazků sester a porodních asistentek v období 2010-2016	95
Graf 3 Věk všech respondentů.....	117
Graf 4 Odborná způsobilost.....	118
Graf 5 Pracovní pozice	119
Graf 6 Vzdělání respondentů	120
Graf 7 Typ ambulantní péče	121
Graf 8 Preference respondentů	122
Graf 9 Adaptační proces Poliklinika A.....	123
Graf 10 Adaptační proces Poliklinika B	123
Graf 11 Adaptační proces Poliklinika C	123
Graf 12 Adaptační proces Skupina NLZP	123
Graf 13 Délka adaptačního procesu.....	124
Graf 14 Přínos adaptačního procesu	125
Graf 15 Hodnocení adaptačního procesu Poliklinika A	126
Graf 16 Hodnocení adaptačního procesu Poliklinika B.....	126
Graf 17 Hodnocení adaptačního procesu Poliklinika C.....	126
Graf 18 Hodnocení adaptačního procesu Skupina NLZP.....	126
Graf 19 Řešení problémů v období adaptace.....	127
Graf 20 Celoživotní vzdělávání	128
Graf 21 Vzdělávání respondentů	129
Graf 22 Charakter vzdělávání respondentů	130
Graf 23 Adekvátní vzdělávání respondentů.....	131
Graf 24 Školení BOZP a PO.....	132
Graf 25 Školení KPR	132
Graf 26 Školení hygieny rukou.....	132
Graf 27 Pracovní podmínky.....	133
Graf 28 Časový prostor pro pracovní úkony	134
Graf 29 Pracovní oděv	134
Graf 30 Faktory ovlivňující práci nelékařů.....	135
Graf 31 Poranění ostrým nástrojem či jehlou	135
Graf 32 Znalost postupu při poranění nebo úrazu	136

Graf 33 Motivující faktory.....	137
Graf 34 Standardy ošetrovatelské péče.....	138
Graf 35 Interní systém hodnocení.....	139
Graf 36 Auditní činnost	139
Graf 37 Význam auditní činnosti.....	140
Graf 38 Frekvence auditů	141
Graf 39 Hodnocení auditu.....	142

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Stupně kvality.....	25
Obrázek 2 Coxcomb chart – Florence Nightingale, 1858	29
Obrázek 3 Dimenze Kvality – Model podle A. Donabediana	32
Obrázek 4 Management podle Trunečka	53
Obrázek 5 Manažerské činnosti a zodpovědnosti.....	57
Obrázek 6 Model manažerského řízení – Demingův cyklus	69
Obrázek 7 Resonův model švýcarského sýra	71
Obrázek 8 Řízení rizik v pěti krocích	73
Obrázek 9 Ishikavův diagram	77
Obrázek 10 Řízení rizik v pěti krocích	85
Obrázek 11 Základní obory ošetřovatelství	89

ÚVOD

Samotný pojem kvalita má svou letitou historii, ale v souvislosti s poskytovanou medicínskou či ošetrovatelskou péčí se významně uplatňuje až v posledních letech 20. století s maximálním vrcholem k současnosti. Kvalitní a bezpečná péče je aktuálním zájmem všech mezinárodních entit a současně zcela zásadní a rozsáhle diskutovanou problematikou na národní úrovni. Systematické kroky, koncepce a dostupné normy v rámci procesů řízení, hodnocení a zajištění kvalitní a bezpečné péče jsou jednak prioritou státu, který poskytuje nadresortní záštitu v rámci reformací a dostupnosti legislativy či elementární metodiky pro řízení a udržitelnost kvalitní a bezpečné péče ve zdravotnictví. Na druhé straně přechází zodpovědnost za implementaci validní metodiky, norem a účinných manažerských nástrojů ovlivňujících kvalitu zdravotní péče přímo na poskytovatele služby, který je současně garantem dostupné a kontinuální zdravotní péče na vysoké odborné úrovni v kontextu s bezpečným prostředím pro pacienta i personál.

Tématem kvality a bezpečí v ambulantním sektoru se zabývám téměř 15 let, jelikož je jednou z hlavních náplní manažera v ošetrovatelství. Řízení a hodnocení kvality a bezpečí ošetrovatelské péče je mým prioritním zájmem, mou přímou odpovědností. Domnívám se, že řízení a hodnocení kvality péče v současném, moderním zdravotnictví by mělo být elementárním zájmem všech zdravotnických zařízení ve smyslu zásadní zodpovědnosti v synergii s předurčenými principy současných hodnot a paradigmat - dostupnost, kontinuita, rovnost a kvalitní ošetrovatelská a medicínská péče směřující k udržení, podpoře a navrácení zdraví jednotlivců a jejich rodin v přímé návaznosti na fyziologické, psychosociální, duchovní a spirituální potřeby. Věnovat se kvalitě a bezpečí je v nejlepším zájmu poskytovatelů zdravotnických zařízení, potažmo vrcholového i liniového managementu, který se již dnes aktivně podílí na rozvoji programů a koncepcí zaměřených na řízení, hodnocení a zajištění kontinuální kvality péče. Manažerky v ošetrovatelství i samostatné sestry v jednotlivých ambulancích mohou tvořit a implementovat takové procesy a standardy, které budou následně základním transparentním a metodologickým vodítkem pro poskytování profesionální ošetrovatelské péče na vysoké úrovni, přitom bezpečně, s včasnou eliminací potenciálních rizikových faktorů pro pacienty i pro samotný personál, což je klíčové právě v současné ošetrovatelské, ambulantní praxi.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zmapovat a porovnat faktory ovlivňující obor ošetrovatelství a kvalitu péče v historii. Analyzovat změny a směr oboru ošetrovatelství v období 21. století.

Cíl 2: Zmapovat systém kvalitní a bezpečné zdravotní péče ve světě a v České republice (ČR). Zhodnotit rizikové faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče. Shrnout aktuální nástroje managementu a reálné možnosti implementace primárních procesů a norem pro kontinuální systém řízení kvalitní a bezpečné péče v ambulantním zařízení.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit, zda v ambulantním sektoru probíhá standardní adaptační proces a zda plní svou funkci. Zmapovat zda adaptační proces probíhá podle koncepčního modelu.

Cíl 2: Zmapovat možnosti navazujícího a kontinuálního vzdělávání zaměstnanců. Ověřit využívání a dostupnost standardů ošetrovatelské péče a jejich hodnocení a uplatnění v kvalitní a bezpečné ambulantní praxi.

Vstupní literatura

ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0062-0.

PLEVOVÁ, I. a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.

Popis rešeršní strategie

Základní proces vyhledávání informací k problematice zpracovávaného tématu probíhal na základě soupisu záznamů, dle zadaného rešeršního dotazu a požadavku na studijním oddělení Vysoké školy zdravotnické, o. p. s. Druhá fáze rešeršní strategie zahrnovala retrospektivní rešerši v rámci samostatného individuálního vyhledávání zejména bibliografických a faktografických dokumentů - shrnovala materiály k určitému, výchozímu datu (historie). Převážně vzhledem k životnosti informací v jednotlivých oborech byla podchycena rovněž literatura současná i nejnovější. V rámci rozšíření informačního zdroje byla během zpracovávání bakalářské práce využita průběžná rešerše, která poskytla literaturu pro rozvinutější zpracování daného tématu, kdy byly využity převážně aktuálních informace, týkající se tématu. Informačním zdrojem byla klasická, intelektuální rešerše v kombinaci s využitím informační technologie (vyhledávání prostřednictvím odborných databází a internetových prohlížečů).

1 HISTORIE A DEFINICE OŠETŘOVATELSTVÍ

Ministerstvo zdravotnictví České republiky předložilo v roce 1998 Koncepti ošetrovatelství, která respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek a určuje další vývoj ošetrovatelství v 21. století.

Rozvoj zdravotní péče souvisí s politickým a společenským systémem, který zásadně ovlivňuje kvalitu života jedince i komunity, tudíž je prioritou státu nastavit legislativní rámec pro organizaci, dostupnost, rozvoj, odbornost a monitoring kvality poskytovaných zdravotních služeb. Koncepte ošetrovatelství definuje ošetrovatelskou péči, jako soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob mající společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi, přičemž součástí ošetrovatelství je péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Koncepte ošetrovatelství klade důraz na kvalitní organizaci, řízení a kontrolu, přičemž péče je individualizovaná, vedená prostřednictvím standardů ošetrovatelské péče a směřující k uspokojování biopsychosociálních potřeb člověka (MZ ČR, 2004).

Ošetrovatelství má nezastupitelnou roli v péči o zdraví člověka a aktuálně se uplatňuje v ústavní, ambulantní a komunitní péči, přičemž je ze strany ošetrojícího personálu kladen důraz na samostatnou práci metodou ošetrovatelského procesu. Členové ošetrovatelského týmu se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci, čímž pomáhají jednotlivci, rodinám i skupinám samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální, duchovní a spirituální potřeby.

Ošetrovatelství je multidisciplinární obor sjednocující poznatky z dalších vědních oborů. Ošetrovatelství je propojeno s medicínskými obory a čerpá z přírodovědných, humanitních a společenských věd. Nedílnou součástí ošetrovatelství je filozofie, etika, sociologie, psychologie a pedagogika.

Nejvyšším metodickým článkem oboru ošetrovatelství je příslušný odborný útvar Ministerstva zdravotnictví ČR, který se vyjadřuje ke všem zásadním, odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, a který zřizuje a ustanovuje pracovní skupiny. Mezi zásadní kompetence členů pracovních skupin a komisí, jakožto zástupců ošetrovatelské praxe, profesních organizací a vzdělávacích institucí patří poradenství při řešení problematiky oboru a příprava podkladů pro rozvoj oboru v ČR.

Samotná ošetrovatelská péče je přímo řízena hlavní sestrou nebo náměstkem pro ošetrovatelskou péči, dle individuální organizační struktury jednotlivého zdravotnického zařízení.

1.1 CÍLE OŠETŘOVATELSTVÍ

Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka a koordinovaně, humánně a eticky **podporovat a upevňovat zdraví, podílet se na navrácení zdraví a zmírňovat fyzickou a psychickou bolest v průběhu umírání.** Ošetrovatelský personál je nositelem nejvyšších morálních hodnot. Přistupuje k jedinci individuálně a důstojně, klade důraz na celostní přístup a bio-psycho-sociální potřeby, přičemž respektuje právo každého člověka spolurozhodovat o své péči.

Charakteristické rysy a principy moderního ošetrovatelství:

- 1) Preventivní charakter ošetrovatelské péče.
- 2) Aktivní ošetrovatelská péče.
- 3) Individualizovaná péče a ošetrovatelský proces.
- 4) Celostní ošetrovatelství - holistický přístup.
- 5) Vícestupňový ošetrovatelský tým.
- 6) Péče aplikovaná na základě poznatků podložených výzkumem.

1.2 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ

Počátky ošetrovatelské péče jsou zaznamenány již v daleké minulosti. Historicky prvními prvky péče o zdraví bylo tzv. **opatrování** a pomoc rodině, osobě blízké nebo ostatním lidem a současně vznikla potřeba starat se a pečovat o sebe a své vlastní zdraví. Tato přirozenost je nám zcela vlastní a byla podporována a ovlivňována filozofií

různých kultur a aktuální situací dané společnosti – sociální, ekonomickou, politickou a rovněž náboženstvím.

Podstatou studia historie je možnost posoudit události a zkušenosti z minulosti, což nám dává prostor pro využití a přenesení nabytých poznatků do současné praxe a zároveň umožňuje eliminovat případné chyby. Dalším neméně cenným faktem je, jak uvádí docentka Kutnohorská, že historie dává možnost současným sestřám umocnit pocit hrdosti nad svým povoláním, v kontextu toho, co sestry ve svém oboru již v minulosti dokázaly, a to i přesto, že prosazení jejich role a upevnění samostatného, profesního postavení nebylo nikterak snadné.

Pochopit ošetrovatelství dneška a současně se připravit na ošetrovatelství budoucnosti vyžaduje nejen porozumět jeho minulosti, ale vžít se do současné ošetrovatelské praxe a sociologických faktorů, které ji přetvářejí (NĚMCOVÁ a kol., 2011, s. 7).

Vývoj ošetrovatelské péče byl ovlivněn lidmi a jejich kulturou, sociální a ekonomickou politikou země, přírodními a hospodářskými podmínkami. Velký vliv na rozvoj ošetrovatelství a medicíny měl rovněž vědecko-technický vývoj, války a náboženství. Všechny tyto aspekty hrají významnou roli v rozvoji ošetrovatelství, přičemž vzájemně ovlivňují celou společnost a zároveň zdraví obyvatel.

Historické linie ošetrovatelství:

- I. Nefesionální – laická péče
- II. Charitativní péče
- III. Profesionální – organizovaná péče

1.2.1 OŠETŘOVATELSTVÍ - PRAVĚK

Historii ošetrovatelství můžeme mapovat již od pravěku. Zdravotní stav člověka byl ovlivněn kočovným způsobem života a vlivy přírodního prostředí. V prehistorii se uplatňuje **neprofesionální – laická péče** a tzv. sebeběče. Z této doby se nedochovaly písemné prameny, ale z nálezů vyplývá, že kromě využívání jednoduchých, zejména přírodních zdrojů, uměl člověk v době vývoje kamenné a štípané industrie využívat různé fixační dlahy a pomůcky podporující vlastní zdraví a existenci.

V lovecko-sběračském období člověk často utrpěl různá traumata při obstarávání obživy, ale jeho imunita byla poměrně dobrá. V pozdější době, s rozvojem zemědělského způsobu obživy a domestikace (mladší doba kamenná 5.000 let př. n. l.) se člověk začal usazovat a vytvářet svá obydlí v komunitách – vznikaly nové kmeny, osady a vesnice, což přinášelo komfort v obstarávání a přípravě potravy, ale nově také docházelo k osobním bojovým střetům a zhoršily se hygienické podmínky. Péče o zdraví pravěkého člověka byla **instinktivní**. Paleoterapie uplatňovala techniky zvířat, jako je vymývání a vysávání rány, tření nebo ochlazování bolestivého místa, omezení pohybu, polohování či samotný klid vleže. Jelikož si lidé nedovedli vysvětlit různé přírodní jevy, (hrom, blesk, déšť, smrt) a byli ovládáni strachem z nadpřirozena, vzniklo tzv. magické myšlení. Lidé začali nosit různé amulety či talismany, jimž přisuzovali kouzelnou moc. Nemoc si často vykládali, jako posedlost d'áblem, tudíž provozovali exorcismus. Rozvíjel se rovněž šamanismus, který byl nejčastěji provozován náčelníkem rodu, jenž vyháněl démona z nemocného těla prostřednictvím obřadního tance, zaříkáváním a hraním na rozličné nástroje.

V období matriarchátu vzniká přírodní léčitelství. Léčitelkou se stává žena, která měla vyšší postavení, byla osobou biologickou, společenskou a současně ženou matkou a zároveň pečovatelkou rodu. K léčbě se využívaly rostlinné zdroje - kůra stromů, kořínky, rostliny; živočišné zdroje - tuk, krev, zvířecí kůže nebo látky nerostného původu. Léčba byla poskytována v místě domova a byla bezplatná. Tehdejší léčitelky nenosily pracovní oděv a nijak zvlášť se neodlišovaly od civilního obyvatelstva. Znalosti a zkušenosti se předávají mezi lidmi a rody - z generace na generaci.

V další etapě přechází péče o nemocné na kněze, který plnil funkci prostředníka mezi nemocným a bohem. Rozvíjí se manismus - lidé věří v posmrtný život a schopnost zemřelých zasahovat do jejich života, proto uctívají významné předky různými rituály. Pro zabránění negativních vlivů zemřelých přinášejí oběti a dary. Péče o nemocné je přesouvána do chrámů a je významně ovlivněna rozvojem prvotního náboženství.

1.2.2 OŠETŘOVATELSTVÍ – STAROVĚK

Ošetřovatelství ve starověku navazuje na empirické zkušenosti prehistorického období a je nadále výrazně ovlivněno náboženstvím. Péči o nemocné starověké civilizace přebírají kněží, dochází k rozvoji kněžského lékařství. Ošetřovatelství a medicína se liší dle lokalizace. Ovlivněna je kulturou a tradicemi dané země.

Civilní pečovatelé a opatrovníci nepoužívají žádný pracovní oděv. Kněžští lékaři a mniši používají výhradně řeholní oděv. Řádové roucho a jeho vzhled se liší dle konkrétní kongregace či řádu. Křesťanská víra se zaměřuje na **charitativní** – řádovou péči, která je provozována v kláštorech (4. stol. n. l.) a je založena na opatrování v duchu přesvědčení pomoci bližnímu svému, to vše za podpory modliteb, službě a lásce k bohu. Kněžští lékaři, mniši ani dobrovolní - laičtí pečovatelé nemají povoleno jakkoli medicínsky zkoumat lidské tělo, lékařské úkony církev zakázala, což ovlivnilo znalost anatomie a rozvoj lékařství. Ošetřovatelství probíhalo v duchu uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb - nemocným byl zdarma poskytnut azyl, teplo, přikrývka, strava, fyzická a duchovní podpora. Mezi největší osobnosti církevních dějin patří církevní Otec svatý Jeroným (nar. r. 347), který zakládal v Římě a Betlémě kláštery pro nemocné. Další osobností tohoto období byla Santa Fabiola di Roma, zakladatelka prvního velkého útulku pro nemocné a trpící lidi (380).

Staré **indické** spisy dokládají ovlivnění medicíny a ošetřovatelství budhistickou vírou. Budhismus vyznávající soucit ukládal pečovat o nemocné zcela bez výhrad. Péče byla poskytována i raněným nepřátelům. Indičtí lékaři měli dovoleno pitvat lidské tělo, tudíž získávali anatomické vzdělání. Vynikali obzvláště v chirurgii, prováděli náročné operace či amputace, rozvíjelo se rovněž porodnictví. Ošetřovatelská a medicínská péče byla provozována v nově vznikajících nemocnicích, komplementárně i alternativně s holistickým přístupem. Kromě chirurgické péče se pozornost věnovala hygieně nádobí, osobní hygieně a čistotě v okolí příbytků. Důraz se kladl na správný styl života, duševní hygienu a vyvážené životní energie (Ájurvéda, Jóga).

Čínská medicína vychází z empirických a experimentálních poznatků. Využívalo se léčebných účinků bylin a kořenů (žen-šen). Léčitelé používali bylinné a chladivé obklady (horečka) a masážní či relaxační techniky. Čínští ošetřovatelé a lékaři věnovali velkou pozornost hygienickým opatřením. Věřili, že dodržováním určitých, tělu a psychice prospěšných pravidel – odpočinek, dostatek spánku, relaxace, pravidelná strava, mohou nemocem nejen předcházet (rozvoj profylaxe), ale také přispět k léčbě. Ošetřovatelská a lékařská péče se provozovala v útulcích pro nemocné. Studium anatomie či chirurgické zákroky byly vlivem náboženství odsouvány do pozadí. Vlivem budhismu a taoismu se uplatňovala alternativní medicína a holistický přístup. Mezi čínské metody patřila převážně akupunktura, fytoterapie, masáže nebo speciální cvičení pro podporu vitální energie a zajištění dlouhověkosti (Tchai-či, Čchi-kung).

Řecká medicína a ošetřování na svém prvopočátku čerpají zejména z mytologie. Za boha lékařství je považován Asklépios (12. st. př. n. l.), který dovedl léčit všechny nemocné a křísit mrtvé. Asklépios zřizoval pro nemocné útulky – asklepiony. Jeho dcery Hygieia, Meditrine a Panakeia symbolizovaly zdraví, čistotu, hojení a léčení. Syn Telesforos představoval síly k uzdravení (muž s pověstnou holí omotanou hadem). Nemocní v útulcích dodržovali dietu, byli vykoupáni, namazáni a masírováni. Dbalo se na tělesná cvičení, balneologii a dostatek spánku. Nepodceňovala se ani psychická léčba, kdy nemocní poslouchali hudbu a písně, nebo navštěvovali divadla, která byla součástí chrámů. Zakladatelem vědeckého lékařství byl Hippokrates (460-377 př. n. l.), který významně ovlivnil medicínu i antickou řeckou kulturu. V starověkém Řecku byly útulky pro nemocné budovány v blízkosti chrámů, aby zajistily přítomnost kněžských lékařů. Hippokrates zakládal nové nemocnice, kde pracoval vyškolený personál. Do popředí se dostala medicína založená na humorálních vědách, důkazech a diagnostice. Mystické a náboženské myšlenky či zvyklosti jsou potlačovány. Důraz se klade na individuální přístup k nemocnému, pravidelnou stravu, dietní režim, čisté obvazy a prádlo. Hippokratova teorie spočívá v přítomnosti čtyř základních šťáv – hlen, krev, žlutá a černá žluč. Na základě této teorie upravuje stravu nemocným a případnou nerovnováhu řeší pouštěním žilou, projímadly a dávidly. Používaly se také močopudné látky nebo výtažky z bylin a makovic. Uplatnění měly rovněž zábaly a koupele. Po smrti Hippokrata dochází k určité stagnaci v řecké medicíně i v další péči o nemocné. Medicíně se věnují výhradně muži. Ženy se uplatňují pouze jako porodní báby. Hygiena ve městech, stejně jako osobní hygiena nejsou na dobré úrovni, zvyšuje se výskyt epidemií.

V Římě se rozmach medicíny a ošetřovatelství připisuje až příchodu řeckých lékařů (2. st. př. n. l.). Římané preferovali rozvoj stavitelství a zabývali se státní a vojenskou politikou. Nemoc si lidé vysvětlovali, jako zásah hněvu božího, tradiční bylo pořádání náboženských obřadů, lidé přinášeli oběti a odříkávali modlitby. Péči o nemocné se nevěnovala dostatečná pozornost. Osobností římské medicíny byl řecký lékař Galénos a Asklepiades. Léčba se zaměřovala na pocení, omývání, sprchování a koupele. Podporoval se pohyb, tělesná cvičení a životospráva. Asklepiades byl dobrým a zručným chirurgem, kladl důraz na diagnostiku a důkladnou rekonvalescenci. Galénos byl chytrý a velmi pracovitý. Byl uznávaným filozofem, logikem a metodologem. Prováděl operace a pitvy, které vyvracely mýty medicíny.

Jeho výzkumy a psaná díla měla velký přínos pro rozvoj medicíny v celé Evropě. Upřednostňoval léčbu založenou na protikladech, např. studené obklady při horečce. V Římě docházelo k rozvoji péče obzvláště ve vojenských lazaretech, ale také v nemocnicích - vznikali tzv. valetudinária. Vznikala také široká síť koupelí a lázní. Vychovávali se noví lékaři a ranhojiči, kteří byli přítomni ve válkách, aby poskytl rychlou pomoc. Důraz se kladl na osobní hygienu. Kanalizace a koupelny se zakládaly přímo v domech. Římané rovněž věnovali velkou pozornost nemocem a nálezům z nich. Dbali na preventivní opatření – vznikaly karantény a leprosária (3. st. př. n. l.). Pohřbívání těl spravovaly zákony, které zakazovaly pohřby uvnitř města.

Historie medicíny v **Egyptě** je známa z dochovaných, starých papyrů – Káhunský, Smithův, Ebersův, Londýnský, atd. Z obsahu je patrné, že Egypťané znali anatomii, krevní oběh, měli znalosti z chirurgie, očního lékařství, gynekologie a porodnictví. Některé papyry dochovaly i části učebnic, které svědčí o vysoké úrovni léčitelství, dobré diagnostice a používání různých druhů receptur. Lékaři aplikovali projímadla, močopudné látky a kosmetické masti z přírodních zdrojů, které se využívají dodnes (pelyněk, mák, ricinový olej). Prováděly se výplachy a používala vykuřovadla. Zápisy také svědčí o rozvoji specializované medicíny, jako je např. traumatologie, otorinolaryngologie, dermatologie, péče o děti a duševně nemocné. Egypťané ve své době uměli vyrábět a využívat speciální dlahy k znehybnění končetiny. K léčbě ran využívali šití jehlou s vláknem. Fixaci prováděli pomocí proužků z bavlněné textilie.

Lékaři získávali znalosti na lékařských školách, ale o existenci asistentek či ošetřovatelek není známo. Předpokládá se, že lékaři pracovali samostatně. Doložena je péče porodní báby a ranhojičů nebo masérů a laických léčitelů. Léčebná péče byla plánovaná od stanovení diagnózy, prognózy až k postupu léčby. Kromě komplexní medicíny se využívalo cvičení, procházky, hudba a tanec. Dochovaly se i texty různých zaříkávacích a modliteb. Klád se velký důraz na prevenci a protiepidemická opatření, vznikaly karantény. Uplatňována byla přísná pravidla hygieny ve městech, domácnostech a zásady osobní hygieny. Egypťané se natírali oleji a mastmi, kosmetiku využívali také k péči o dutinu ústní. Prosperující egyptská společnost však zaznamenala úpadek s příchodem Nové říše, kdy byly medicínské poznatky a věda nahrazeny náboženstvím a předsudky. Rozvíjel se exorcismus a lékaři vědci byli postupně nahrazováni kněžími, neuznávajícími medicínské ideologie a poznatky.

1.2.3 OŠETŘOVATELSTVÍ – STŘEDOVĚK A NOVOVĚK

Ošetřovatelství na konci antické civilizace a raného středověku bylo výrazně ovlivněno pádem římské říše a náboženstvím. Moc se dostává do rukou církve, která přebírá kontrolu také nad léčením a péčí o nemocné. Vzniká klášterní medicína, která se zaměřuje na **charitativní ošetřovatelství**, spojené s péčí o nemocné, chudé a trpící lidi, na jejich základní fyzické a duchovní potřeby. S nástupem feudalismu se mění ekonomické a sociální postavení obyvatel společnosti, což má neblahý vliv rovněž na zdravotní stav některých skupin obyvatelstva.

Rozhodnutím papeže **Řehoře Velikého** (817) dochází k zakládání nových klášterů, rozvoji řádů a kongregací s charitativním ošetřovatelstvím. Zde se dostávalo péče chudým, nemocným a postiženým lidem, prostřednictvím mnichů a jeptišek. Další vývoj ošetřovatelství ovlivnily války, jelikož příliv raněných vojáků do lazaretů a špatné hygienické podmínky byly důvodem hromadných infekcí a epidemií s následkem smrti. Těžká zranění vojáků vyžadovala rozšíření lékařské a ošetřovatelské péče, rovněž úpravu hygienických podmínek. Kromě klášterů poskytujících útočiště chudým a chorým lidem začaly vznikat také špitály. První špitály byly zřizovány se záměrem poskytnout pomoc a péči pocestným, poutníkům a chudým. Další sloužily pro majetnější a zámožné občany nebo šlechtu s právem předplatit si doživotní služby, ubytování, péči a stravu. Jelikož měly zřizované špitály omezenou kapacitu lůžek, všem nemocným nebo chudým lidem se potřebné péče a pomoci nedostávalo. Tito lidé pak živořili před branami klášterů. Za účelem zaopatření ostatních osob byly zakládány další zařízení - útulky pro chudé či bohaté pocestné nebo cizince.

Křížácké výpravy západních Evropanů proti muslimům (1095-1121) zvýšily potřebu organizované ošetřovatelské a lékařské péče. To vedlo k vytvoření vojenských ošetřovatelských řádů, které pečovaly o raněné křížáky. Mezi nejznámější patřili maltézští rytíři a rytíři sv. Lazara, kteří vybudovali mnoho nových lazaretů, kde panovala přísná morálka. **Vojenské ošetřovatelství** vynikalo uspořádáním pokojů (ošetřovacích jednotek), kde byli vojáci a nemocní roztríděni podle zdravotního stavu do jednotlivých boxů. Byly zavedeny pravidelné vizity lékařů. Léčebná péče měla svou organizaci a řád.

Dalším důležitým a zlomovým obdobím pro ošetřovatelství bylo období Napoleonských bitev a Krymská válka (1853-1856). Tehdejší vojenské lazarety nebyly

připraveny na tak velký příliv raněných vojáků, kteří byli hromadně umisťovány do zařízení bez organizace. Chyběla hygienická opatření a kvalifikovaný personál. Zprávy o situaci tisíců umírajících vojáků v lazaretech zprostředkoval britský tisk a na jejich základě požádal ministr Herbert tehdejší vrchní sestru a superintendantku Institutu péče o nemocné šlechtické dámy v Londýně, **Florence Nightingale** o pomoc s organizací ošetrovatelské péče. Florence doposud za svou ošetrovatelskou éru provedla spoustu důležitých a převratných změn, které měly významný vliv na kvalitu ošetrovatelské péče, komfort a práva pacientů. Např.: zavedla výtah na jídlo přímo z kuchyně na oddělení, aby ošetrovatelský personál nebyl nucen jednotlivě, s každým jídlem zdolávat schody. Vymyslela a nechala naistalovat signalizační zařízení, které fungovalo přímo od lůžka, k chodbám personálu. Do každé části nemocnice nechala zavést tekoucí, teplou vodu. Zavedla organizační systém, který vedl ke vzniku ošetrovacích jednotek (oddělení), kde se umisťovali pacienti podle typu choroby (KUTNOHORSKÁ, 2010).

Florence odjíždí do Turecka společně s dalšími 38. vyškolenými sestrami a naráží na příšerné hygienické podmínky nemocnice, za kterých tisíce vojáků nepodléhalo pouze svým válečným zraněním, ale umíralo na infekci, cholera, tyfus, hlad a žízeň, v bolestech a ve zcela bídných hygienických podmínkách - ležící na špinavých podlahách plných krys. Florence převzala a organizovala celou ošetrovatelskou péči. Opatřila dostatek potravin. Zprovoznila jídelnu, aby vojáci měli pravidelný přísun teplé stravy. Obstarala dostatek osobního prádla a lůžkovin, které se pravidelně udržovaly v prádelnách. Zajistila dostatečné osvětlení, větrání a správné uspořádání místností. Postarala se o přísun léků a včasnou mobilitu nemocných. Nastavila organizaci léčby a protiepidemické postupy. Ošetrovatelky nosily stejnokroj, tzv. stavovský oděv, který se používal pouze v nemocnicích a pravidelně se udržoval. Většinou se jednalo o dlouhé šaty překryté bílou zástěrou, která spodní oděv chránila. Součástí stejnokroje byla pokrývka hlavy - bílý čep. Všechna tato opatření nakonec vedla k významnému snížení úmrtnosti vojáků a následně byla podnětem pro implementaci změn do dalších nemocnic a rovněž podpořila nutnou potřebu profesního vzdělávání sester v odborných školách. V návaznosti na tyto změny došlo k reformě a profesionalizaci ošetrovatelství.

Rozvoj a změny v kvalitě ošetrovatelské péče prosazoval také ruský chirurg **Nikolaj Pirogov**, který vyškolil třicet ošetrovatelek pro efektivní péči o vojáky na ruské frontě v období Krymské války. Nemalé zásluhy o zlepšení péče o vojáky má také švýcarský obchodník **Henry Dunant**, který čerpal z vlastních zkušeností s válkou (bitva

u Solferina). Zaměřil se na organizovanou činnost prostřednictvím dobrovolníků (laická péče) a pořádal sbírky na péči pro raněné vojáky. V roce 1864 v Ženevě založil mezinárodní organizaci **Červený kříž**. Cílem bylo vyškolení dobrovolníků v poskytování první pomoci nejen ve válečné době, ale také v době míru. U nás byl Červený kříž založen v Praze v roce **1868**, jako Vlastenecký pomocný spolek pro Království české. Zabýval se školením dobrovolných ošetřovatelek a pořádal odborné vzdělávací kurzy. Rozvíjela se humanitární, dobrovolnická a charitativní činnost. Oblečení členů ČČK (Český Červený kříž) bylo většinou civilní, později pokryté bílou zástěrou či pláštěm. Dobrovolníci se odlišovali bílou páskou se znakem organizace, umístěnou na paži. Oděv členů ČČK se vyvíjel a později byl doplněn o bílé šaty, bílý plášť a bílý čepec.

1.2.4 OŠETŘOVATELSTVÍ V ČECHÁCH DO ROKU 1945

Rozvoj ošetřovatelství v Čechách můžeme zmapovat zhruba od **10. století**. Zdravotnictví bylo celkově ovlivněno laickou péčí, charitativní péčí a medicínou. První záznamy o ošetřovatelství pochází z doby vlády **Boleslava II.** a zmiňují první špitál v Týně, kde byla poskytována péče spíše sociálního charakteru. Na dvanácti lůžkách tehdy nemocné opatrovalo sedm žen. Vznikaly různé hospice, útulky a sirotčince (útulek pro matky Pod Petřínem), kde byla poskytována charitativní péče v rámci řádů a kongregací, spíše laicky a neodborně, prvotně za účelem uspokojování základních potřeb - poskytnutí přístřeší, tepla, oblečení, stravy, také pochopení a vlídného slova.

Významnou představitelkou ošetřovatelství v Čechách byla **Anežka Česká** (1211-1282), příslušnice panovnického rodu Přemyslovců. Byla ovlivněna již od útlého dětství charitativní činností svých příbuzných, abatyší Anežkou, Alžbětou Durynskou a svatou Hedvikou Slezskou. Společně s bratrem Václavem I. založila v Praze na Starém Městě špitál (1232), později potvrzen papežem jako Špitální a rytířský řád Křižovníků s červenou hvězdou. Členy řeholního řádu směli být pouze Češi po matce i po otci. Řád se postupně rozrůstal a kláštery se rozšířily i do jiných částí země, spolu s dalšími novými řády (Klarisky a Minorité).

Anežka Přemyslovna byla velmi vzdělaná a zbožná žena. Svůj život zasvětila péči o druhé – nemocné, chudé a trpící lidi. Je proslulá pracovitostí, milosrdenstvím a dobročinností. Je pokládána za zakladatelku českého ošetřovatelství a významnou osobnost politického, kulturního a společenského života naší země.

Ošetřovatelské řády můžeme rozdělit na církevní, rytířské a světské. Na ošetřování nemocných se podíleli zejména: Johanité (vojenský a špitální řád sv. Jana Jeruzalémského), Řád Milosrdných bratří, Křížovníci s červenou hvězdou, Alžbětinky (Řád sv. Alžběty Duryňské), Boromejky (Řád sv. Karla Boromejského), Diakonky, Kongregace Šedých sester III. řádu sv. Františka, Řád Dominikánů a další. Ošetřovatelské řády plnily funkci opatrovnickou, rytířskou a vojenskou. Poskytovaly ochranu a doprovod poutníkům v době války. Dále poskytovaly charitativní a špitální péči – ošetřovatelé pečovali o tělesné, psychické a duševní potřeby lidí a snižovali lidské utrpení, což bylo považováno za čestnou a milosrdnou službu Kristu. Diakonky a další civilní sestry poskytovaly péči rovněž v terénu, zajišťovaly péči v domácím prostředí, zejména při výskytu závažných infekčních chorob (cholera, tyfus, mor). Byly tedy cíleně zaměřeny na zdravotnictví (medicínu a ošetřovatelství), charitativní činnost a misie (TRNČÁK, 2016).

V období **12. – 14. století** Čechy nadále ovlivňuje křesťanství a lid utlačuje feudalismus. Středověká města měla nízkou úroveň, nebyla vybavena základními hygienickými prvky (kanalizace) a byla přelidněna. To vše mělo neblahý vliv na zdraví obyvatel. V důsledku vedení četných válek a hladomoru, umírá tisíce lidí. Zoufalou situaci dovršila epidemie moru (Černá nemoc), která zachvátila celou Evropu. Městy vládne bída, hlad a utrpení. Na základě těchto událostí vznikla potřeba zajistit další špitály a provést hygienická opatření. Vznikaly útulky, špitály a leprosária, kde opatrovnickou činnost kromě členů církevních řádů zajišťovali také civilní osoby, většinou starší ženy, sluhové, služebné, ranhojiči. Nemocní lidé byli odstraňováni z ulic a převáženi do špitálů a lazaretů (polní a kamenné), mrtví byli ukládáni do hromadných hrobů mimo město. Ale ani tato opatření nevedla k zásadnějším změnám. Laičtí pečovatelé svou činnost dělali dobrovolně nebo za minimální odměnu, byli unavení a vyčerpaní. Úroveň poskytované péče byla velmi nízká, s nedostatečnými výsledky. Zájem o ošetřování nemocných rychle klesal a ztrácel na popularitě, vážnosti i důstojnosti. Dochází ke stagnaci ošetřovatelství.

Dalším důležitým mezníkem pro rozvoj ošetřovatelství byla péče spojená s působením řádu **Milosrdných bratří** (17. století). Konvent spravovali kněží, řeholníci a řeholní sestry. Jednalo se o komplex budov – kostel, sakristie, sklady potravin, nemocnice a hospodářské budovy, které využívala církevní komunita. Konvent byl založen ve Valticích (1605), v Praze, Prostějově, Brně a následně v dalších městech.

Péče poskytovaná řádem Milosrdných bratří byla založena na organizačních postupech a zásadách ošetřování. Při nemocnici Na Františku v Praze byla roku **1620** založena také škola. Všichni, kdo se věnovali opatrovnictví, byli odborně proškolení a řádně zapracováni. Péče prostřednictvím těchto zařízení měla dobrou úroveň a byla velmi pokroková (VÁŇOVÁ, 2016).

Rozvojový trend ošetřovatelství a rozkvět medicíny byl opět degradován obdobím **30. leté války** (1618-1638), se zánikem mnoha špitálů a nedostatkem ošetřovatelů. Další rozsáhlá epidemie moru a cholery dovedla obyvatele k bídě a živoření. Ani lékařská věda v tomto období nebyla schopna zabránit úmrtí padesáti tisíců lidí. Špatné životní podmínky, utiskování vládnoucí třídou a chudoba, to vše mělo velmi negativní vliv na celkové zdraví obyvatelstva. Ošetřovatelství vykonávaly osoby civilní a nevzdělané, často dokonce z důvodu nějakého prohřešku, v návaznosti na trest či pokání. Ošetřovatelství nadále celkově upadalo a mělo nevalnou úroveň.

Potřeba zlepšit životní podmínky a zvednout kvalitu života obyvatelstva, stejně tak jako udržovat národní zdraví vyvstala až za vlády **Marie Terezie** (1717-1780). Královna uherská a česká viděla prioritu ve vzdělání obyvatelstva, což se výrazně dotklo také ošetřovatelství. Vzdělávání se přesunulo do nově vzniklých škol a fakult. Na pražské lékařské fakultě se vzdělávali ranhojiči a porodní báby. Obsahem přednášek byly hygienické podmínky v nemocnicích i hygiena nemocných, příprava a podávání stravy a léčebné procedury. Mezi osvícenecké reformy Marie Terezie patřil Generální zdravotní řád pro země české (1753), který se stal metodickým článkem pro kontrolu zdravotnických pracovníků, provozů lékáren, včetně dodržování protiepidemických opatření a ukládal zvoleným lékařům pravidelnou kontrolu a hlášení ohledně zdravotní situace spravovaného krajského či městského území ve státě. Špitály pozbyly charakter chudobinců či pouhých útulků a začaly plnit léčebnou funkci. Budovaly se nemocnice, porodnice a chorobince. Všichni opatrovníci nosili služební oděv. Skládal se z dlouhých bílých šatů a zástěr s dlouhým rukávem a zapínáním na zádech. Součástí oděvu byla pokrývka hlavy – bílý čepec. Pracovní oděv se oblékal na vlastní civilní oděv a musel být používán po celou službu (BRABCOVÁ, 2016).

S rozvojem nemocnic, rozšířením lékařské péče a medicínských výkonů vznikla potřeba pomocníků (asistentů a pečovatelů), kteří budou plnit pokyny lékařů a dohlížet na nemocné. Nemocnice a porodnice se budovaly při lékařských fakultách (Všeobecná

nemocnice Praha, Všeobecná nemocnice Brno, Všeobecná nemocnice Olomouc) a s nimi se rozvíjela nová profese - sestra. Role sestry byla zpočátku pouze pečovatelská. Ženy neměly pevné postavení ve státě a jejich vzdělávání bylo zaměřeno na základní opatrování nemocných, nikoli na samostatnou ošetrovatelskou činnost nebo výchovu ke zdraví. Péče o nemocné se dělila mezi civilní ženy a řádové sestry.

První ošetrovatelská škola vznikla r. **1874** v Praze. Její učební osnovy navazovaly na emancipační hnutí žen za svá práva a upevnění role žen ve společnosti. Cílem vzdělávání v návaznosti na emancipaci žen bylo usilování o dosažení vyšší kvalifikace a vznik placené ošetrovatelské profese s jasnou koncepcí. Vzdělávání navazovalo na výuku ženských spolků, které se věnovaly cizím jazykům, péči o dítě, dodržování hygienických zásad, psychologii a etice. Jedním ze spolků ovlivňujících vzdělávání žen byl „Ženský výrobní spolek Český“, založený Eliškou Krásnohorskou a Karolínou Světlou, jehož cílem byla výchova žen zaměřená na určité povolání. Vzdělávání žen bylo podporováno společenskými a sociálními vlivy ve státě a rovněž bylo profesním zájmem lékařů.

Rakouské ministerstvo vnitra vydalo nařízení č. 139 (1914) „O ošetřování nemocných z povolání provozovaném“, které legalizovalo zakládání ošetrovatelských škol, včetně organizační struktury a obsahové náplně. Jednou z podmínek bylo, že školy budou zakládány v blízkosti nemocnic, aby na teoretickou výuku navazovala praxe. Zakládání škol bylo ovlivněno válečnou situací ve státě. Vzdělávací instituce pro ošetrovatelství v Čechách byla tedy otevřena až roku **1916**. Byla založena **Česká státní ošetrovatelská škola**, při Všeobecné nemocnici v Praze. Zakladatelkou a představenou školy byla Františka Fejřová, která významně spolupracovala se školou ošetrovatelství ve Vídni. Studium na škole bylo dvouleté a bylo rozděleno na jeden rok teoretické a druhý rok praktické výuky. Teoretické přednášky vedli zkušení lékaři a profesori. Výuka se skládala z předmětů - anatomie, patologie, chirurgie, gynekologie, vnitřní choroby, dětské choroby, kožní choroby, laboratorní metody, sociální péče, zdravotní zákony a administrativa. Žákyně byly do školy přijímány na základě pečlivého výběru. Příjímací zkoušky nebyly jednoduché a byly zaměřeny na český jazyk, matematiku a všeobecnou inteligenci. Uchazečky musely splnit podmínky věku (18 – 30 let), musely být trestně bezúhonné a dokonale zdravé. Studentky musely projevit opravdový zájem o obor a prospět v čtyřměsíčním zkušebním období, v rámci kterého se zkoumaly morální a charakterové vlastnosti žákyň. Zájemkyně nesměly zároveň pečovat o vlastní

domácnost s nezletilými dětmi. Na závěr studia bylo nutné vykonat závěrečnou komisionální, diplomovou zkoušku z teoretických a praktických - ošetrovatelských dovedností. Absolvováním zkoušky studentky získaly titul „Diplomovaná ošetrovatelka nemocných“. V letech 1920-1923 byla školní výuka významně a pozitivně ovlivněna americkými sestrami, které pozvala předsedkyně ČČK PhDr. Alice Masaryková, a které vytvořily novou koncepci výuky. Americké sestry se podílely, svými bohatými zkušenostmi, ale i kapitálem na koncepci vzdělávání, stejně tak na nastavení ošetrovatelského procesu. Pod záštitou amerického Červeného kříže byly vybaveny ošetrovatelské stanice o lepší pomůcky, prádlo, nádobí, zástěny aj., což významně přispělo k zvýšení úrovně péče a následně ovlivnilo její kvalitu. Od roku 1923 vedla školu diplomovaná sestra Sylva Macharová (VÁŇOVÁ, 2016). Škola nabyla vysoké úrovně a měla všeobecně dobrý ohlas. Nová profese v podobě vzdělané a studované sestry dosáhla vysoké prestiže.

Následovalo otevření další vzdělávací instituce v Praze. Roku **1918** byla založena **Vyšší sociální škola**, která v ročním studiu připravovala sociální pracovníky a později diplomované sestry pro samostatnou činnost. Zásluhou Alice Masarykové, která se podílela na otevření Vyšší sociální školy, vychovávala škola, na základě konceptu „Ženy v práci sociální“ erudované pracovnice pro práci v sociálních službách, poradnách, ale také v domácím prostředí. Škola přijímala studenty pouze po ukončení gymnázia nebo lycea. Sociální sestry působily v poradnách pro nemocné s tuberkulózou, pohlavními chorobami, či pro matky a děti. Byla podporována návštěvní služba v rodinách, která se specializovala na výchovu sociálně slabších vrstev a zejména byla zaměřena na prevenci. Počátek 20. století znamenal rozvoj nového ošetrovatelského směru – primární péče a péče v terénu. Roku 1936 byla škola zrušena a nahrazena novou institucí - **Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče**.

V českých nemocnicích pracovaly vystudované diplomované sestry a sestry řádové. Diplomované sestry nosily unikátní modrobílou pracovní uniformu s dlouhým rukávem, bílý čepce, tmavé punčochy, černé boty a odznak. Sestry své zevní úpravě věnovaly náležitou pozornost a péči, svůj charakteristický oděv a odznak nosily s hrdostí. Jednalo se o významné symboly sesterské profese. Tehdejší pečlivá osobní úprava, stavovský vzhled vyjadřovaly nejen profesní hrdost, ale byly také významným symbolem důvěryhodnosti (BRABCOVÁ, 2016). Pracovní a sociální podmínky sester bohužel nebyly nijak příznivé. Byly ubytované přímo na pokojích s pacienty, nebo

v jejich přímé blízkosti. Pracovní doba byla neplánovaná a pracovní směny často velmi dlouhé (až 36 hodin). Docházelo k evidenci a kontrole osobních vycházek sester, které byly povolovány pouze na základě písemných propustek, s návratem maximálně do 21. hodiny. Sestry pracovaly také o víkendech, měly povolenu pouze jednu volnou neděli. Všem sestřám byla ukládána až vojenská disciplína, ruku v ruce s morálním a etickým kodexem. Sestry musely splňovat potřebné charakterové a etické vlastnosti, vyznávat křesťanskou lásku, obětavost, úctu, trpělivost, odvahu, víru, moudrost a loajalitu, a to jak v pracovním, tak i v osobním životě. Pracovaly pod přímým vedením lékaře, který měl nadřazenou roli. Plnily naprosto bezvýtku příkazy a pokyny lékařů a názory či pokyny lékařů také plně respektovaly (LEMON 3, 1997). Dobrá sestra vyjadřovala důvěru v lékaře a do medicínské problematiky nezasahovala, sestry neměly žádnou autonomii - zaujímal eticky-pasivní postoj. Pokud se sestra chtěla vdát, musela své zaměstnání opustit. Pokud nesplňovala v pracovním, ale také v osobním životě ty nejvyšší morální podmínky, byla vyloučena. Vzhledem k tomu, jak náročná byla práce v nemocnici, byly sociální i platové podmínky sester zcela nedůstojné a naprosto nedostatečné.

Další významnou osobností v ošetrovatelství byla **Emilie Ruth Tobolářová**, která převzala vedení školy za protektorátu. Škola byla roku 1931 pod jejím vedením převedena do státní správy a nesla nový název Ošetrovatelská škola ve správě Československého Červeného kříže (ČSČK). Rozvoj školy a její činnost byly ovlivněny působením Červeného kříže a Spolkem absolventek školy ošetrovatelské (1921). Do popředí se dostávaly zájmy sester. Dle vlastního sloganu spolku se usilovalo se o tzv. „Povznesení ošetrovatelského stavu“ - zvýšení prestiže povolání, o posílení odborného vzdělání a rovněž o zlepšení sociálních a pracovních podmínek sester (FLORENCE, 2009). Sestry byly přesvědčeny, že pod záštitou organizace získají větší sílu a možnost k úspěchu, nežli jednotlivci. Spolek absolventek školy ošetrovatelské byl přejmenován v roce 1928 na **Spolek diplomovaných sester** (SDS). Činnost spolku podporovali také mnozí lékaři, např. prof. Ladislav Syllaba. Roku 1933 byl Spolek diplomovaných sester ČSR (Československá republika) přijat do ICN (International Council of Nurses).

SDS plnil velmi aktivní funkci a měl všestrannou a bohatou činnost. Spolek byl nepolitickou stranou s celostátní působností v přesném znění: „*Spolek diplomovaných sester v ČSR je odbornou, celostátní organizací, která sdružuje československé sestry*

bez rozdílu národní, náboženské nebo politické příslušnosti. Spolek usiluje o povznesení ošetřovatelského stavu, hájí zájmy svých členek a stará se o zvýšení odbor. vzdělání. Za činné členky jsou přijímány absolventky ošetřovatelských škol, za přispívající ošetřovatelky, ochotné přispívati na účely spolku nejméně Kč 50 ročně“. Sídlo spolku bylo v ulici Ječná č. 4, Praha II. (BRABCOVÁ, 2016, s. 10).

SDS pořádal pro sestry odborné přednášky a kurzy, vydával časopis „Diplomovaná sestra“. Podílel se na zřizování dalších ošetřovatelských škol se snahou o vysoké odborné vzdělání, rozšíření výuky na školách a prodloužení odborné praxe. Zdůrazňoval potřebu dalšího vzdělávání ve speciálních úsecích oboru ošetřovatelství, instrumentování, dietetika, laboratorní metody a radioterapie. Rovněž nutnost v koordinaci spolupráce mezi činnostmi sester a sociálních pracovníků. Zasadil se o úpravu pracovní doby a byla zavedena dovolená. SDS usiloval o dobré pracovní podmínky, byly postaveny ubytovny pro sestry. Spolek se důrazně zasazoval o systematizaci sesterských míst ve státních léčebných ústavech, organizaci práce a rovněž o zajištění stravování pro sestry a lékaře. Snaha byla také o vytvoření nové vedoucí funkce sestry (civilní sestra představená), která by zodpovídala za ošetřovatelský personál. SDS organizoval celostátní sjezdy sester, kde se diskutovalo o organizačních záležitostech a potřebě rozšíření vzdělávání sester nebo o zavedení penze po 30. leté službě. SDS se snažil o reprezentativnost sesterské profese, důstojnost a jednotu. Zájmem SDS bylo udržování a zvyšování standardu ošetřovatelské péče. Vznikl odznak SDS a registr diplomovaných sester ČSR. Došlo k rozdělení zodpovědnosti mezi řídicí orgány: ČSČK měl v kompetenci urgentní zajištění ošetřovatelského personálu pro případ epidemie, náhlých katastrof nebo vypuknutí války. SDS měl v náplni činností vedení sester, rozvoj a kvalitu ošetřovatelských škol nebo nostrifikaci diplomů. Bylo vypracováno **Memorandum** (1936), které zahrnovalo požadavky sester na zlepšení sociálního postavení a stanoviska ohledně potřeby zvyšování hodnot profese a neodkladnost rozvoje a prosperity oboru ošetřovatelství.

Na základě aktivní činnosti SDS byla roku **1937** v nemocnici na Bulovce zvolena 1. civilní hlavní sestra - diplomovaná sestra **Jarmila Roušarová**, která byla pověřena organizací ošetřovatelské služby a vykonávala odborný dohled. V lednu, roku 1938 byly valnou schůzí SDS schváleny jednotné sesterské uniformy. Stejnokroje měly jasné atributy a byly rozděleny na ústavní a vycházkové, odlišovala se uniforma vrchní sestry. Uniformy obsahovaly také nepostradatelné, přesně definované doplňky – odznak,

límeček, manžety, přesně popsané knoflíčky, ústavní a vycházkovou obuv. Hygienická obuv měla nižší podpatek a podrážka byla opatřena gumou, k zajištění tiché chůze. Obuv dodával Baťa (FLORENCE, 2009). Odznak prvních diplomovaných sester nesl název „Diplomovaná sestra“ a označení organizace „Československý červený kříž“, a také obsahoval ztvárnění kříže. Odznak sester z doby protektorátu nesl název „Diplomovaná sestra ošetrovatelka“ a ztvárňoval symbol lampy (kahanu). Roku 1940 byly předloženy podklady pro novou ošetrovatelskou, vedoucí funkci – vrchní sestra. Rozvíjí se mezinárodní spolupráce s dalšími organizacemi, československé sestry navštěvují londýnskou univerzitu a vzdělávají se v nových dovednostech. Při návštěvách mezinárodních sjezdů či kongresů sestry získávaly nové a cenné zkušenosti, čímž se měnil celkový pohled na obor ošetrovatelství. V návaznosti toho vznikla pozitivní motivace a zvýšená potřeba získávání nových znalostí a vědomostí, které by sestry uvedly do praxe a současně zkušené sestry vyvedly z role pouhé pomocnice a poslušné vykonavatelky lékařských příkazů. Profesní diskriminace a nekomfortní společenské podmínky sester se v polovině 20. století začaly pomalu vytrácet. Vzdělané a zkušené sestry následně podpořily nový trend rozvoje zdravotnictví a současně vznik samostatného ošetrovatelství.

1.2.5 OŠETŘOVATELSTVÍ V ČECHÁCH PO ROCE 1945

V druhé polovině 20. století počet ošetrovatelských škol roste. V roce 1946 bylo v ČSR evidováno 32 ošetrovatelských škol, z toho jedna Vyšší odborná škola (VOŠ), připravující sestry ve vedoucích pozicích. Vznik školy byl v zájmu diplomovaných sester a další iniciaci podnítil ČSČK. Československý červený kříž věnoval pro zázemí VOŠ svou vlastní budovu a podílel se rovněž na investicích v rámci interiéru a vybavení. První studium absolvovalo 30 sester. Byly připravovány pro pedagogickou činnost, vedoucí práci a organizaci ošetrovatelské péče.

Během války a po válce se potřeba ošetrovatelského personálu zvýšila, což podpořilo nutnost rozšíření vzdělávání a úpravu zákonů. Rovněž se mění společenská situace ve státě a s tím také nároky pacientů na kvalitní zdravotní péči. Kladl se důraz na prevenci, což bylo součástí náplně práce sester. Rozvíjela se profesní spolupráce mezi obory. Zákon o základní úpravě jednotného školství zařadil ošetrovatelské školy do vyššího stupně vzdělávání. Ministerstvem školství, věd a umění byly zřizovány **Vyšší sociálně zdravotní školy**. Nový vzdělávací koncept zcela změnil školní osnovy

a učební plány. Počínaje školním rokem 1949/1950 probíhala čtyřletá výuka, zakončená maturitní zkouškou. Studium bylo zaměřeno na obory – ošetrovatelka, dětská sestra, sociální pracovnice, porodní asistentka, zdravotní laborant, zubní laborant, pracovník v oboru výživy. Tyto obory byly studenty selektovány od třetího ročníku a navazovaly na dvouletý, všeobecný základ.

Vedoucí moc ve státě převzala Komunistická strana Československa (KSČ). Ošetrovatelství bylo silně ovlivněno politickými změnami ve státě. Z důvodu náboženské perzekuce již nebylo umožněno pracovat řádovým sestrám. Roku 1951, pod vlivem Sovětského svazu vydává vláda zákon, který zavádí nový systém vzdělávání a pracovních zařazení, čímž ruší současné ošetrovatelky a sociální pracovnice. Vzniká nová kategorie ošetrovatelských profesí, pod jednotným názvem – **Střední zdravotnický pracovník (SZP)**. SZP se nadále dělí dle odbornosti a vznikají nové profese – zdravotní sestra, ženská sestra, dětská sestra, dietní sestra, zdravotní laborant, rentgenologický laborant, zubní laborant, lékařský laborant a sanitární pracovník. Následují Vyšší zdravotní školy, které se specializují na další obory – pracovník hygienické služby, rehabilitační pracovník nebo farmaceutický a radiologický laborant. Tyto školy byly po roce 1953 přímo řízeny ministerstvem zdravotnictví.

Výše uvedené změny ovlivnily profesní zájmy sester a jejich postavení ve společnosti. Došlo ke spojení Spolku diplomovaných sester s ROH (Revoluční odborové hnutí), čímž SDS pozbyl členství v ICN a následně zanikl. Zaniká rovněž titul „Diplomovaná sestra“, na který byly sestry právem hrdé. Změnil se také vzhled oblečení sester. Uniforma se skládala z jednoduchých modrých šatů s krátkým rukávem, dále z bílé a praktické – na zádech propínací zástěry, bílého připínacího límečku a bílého čepce. Čepce byl striktně vyžadován a bylo nezbytně nutné pod něj pečlivě schovat všechny vlasy. Vrchní sestra nosila šaty v barvě bílé, pomocný personál či sanitář v barvě šedé či žluté, dle daného zařízení. Slavnostní či vycházková uniforma byla zcela zrušena. Také odznak byl radikálně změněn. Odznak z doby komunismu nesl v názvu „Sloužím zdraví lidu“ a zkratku SZP ve znaku. Symbol červeného kříže nahradila červená, pěticípá hvězda, jejíž okolí lemovaly proutky lípy. Tuto podobu si odznak zachoval až do 90. let. Sestry musely dodržovat přísné hygienické návyky, osobní hygienu a mít vzornou úpravu. Nesměly nosit žádné šperky, nehty musely být ostříhány na krátko bez následné úpravy. Vlasy byly zcela schovány pod čepcem. Obuv

byla většinou korková, převážně sandály bez možnosti individuálního výběru – dle pokynů zaměstnavatele.

V sedmdesátých letech se vzdělávání nelékařských pracovníků přesouvá na **Střední zdravotnické školy**. Politické a společenské změny po roce 1968 ovlivnily školský systém a učební osnovy. Vzdělávání sester se zaměřuje na práci v týmu. Tým tvoří lékař, SZP a NZP (nižší zdravotnický personál). Ze strany ošetrovatelské profese vznikla touha a potřeba po sjednocení sester pod odbornou organizací, stejně, jako byla základnou pro lékaře ČLS (Česká lékařská společnost). Bohužel období okupace a tehdejších stranických ideologií nebylo pro založení profesní organizace a jiným, podobným aktivitám příznivě nakloněno. Vzdělání sester se v rámci jednotlivých speciálních či invazivních úkonů zdálo nedostatečné. To bylo podnětem pro další rozšíření vzdělání pro specializované a individualizované činnosti, po vzoru vzdělávacího institutu lékařů, který fungoval od roku 1953. Proto vnikl nový **Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků** v Brně a Bratislavě (1960) – současné NCO NZO (Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů). Zde se sestry systematicky vzdělávaly v dalších specializačních činnostech. Vzniká pomaturitní specializační vzdělávání (PSS), které je absolvováno při zaměstnání a je nejčastěji zaměřeno zejména na činnost sester na operačních sálech nebo v urgentní péči, ale také obecně na celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Při zvyšování vzdělávání sester vyvstala rovněž potřeba zvyšovat kvalifikaci a vzdělávání pedagogických pracovníků v ošetrovatelství, včetně pracovníků v řídicích funkcích, na které byly kladeny vysoké nároky. Proto bylo roku **1960** zahájeno univerzitní studium sester učitelek, při Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Vysokoškolské studium probíhalo při zaměstnání a trvalo šest let. Později bylo umožněno studovat také v prezenční formě, tento typ studia probíhal pět let. Studium bylo zaměřeno na psychologii, pedagogiku a péči o nemocné. Odborným garantem a organizátorem univerzitního studia byl prof. MUDr. Vladimír Pacovský, ve spolupráci s III. interní klinikou, specializovanou na ošetrovatelství, při Fakultě všeobecného lékařství.

Přes první velké obavy a zdráhání sester, kdy bylo nutné překonat jejich nedůvěru a strach z postihu, vzniklo nové odborné sdružení – **Československá společnost sester** (ČSS). ČSS byla založena 17. dubna 1973 v Praze, v Lékařském domě, za mimořádného úsilí tříčlenného přípravného výboru, který zajistil 300 přihlášek.

ČSS měla na počátku 4 základní sekce – zdravotní sestry, ženské sestry, dětské sestry a stomatologické sestry. Mezi hlavní úkoly patřilo prosazení moderních trendů v ošetřovatelství, pořádání odborných akcí a podpora vzdělávání. Vedením sekce zdravotních sester byla od roku 1977 pověřena Marta Staňková, která se významně organizačně podílela na všech akcích ČSS a rovněž spolupracovala s profesorem Pacovským a odborně se angažovala v oblastech: teorie ošetřovatelství, ošetřovatelské školství a ošetřovatelská praxe (ŠKUBOVÁ a kol., 2004). ČSS se během několika let významně rozrostla, v roce 1979 měla 2.000 členek a do roku 1981 vzniklo 16 sekcí. ČSS byla roku 1983 přijata do ICN. Rozvíjela se také publikační činnost sester, která byla prvotně zahájena roku 1951 vznikem sesterského časopisu „Zdravotnická pracovnice“. Odborový časopis se později stal, díky svému obsahu a publikovanému záměru (výzkum a věda) spíše časopisem odborným. Roku 1989 bylo vydávání časopisu pozastaveno a o dva roky později vznikl nový, již skutečně odborný časopis „Sestra“. Předsedkyní redakční rady se stala docentka Marta Staňková. Časopis provázely sestry a další nelékařské profese od roku 1991 a kromě medicínských článků, které publikovali převážně lékaři, byl doplněn příspěvky samotných sester. Snahou docenty Staňkové bylo odvrátit milné zařazení ošetřovatelství, jako podobor medicíny. Rovněž podporovala a vyzývala sestry k aktivitě a vlastní prezentaci: „*Jen sestra může o ošetřovatelství psát opravdu kvalifikovaně!*“ (ŠKUBOVÁ a kol., 2004, s. 6).

1.2.6 OŠETŘOVATELSTVÍ V POREVOLUČNÍM OBDOBÍ

Dalším zásadním mezníkem v ošetřovatelství byl rok **1989**. Po pádu komunismu došlo k postupnému rozvoji demokratického právního řádu. Základní a zároveň zásadní systémy státu – ekonomický, právní, sociální i zdravotnický bylo potřeba transformovat. Profese ošetřovatelství byla ovlivněna jednotným vzdělávacím systémem v Evropě a potřebou zvýšit úroveň a kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. Osobností ošetřovatelství se stala docentka Marta Staňková. Porevoluční elán a pracovní nadšení jí dovolily vyrovnat se s četnými organizačními nedostatky a včasné nastavit novou koncepci ošetřovatelství. Se zavedením univerzitního studia se zvýšila úroveň vzdělávání sester, byl zaveden ošetřovatelský výzkum. Sestry se stávají nezávislými a posilují své společenské a profesní postavení. *Sociální postavení sester a vznik ošetřovatelství jako samostatného oboru ovlivnily vývoj ošetřovatelské etiky zvláště ve vztahu k medicíně. Sociální role sester je hlavním faktorem, který určuje podmínky*

ošetřovatelské praxe a odpovědnost, kterou sestry nesou za svou práci (LEMON 3, 1997, str. 23).

Porevoluční období nebylo nikterak jednoduché. Nově nabitá demokracie dávala příležitost k různým organizačním a názorovým neshodám, což se nakonec odrazilo v nesouladu v rámci odborné Společnosti, která vnímala potřebu změn z důvodu podceňování kvalifikací a přehlížení potřeb pacienta za prioritní, ale neměla možnost plány a změny následně iniciovat. Vlivem názorových neshod a působením nových pracovníků ve vedoucích pozicích začaly vznikat v rámci zdravotnických zařízení nové, malé organizace – Kluby sester. Kluby sester většinou vznikaly lokálně, v rámci zdravotnických zařízení a nemocnic v určitém městě, či kraji. Sestry, ale již z historie věděly, že pro rozhodování, plánování, transformaci a zásadní jednání potřebují záštitu silné, jednotné profesní společnosti. Došlo tedy k sjednocení klubů, vytvoření stanov, programu a zvolení prezidia. Dne 14. ledna 1991 vznikla nová, porevoluční, profesní organizace – **Česká asociace sester** (ČAS). Prezidentkou byla zvolena Karolína Moravcová, která již měla své zkušenosti z ČSS. ČAS a ČSS se nakonec spojují a aktivní zůstává Česká asociace sester. ČSS uskutečnila za dobu svého působení celkem 15 sjezdů, 121 konferencí, 143 pracovních dnů a 15 seminářů (FLORENCE, 2016). Ve stejném programu pracovala a svou činnost vykonávala ČAS.

V srpnu roku 1993 v Praze byla Českou asociací sester pořádána 16. pracovní schůze evropských sester sdružených ve WENR (World Education News & Reviews). Jednání byli přítomni reprezentanti 19 národních organizací a 3 mezinárodních organizací – Stálá komise sester při Radě Evropy, Evropská skupina sester a Severská federace sester. Konference byla pro sestry významnou událostí a s vlastním sdělením „Vývoj vzdělávání sester v České republice“ vystoupila docentka Marta Staňková. Sdělila, že je potřeba změnit celý vzdělávací systém podle kritérií Rady Evropy, SZO a ICN. Informovala o zahájení projektu v oblasti sesterského vzdělávání, který zahrnoval kvalifikační a specializační studium a univerzitní bakalářské studium sester. Vyjádřila, že vzdělávání sester v ČR půjde v součinnosti s vývojem ošetřovatelství a medicíny ve světě a v souladu s nastolením standardu zdravotnické péče, platném na celém světě (ŠKUBOVÁ a kol., 2004). ČAS byla v březnu roku 1994 přijata do ICN.

„Až sestry poznají, co bylo vykonáno před nimi, pak teprve mohou zhodnotit, co vykonaly samy.“ (KAVKOVÁ, 2005, s. 5).

1.3 OŠETŘOVATELSTVÍ V DATECH

1874 – První ošetřovatelská škola v Praze

1899 – Vznik ICN v Londýně (International Council of Nurses) - Mezinárodní rada sester - světově první a největší organizací zdravotníků. Sídlo: Ženeva, Švýcarsko. Počet členských zemí: 128.

1916 – Otevřena Státní dvouletá ošetřovatelská škola v Praze

1918 – Otevřena Vyšší sociální škola

1921 – Založen Spolek absolventek ošetřovatelské školy

1928 – Založen Spolek diplomovaných sester

1931 – Otevřena Česká státní ošetřovatelská škola v Praze

1933 – Spolek diplomovaných sester ČR byl přijat do ICN

1937 – Odborný časopis „Diplomovaná sestra“

1946 – Založena Vyšší ošetřovatelská škola v Praze

1951 – Časopis „Zdravotnická pracovnice“

1960 – Založen Institut dalšího vzdělávání SZP (Praha, Brno)

1973 – Založena Československá společnost sester

1982 – Československá společnost sester přijata do ICN

1991 – Založena Česká asociace sester

1991 – Časopis „Sestra“

1994 – ČAS přijata do ICN

2001 – Udělování ceny „Sestra roku“

12. květen – Mezinárodní den sester (datum bylo určeno k příležitosti narození Florence Nightingale – 12. 5. 1820, Itálie - 13. 8. 1910, Londýn)

2 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Pojem kvalita neboli jakost jsou v dnešní době velmi často užívané výrazy a nesou společné určující znaky. Zatímco vyjádření „jakost“ využíváme zejména ve vztahu k určitému výrobku či produktu v souvislosti např. s industriální či jinou výrobou, naopak slovo „kvalita“ významově obsahuje oblast určitých služeb nebo má přímý vztah k organizaci či řízení společnosti. Kvalita, její hodnocení, udržení a garance má pro dnešní dobu nezastupitelný význam, ať už se jedná o výrobní sféru, či poskytované služby. Kvalita se stala prioritou managementu a její úroveň je součástí firemní kultury a rovněž ukazatelem určité záruky a prestiže. Pojem **kvalita a bezpečí** ve zdravotnickém zařízení nabývá vícerozměrného významu, zvláště když si uvědomíme, že pracujeme s tou nejvyšší komoditou – lidským životem a zdravím.

Kvalitní a bezpečná péče hrají důležitou roli a jsou v úzkém zájmu jednotlivých zdravotnických organizací a institucí, stejně tak jsou v širším zájmu národního hospodářství a zdravotní politiky každého státu. *Kvalita je kategorie, která v kvantitativních i kvalitativních pojmech popisuje úroveň poskytované péče či poskytovaných služeb. Kvalita se tudíž skládá ze dvou částí – jedna část je **kvantitativní**, měřitelná, druhá je **kvalitativní** a vychází z hodnotového systému. Kvalita je relativní, nikoli absolutní kategorie* (MARX, 2015). Doktor Marx ve své prezentaci rozděluje kvalitu na tři stupně: Standardizovaná kvalita – výrobek/služba je ve shodě s danými standardy. Responsivní kvalita – odpovídá požadavkům zákazníka, nebo je dokonce převyšuje. Jedinečná kvalita – výrazně převyšuje očekávání zákazníka a potěší jej svou vysokou hodnotou (obrázek 1).



Obrázek 1 Stupně kvality

Zdroj: MUDr. David Marx, PhD., znázornění autor

Výklad pojmu kvalita je opravdu různorodý, jelikož je neustále ovlivňován mnoha faktory - sociálním, kulturním, politickým a stejně tak objektivním či subjektivním, individuálním názorem či postojem a hodnotami osob či konkrétní společnosti. Dostupné zdroje uvádějí kvalitu jako např.: Objektivní a pozitivní hodnocení ze strany zákazníka. Uspokojování potřeb klienta při nepřítomnosti chyb nebo vad. Nebo správně či ideálním způsobem – případně nadstandardně provedená služba.

Světová zdravotnická organizace (SZO) definuje kvalitu zdravotnické péče primárně jako souhrn výsledků, kterých bylo dosaženo v prevenci, diagnostice a léčbě, určených právě potřebami obyvatelstva, postavených na základě věd a praxe (SZO, 1966). Později SZO popisuje kvalitu jako službu, která co nejefektivnějším způsobem organizuje zdroje, aby spolehlivě uspokojily zdravotní potřeby v oblasti prevence a péče u těch nepotřebnějších a to bez zbytečného plýtvání a v zásadních mezích požadavků (SZO, 2004). Kategorizace kvality poskytovaných služeb dle SZO vychází z několika základních směrů – **kvalita z pohledu pacienta** (zájmy pacienta a jeho potřeby), **kvalita řízení managementu** (příprava směrnic a předpisů a jejich implementace), **odborná kvalita** poskytovaných služeb (explicitní využití metodologie do praxe).

Motivací ke zvyšování kvality ve zdravotnictví je několik a liší se např. dle priorit poskytovatele zdravotních služeb, rovněž dle legislativních a regulačních mechanismů. V současnosti jsou zcela zásadními podněty ke zvyšování kontinuální kvalitní péče:

- Dynamika rozvoje – nové technologie, moderní metody a trendy, farmakologie.
- Konkurenční prostředí – vnější konkurenční vztahy, marketing, lokalita, vnitřní konkurenční vztahy, státní vs. privátní sektor.
- Institucionální systém hodnocení – vyhledávání rizik, bezpečnostní opatření, indikátory kvality, interní a komplexní - systematické sebehodnocení, evaluace.
- Požadavky a nároky občanů a pacientů – časová a lokální dostupnost péče, sociální role a kultura obyvatel, dostupnost informací, možnost výběru ZZ.
- Mediální zájem – politický tlak, kontrola médií – srovnávací studie, reportáže o nežádoucích událostech, stížnosti a zkušenosti pacientů, negativní reklama.
- Nákladová evidence – úspornost nákupu léčiv, mzdová politika, nadstandardní služby, plánované a neplánované investice, infrastruktura, nemovitosti (SAK, 2014).

Souhrnem tedy můžeme konstatovat, že základním posláním a hlavním cílem všech zdravotnických institucí by mělo být vytváření takového prostředí, které umožní poskytovat kvalitní, účinnou, dostupnou a vysoce kvalifikovanou zdravotní péči, která je bezpečná pro pacienta i personál v kontextu s profesionální organizační a personální strukturou a v součinnosti s přijatelnou nákladovou efektivitou.

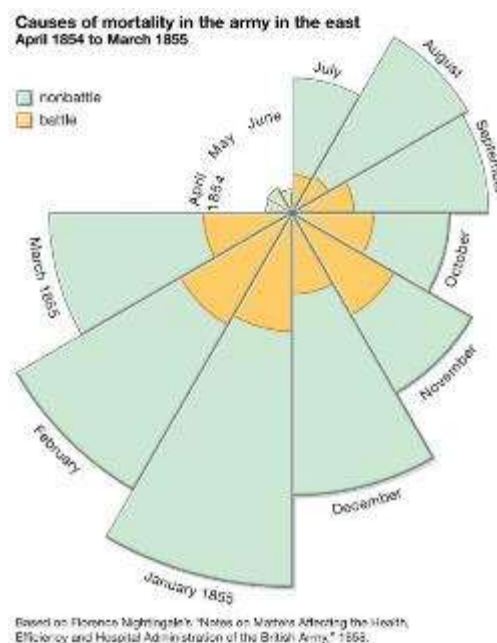
2.1 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ HISTORIE

Pokud se ohlédneme do minulosti, nalezneme první známky péče o člověka v souvislosti s nouzovou situací, kdy se nacházel bez přístřeší, při hladu, v chudobě a v nemoci. Lidská podstata souvisí s přirozenou potřebou lidstva, postarat se o základní lidské hodnoty – vlastní zdraví. Tato skutečnost dala základ organizovanému ošetrovatelství, v samém prvopočátku prostřednictvím křesťanských ošetrovatelských řádů. Do tohoto období můžeme zahrnout historickou osobnost a patronku českého ošetrovatelství Sv. Anežku Českou. Anežka Přemyslovna zasvětila svůj život péči o druhé a bohu. Založila špitální bratrstvo, které bylo uznáno samostatným ošetrovatelským řádem. Řád křížovníků s červenou hvězdou se stal průkopníkem novodobého systému péče, který byl primárně založen na ošetrování zesláblých, nemocných, chudých a starých občanů nebo zraněných vojáků. Řád lidem sloužil bez rozdílu na věk, postavení či onemocnění, přístřeší poskytoval i malomocným. Základním principem byla pohostinnost a péče o sociální a duchovní stránku člověka. Anežka Česká se zasadila nejen o všeobecnou a základní péči, dostupnou pro všechny, ale zabezpečila první základní parametry – normy pro kvalitní péči. Špitály vynikaly především naprostou čistotou prostředí, poskytovaly čisté prádlo, kterého bylo dostatek a které se pravidelně udržovalo. Jídlo bylo podáváno nejen teplé a kvalitní, ale obsahovalo také důležité maso i zeleninu a bylo převážně servírováno na stříbrných podnosech a drahém nádobí. Chudým byl poskytnut také oděv. Péče byla organizovaná, infekční choroby se oddělovaly do zvláštních úseků nemocnic. V nemocnicích bylo dostatek lékařů, kteří si navzájem předávali své nabitě zkušenosti, upřednostňovalo se vzdělání. Základem lékařské péče byla i duchovní podpora. Nemocnice procházely technickými úpravami, vznikaly malé, samostatné pokoje pro skupinu maximálně čtyř osob - pracovalo se skupinovým systémem, kdy nemocní byli rozdělováni do špitálů po malých skupinách, systematicky, dle onemocnění. Lékařská i ošetrovatelská péče za působení Anežky České byla známa vysokou úrovní a kvalitou (STANĀKOVÁ, 2001).

Pokud zmapujeme další období, můžeme zcela s jistotou konstatovat, že první vytvořené, hodnotné a validní normy, neboli standardy zdravotní péče, které jsou neoddelitelnou součástí systému řízení kvality ošetrovatelské péče i v současnosti, můžeme připisat osobnosti ošetrovatelství - **Florence Nightingale** (12. května 1820, Florencie, Itálie – 13. srpna 1910, Londýn). Narodila se v italské Florencii do bohaté šlechtické rodiny. Její studium bylo zaměřeno na matematiku, filozofii, dějepis a literaturu. Intenzivně se věnovala také cizím jazykům, včetně latiny. Byla velmi nadaná a chytrá, ale jejím zájmem nebylo věnovat se pouze společenskému diskurzu a dle původního předurčení založit rodinu a pohybovat se převážně ve společenských kruzích. Vzhledem k vlivu sociálního citění, které jí vštěpoval dědeček angažující se v hnutí za osvobození otroků v Evropě a Americe, se začala intenzivně zajímat o nemocné, které navštěvovala zpočátku v domácím prostředí, později v nemocnicích. I přes všechny okolnosti tehdejší doby, kdy postavení sestry ve společnosti nemělo dobrou pověst a přesto, že nebyla rodinou v tomto směru podporována, se v roce 1845 rozhodla stát zdravotní sestrou a věnovat svůj život snižování lidského utrpení.

Velký přínos v ošetrovatelství je přikládán zejména jejím zavedeným reformám: **Hygienická reforma** - vznik ošetrovatelské jednotky, dodržování hygienických zásad, dostatečné osvětlení, zajištění větrání, udržování teplých a suchých prostor. **Koncepce ošetrovatelské péče** - podávání kvalitní a teplé stravy, čisté a suché prádlo, klid a teplo, vlídné zacházení, včasná mobilizace, signalizační zařízení, vedení dokumentace - včetně psychologického přístupu a zajištění sociálních potřeb (psaní dopisů rodině či blízkým). Pod jejím vedením a za její přímé účasti, zejména v době krymské války (1853-1856) došlo k zavedení zásadních opatření, které významně ovlivnily léčbu raněných vojáků a snížily jejich úmrtnost. Pro svůj neustálý a opakovaný dohled nad zdravotním stavem pacientů a sledováním jejich psychického stavu, potřeb a poskytnutí podpory je známa jako „Dáma s lampou“. Florence Nightingale je uznávána také jako spisovatelka, autorka pokrokové odborné literatury a průkopnice srovnávací lékařské statistiky. Proslula pečlivými grafy (Coxcomb chart), které byly od roku 1858 novinkou v zobrazování statistických dat (dnešní koláčový graf), označujícími frekvenci relativních oblastí, například úmrtí vojáků v souvislosti s válkou nebo hospitalizací (obrázek 2). Roku 1853 publikovala „Poznámky o vlivech působících na zdraví, efektivitu a nemocniční administrativu v britské armádě“. Roku 1859 bylo vydáno dílo „Poznámky o ošetrovatelství“. V roce 1860 založila první ošetrovatelskou školu při

nemocnici sv. Tomáše v Londýně. Florence Nightingale se významně angažovala, jako bojovnice za lidská práva a byla aktivní členkou hnutí chudých. Podílela se na vzniku Britské asociace sester roku 1887. Významně se zasloužila o profesionalizaci ošetrovatelství a zlepšení pracovních i ekonomických podmínek pro ošetrovatelský personál. Prosadila základní metodiku, která vedla k vytvoření závazné profesní normy, standardu - platné definice kvalitní ošetrovatelské péče. Tyto normy v součinnosti s individuálními podmínkami a hodnotícími kritérii či měřítky následně profilyovaly **indikátory kvality péče**. Florence Nightingale je filozofka, reformátorka a významná osobnost ošetrovatelství. V roce 1907 byla králem Eduardem VII. vyznamenána za zásluhy (SELANDERS, 2018).



Obrázek 2 Coxcomb chart - Florence Nightingale, 1858

Zdroj: Encyclopaedia Britannica, Inc.

Další důležitý rozvoj v rámci kvality zdravotnické péče byl zaznamenán v USA (United States of America) na počátku 20. století, kdy došlo ke stanovení zásad či modelů souvisejících s kvalitou a jejím monitorováním jednak prostřednictvím níže uvedených osobností - na základě jejich individuální metodologie a dále rovněž institucionálně. Roku 1917 byly vytvořeny základní (minimální) standardy pro nemocnice na půdě „American College of Surgeon“ (ACS – Americké akademické sdružení lékařů chirurgů), které bylo založeno v roce 1913 za účelem zlepšení kvality péče o chirurgického pacienta stanovením vysokých standardů pro chirurgické

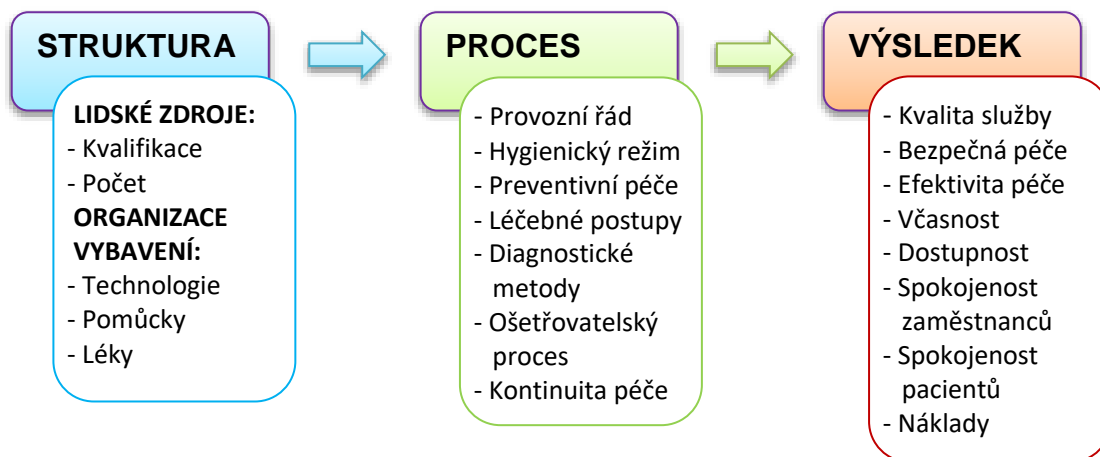
vzdělávání, kompetence a praxi v optimálním etickém prostředí (FACS.ORG, 2018). V roce 1926 byla vydána první tištěná 18 stránková příručka akreditačních standardů, kterými se od roku 1950 začalo řídit více než 3.000 nemocnic. Na základě programu pro standardizace nemocnic, vznikla v roce 1951 v Chicagu (Illinois) Společná komise pro akreditaci nemocnic (JCAH - The Joint Commission on Accreditation of Hospitals), jakožto nezávislé, neziskové organizace, jejíž primárním účelem je vytvářet standardy kvalitní a bezpečné zdravotnické péče a poskytovat dobrovolnou akreditaci. Normy Společné komise jsou základem objektivního procesu hodnocení, který pomáhá zdravotnickým organizacím měřit, hodnotit a zlepšovat výkonnost. Normy se dále zaměřují na přiměřenou, dostupnou a přehlednou implementaci organizační struktury a procesních funkcí pro jednotlivce či společnosti, které jsou nezbytné pro zajištění bezpečné a vysoce kvalitní péče. V lednu roku 1953 se stal prvním ředitelem JCAH doktor Edwin L. Crosby.

Za hlavního průkopníka tohoto období je považován americký chirurg, doktor **Ernest Amory Codman** (30. prosince 1869 – 23. listopadu 1940), který se narodil v městě Boston, státu Massachusetts. Studoval na Harvardské univerzitě a jeho profesní činnost byla zaměřena na obory chirurgie, anesteziologie, radiologie a onkologie. Za dobu své praxe v nemocnici se zabýval především hodnocením onemocnění a úmrtností pacientů. Systematicky sledoval vývoj léčby pacientů, diagnostiku a výsledky léčby pečlivě zaznamenával, včetně demografických a podrobných anamnestických údajů a případných nežádoucích klinických událostí. Výsledky studií chtěl následně využít pro zlepšení kvality léčby a bezpečnou péči. Podporoval veřejné zdraví a prevenci. Usiloval o nemocniční reformu a zavedení hodnocení kvality péče, ve smyslu zavedení standardů a systému řízení kvality zdravotní péče, jak ho známe v současnosti. Poukazoval na závažné chyby, které souvisely zejména s chirurgickou léčbou, chybnou diagnostikou, nedostatečným vybavením a absencí odborné kontroly, jež následně vedly ke komplikacím s následkem smrti. Roku 1916 publikoval studii o činnosti nemocnice „Study in Hospital Efficiency“, kde poukazoval na skutečnost, že u skupiny 337 propuštěných pacientů bylo zjištěno 123 pochybení. Věřil, že důsledným sledováním poskytované péče v nemocnici s navazující podrobnou analýzou výsledků a zkušeností, následně aplikovaných do praxe, poskytne nemocnicím účinný nástroj pro zlepšení zdravotní péče. Doktor Codman bohužel předběhl svou dobu, když požadoval po nemocnicích, aby veřejně hlásily svá pochybení a chtěl hodnotit kompetence chirurgů.

Jeho myšlenky bohužel nebyly vyslyšeny ani podporovány, ale byly naopak shledány jako kontroverzní a považovány za útok na tehdejší zavedený systém. Doktor Codman nakonec opustil zázemí Massachusetts General Hospital a založil vlastní malou nemocnici, kde prosazoval své programy pro zkvalitnění péče. Absolvoval roční stáž v Evropě, kde navštívil přední zdravotnická zařízení např. ve Vídni. Založil registr kostních tumorů a spolupodílel se na založení Americké univerzity chirurgů. Byl uznávaným chirurgem a onkologem, rovněž členem několika významných asociací, zastával funkci lektora na Harvardské lékařské fakultě. Je spoluzakladatelem Spojené akreditační komise (JCAH). Přínos doktora Codmana v rámci kvality zdravotní péče byl v zásadě uznán až post mortem, kdy se jeho myšlenky staly základem pro kvalitní medicínskou praxi nejen v Americe. Doktor Ernest Codman je světově uznáván jako zakladatel systému řízení kvality ve zdravotnictví (ACS, web archiv, 2018).

Další významnou osobností v souvislosti s problematikou kvality a bezpečí péče je **Avedis Donabedian** (1919 Bejrút, Libanon – 2000, USA). Vystudoval americkou univerzitu v Bejrútu a stal se praktickým lékařem v Jeruzalémě. V roce 1954 se přestěhoval do USA a absolvoval Harvardskou univerzitu – Boston, Massachusetts. V roce 1957 začal vyučovat na Medical College v New Yorku, později na univerzitě v Michiganu – stal se uznávaným profesorem veřejného zdraví. Ve své publikaci z roku 1966 „Hodnocení kvality zdravotní péče“ (Evaluating the Quality of Medical Care) rozdělil systém opatření pro kvalitu péče na tři základní části – strukturu péče, proces a výsledky (obrázek 3). Profesor Avedis Donabedian napsal 11 knih a více než 100 odborných článků, psal rovněž básně. Z jeho slov vyplývá, že svět myšlenek a následující akce nelze oddělit, že myšlenky jsou hybné síly a následně hmatatelně formují svět. Vycházel ze své praxe, že lidé mají problém správně pochopit celý systém, kdy sice na jedné straně vzniká dobré povědomí, propaganda a rozvíjí se teoretický základ, ale na druhé straně chybí uvědomění, že hmatatelným efektem je teprve aplikace systému kvality do praxe a jeho následná evaluace. Při udělování ceny za zdravotnické služby řekl, že: *„Systémy řízení, které se vyučují na lékařských či ošetrovatelských školách, jsou základní, elementární mechanismy, umožňující přístup do praxe, přičemž mnohem účinnější a podstatnější je následný etický přístup jednotlivce. Pro úspěch celého systému je nezbytný individuální přístup, tajemstvím systému kvality je v první řadě úcta a láska k pacientovi a ke své profesi. Pak teprve lze zlepšovat, sledovat a zkvalitňovat systém péče“* (US National Library, 2004).

Profesor Donabedian je nositelem prestižních akademických cen a medaile Americké lékařské asociace. Byl čestným členem Národní akademie Mexika a Královské vysoké školy Všeobecných lékařů v Británii. Jeho jméno nesou výzkumná centra a knihovny po celém světě. Zcela zásadním dílem profesora Donabediana je trilogie „Průzkumy v hodnocení a monitorování kvality“ (1980), kde zdravotní péči staví na několik pilířů – definuje podstatné aspekty kvality péče, přístup ke zdravotní péči, úplnost a přesnost lékařských záznamů, zaujatost pozorovatele, spokojenost pacienta a kulturní preference ve zdravotnictví. Kvalitu definuje jako 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 (US National Library, 2004). V knize, která vyšla po jeho smrti, v roce 2002 se zabývá metodikou a řízením organizace a uvádí další triádu - zásadní faktory efektivnosti: 1. klinická, 2. produkční (manažerská), 3. distribuční (ekonomická). Jeho koncepční rámec obsahoval upřednostňování správy a řízení podporované měřením, jako určení příčin účinnosti a efektivity zdravotnických služeb (BERWICK, 2016). Profesor Avedis Donabedian stanovil konceptuální model pro měření kvality zdravotní péče, který je dlouhodobě celosvětově využíván. Vytvořil paradigma, které se stalo základním pilířem pro hodnocení kvality péče ve zdravotnictví.



Obrázek 3 Dimenze Kvality – Model podle A. Donabediana

Zdroj: Autor

Roku 1970 jsou Společnou akreditační komisí JCAH vydány standardy pro akreditaci psychiatrických zařízení. Kvalita péče zdravotnických zařízení splňujících standardy Společné akreditační komise je považována za zcela optimální, nikoli za

elementární, jak určovala primární vize společnosti. V roce 1975 vznikly akreditační standardy pro ambulantní zařízení. Jelikož se rozsah činností organizace výrazně rozšířil, dochází roku 1985 ke změně názvu organizace na „The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations“ (JCAHO). Primární důraz je kladen na implementaci agendy akreditačního procesu, vzhledem k aktuálnímu zaměření a výkonu organizace. Dále dochází k vývoji měřicího a monitorovacího systému indikátorů kvality (nový hodnotící systém IMC – Indicator Measurement System) a rozšíření specifikací indikátorů v rámci protiepidemiologických opatření a specializovaných pracovišť – kardiovaskulární choroby, onkologie, porodnictví, traumatologie, farmakoterapie a operační péče. V roce 1990 vydává JCAHO standard vyžadující zákaz kouření ve všech nemocnicích. Každý rok uděluje JCAHO desítky akreditací jak malým zdravotnickým zařízením, tak velkým nemocnicím s komplexní zdravotnickou péčí, přičemž rozvíjí nové akreditační standardy a indikátory kvality pro specializovanou péči, paliativní péči, ambulantní péči, dlouhodobou a domácí péči a rozšiřuje svou působnost mimo USA.

2.2 KVALITA VE ZDRAVOTNICTVÍ SOUČASNOST

Kvalitní a bezpečné zdravotnictví je mezinárodní prioritou a národním zájmem každé země. Lidské zdraví je hodnotou takového významu, že si zaslouží trvalou společenskou ochranu. Prvním a nejdůležitějším cílem je zlepšování zdraví obyvatel a naplňování požadavků zdravotních služeb. Současné zdravotnictví je nejen na základě doporučení WHO (World Health Organization) primárně zaměřeno na **aktivní prevenci**, zlepšování zdraví populace, prodlužování délky kvalitního života a snižování nemocnosti, a to nejen ve smyslu moderních léčebných metod a profesionálních ošetrovatelských postupů, ale také s respektem k právům pacientů v součinnosti se správnou komunikací, včetně dodržování etických a morálních zásad.

Další neoddělitelnou podmínkou kvalitních služeb je rychlost, ochota a dostupnost péče v součinnosti s empatickým jednáním a důstojným zacházením. V neposlední řadě je důležitým faktorem kvalitní služby jistá autonomie pacienta – možnost vlastní, individuální selekce lékaře či zdravotnického zařízení, zapojení pacienta do rozhodování k stanovené léčbě a možnost nepřetržitého kontaktu s rodinou či přáteli. Čisté prostředí, dobrá organizace, sociální zázemí plus bezpečná a uspokojivá infrastruktura by měly být samozřejmostí. Prioritou takto kvalitního a bezpečného

zdravotního systému je, aby byl stejně spravedlivý a vstřícný pro všechny, nezávisle na ekonomické a sociální postavení, bez ohledu na pohlaví, věk či kulturní a náboženské preference. Nepostradatelnou součástí řízení a neustálého zlepšování kvality je kontinuální vzdělávání a profesní zdokonalování zdravotnického personálu, aby zdravotní péče byla poskytována v souladu s nejnovějšími trendy a poznatky vědy. Zdravotní politika navržená v současných reformách a koncepcích zdravotnictví stanovuje základní cíle a vize zdravotnického systému, které podněcují k zavedení systémů řízení kvality, jakožto strategického nástroje organizačních opatření, která budou současnými poskytovateli zdravotních služeb systematicky prosazovány, sledovány, analyzovány a hodnoceny (SAK, 2014).

2.2.1 GARANCE KVALITY VE ZDRAVOTNICTVÍ

Kvalitou a bezpečím pro pacienty se zabývají svazy zdravotních pojišťoven, mezinárodní komise, národní a světové organizace a veřejné instituce, které mají na starost tvorbu a realizaci zdravotní politiky. Všechny subjekty nejenže vzájemně spolupracují, ale společný zájem prezentují na mezinárodních konferencích či zasedáních, kde jsou hlavními tématy právě monitorování kvality a procesy řízení managementu a bezpečné zdravotní péče. Přednost zájmu dokazují rovněž dlouhodobě probíhající studie zabývající se újmou na zdraví v důsledku poskytování zdravotní péče např. v USA, kde prostřednictvím Institute of Medicine bylo prokázáno, že ročně dochází k poškození u přibližně 10 % hospitalizovaných pacientů. Téměř shodné výsledky přinesly studie probíhající v rámci Evropské unie (8 – 12 % poškozených pacientů). Ministerstvo zdravotnictví Velké Británie uvádí, že vzhledem k nežádoucím událostem dochází k poškození zhruba u 850.000 hospitalizovaných pacientů ročně. Tyto výsledky potvrzují rovněž další státy, např. Dánsko, Španělsko a Francie (MZ ČR, 2009). Jako nejčastější nežádoucí události byly vyhodnoceny zejména infekce spojené s poskytováním zdravotní péče, nežádoucí události spojené s podáváním léků a komplikace během chirurgických výkonů, nebo bezprostředně po výkonech. Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) odhaduje, že se případy infekcí spojených se zdravotní péčí vyskytují průměrně u jedné dvacetiny hospitalizovaných pacientů, což v konečném měřítku znamená, že se jedná o 4,1 milionu pacientů v rámci Evropské unie (EU) za jeden rok (Věstník EU, 2009).

Bezpečná péče je vážným globálním problémem veřejného zdraví. Článek 152 Smlouvy o založení Evropského společenství stanoví, že činnost Společenství doplňuje politiku členských států a je zaměřena zejména na zlepšování veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem a odstraňování příčin ohrožení lidského zdraví. Na základě zjištění, že výskyt nežádoucích událostí souvisejících s poskytováním zdravotní péče je alarmující a počet incidentů stále stoupá, předložila Rada pro zaměstnanost, sociální politiku, zdraví a ochranu spotřebitele (EPSCO) na zasedání v Lucemburku dne 9. června 2009 „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“. Dokument č. 2009/C 151/01 vyzývá členské státy, aby zavedly, anebo zlepšily své národní strategie zvyšování bezpečnosti pacientů prostřednictvím účinné prevence a kontroly a zajistily tak maximální bezpečnost pacientů, přičemž vychází z **Lucemburské deklarace** k bezpečí pacientů (Luxembourg Declaration on Patient Safety, 2005), která uvádí záležitost bezpečí pacientů jako celosvětový problém. Rada EU shledává nedostatečnou bezpečnost pacientů, což je závažný problém obzvláště v oblasti veřejného zdraví a jednak v oblasti vysoké hospodářské zátěže, vzhledem k omezeným zdrojům ve zdravotnictví. Svým Doporučením Rada EU rovněž reaguje na rozdílnou úroveň vývoje členských států v provádění účinných a komplexních strategií týkajících se bezpečnosti pacientů a podněcuje k podpoře, ale také k motivaci pro cílený rozvoj následných a klíčových opatření v rámci bezpečné a kvalitní péče v celé Unii. Rada EU zastává stanovisko, že řadě nežádoucích událostí u hospitalizovaných i ambulantních pacientů se dá zabránit, jelikož převážná většina je způsobena systémovými faktory. Návrh Rady EU byl prezentován na jednání Výboru pro evropské záležitosti Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR a vzhledem k nelíčené nutnosti přijmout opatření, byl r. 2009 schválen.

Kvalitní a bezpečná péče je hlavním cílem rovněž Světové zdravotnické organizace, která se od svého vzniku v roce 1948 zabývá zdravotní politikou a konzultační činností a potřebami všech členských států a mimo jiné podporuje rozvoj odpovídajících národních zdravotnických strategií, sleduje indikátory zdravotního stavu populace, usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života, zabývá se rozvojem a testováním nových technologií a postupů pro kontrolu řízení zdravotní péče. Od roku 2004 se problematikou bezpečnosti poskytované zdravotní péče intenzivně zabývá Světová aliance pro bezpečí pacientů, jejíž hlavním cílem je rozlišovat informace o možnostech prevence poškození pacientů spojeného s poskytováním zdravotní péče

a pravidelné zveřejňování tzv. Řešení bezpečnosti pacientů (Patient Safety Solutions). Světová aliance pro bezpečnost pacientů SZO vyhláší programy zahrnující systémové a technické aspekty větší bezpečnosti zdravotní péče pro pacienty a podporuje rozvoj politiky bezpečnosti pacientů (MZ ČR, 2013). Od zahájení programu bezpečnosti pacientů SZO v roce 2004 se problematikou bezpečné a kvalitní péče zabývalo více než 140 zemí světa.

Roku 2015 byla publikována nová příručka JCAHO pro nemocnice - Nové systémy pro bezpečnost pacientů „Patient Safety Systems“, která uvádí, že kvalita péče a bezpečnost pacientů jsou základními hodnotami Společné akreditační komise s tím, že „**kvalitní a bezpečné**“ jsou neoddělitelně spojeny. JCAHO mimo jiné uvádí, že základem systému je **silná firemní kultura a organizace**, ve které jedinec i společnost preferují shodné zásady - nastavení správných kompetencí, uctívání morálních a profesních hodnot, dodržování etických vzorců chování, odborná způsobilost, správná komunikace, kontinuální vzdělávání a proaktivní jednání při snižování rizik - při využívání doporučených metod, znalostí a dovedností v souvislosti se stanovenými standardy kvality - zodpovědně, spolehlivě, důvěryhodně a transparentně (Joint Commission, 2017).

Mezi systémy pro řízení kvality patří např. akreditační standardy ALPHA, jejichž zakladatelem je ISQua (The International Society for Quality in Health Care). Nebo metodologie dle Baldrigeových kritérií, která je ideální zejména pro menší organizace a uplatnění našla zejména v USA (VÁŇA, 2006). Pro podporu konkurenceschopnosti evropských firem bylo v roce 1989 založeno udělování ceny za kvalitu EQA European Quality Award, jež zřídila Evropská nadace pro management jakosti EFQM (European Foundation for Quality Management).

Další uplatňovanou mezinárodní organizací pro standardizaci je ISO (International Standards Organisation), která vytvořila systémy norem pro širokou působnost firem a různorodou škálu činností. Systém managementu kvality ČSN EN ISO 9001 (Česká technická norma, Evropská norma) můžeme považovat aktuálně za nejrozšířenější, mezinárodní certifikační normu, která staví na propracované metodologii a tudíž může být kompatibilní s požadavky akreditačních standardů Ministerstva zdravotnictví, i když z pohledu některých profesních společností, či manažerů kvality zabývajících se zdravotnickou sférou je norma ISO pro spektrum

právě zdravotních služeb diskutabilní (VÁŇA, 2006). Organizace, která splňuje legislativní normy a požadavky zákazníků a potřebuje prokazovat svou trvalou schopnost poskytování kvalitní služby, nebo je jejím úmyslem zvyšovat spokojenost klientů či hodlá zvyšovat efektivitu poskytovaných služeb, musí zavést systém řízení (managementu) kvality. Zavedení systémů managementu dle mezinárodních standardů ISO přináší, stejně jako u ostatních procesních nástrojů: standardizaci procesů; zajištění plnění legislativních požadavků; zavedení metodiky zpracování dokumentů; stanovení manažerských rolí, kompetencí, odpovědnost a pravomocí; předcházení vzniku neshod (chyb); monitoring a reporting událostí a evaluaci. Výše uvedené aplikované procesy následně přináší podporu pro kontinuální zlepšování a zvyšování kvalitní, bezpečné a efektivní péče, což v důsledku zvyšuje spokojenost klienta.

Mezi subjekty oprávněné k hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb v ČR patří **Spojená akreditační komise, o. p. s.** (dále jen SAK). Spojená akreditační komise je první organizací u nás, která se začala zabývat kvalitou zdravotní péče. SAK vznikla v roce 1998 a posláním společnosti je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. SAK se primárně zaměřuje na vydávání standardů pro zdravotnická zařízení v součinnosti s podrobnou metodikou. Poskytuje poradenskou činnost v oblasti přípravy na akreditaci a v rámci této problematiky organizuje regionální i celostátní vzdělávací akce. Oprávnění pro hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR získala Spojená akreditační komise roku 2012 (SAK ČR, 2018). Kromě SAK vlastní toto oprávnění v České republice dalších osm subjektů.

Cílem SAK je zvyšovat motivaci poskytovatelů zdravotních služeb o oblast řízení kvality a bezpečí nezdravotnických procesů. Má-li být péče o pacienta skutečně bezpečná, nemůže být postavena pouze na postupech lege artis a vysoké odbornosti zdravotnických pracovníků, nýbrž musí zároveň zohledňovat veškerá rizika, vyplývající z infrastruktury konkrétního poskytovatele zdravotních služeb a jeho podpůrných a řídicích procesů. Zvyšování bezpečí musí být založeno na integrovaném řídicím systému, který zajistí efektivní propojení všech klíčových procesů, a to jak zdravotních, tak i nezdravotních (SAK ČR, 2018).

Hlavní zásadou pro každé zdravotnické zařízení, bez ohledu na jeho typ či velikost (ambulance, poliklinika, nemocnice), je vlastní představa o rozvoji či vývoji

v budoucnosti (cíle, vize) a v návaznosti vypracovaná strategie řízení, tedy procesy a procesní přístup. Před samotným plánem činností si zdravotnické zařízení zmapuje současnou koncepci - jaké je jeho aktuální poslání. Následně definuje dosažitelný cíl a stanoví, jak se bude budoucnost odlišovat od současné koncepce. Konečně zvolí strategický záměr, popíše změnu a zvolí systematické operace, tedy aktivity vedoucí k cíli (VLČEK, 2015).

2.3 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR

Zdravotnické systémy v jednotlivých státech se liší. V každém státě je poskytování zdravotní péče unikátní, ale cíle všech zdravotnických systémů jsou v zásadě shodné, jedná se o **zlepšování a udržení zdraví obyvatel**. Systém českého zdravotnictví je založen na bismarckovském modelu - sociální pojištění s povinným zdravotním pojištěním. Zdravotnické systémy založené na všeobecném zdravotním pojištění mají základ v myšlence dostupnosti zdravotní péče na principu solidarity, kdy každý občan, jako plátce zdravotního pojištění přispívá procentuální částkou z vyměřovacího základu. Zdravotní péče je na území ČR poskytována v kombinaci soukromých a veřejných poskytovatelů. Nemocnice jsou většinou veřejná zařízení ve vlastnictví státu, krajů nebo obcí. Ambulantní zařízení jsou provozována z větší části soukromými subjekty.

Současným národním trendem v péči o zdraví je podpora a rozvoj primární péče, obzvláště posílení preventivní péče a podpora veřejného zdraví prostřednictvím celonárodních kampaní. V neposlední řadě je v zájmu státu restrukturalizace nemocniční péče – cílem je zkrátit hospitalizaci, podpořit specializovaná centra a rozvíjet ambulantní a následnou péči.

Reformy zdravotnictví se v poslední době zaměřují zejména na prevenci zvláště závažných onemocnění. Ministerstvo zdravotnictví (MZ) zavádí projekt „Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR - screeningové programy“, které jsou založeny na tzv. adresném zvaní. Cílovou skupinou projektu jsou vybraná onemocnění: karcinom prsu (ženy ve věku 45 až 70 let), karcinom děložního hrdla (ženy ve věku 25 až 70 let), karcinom kolorekta (ženy a muži ve věku 50 až 70 let). Preventivní programy a screeningová vyšetření vybraných onemocnění představují nástroj pro významné snížení jejich morbidit a mortality. Tyto programy navazují na Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí - Zdraví 2020, jejíž

prioritou je stabilizace systému prevence a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace (MZ ČR, 2015). Screeningové programy jsou aktuálně uplatňovány ve specializovaných ambulancích, která musí splňovat specifické technické vybavení, kvalifikované personální zabezpečení a optimální IT vybavení (datový audit). Specializovaná centra pro screeningové programy splňují vysoké standardy kvality zdravotní péče a jsou uvedena na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví.

Zásadní faktory ovlivňující kvalitu souvisí se zavedením interní kontroly řízení, preventivními opatřeními, eliminací rizik, kvalitní infrastrukturou a metrologií. Její přidanou hodnotu také určuje obsah činnosti a specifika péče. Přitom nejde pouze přímo o elementární parametry, jako je dostupnost, kontinuita a moderní technologie, ale v zásadě o schopnost zdravotnického zařízení, ambulance či jednotlivého zdravotnického pracovníka poskytnout základní preventivní péči, odbornou a specifickou edukaci, zajistit včasné očkování, pomoci s orientací ve zdravotnickém systému (pojišťovny), umět poradit v sociální oblasti nebo včasné zajistit spolupráci s pracovištěm následné a dlouhodobé péče. Zároveň vždy respektovat autonomii a práva pacienta, stejně jako jeho rodiny a blízkých. Takový systém péče vyžaduje odbornou úroveň a kvalifikaci personálu a v součinnosti s empatickým přístupem a korektní komunikací bude vykazovat známky nejen komplexní, ale také vysoce kvalitní zdravotní péče.

2.3.1 HODNOCENÍ KVALITY PÉČE

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který nabyl účinnosti dne 1. dubna 2012. Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. (b) zákona č. 372/2011 Sb., je poskytovatel zdravotních služeb rovněž povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb zavést **interní systém hodnocení kvality a bezpečí**. MZ ČR vypracovalo pro zavedení tohoto systému „minimální požadavky“, které jsou zpracovány ve Věstníku MZ č.5/2012. Legislativa ČR pamatuje také na proces **externího hodnocení kvality a bezpečí** zdravotních služeb, který je stanoven v § 98 zákona č. 372/2011 Sb., a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Vyhláška byla vydána dne 22. března 2012. Rizikové oblasti zdravotní péče byly zpracovány v dokumentu

Resortní bezpečnostní cíle (RBC) v roce 2011. Poslední platné znění a aktualizovaný seznam uvádí Věstník MZ č. 16/2015.

Prioritou české republiky je zavádění sledování indikátorů zdravotní péče na celonárodní úrovni – akreditace jednotlivých pracovišť a zařízení či zlepšování kvality a bezpečí v kontextu se zájmem regulace růstu nákladů na zdravotní péči.

Podle doporučení ministerstva zdravotnictví by měl poskytovatel ambulantní zdravotní péče, resp. jeho zástupce (jednatel či ředitel) stanovit osobu, která bude přímo odpovědná za zavedení příslušných stanovených standardů uvedených v minimálních požadavcích hodnocení ve Věstníku MZ č. 16/2015. V případě větších zařízení, poliklinik či klinik je to pravděpodobně manažer kvality péče, nebo osoba se vzděláním, odpovídajícím výkonu funkce. Manažer kvality, jako koordinátor interního hodnocení má možnost vytvořit odborný tým (dle velikosti organizace a počtu zaměstnanců), jehož členové jsou do funkce pověřeni jednatelem či ředitelem (prováděcí předpis). Součástí pověřovacího dokumentu je výpis povinností a kompetencí, jež tato funkce zahrnuje. V rámci specifikace povinností a kompetencí je nutné uvést skutečnosti, že všichni pověřeni jsou oprávněni k provádění interního auditu.

Dalším krokem je vypracování metodického návodu, který definuje: jakým způsobem bude plnění standardu probíhat; jakým způsobem a kam se bude zaznamenávat plnění standardu; jak často a jakým způsobem se bude plnění standardu vyhodnocovat a nápravná opatření. Manažer kvality vypracuje prováděcí předpis, kterým stanoví závazný postup při realizaci interního auditu a jeho povinností je rovněž zajištění proškolení zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, které probíhá kontinuálně a které je evidováno.

Četnost a způsob sběru dat o plnění interního hodnocení kvality určuje prováděcí předpis. Interní audit by měl hodnotit plnění standardů v klinické praxi. Plnění standardů se vyhodnocuje např.: ze zdravotnické dokumentace. Sběr dat a zhodnocení plnění standardů může být zajištěno také přímým pozorováním praxe na pracovišti. Provedení auditů je řádně evidováno. Dokumentace je vedena dle interních zvyklostí, které pro personál představují minimální administrativní zátěž tak, aby byl čas věnován přímé péči o pacienta. Prvním stupněm vyhodnocení výstupů z interních auditů je základní analýza zjištění, která poskytne představu o plnění nebo naopak neplnění standardů a definuje odůvodnění a nápravná opatření. Při zjištění závažnějších

nedostatků je provedena podrobná analýza, která stanoví nejen důvody neshody, ale také navrhne komplexní a funkční řešení pro trvalou nápravu. Na základě archivovaných dat je vyhodnocena analýza v širším časovém rámci, která identifikuje kritické skutečnosti a porovná vývoj. Získané výstupy slouží jako nástroj k sebehodnocení v procesu kontinuálního zlepšování kvality péče (MZ ČR, 2015).

V případě poskytovatelů ambulantní péče se třemi, nebo méně než 3 zaměstnanci se na stanovení koordinátora netrvá. Dodržování souvisejících povinností a kompetencí, je závislé pouze na rozhodnutí vedoucího pracovníka (lékař).

2.3.2 AKREDITACE

Termín akreditace pochází z latinského *accredo*, tedy „dávám důvěru“. Tento překlad zahrnuje definici, že akreditací dostává akreditovaný subjekt důvěru v kvalitu jeho postupů, dokumentace, procesům nebo měřidlům, jak uvádí Český institut pro akreditaci, o. p. s. (ČIA, 2016).

Akreditace je forma externího hodnocení kvality ve zdravotnictví, jejímž principem je **posuzování shody procesů** probíhajících ve zdravotnickém zařízení v souvislosti s akreditačními standardy. Cílem je zajistit kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. V ČR provádí akreditaci zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny, zařízení následné a dlouhodobé péče, ambulantní zdravotnická zařízení) Spojená akreditační komise, o. p. s. Akreditační standardy SAK popisují oblasti klinických i neklinických činností, které musí zdravotnické zařízení upravit (např. vnitřním předpisem) a zajistit tak jejich standardizaci.

Standardy SAK jsou vypracovány tak, aby pokrývaly veškeré oblasti činnosti zdravotnického zařízení související přímo či nepřímo s péčí o pacienty. Vzhledem k rozdílnosti činností probíhajících ve zdravotnických zařízeních nejsou akreditační standardy preskriptivní - nestanoví přesný postup provedení činností. Zařízení si vytvoří **vlastní vnitřní předpis** (např. směrnici), ve kterém bude stanoven postup závazný pro všechny pracovníky v dané oblasti, přičemž vychází z platné národní i oborové legislativy, z publikovaných doporučených postupů či odborných názorů vedoucích pracovníků. Zda zdravotnické zařízení naplnilo požadavky akreditačních standardů, se ověřuje akreditačním šetřením, prostřednictvím auditorů SAK, které probíhá podle metodiky **Stopař** a posuzuje, zda péče o vybrané pacienty probíhá v souladu s vnitřními

předpisy a tím rovněž v souladu s akreditačními standardy SAK. Výsledkem šetření je závěrečná zpráva auditorů, na základě které kancelář SAK seznámí zdravotnické zařízení s výsledkem akreditačního šetření (udělení či neudělení akreditace). Cílem akreditace není vytváření množství formálních předpisů, ale nastavení účinných postupů. Akreditace SAK se uděluje na dobu tří let (SAK, 2018).

Akreditaci může zdravotnické zařízení získat také od dalších autorit, např. ČSAZ (Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, od roku 2012), ČIA (český institut pro akreditaci, od roku 1991 - ČSN EN ISO 15189:2007, zdravotnické laboratoře), mezinárodní akreditační systém JCI, e-ISO (certifikace lůžkové péče, certifikace managementu), Tcert, s. r. o. (od roku 2002, ČSN EN 15224:2013 - lůžková zdravotní péče, ISO 9001 - systémy managementu). Jak uvádí společnost Tcert: *Cílem evropského standardu ČSN EN 15224:2013 je vymezit a specifikovat požadavky, jakož i pojem „produkt“ a přizpůsobit je specifickým podmínkám zdravotní péče, kde produkty znamenají zejména služby a kde zákazníkem jsou zejména pacienti. Pacientům i klientům je garantováno, že zařízení dodržují zdravotnickou legislativu, hygienické normy, dbají na bezpečnost a ochranu zdraví při práci, na ekologii i životní prostředí, na nakupování od prověřených dodavatelů, mají zavedený metrologický řád a pečují o soustavné vzdělávání a profesní rozvoj svých zaměstnanců* (Tcert, cit.2018-04-01). Akreditace je procesem, jehož cílem je poskytování bezpečné zdravotní péče na nejvyšší možné úrovni kvality. Vychází ze standardů a procesů poskytování zdravotní péče vypracovaných odborníky ve zdravotnictví, využívá kvalifikovaných a nezávislých inspektorů.

Doktorka Lenka Pavlasová, ředitelka Odboru smluvní politiky Ústředí VZP pro Zdravotnické noviny sdělila, že: *„Přínos akreditace spočívá ve vybudování přiměřeného a funkčního systému managementu, posouzení kompetence pracovníků, potvrzení odborně platných výsledků a posílení důvěryhodnosti vůči klientům. Jedná se rovněž o ochranu výsledků vlastní práce a jde o cestu k neustálému zlepšování služeb“*. Dále označila akreditaci za významný indikátor poskytovaných služeb, což je důležitým ukazatelem pro smluvní politiku a úhradu zdravotní péče. **Podstata akreditace** spočívá ve standardizaci - přesném popisu vybraných procesů. Rovněž v nastavení jasných pravidel a kontrolních mechanismů. Nastavení provozu zařízení musí být v souladu s právními předpisy a standardizován musí být rovněž systém řízení rizik, přičemž cílem je zvýšení míry bezpečí poskytované péče a její kvality (HAVLASOVÁ, 2012).

Tabulka 1 Akreditace zdravotnických zařízení SAK do 31. 12. 2016

Rok	Počet akreditovaných	Počet reakreditovaných	Počet následných šetření	Počet neakreditovaných
do 2005	3	0	0	1
2005	2	1	1	0
2006	4	0	1	0
2007	12	3	1	1
2008	12	2	11	1
2009	7	3	8	0
2010	11	13	7	0
2011	13	15	7	0
2012	9	12	7	0
2013	16	21	2	0
2014	18	25	0	0
2015	13	16	0	0
2016	22	30	0	0
Celkem	142	141	45	3

Zdroj: Spojená akreditační komise o. p. s., Výroční zpráva, s. 6.

2.3.3 INDIKÁTORY KVALITY

Kvalita je soubor měřitelných vlastností produktu nebo služby. Kvalitativní část je **měřitelná** např. prostřednictvím uspokojení potřeb a požadavků klienta/pacienta a je určována jeho **subjektivním** pocitem či prožitkem, zpětnou vazbou - spokojeností. Naopak kvantitativní část kvality a její vyčíslitelnost je **objektivním** kritériem účinnosti a efektivity a je hodnotitelná prostřednictvím měřitelných ukazatelů – indikátorů kvality. Indikátor kvality se může zaměřovat na určité **procesy** (čekací doba pacientů, hodnocení bolesti, ošetřovatelský proces), **system** (včasné dodání jídla, dostatečné množství prádla), **strukturu** (kvalifikace personálu, technické vybavení), **klinickou událost** (informované souhlasy, pooperační infekce či komplikace) nebo přímo na **lékaře a sestru** (medikační chyby, úroveň péče). Indikátor musí být smysluplný, vyčíslitelný, měřitelný a porovnatelný. Indikátor kvality nám, jako ukazatel nabízí možnost srovnání **v čase**, kdy porovnává trendy (benchmarking), nebo **v místě** - mezi určitými jednotkami, jednak interně (ambulace, oddělení) a dále externě (nemocnice, kraj, stát), (VLČEK, 2015).

Do roku 2013 byly indikátory kvality v ČR rutinně sledovány v několika přímo řízených organizacích, ale nedošlo k implementaci indikátorů zdravotní péče v gesci ministerstva zdravotnictví. Podnětem projektu byly požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb, které velmi detailně formulovala Rada EU. MZ ČR deklarovalo zájem o hodnocení kvality poskytované zdravotní péče

prostřednictvím objektivních měřitelných indikátorů kvality. Jako další zdroj pro získání potřebných podkladů byly využity výstupy z pracovní skupiny Evropské komise pro kvalitu a bezpečí - pracovní skupiny projektu OECD (Organisation for Economic Co-operation Development), kde je sběr indikátorů kvality jedním z hlavních témat projednávání. Dne 1. dubna 2013 byl spuštěn sběr indikátorů kvality zdravotní péče. Jedná se o první minimální sadu souměřitelných indikátorů kvality zdravotní péče, která má jasnou a vhodnou metodiku. Do této chvíle nebyla v ČR systematicky zveřejňována žádná data týkající se kvality poskytované zdravotní péče, i když řada poskytovatelů zdravotních služeb participuje v jednom či více systémech řízení kvality a bezpečí. První sběr indikátorů, včetně dat ve vymezeném rozsahu pro výpočet indikátorů v souladu s metodikou v rámci Národního systému hlášení nežádoucích událostí probíhal v roce 2013 v přímo řízených organizacích MZ prostřednictvím ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky). Cílem ministerstva zdravotnictví je sadu indikátorů nadále rozvíjet. Sběr dat, stejně jako externí hodnocení kvality jsou aktuálně zcela dobrovolné (MZ ČR, 2013).

2.3.4 INDIKÁTORY KVALITY V OŠETŘOVATELSTVÍ

Indikátory kvality ošetrovatelské péče jsou souměřitelné ukazatele, které jsou stanoveny na základě priorit daného zdravotnického zařízení a jeho definovaných klíčových oblastí v daném úseku (oddělení, ambulance, radiologie, fyzioterapie). Navržené indikátory jsou hodnoceny a sledovány dle jejich definice – ošetrovatelská péče o pacienty (standards, postupy), vliv péče na bezpečnost pacientů (komplikace, pády), práva pacientů (informovaný souhlas), spokojenost pacientů, nákladová efektivita. Všechny procesy jsou standardizovány a následně sledovány a hodnoceny manažery (audit). Monitorovány jsou klinické činnosti (ošetrovatelské postupy) a manažerské činnosti (řízení rizik, prevence, dokumentace). Všechna získaná data se systematicky shromažďují a analyzují, jsou zpracována kvalifikovaným personálem a jsou využívána v procesu zlepšování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Indikátory kvality ošetrovatelské péče můžeme stanovit podle určité, ověřené metodologie nebo na základě konsenzu odborných společností či asociací. Například Americká asociace zdravotních sester (ANA - Americans Nurses Association), která byla založena roku 1896 a zastupuje zájmy 3,6 milionu registrovaných zdravotních sester, definovala národní sledované indikátory (celkem 15), specifické pro ošetrovatelskou péči, jejichž databáze od roku 1998 poskytuje čtvrtletní a roční hlášení

strukturálních, procesních a výstupních indikátorů pro vyhodnocení ošetrovatelské péče na jednotkové úrovni. Do této databáze, která se neustále rozšiřuje, aktuálně přispívá více než 1.100 zdravotnických zařízení v USA. Mezi sledované ošetrovatelské indikátory patří např.: Celkový počet hodin péče o pacienta za jeden den; Výskyt dekubitů; Sledování pádů pacientů; Výskyt nákaz spojených se zdravotní péčí; Spokojenost pacientů s péčí; Spokojenost pacienta s léčbou bolesti; Hodnocení pacienta ohledně edukace a míry poskytovaných informací; Struktura a spokojenost ošetrovatelského personálu. Sestry americké asociace uvádějí, že se snaží důstojně pozvednout profesi a definovat hodnoty a priority registrovaných zdravotních sester v celé zemi tím, že podporují ošetrovatelské standardy, směrnice a etické zásady, které zodpovědně uvádějí do ošetrovatelské praxe s cílem zlepšit bezpečnost pacientů a podporovat kvalitu v ošetrovatelské péči (NURSINGWORLD, 2017).

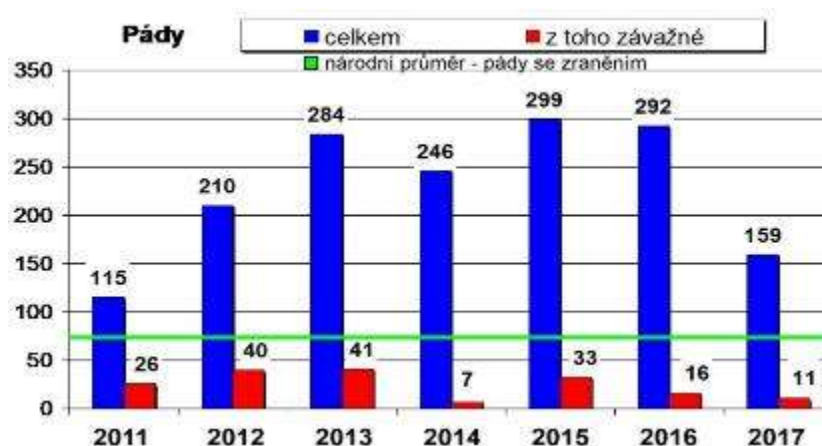
Mezi indikátory ošetrovatelské péče v ČR můžeme zahrnout např.:

- Pády pacientů ve zdravotnickém zařízení (národní indikátor)
- Pády pacientů se zraněním
- Spokojenost pacientů
- Spokojenost zaměstnanců
- Infekce spojené se zdravotní péčí
- Správně vedená zdravotnická dokumentace
- Sledování dekubitů u hospitalizovaných pacientů (národní indikátor)
- Flebitidy spojené se zavedením žilního katetru
- Vzniklé infekce v souvislosti s invazivními vstupy

Mezi **národní indikátory** ošetrovatelské péče patří **pády** ve zdravotnickém zařízení. Indikátor kvality péče „pády“ je sledován od roku 2002, koordinátorem byla Fakultní Thomayerova nemocnice, od roku 2008 koordinovala projekt pracovní skupina pro kvalitu České asociace sester. Cílem sledování výskytu pádů ve zdravotnických zařízeních v České republice bylo: Zjistit počet pádů; Analyzovat závažnost zranění; Analyzovat okolnosti pádu; Analyzovat okolnosti závislosti u pacientů starších 65 let;

Navrhnout škálu k rizikovosti pacienta; Stanovit indikátory kvality péče. 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. Indikátor se vztahuje na skupiny oborů: interní, chirurgický, pediatrický a lůžka následné péče. Zranění pacientů se dělí na lehká (odřeniny, hematomy, bolesti končetin) a těžká (bezvědomí, komoce, fraktury, tržné rány). Indikátor kvality dosáhl v roce 2015 hodnoty 0,49. Projekt byl roku 2015 pro malou disciplinovanost ohledně hlášení počtu pádů ze strany zdravotnických zařízení ukončen. Závěrečná zpráva k projektu je k dispozici na webových stránkách ČAS (www.cnaa.cz). Metodiku sběru dat je definována ve Věstníku MZ č. 6/2009. Graf č. 1 uvádí příklad vyhodnocení sledovaného indikátoru – pády.

Graf 1 Indikátor kvality - pády



Zdroj: MUDr. František Vlček, PhD., Indikátory kvality- Jak na ně v akreditovaném zařízení, s. 35.

2.3.5 STANDARDY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Standard je dohodnutá a jasně definovaná norma úrovně poskytované služby v definovaných podmínkách. Standard je srovnávacím měřítkem v procesu hodnocení úrovně kvality poskytovaných služeb zdravotnického zařízení. Standard definuje postupy a podmínky poskytované péče. Indikátory standardu jsou nástrojem hodnocení naplnění standardu. Vzhledem k administrativní zátěži a přehlednosti lze požadavky několika standardů koncentrovat do jednoho vnitřního předpisu, zvláště u menších zařízení. Tento předpis bude upravovat plnění požadavků více standardů současně (MARX a kol., 2010). Cílem standardu je uplatnění zásad a činností vedoucích ke zvyšování kvality a bezpečí jako nedílné součásti systému řízení zdravotní péče (PODSTATOVÁ, 2017).

Realizace a tvorba standardů probíhá na několika úrovních: Mezinárodní úroveň (mezinárodní normalizační komise); Národní úroveň (rámcové standardy vydané ministerstvem zdravotnictví; Lokální úroveň (formulované a přijaté v konkrétním zařízení) - nesmí být v rozporu s legislativou a národními standardy (HULKOVÁ, 2016). Práce se standardy a jejich princip se staly významným manažerským nástrojem a pomocníkem v procesu hodnocení a řízení kvalitní a bezpečné péče v zdr. zařízení.

Ošetrovatelský standard je závazná profesní norma a platné definice kvalitní ošetrovatelské péče. Umožňuje objektivní hodnocení poskytované ošetrovatelské péče v kontextu s kvalitou a bezpečím, čímž je významný jak pro pacienta, tak pro personál. Standardy jsou účelově vytvářeny a implementovány v součinnosti s individuálními podmínkami každého zdravotnického zařízení, či jeho segmentu. Hodnotícími kritérii či měřítky standardu jsou **indikátory standardu**. Ve zdravotnických zařízeních se v rámci ošetrovatelského procesu uplatňují lokální standardy. Jsou tvořeny a implementovány týmem sester, který vychází z interdisciplinární spolupráce a teoretických i praktických dlouhodobých profesních zkušeností, přičemž jsou respektovány specifika činností a strukturální podmínky pracoviště (HULKOVÁ, 2016).

2.4 KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE V AMBULANCI

Základem ambulantní péče je primární péče poskytovaná všeobecnými praktickými lékaři a lékaři pro děti a dorost. Do primární péče také spadají ambulance gynekologické a stomatologické. Navazující ambulantní péči jsou specializované ambulance a stacionární péče. V ČR je zajištěn systém ambulantního provozu jednak samostatnými ambulancemi, většinou privátního charakteru a dále prostřednictvím poliklinik, kde se nachází ambulance od standardní primární péče až po péči specializovanou či preventivně lékařskou s přímou návazností na diagnostické zázemí. Současným trendem je systém ambulantní péče prostřednictvím poliklinik (klinik), které jsou schopny poskytovat komplexní zdravotnické služby. Předmětem činnosti těchto zdravotnických zařízení je poskytování vysoce odborné diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péče. Pro plynulou a hlavně komplexní péči tato zdravotnická zařízení disponují širokou škálou odborných, specializovaných ambulancí, navazujících na nezbytné spektrum služeb komplementu (Radiodiagnostika - CT, Mamografie, Sonografie, Denzitometrie, Oddělení klinické biochemie, EKG, EEG) s kontinuální péčí (rehabilitace, fyzioterapie, ergoterapie, nutriční péče, fyzikální léčba, lymfoterapie,

podiatrie). Tyto zdravotnické komplexy obvykle disponují vlastní lékárnou či dalšími službami - občerstvení, zdravotnické pomůcky, ortopedická obuv, oční optika, atd. Tento typ ambulantních zdravotních služeb umožňuje pacientům nejen dostupnost péče, ale také komfort v podobě komplexní péče, tzv. pod jednou střechou. Většina těchto zařízení je zároveň akreditovaným pracovištěm pro výuku studentů.

V procesu zvyšování kvality ambulantní péče by měly být implementovány také standardizované postupy ošetrovatelské péče a vypracovány směrnice zahrnující legislativní rámec a procesuální řídicí mechanismy, které garantují kvalitní a bezpečnou péči. Ambulantní zařízení je první volbou pacienta v případě zaznamenání subjektivních příznaků nemoci. Nejen, že se primární i specializovaná péče opírá o nejnovější a moderní trendy a splňuje vysokou odbornou medicínskou úroveň, včetně dostupných vyšetřovacích metod a diagnostiky, ale je v první řadě postavena na dodržování zásadních morálních a etických pravidel, korektní a otevřené komunikaci, úctě, respektu a porozumění, kde všeobecná sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu dle indikace lékaře v souladu s diagnózou pacienta, přičemž využívá standardní postupy ošetrovatelské péče.

Kvalita ambulantní péče v poliklinikách je řízena manažerským týmem, který se spravidla skládá z manažera kvality, manažera rizik, manažera ošetrovatelství a provozního manažera. Tento řídicí aparát uzavírá ekonomický manažer. Kromě garancí kvalitní a bezpečné péče a bezpečného pracovního prostředí je principem kvality zdravotní péče rovněž optimální a hospodárné využití lidských, finančních i materiálních zdrojů.

2.4.1 GARANCE KVALITY V AMBULANTNÍ PÉČI

Hlavní doménou pro implementaci externí kontroly kvality v ČR byla primárně oblast klinické péče v nemocnicích a léčebnách. Zásadním důvodem byl předpoklad zvýšené míry rizika, v návaznosti na péči spojenou s pobytem pacienta v lůžkovém zařízení, dále s charakterem prováděných úkonů, komplexností poskytovaných služeb a náročností v rámci technického a organizačního zajištění. Trendem současné doby je provádět chirurgické výkony nebo endoskopicko-terapeutické zákroky v rámci ambulantní nebo jednodenní péče. Aktuálním moderním medicínským trendem a preferencí pacienta je systém péče - **dostupně, rychle, komfortně a komplexně** - bez nutnosti hospitalizace.

Předseda Správní rady SAK, doktor Staněk ohledně nezbytnosti zavedení systémů řízení uvedl, že: „*Jestliže lůžková zdravotnická zařízení v České republice počítáme v řádu stovek, pak zařízení ambulantní péče počítáme v řádu tisíců*“ (SAK, Akreditační standardy, s. 4). V návaznosti na tyto skutečnosti pružně reagovala Spojená akreditační komise, o. p. s., která vypracovala v roce 2009 Akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení, které jsou v souladu s požadavky Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) s účinností od 1. ledna 2010.

Akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení se skládají z normativní a interpretační části. Normativní část definuje standard a jeho indikátory. Interpretační část vymezuje účel standardu s uvedením způsobů plnění jeho požadavků. Standardy jsou rozděleny na část **primárně klinickou** - diagnostickou a léčebnou péči, kontinuitu péče, dostupnost péče a dodržování práv pacientů. A dále na část **manažerskou** - zabývající se řízením kvality a bezpečí, prevencí infekcí, stavební a technickou bezpečností a řízením lidských zdrojů. Standardy dále rozlišují typ poskytované péče – primární péče, péče ambulantních specialistů, nebo domácí péče. Akreditační standardy jsou založeny na procesním řízení, to znamená, že vyžadují **popsání základních klinických procesů**, např.: organizace objednávání pacientů, podávání léků, ošetřování pacientů. Dále vyžadují **popsání neklinických procesů**, např.: IT (ochrana dat), technické zajištění provozu (údržba, metrologie), řešení BOZP a PO (nutné evakuace osob). Aplikace požadavků akreditačních standardů je rozlišena typem poskytovatele zdravotní péče a spektrem poskytovaných služeb.

Samostatnou kapitolou upravující akreditační standardy v oblasti řízení kvality a bezpečí je naplňování **resortních bezpečnostních cílů** a sběr dat pro vybraný indikátor kvality. Standardy se věnují i jednoznačnému stanovení kompetencí především tam, kde péči poskytuje více osob (zaměstnanci, stážisté, externisté), u všech je tedy, kromě platné a formálně správné smlouvy nutno jasně definovat, k jakým činnostem jsou samostatně oprávněni.

Standardy pro ambulance se dále věnují procesnímu řízení, a to především u rizikových oblastí činností spojených s poskytováním zdravotní péče, např.: rozsah vyšetření pacientů, manipulace s léčivými, reakce na náhlé zhoršení zdravotního stavu pacientů, provádění invazivních výkonů. Nedílnou součástí požadavků je systematické sledování indikátorů kvality klinické péče a hlášení nežádoucích událostí.

V oblasti technického zajištění provozu ambulantního zařízení se standardy věnují manipulaci s přístrojovou technikou, zavedení a praktickému nácviku protipožárních opatření i standardizaci činností spojených s hygienickými a protiepidemickými procesy. Pokud jde o administrativní zatížení při naplňování akreditačních standardů, tak toto se liší podle typu ambulantního zařízení - při vypracování příslušných vnitřních předpisů pro ambulantní zdravotnická zařízení se prvotně zohledňuje oblast a rozsah poskytované péče. Pokud se jedná o větší např. poliklinické zařízení, kde se poskytuje zdravotní péče s vyšší mírou rizika (endoskopie, chirurgické výkony v celkové anestezii, invazivní diagnostické výkony, atd.), rozsah vnitřní řízené dokumentace se blíží spíše lůžkovým zdravotnickým zařízením. Akreditační standardy obsahují veškeré relevantní požadavky legislativní, a to zejména v oblasti vedení zdravotnické dokumentace - dodržování práv pacientů, informované souhlasy, nakládání s léky a léčivými přípravky, řádná evidence a údržba zdravotnických technologií, prevence infekcí, nakládání s odpady, atd. Jejich naplnění zároveň zvyšuje právní jistotu daného zařízení a usnadňuje jeho pozici např. při řešení stížností. Nad rámec legislativních požadavků akreditační proces vyžaduje standardizaci rizikových procesů a soulad praxe s nastavenými vnitřními předpisy (SAK, 2014).

Při vlastním akreditačním šetření v ambulanci nezávislí auditoři posuzují shodu vnitřních předpisů s legislativou a požadavky standardů a přímo v provozu sledují péči o konkrétní pacienty (tzv. stopování), kdy posuzují, do jaké míry dodržují pracovníci zařízení své vlastní předpisy. Součástí šetření je prohlídka zařízení z hlediska stavebního a technického bezpečí, včetně protipožárních a protiepidemických opatření (MARX, 2015). Dle zástupců SAK je zřejmé, že motivace a zájem o kontinuální zvyšování kvality a bezpečí v ambulantních službách aktuálně narůstá, i když ve srovnání s lůžkovou péčí je akreditovaných ambulantních zařízení podstatně méně. V procesu zvyšování kvality ambulantní péče by měly být zabudovány také principy optimálního a hospodárného využití lidských, finančních i materiálních zdrojů.

2.4.2 RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE

Na základě uveřejnění minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb vyhlásilo Ministerstvo zdravotnictví ČR, formou doporučené metodiky postupů vedoucích ke snížení rizik poškození pacientů v procesu poskytování zdravotní péče **Resortní bezpečnostní cíle**

(dále jen RBC). Dle priorit bylo v roce 2010 stanoveno 5 základních resortních bezpečnostních cílů, závazných pro lůžková zařízení. Dle ministerstva zdravotnictví je zavedení systému interního hodnocení kvality a bezpečí standardním sebehodnotícím nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým při poskytování zdravotních služeb dochází. Interní hodnocení vychází z institucionálního sebehodnocení podle předem stanovených lokálních standardů. Přičemž sebehodnocení je považováno za komplexní, systematický a pravidelný proces, kterým poskytovatel posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb na lokální úrovni.

Podstatou je rovněž sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a neustálé vyhledání nejslabších míst. Jedná se o proces hodnocení „sebe sama“ pro zajištění trvalého zlepšování vlastní činnosti. Základem sebehodnocení je zachování objektivnosti a sebekritičnosti, kontinuita a sledování dynamiky vývoje. Z výsledků sebehodnocení poskytovatel určí oblasti, v kterých je péče optimální a vyhodnotí i oblasti, které nesplňují standardy kvalitní a bezpečné péče. Dle analýzy bude vypracován aktivní plán pro následné činnosti vedoucí k trvalému zlepšení, dle předem vyhodnocených priorit (MZ ČR, 2016).

2.4.3 RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE V AMBULANCI

Resortní bezpečnostní cíle pro ambulantní zdravotnická zařízení definuje aktualizovaný Věstník MZ č. 16/2015:

- 1) Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
- 2) Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
- 3) Řešení neodkladných stavů
- 4) Zajištění bezpečnosti skladovaných léčivých přípravků
- 5) Stanovení zásad správné komunikace s pacientem
- 6) Ordinační doba a zastupitelnost
- 7) Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

Ve smyslu ustanovení povinnosti zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovateli zdravotních služeb současně nastává povinnost kontroly

a hodnocení jeho zavedení a následně hodnocení úrovně plnění jeho standardů – interní audit, přičemž je frekvence, systém evaluace a validace výstupů ponechána na poskytovateli zdravotních služeb. Implementací standardů vyplývajících z resortních bezpečnostních cílů budou v ambulantním zdravotnickém zařízení splněny minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytované péče (MZ ČR, 2015). Kompletní seznam RBC pro ambulantní sektor v příloze C.

3 MANAGEMENT V OŠETŘOVATELSTVÍ

Pojem management (z angličtiny *to manage* – řídit) je definován, jako umění řídit ve smyslu působit na určitou soustavu (např. společnost, firmu) a záměrně, pozitivně a systematicky ovládat její činnost v oblastech finančních a materiálních, včetně vedení lidských zdrojů. Management může být také personifikační pojem – výraz pro skupinu řídicích (vedoucích) pracovníků, přičemž samostatný jednotlivý vedoucí pracovník se nazývá manažer. Management je znám již od starověku, kdy v prvopočátku sloužil k řízení armády, nebo k dělbě práce. Později našel využití zejména v oblasti ekonomické, organizační a správní (monarchie, církve).

V další etapě, na konci 19. století se management uplatňoval převážně v ekonomice a personalistice (Operativní management) zejména v USA (Henry Gantt, Henry Ford, F. W. Taylor), ale i v Evropě (Tomáš Baťa). Další rozvoj managementu byl zaznamenán po druhé světové válce, tato etapa je považována za manažerskou revoluci, kdy vznikaly nové manažerské teorie a principy řízení – dochází k rozdělení pracovních i manažerských rolí, kompetence přešly z vlastníka společnosti na řídicího manažera. I když Tomáš Baťa zahrnoval od prvopočátku do své manažerské role a řízení společnosti také účast zaměstnanců, konkrétní snahy o spoluúčast zaměstnanců na řízení firmy byly reálné až ke konci 20. století. F. W. Taylor prosazoval direktivní a autoritativní řízení – disciplína, kázeň, rozdělování úkolů dle profese a dovednosti, rychlé zdokonalování a efektivita práce, rozvoj úkolových mezd (MLÁDKOVÁ, 2009).

V 21. století management využívá pravomocí, které mu byly uděleny k řízení, organizování a kontrole lidských zdrojů (zaměstnanců) a k udržení kvalitního pracovního prostředí, za účelem dosažení předem vytýčeného cíle. Management je procesem systematického plánování, organizování, vedení a kontinuální kontroly. Řízení se zaměřuje na společnost, jako celek a orientuje se prioritně na zákazníka.

Ke svému působení využívá vědní obory – etika, psychologie, sociologie, informatika, analýza, statistika, matematika. Management plní zásadní funkce: obchodní, personální, ekonomickou, technickou a výrobní. Manažer plní svou funkci z pozice vedoucího, kdy mu jeho postavení a funkce umožňuje řídit, vést, ovládat (PLEVOVÁ, 2012).

Management je uplatňován v různých oborech a odvětvích. Management v ošetrovatelství se od klasického profesionálního managementu odlišuje pouze typem a filozofií služeb. Jelikož obor ošetrovatelství, potažmo jeho zaměstnanci nese sociální odpovědnost za zdraví jednotlivců, rodin a komunity je potřeba zajistit jedinečný přístup. Pro management v ošetrovatelství jsou specifické dva cíle - kvalita a dostupnost služeb a kvalifikovaný personál (PLEVOVÁ, 2012).

Management a ošetrovatelství jsou poměrně mladé, dynamicky se rozvíjející vědní disciplíny, které jsou ve vzájemné interakci. Bez efektivního řízení nelze poskytovat kvalitní ošetrovatelské služby. Management můžeme chápat jako teorii a praxi řízení. Podle Světové zdravotnické organizace je klíčovým úkolem moderního managementu poskytování nových, kvalitativně lepších ošetrovatelských služeb prostřednictvím efektivního řízení ošetrovatelství na profesionální úrovni (JAROŠOVÁ, 2006).



Obrázek 4 Management podle Trunečka

Zdroj: doc. PhDr. Darja Jarošová, PhD., Základy managementu v ošetrovatelství, s. 7.

3.1 ŘÍZENÍ V OŠETŘOVATELSTVÍ

Pro řízení organizace či lidských zdrojů je do své funkce jmenován, delegován či konkurzem vybrán (zvolen) manažer, přičemž plní základní manažerské úkoly: aktivně organizuje a řídí činnosti, dle svých kompetencí; řídí a vede zaměstnance; řídí

a koordinuje produkci a související operace. Manažer má několik rolí, které na sebe navazují a vzájemně se doplňují, a které by měly zůstat v rovnováze: interpersonální role, informační role, rozhodovací role a administrativní role (JAROŠOVÁ, 2006).

Docentka Jarošová ve své knize uvádí čtyři základní požadavky (4E) vyplývající z tzv. analýzy, které při výkonu řídicích funkcí a aktivit manažer respektuje:

- **Effectiveness** – účelnost, konání správných věcí
- **Efficiency** – efektivita, účinnost - provádění věcí správným způsobem
- **Economy** – hospodárnost, úspornost - vykonávání věci s minimálními náklady
- **Equity** – odpovědnost – konat spravedlivě a podle práva

Profesor Blažek uvádí ve své knize další modifikace rolí manažera a jeho řídicích nástrojů či koncepcí. Členění manažerských rolí dle H. Mintzberga, který deset nejdůležitějších aktivit manažera sloučil a začlenil do tří základních skupin:

Interpersonální role – zástupce zaměstnanců i zaměstnavatele, spojovací článek

Informační role – příjem informací - transport informací = mluvčí

Rozhodovací role – řešitel problémů, koordinátor, vyjednávač, alokátor zdrojů

Manažerské strategie jsou konceptem aktivit, které management charakterizují, přičemž je snahou definovat takový systém, který podpoří dynamiku rozvoje, včetně dlouhodobé prosperity společnosti. Mezi další manažerské koncepty se řadí systém 7S:

- Strategie
- Struktura
- Spolupracovníci
- Systémy managementu
- Sdílené hodnoty
- Styl managementu
- Schopnosti

3.1.1 STUPNĚ ŘÍZENÍ

Management v ošetrovatelství rozlišuje tři manažerské úrovně, které mají vlastní kompetence a jsou v součinnosti, tedy kooperují, přičemž všechny stupně managementu mají v ošetrovatelství svou nezastupitelnou roli a uplatňují se v každém týmu:

Vrcholový management – manažerka ošetrovatelství (hlavní sestra) - odpovědná za celkovou činnost, výkonnost, strukturu ošetrovatelského úseku organizace. Vytváří firemní kulturu a politiku společnosti nebo přímo řízených úseků. Podílí se na plnění strategických dlouhodobých plánů a cílů. Řídí a koordinuje činnost středního managementu a realizuje zabezpečení potřebných, personálních a materiálních zdrojů. Vrcholový manažer ošetrovatelství by měl mít ošetrovatelské a manažerské vzdělání. Spolupracuje, přímo řídí a deleguje vrchní sestry jednotlivých úseků zdravotnického zařízení. Provádí auditní činnost, implementuje procesy řízení a standardy, podílí se na hodnocení a řízení kvalitní a bezpečné péče. Spolupracuje s externími a kontrolními orgány (KHES, SAK, ISO, SÚKL). Přímě podléhá řediteli či jednateli společnosti.

Střední management – vrchní sestra - odpovědná za řadové zaměstnance, liniový management a taktickou organizaci svěřených úseků organizace. Koordinuje a uskutečňuje střednědobé i krátkodobé plány, plní strategické cíle společnosti. Vrchní sestra, jako člen vedení zdravotnického zařízení využívá své kompetence k delegování zaměstnanců, přičemž je zodpovědná hlavní sestře nebo řediteli ošetrovatelské péče za celkovou profesionální činnost ošetrovatelského personálu. Podílí se na personálním zabezpečení, vzdělávání a dostatečné kvalifikaci zaměstnanců v rámci zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Zajišťuje efektivní využití všech zdrojů. Deleguje a přímo řídí staniční sestry. Vykonává auditní činnost a supervizi, podílí se na hodnocení a řízení kvality a bezpečí péče. Přímě řízena hlavní sestrou, které poskytuje zpětnou vazbu.

Liniový management – odpovědný za operativní řízení a vedení zaměstnanců přímě řízených odborných úseků a týmů. Staniční sestra, jako vedoucí ošetrovatelského týmu kontroluje plnění každodenních úkolů zaměstnanců, motivuje zaměstnance, pověřuje je ošetrovatelskými činnostmi, operativně řeší a případně napravuje provozní problémy. Dozoruje kvalitu a komplexnost ošetrovatelské péče, sleduje a eliminuje rizika pro personál. Dbá na srozumitelnou a profesionální komunikaci. Reviduje dokumentaci, zajišťuje dostupnost spotřebního zdravotnického materiálu, léčiva a ochranných osobních pomůcek. Zajišťuje mentoring a adaptaci nových zaměstnanců.

Cílem je plnění krátkodobých plánů, zpracovávání podkladů a hlášení pro střední management. Staniční sestra přímo podléhá vrchní sestře.

Jelikož je na manažery v ošetrovatelství, bez ohledu na linii kladena velká zodpovědnost, měli by splňovat vysoké osobnostní kvality, odborné a profesní předpoklady a disponovat rozvinutými manažerskými znalostmi a dovednostmi, které je nutné neustále doplňovat a rozvíjet.

3.1.2 STYLY ŘÍZENÍ

Styl řízení se využívá dle typu pracoviště a dle struktury zaměstnanců. Manažer zohledňuje každého zaměstnance individuálně podle pracovního zařazení, vzdělání, délky praxe, věku a osobnostního profilu, v návaznosti na poskytovanou službu, tedy ošetrovatelský proces, kdy objektem zájmu je pacient/klient. Manažer většinou používá více stylů řízení najednou, co nejefektivněji je vzájemně propojuje dle konkrétní situace, v souvislosti s organizační strukturou a firemní kulturou.

Autokratický styl – založen na disciplíně. Manažer rozhoduje zcela sám, ostatní ho následují a pracují dle jeho pokynů – zaměstnanec je bez možnosti vyjádření názoru.

Demokratický styl – založen na respektu. Zaměstnanec má možnost k vyjádření, vedena aktivní diskuze – otevřené otázky, konečné rozhodnutí sdělí manažer závěrem.

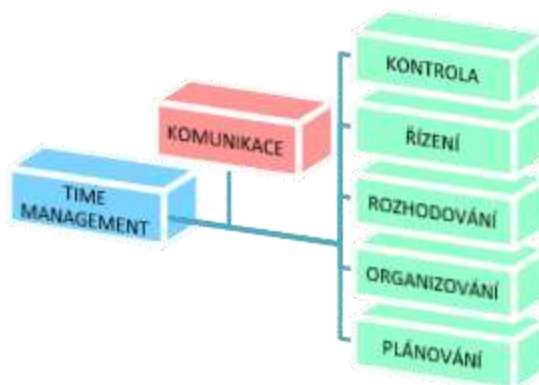
Liberální styl – založen na volnosti, zaměstnanec má prostor pro diskuzi i vlastní rozhodnutí, manažer není aktivní a zřídka se odpovídá.

Participativní styl – rozvoj týmové spolupráce a osobní rozvoj. Prostor pro diskuzi, názory, připomínky; manažer je v pozadí, dohlíží, hodnotí, názor sdělí poslední.

Z dalších stylů řízení se uplatňuje: Autoritativní, Konzultativní, Benevolentní, atd. Každý manažer si musí uvědomit, že lidské zdroje uvádějí do pohybu ostatní zdroje organizace – materiální, informační a finanční. Každý zaměstnanec má svou klíčovou roli. Konkrétně sestra je nepostradatelným článkem – jádrem zdravotnického zařízení. Pro úspěch organizace by měl manažer odpovědně zvolit co nejefektivnější strategii, která se bude orientovat na výkon a zvyšování motivace a zároveň klade důraz na kvalitu pracovního života a spokojenost zaměstnanců. *To manage* neznamena jen řídit, ovládat či vést, ale také umět pomoci, zvládat, něco dokázat a něčeho dosáhnout. Management rovněž dělíme dle specializace a zaměření na: strategický, projektový,

krizový, produktový, personální, management kvality nebo management rizik. Každý manažerský styl řízení má svou jedinečnou charakteristiku. Vždy je nutné vybrat styl dle individuálního využití pro konkrétní situaci.

Manažer svou činnost vykonává na základě udělených kompetencí a pravomocí. Mezi základní cyklické a kontinuální činnosti manažera patří: Plánování, Organizování, Rozhodování, Řízení/Vedení, Kontrola (obrázek 5).



Obrázek 5 Manažerské činnosti a zodpovědnosti

Zdroj: Bc. Ing. Zuzana Hekelová, ztvárnění autor

3.1.3 MANAŽERSKÉ SCHOPNOSTI A DOVEDNOSTI

Jedinec v roli manažera musí být vyváženou a charismatickou osobností se sociálně-emoční inteligencí a bezchybným charakterem. Vrcholový manažer ve své práci čerpá z oblastí psychologie, pedagogiky, personalisty, etiky, statistiky, ekonomie a práva. Dobrý manažer by měl být přirozenou formální i neformální autoritou.

Manažer vyniká mimořádnými komunikačními schopnostmi a dovednostmi, velmi dobře zvládá prezentaci a jednání s lidmi, umí rychle posoudit a zpracovat informaci, kterou srozumitelně a nezkresleně předává dál. Snadno rozlišuje podstatné od nepodstatného, umí aktivně naslouchat ostatním a vyžaduje zpětnou vazbu. Rozvíjí a vítá názory druhých. Má profesionální, přirozené a přiměřeně zdravé vystupování a bezchybný verbální i neverbální projev.

Manažer umí jednat prognosticky i operativně, je schopen improvizovat. Umí svou činnost zorganizovat a je schopen zorganizovat činnosti druhých. Orientuje se na výkon a výsledek. Umí pracovat s riziky, předvídá překážky a činí preventivní opatření.

Plánuje krátkodobě, dlouhodobě a efektivně, ovládá time management. Rozhoduje se na základě priorit - preferuje důležité před naléhavým.

Manažer využívá analytického a kreativního myšlení, je obdařen intuicí a je schopen definovat příčiny a následky problému. Má dostatek odvahy a vytrvalosti, snaží se realizovat a prosazovat nové a inovativní nápady či myšlenky. Je schopen sebekontroly, sebemotivace a sebezdokonalování.

Docentka Jarošová rozděluje manažerské dovednosti na dva okruhy:

1. Lidské dovednosti – dovednosti zejména z oblasti personalistiky - schopnost pracovat s lidmi a vést tým, vytvořit pozitivní prostředí pro potřebný rozvoj pracovního úsilí a iniciativu zaměstnanců, zajistit ideální provozní a pracovní podmínky, udržovat dobrou atmosféru a vřelé interpersonální vztahy, zajistit dobrou spolupráci, schopnost motivovat, respektovat individualitu, umět naslouchat.

2. Koncepční dovednosti - schopnost strategicky řídit organizaci jako celek směřující k stanovenému cíli, schopnost integrovat a koordinovat zájmy podniku i skupiny, rozpoznat významné prvky určité situace a porozumět vztahům mezi nimi, umět dobře organizovat a přizpůsobit se změnám.

Manažerem ošetrovatelství současných zdravotnických zařízení jsou sestry vykonávající pozici na třech základních řídicích úrovních. Vzhledem k multidisciplinárnímu charakteru managementu ošetrovatelství nemusí být manažeři ošetrovatelství specialisty v každé disciplíně, ale měli by mít znalosti v rozsahu, který potřebují k řízení konkrétní společnosti. Vedoucí sestra je manažerkou ošetrovatelských činností a zároveň koordinátorkou zdravotnických služeb (JAROŠOVÁ, 2008). Soudržnost v týmu znamená vzájemné překonávání individuálních rozdílů a zájmů, s pocitem společné identity. Vyjádření soudržnosti je prožívání „My“, namísto „Já“. Spojenectví sester, lékařů a ostatních členů týmu při dosahování pracovních cílů se jeví nejen, že přirozeností, ale profesní nutností (VÉVODA, 2013).

Pracovní činnosti manažerů v ošetrovatelství jsou definované v náplni práce. Pracovní náplň není podrobným seznamem činností, ale vyjadřuje základní funkce pozice, soubor verifikovatelných cílů a určuje organizaci - komu manažerka podléhá. Jedná se o schéma schválených kompetencí, které slouží současně jako nástroj kontroly a zároveň představuje určitý standard (JAROŠOVÁ, 2008).

3.1.4 KOOPERACE

Kooperovat znamená správně a vzájemně spolupracovat. Práce ve skupině vyžaduje individuální úsilí každého jednotlivce. Týmová spolupráce je založena především na otevřené, korektní a efektivní komunikaci, vzájemném akceptování, respektování názoru druhých a loajalitě. Ve skupině jsou sdíleny myšlenky, cíle a hodnoty, to vše přináší soudržnost a stabilitu celého týmu. Pokud chceme společně dosáhnout uspokojivého výsledku, je nutné si stanovit realistické a dosažitelné cíle, které budou konkrétně definovány a budou v souladu s potřebami jednotlivce i skupiny (ohnisko zájmu). Kooperace je tedy druhem sociální interakce, kdy je vyvinuto určité společné úsilí zaměřené na prospěch všech, kteří ho byli součástí či se podíleli. Prioritou týmové spolupráce je kolegiální rozdělení práce a snaha všech členů o nejlepší výkon jednotlivce – efektivitu práce (PLEVOVÁ, 2012).

Kvalita týmu koreluje se sociálně psychologickým profilem členů týmu a jejich kompetencemi ke spolupráci - komunikační dovednosti, empatie, smyslové vnímání, přesvědčivost, naslouchání, sebepoznání a poznávání druhých, osobnostní profil, duševní zatížení a kondice. Dále asertivita, sebereflexe, etika, interakce - schopnost skupinového jednání a dialogu, zvládání pracovních konfliktů. Kromě přesně definované zásadní odpovědnosti včetně profesních hodnot, je snahou všech dobrá atmosféra a pohodové, radostné klima. Přesto, že týmová spolupráce poskytuje kooperaci a souměrné rozdělení rolí, dává také prostor pro individuální vyjádření, možnost vlastního rozhodnutí a poskytuje určitou formu nezávislosti. Synergie ošetrovatelské autonomie se skupinovou dynamikou vytváří základní předpoklad nejen pro efektivní interdisciplinární systém klinické ošetrovatelské péče, ale je pilířem současného rozvoje moderní medicíny. Kooperativní vztah je profesionální vztah založený na kolegiální a vzájemné aktivitě, jednotném chování a stanovení rolí. Zájemem skupiny je co nejefektivnější dosažení určitých cílů, kdy hlavním cílem mohou být stanovené opakované, rutinní úkoly nebo mimořádná, komplexní nebo inovativní vize. Týmy ve zdravotnictví jsou tvořeny multioborově - vychází z předpokladu vzájemné kooperace různých odborností – lékař, sestra, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník a další, nezávisle na tom, zda jde o malou pracovní skupinu (lékař/sestra v ambulanci), nebo větší tým (nemocnice, oddělení, odborný segment). Profesionální tým nejen že odráží schopnost pružné koordinace a efektivní komunikace, ale je podstatou současné, kvalitní a bezpečné zdravotní péče (VÉVODA, 2013).

3.1.5 MOTIVACE

Teorie motivace vysvětluje, jaké faktory ovlivňují cíleně orientované chování. Uplatnění motivace je rozhodujícím nástrojem a efektivním momentem pro řízení lidských zdrojů a přímo souvisí, se zvyšováním angažovanosti. Dobře motivovaní lidé jsou oddáni své práci a organizaci a jsou motivovaní dosáhnout vysoké úrovně výkonu (ARMSTRONG, 2015). Motivace zaměstnanců by měla být zájmem každého manažera. Manažer dokáže správně a vhodně motivovat, pokud má sám dobrý motiv a dokáže podpořit správnou pracovní morálku a vytvořit ideálně motivované prostředí. Důležitá je správně zvolená komunikace, dobře míněné informace, povzbuzení a podpora. Motivovaný zaměstnanec se snaží překonávat všechny překážky, vytváří dobrou pracovní atmosféru a spolupráci, snadněji dosahuje vytýčeného cíle, dokáže vyburcovat kolektiv a je „hnací silou“ společnosti.

Motivace v ošetrovatelství je stejně důležitá a podstatná, jako v jiných odvětvích. Má však i jiné aspekty a složky zájmu, než efektivitu práce a výkon. Lidé v pomáhajících profesích, jejichž hlavní náplní je práce s lidmi, navíc v rizikovém prostředí, trpí fyzickou i psychickou přetížeností, která vyvolává včasnou profesní únavu, vyčerpanost a stres. Vzhledem k pracovnímu prostředí a značné zodpovědnosti sestry pracuje pod vlivem neustálé sebekontroly, která enormně vyčerpává. Přesto, že je pro mnohé sestry profesionálky jejich ošetrovatelská činnost rutinní záležitostí, je v zájmu každého manažera tuto každodenní, excelentní a profesionální práci ocenit.

Základním motivačním nástrojem ve zdravotnictví je **pacient**. Sestry jednak mají dobrý pocit a cítí určitou satisfakci v rámci svého profesního úspěchu (úspěšný proces uzdravování). Za druhé jim právě péče o pacienta, se současnou ošetrovatelskou autonomií přináší uspokojení. Poděkování a pochvala pacienta, jsou klíčové faktory, které jsou pro sestru podstatné a značně nefinančně motivují.

Pochvala je motivačním nástrojem rovněž **manažerů**, ať už během běžně prováděných denních úkonů nebo např. v souvislosti s proběhlým auditem. Dalším motivačním nástrojem je finanční odměna a optimální plat/mzda. Ve zdravotnictví je tento finanční motivační nástroj hned na druhém místě či v rovnováze s výše uvedenou pochvalou pacienta. Podobný motivační efekt může mít také např.: dárek, poukaz na službu, příspěvek na dovolenou či relaxaci nebo jiný benefit. Mezi důležitou nefinanční motivační složku manažera můžeme zařadit také poděkování, ocenění práce,

povzbuzení, úcty, kladné hodnocení, uznání a vyjádření respektu. Každé úsilí, iniciativu, ztotožnění s cílem je nutné zohlednit a ocenit. Nedoceněný a přehlížený zaměstnanec těžko podá optimální výkon, navíc při ztrátě motivace, smyslu své práce a perspektivy může stagnovat, což se projeví nezájmem, nepozorností, roztržitostí, které následně povedou k chybám a vzhledem k povolání přinesou značná rizika.

Motivaci a uspokojení může zaměstnanci přinést rovněž jistá forma autonomie. Kromě správně zvolené dávky důvěry se jedná o možnost spolupodílet se na rozvoji či revitalizaci firmy. Samozřejmě, ne každý zaměstnanec toto ocení, některý dokonce nebude mít zájem přijmout zodpovědnost za své zásadní rozhodnutí. Tento typ motivace musí zhodnotit manažer na základě individuálního přístupu k zaměstnanci.

Motivace rovněž souvisí s pracovní spokojeností. Pokud zaměstnanci zlepšíme pracovní podmínky a kontinuálně udržujeme pohodlí, bude pracovní spokojený a tedy motivovaný. Pracovní spokojenost a jistý benefit poskytuje také určitá benevolence k pracovní době. Občasný dřívější odchod z práce, pokud to provozní podmínky dovolují, jsou zcela jistě motivující. S pracovní spokojeností souvisí také mezilidské vztahy, soudržnost, dobrá týmová spolupráce, vzájemná důvěra, možnost růstu a idea povýšení, dobré podmínky pro vzdělávání či seberealizaci.

Doktor Jiří Plamínek ve své knize „Tajemství motivace“ upozorňuje na konflikt zájmů mezi pojmy **motivace** a **manipulace**. Motivaci, tedy působení v zájmu ovlivňovaného, považujeme v manažerské praxi za žádoucí proces, zatímco manipulaci, tedy jednání proti zájmu ovlivňovaného člověka, ze zásady odmítáme. Etika je citlivým rozměrem manažerské práce a je tedy na každém z nás, abychom motivační dovednosti při manažerských činnostech nezneužívali (PLAMÍNEK, 2015).

3.1.6 SYNDROM VYHOŘENÍ

Psychologové a lékaři se již od sedmdesátých let 20. století zabývají stavy celkového, především psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace, emocí a profesionálního chování, přičemž ovlivňuje postoje, názory i výkonost. Výše uvedené stavy se označují jako **syndrom vyhoření**, vyhaslost, vyčerpání – burnout syndrom. Syndrom vyhoření byl poprvé popsán v roce 1974 psychoanalytikem H. Freudenbergerem. Pojem vyhoření je opakem vzplanutí, tedy nadšení, elánu, zájmu, motivace, vysokého cíle a energie, které na samém počátku

doprovází člověka profesionála při výkonu svého povolání. Syndrom vyhoření se netýká jen psychologické roviny, ale je zájmem komplexní medicíny, jelikož zásadně ovlivňuje celkovou kvalitu života (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003).

Povolání sestry patří mezi pomáhající profese, tzn., že její hlavní náplní je pomáhat lidem - práce s lidmi. Právě fakt, že se sestra a ostatní nelékařské profese dennodenně setkávají s nemocným člověkem a jsou vystavováni obrazu bolesti, úzkosti, utrpení a tíživé životní situace druhých, přináší negativní vliv na jejich emoční a psychickou stránku. Pomoc druhým lidem obnáší velkou profesní i osobní angažovanost, celodenní pozornost při vykonávání odborných dovedností a rovněž nepřetržitou, srozumitelnou a bdělou komunikaci. Syndrom vyhoření může také zapříčinit konflikt rolí, vysoké pracovní zatížení a odpovědnost. Nebo nejasné vymezení kompetencí, zklamání z nenaplněného profesního očekávání, zátěž zevního prostředí (hluk, prach, změny teploty), pracovní podmínky včetně nekvalitních interpersonálních vztahů. Všechny tyto stresory průběžně, během praxe sestry výrazně ovlivňují oblasti její profesní i životní energie. Profese sestry vykazuje značnou psychosociální zátěž.

Syndrom vyhoření určuje řada psychických, fyzických i sociálních symptomů, jako jsou: únava, pokles výkonu, nezájem, pesimismus, pasivita, úzkost, deprese, neuróza, snížená sebedůvěra, poruchy soustředění, poruchy paměti a spánku. Klíčovými příznaky jsou emoční vyčerpanost a kognitivní opotřebení. Všechny symptomy mají původ v dlouhodobém, chronickém stresu vycházejícího z pracovních, někdy i osobních činností a přicházejí pozvolně. Symptomy gradují narušenými interpersonálními vztahy, odcizením a ztrátou zájmu o osobní rozvoj a své povolání, přidružují se somatické potíže, které výrazně fyzicky ovlivňují celkový stav člověka.

Magistra Oldřichová v článku pro Medical Tribune píše, že syndrom vyhoření hrozí dříve, nebo později každé sestře s časovým odhadem dva až tři roky od započetí povolání a přiklání se k momentu základní připravenosti mladé, nastupující sestry, v přímé souvislosti s dobrou adaptací a začleněním do týmu. Jako základ vyhoření již považuje strohou komunikaci, kdy sestra nefixuje oční kontakt s pacientem, není iniciativní, udělá jen, co opravdu musí a neřekne slovo navíc. Jak píše magistra Oldřichová: „*Sestra si rutinně splní to nejnmutnější a rychle pryč*“. Co je podstatné, že sama sestra svůj stav vyhoření včas nepozná a na rozdíl od pacienta, který vnímá neempatický přístup a chladné chování, sestra vlastně neví, že se s ní něco děje.

Prevenčí syndromu vyhoření se stává již období adaptace. Profesionalizace sestry začíná studiem na odborné škole, již zde je velmi podstatné, jak se začlení do kolektivu, jaké získá postoje, jak se vyrovná s odpovědností, profesní zátěží, svými kompetencemi a rolí. V tomto období je možné diferencovat sociální dovednosti, autoregulaci, toleranci k zátěži, emoční stabilitu, autonomii a schopnost adaptability. Dále je potřeba rozvíjet kooperaci a empatii, verbální i neverbální schopnosti v interakci s pacientem a týmem, společně s motivací a schopností překonávat stresové situace a zároveň umět využít relaxační techniky a nástroje pro duševní hygienu (MELLANOVÁ, 2017).

Profesionální adaptace v rámci nástupu do zaměstnání je neméně důležitá, slouží k dokonalému výkonu profese, pomůže v kolektivní orientaci, pomůže k personifikaci, seznámí s firemní kulturou a organizací a podpoří jistotu v definici kompetencí a rolí. Důležitá je rovněž motivace a reálné plány. Syndrom vyhoření přechází pozvolně z fáze nadšení, přes stagnaci, frustraci až k apatii. Nástup citové lhostejnosti a ztrátu lidské účasti by měla včasné odhalit sestra manažerka - staniční sestra, která je v první linii týmového i individuálního kontaktu. Všichni manažeři by měli soustavně dbát také na prevenci syndromu vyhoření. V závislosti na fázi syndromu vyhoření a symptomech je nutné najít urgentní řešení.

Prvním opatřením by mohlo být přeřazení zaměstnance na méně stresující pracoviště, upravit náplň práce, zajistit jiné vymezení povinností. Dále je potřeba zajistit intervenci psychologa a podněcovat k psychohygieně, která je základem prevence vyhoření. Důležité je zabezpečit dobré mezilidské vztahy, otevřenou a korektní komunikaci, přátelské prostředí bez rivality. Podpořit zaměstnance odbornými semináři, workshopy či teambuildingem. Zajistit dobré pracovní podmínky. Podněcovat zaměstnance k aktivnímu a zdravému životnímu stylu, pohybu, odpočinku a relaxaci. Zajistit včasnou a vhodnou prevenci syndromu vyhoření patří mezi manažerské úkoly a cíle a je součástí i odrazem zdravé firemní kultury.

3.2 FIREMNÍ KULTURA

Kultura organizace zahrnuje určité hodnoty, normy, přesvědčení a předpoklady, které určují postoje a způsoby chování lidí, což následně ovlivňuje způsob vykonávání jejich práce. Firemní tradice a hodnoty odrážejí prvky, které jsou pro danou firmu důležité, nebo na kterých si zakládá, např. etické chování, vstřícná komunikace. Každá společnost má také určité normy, které stejně jako u jiných prvků mohou znamenat

jistou hranici, či základ – nepsaná pravidla chování, morální hodnoty, pracovní morálka. Kultura organizace může charakterizovat společnost jako celek, nebo může být nastavena dle jednotlivých segmentů, tedy orientovat se pouze na určité klíčové oblasti (nemocnice, úsek marketingu, lékárna, ambulance, záchranná služba).

Kultura organizace představuje shodné myšlení a chování zaměstnanců, odráží vlastní styl - jedinečná a mimořádná pravidla, která mají svou zásadní hodnotu a jsou všemi zaměstnanci sdílena (ARMSTRONG, 2015). Každá firma má svou vlastní, jedinečnou kulturu, která tvoří její pilíř – základnu a je pro ni specifická. Správná firemní kultura tvoří podstatu každé společnosti, významně a pozitivně ovlivňuje firemní strategii, udává správný směr a podporuje dosažení předurčených cílů. Firemní kultura organizace ovlivňuje nejen zaměstnance, ale má nezanedbatelný vliv také na zákazníka/pacienta. Pod pojem firemní kultura můžeme zařadit také náladu, která panuje uvnitř společnosti – interpersonální vztahy (vztahy mezi zaměstnanci, manažerské vztahy). Firemní kultura definuje klima společnosti, které je bezprostředně ovlivněno individuálním či kolektivním chováním zaměstnanců. Základem firemní kultury je důvěra a otevřená komunikace.

Proces budování firemní kultury je záležitostí dlouhodobou a je ovlivněn zevními faktory – rozvoj trhu, orientace a preference zákazníka. Dobré jméno společnosti se dlouho buduje a lehce ztrácí. Pokud je firemní kultura dobře nastavena a společnou vizi podporují a sdílí rovněž zaměstnanci, společnost se pravděpodobně orientuje správným směrem a získá vlastní, trvale kvalitní identitu. Dobré jméno společnosti ve shodě s pozitivní vnitřní atmosférou poskytnou firmě důležitý nástroj konkurenceschopnosti a prestiže, což je v zásadě motivující také pro zaměstnance.

Mezi prvky firemní kultury patří rovněž společné určující znaky: symboly a loga, korporátní barvy, slogany a firemní oblečení, nebo firemní rituály (jarní kopaná, pravidelné utkání v šipkách, podzimní bowling, každoroční vánoční večírek).

Organizační kultura ve zdravotnictví definuje způsob, jakým pracují jednotlivá oddělení, odborné týmy či skupiny, jaké sdílejí hodnoty a přesvědčení, či jaké způsoby chování, myšlení, názorů a postojů v týmu dominují. Organizační kultura zdravotnického zařízení by měla být na předním místě zájmu manažerů, jelikož zásadně ovlivňuje pracovní nasazení a výkonnost zaměstnance, jeho spokojenost, motivaci, loajalitu a jeho zainteresovanost na budoucnosti a prosperitě zařízení. Dobrá

organizační kultura si zakládá na dlouhodobě stabilních, kvalitních hodnotách a snižuje nejistotu při adaptaci nových pracovníků. Odbourává konflikty a vytváří ideální, trvale pozitivní prostředí pro profesionální a kolektivní spolupráci, což je nevyhnutelné pro kvalitní organizaci a zajišťování prvotřídních zdravotních služeb. Stejně jako v kterékoli jiné firmě i v zdravotnickém zařízení se organizační kultura vztahuje jak na celá zařízení (nemocnice) nebo se dělí dle specifiky různých segmentů či oddělení (radiologie, interna, administrativa, technicko-hospodářský úsek).

3.3 ŘÍZENÍ KVALITY

V řízení kvality jde především o snahu neustálého kontinuálního zlepšování, kdy výsledkem je efektivnější proces – zvýšená produktivita, vysoká kvalita služby a snížené náklady v návaznosti na spokojenost zákazníka/klienta/pacienta. K řízení organizace můžeme využít některé známé a osvědčené manažerské metody, modely či techniky, které se zaměřují strategicky a analyticky na plánování, rozhodování a cíle, např.: TQM (Total Quality Management), PDCA, BSC (Balanced scorecard), SMART, SWOT, Paretovo pravidlo. Manažerské modely mohou být využívány ve všech dimenzích působení společnosti. Tyto manažerské nástroje jsou **strategickými metodami** k řízení kvality ve shodě s manažerskou filozofií firmy. Implementace procesů řízení kvality prostřednictvím manažerských systémů se může zdát, v počátečních fázích složitá. Základními faktory pro úspěch jsou **vzdělání** a **kompetence** a neméně důležitým faktorem je **motivace**. Každý začátek má svá úskalí, podstatou úspěšného procesu, je systému a jeho implementaci porozumět. V další fázi, pokud máme vlastní přesvědčení, znalosti a zkušenosti, je nutné, abychom přesvědčili a motivovali také ostatní (např. ošetrovatelský tým).

Pokud má být celý proces efektivní, v první fázi je nutné znát záměr a mít všeobecné přesvědčení, tedy CHTÍT. Pakliže jsme se rozhodli implementovat nové procesy či systém, je třeba si ověřit současné znalosti, případně se v dané problematice vzdělávat, tedy UMĚT. V konečné fázi triády je nutné znát podmínky, strukturu, mít povědomí a být připraveni, tedy MOCI.

Manažerská metoda **PDCA – Demingův cyklus** je jedním z klíčových manažerských principů – metoda postupného zlepšování. Jedná se o základní, intuitivní a jednoduchou, přitom efektivní metodu pro zlepšování kvality služby a s tím souvisejících procesů pomocí zásadních, cyklicky prováděných, na sebe navazujících

činností. Tyto aktivity zcela zásadně ovlivňují strategii firmy od implementace, přes provozování, monitorování, přezkoumávání až po vyhodnocení a udržování efektivních opatření se systematickým, kontinuálním zlepšováním.

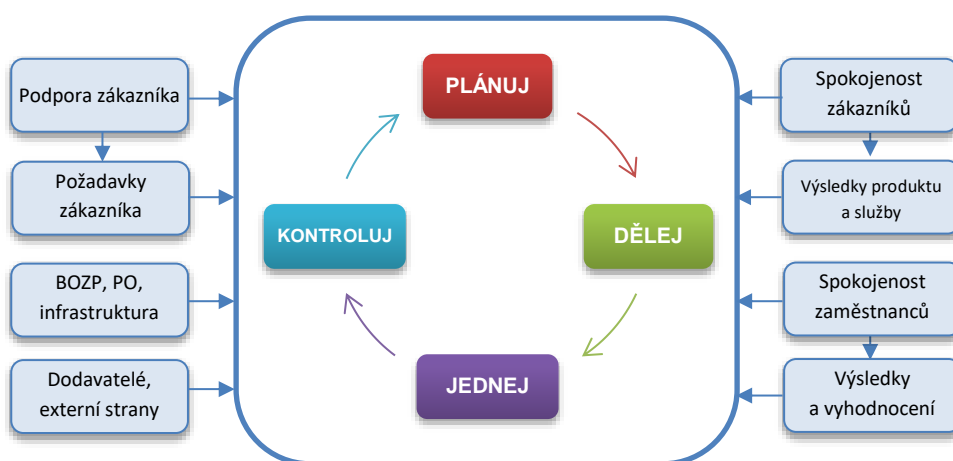
P – PLAN – plánování – zamýšlené zlepšení = záměr

D – DO – realizace plánu

C – CHECK – ověřování výsledku realizace ve srovnání s plánem

A – ACT – přehodnocení záměru na základě ověření - úprava vlastního provedení a následná implementace do praxe

Vyjádřeme si tedy dle PDCA definované priority státu či poskytovatele zdravotních služeb: „Cílem **zavedení interního systému** hodnocení kvality je pochopení činnosti organizace, minimalizace rizikových činností a odhalení potenciálních a reálných možností ke zlepšení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (JEDNEJ). Poskytovatel zdravotních služeb následně, na základě výsledku sebehodnocení sestaví vlastní individuální plány, které slouží výhradně pro interní potřeby poskytovatele. Dle analýzy bude vypracován plán (PLÁNUJ), který na základě vyhodnocených problémových oblastí určí aktivity (DĚLEJ), jejichž plnění podle zvolených priorit zajistí kontinuální zlepšování (KONTROLUJ) v rámci programu pro zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.



Obrázek 6 Model manažerského řízení – Demingův cyklus

Zdroj: Autor

3.3.1 MĚŘENÍ KVALITY

Abychom mohli posoudit, zda došlo ke změně v oblasti kvality, musíme umět kvalitu změřit. Využíváním dat a zpracováním metod k posouzení kvality se zabýval doktor William Edwards Deming (14. října 1900 Sioux City, USA - 20. prosince 1993 Washington, USA). Dr. Edward Deming studoval obory elektroinženýrství, matematiku, statistiku a matematickou fyziku. Byl inspirován myšlenkami v oblasti statistických metod aplikovaných při kontrole výroby a řízení a tomuto tématu se celoživotně věnoval. V současné době je považován za jednu z největších osobností v oblasti řízení kvality na světě. Po druhé světové válce roku 1950 pomáhal v Japonsku plánovat sčítání lidu. Jeho průkopnická práce a zkušenosti v oblasti statistické kontroly kvality vedly až do unie vědců a inženýrů, kde postupně proškolil stovky japonských inženýrů, špičkových manažerů a studentů ve statistické kontrole procesů a v oblasti řízení kvality. Vysoká kvalita v kombinaci se snižováním nákladů nakonec přinesla japonským i dalším společnostem značné úspěchy.

Doktor Deming vytvořil 14 klíčových zásad, kterými se má management řídit, aby výrazně zlepšil efektivitu organizace. Více než půl století působil, jako vědecký učitel na americké akademii. Publikoval stovky originálních článků a desítky knih. Je autorem manažerské metody řízení kvality PDCA. Jeho celoživotní úsilí vedlo k transformaci řízení a hluboce ovlivnilo výrobní a servisní organizace po celém světě. Doktor Deming byl vizionář, jehož víra v neustálé zlepšování vedla k souborům transformačních teorií a učení, které komplexně změnily způsob přemýšlení o kvalitě. Věřil ve svět, kde je radost z učení a radost z práce, kde každý může vyhrát (E. D. INSTITUTE, 2018).

Dr. Edwards Deming je „otcem“ programu kontinuálního zvyšování kvality, jedno z jeho poselství je: *„Abychom mohli něco zlepšit, musíme to změnit. Abychom mohli něco změnit, musíme tomu rozumět. Abychom mohli něčemu rozumět, musíme to měřit.“* (ŠKRLA, ŠKRLOVÁ, 2003, s. 100).

K měření kvality a jejího vývoje potřebujeme zdroje dat:

- Lékařský audit
- Ošetřovatelský audit
- Indikátory – klinické, ošetřovatelské, strážní

- Sledování spokojenosti pacientů a zaměstnanců
- Externí audit – analýza, výstup

3.3.2 IMPLEMENTACE INDIKÁTORŮ KVALITY

Kvalita má nespočet dimenzí, např. dostupnost, kontinuitu, přiměřenost, efektivitu, bezpečí, včasnost. Všechny procesy tudíž není možné celkově monitorovat. Při zavádění indikátorů postupujeme dle základní metodiky:

- **První fáze** - vybereme sledované indikátory kvality
- **Druhá fáze** zvolíme metodiku sběru dat (kontinuální na celé populaci, nárazová, pouze vzorek, nezávislá, závislá, atd.)
- **Třetí fáze** – zvolíme volbu metodiky vyhodnocení dat (definice souboru, čítel, jmenovatel)
- **Čtvrtá fáze** - definujeme využívání výsledků v procesu řízení (analýza příčin, kořenová analýza, interpretace)

Abychom byli schopni zpracovávat a měřit relevantní informace, vybíráme především nejzásadnější výstupy – komplikace, rizika, přínos (spokojenost) a dále oblasti korelující (délka služby). Při výběru indikátorů se zaměříme na oblasti **nejrizikovější** (např. podávání léčiva, operační výkony), oblasti **nejdražší** (léčivo, materiál) a s tím nově zavedenou **dokumentaci** (správnost a dostupnost zdravotnické dokumentace, informovaný souhlas). Indikátory využíváme zejména k dlouhodobému sledování kvality poskytované péče v souvislosti se srovnáváním jednotlivých zdravotníků, oddělení, nemocnic a všech zdravotních služeb na celonárodní úrovni.

Principem indikátorů je monitoring nově zavedených systémů kvality poskytované péče, identifikaci odchylek a nepříznivých zvyklostí či trendů (MARX, 2015). Identifikátory kvality jsou prostředkem k hodnocení a mohou sloužit jako motivační nástroj s návazností na kladné hodnocení, případně odměnu. Závěrečná analýza (Benchmarking) kvantifikuje a poskytuje závislé a systematické porovnání, tedy finálně zmapujeme a porovnáváme přednosti, nedostatky, splnění cíle a především přínos (VLČEK, 2015).

3.3.3 AUDIT

Pojem audit (z lat. *auditus*, slyšení) znamená přezkoumání, zhodnocení (průzkum). Ošetřovatelský audit je podrobné posouzení a zhodnocení vybraných klinických záznamů kvalifikovanými odbornými pracovníky, za účelem hodnocení kvality. Audit slouží k přezkoumání správného využívání zavedených standardů a procesů v praxi a k monitorování kvality ošetřovatelské péče. Zdravotnický audit je systematický proces, který je neoddelitelnou součástí hodnocení kvality poskytované zdravotní péče a současně je jedním z nejefektivnějších nástrojů pro udržení a kontinuální zvyšování kvality zdravotní péče. Správně vedený audit by měl sloužit k objektivní analýze úspěšné praxe nebo naopak identifikovat a ozřejmit problémové oblasti. Audit se dělí na interní (prováděný manažery zdravotnického zařízení) a externí (prováděný odborníky akreditačních autorit, nebo státem řízených úřadů), (MARX, VLČEK, 2009). Systematičnost celého procesu je založena na dodržení zásadních pravidel a na kvalifikačních předpokladech auditorů:

1. Plánování auditu – krátkodobé, dlouhodobé
2. Definice kritérií – co srovnáváme/s čím (norma, standard, směrnice)
3. Způsob auditu – pohovor, studium dokumentace, místní šetření
4. Rozsah auditu – na co se zaměřuje, prvek normy
5. Objektivita a nestrannost – (předsudky, nehledat neshody za každou cenu)
6. Nezávislost auditora – prevence střetu zájmů (auditor z jiného pracoviště)

Před zahájením auditu je zpracována dokumentace – osnova auditu. Proběhlý audit musí být řádně zdokumentován dle platného, jednotného předpisu, vymezeného pro auditní činnost. Obsahem dokumentu je také prezenční listina zúčastněných osob, datum, čas, název pracoviště, téma auditu a osnova. Dokumentace je řádně zpracována, aby mohla sloužit pro prokazatelné výstupy, které musí být formalizované. Auditní činnost zahrnuje rovněž systém ukládání a archivování dokumentace. Se závěrem auditu je seznámen zaměstnanec, s kterým je následně konzultována případná neshoda a stejně tak způsob její odstranění, včetně následných preventivních opatření.

Ošetrovatelský audit můžeme rozdělit na provozní, kdy pracujeme přímo na ambulanci, tzv. s otevřenou dokumentací a dotazy směřujeme na personál i pacienta. Dále je možno provést audit zaměřený na předem vybranou uzavřenou dokumentaci. Manažerským nástrojem je metoda kořenové analýzy – mimořádný audit. Audit může být také zaměřen cíleně, např. na personalistiku – kontrola a hodnocení zaměstnanců (vzdělání, kvalifikace, počet, rozložení). Audit slouží také jako bezpečnostní vizita, kdy se zaměřujeme na prvky bezpečnosti a organizace práce a požární ochrany.

Ošetrovatelský audit je veden profesionálně a eticky. Není nástrojem sankčním, nýbrž má edukativní charakter. Audit je analytický, nenásilný vzdělávací prostředek, jehož efektem je neustálé opakování správných postupů a odstranění provozní slepoty, čímž poskytuje příležitost ke konstruktivnímu řešení v rámci procesu zlepšování.

Interní audit je nepodkročitelný požadavek všech systémů pro kontrolu a řízení kvality (akreditační systémy, normy řady ISO, apod.). Audit je základním pilířem řízení, který poskytuje cennou vazbu pro management na všech úrovních řízení a umožňuje porovnat skutečnosti s vizemi - provádění správných činností, správným způsobem (VLČEK, 2015).

3.4 ŘÍZENÍ RIZIK

Pro pojem **riziko** existuje řada definic, ale nejběžněji je riziko pravděpodobně vnímáno v zásadě jako negativní jev, který je spojen s potenciálním nebezpečím, které může mít i závažné následky. Riziko přináší negativní dopad spojený s individuální či komplexní ztrátou – zdraví, života, financí, kvality, majetku či pověsti. Cílem řízení rizik je primární zabránění ztrátám nebo jejich minimalizace (ŠUPŠÁKOVÁ, 2017).

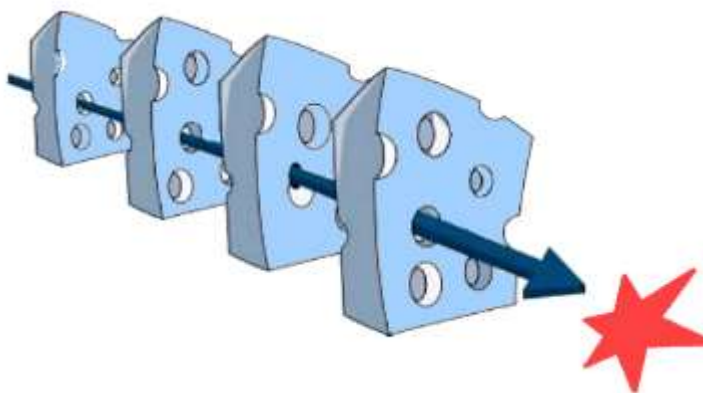
Doktorka Šupšáková definuje riziko následovně:

- Pravděpodobnost vzniku ztráty či neúspěchu.
- Nejistota dosažení výsledků.
- Odchýlení od očekávané skutečnosti a jeho pravděpodobnost.
- Obecně rozložení pravděpodobnosti variant výskytu určitého jevu, apod.

Podstatnou úlohou a principem strategického managementu ve zdravotnictví je zajištění kvalitní a bezpečné péče pro pacienta, včetně dostupnosti, rovnosti, kontinuity

a efektivity péče, a to i s ohledem na zvyšující se nároky na nové technologie či informační systémy; vzhledem k rostoucím požadavkům na kvalifikaci personálu; s rostoucí náročností na komunikaci s pacientem. Druhým, neméně podstatným úkolem managementu je vyhledávání a eliminace rizik, zajištění kvalitních a bezpečných pracovních podmínek, dobrých interpersonálních vztahů a vlídného pracovního prostředí pro personál.

Teorie vzniku rizika mají několik modelů, ve zdravotnictví se nejzdařileji uplatňuje Reasonův model „švýcarského sýra“ (Swiss Cheese Model). Jeho podstatou je zmapování rizika či hrozby, které identifikujeme na počátku, a které případně mohou proniknout bariérou (mechanickou, systémovou). Nutná je včasná identifikace možného selhání v souvislosti s okolnostmi, při kterých dochází k negativním jevům - chyba, komplikace, ztráta s cílem analyzovat rizika a najít řešení k odstranění. Díry v sýru profilují chyby a v modelu jsou děleny na aktivní – přímé pochybení (aktuální chyba lékaře či sestry) a pasivní pochybení (přítomné latentně, kdy skrytě čekají na souhru náhod a okolností shody), které následně zapříčiní či umožní chybu, komplikaci, ztrátu. Model je využíván zejména k analýze lidských pochybení (ŠUPŠÁKOVÁ, 2017).



Obrázek 7 Reasonův model švýcarského sýra

Zdroj: SZO, Příručka k osnově bezpečí pacientů, s. 128, úprava a doplnění ztvárnění autor

3.4.1 ŘÍZENÍ RIZIK V OŠETŘOVATELSTVÍ

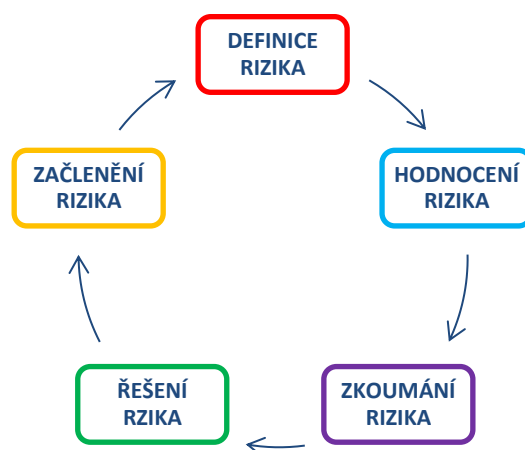
Řízení rizik představuje systematický proces identifikace, hodnocení a provádění činností, směřujících k prevenci. Manažerská činnost (risk management) se zaměřuje, na analýzu potenciálních rizik nejen v rozsahu péče, ale v rámci celého zdravotnického zařízení a mapuje všechny související oblasti - řízení rizik klinických, provozních, bezpečnostních i administrativních.

Základem efektivního řízení rizik je stanovení klíčových faktorů a nastavení systému činností risk managementu, to znamená, analýza všech rizik v organizaci, dostatečně fungující kontrolní systém, správně zvolená strategie pro řízení rizik, fungující vnitřní předpisy, směrnice a procesy, které rovněž podléhají kontrole. Správně nastavený program rizik zvyšuje kvalitu ošetrovatelské péče a eliminuje nebezpečí s tím související. Cíle managementu rizik při poskytování zdravotní péče:

- Minimalizovat rizika pro pacienty, personál i další organizační složky.
- Minimalizovat pravděpodobnost vzniku nežádoucích událostí.
- Vyhodnocovat výstupy péče od pacientů – implementovat opatření.
- Sledovat a vyhodnocovat zpětnou vazbu od zaměstnanců.
- Monitorovat lidský faktor – nedbalost, spěch, porušování pravidel.
- Důrazně dbát na soulad praxe s platnou legislativou.
- Sledovat případná pochybení - odchylky od plánované péče.
- Neodkladně zajistit nápravná opatření.
- Zajistit bezpečnost provozu – infrastruktura, proškolení.
- Nastavit efektivní bariéry – protokoly, metodika a kontrolní mechanismy.
- Kontinuálně vzdělávat zaměstnance – protiepidemiologická opatření, ochranné pracovní pomůcky, BOZP, PO.
- Zajistit efektivní monitoring a evaluaci pro všechny činnosti.
- Nastavit profesionální organizační strukturu a optimální firemní kulturu.

Součástí řízení rizik je rovněž nastavení kompetencí managementu ve smyslu pověření hlášení potenciálního rizika – co, kdy a jakým způsobem. **Komu** bude informace interpretována. **Jak** bude nastaven proces řízení - **kým** budou rizika sledována, hodnocena a dokumentována. **Kdo** zajistí nápravná opatření. Základním paradigmatem je nejen se z chyb poučit, ale také je umět předvídat a včasné řešit (SZO, 2011).

Efektivní řízení rizik používá pětikrokový model rozhodovacího procesu s cílem zvládnutí rizik (ŠUPŠÁKOVÁ, 2017). Cílem řízení rizik je: vidět souhrnně všechny souvislosti v rámci všech činností zdravotnické zařízení a aktivní vyhledávání potenciálních rizik, nejen v souvislosti s přímou ošetrovatelskou péčí, ale na všech úrovních (obrázek 8). Je tedy nezbytné, aby všichni zaměstnanci chápali řízení rizik, cíle strategií zvládnutí rizika a jejich význam na vlastním pracovišti (SZO, 2011).



Obrázek 8 Řízení rizik v pěti krocích

Zdroj: MUDr. Petra Šupšáková. MBA, LL.M., Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb. s. 8.

Efektivní řízení rizik bere do úvahy a také podporuje novou strategickou roli pacienta, co by partnera zdravotníka. Samotný pacient tedy může a měl by se bez obav zajímat o průběh léčby. V této spolupráci a komunikaci by měl být podporován zdravotníkem, který zastává roli kvalifikovaného mentora (ŠUPŠÁKOVÁ, 2017).

3.4.2 ORGANIZAČNÍ KULTURA A PROSTŘEDÍ

V zájmu kvalitní a bezpečné zdravotní péče a schopnosti eliminovat rizika je důležité, aby byla nastavena správná organizační struktura a kultura bezpečného prostředí, včetně efektivní komunikace mezi zdravotním i nezdravotním personálem, ale rovněž mezi pacientem a rodinou:

1. Odpovědnost všech pracovníků - bezpečí v zdravotnickém zařízení je prioritou všech pracovníků bez ohledu na jejich zařazení a funkci. Všichni pracovníci musí být informováni o rizicích při poskytování zdravotní péče, o principech řízení rizik a o možných preventivních opatřeních. Zaměstnanec by měl umět rozeznat rizika, vědět, jak nejlépe, komu a včas předat informace o riziku a nebezpečí na pracovišti.

2. Odpovědnost managementu - Bezpečí v zdravotnickém zařízení je zásadní prioritou. Manažer umožňuje všem zaměstnancům podat hlášení, deklaruje nesankční prostředí, otevřenou korektní komunikaci, právní podporu a zajistí důvěrnost nebo anonymitu hlášení, včetně zpětné vazby hlásícímu. Nutné je zajistit efektivní motivaci.

3. Profesionální a racionální přístup zaměstnance – všichni zaměstnanci by si měli uvědomit, že hlášení případných nežádoucích událostí je účinným nástrojem vedoucím k příslušným a účinným preventivním opatřením. Zdravotníci by měli chápat požadavky způsobilosti a kompetencí pro svou profesi, včetně osobní odpovědnosti za zvládnutí klinického rizika. Zaměstnanec si uvědomuje situace, kdy, jak a proč požádat o případnou pomoc manažera, mentora, kolegu nebo lékaře. Vede úplné a přesné záznamy o zdravotní péči. Každý, kdo se pohybuje ve zdravotnickém zařízení, by si měl umět udržovat své vlastní fyzické i duševní zdraví a osobní či pracovní vyrovnanost.

4. Profesionální a racionální přístup manažera - všichni manažeři by si měli uvědomit, že vyhledáváním rizik a šetření příčin pochybení nejsou nástrojem k hledání viníků či udělení trestu, ale nástrojem k přehodnocení rizik. Je nutno brát v úvahu, že chybovat je lidské (*Errare humanum est*), bez ohledu na odbornost, zaměření, charakter práce, kvalifikaci či délku praxe.

5. Analytické a prognostické myšlení – všichni zaměstnanci se účastní jednání a porad s cílem nastavení procesů řízení rizik a bezpečí pacientů. Organizace zavede systém hlášení nežádoucích událostí, včetně nedokonaných pochybení, jež bude efektivním nástrojem pro detekci rizika a zavedení následných preventivních opatření s cílem snížit poškození pacienta či dalších osob. Systém procesů, jejich zdokumentování, popsání a standardizace výrazně snižují rizika pochybení. Všichni zaměstnanci by se měli vzdělávat, aby mohli pochopit nutnost zvládnutí profesních rizik. Management je schopen účelově a přiměřeně reagovat na stížnosti či nespokojenost pacientů. Systém hlášení musí být jednotný a jednoduchý, zaměstnanec je edukován o mechanismu a způsobu hlášení a kompetentních osobách (MARX, 2010).

6. Evaluace a poučení – každá neúmyslná odchylka, tedy chyba, která nebyla zamýšlena, by měla vést k zásadnímu a trvalému poučení. Poučení se z chyb, ať už vlastních či cizích, důraz na jejich četnost, dopad, podmínky a souvislosti, poskytují nepostradatelnou zpětnou vazbu pro realizaci záměrů a návrhů na účelné změny či opatření, popř. transformaci systému komplexní, kvalitní a bezpečné péče o pacienta.

3.4.3 POJMY RIZIKOVÉHO MANAGEMENTU

Bariéra – ochranná procedura, protokol, preventivní mechanismus nebo kontrolní metodika, zabraňující pochybení.

Incident – událost, která může ohrozit bezpečnost provozu, zaměstnance, pacienta, poskytovanou zdravotní péči – následkem není poškození zdraví.

Minimalizace rizik – preventivní chování – používání ochranných pomůcek, metodologie, využívání standardů ošetrovatelské péče.

Nedbalost – vědomé, úmyslné porušování pravidel, odchylka jednotlivce od stanovených pravidel, neztotožňuje se s přijatým standardem – nesmí být tolerována.

Neopatrnost – neprovedení výkonu tak, jak by mělo být standardně, kvalifikovaně a odpovědně provedeno. Rizikové jednání.

Nežádoucí událost – nečekaná událost, která může ohrozit bezpečí, zdraví nebo život pacienta, zaměstnance, návštěvu nebo, provoz. Událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila k tělesnému poškození pacienta, nebo smrti, které bylo možno se vyhnout. Poškození může být psychické nebo socioekonomické.

Odchylka – nedodržení nebo odchýlení od pravidel, směrnic, postupů.

Ohrožení – situace, která může vést k pochybení (hazard, risk).

Pochybení – provedený výkon se neztotožňuje se stanoveným plánem, nebo došlo k provedení výkonu podle špatného plánu (postupu).

Poškození pacienta – újma způsobená postupy zdravotnického personálu nebo vlivem zdravotnického prostředku (přístroje).

Proces prevence – předcházení rizika, zajištění bezpečí v souvislosti s léčebnými nebo ošetrovatelskými postupy.

Proces evaluace – zpětná vazba, vyhodnocování negativních událostí, jevů a příčin.

Téměř pochybení – pochybení, kterému bylo na poslední moment zabráněno (skorochyba, téměřchyba).

(ŠUPŠÁKOVÁ, 2017), (WHO, 2011), (HŘIB, 2015).

3.4.4 IDENTIFIKACE RIZIK

Každý incident bude mít pravděpodobně jeden ze tří druhů příčin: organizační, technickou, lidskou. Klíčovým prvkem je zachycení události a její zařazení dle důvodu a priorit. Rizika mohou být identifikována **retrospektivním** způsobem, to znamená, že zhodnotíme a analyzujeme již proběhlou událost nebo incident. Nebo **prospektivním** způsobem, kdy rizika aktivně vyhledáváme a následně analyzujeme. Doktorka Šupšáková uvádí, že ve světě je známo zhruba 40 metod k detekování rizika.

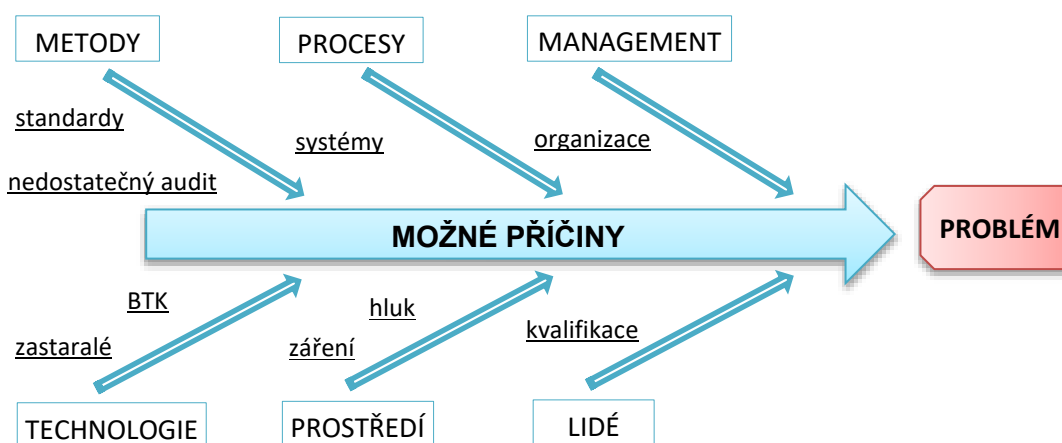
Jednou z metod retrospektivní detekce je metoda **RCA** (Root Cause Analysis). Tato metoda byla vyvinuta Národním centrem pro bezpečí pacientů Ministerstva pro záležitosti veteránů Spojených států amerických a využívá strukturovaný přístup pro hodnocení a analýzu závažných nežádoucích účinků, včetně vývoje systémů k zabezpečení předcházení a opatření prevence. Rizika zpětně identifikujeme z výstupů proběhlých auditů, z výsledků hodnocení nežádoucích událostí, ze závěrů kontrol dodržování standardů nebo náhodných zjištění z praxe (WHO, 2011). RCA kořenová analýza jako všechny modely retrospektivního přezkoumávání využívá kladení otázek:

- Co se stalo? Kdy a kde se to stalo?
- Kdo se na události podílel?
- Jak závažná byla skutečná nebo potenciální újma?
- Jaká je pravděpodobnost opakování?
- Jaké byly důsledky?

RCA se zaměřuje na systém, analýzu procesů a jeho zranitelnost, nikoliv na jednotlivé pracovníky či individuální výkon. Předpokládá, že nežádoucí událost, která poškodila pacienta, nastala selháním systému, proto zkoumá několik zásadních faktorů, jako jsou: komunikace, školení, únava, plánování úkolů a činností, pracovní rozvrh personálu, pracovní prostředí, technické vybavení, metody, pravidla, zásady, standardy a případné překážky. Provádí hloubkovou analýzu pomocí sond „co“ a „proč“, až do té doby, dokud nebudou posouzeny všechny aspekty procesu a vzaty v úvahu všechny přispívající faktory. Závěrem dojde k definici možných změn, které by mohly být provedeny v systémech nebo postupech pro zlepšení výkonu, a především snížení pravděpodobnosti podobných nežádoucích příhod nebo skoronehod v budoucnosti.

Na retrospektivním hodnocení se podílí obvykle manažerský tým – manažer kvality, manažer rizik, manažer ošetrovatelství a provozní manažer (WHO, 2011).

Důmyslným retroaktivním a proaktivním manažerským nástrojem může být Ishikawův diagram příčin a důsledků (diagram rybí kosti), který vytvořil v roce 1968 Kaoru Ishikawa. Diagram zřetelně vyjádří analýzu proběhlé události - znázorní události a zároveň specifikuje příčiny (ŠUPŠÁKOVÁ, 2017). Tento způsob vyjádření je ideální pro detekci potenciálních příčin, čímž poskytne náhled a prostor pro předcházení chyb a zavedení včasného preventivního opatření (obrázek 9).



Obrázek 9 Ishikavův diagram příčin a důsledků

Zdroj: Autor

3.4.5 OBLASTI RIZIK

Rizika pro oblast poskytování zdravotních služeb můžeme rozdělit do dvou skupin: rizika provozní a rizika zdravotní péče.

Rizika zdravotní péče:

Lékařská péče
 Ošetrovatelská péče
 Zdravotnické prostředky
 Zdravotnické pomůcky

Rizika provozní:

BOZP, PO
 IT, NIS, PACS
 Personální provoz
 Ekonomický provoz
 Stravovací provoz
 Doprava
 Údržba

3.4.6 RIZIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ

Každý zaměstnanec ve zdravotnictví podstupuje každý den různorodé aktivity z rizikových oblastí, spojené s provozními činnostmi, nebo se zdravotní péčí o pacienta. Tyto rizikové faktory můžeme zařadit jako profesní a je potřeba s nimi od prvopočátku počítat a přizpůsobit jim veškeré činnosti. Základním předpokladem pro eliminaci chyb je rizika znát, tedy očekávat jejich míru, rozsah působení a ovlivňující zevní i vnitřní faktory. Proto je důležité rizika včasné identifikovat, vzít v úvahu koho se týkají (kdo může být poškozen), ohodnotit míru závažnosti, zajistit opatření a tyto následně neustále kontrolovat a aktualizovat.

Sestry i ostatní nelékařské obory jsou s profesními riziky seznamovány již v průběhu vzdělávání na školách a v rámci probíhající praxe. Druhým zásadním momentem pro identifikaci rizik je základní vstupní školení, to znamená, při nástupu sestry do pracovního procesu. Vstupní školení BOZP a PO se týká všech zaměstnanců, nezávisle na délce jejich dosavadní praxe a je opatřeno legislativním rámcem. Další školení v rámci této problematiky jsou povinná pro všechny zaměstnance pracující ve zdravotnickém zařízení vždy **1x ročně** nebo kdykoli, pokud došlo k zásadním provozním nebo profesním změnám. Školení manažerů probíhá 1x za dva roky.

PROFESNÍ RIZIKA:

1. **Mechanická poranění** – riziko pádu, poranění ostrým předmětem (jehly, nástroje, sklo, pomůcky), poranění elektrickým přístrojem či nástrojem, tekutý dusík.
2. **Fyzické přetížení** – těžká břemena (pacient), manipulace s odpady, hluk a vibrace, změny teploty, transport materiálu, těžké ochranné prostředky (RDG).
3. **Chemické nebezpečí** – dezinfekční prostředky, rozpouštědla, mycí prostředky.
4. **Infekční nákazy** – kontaminace biologická agens (pacient, nástroje), manipulace s prádlem, infekční odpad, přenosné choroby.
5. **Nebezpečí záření** – RTG, lasery, ionizující záření.
6. **Nebezpečí požáru** – medicínální plyny, tlakové lahve, hořlavé materiály.
7. **Psychická zátěž** – stres, únava, přetížení, syndrom vyhoření.

Profesní rizika a újmu na zdraví mohou způsobit: fyzikální faktory, chemické faktory, biologické faktory, fyzická zátěž, psychická zátěž. Působit mohou přímým či nepřímým kontaktem. Nepříznivým nebo dlouhodobým působením těchto faktorů vzniká nemoc z povolání.

Dalším z rizik jsou rizika spojená přímo s jednotlivcem. Individuální rizikové faktory jsou zcela zásadní, jelikož negativně ovlivňují jedince v kterékoli roli a profesi. Pokud jsou přítomny ve zdravotnictví v souvislosti s pacientem, jejich podceňování může přinést závažné, až fatální následky. Varovné signály nám objasní takzvaný self-monitoring, kterým by měl každý jedinec rozeznat přicházející nebezpečí z přetížení organismu. Práce sestry vyžaduje naprostou koncentraci na každý úkol, dokonalou paměť, soustředění, logické myšlení, orientaci, bystré uvažování, předvídavost, sebekontrolu. V případě únavy jsou kognitivní funkce omezeny, vážne objektivní komunikace a výkon zdravotníka ztrácí na kvalitě. Včasné rozpoznání problému, krátký odpočinek či pauza na čaj jsou nepostradatelnou prevencí a eliminují rizika. V současné situaci ve zdravotnictví, s nedostatkem nelékařského personálu a činnostmi zdravotníků, které jsou často nad rámec kompetencí, bohužel míra rizika enormně stoupá. SZO uvádí praktickou memotechnickou pomůcku pro sebehodnocení, která je jednoduchá, ale velmi účinná - **HALT = ZASTAV**.

Nezanedbávej vlastní signály a nepodceňuj situaci, když jsi:

Hungry – hladový

Angry – rozhněvaný, rozčilený

Late – zpozdilý (nedostatek času)

Tired – unavený

Unavený, stresovaný, hladový a žízň trpící zdravotník nejen, že nepodá adekvátní výkon, ale nedostatky jeho organismu a psychosociální i fyzické přetížení se projeví na jeho náladě, jednání, postojích a ovlivní všechny důležité funkce. Míra odpovědnosti a rizika spojená s profesí sestry jsou enormní, přitom je od sestry automaticky očekáván profesionální, zcela bezchybný, někdy až nadlidský výkon. Udělat chybu ve stavu vyčerpanosti a přetížení je snadné. Sestra i lékař jsou také jenom lidé a mají své limity. Přitom opravdu často stačí pouze malá pauza – chvilkový (minutový) odpočinek.

Další metodu pro self-monitoring, kterou popisuje doktorka Šupšáková je slovní hláška „**I am safe**“ (jsem v bezpečí, nebo jsem v pořádku – jsem OK):

I – illness - nemoc

M – medications - léky

S – stress - stres

A – alcohol - alkohol

F – fatigue – únava, vyčerpání

E – emotion – emoce, pocity

Dalšími faktory, které vyplývají z rizik a jsou vázány na jednotlivce jsou nezkušenost, nedostatečné vzdělání, špatná informovanost, přeceňování sil, nepozornost, jazyková bariéra, nebo prolínání osobních problémů do pracovní činnosti.

3.4.7 BEZPEČNOST A OCHRANA ZDRAVÍ

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (BOZP) je soubor technických, technologických, organizačních a jiných opatření, která zajišťují všem zaměstnancům, popř. dalším osobám nacházejícím se s vědomím zaměstnavatele na jeho pracovišti, ochranu zdraví a života při práci. Povinnosti zaměstnavatele určuje zákon č. 262/2006 Sb. § 103. Povinnosti a práva zaměstnance upřesňuje zákon č. 262/2006 Sb. § 106.

BOZP má dvě hlavní funkce:

1. **Funkce preventivní** - zahrnuje všechna opatření, která mají minimalizovat či zabránit vzniku pracovního úrazu. K tomu je potřeba podrobná znalost pracovního procesu. Zaměstnavatel je povinen zajistit bezpečnost a ochranu zdraví zaměstnanců při práci s ohledem na **rizika** jejich možného ohrožení života a zdraví a nepřipustit aby zaměstnanci vykonávali **zakázané práce** a práce, jejichž náročnost neodpovídá jejich schopnostem (kompetence) a zdravotní způsobilosti. Dále je zaměstnavatel povinen zajistit školení o právních a ostatních předpisech k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a to při nástupu zaměstnance do práce a dále při změně pracovního zařazení nebo druhu práce, plus pravidelná kontinuální školení. Podle § 104 je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnancům potřebné osobní ochranné pracovní

prostředky, včetně pracovního oděvu a obuvi, mycích, dezinfekčních a čisticích prostředků a zajistit takové vybavení a uspořádání pracoviště, jaké odpovídá bezpečnostním a hygienickým požadavkům.

Zaměstnavatel **musí vyhledávat rizika**, vyhodnocovat je a přijímat opatření, aby ohrožení bezpečnosti zaměstnanců bylo minimalizováno. Zaměstnavatel je povinen zajistit poskytnutí první pomoci a vybavit pracoviště prostředky pro poskytnutí neodkladné první pomoci. Zaměstnavatel je povinen pravidelně kontrolovat, udržovat a revidovat všechna technická zařízení a přístrojovou techniku (BTK – bezpečnostně technická kontrola), aby zaměstnanec používal pouze taková zařízení, která jsou vhodná z hlediska BOZP. Podle § 105 je zaměstnavatel povinen evidovat všechny pracovní úrazy v knize úrazů, evidovat a hlásit úrazy a nemoci z povolání stanoveným orgánům.

2. **Funkce produkční** - plynulá a kvalitní organizace pracovního procesu. Zaměstnavatel je povinen vyloučit jednostranně zatěžující práci, nebo ji musí přerušovat pravidelnými bezpečnostními přestávkami, vyloučit nebo minimalizovat ruční manipulaci s těžkými zařízeními a břemeny. Zaměstnavatel je povinen pracoviště správně prostorově uspořádat dle typu vykonávané práce, zajišťovat pravidelnou údržbu, úklid, čištění a dezinfekci pracoviště. Zaměstnavatel je povinen vyznačit nouzové východy a zajistit jejich průchodnost, vyznačit místa bezpečnostními značkami.

Zaměstnanec je povinen podílet se na zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, účastnit se školení zajišťovaných zaměstnavatelem zaměřených na BOZP a při práci dodržovat stanovené pracovní postupy a návody. Zaměstnanec je povinen používat stanovené pracovní prostředky, osobní ochranné pracovní prostředky, ochranná zařízení a svévolně je neměnit a nevyřazovat z provozu. Zaměstnanec je povinen dodržovat zásady hygieny, dbát o čistotu a pořádek na pracovišti. Zaměstnanec nosí čistý pracovní oděv a dbá na osobní úpravu. Zaměstnanec je povinen oznamovat svému přímému nadřízenému nedostatky a závady na pracovišti, které ohrožují nebo by mohly ohrozit bezpečnost nebo zdraví zaměstnanců při práci a je povinen znát základy první pomoci a poskytnout ji postiženému.

Zaměstnanec je povinen pracovat pouze se zařízeními a vykonávat jen ty činnosti, pro které má potřebnou kvalifikaci a zároveň má právo odmítnout výkon práce, o níž má důvodně za to, že bezprostředně a závažným způsobem ohrožuje jeho

život nebo zdraví, popř. jiných fyzických osob. Zaměstnanec je povinen dodržovat zákaz kouření a nekouřit na pracovištích, nepožívat alkoholické nápoje a nezneužívat jiné návykové látky na pracovištích zaměstnavatele. Zaměstnanec je povinen oznamovat svému nadřízenému svůj pracovní úraz, nebo pracovní úraz jiného zaměstnance, jehož byl svědkem a vést záznam o tomto úrazu v knize úrazů.

3.4.8 PRACOVNÍ ÚRAZ

Pokud se nevyhneme pracovnímu úrazu či poranění, je nutno postupovat dle metodiky a daných okolností. Každé zařízení má vypracovaný postup pro případ úrazu či poranění zaměstnance:

1. **Zajistit bezpečnost** - eliminovat zdroj úrazu (vypnutí zařízení, zamezení vstupu).
2. **Volat RZS** nebo lékaře, kolegyni.
3. **Poskytnou neodkladnou první pomoc** - zastavujeme krvácení, KPR, ošetříme poranění.
4. **Nahlásit údálost** - bezodkladně oznámíme úraz či poranění svému přímému nadřízenému, případně jiné vedoucí osobě.
5. **Spolupracovat** při šetření úrazu – svědek úrazu.
6. **Zhodnotit úraz** - proces, analýza - eliminace rizik = prevence.

3.4.9 PORANĚNÍ OSTRÝM PŘEDMĚTEM

Poranění ostrým předmětem je převážně povrchové poranění kůže, které vzniká např. jehlou nebo ostrým předmětem, nebo bodnutím či říznutím nástrojem či jinou pomůckou. Poranění bodná či řezná jsou nejčastějším mechanickým zraněním zdravotnického personálu, přičemž jehlou se za svůj profesní život poraní cca 2/3 zdravotníků. Napříč Evropskou unií se jedná přibližně o jeden milion zdravotníků poraněných ostrým předmětem za jeden rok. Tato poranění představují velké riziko pracovního úrazu s následnou nákazou infekčními chorobami (HIV, HBV, HCV a další). K poranění dochází nejčastěji na odděleních invazivní medicíny, urgentní péče, chirurgických pracovištích, infuzních a trasfuzních odděleních nebo v odběrových místnostech. Největší riziko podstupují sestry.

Organizace sociálních partnerů HOSPEEM (Evropské sdružení nemocničních a zdravotnických zaměstnavatelů, oborové organizace zastupující zaměstnavatele) a EPSU (Evropská federace odborových svazů veřejných služeb, evropská odborová organizace) iniciovaly vznik Směrnice **2010/32/EU** o prevenci poranění ostrými předměty v nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních. Cílem Směrnice je omezit počet poranění ostrými předměty a zajistit co nejbezpečnější pracovní prostředí pro všechny kategorie zaměstnanců. Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků (POUZP) ve spolupráci s Českou asociací sester (ČAS) za podpory Unie zaměstnavatelských svazů ČR (UZS), Asociace poskytovatelů sociálních služeb (APSS) a Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče (OSZaSP) vydali metodické doporučení, které shrnuje povinnosti vyplývající z výše uvedené Směrnice (ČAS, 2010).

Hodnocení rizik musí zahrnovat: určení míry expozice zaměstnanců, kterým hrozí riziko; vybavenost pracoviště bezpečnostními pomůckami; standardy či způsoby organizace práce na jednotlivých pracovištích; existenci metodiky (postupu) pro případ poranění zaměstnance ostrým předmětem; úroveň vzdělání a kvalifikace zaměstnanců; pravidelná kontrola pracovních podmínek; zohlednění vnější i zevních rizik, včetně působení psychosociálních faktorů (ČAS, 2010).

3.4.10 PREVENCE PORANĚNÍ

Základem prevence je naprostá **soustředěnost** a **zvýšená opatrnost** při práci. Je nutné, aby se sestra striktně věnovala svým profesním činnostem a nenechala se rušit zevními vlivy. Vždy je nutné brát v úvahu potenciální rizika a jednat uvážlivě. Dalším neméně podstatným specifickým je time management. Je nutné eliminovat stres a minimalizovat časový tlak. Včasná a neuspěchaná příprava pomůcek, stejně tak příprava pacienta je bezpodmínečně nutná.

Odpovědnost - používat jednorázový zdravotnický materiál, pracovat bezpečně ve vztahu k pacientovi a vždy v ochraně svého zdraví. Používat ochranný pracovní oděv a ochranné pomůcky. Nikdy nepřenášet, nemanipulovat, nesahat holou rukou na kontaminované jehly, stříkačky, ampule a nástroje – heslo je: rukavice vždy!

Dodržovat hygienická a protiepidemiologická opatření - u nejednorázových prostředků a pomůcek je nutné nejdříve prostředky dekontaminovat, po té následuje předsterilizační příprava. Důsledně dodržovat správné postupy dezinfekce rukou.

BOZP - dodržovat předepsané postupy a bezpečnostní opatření. Ostré nástroje se nepodávají proti sobě, jehla je vždy zajištěna v jehelci - umístění její špičky se nikdy nevyhmatává prstem. Nikdy nenasazovat zpět kryt jehly, která byla použita. Po použití neoddělovat jehlu od stříkačky nebo infuzního setu. Minimalizovat používání ostrých předmětů a skleněných pomůcek, pokud nejsou nezbytné pro provoz.

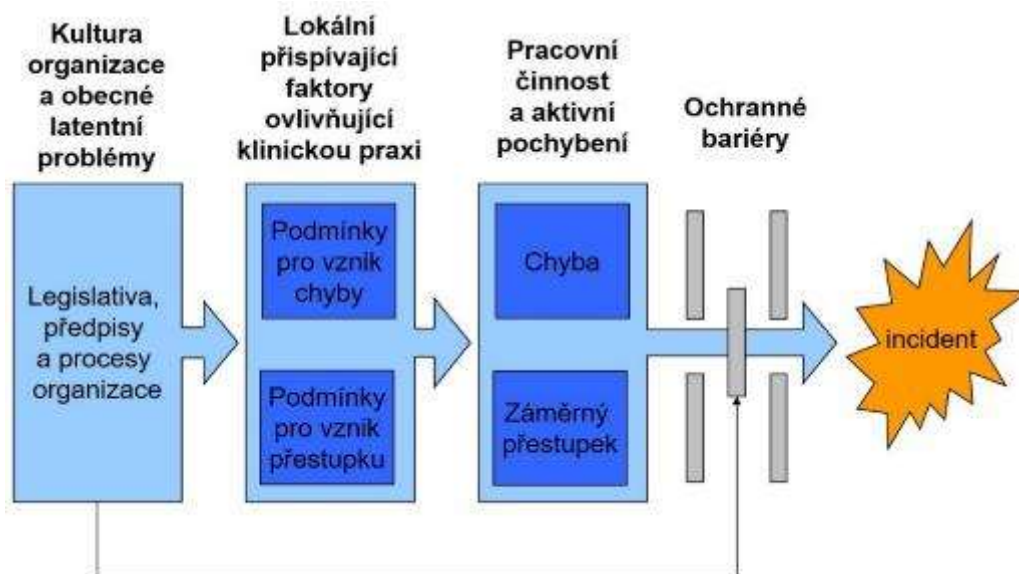
Likvidace - k likvidaci injekčních stříkaček a jehel dochází ihned po výkonu. Jehly a stříkačky se vhazují do předem připravených, pevnostěnných, nepropustných, spalitelných nádob na ostré předměty (většinou žlutý kontejner). Nádoba je označena symboly nebezpečnosti, odpovědnou osobou, typem odpadu (180101) a datem použití. Likvidace probíhá po naplnění nádoby do maximálně **2/3 obsahu**, po té je nutné nádobu pevně zajistit uzávěrem. Likvidaci odpadu z pracoviště zajistit do 24 hodin – spalovna.

3.4.11 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI

Věstník MZ č. 7/2016 definuje nežádoucí události (NU), jako události nebo okolnosti, jež mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout. Věstník MZ č. 8/2012 předkládá Metodiku sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízení lůžkové péče. Povinnost hlášení vyplývá z typu nežádoucí události: nozokomiální infekce (nákazy spojené se zdravotní péčí), nežádoucí účinky léků, nežádoucí příhody u zdravotnických prostředků, mimořádné události radiační ochrany, hlášení určené zřizovatelem (kraj, stát), hlášení u akreditovaných zdravotnických zařízení. Cílem hlášení je prevence důsledků nežádoucích událostí, vyvození důsledků NU pro pacienta i personál, zajištění provozních potřeb a investic, měření indikátoru kvality a splnění legislativních požadavků či norem zřizovatele. Národní systém hlášení NU je provozován od roku 2013 prostřednictvím ÚZIS. Cílem MZ ČR je zpracování jednotné metodiky a doporučení pro bezpečnou praxi na národní úrovni, včetně přidruženého efektu – sjednocení a centralizace procesů hlášení a usnadnění analýzy dat s možností dalšího, i nadnárodního porovnání (VLČEK, 2015).

V rámci identifikace rizik je nutné vzít v úvahu všechny faktory podílející se na potenciální nežádoucí události či incidentu, včetně latentních problémů a definovat nezáměrnou chybu - mimo kontrolu naší vůle (únava, rozptýlené soustředění) nebo záměrný přestupek. Po té je nutné si odpovědět na základní otázky: Bylo to skutečně nevyhnutelné? Je v silách našeho zařízení udělat to lépe? Kdybych byl já nebo můj blízký na místě pacienta, byl bych spokojen s tímto přístupem? (HŘIB, 2015).

Pokud chceme předcházet chybám, incidentům a nežádoucím událostem, je opravdu nevyhnutelné nastavit kvalitní a transparentní procesy řízení v organizaci. Kontinuální kontrola je nutným a elementárním prvkem v řízení rizik. Přecházet chybám můžeme již zaměřením se na jednotlivce v rámci liniového managementu, kdy sledujeme pracovní podmínky zaměstnanců a jejich postoje. Schopnost proaktivního přístupu a tendence předvídat vykazují známku lidské i manažerské moudrosti.



Obrázek 10 Nežádoucí události v zařízeních poskytující zdravotní služby

Zdroj: MUDr. Zdeněk Hřib, Audit systému řízení kvality zdravotní péče, s. 15.

3.4.12 BRAINSTORMING

Brainstorming je metoda **ideálního řešení**, nejlepšího nápadu či podnětu, která je produkována skupinovou technikou. Je založena na předpokladu, že na danou otázku bude nalezena co nejlepší odpověď, na základě více podnětů, tedy různých návrhů celé skupiny. Metoda preferuje kvantitu a divergentní myšlení, před názorem jednotlivce (čím více nápadů, tím lepší řešení). Autorem techniky kreativity je americký výkonný ředitel reklamy a autor knihy „Tvůrčí myšlení“ Alex Faickney Osborn. Metoda se nejčastěji využívá v managementu, podnikání a prognostice. Má své fáze a metodiku.

Risk management má několik nástrojů či metod k posouzení rizika, k jeho identifikaci a analýze. ČSN EN 31010:2011 rozděluje metody managementu rizik podle jejich funkce, kdy je rozhodující, v jaké fázi procesu hodnocení je vhodné použít konkrétní metodu, aby data byla relevantní a vedla k optimalizaci a minimalizaci rizik.

Manažer vybírá metody dle určitých faktorů – složitost problematiky systému, vstupní zdroje, finanční hledisko, jaké povahy jsou rizika. Vhodnost metody předurčí úspěšnost identifikace rizik (MARSOVÁ, 2017).

Do skupiny nástrojů pro identifikaci rizik je možné zařadit brainstorming a strukturované nebo polostrukturované rozhovory, FMEA metoda analýza příčin a důsledků, a další. Doktorka Marsová popisuje brainstorming jako bouři mozků. Tuto metodu doporučuje jako samostatný nástroj pro identifikaci nejrizikovějších procesů nebo v kombinaci s FMEA metodou (Failure Mode and Effect Analysis). Pro úspěšnou realizaci je důležité, aby manažer (hlavní sestra, manažer kvality, vrchní sestra) byl schopným facilitátorem (moderátorem) a umožnil toku nápadů – aktivizoval zúčastněné a byl kompletně seznámen s problematikou, která je předmětem identifikace rizika. Druhým důležitým aspektem efektivního brainstormingu je výběr zúčastněných osob a rovněž stanovení správných otázek. Možnou variantou týmového hodnocení je rovněž využití konkrétního případu (kazuistiky) nebo video prezentace, kdy získáme unikátní individuální názory a závěrečné vyhodnocení celé skupiny – podněty, nápady, řešení.

4 OŠETŘOVATELSTVÍ V 21. STOLETÍ

Naše země vstoupila do Evropské unie a mezi zdravotnický vyspělé státy. Ošetřovatelství se vyvíjí vzhledem k rozvoji medicíny, rychlému technickému pokroku, rovněž vlivem narůstajících nároků na poskytování **kvalitní a bezpečné péče**. Ošetřovatelství prošlo rozsáhlou transformací. Nejdůležitější roli hrála tvorba nové legislativy, především v rámci nové koncepce ošetřovatelského vzdělávání, kdy se nově vzniklé pracovní týmy zabývaly implementací standardů do praxe, managementem ve zdravotnictví, výzkumem v ošetřovatelství, realizací akreditovaných vzdělávacích kurzů a specializačním vzděláváním, včetně posouzení a zkoumání následného výkonu činností v praxi. Lze konstatovat, že ošetřovatelství stále účinněji integruje poznatky přírodovědných a společenských oborů, jež se studiem lidského zdraví zabývají. Charakteristickým rysem současného ošetřovatelství je poskytování aktivní péče s odkazem na verifikované klinické výzkumy, vytvářející nutný předpoklad profesionální péče o pacienty (PTÁČEK, 2014).

Jestliže bylo v minulosti zásadní rolí sestry pasivní ošetřovatelství versus poslušné plnění lékařských pokynů, současný ošetřovatelský koncept naopak preferuje

samostatnou, svébytnou profesionálku, která současně plní diagnostické a terapeutické indikace lékaře, avšak v rámci vlastních komplexních a profesionálních znalostí, zcela pragmaticky, systematicky a dle profesních etických a morálních zásad. Současné ošetrovatelství má svou koncepci, zajišťující jednotný postup. Má svou charakteristiku, své zásadní rysy a jasně stanovené cíle.

Základním principem ošetrovatelství je podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírňování utrpení. Ošetrovatelství je definováno jako aktivní činnost směřující k vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného i zdravého člověka. Všeobecným cílem ošetrovatelství je systematické a komplexní uspokojování potřeb člověka prostřednictvím erudovaného ošetrovatelského personálu, úzce spolupracujícího s lékaři a dalšími zdravotnickými odborníky, přičemž jsou respektovány individuální požadavky nemocného, včetně aktivní spolupráce nemocného v procesu uzdravování. Ošetrovatelství má svůj teoretický základ a systém znalostí, založený na specifických poznatcích a výzkumu - následně využívaném v praxi. Tento systém definuje praktické postupy. Hlavní pracovní metodou je ošetrovatelský proces, který je zaměřen na prevenci a vychází z individuálních potřeb nemocného a plánování jejich uspokojování.

Zástupcem sester a ostatních nelékařských oborů je v současné době nadále ČAS, odborná, stavovská dobrovolná, nezisková, nepolitická organizace s právní subjektivitou, jejíž nejvyšším orgánem je Fórum delegátů a prezidentkou je od roku 2015 PhDr. Martina Šochmanová, MBA. Česká asociace sester má své pracovní skupiny, jednou z nich je Pracovní skupina pro kvalitu ošetrovatelské péče jejíž cílem je předávat členské základně aktuální informace v oblasti kvality a bezpečí a dále spolupracovat s klíčovými institucemi pro oblast Kvality a bezpečí ve zdravotnických zařízeních prostřednictvím aktivního zapojení členů Pracovní skupiny pro kvalitu ošetrovatelské péče ČAS (MZ ČR, ÚZIS, Expertní skupina pro sledování nežádoucích událostí). Dalším cílem je participovat v rámci celoživotního vzdělávání v oblasti kvality a bezpečí a reagovat na aktuální problémy členů ČAS v praxi formou interní elektronické komunikace prostřednictvím přímého kontaktu.

Podporou nelékařů jsou i nadále odborná periodika. Od října roku 2005 vychází nový odborný časopis „Florence“, který je určen všeobecným sestřám a ostatním nelékařským zdravotnickým pracovníkům. Časopis má vlastní elektronickou databázi

a moderní, atraktivní podobu. Zaměřuje se na odborné články z oblasti vzdělávání, výzkumu i praxe, odbornou legislativu moderní trendy a historii. Zpočátku vychází jako měsíčník, od roku 2018 jako dvouměsíční periodikum.

Vydávání odborného časopisu pro sestry a ostatní zdravotnické pracovníky „Sestra“ bylo po významných 24. letech svého působení, v červnu roku 2014 ukončeno. Časopis SESTRA doprovázel sestry, dlouhodobě jako jediný odborný časopis pro ošetrovatelství a byl nejčtenějším periodikem své doby. Za své působení si, stejně jako obor ošetrovatelství prošel mnohými změnami.

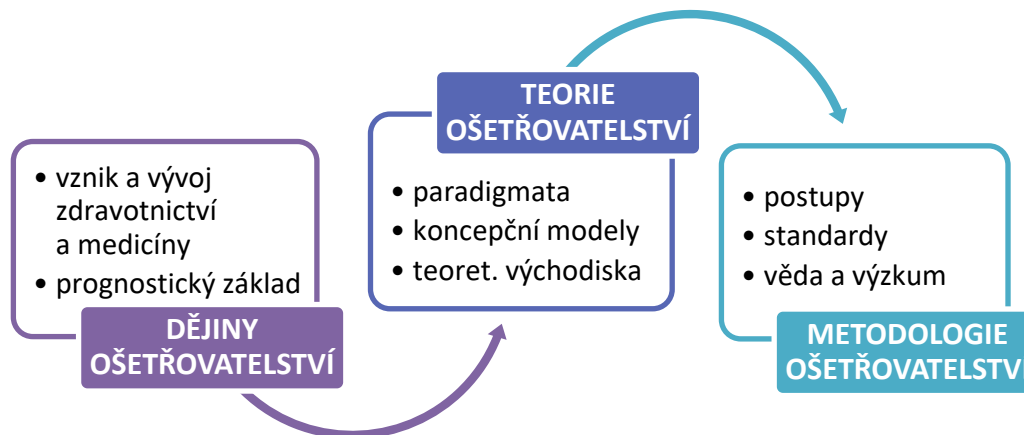
Od září roku 2017 vychází elektronický odborný časopis „Management rizik ve zdravotnictví“, jehož šéfredaktorkou je PhDr. Jana Marsová, PhD., který je věnován managementu rizik, jakožto základnímu pilíři pro zvyšování kvality zdravotní péče. Měsíčník reaguje na potřebu proaktivního přístupu v programech řízení kvality. Doktor Petr Škrála ve svém úvodním článku definuje management rizik, jako jeden z kritických elementů managementu v kontextu s účinnou metodologií. Měsíčník je určen pro odbornou veřejnost ve zdravotnictví. Webové stránky obsahují rovněž kalendář vzdělávacích akcí a workshopů na toto téma.

4.1 OŠETŘOVATELSKÉ OBORY

Filozofií moderního ošetrovatelství je holistický přístup, vycházející z teoretických základů, morálních a etických zásad, osvědčených modelů a praktických poznatků. Holizmus vychází z teorie, že člověk tvoří celek, složený z několika částí, kdy každá část hraje důležitou roli, a sobě navzájem jsou v interakci. Princip péče tedy spočívá v uspokojování potřeb v rovině **bio-psycho-sociální**, což se promítá do ošetrovatelského procesu. Pro realizaci optimálního ošetrovatelského procesu, plnění metodiky a standardů ve smyslu definované koncepce, je třeba uplatňovat specifické poznatky a dovednosti, získané z teorie i výzkumu několika dalších oborů (NĚMCOVÁ, 2011).

Předmětem ošetrovatelství je zkoumat ošetrovatelské aspekty péče o jedince a skupiny, tj. interakce a determinace mezi osobou, zdravím a prostředím vzniklé z požadavků uspokojování potřeb (PLEVOVÁ, 2011, s. 62). Ošetrovatelství proto využívá znalostí z oborů humanitních a behaviorálních, čerpá rovněž z biologických a fyzikálních věd. Vytvořenou teoretickou základnu následně implementuje do praxe.

Ošetrovatelství můžeme rozdělit na základní a aplikované. Mezi základní obory patří dějiny ošetrovatelství, teorie ošetrovatelství a metodologie ošetrovatelství (obrázek 11).



Obrázek 11 Základní obory ošetrovatelství

Zdroj: Autor

4.1.1 APLIKOVANÉ OBORY OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetrovatelství se jako samostatná vědní disciplína podílí na prevenci, terapii, diagnostice a rehabilitaci. Profesionální ošetrovatelská péče je poskytována k podpoře a navrácení zdraví a rozvoji soběstačnosti. Zaměřuje se rovněž na zmírňování bolesti a utrpení nevléčitelně nemocných v souvislosti s klidným a důstojným umíráním. Ošetrovatelský personál vede nemocné k podpoře a udržení autonomie. Edukuje rodinu a laickou veřejnost v primární, sekundární i terciální prevenci, čímž se významně podílí na podpoře národního zdraví. Ošetrovatelství, stejně jako medicínu dělíme na základní a specializované klinické obory.

Základní ošetrovatelské obory - Interní ošetrovatelství, Pediatrické ošetrovatelství, Chirurgické ošetrovatelství, Gynekologicko-porodnické ošetrovatelství, Psychiatrické ošetrovatelství, Geriatrické ošetrovatelství, Onkologické ošetrovatelství, Komunitní ošetrovatelství, Rehabilitační ošetrovatelství, Ošetrovatelství v dermatovenerologii, Ošetrovatelství v primární péči a Ošetrovatelství v paliativní a hospicové péči.

Specializovaná odvětví ošetrovatelství - Ošetrovatelství v oblasti zdraví při práci, Perioperační ošetrovatelská péče, Ošetrovatelství v intenzivní péči, Preventivně léčebné služby, Ošetrovatelská péče o duševní zdraví.

Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované péče a paliativní péče. Metoda ošetrovatelského procesu představuje sérii plánovaných činností a myšlenkových algoritmů, které se využívají ke zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta, rodiny nebo komunity. Ošetrovatelský proces se rovněž využívá ke stanovení ošetrovatelských diagnóz, k posouzení, plánování a realizování ošetrovatelské péče, dále k závěrečnému vyhodnocení efektivity ošetrovatelské péče, přičemž uplatňuje praxi založenou na důkazech (EBP – Evidence Based Practic). Ošetrovatelství je obor multidisciplinární a interdisciplinární (MZ ČR, 2004).

4.1.2 VĚDY A DISCIPLÍNY OVLIVŇUJÍCÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Filozofie – věda soustavně, racionálně a kriticky zkoumá skutečnosti světa a člověka – pro obor je významná převážně směrem k člověku - jeho smyslu života, náboženství, smyslu výchovy a myšlení, čímž umožňuje lépe poznat objekt (člověka).

Etika - věda o mravnosti, která všeobecně vymezuje a zdůvodňuje způsob chování lidí. Etika je hodnotovým článkem teorie ošetrovatelství v oblasti utváření morálních norem a postojů sester při jejich jednání a činnostech.

Historie – souhrn událostí, které se staly v daném časovém sledu. Významná pro vývojový proces celé společnosti, stejně, jako pro vývoj profese.

Sociologie – společenská věda zabývající se životem jednotlivců, skupin a společností. Zahrnuje sociální interakci, sociální a společenský systém a paradigmaty. Oboru ošetrovatelství přispívá v rámci uspokojování sociálních potřeb člověka - změna prostředí, ve kterém člověk žije, nebo uspokojuje své potřeby.

Pedagogika – společenská věda zabývající se výchovou a vzděláváním. Převážně uplatňovaná v rámci edukačního procesu – edukačních mechanismů a didaktiky v souběhu ošetrovatelské péče, spolupráce, schopnosti sebepéče, a obzvláště v primární prevenci. Pro obor významná rovněž v rámci celoživotního vzdělávání edukátora.

Psychologie – věda studující a zabývající se chováním, mentálním a emočním procesem člověka. Oboru ošetrovatelství poskytuje poznatky o psychice, chování a emoční situaci nemocného i zdravého jedince a analyzuje případný dopad na jeho osobnost. Tyto teoreticky a vědecky zdůvodněná východiska se dále uplatňují v systému uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb člověka.

4.1.3 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ

Termín „etika“ pochází od Aristotela (384-322 př. Kr.), který v lidské činnosti rozlišuje činnost teoretickou (poznání), činnost tvořivou (zhotovování) a činnost praktickou (jednání). Etika je uměním žít, je to nejpraktičtější a nejdůležitější ze všech lidských činností. Toto umění nám není dáno, je třeba se mu učit. Téma etiky cností a odpovědnosti, či důstojnosti je také v současnosti diskutováno ve vztahu k bolesti a utrpení. Dobrý vztah s pacientem je základním východiskem etiky ošetrovatelské praxe (HEŘMANOVÁ, 2012).

Roku 1953 byl Mezinárodní radou sester (ICN) přijat Mezinárodní etický kodex sester. V posledních letech byl několikrát revidován, finální schválení bylo provedeno roku 2005. Sestry z České republiky se k Etickému kodexu ICN hlásí prostřednictvím ČAS od 11. února 2012. V úvodu dokumentu jsou definovány čtyři základní povinnosti sestry: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu. Ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a sociálního postavení, ale naopak výše uvedené charakteristiky pacienta/klienta vždy respektuje (ICN, 2012). Etický kodex ICN má čtyři hlavní články, které zásadně vymezují normy etického chování:

1. Sestry a lidé – specifikuje profesní povinnost poskytnout ošetrovatelskou péči, bezvýhradně s respektem na lidská práva s podmínkou informovanosti a souhlasu, včetně zachování mlčenlivosti a ochrany osobních dat.

2. Sestry a ošetrovatelská praxe – zdůrazňuje osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a kontinuální vzdělávání. Apeluje na dodržování pravidel slušného chování v zájmu dobré pověsti profese. Využívání nových technologií a uplatňování vědeckého pokroku.

3. Sestry a profese – vytváření a implementace standardů, rozvoj znalostí, dovedností a výzkum.

4. Sestry a spolupracovníci – udržování kooperativního vztahu s kolegy, ochrana jednotlivců a rodin při ohrožení zdraví.

Etický kodex sester připravený ICN poskytuje návod k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů. Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči (ICN, 2012).

Pro získání důvěry pacienta je rovněž důležitý vzhled sestry. Ten nesouvisí pouze s úpravou zevnějšku (účes), ale převážně s pracovním oděvem (uniformou), který ji svým způsobem stále prezentuje – v rámci profese. Nesmíme také zapomínat na jmenovku, která je součástí oděvu a pomáhá pacientovi identifikovat složky personálu. Pracovní oděv sestry v současnosti již není typicky sestřerskou uniformou, která měla v historii svůj osobitý charakter a kromě jiného vyjadřovala vysokou ošetrovatelskou prestiž. Dnešní uniforma je součástí firemní kultury, tedy reprezentuje danou společnost či organizaci a v zásadě plní převážně ochrannou funkci, coby OOPP (osobní ochranný pracovní prostředek).

Tak, jak jde dopředu a vyvíjí se medicínské obory, je potřeba rozvíjet ošetrovatelství. Sestry a ostatní nelékařské obory je třeba řídit náměstkyní ošetrovatelské péče nebo hlavní sestrou, která včas reaguje na legislativní změny a garantuje prosazování moderních trendů a inovací. Sestry aktivně spolupracují na tvorbě ošetrovatelských standardů a postupů platných pro personál na všech úrovních. Podílejí se, plánují, provádí, organizují a kontrolují pravidelné audity, které vyhodnocují v kontextu se sledováním spokojenosti pacientů. Spolupráce navazuje na organizační řád a souvisí s kvalitou péče, akreditací, auditní činností a vzděláváním (oborné, kvalifikační, specializační a celoživotní vzdělávání). Prioritou manažerek v ošetrovatelství je stabilizace týmu v návaznosti na provozních a pracovních podmínkách, správná motivace zaměstnanců, včetně mzdového ohodnocení a garance bezpečného prostředí pro pacienta i personál.

Nutná je také změna postojů. V rámci hodnocení a řízení kvalitní a bezpečné péče je nutné zdokonalovat své dovednosti a rozšiřovat znalosti. Zavádění nových a účinných ošetrovatelských postupů v návaznosti na nové trendy a s tím spojená aktualizace a správné formulování obecných a speciálních standardů ošetrovatelské péče je v souladu s možnostmi a potřebami ošetrovatelského týmu a zdravotnického zařízení. Zlepšování kvality ošetrovatelské péče je založeno zejména na zvyšování profesionality a kvalifikace, kontinuálním celoživotním a specializovaným vzděláváním personálu,

včetně praktických dovedností. Nesmíme také zapomenout na plánované monitorování indikátorů kvality ošetrovatelské péče, nebo na operativní audit v případě náhlé změny související s organizací práce (nový lékař, rozšíření péče, specializované výkony).

4.2 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER

K tomu, aby se sestry staly plně autonomními zdravotnickými pracovníky, potřebují kvalitní a dostatečné vzdělání. Pouze kvalitně připravená sestra s pokročilými zkušenostmi a dovednostmi může dosáhnout efektivní, bezpečné a kvalitní ošetrovatelské péče a navyšovat hodnotu péče v kontextu s vlastním uspokojením z vykonávané práce.

Profese všeobecné sestry byla regulovaným povoláním. Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a Registrace byly podmínkou pro samostatný výkon zdravotnického povolání do září roku 2017. Důvodem registrace bylo, zajištění vysoké úrovně poskytované zdravotní péče a její periodická kontrola pomocí celoživotního vzdělávání zakotveného v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a v souvisejících předpisech, ve vyhlášce č. 423/2004 Sb., kterou se stanovil kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Správa a registr byl v gesci NCO NZO (MZ ČR, 2017).

Prioritou odborných organizací a České asociace sester, jakožto zástupce profese je profesní rozvoj v rámci evropského standardu, tzn. na Vysokých školách, dále kvalita ošetrovatelského školství a dohled nad celoživotním vzděláváním. Bakalářské studium ošetrovatelství je celosvětovým trendem, současně s navazujícím studiem magisterským či doktoranským. Vysokoškolská příprava sester nabízí rovněž vysoký společenský a akademický kredit.

4.2.1 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Cílem celoživotního vzdělávání všeobecné sestry je její vedení k profesionalitě, týmové práci a především k poskytování kvalitní, preventivně zaměřené ošetrovatelské péče, včetně zapojení sestry do výzkumné činnosti. Specializační vzdělávání je určeno všeobecným sestřám, které jsou již plně zapojeny ve výkonu profese a mají tedy praktické zkušenosti s ošetřováním nemocných ve zdravotnických zařízeních a plně nesou svůj podíl odpovědností vymezený kompetencemi při poskytování ošetrovatelské

péče. Předpoklad pro formulování kvalitních specializačních vzdělávacích programů představují rámcové vzdělávací programy, vycházející z nových legislativních norem. Rámcové vzdělávací programy jsou zveřejňovány ve Věstníku MZ ČR. Specializační vzdělávání je realizováno modulovým způsobem, základní modul je zaměřen na plnění role sestry specialistky. Hlavním úkolem konceptu specializačního vzdělávání pro všeobecné sestry je zajistit poskytování ošetrovatelské péče efektivním, racionálním a také kreativním způsobem (NCO NZO, 2017).

Aktuálně, se zrušením povinné registrace a systémem donedávna fungujícího celoživotního vzdělání (získání 40 kreditních bodů za období 10 let a doložení praxe), ke kterému došlo v září roku 2017, zůstává celoživotní vzdělávání sester v gesci provozovatele zdravotnického zařízení. Zdravotnické zařízení jako garant kvalitní a bezpečné péče má jistou povinnost ke svým pacientům/klientům a rovněž musí respektovat zákonnou povinnost celoživotního vzdělávání v souladu se směrnicí Evropského parlamentu a Rady - 2005/36/ES, čl. 22. Další neméně podstatnou povinnost má zdravotnické zařízení ke svému smluvnímu partnerovi, zdravotní pojišťovně, která sleduje a reviduje vykazované zdravotní výkony a hodnotí dostatečnou shodu se zajištěním technického a personálního vybavení.

NCO NZO nadále koordinuje specializační vzdělávání a nabízí širokou škálu kvalitních seminářů a kurzů.

4.2.2 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER OD ROKU 2017

Všeobecná sestra má dnes nepřehledné spektrum rolí. Poskytování ošetrovatelské péče by mělo být vedeno profesionálně - vysoce odborně a eticky. Sestra musí garantovat bezpečnou a kvalitní péči směrem k pacientovi a kvalifikovaně kooperovat s lékařem a ošetrovatelským týmem. Teoretické dovednosti nelze aplikovat pouze běžnou praxí, absolvent musí být řádně erudován a na vykonávání své profese dobře připraven. Neméně důležitá je rovněž dostatečná a kvalitně vedená praxe v rámci studia, tuto přípravu nelze podceňovat ani zkracovat. Bez řádné a dostatečné kvalifikační přípravy bude pro každého absolventa velmi obtížné optimálně zvládnout následný adaptační proces a konečně celkovou profesní úlohu sestry.

Dle prohlášení ČAS, chybělo v roce 2017 zhruba 3 300 sester, z toho 2/3 v lůžkové péči. Ministerstvo zdravotnictví v zastoupení nově zvoleného ministra

zdravotnictví dokora Miloslava Ludvíka pokládá za efektivní řešení v zásadních změnách zákona č. 96/2004 Sb. (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a doufá, že novelizací zásadně stoupne zájem o vykonávání profese všeobecné sestry.

Dnem 1. září 2017 nabyl účinnosti zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon umožňuje získat jednotlivým zdravotnickým pracovníkům vzdělání s kvalifikací všeobecné sestry ve zkrácené formě studia na VOŠ. Tento systém vzdělávání je aktuálně znám pod názvem „4+1“. Nelékařští pracovníci v oboru Praktická sestra (dříve Zdravotnický asistent) mají možnost navázat na čtyřleté středoškolské studium, zakončené maturitou, minimálně ročním studiem na Vyšší odborné škole a tím získat kvalifikaci v oboru Všeobecná sestra v tzv. zrychlené formě (dle § 21b, ods. 1, písm. b) zákona č. 201/2017 Sb.). Kompetence nelékařů stanovené vyhláčkou č. 55/2011 Sb., rovněž prošly výraznou změnou. Změnily se názvy některých oborů (logoped ve zdravotnictví), některé obory zanikly (dezinfektor) a bylo vytvořeno několik nových oborů (behaviorální analytik). Zdravotnický asistent pozbyl povinný dohled a stal se Praktickou sestrou.

Již zmíněný aktuální nedostatek sester v lůžkové péči a naopak stoupající trend ambulantní péče, včetně tendence úvazků v lůžkovém a ambulantním sektoru za období nedávných šesti let znázorňuje graf 2.

Graf 2 Vývoj úvazků všeobecných sester a porodních asistentek v období 2010-2016



Zdroj: ÚZIS ČR, Projekt DRG restart, MZ ČR 2018, s. 30.

4.2.3 ODBORNÁ ZPŮSOBILOST VŠEOBECNÉ SESTRY

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se od září roku 2017 získává absolvováním:

1. Nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester.

2. Nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách.

3. Studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry podle § 5a odst. 1 písm. a) nebo b), byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání.

Činnosti (kompetence) zdravotnických pracovníků jsou stanoveny právním předpisem - Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Činnost všeobecné sestry ustanovuje § 4 této vyhlášky. Způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry mají také absolventi vzdělání podle dřívějších právních předpisů:

1. Vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, pedagogika – péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004.

2. Tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

3. Studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

4. Studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997.

5. Tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Aktuálně je v České republice 75 středních a vyšších odborných zdravotnických škol a 14 vysokých škol pro absolvování oboru Všeobecná sestra (SEZNAM ŠKOL, 2018).

4.2.4 NÁRODNÍ REGISTR

Jelikož byla zrušena povinná registrace sester a ostatních nelékařských oborů, bylo nutné potřebu validní datové správy aplikovat novým způsobem. Ministerstvo zdravotnictví České republiky zřídilo ke dni 19. 9. 2017 na základě zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění zákona č. 147/2016 Sb., **Národní registr zdravotnických pracovníků** (dále jen NRZP).

Vybudování NRZP je klíčovým krokem v rekonstrukci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS). NRZP je jedním ze základních zdrojů referenčních dat ve schválené Národní strategii elektronického zdravotnictví. Vývoj NRZP přitom nepředstavuje pouze vybudování vlastní databáze a IT zázemí registru, neméně významné je i jeho naplnění reprezentativními a kvalitními daty. Vzhledem k neexistenci národního referenčního zdroje dat o zdravotnických pracovnících, jde o úkol, který bude vyžadovat součinnost všech zákonem určených editorů budoucího NRZP. Správcem NRZP je ÚZIS, který garantuje metodickou a obsahovou jednotu registru. Datové rozhraní a bližší informace jsou zveřejněny na internetových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (MZ ČR, 2017).

4.3 NELÉKAŘSKÉ ZDRAVOTNICKÉ OBORY V AMBULANCI

Současný systém ambulantní péče je založen na provozu jednotlivých primárních nebo specializovaných ambulancí, kde je poskytována neodkladná péče, akutní péče, nezbytná péče, léčebná péče, preventivní péče, diagnostická péče, dispenzární péče a stacionární péče. Ambulantní forma péče nevyžaduje hospitalizaci a je poskytována, samostatnými ambulancemi. Druhou variantou ambulantní péče je systém poliklinik nebo klinik, které poskytují komplexní ambulantní či jednodenní péči. Multidisciplinární systém péče v těchto ambulantních zdravotnických zařízeních je

především zaměřena na primární péči v rámci všeobecných praktických lékařů a lékařů pro děti a dorost, v přímé či nepřímé návaznosti na péči specializovaných ambulancí, kde je pracovním týmem lékař – sestra. Navazující komplement pacientům poskytuje komfort široké škály zdravotních služeb v rámci jednoho zařízení. Systém poliklinik vychází z principu profesionální, multioborové spolupráce. Odborná zdravotní péče je realizovaná v rámci specializovaných medicínských a ošetrovatelských činností s dostupností diagnostických zobrazovacích metod (radiologický asistent), laboratorních vyšetřovacích metod (zdravotní laborant), a dalších navazujících léčebně-terapeutických činností, jako je rehabilitační péče (fyzioterapeut), infuzní oddělení (specializovaná sestra), balneofototerapie, lymfoterapie a další speciální, nadstandardní léčebné metody. V rámci stomatologické péče spolupracuje dentální hygienista, v rámci diabetologie to bývá často nutriční terapeut. V ambulantním zařízení je možné uplatnit všechny profese nelékařských oborů. Pracují buď zcela samostatně nebo ve spolupráci s lékařem.

Dále jsou to specializovaná pracoviště oprávněná provádět screeningové služby, tedy pracoviště akreditovaná ministerstvem zdravotnictví zaměřená na preventivní národní screeningové programy cíleně zaměřené na prevenci populace v určitém věku, zde se uplatňují sestry se specializovanou či odbornou způsobilostí. V rámci poliklinického zdravotního zařízení bývá také k dispozici lékárna, kde pracuje tým farmaceutických asistentů.

Zdravotnický, medicínský tým ambulance definuje skupinu lidí s profesionální erudicí, specializovanými odbornými zkušenostmi a dovednostmi, a zároveň legislativou definovanými kompetencemi, kteří tvoří základní jednotku komplexní a systematické zdravotnické péče. Hlavním článkem týmu je **lékař**.

Ošetrovatelskou péči můžeme rozdělit na základní, specifickou, specializovanou a vysoce specializovanou. Tato disciplína představuje spoustu profesionálních činností, které je nutné realizovat vícestupňovým ošetrovatelským týmem složeným z odborníků s různým stupněm vzdělání. Hlavním článkem týmu je **sestra**.

Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin. Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši, zejména kontinuálním, celoživotním vzděláváním (ICN, 2012).

4.4 SPOLUPRACUJÍCÍ SLOŽKY

V rovině společenského zájmu a obecného prospěchu zaujal stát v porevolučním období neutrální (nezaujaté) stanovisko vůči náboženství a jiné ideologii, což také vyplývá z Listiny základních práv a svobod. Vlivem náboženské svobody a autonomie církví mohou vznikat samostatná náboženská společenství, vytvářející vlastní předpisy a nařízení. Mezi představiteli církve a příslušnými orgány státu dochází k určitým smluvním vztahům, jejichž výsledkem jsou tzv. vnitrostátní dohody. Zejména ohledně zajištění duchovní a pastorační péče ve zdravotnictví a sociálních službách, dále ve sféře ozbrojených sil či vězeňství nebo práce s imigranty a azylanty. Česká katolická charita mohla počátkem 21. století začít opětovně plnit své původní poslání - vznikají organizace, občanská sdružení a nadace, zaměřující se na seniory a občany s různými druhy tělesného či mentálního postižení (TRNČÁK, 2016).

Stěžejní celorepublikovou činností byla iniciace k zavedení domácí péče a podpora pečovatelských služeb v ČR a obnovení původní charitativní a pečovatelské služby v rodinách, jak je nám známo z historie. Bylo rovněž nutné pohotově reagovat na problémy nové, demokratické doby - nezaměstnanost, kriminalitu, bezdomovectví a drogově závislé občany. Zde má prostor opět charitní činnost - šatníky, doprava služby pro běžence a vězně - farní a oblastní charita, diecézní pracovníci.

Česká katolická charita významně spolupracuje s dalšími organizacemi, Českým červeným křížem či Sborem zástupců zdravotně postižených a dalšími nestátními organizacemi a zaměřuje se zejména na humanitární, sociální a charitativní činnost. Vznikají národní programy sociální prevence, nebo programy zaměřené na prevenci kriminality a drog. Komunitní služby, chráněné dílny, volnočasové aktivity pro seniory, stacionáře pro zdravotně a duševně postižené, denní a intervenční centra pro mládež, oběti domácího násilí či děti v nouzi. Rozšiřují se služby krizové pomoci, linky důvěry, azylové domy, asistenční služby, doprovody na úřad či lékařská ošetření (TRNČÁK, 2016).

Organizují se sbírky na pomoc postiženým záplavami, poskytnutí potravin, přístřešků, ošacení a pomůcek pro úklid. Ubytovací služby, pořádání koncertů, divadelních představení či kulturních akcí. Řády rovněž přispívají svou činností ke zmírnění závažných sociálních problémů v oblasti zdravotnictví. Obětavě pečují o dlouhodobě nemocné a handicapované lidi. Řády milosrdných sester zasvětily svůj

život pomoci nemocným, postiženým a trpícím lidem. Podílejí se na výchovné činnosti mládeže a resocializaci odsouzených žen. Z ženských řádů se nejvíce uplatňuje a má dlouhou tradici řád Boromejek, Dominikánek nebo Františkánek. V současnosti se v ČR uplatňuje 33 mužských a 69 ženských řádů. Charitativní péče významně spolupracuje se sociální službou, ambulantní složkou, domácí péčí, komunitní péčí či denními stacionáři (TRNČÁK, 2016).

Aktuální pozornost MZ ČR je zaměřená na zdraví obyvatel prostřednictvím preventivních programů - edukace v komunitní péči se zaměřením na životní styl. Cílem je zajištění výchovných programů pro mládež, podpora zdravotní gramotnosti veřejnosti a organizace preventivních projektů, např. „prsakoule“, „Mé nejcennější foto“, apod. Realizace těchto programů je možná pouze za předpokladu rozvinuté spolupráce mezi odborníky profesionály a právě mezi výše uvedenými zdravotně-sociálními složkami.

4.5 VŠEOBECNÁ SESTRA V AMBULANCI

Cílem moderního ošetrovatelství je orientace na člověka, zhodnocení jeho potíží a potřeb. Úkolem sestry je správně identifikovat problémy pacienta, stanovit příčiny, správně posoudit stupeň závažnosti problému a stanovit vhodný postup řešení. Profese všeobecné sestry zahrnuje čtyři základní oblasti kompetencí:

- kompetence autonomní (nezávislé)
- kompetence kooperativní (závislé)
- kompetence v oblasti výzkumu a vývoje
- kompetence v oblasti řízení ošetrovatelské péče

S novou koncepcí ošetrovatelství se také změnila role lékaře a sestry. Mění se rovněž vztah mezi sestrou – pacient. Společenské změny inovovaly roli a zájmy pacientů o své vlastní zdraví a péči o něj. Pacient má svá práva a autonomii. Sestra při poskytování péče v ambulanci usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů. Zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání, rovněž se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků. Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i dalších oborů (ICN, 2012).

4.5.1 MORÁLNÍ ZÁSADY

Sestra v ambulanci se nachází v první linii péče. Je na ní kladem značný tlak ze strany pacienta/klienta, který se ocitá v situaci ohrožení zdraví v souvislosti s přidávanými symptomy – bolest, úzkost, strach. Základem ošetrovatelské práce v ambulanci je dodržování pravidel slušného chování, etický přístup, úcta a respekt. Sestra jedná vždy čestně, dle společenských zásad a nejlepších způsobů etického chování. Dalším nezbytným prvkem je komunikace, která by měla být vstřícná a uctívá, přitom jasná a zřetelná, sebevědomá a na profesionální úrovni. Jelikož sestra čerpá intimní anamnestické a důvěrné osobní údaje, sdělení pacienta probíhá bezvýhradně v prostorách vyšetřovny, sesterny či přípravný, nikoli v čekárně nebo na chodbě před ordinací. Sestra vždy respektuje práva pacienta na soukromí a zohledňuje jeho fyzický stav či handicap, snaží se minimalizovat jazykovou bariéru - jedná taktně a diskrétně.

4.5.2 PROFESIONALITA A DŮVĚRA

Předpokladem pro kvalitní primární a specializovanou ambulantní péči je vysoká odborná úroveň lékaře, sestry i ostatních členů týmu (v případě poliklinických služeb). Odborné znalosti se opírají o moderní diagnostické metody a postupy. Bezpečí a ochrana zdraví je samozřejmostí, stejně jako dostupnost péče. V ambulantním zařízení je také kladen důraz na osobní data pacientů, která jsou chráněna a respektována, stejně jako důvěrnost informací. Spolupráce s pacientem je přímá a velmi osobní, přičemž neprobíhá dlouho. Sestra tedy již od prvopočátku působí profesionálně a dává pacientovi najevo, že je pro ni na prvním místě, že vše co dělá, je v zájmu pacienta. Získaná důvěra poskytne potřebný základ pro následnou ošetrovatelskou péči, komunikaci či edukaci a bude mít atributy tolerantního důvěryhodného a oboustranně respektujícího vztahu, který bude mít příznivý dopad na průběh a výsledek léčby.

4.5.3 INFORMOVANOST A LIDSKOST

Správná komunikace je ve zdravotnictví klíčová. Kodexem dobré ošetrovatelské praxe je také lidskost. Při ošetrovatelských výkonech sestra s pacientem komunikuje a osvětluje ošetrovatelský postup a proces, snaží se hovořit bez odborné terminologie a rozhovor prokládá dotazy k ověření, zda pacient všemu porozuměl. Pacient má právo být srozumitelně informován o svém zdravotním stavu i průběhu léčby. Sestra respektuje případné znalosti pacienta a jeho autonomii, s vlídností podporuje pacienta

ke spolupráci a umožňuje spolurozhodování pacienta na zdravotní péči. Poskytuje pacientovi dostatečný prostor k otázkám a potřebám, umí také naslouchat a je trpělivá. Sestra přistupuje ke všem pacientům citlivě, za všech okolností respektuje kulturní a sociální situaci pacienta. V rámci ošetrovatelské či diagnostické péče sestra umožňuje přítomnost rodiny či osob blízkých, pokud je to v zájmu pacienta.

4.5.4 KVALIFIKACE A DOVEDNOSTI

Role sestry v ambulanci je velmi pestrá a zahrnuje rozsáhlé odborné i neodborné činnosti. Jelikož sestra pracuje sama nebo v týmu s lékařem, zastává prakticky všechny role standardního interdisciplinárního nemocničního týmu. Důležitá je tedy široká teoretická odbornost, ošetrovatelský univerzalizmus a profesní rozhled. Neméně důležitá je také praktická ošetrovatelská a instrumentální zkušenost. Současná samostatná ošetrovatelská péče v ambulanci vyžaduje specifické vědomosti, odborné praktické dovednosti a profesionální postoje kvalifikované sestry. Sestra svou kvalifikaci neustále rozšiřuje a kontinuálně se vzdělává nejen v rámci oboru, ale také v rámci inovací. Sestra se chová proaktivně a na požadavky v rámci uspokojování potřeb pacienta reaguje bezodkladně, včasné zhodnotí stav pacienta a v případě potřeby okamžitě poskytuje neodkladnou první pomoc. Sestra v ambulanci se kontinuálně vzdělává, absolvuje certifikované kurzy pro speciální odbornou způsobilost, specializační vzdělávání, workshopy a odborné vzdělávací akce podporující komunikační dovednosti. Vzdělání rozšiřuje také v oblastech podpory zdraví občanů, prevence onemocnění a podpory příznivého prostředí pro zdravý životní styl.

4.5.5 ROLE SESTRY V AMBULANCI

Osobnost sestry tvoří zásadní atributy jejího chování a jednání. Sestru primárně charakterizuje její vztah k povolání, od něj se následně odvíjí vztah k lidem, ať už ke zdravým či nemocným. Ne každý může vykonávat sesterské povolání. Ne každá sestra může pracovat dlouhodobě v nemocničním týmu a ne každá sestra může pracovat samostatně v ambulanci. Práce sestry v nemocnici a práce sestry v ambulanci je sice založena na stejných kompetencích a cílech, i přesto je diametrálně rozdílná. Proto jsou pro každou jednotlivou činnost a roli sestry důležité určité předpoklady.

Práce v ambulanci vyžaduje vyspělou, vyváženou, profesionální osobnost, která ovládá techniky sociální percepce, disponuje dovednostmi verbální i neverbální

komunikace a formami asertivního chování, vždy s ohledem na intelektové a psychické možnosti pacienta. Dalšími charakteristickými rysy sestry na ambulanci by měla být přirozená inteligence, kultivovanost projevu, schopnost velké dávky empatie, rozhodnost, samostatnost a zodpovědnost. Musí být socioemociálně stabilní a neutrální.

Sestra pracuje na základě indikace lékaře a respektuje cíle klinické péče. Na základě anamnestického rozhovoru, ve spolupráci s pacientem zformuluje a naplňuje ošetrovatelské postupy. Sestra umí zhodnotit, zda pacient zvládá registrovat přísun nových informací a umí motivovat pacienta k účasti na terapeutickém režimu.

Ke každému pacientovi je potřeba přistupovat individuálně a včasně rozeznat akutní stav pacienta. Pro pochopení psychického rozpoložení pacienta je nutné umět naslouchat a rozpoznat momentální životní situaci pacienta, umět ji správně vyhodnotit a nabídnout odbornou intervenci v rámci uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. Práce v ambulanci je časově a psychicky náročná, kromě objednaných pacientů se sestra denně potýká s pacienty s akutním problémem, provádí kontinuální ošetrovatelské procesy, objednává pacienty na vyšetření. Přesto si sestra vždy na pacienta udělá čas a rovněž dbá, aby při rozhovoru s pacientem nedocházelo k rušivým momentům při vzájemné komunikaci (telefon, další pacient). Případně nutné provozní odbíhání sestra odůvodní – vždy s omlouvou a úsměvem.

Sestra využívá nejnovější profesní techniky a standardní postupy ošetrovatelské a diagnostické péče. Role sestry na ambulanci je také poradenská a edukativní, zajišťuje kvalitní a profesionální intervenci v rámci primární, sekundární i terciální prevence. Sestra zastává roli učitelky a poradkyně.

Ambulantní sestra má dobré organizační a manažerské schopnosti, zvládá time management a má nadstandardní počítačovou gramotnost. Zajišťuje bezproblémový a plynulý chod ambulance tak, aby lékař na pacienta nečekal a stejně tak, aby pacient zbytečně dlouho nečekal na lékaře. Dbá na důkladné vedení lékařské i ošetrovatelské dokumentace, zajišťuje dostupnost spotřebního zdravotnického materiálu, léčiva, prostředků pro zajištění hygienicko-epidemiologických podmínek, ochranných pomůcek a administrativních či kancelářských potřeb.

4.5.6 ADAPTABILITA A FLEXIBILITA SESTRY

Sestra, která přichází do ambulantní praxe potřebuje adaptační proces stejně, jako všechny ostatní zdravotnická povolání. Adaptace je důležitý moment, který poskytne novému zaměstnanci prostor pro začlenění do nového kolektivu a umožní seznámení zaměstnance s novým pracovním prostředím. Pomůže zaměstnanci v orientaci v ambulanci a v celé organizaci. Podpoří správně navázat vztahy s nadřízeným, kolegy a ostatními členy zdravotnického i nezdravotnického týmu. Adaptační proces umožní poznat firemní kulturu společnosti a seznámí zaměstnance s náplní práce. Cílem adaptace je také poznat osobnost zaměstnance, jeho postoje, jednání a priority. Podle předem sestaveného plánu mentor, nebo přímý nadřízený zaměstnance průběžně seznamuje s činnostmi konkrétního pracoviště a vizí společnosti. V průběhu adaptačního procesu vedoucí pracovník odborně vede nového zaměstnance, poskytuje mu praktické a cenné rady, předává zkušenosti v rámci nejlepší praxe a zaměstnance hodnotí. Hodnocení probíhá formou rozhovoru, ideálně 1x týdně. Adaptační proces je obvykle sestaven na 3. měsíce, pokud jde o specializované pracoviště, bývá doporučováno rozmezí 6 - 9 měsíců. Ukončení adaptačního procesu je vázáno na celkovém zhodnocení adaptace ze strany vedoucího i zaměstnance. Dokončením adaptace je zápis o adaptaci s případným doporučením pro prohloubení či doplnění znalostí a dovedností pro specifické činnosti konkrétního pracoviště. Pokud je adaptace nedostačující, je po domluvě se zaměstnancem její lhůta prodloužena, zpravidla o 3 měsíce. Adaptace je ukončena pokud je nový zaměstnanec shledán odborně způsobilým pro výkon svého povolání, pracuje samostatně a vykazuje známky vlastního uspokojení a sebejistoty (MZ ČR, 2009). Doporučení pro správně vedený adaptační proces jsou metodicky předepsány Ministerstvem zdravotnictví - Věstník č. 6/2009. Doporučení pro doškolovací proces metodicky upravuje Věstník č. 13/2017. Příloha A obsahuje návrh směrnice (standardu) pro zdravotnické zařízení ambulantního typu.

4.6 KOMUNIKACE

Slovo komunikace pochází z latinského slova „communicare“, jež je významově překládáno jako společné sdílení, jednání, nebo také povídat si, radit se, něco společně činit. Mezilidská komunikace neodmyslitelně patří mezi základní lidské potřeby. *Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem mezilidských vztahů. Zároveň je podmínkou existence každého sociálního systému. Bez*

ni nemůže existovat žádná sociální skupina. Přispívá k uspokojování potřeby sociálního styku, je prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny (ZACHAROVÁ, 2016, str. 8). Vymežit pojem **komunikace** není zcela jednoduché, ale můžeme zvolit jasnou a určitou definici a komunikaci vyjádřit jako proces proudění a předávání informací mezi dvěma osobami nebo ve skupině.

4.6.1 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Ve zdravotnictví stejně jako ve společnosti se odrážejí současně ekonomické, politické a sociokulturní změny a zasahují do všedního dne a života každého člověka. Nové trendy se promítají do změn i v oboru ošetrovatelství, kdy jsou na personál kladeny vysoké nároky nejen v rámci přípravy na povolání, ale v celodenním profesním a pracovním životě, čímž se posouvají a rozšiřují role všeobecné sestry. Mezi odborné znalosti a profesní činnosti je potřeba zařadit rovněž vědomosti a poznatky týkající se sociálních či mezilidských vztahů. Zdravotnický pracovník tedy nejen, že respektuje práva pacienta a je nositelem nejvyšších profesních etických a morálních zásad, ale také vyniká správnou sociální komunikací, která má v ošetrovatelství nezastupitelné místo.

Efektivní verbální i neverbální komunikace a empatický přístup k lidem jsou pro sestru každodenní a nepostradatelnou dovedností. Schopnost profesionální komunikace, etickým způsobem, kultivovaně a s notnou dávkou empatie předurčuje kvalitu vztahu sestra-pacient a zároveň ovlivňuje úroveň ošetrovatelské péče i neméně podstatný profesní vztah sestra-lékař. Správná komunikace a interpretace je ve zdravotnictví klíčová. Zdravotnická zařízení mají obvykle velmi podrobně zpracované směrnice či standardy pro správnou komunikaci, od komunikace interní, která specifikuje komunikaci přímou (osobní), písemnou i elektronickou, po komunikaci s médií, nadřízenými, podřízenými až po komunikaci s pacienty, která je specifikovaná výlučně na typy pacienta (dětský pacient) nebo pacienta s určitým handicapem.

Pracovníci pomáhajících profesí se často setkávají s osobami s různým stupněm omezení některých schopností, ať už tělesných, kognitivních nebo smyslových. Efektivní komunikační techniky by měly být součástí dovedností každého nelékařského zdravotnického pracovníka, který v první fázi rozliší stupeň znevýhodnění pacienta, jeho případnou disaptibilitu, handicap či degeneraci osobnosti. Dále je důležité zvolit specifickou techniku komunikace, která podpoří complianci nemocného. V ambulantní praxi se často setkáváme s osobou sluchově postiženou, zrakově postiženou či

hluchoslepu. Dále s osobou tělesně znevýhodněnou, mentálně znevýhodněnou, či s osobou s poruchou autistického spektra. Komunikace není nikterak snadná a vyžaduje respekt, dostatek času, trpělivost, správný postoj a nácvik speciálních zásad. Stejně tak je důležitá komunikace s doprovodem handicapovaného pacienta (POKORNÁ, 2011).

V neposlední řadě se v ambulanci velmi často setkáváme s pacienty – seniory. Komunikační techniky a dovednosti využívané v sociální oblasti musí být rovněž přizpůsobeny individuálním požadavkům konkrétního dialogu. Vzhledem k věkovému složení současné populace, je třeba se na zvýšený počet pacientů nad 80 let profesionálně připravit a včasné zaujmout správný přístup a postoj ke stáří, jakožto zákonitému a fyziologickému procesu lidského života. U pacienta seniora je potřeba zcela individuálně respektovat a zohlednit fyzické a psychické změny, stejně jako změny emocionální a kognitivní. Ztráta autonomie a generační osamělost mohou být velmi často příčinou negativní interakce. Je nutné respektovat smyslové a pohybové poruchy či emocionální labilitu, ale je rovněž velmi důležité projevit úctu, podporu, porozumění, přičemž zároveň nebýt manipulativní a současně neprohlubovat sociální izolaci. Správně odhadnout vhodnou komunikaci se seniorem je opravdovým uměním sester nejen v ambulanci, které vědí, že při konverzaci nemohou hovořit tiše, ale zároveň nesmí křičet. Při komunikaci sestra volí správná a laicky pochopitelná slova, ale zároveň osobnost seniora nedevaluje zdobnělinami, familiárním oslovováním či autoritativním přístupem. Umění aktivně naslouchat je podmíněno dostatkem prostoru a času, schopností použít správné argumenty, umět v zásadě akceptovat a také ignorovat věk pacienta a získat si tak jeho partnerství, respekt a plnou důvěru, což je pro sestry v současném ošetrovatelství opravdovým profesním uměním i osobním úspěchem.

Mnemotechnickou pomůckou pro identifikaci pocitů a emoční stability seniora může být tzv. NURSE-ing Emotion – hodnocení emocionálního stavu pacienta, jak předkládá doktorka Pokorná ve své knize. (NURSE = anglicky zdravotní sestra).

Name the emotion → Pojmenování emoce – nálada, pocit

Understand the emotion → Porozumění emoci

Respect or praise the patient → Respektování či pochvala pacienta

Support the patient → Podpora pacienta

Explore what underlies the emotion → Zjištění, co je důvodem emoci

Při komunikaci v ošetrovatelské praxi sestra využívá všechny základní funkce komunikace, např.: **informativní**, kdy dochází k předání informací, dat a skutečností mezi sestrou a pacientem, mezi sestrou a lékařem nebo v týmu. Ve vztahu k pacientovi v ošetrovatelském procesu sestry využívají funkci **instruktivní**, která navazuje na informační komunikaci a soustředí se na vysvětlování postupů, významů či návodů, kdy sestra instruuje pacienta jistým směrem. Komunikace **přesvědčovací** je s předchozími v součinnosti a má uplatnění ve vztahu sestra-pacient například v průběhu prevence a edukace, kdy se snažíme změnit dosavadní způsob života, chování či názory a postoje, ale zároveň musíme pacienta motivovat a přesvědčit v potřebnost a posílení sebevědomí, tedy využíváme komunikaci **motivující/posilovací**. Další a podstatnou funkcí komunikování je **sociálně/společensky integrující**, která zahrnuje vytváření mezilidských vztahů a navazování kontaktů = spolupráce. Tato komunikace odráží jistou společenskou úroveň a podtrhuje sociální stav, do kterého patříme, nebo chceme patřit, načež navazuje komunikování **osobní identity**, které bezprostředně souvisí s naší vlastní osobností a charakterizuje naše postoje, názory a zásady a vyjadřuje sebevědomí. Výše uvedené a další typy funkční komunikace využíváme zcela účelově a zpravidla se během komunikačních výměn různě prolínají nebo střídají (ZACHAROVÁ, 2016).

V poslední době se zdravotničtí pracovníci stále častěji setkávají také s různými typy agresivních a hostilních projevů. Zvláště sestra v ambulanci, která se ocitá v tzv. první linii je často nepřiměřeně verbálně a emočně konfrontována osobou, která při nesplnění očekávaného řeší svůj deficit právě agresivitou. Agrese je posuzována jako porušení sociálních norem s cílem ublížit či poškodit druhého člověka a stav narušující integritu osob, omezující jejich svobodu a práva. Pacienti v současné době užívají agresivního chování jako nástroj k dosažení určitého cíle, tedy posilující způsob pro vlastní prosazování z pocitu moci a zároveň jako ochranou reakci (BURDA, 2014). Počátkem agrese může být psychomotorický neklid, podrážděnost, projevy hněvu či zlosti, pasivně agresivní chování a výrazná gestikulace vedoucí k poškozování věcí, házení předmětů, které mohou eskalovat až k fyzickému napadení.

Účinnou obranou proti agresivním reakcím je prevence. Je nutno respektovat bolest a utrpení pacienta a stresory - vliv zdravotnického prostředí, strach z neznáma a obavy o své zdraví. Dále je nutné mít na paměti, že role zdravotníků je pomáhat, nikoli soudit. Prevencí je tedy efektivní komunikace, empatie, trpělivost, podpora a snaha o pochopení situace. Další důležitou prevencí je včasné rozeznání

a identifikace možného problému – duševní onemocnění, užívání omamných látek, bezdomovectví nebo sociální nevyváženost pacienta. Ze strany managementu se jedná zejména o vzdělávání personálu v sociálních a komunikačních dovednostech, monitorování prostředí zdravotnického zařízení (kamerový systém), optimální rozvržení pracovní doby, zkrácení čekací doby, přívětivé prostředí a vybavení čekárny, dostupnost informací pro pacienty, možnost občerstvení, psychologická podpora zaměstnanců a zajištění adekvátní nouzové pomoci.

Magistr Patrik Burda ve své knize předkládá návod pro krizovou komunikaci a Model reaktivního managementu - empativní, nekonfrontační přístup s nastavením hranic, jako praktický návod pro zdravotníky, jak pracovat s agresivním pacientem.

4.6.2 VZTAH SESTRA - PACIENT

Současné ošetřovatelství je zaměřeno na pacienta aktivního a preferuje jeho autonomii. Vztah mezi sestrou a pacientem tedy musí vykazovat jistou symetrii, kdy sestra v rámci komunikačního přenosu zdůrazňuje rovnost vztahu v kterém se pravidelně střídají role komunikujícího a naslouchajícího, bez zřetelné dominance. Úroveň komunikace tedy vyjadřuje osobní styl a postoje - je shodně přívětivá, přátelská, vyjadřuje důvěru, empatii, je akceptující a navzájem respektující, kdy každý účastník komunikace má svá práva. Vztahová rovnost, tolerance, správné emoční postoje a akceptace toho druhého vždy povede k optimální spolupráci a opravdovosti korektního vztahu a současně bude naplňovat paradigma ošetřovatelství s holistickým a autonomním přístupem.

Ve vztahu sestra-pacient probíhají profesionální a psychosociální interakce. Přesto, že se na prvopočátku pacient se sestrou neznají, je předem dána určitá charakteristika vztahu, který by se měl v krátkém časovém úseku rozvinout v návaznosti na přímém kontaktu (ošetřování) ve vztah silně citově významný. Od sestry se ze strany pacienta hned v první fázi očekává profesionální přístup a odborný úsudek, rovněž porozumění a sociální podpora. Nálada pacienta ovlivněného různými příznaky nemoci je laděna velmi emotivně. Pacient má jasná očekávání a preference, své potřeby staví nad potřeby všech ostatních a očekává urgentní řešení, podporující uspokojení jeho současných potřeb. Vzhledem k autonomii pacienta je komunikace pravidelně provázána vlastní „laickou“ diagnózou a vlastními, ne zcela odbornými názory. Pro sestru je tato komunikace velice psychicky náročná, i s ohledem kolik takových vztahů

absolvuje každý den, nevyjímaje další role sestry, jako prostředníka mezi pacientem a lékařem. Každá sestra profesionálka si je vědoma, že správná, korektní verbální i neverbální komunikace společně s empatickým přístupem je podstatou důvěryhodného a vzájemně respektujícího vztahu sestra-pacient a je nevyhnutelnou součástí efektivního léčebného procesu a ovládá tedy komunikační techniky, které přizpůsobuje individuálním požadavkům právě komunikujícího subjektu (POKORNÁ, 2011).

4.6.3 VZTAH SESTRA - LÉKAŘ

Dobré vztahy na pracovišti jsou prvořadé v každé činnosti, kterou vykonáváme, nezávisle na profesi. **Dobré vztahy** v rámci multidisciplinárního týmu jsou naprosto nepostradatelné pro každodenní medicínskou i ošetrovatelskou péči nejen v ambulanci. Problematika vztahů na ambulanci se týká dvou nejdůležitějších profesí **lékař – sestra**. Spolupráce takto individuálního týmu není jednoduchá a často přináší nemálo složitých a unikátních situací, přesto že mají společné téma, shodné zaměření a cíle. Dalším aspektem, významně a zásadně ovlivňujícím interpersonální prostředí je přítomnost dalšího, velmi důležitého článku, kterým je dnes již zcela nezávislý a rovnocenný partner - pacient a jeho rodina. Docent Jiří Neuwirth uvádí, že pouze dobré vztahy mezi lékaři a sestrami a obzvláště **důvěra a vzájemné uznání** povedou k vytvoření všeobecně pozitivní atmosféry na pracovišti, v němž všichni pracovníci budou v takto dokonalé atmosféře výkonnější a budou pociťovat větší uspokojení z práce. Pouze za těchto podmínek může docházet k ideální vzájemné komunikaci a adekvátním reakcím, což následně pozitivně ovlivní úroveň péče a kvalitu poskytované služby.

Role sester se za poslední období zásadně změnila, což mnoho lékařů doposud není schopno či ochotno akceptovat a sestru nadále vnímají pouze jako svého pomocníka a pouhého vykonavatele pokynů a úkolů, včetně neustálého odborného dohledu či přímé nebo nepřímé intervence. Naopak druhá část lékařů oceňuje vzdělanost a autonomii sestry, která poskytuje mnohem pružnější spolupráci při léčebných výkonech či edukaci pacienta a uznává sestru jako **samostatného odborného spolupracovníka**.

V návaznosti na okolnosti sociálních, politických a kulturních reforem, kdy se role sestry definitivně změnila a z jednostranné podřízenosti dala prostor pro efektivní spolupráci, založenou na dostatečných kompetencích a vzájemné důvěře, může v týmu **lékař – sestra**, na základě dodržování elementárních morálních norem, korektní

komunikace, vzájemném respektu a správnému dělení získaných kompetencí dvou osobností, vzniknout **dokonalé profesní partnerství**. Naopak neuznání a nepochopení nové role sester vzhledem k současnému vývoji medicíny a ošetrovatelství může být jedním ze zásadních faktorů, které negativně ovlivňují postoje a chování obou profesí, čímž vnáší do pracovních vztahů špatnou atmosféru. Kromě výše zmíněných faktorů zásadně ovlivňují vztahy a spolupráci **lékaře a sestry** faktory zevního prostředí, konkrétně pracovní podmínky - organizační struktura, firemní kultura společnosti, manažerské prostředí, vlastnost a schopnost jedince předcházet konfliktům či umění konfliktní situace na pracovišti i mimo něj řešit (BÁRTLOVÁ, 2010).

Ve větších zařízeních typu poliklinik ambulantní složky primární péče úzce spolupracují se specializovanými ambulancemi a současně se složkami diagnostické či následné péče. V rámci kvalitní a efektivní zdravotní péče je nutná vzájemná součinnost a koordinace interdisciplinárního týmu v rámci kvalifikace, povědomí, dostupnosti, infrastruktury, organizace a efektivně-korektní komunikace. Kvalifikační předpoklady a dobré komunikační schopnosti a dovednosti jsou základem pro kvalitní medicínskou i ošetrovatelskou praxi a zdravé pracovní prostředí. Podporují dobrou atmosféru, rozvoj mezilidských vztahů a týmovou spolupráci nejen v úzkém profesním vztahu **lékař – sestra**, ale také v ostatních interpersonálních vztazích v rámci odborného multioborového týmu a složek v přímé či nepřímé interakci, jako jsou technickohospodářští pracovníci, správci informačních technologií a všichni ostatní účastníci tvořící strukturální a organizační složku celého zdravotnického zařízení.

4.7 PERSONALISTIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ

Řízení lidských zdrojů je jednou z nejpodstatnějších a nejodpovědnějších manažerských činností. Jedná se o komplexní, strategický a ucelený přístup k zaměstnání v rámci rozvoje lidí v organizaci. Řízení lidských zdrojů se zaměřuje na zlepšování efektivity organizace prostřednictvím lidí, vždy v součinnosti s etickými a morálními hodnotami. Uplatňuje určité filozofie a politiky od zabezpečování lidských zdrojů, vzdělávání a rozvoje, řízení pracovního výkonu, odměňování až po implementaci účinných strategií vedoucích k motivaci, uspokojování, angažovanosti, loajalitě a podpoře lidí v rámci důvěrné, otevřené, korektní a pracovní pozitivní atmosféry. Každá organizace potřebuje pro svůj chod, rozvoj a perspektivní budoucnost kvalifikované, talentované, odpovědné a schopné zaměstnance, ochotné a angažované

k efektivní práci v synergii s firemní kulturou a cíli organizace a zároveň způsobilé v rámci seberozvoje (Armstrong, 2015). Lidské zdroje jsou významným kapitálem každé organizace. Manažer v ošetrovatelství v roli personalisty:

PLÁNUJE - sestavuje plán pro obsazování a zabezpečení pracovních míst, dle provozních potřeb, pro splnění a zajištění požadavků a strategií v rámci poskytování kvalitní zdravotní péče v kontextu s potřebami zaměstnanců. Sestavuje plány dovolených. Plánuje, připravuje a koordinuje vzdělávací akce v rámci profesního rozvoje. Plánuje kontinuální školení vycházející z legislativy. Realizuje a plánuje odměňování a benefity zaměstnanců.

KOORDINUJE – zajišťuje obsazenost pracovních pozic a deleguje zástupy v případě oneocnění zaměstnance. Důležitá je také znalost legislativy a právních norem v rámci aktivní spolupráce se zaměstnanci, nebo případně pro řešení pracovních sporů.

REALIZUJE – získávání, přijímání a zařazování nových zaměstnanců nebo přearazování zaměstnanců na nové pracovní pozice. Prioritou efektivně vedeného náboru je vybrat správného zaměstnance, dle pracovního zaměření, úrovně vzdělání a nejlepších kvalifikačních i osobnostních předpokladů.

VYHODNOCUJE – efektivitu práce v souvislosti s kvalifikací zaměstnanců. Podstatná je pravidelná zpětná vazba a monitoring pomocí motivačně hodnotícího dialogu, vždy v rámci přátelské a objektivní diskuze s využitím sebehodnocení. Využívá otevřený rozhovor, jako účinný nástroj k motivaci a stimulaci, poděkování, pochvale a podpoře osobního růstu.

IMPLEMENTUJE – dokumentaci pro efektivní řízení lidských zdrojů v rámci konceptuálního procesu zapracování a následné kontinuální spolupráce – náplň práce, harmonogram práce, provozní řád, adaptační proces, doškolovací proces, ošetrovatelské standardy, směrnice, pravidla, postupy a metodiky (JAROŠOVÁ, 2006).

Management aktuálně prioritně investuje do nových technologií a materiálního zabezpečení. Ovlivnit trvalou hodnotu organizace, ale mohou pouze lidské zdroje, které svými zkušenostmi, dovednostmi a schopnostmi rozpohybují chod a rozvoj firmy, čímž jí významně obohatí, zhodnotí a stanoví konkurenceschopnou. Stroje, přístroje a nástroje jsou ekonomickým a stabilizačním faktorem společnosti, ale člověk, jemuž dáme adekvátní prostor a důvěru se následně stává hybnou silou.

5 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část bakalářské práce navazuje na teoreticko-empirickou část práce, která mapuje a porovnává faktory ovlivňující obor ošetrovatelství a kvalitu péče v historii, včetně zásadních změn a vývoje oboru ošetrovatelství do období 21. století, a to ve světě i v České republice. Teoretická část bakalářské práce rovněž zahrnuje přehled současného systému řízení kvalitní a bezpečné zdravotní péče v ČR, shrnuje rizikové faktory ovlivňující kvalitu ošetrovatelské péče a předkládá aktuální zásadní nástroje managementu v ošetrovatelství pro procesy řízení rizik a kontinuální systém řízení kvalitní a bezpečné péče v ambulantním zařízení.

Cílem bakalářské práce je analýza faktorů ovlivňujících kvalitu ošetrovatelské péče v ambulantním zdravotnickém zařízení a ověření stupně/úrovně koncepčních nastavení zásadních, elementárních nástrojů pro řízení kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče ve zdravotnickém zařízení ambulantního typu v rámci eliminace rizik spojených s lidským zdrojem – adaptační a doškolovací proces.

5.1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Téma: Adaptační proces, jako elementární a funkční nástroj prevence rizik, spojených s lidskými zdroji v procesu řízení kvalitní a bezpečné péče v ambulantním zdravotnickém zařízení.

Průzkumný problém: Je adaptační proces standardem v zdravotnických zařízeních ambulantního typu?

Hlavní cíl: Navrhnout Metodiku adaptačního procesu, využitelnou jako standard, směrnici či elementární koncepční model pro adaptační proces v ambulantním zařízení.

Dílčí cíle:

1. Zmapovat využití adaptačního procesu v ambulantním sektoru – model, schéma.
2. Zmapovat přístup zaměstnanců a managementu k problematice adaptačního procesu a doškolovacího procesu zaměstnanců v ambulantním sektoru.
3. Vyhodnotit potenciální rizika spojená s činností nelékařských pracovníků a využívání standardů ošetrovatelské péče, jako nástroje podporujícího kvalitu zdravotní péče.
4. Zhodnotit názor/povědomí nelékařského personálu na evaluační proces – audit.

Hypotéza: Adaptační proces v ambulantním sektoru probíhá podle koncepčního modelu či stanovené metodiky MZ ČR pouze v akreditovaných zdravotnických zařízeních.

5.1.1 VÝBĚR VZORKU

V souvislosti s nabízenou možností reálné analýzy dostupných dat, v rámci porovnání více zdravotnických zařízení včetně strategií managementu kvality a bezpečí v ambulancích různého typu jsem přistoupila k možnosti dvojí selekce, přičemž byly vybrány dva možné postupy (přístupy) průzkumu.

V případě prvního výběrové vzorku bylo dotazníkové šetření umístěno na sociální síť do specifické odborné skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků. Vyplnění dotazníku bylo vymezeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky v ambulantním zdravotnickém zařízení. Další selekce ve skupině neprobíhala.

Druhý výběr byl záměrný. Dotazník byl odeslán manažerkám ošetrovatelství celkem čtyř ambulantních zdravotnických zařízení poliklinického typu. Manažerkami byl dotazík následně rozeslán prostřednictvím e-mail kontaktů, a to u třech zařízení, cíleně na každou konkrétní adresu zaměstnance. V jednom případě byl dotazník distribuován tištěnou formou a data byla následně elektronicky zpracována autorem. Zdravotnická zařízení byla vybrána záměrně a jejich identifikace se zásadně liší: dle počtu zaměstnanců, dle zřizovatele, dle lokality, dle spektra poskytovaných služeb a dle akreditace (ISO, SAK, ČIA, bez akreditace).

5.1.2 METODA PRŮZKUMU

V přípravné fázi byl zvolen námět průzkumu. Jakmile byly shromážděny všechny informace byla sestavena organizační osnova a stanoveny cíle průzkumu. Po té byla vybrána metoda sběru dat, spolupracující zdravotnická zařízení, zprostředkovatel a forma distribuce.

Pro praktickou část bakalářské práce jsem zvolila typ kvantitativního šetření formou vlastního strukturovaného dotazníku. Otázky v dotazníku jsem se snažila formulovat zřetelně, srozumitelně a jednoznačně, aby respondentova odpověď nebyla ovlivněna nejasnou formulací, či nepochopeným zadáním. Před rozesláním dotazníku byla provedena pilotáž - dotazník jsem poskytla k vyplnění třem kolegyním a třem manažerkám, které jsem požádala o názor a vlastní individuální zkušenosti

s otázkami, také o posouzení náročnosti s vyplněním dotazníku, včetně časové dotace. Rozsah dotazníku a systém otázek jsem diskutovala rovněž s poskytovatelem online nástroje pro dotazníková šetření a několikrát dotazník sama zkušebně vyplnila.

Dotazník byl koncipován prostřednictvím otázek jejichž formulace byla stanovena v otázkách uzavřených (dichotomické a trichotomické), dále otázky výběrové a výčtové (polytomické), tedy s možností výběru jedné nebo několika alternativ odpovědí. Poslední otázka byla zcela otevřená, respondent byl tázán na vlastní názor k tématu či individuální sdělení. Další metodou šetření byl standardizovaný, strukturovaný rozhovor, kdy byly manažerky zdravotnických zařízení tázány osobně nebo telefonicky. Otázky byly pro všechny shodné a týkaly se oblastí cíle průzumu. Dotazník zaujímá celou šíři zkoumané problematiky a mírně vystupuje nad rámec průzkumného cíle, aby poskytl možnost celkového, globálního vyhodnocení. Dotazník celkově zahrnuje všechny podstatné problémy.

Dotazník má anonymní charakter a slouží pro hromadné zpracování. Respondent není a nemůže být identifikován, čímž je dodržena profesionální etika. Prvních 5 otázek je nezávisle proměnných, segmentačních s identifikačními znaky. Následných cílových, závisle proměnných otázek průzkumu je celkem 34. Dotazník byl určen nelékařskému zdravotnickému personálu, pracujícímu v ambulančním sektoru, bez ohledu na věk, odbornost, dosažené vzdělání či délku praxe.

V úvodu byl respondent zdvořile požádán o vyplnění dotazníku, součástí bylo uvedení záměru šetření, instrukce a účel. Respondent byl seznámen s tématem dotazníku a ubezpečen o anonymitě a dobrovolnosti. Dotazník byl rozeslán v lednu 2018, k vyplnění dotazníku byl zvolen časový interval 3 týdny.

5.1.3 ORGANIZACE PRŮZKUMU

Dotazník byl distribuován elektronicky, kdy byl rozeslán prostřednictvím e-mail adres přímo respondentovi nebo manažerovi zařízení. Dotazník byl rovněž distribuován písemně, prostřednictvím manažera jednoho ze zdravotnických zařízení, kde nebyla umožněna elektronická distribuce. Dotazník byl distribuován rovněž prostřednictvím sociální sítě v odborné skupině, prostřednictvím zadaného elektronického odkazu.

Ve dvou případech byla elektronická distribuce zcela bezchybná a probíhala bezproblémově, tedy splňuje stoprocentní validitu. V jednom případě došlo ke konfliktu

IP adres a 43,2 % responzí bylo ztraceno. V jednom ze zdravotnických zařízení došlo k personální změně v managementu, tudíž bylo dotazníkové šetření předčasně ukončeno, přičemž prvních, celkem 6 uskutečněných responzí nebylo do průzkumu započítáno.

Dotazník byl zpracováván prostřednictvím zabezpečeného profesionálního serveru vyplnto.cz. Zpracovaná data byla zpřístupněna administrátorským heslem, mohou být považována jako objektivní, dosahující vysoké reliability. Součástí průzkumu je písemný souhlas všech zdravotnických zařízení.

Návratnost dotazníku zcela nespĺnila plánované očekávání, zejména z technických a personálních důvodů. Domnívám se však, že poměr počtu vrácených dotazníků v celkovém množství 149 ks, by v konečném souhrnu neměl negativně ovlivnit validní závěr.

5.2 EVALUACE A INTERPRETACE

Sběrem získaná data byla zpracována popisným způsobem pomocí deskriptivních statistických metod. Výsledky jednotlivých otázek byly zpracovány graficky pomocí grafů a tabulek prostřednictvím programu Microsoft Office Excel, včetně doplnění jejich interpretace. Zásadní otázky k tématu byly interpretovány prostřednictvím tabulek a grafů, doplňkové otázky byly zpracovány graficky a doplněny o datové tabulky.

Matematicko-statistická data byla zpracována pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát χ^2 a korigovaného koeficientu kontingence - korelační analýza, Pearsonův test shody.

5.2.1 STRUKTURA TESTOVANÉHO SOUBORU

Jednotlivá zdravotnická zařízení budou identifikována dle přidělených unikátních názvů typu „POLIKLINIKA“ s přiděleným písmenem A, B, C, čímž bude zachována jejich anonymita. Nezávislá skupina nelékařských zdravotnických pracovníků, tedy skupina respondentů ze sociální sítě bude označena názvem SKUPINA NLZP, viz níže.

- a) POLIKLINIKA A
- b) POLIKLINIKA B
- c) POLIKLINIKA C
- d) SKUPINA NLZP

Tabulka 2 uvádí základní charakteristiku zdravotnických zařízení, vybraných pro výzkumné účely (dále jen ZZ). Rozděleno dle základních atributů:

- celkového počtu zaměstnanců
- počtu nelékařských odborných pracovníků v ambulantní složce
- akreditace ZZ, včetně typu akreditace
- poskytovatel zdravotních služeb dle zřizovatele
- celkový počet responzí – relativní a absolutní četnost

Tabulka 2 Identifikace zdravotnického zařízení a četnost responzí

ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ	POLIKLINIKA A	POLIKLINIKA B	POLIKLINIKA C	SKUPINA NLZP	CELKEM
CELKOVÝ POČET ZAMĚSTNANCŮ ZZ	201	141	110	neidentifikováno	
POČET VŠECH NLZP V AMBULANTNÍM SEKTORU ZZ	115	35	62	69	
AKREDITACE	Klinika ISO Laboratoř ČIA	Přípravná fáze SAK	Laboratoř ČIA	neidentifikováno	
POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	Privátní ZZ	ZZ řízené městem	Privátní ZZ	neidentifikováno	
RESPONZE ABSOLUTNÍ ČETNOST	41	23	16	69	149
RESPONZE RELATIVNÍ ČETNOST	27,52 %	15,43 %	10,74 %	46,31 %	100 %

Zdroj: Autor

Zdravotnické zařízení POLIKLINIKA A poskytuje komplexní zdravotní služby s komplementem a poměr NLZP dle odborností je následující: 71x všeobecná sestra, 14x fyzioterapeut, 18x radiologický asistent, 8x zdravotní laborant, 4x farmaceutický asistent, 3x sanitář.

Zdravotnické zařízení POLIKLINIKA B je nemocnicí s ambulantní složkou a Home Care s odbornostmi: 21x všeobecná sestra, 9x fyzioterapeut, 1x zdravotní laborant, 1x sociální pracovnice, 2x ošetřovatelka, 1x sanitář.

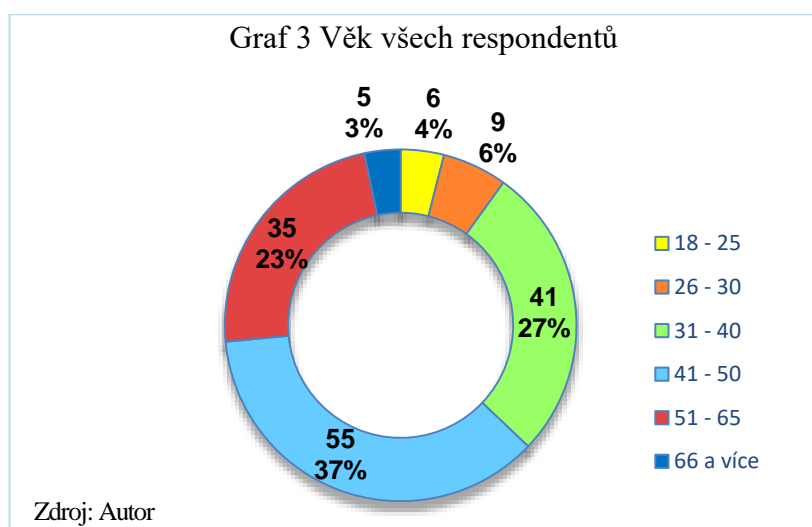
Zdravotnické zařízení POLIKLINIKA C poskytuje komplexní zdravotní služby s komplementem a odbornostmi: 40x všeobecná sestra, 10x radiologický asistent, 3x fyzioterapeut, 4x zdravotní laborant, 5x farmaceutický asistent, 1x sanitář.

Tabulka 3 znázorňuje celkový počet respondentů účastnících se dotazníkového šetření, rozdělených dle věku a jednotlivých pracovišť. Vyhodnocuje otázku č. 1 – Věk. Graf 3 znázorňuje věk celé skupiny respondentů, tzn. celkový počet - 149 osob.

Tabulka 3 Věk respondentů

VĚK	POLIKLINIKA A		POLIKLINIKA B		POLIKLINIKA C		SKUPINA NLZP	
18 - 25	1	2,44 %	0	0	0	0	5	7,25 %
26 - 30	2	4,88 %	1	4,35 %	0	0	6	8,7 %
31 - 40	13	31,71 %	2	8,7 %	4	25 %	22	31,88 %
41 - 50	15	36,58 %	9	39,13 %	7	43,75 %	23	33,33 %
51 - 65	8	19,51 %	9	39,13 %	5	31,25 %	12	17,39 %
66 a více	2	4,88 %	2	8,7 %	0	0	1	1,45 %

Zdroj: Autor



Věková kategorie do 25 let je průměrně zastoupena u respondentů všech zařízení do 4 %, v poliklinikách B a C se kategorie tohoto věku vůbec nevyskytuje. Věk skupiny všech respondentů 26-30 let je celkem 6 %, ale u poliklinicky C tento věk zastoupen není. Věkové rozpětí 31-40 let je zastoupeno celkem v 27 %. Věkové rozpětí 41-50 let představuje početnou 37% skupinu. Věková kategorie 51-65 let je celkově v počtu 23 % a výrazně převládá v zařízení Poliklinika B. Věk nad 65 let je zastoupen v počtu 3 %.

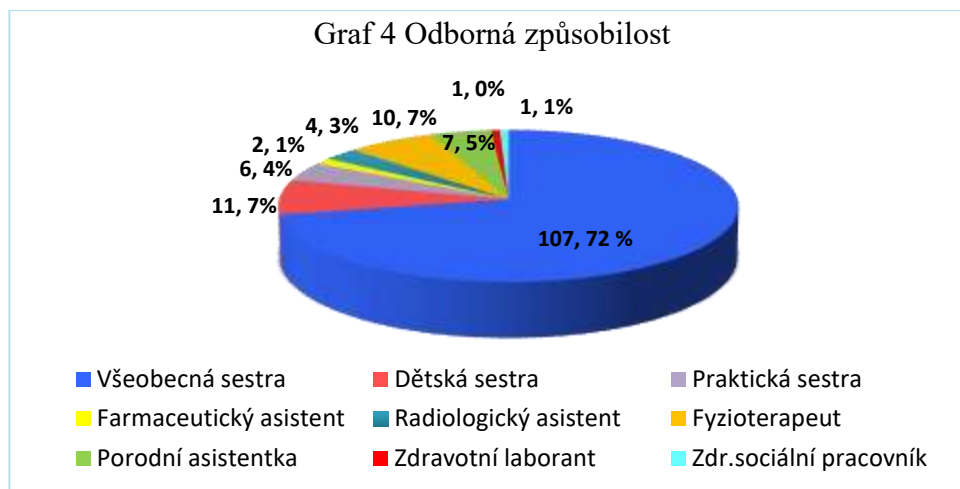
Graf 3 vypovídá, že věková kategorie 41-50 let je skupinou nejpočetnější v souhrnném počtu 37 % a je nevýznamnější rovněž ve všech sledovaných zařízeních. V případě zařízení Poliklinika C, se jedná o téměř 44 % nelékařských pracovníků.

Tabulka 4 obsahuje vyhodnocení otázky číslo 2 na dosažené vzdělání – konkrétně odbornou způsobilost. Identifikuje pracovní zařazení odborného zdravotnického pracovníka v konkrétním zdravotnickém zařízení a rozděluje respondenty dle jednotlivých zdravotnických zařízení. Poslední otázka byla volná pro možnost vlastního doplnění kvalifikace, v případě, že nebyla dotazníkem definována.

Tabulka 4 Odborná způsobilost

Kvalifikace	POLIKLINIKA A		POLIKLINIKA B		POLIKLINIKA C		SKUPINA NLZP	
Všeobecná sestra	32	78,05 %	8	34,78 %	12	75 %	55	79,71 %
Dětská sestra	3	7,31 %	5	21,74 %	1	6,25 %	2	2,9 %
Praktická sestra	0	0	0	0	0	0	6	8,7 %
Farmaceutický asistent	2	4,88 %	0	0	0	0	0	0
Radiologický asistent	2	4,88 %	0	0	2	12,5 %	0	0
Fyzioterapeut	1	2,44 %	9	39,13 %	0	0	0	0
Porodní asistentka	1	2,44 %	0	0	1	6,25 %	5	7,24 %
Zdravotní laborant	0	0	1	4,35 %	0	0	0	0
Zdr.sociální pracovník	0	0	0	0	0	0	1	1,45 %

Zdroj: Autor



Zdroj: Autor

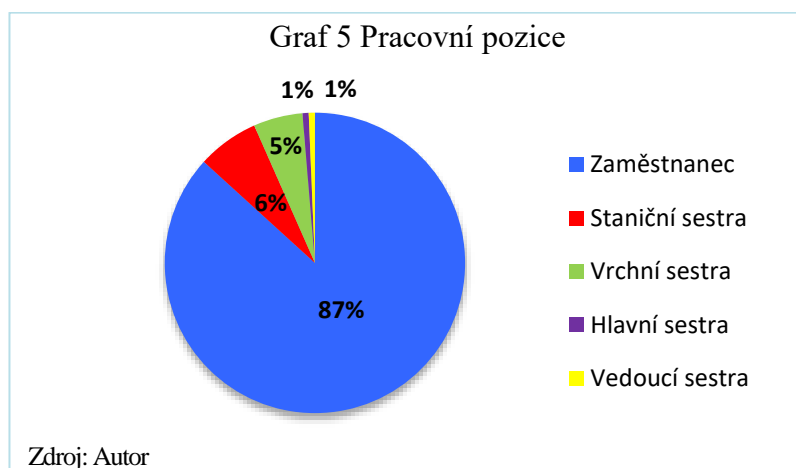
Z celkového počtu responzí ze všech zdravotnických zařízení zaujímá největší skupinu Všeobecná sestra – 72 %. Další početnější skupinou respondentů je Dětská sestra, Fyzioterapeut a Porodní asistentka. Praktická sestra se vyskytuje pouze ve skupině NLZP a zaujímá 4 % z celkového počtu respondentů.

Tabulka 5 odkazuje na pozici, v které nelékařští zdravotníci pracují a obsahuje odpovědi respondentů na otázku č. 3 – „Svou činnost vykonávám v pracovní pozici“:

Tabulka 5 Pracovní pozice

Pracovní pozice	POLIKLINIKA A	POLIKLINIKA B	POLIKLINIKA C	SKUPINA NLZP
Zaměstnanec	36	21	15	59
Vrchní sestra	4	0	1	5
Staniční sestra	2	2	0	4
Hlavní sestra	1	0	0	0
Vedoucí sestra	0	0	0	1
Celkem	43	23	16	69

Zdroj: Autor



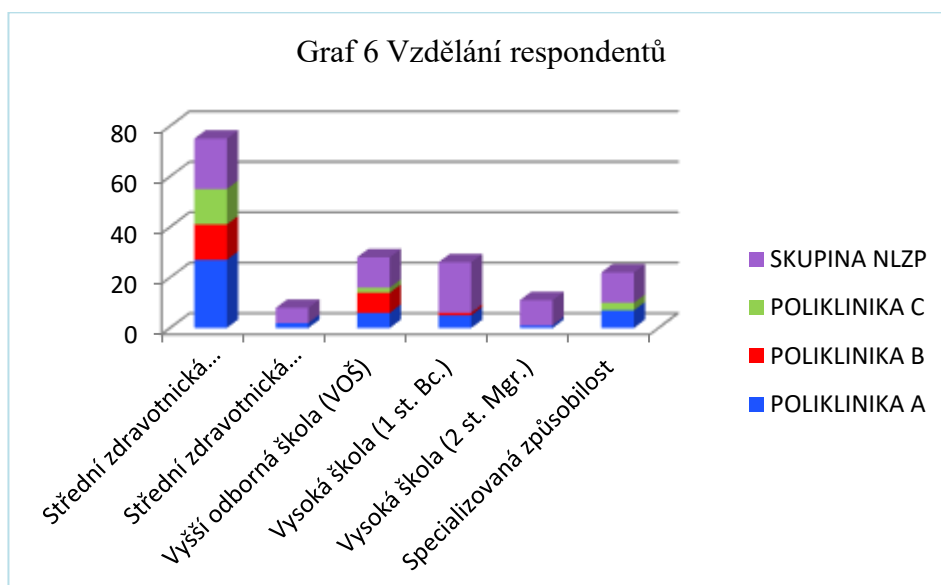
Otázka na pracovní pozici měla zhodnotit, zda je v ambulantním sektoru funkční systém managementu v ošetrovatelství, tedy řízení na třech základních úrovních. Poliklinika A má organizační složku jejíž základem je hlavní sestra. Vrchní sestry jsou celkem 4 a spravují segmenty různých odborností (interna, chirurgie, urologie) a dále pozice vedoucí laborant, vedoucí radiologický asistent a vedoucí fyzioterapeut. Role staniční sestry je uplatněna pouze 2x a to v úsecích s týmem větším než 10 zdravotnických pracovníků a kde se provádí invazivnější výkony (chirurgie, dermatovenerologie, fyzikální léčba). Dále se uplatňuje role vedoucí sestry (gastroenterologie, infuzní centrum, Dermacentrum). Tato sestra zodpovídá za vybavení a hygienicko-epidemiologická opatření svěřených úseků. Poliklinika B má v organizačním řádu nejvyšší manažerskou pozici vrchní sestra, liniový management doplňuje staniční sestra. Ve skupině NLZP jsou rovněž zastoupeny pozice standardního managementu v ošetrovatelství a vedoucí (úseková) sestra.

Tabulka 6 mapuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů včetně specializačního vzdělání, dle jednotlivých zdravotnických zařízení. Graf 6 popisuje skupinu respondentů, jako celek. Střední zdravotnická škola (SZŠ) je rozlišena jako VS, tzn. SZŠ ukončená maturitní zkouškou v oboru Všeobecná sestra a PS, tzn. SZŠ ukončená maturitní zkouškou v oboru Praktická sestra, dříve Zdravotnický asistent.

Tabulka 6 Vzdělání respondentů

Vzdělání	POLIKLINIKA A		POLIKLINIKA B		POLIKLINIKA C		SKUPINA NLZP	
Střední zdravotnická škola (VS)	27		14		14		20	
Střední zdravotnická škola (PS)	2		0				6	
Vyšší odborná škola (VOŠ)	6		8		2		12	
Vysoká škola (1 st. Bc.)	5		1		0		20	
Vysoká škola (2 st. Mgr.)	1		0		0		10	
Specializovaná způsobilost	7	17,7 %	0	3	18,75 %	12	17,39 %	
Celkem	41		23		16		69	

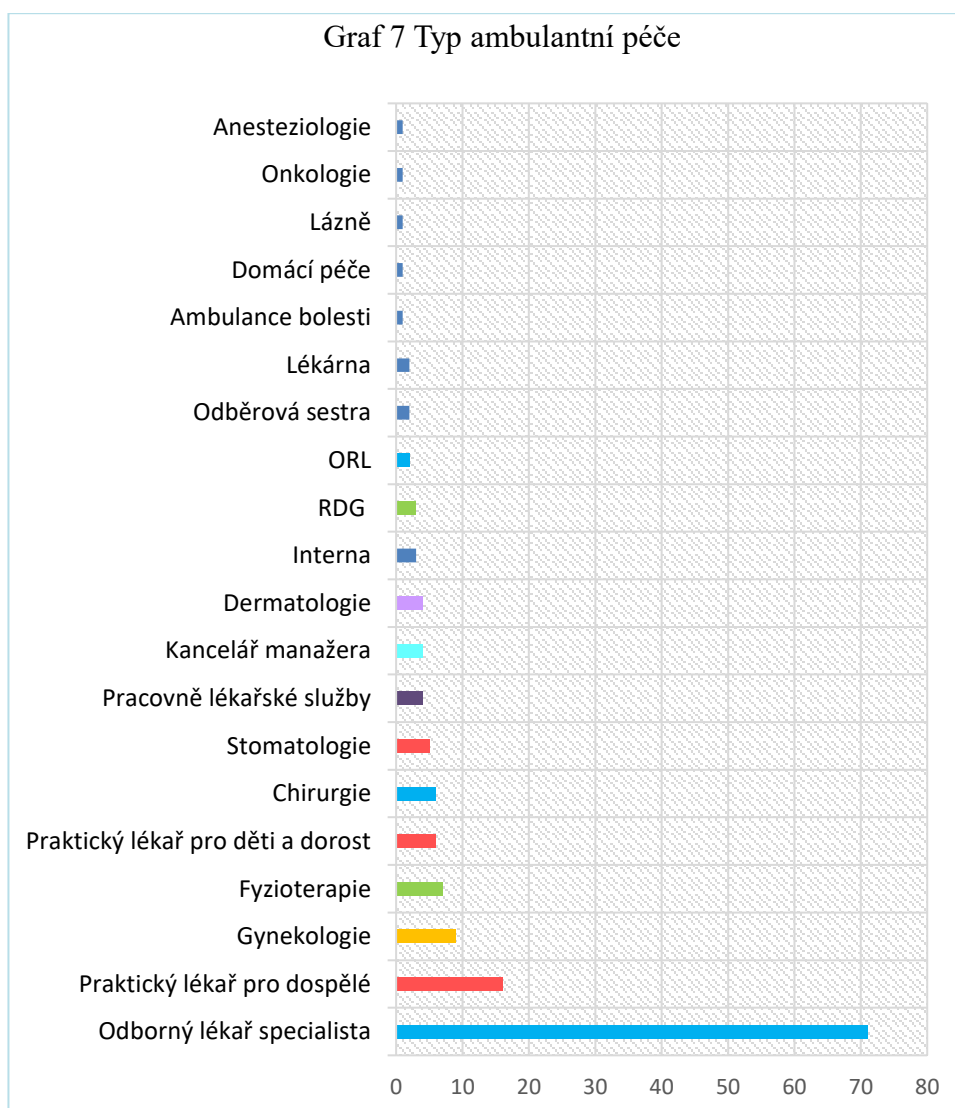
Zdroj: Autor



Zdroj: Autor

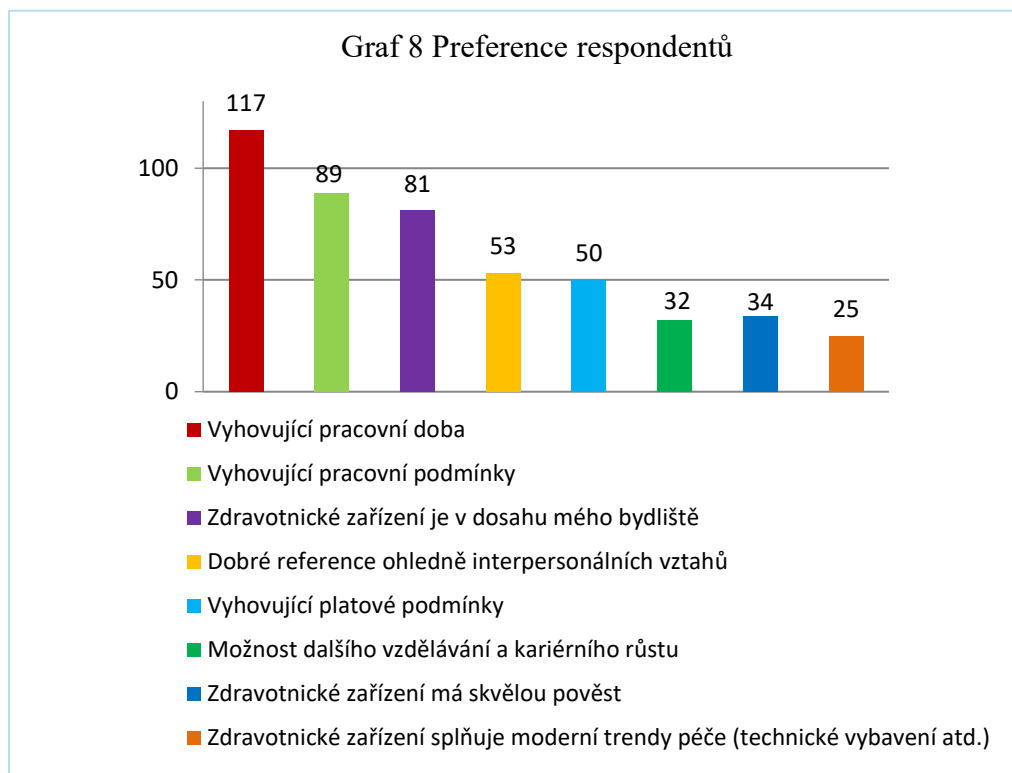
Graf 6 poskytuje jednoznačný údaj o zvýšeném počtu vysokoškolského vzdělání ve skupině NLZP. Vzhledem k nízkému průměrnému věku skupiny NLZP, což je 16 % pod 30 let, na rozdíl od ostatních zdravotnických zařízení, můžeme vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání předpokládat. V této skupině je také větší poměr manažerských pozic. Specializovaná způsobilost je ve všech skupinách na shodné hranici cca 18 %.

Otázka číslo 5 směřovala k typu poskytované péče, tedy konkrétně: „V jaké ambulanci pracujete?“ Primární péče všeobecným praktickým lékařem pro dospělé má zastoupení cca 11 %, gynekologická ambulance 9 %, praktický lékař pro děti a dorost cca 6 %, stomatologie 4 %. Více než 50 % respondentů uvedlo specializovanou ambulanci, konkrétně jsou uvedeny: dermatologie, chirurgie, chirurgická pohotovost, interna, ORL, pracovně lékařské služby, kardiologie, neurologie, léčba bolesti, oftalmologie, onkologie, diabetologie, revmatologie, plicní ambulance, urgentní příjímová ambulance neurologická, ortopedie, anesteziologie. Dále pracoviště: lázeňská péče, EEG-EMG pracoviště, odběrová místnost, transfúzní oddělení, domácí péče a pracoviště fyzioterapie a RDG. Vícečetná specializovaná pracoviště jsou uvedena individuálně v grafu 7.



Zdroj: Autor

Otázka číslo 6 žádala respondenty o vyjádření vlastních preferencí pro zaměstnání právě v ambulantní sféře. Z nabízených odpovědí si respondenti mohli vybrat maximálně 4 zásadní faktory, či přidat vlastní vyjádření, dle individuální skutečnosti.



Zdroj: Autor

Celkem 78,52 % respondentů, jako nejpreferovanější faktor práce v ambulanci uvedlo vyhovující pracovní dobu. Téměř 60 % respondentů přidává váhu pracovním podmínkám a necelých 55 % všech respondentů upřednostňuje dostupnost svého pracoviště. Rovněž interpersonální vztahy jsou upřednostněny před platebními podmínkami, které jsou umístěny až na pátém místě. Další uvedené preference z vlastních odpovědí jsou: vztahy na pracovišti, lékař, nadřízený, odbornost a specializace, věk, nutnost změny při dlouhodobé práci u lůžka, zajímavá pozice.

5.2.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ TÉMATU ADAPTAČNÍ PROCES

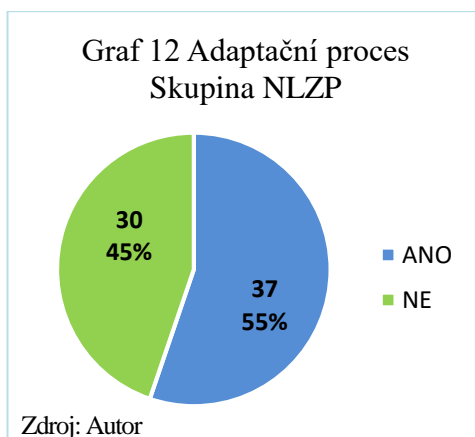
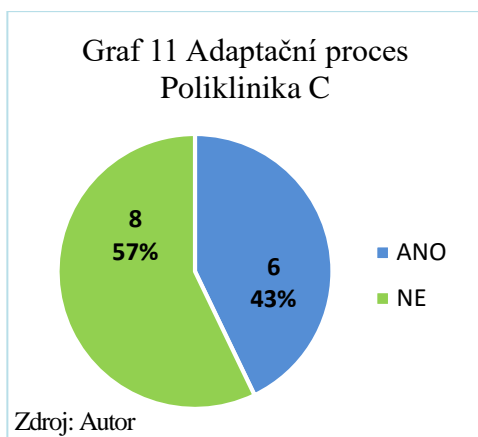
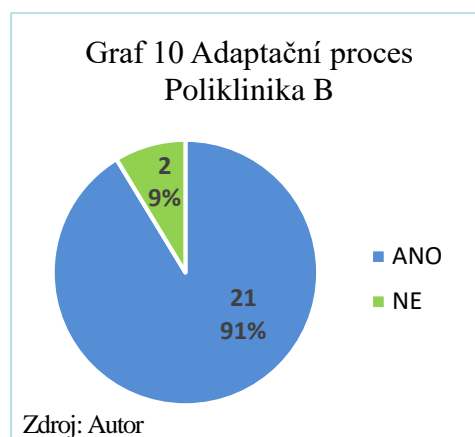
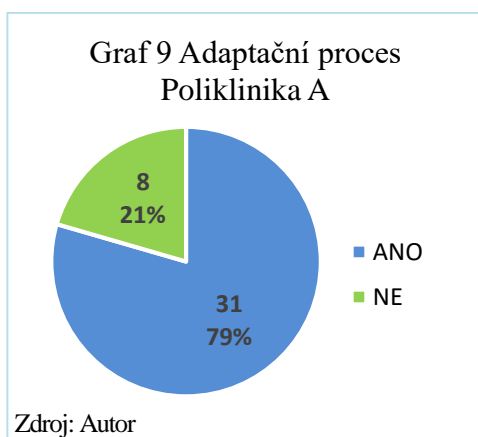
Otázky 7-12 jsou přímo směřovány na zkoumané téma - Adaptační proces v ambulantním zdravotnickém zařízení, jako elementární nástroj kvality. Cílem je zmapovat, zda je adaptační proces standardem v zdravotnických zařízeních ambulantního typu a zda slouží jako prvoplánový a funkční nástroj v procesu řízení kvalitní a bezpečné péče, včetně motivace a profesně-sociální podpory zaměstnance.

Otázka číslo 7: „Při nástupu do zaměstnání jsem byla seznámena s organizací adaptačního procesu (AP).“

Tabulka 7 Adaptační proces - organizace

Adaptace	POLIKLINIKA A		POLIKLINIKA B		POLIKLINIKA C		SKUPINA NLZP	
ANO	31	79,49 %	21	91,3 %	6	42,86 %	37	55,22 %
NE	8	20,51 %	2	8,7 %	8	57,14 %	30	44,78 %
Celkem	39	100 %	23	100 %	14	100 %	67	100 %

Zdroj: Autor



Tabulka 6 udává data týkající se počáteční komunikace přímého nadřízeného s nastupujícím zaměstnancem v rámci plánování a organizování adaptačního procesu, přičemž je zřejmé, že k tomu relativně správně dochází v zařízení Poliklinika A, a to u téměř 80 % respondentů a Poliklinika B u více než 90 % respondentů. Odpověď jednoho z respondentů ZZ Poliklinika A je, že AP se uskutečňuje terpve v posledních letech, což má přímou souvislost se změnou provozovatele zdravotnického zařízení. Grafy 9–12 zřetelně znázorňují evidentní rozdíl v odpovědích respondentů na toto téma.

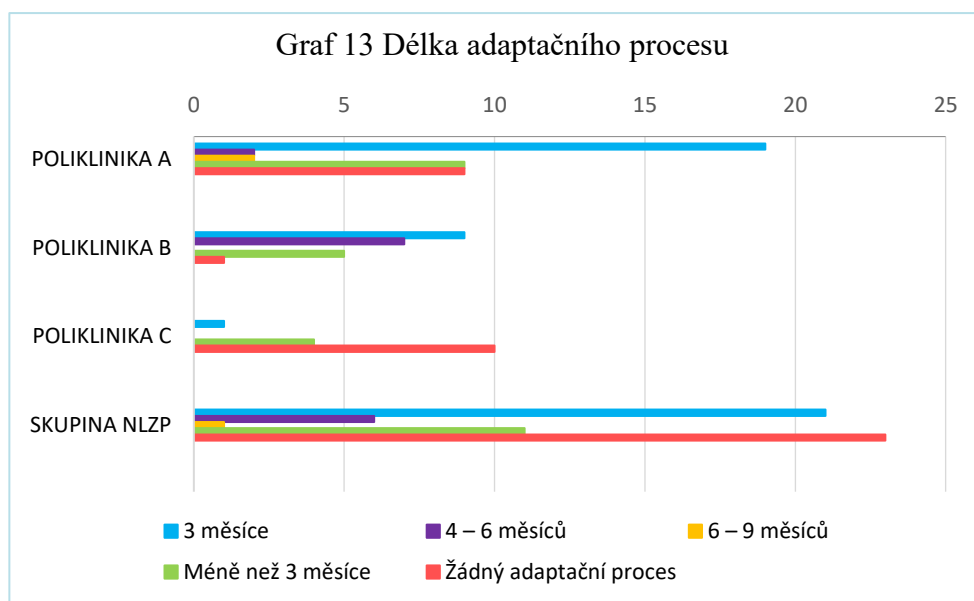
Tabulka 8 analyzuje otázku číslo 8, která se respondentů dotazuje na celkovou délku adaptačního procesu. Pokud již byl uskutečněn v Poliklinice A, téměř v 50 % odpovídá ideální délce 3 měsíce a dalších 22 % respondentů uvádí délku kratší. Respondenti zařízení Poliklinika B uvádějí v téměř 41 % délku 3 měsíce a 32 % respondentů délku 4 – 6 měsíců, tato skupina je převážně z odbornosti fyzioterapeut. 23 % respondentů ZZ Poliklinika B uvádí adaptační proces kratší než 3 měsíce. 34 % respondentů ve skupině NLZP uvedlo AP v optimální délce 3 měsíce.

Tabulka 8 Adaptační proces - délka

Délka adaptace	POLIKLINIKA A		POLIKLINIKA B		POLIKLINIKA C		SKUPINA NLZP	
3 měsíce	19	46,34 %	9	40,9 %	1	6,67 %	21	33,87 %
4 – 6 měsíců	2	4,88 %	7	31,82 %	0	0	6	9,68 %
6 – 9 měsíců	2	4,88 %	0	0	0	0	1	1,61 %
Méně než 3 měsíce	9	21,95 %	5	22,73 %	4	26,66 %	11	17,74 %
Žádný adaptační proces	9	21,95 %	1	4,55 %	10	66,67 %	23	37,1 %
Celkem:	41	100 %	22	100 %	15	100 %	62	100 %

Zdroj: Autor

Graf 13 zachycuje rozdíl mezi všemi skupinami, který je pravděpodobně ovlivněn jednak managementem a řízením subjektů a jednak typem zdravotnického zařízení, přičemž samostatná ambulance např.: praktického lékaře nemá stanovenou žádnou metodiku adaptačního procesu. Několik respondentů uvádí, že na AP není čas, nebo dokonce, že zdržuje, je zcela bezvýznamný a nepřináší žádný efekt.



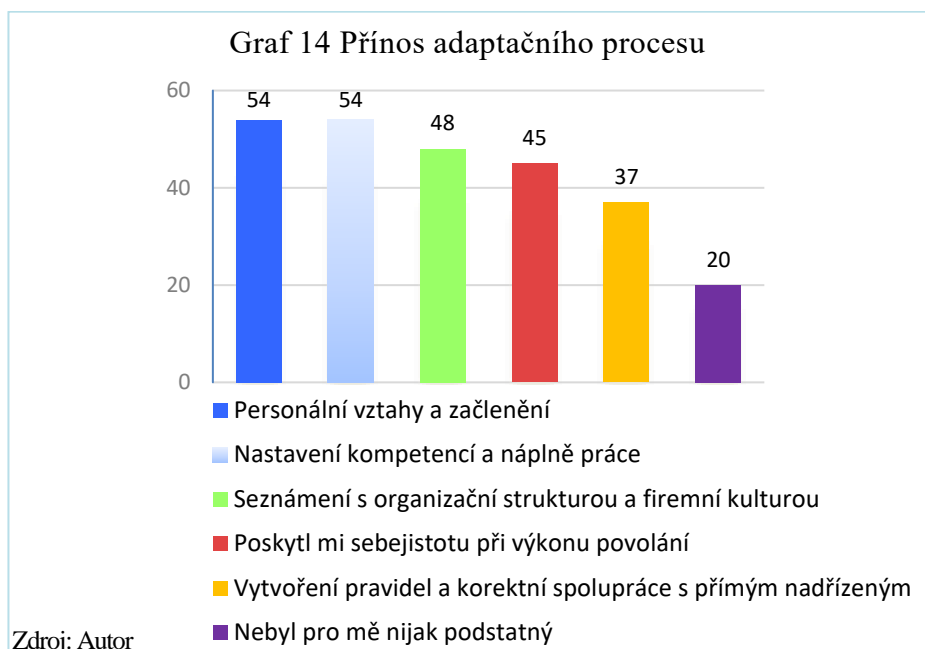
Zdroj: Autor

Otázka číslo 9 dává respondentům na výběr z několika možností odpovědí na otázku, zda byl AP přínosem, případně v čem konkrétně. Respondenti mohli doplnit také svou vlastní individuální odpověď. „Adaptační proces byl přínosem pro“:

Tabulka 9 Přínos adaptačního procesu

Přínos adaptačního procesu	POLIKLINIKA A		POLIKLINIKA B		POLIKLINIKA C		SKUPINA NLZP	
Personální vztahy a začlenění do kolektivu	22	66,67 %	13	65 %	1	12,5 %	18	36 %
Poskytl mi sebejistotu při výkonu povolání	15	45,45 %	12	60 %	0	0	18	36 %
Seznámení s organizační strukturou a firemní kulturou	18	54,55 %	14	70 %	1	12,5 %	15	30 %
Vytvoření pravidel a korektní spolupráce s přímým nadřízeným	15	45,45 %	11	55 %	0	0	11	22 %
Nastavení kompetencí a náplně práce	20	60,61 %	12	60 %	1	12,5 %	21	42 %
Nebyl pro mě nijak podstatný	2	6,06 %	3	15 %	3	37,5 %	12	24 %

Zdroj: Autor



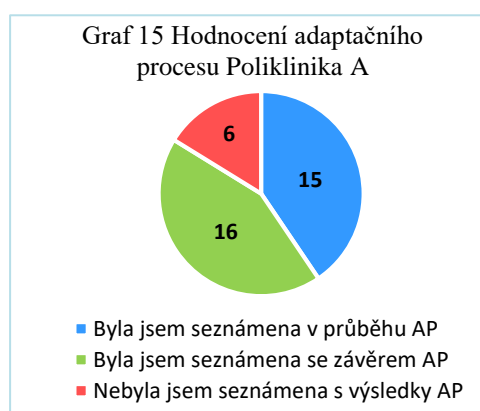
Respondenti polikliniky A se nejvíce shodují, a to v 67 %, že adaptační proces byl přínosem pro Personální vztahy a začlenění do kolektivu. Respondenti polikliniky B upřednostnili přínos v Seznámení s organizační strukturou a firemní kulturou. Respondenti polikliniky C jsou v případě přínosu AP skeptičtí, což podporují odpovědi spíše negativního charakteru a skupina NLZP vidí přínos pro Nastavení kompetencí a pracovní náplně. Graf 14 dokládá názor na přínos adaptačního procesu celé skupiny.

Otázka číslo 10 se zabývá hodnocením adaptačního procesu a analyzuje koncepční nastavení AP v jednotlivých ambulancích či zdravotnických zařízeních: „Byla jste seznámena s hodnocením adaptačního procesu?“

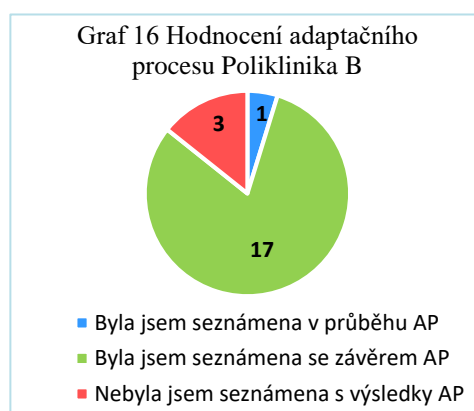
Tabulka 10 Hodnocení adaptačního procesu

Hodnocení adaptačního procesu	POLIKLINIKA A		POLIKLINIKA B		POLIKLINIKA C		SKUPINA NLZP	
Byla jsem seznámena v průběhu AP	15	46,88 %	1	4,76 %	0	0	12	24,49 %
Byla jsem seznámena se závěrem AP	16	50 %	17	80,95 %	0	0	19	38,78 %
Nebyla jsem seznámena s výsledky AP	6	18,75 %	3	14,29 %	8	100 %	10	20,41 %

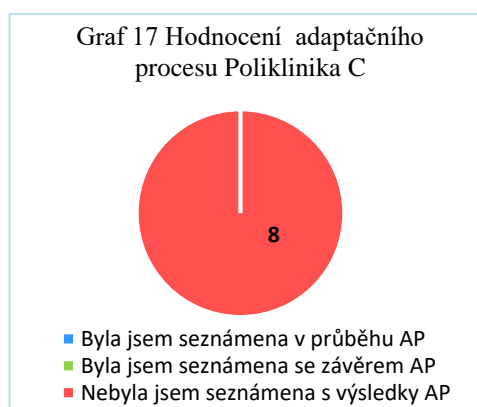
Zdroj: Autor



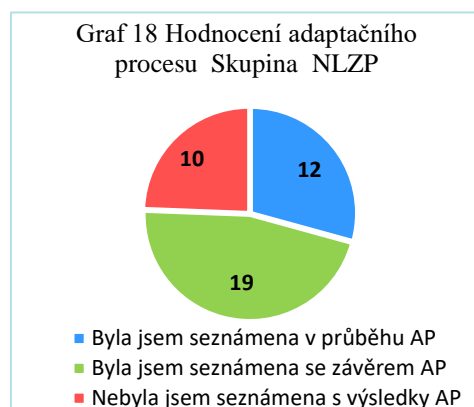
Zdroj: Autor



Zdroj: Autor



Zdroj: Autor



Zdroj: Autor

Grafy 15-18 znázorňují, že téměř shodné jsou odpovědi respondentů ZZ Poliklinika A, kteří uvádějí v cca 50 %, že AP byl hodnocen v průběhu i na konci období, přičemž 19 % respondentů s hodnocením seznámeno nebylo. Dle odpovědí respondentů zařízení Poliklinika B je evidentní koncepční nastavení managementu s hodnocením na konci AP, stejně tak převládají odpovědi respondentů ze skupiny NLZP - téměř 40 % uvádí hodnocení AP na konci období. Respondenti polikliniky C jsou v stoprocentní shodě, že žádné hodnocení adaptačního procesu neproběhlo.

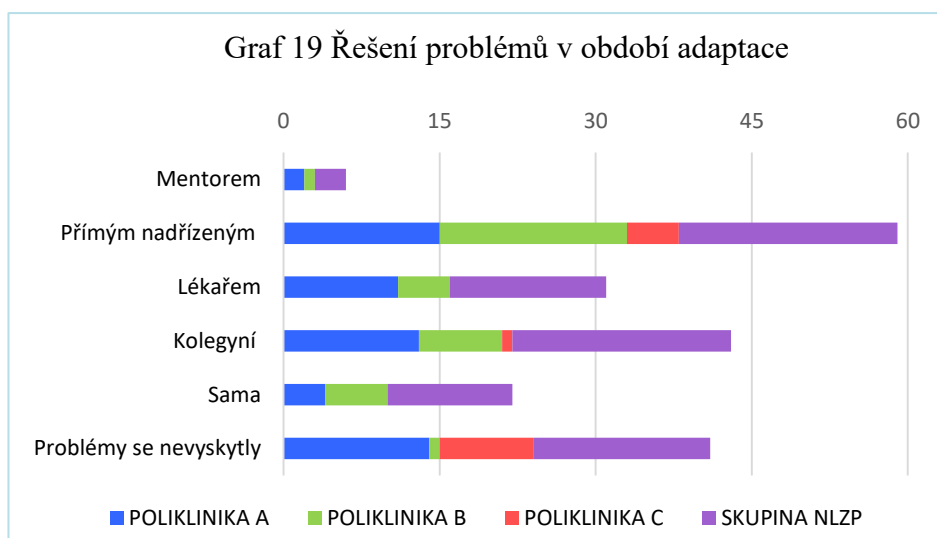
Problematiku adaptačního procesu uzavírá otázka číslo 11: „Pokud se vyskytly problémy v průběhu nástupu na pracoviště, řešila jsem je ve spolupráci“:

Tabulka 11 Řešení pracovních problémů v době adaptace

Řešení problémů v době adaptace	POLIKLINIKA A		POLIKLINIKA B		POLIKLINIKA C		SKUPINA NLZP	
Mentorem	2	5,26 %	1	4,35 %	0	0	3	4,69 %
Přímým nadřízeným	15	39,47 %	18	78,26 %	5	33,33 %	21	32,81 %
Lékařem	11	28,95 %	5	21,74 %	0	0	15	23,44 %
Kolegyní	13	34,21 %	8	34,78 %	1	6,67 %	21	32,81 %
Sama	4	10,53 %	6	26,09 %	0	0	12	18,75 %
Problémy se nevyskytly	14	36,84 %	1	4,35 %	9	60 %	17	26,56 %

Zdroj: Autor

Z tabulky 11 a odpovědí respondentů je zřejmé, že v ambulantním sektoru je funkce mentora využívána minimálně. Pomoc či radu prostřednictvím mentora uvádí pouze cca 5 % respondentů z celé skupiny dotazovaných. Provozním podmínkám ambulantního sektoru vyhovuje daleko více využívat vedení prostřednictvím přímého nadřízeného, tzn. vrchní sestra nebo staniční sestra, což v případě polikliniky B uvádí respondenti v téměř 80 % a ostatní tři skupiny mezi 33-40 %. V roli rádce a pomocníka se dále ocitá samotný lékař, což uvádí nejvíce respondentů polikliniky A (téměř 30 %). Často to bývá rovněž samotná kolegyně, která je uvedena na hranici 33 %. Zhruba 30 % respondentů uvádí, že se problémy během adaptačního období nevyskytly, u polikliniky C, je to celých 60 % respondentů.



Zdroj: Autor

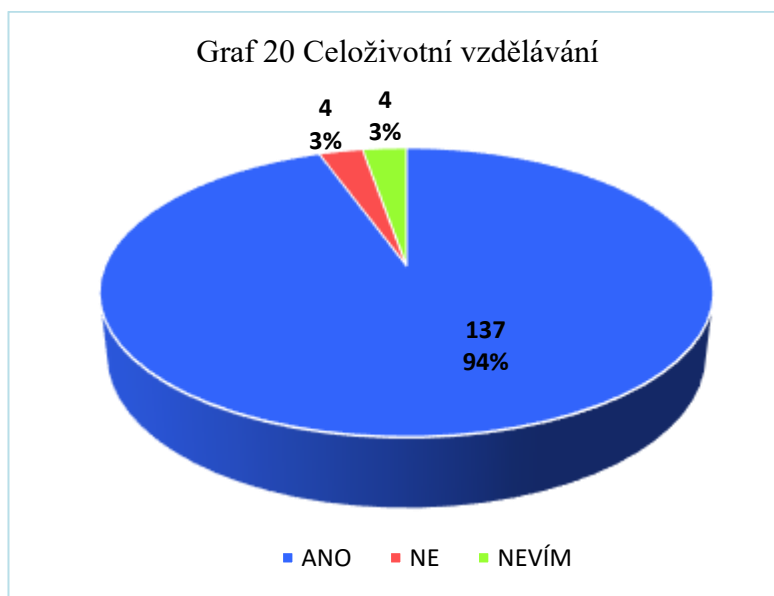
5.2.3 VZDĚLÁVÁNÍ RESPONDENTŮ

První doplňující otázkou zabývající se tématem vzdělávání je otázka číslo 12. Respondenti si mohli zvolit pouze jednu z nabízených odpovědí. Názory respondentů prezentuje tabulka 12. Respondenti odpovídali na otázku: „Vzdělávání ve své profesi vnímám jako nutnost a celoživotní proces“:

Tabulka 12 Celoživotní vzdělávání

Celoživotní vzdělávání	POLIKLINIKA A		POLIKLINIKA B		POLIKLINIKA C		SKUPINA NLZP	
ANO	39	100 %	22	95,66 %	15	100 %	61	89,7 %
NE	0	0	0	0	0	0	4	5,89 %
Nevím	0	0	1	4,34	0	0	3	4,41 %
Celkem	39	100 %	23	100 %	15	100 %	68	100 %

Zdroj: Autor



Zdroj: Autor

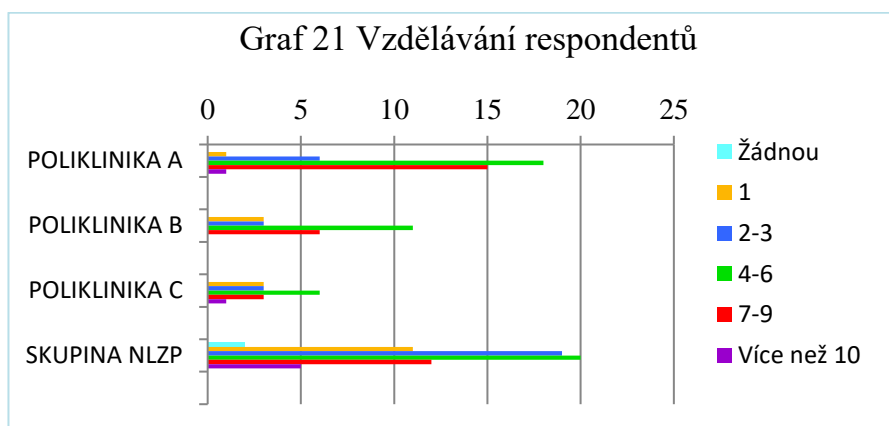
Z grafu 20 a tabulky 12 je zcela patrné, že názor respondentů na celoživotní vzdělávání v rámci své profese je jednoznačný. Celých 94 % respondentů odpovědělo ANO, tedy že vzdělávání bere jako nutnost a celoživotní proces, z toho respondenti skupiny Poliklinika A a Poliklinika C se v tomto názoru shodli ve 100 %. Vyjádření NE projevili respondenti pouze ze skupiny NLZP, tedy 3 % respondentů se domnívá, že tvrzení v otázce 12 není pravdou, tedy nepovažují vzdělávání ve své profesi za nutnost a celoživotní proces. Odpověď NEVÍM zvolili 3 % z celkového počtu respondentů.

Druhou doplňující otázkou byla otázka číslo 13: „Kolik vzdělávacích akcí jste absolvovala za poslední období? (2015 – 2018)“:

Tabulka 13 Vzdělávání respondentů

Vzdělávání respondentů	POLIKLINIKA A		POLIKLINIKA B		POLIKLINIKA C		SKUPINA NLZP	
Žádnou	0	0	0	0	0	0	2	2,9 %
1	1	2,44 %	3	13,04 %	3	18,75 %	11	15,94 %
2 - 3	6	14,62 %	3	13,04 %	3	18,75 %	19	27,53 %
4 - 6	18	43,9 %	11	47,83 %	6	37,5 %	20	28,99 %
7 - 9	15	36,6 %	6	26,09 %	3	18,75 %	12	17,39 %
Více než 10	1	2,44 %	0	0	1	6,25 %	5	7,25 %
Celkem:	41	100 %	23	100 %	16	100 %	69	100 %

Zdroj: Autor



Zdroj: Autor

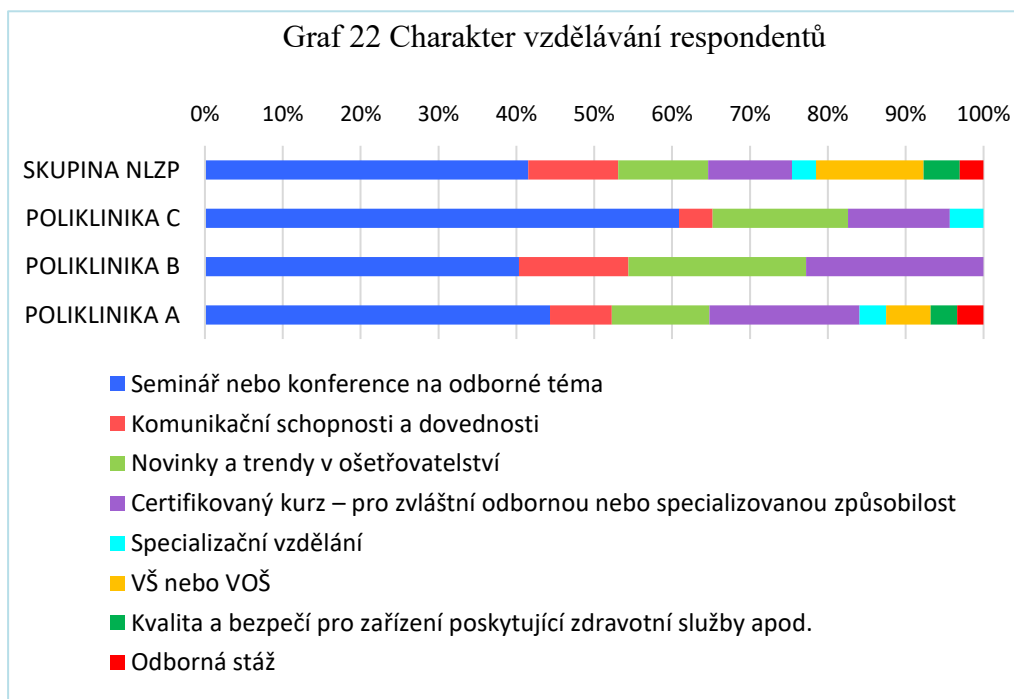
Z odpovědí respondentů je patrné, že vzdělávání nelékařů v ambulantním sektoru probíhá pravidelně a kontinuálně, čemuž odpovídá výsledná tabulka i graf. Ve všech skupinách převládá odpověď respondentů, která zahrnuje 4-6 absolvovaných akcí za poslední tříleté období, z toho u zdravotnického zařízení Poliklinika A se jedná o téměř 45 % respondentů a Poliklinika B zahrnuje téměř 48 % respondentů. Vysoký procentuální poměr je také u odpovědí absolvovaných 7-9 akcí a to u zařízení Poliklinika A – necelých 37 % a Poliklinika B - 26 % respondentů. Respondenti, kteří za poslední období (3 roky) neabsolvovali žádnou vzdělávací akci se vyskytují pouze ve skupině NLZP a to necelé 3 %, přičemž 16 % respondentů odpovědělo, že absolvovali akci pouze jednu. Byla přidána i vlastní, individuální odpověď, která nebyla součástí dotazníku „Více než 10“. Jelikož se vyskytovala hojně, v tabulce je označena modře a dominuje ve skupině NLZP – téměř 8 %.

Třetí doplňující otázkou byla otázka číslo 14, která navazuje na předchozí otázku týkající se vzdělávání: Pokud jste absolvovala vzdělávací akce – s jakým zaměřením?

Tabulka 14 Charakter vzdělávání respondentů

Charakter vzdělání respondentů	POLIKLINIKA A	POLIKLINIKA B	POLIKLINIKA C	SKUPINA NLZP
Seminář nebo konference na odborné téma	39	23	14	54
Komunikační schopnosti a dovednosti	7	8	1	15
Novinky a trendy v ošetrovatelství	11	13	4	15
Certifikovaný kurz pro zvláštní odbornou způsobilost	17	13	3	14
Specializační vzdělání	3	0	1	4
VŠ nebo VOŠ	5	0	0	18
Kvalita a bezpečí pro zařízení poskytující zdravotní služby	3	0	1	6
Odborná stáž	3	0	0	4

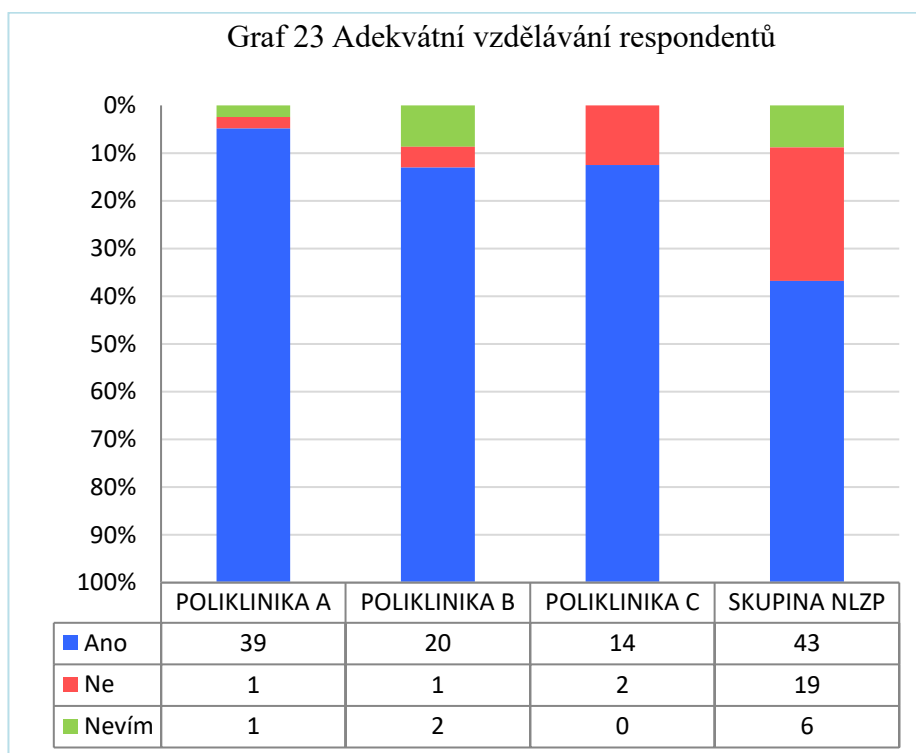
Zdroj: Autor



Zdroj: Autor

Graf 22 procentuálně vypovídá o charakteru vzdělávání absolvovaného za období v letech 2015-2018. Ve všech ZZ převládají vzdělávací akce typu Seminář na odborné téma, v poliklinice C dokonce se 100% účastí respondentů. Mimořádný je výsledek až 50 % v rámci zvyšování kvalifikací. Rozvoj komunikačních schopností je podceňen.

Otázka 15 je poslední otázkou, která navazuje na vzdělávání a měla by vypovídat o individuálním posouzení samotných respondentů ohledně kontinuálního či kvalifikačního vzdělávání v rámci vlastního pracovního zaměření. „Považujete proces současného vzdělávání vzhledem k vykonávané práci za dostačující?“:

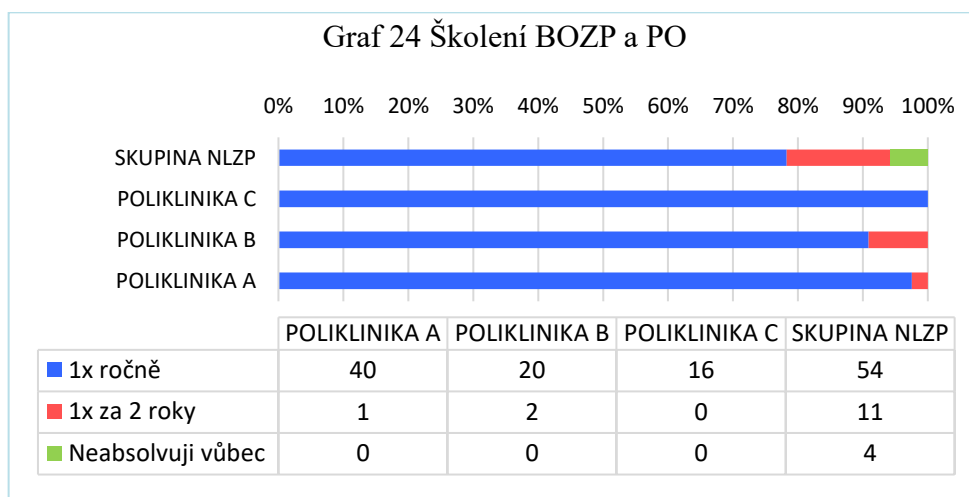


Zdroj: Autor

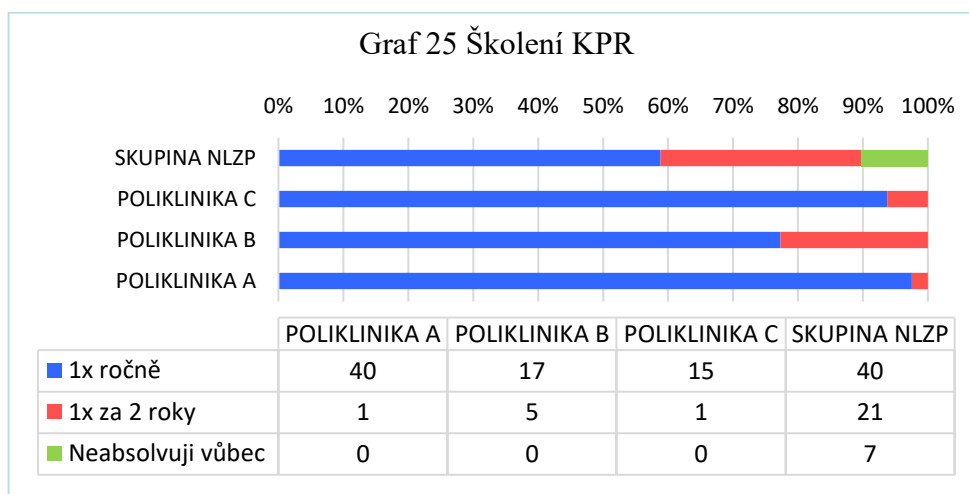
Více než 95 % respondentů ZZ Poliklinika A hodnotí svůj současný vzdělávací proces jako dostačující. Respondenti zdravotnického zařízení Poliklinika B, podobně jako respondenti ZZ Poliklinika C považují svůj dosavadní vzdělávací proces dostačující v 87 %. Ve skupině NLZP se názory liší a vzdělávání se jeví jako dostačující pouze u 63 % respondentů, z toho téměř 30 % respondentů se domnívá, že vzdělávání vzhledem k jejich vykonávané práci není dostačující. Pokud analyzujeme odpovědi respondentů s nedostatečným vzděláváním v rámci odbornosti, jako nedostatečné shledává své vzdělávání 1 fyzioterapeut, 1 praktická sestra, 1 radiologický asistent a 20 všeobecných sester. Pokud skupinu respondentů s nedostatečným vzděláváním rozdělíme dle věku, téměř 57 % respondentů se nachází v kategorii 31-40 let. V kategorii 41-50 let udává své vzdělávání jako nedostatečné téměř 22 % respondentů. Respondenti věkové kategorie 26-30 let jsou zastoupení z 13 %. Poslední skupina s nedostatečným vzdělávacím procesem, tedy téměř 5 % je z kategorie 51-65 let.

5.2.4 RIZIKA V AMBULANTNÍ PRAXI

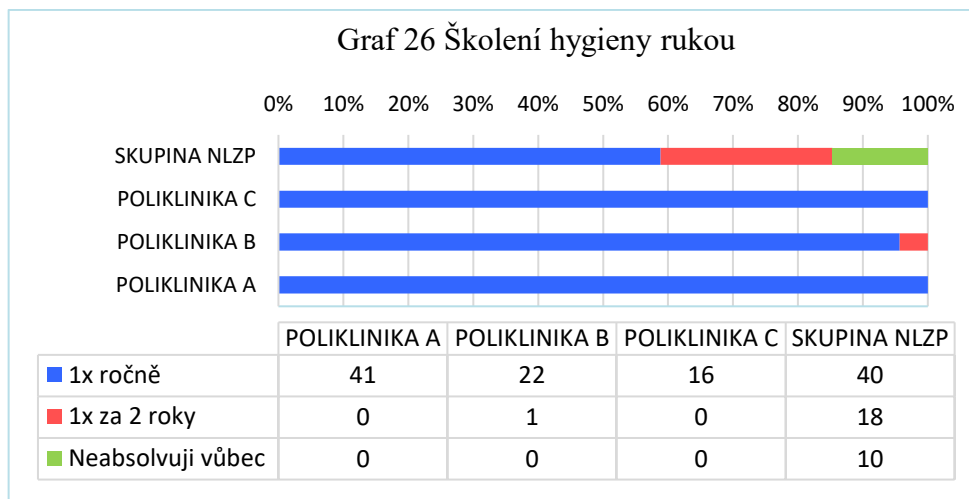
Problematiku adaptačního procesu a rizikového managementu souvisejícího s procesem řízení kvalitní péče shrnují otázky 16–18. Respondenti byli dotazováni na frekvenci školení v rámci BOZP a PO, školení první pomoci a školení hygieny rukou.



Zdroj: Autor

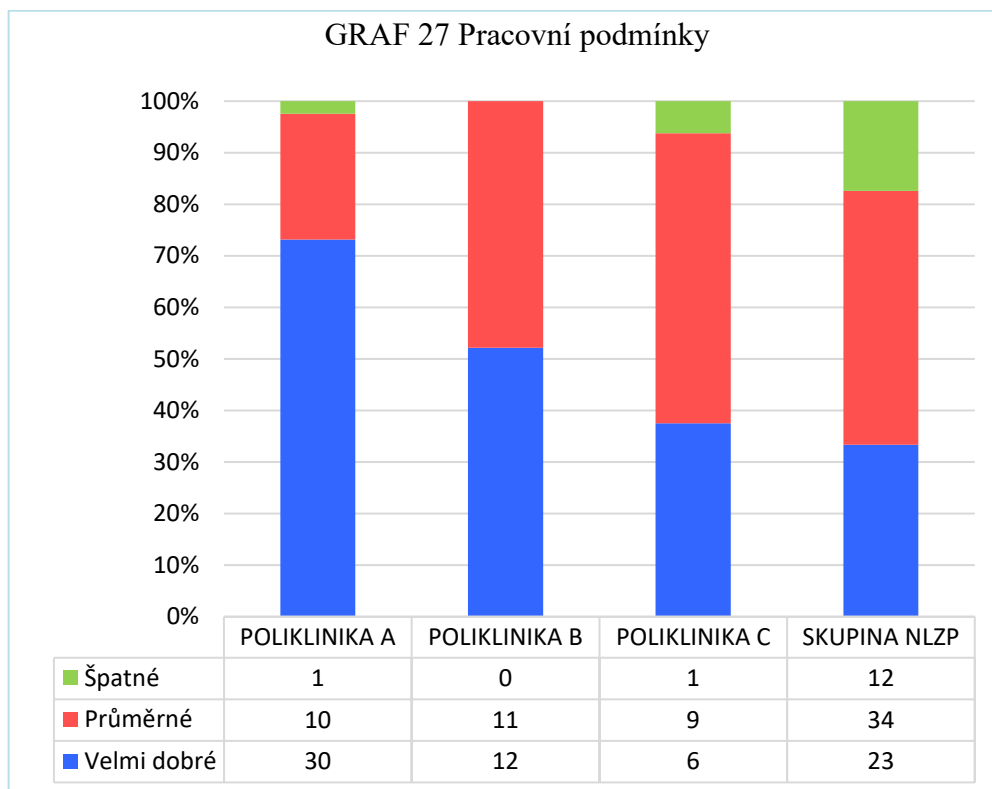


Zdroj: Autor



Zdroj: Autor

Otázky 19-24 uzavírající celou kapitolu problematiky adaptačního procesu a věnují se rovněž rizikovému managementu (Dílčí cíl 4). Stejně, jako předchozí otázky 16-18 budou analyzovány v závěru bakalářské práce. Otázka číslo 19, „Jak hodnotíte své pracovní podmínky?“:

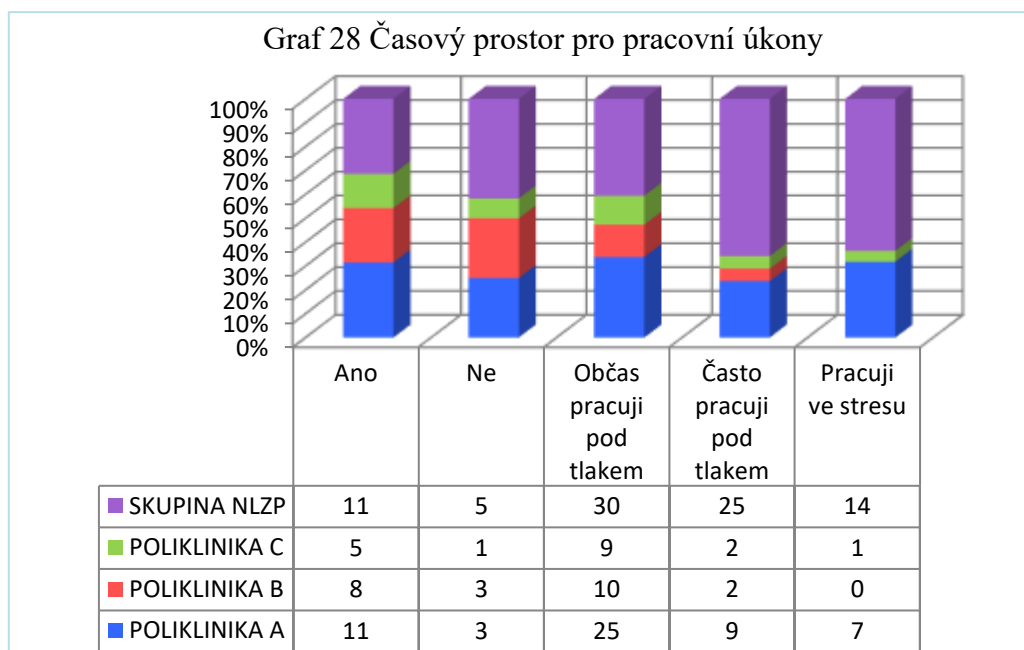


Zdroj: Autor

Zpracovaná analýza otázek 16-18 vypovídá o neuspokojivé účasti respondentů skupiny NLZP při školení v rámci AP a rovněž kontinuálních školení dle koncepčního nastavení (RBC, standard, směrnice) v rámci procesu řízení kvalitní a bezpečné péče.

Otázka pracovních podmínek je hodnocena z odpovědí respondentů v grafu 27 a připojené datové tabulky. Více než 73 % respondentů zdravotnického zařízení Poliklinika A považuje své pracovní podmínky jako zcela ideální a uspokojivé, zatím co téměř celá čtvrtina respondentů charakterizuje své pracovní podmínky, jako průměrné. Respondenti polikliniky B své podmínky z 52 % hodnotí jako velmi dobré a téměř 48 % respondentů považuje své podmínky za průměrné. Skóre pro velmi dobré pracovní podmínky je v ZZ Poliklinika C celkem 37,5 % a pro průměrné pracovní podmínky necelých 57 %. Ve skupině NLZP udává velmi dobré pracovní podmínky pouze 33 % respondentů a průměrné pracovní podmínky necelých 50 % respondentů, přičemž téměř 18 % respondentů své pracovní podmínky hodnotí jako špatné.

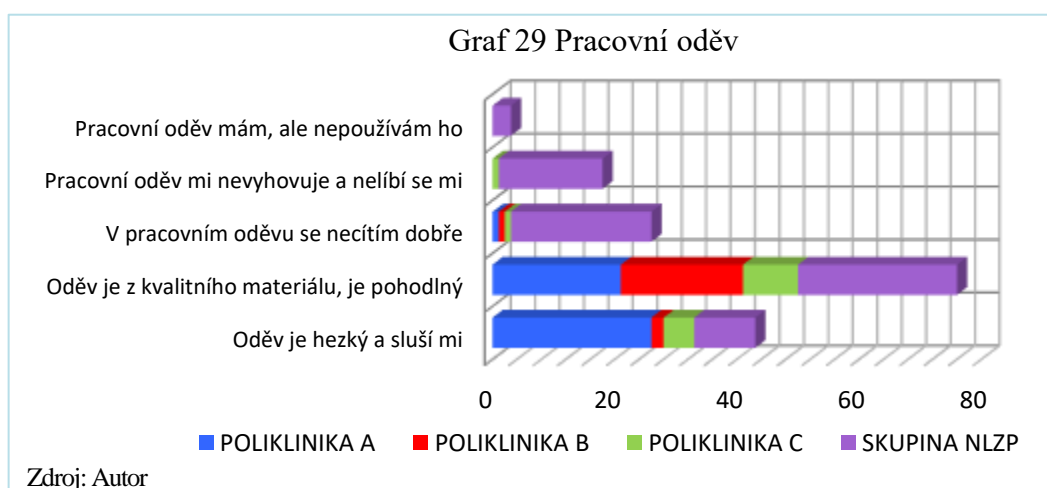
Otázka číslo 20: „Máte dostatek času a prostoru na všechny prováděné úkony?“



Zdroj: Autor

Graf 28 znázorňuje odpovědi respondentů v souvislosti s časovým deficitem v rámci svých profesních činností. Právě nedostatek času pro ošetrovatelské úkony je jedním z významných rizik souvisejících s nelékařským povoláním.

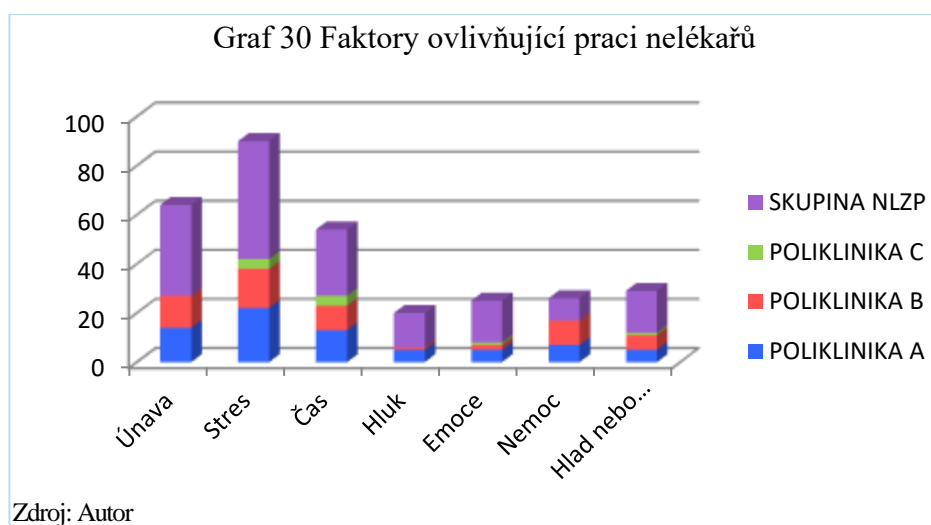
Otázka číslo 21: „Jak vnímáte svůj pracovní oděv – uniformu?“



Zdroj: Autor

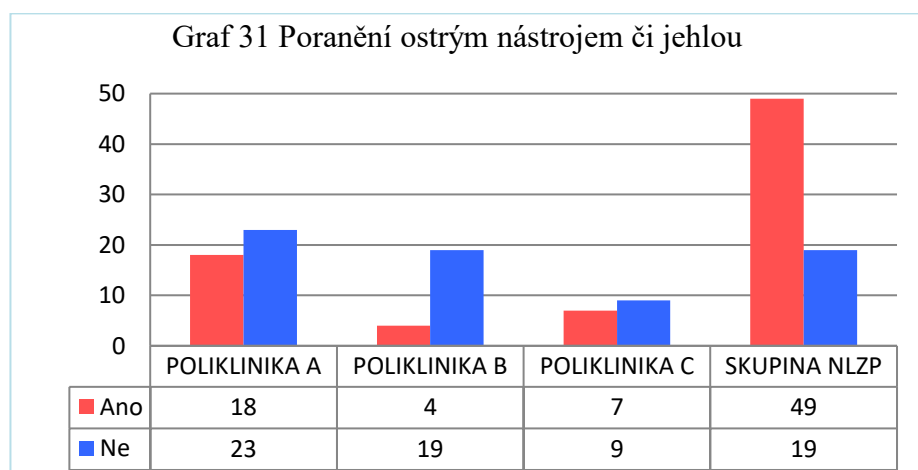
Respondenti polikliniky A jsou s oděvem spokojeni z 97,6 %, pouze dva respondenti by si přáli vzdušnější materiál. Shodné hodnocení je u respondentů polikliniky B. Respondenti polikliniky C jsou s oděvem spokojeni z 87,5 %. Celkem 33 % respondentů skupiny NLZP se v oděvu necítí dobře, pro 25 % je oděv nevyhovující.

Otázka číslo 22: „Ovlivňuje některý z těchto faktorů Vaši práci?“



Všechni respondenti ve všech skupinách se shodli na nejvíce ovlivňujícím faktoru a tím je STRES. Poliklinika A 50 %, Poliklinika B 100 %, Poliklinika C 25 %, Skupina NLZP 70 %. Dalším zásadním faktorem je únava a čas. Posledním významným faktorem je nemoc a hlad či žízeň. Emoce jsou až na posledním místě ve všech zdravotnických zařízeních, kromě Skupina NLZP, kde zvolilo emoce 25 % respondentů. Někteří respondenti doplnili vlastní odpověď: vztahy na pracovišti, přístup lékaře, nesmyslná nařízení, rizika infekce.

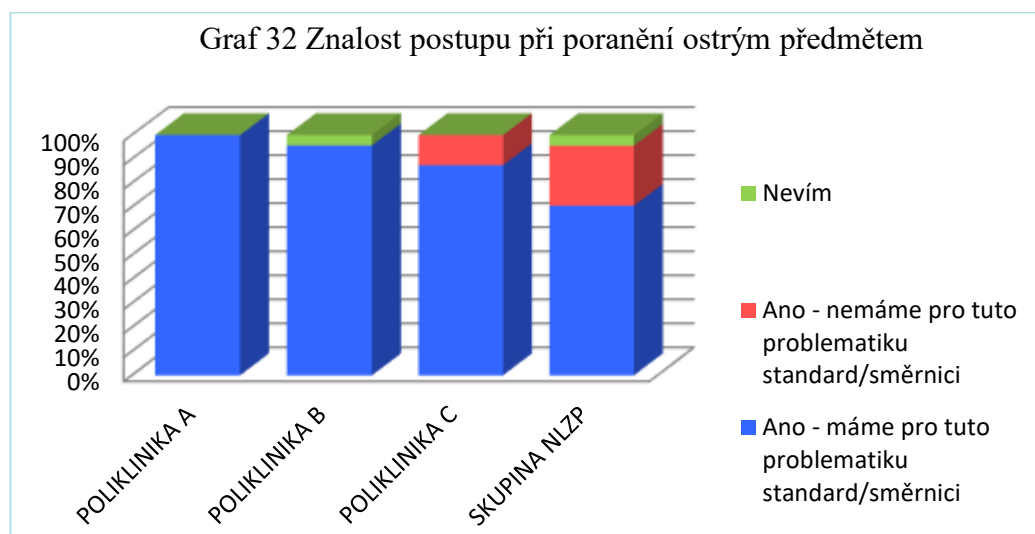
Otázka číslo 23. „Poranila jste se někdy o ostrý nástroj nebo jehlu?“



Zdroj: Autor

Respondenti polikliniky A udávají poranění v počtu 44 %. Respondenti polikliniky B udávají necelých 29 % poranění. Respondentů polikliniky C se poranilo 44 %. Ostrým nástrojem nebo jehlou se poranilo 72 % respondentů ze skupiny NLZP.

Otázka číslo 24 navazuje na předchozí otázku týkající se znalosti směrnice, postupu či standardu ohledně poranění či pracovním úrazu: „Víte jak postupovat při poranění ostrým předmětem nebo jiném pracovním úrazu?“.



Zdroj: Autor

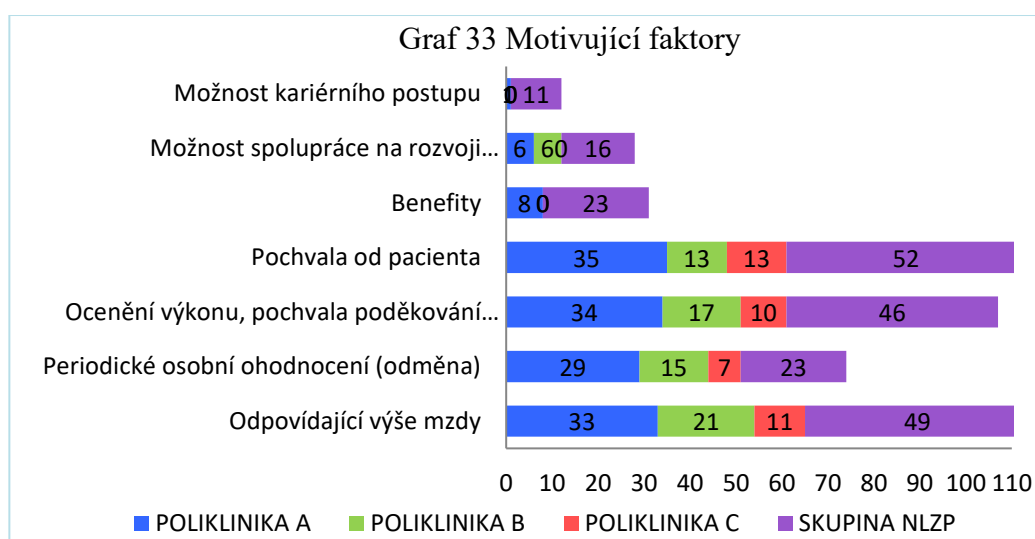
Respondenti zdravotnického zařízení Poliklinika A odpověděli shodně v počtu 100 %, že znají postup při poranění ostrým předmětem či v případě pracovního úrazu a mají pro tento případ události směrnici. Respondenti ZZ Poliklinika B odpověděli shodně, ohledně znalosti postupu a vytvořené směrnice v 96 %, jeden z respondentů zvolil odpověď „nevím“. Zdravotnické zařízení Poliklinika C má kladných odpovědí celkem 87,5 % a 12,5 % respondentů potvrzuje neznalost postupu a domnívá se, že směrnice či standard pro případ poranění není k dispozici. Skupina NLZP ve výsledku udává necelých 71 % respondentů, kteří znalost postupu potvrzují, 25 % respondentů, kteří neznají postupy a neřídí se platnou směrnici či standardem, zbylé 4 % respondentů odpovědělo „nevím“.

5.2.5 MOTIVACE ZAMĚŠTNANCŮ

Jak již bylo zmíněno v teoretické části bakalářské práce, lidské zdroje jsou pro každou společnost klíčové a bez kvalitních zaměstnanců, nemůže žádné zdravotnické zařízení garantovat kvalitní péči. V první řadě je důležité vybrat správného zaměstnance, tj. profesionálně vyzrálou osobnost s jasnými profesními prioritami bez konfliktu rolí a osobnost vyzrálou v sociální oblasti, se správně nastavenými morálními hodnotami, etickými kodexy a rozvinutými měkkými dovednostmi. Správnou adaptací docílíme začlenění další individuality do týmu a společně s ostatními zaměstnanci

rozplánujeme rozvoj profesních dovedností a schopností v rámci kontinuálního vzdělávání a rovněž osobnostního rozvoje. Konečnou fází je stabilizace týmu, která je nutná pro podporu jednotlivce i skupiny – motivace, stimulace, podpora, úcta a respekt. Ani jedna z těchto tří fází personalistiky není jednoduchá, ale zcela rozhodně by měla být souběžným, navazujícím a strategickým procesem efektivního managementu.

Otázka číslo 29: „Co je pro Vás motivující?“ Respondenti měli vybrat čtyři nejpodstatnější faktory nebo přidat vlastní vyjádření:



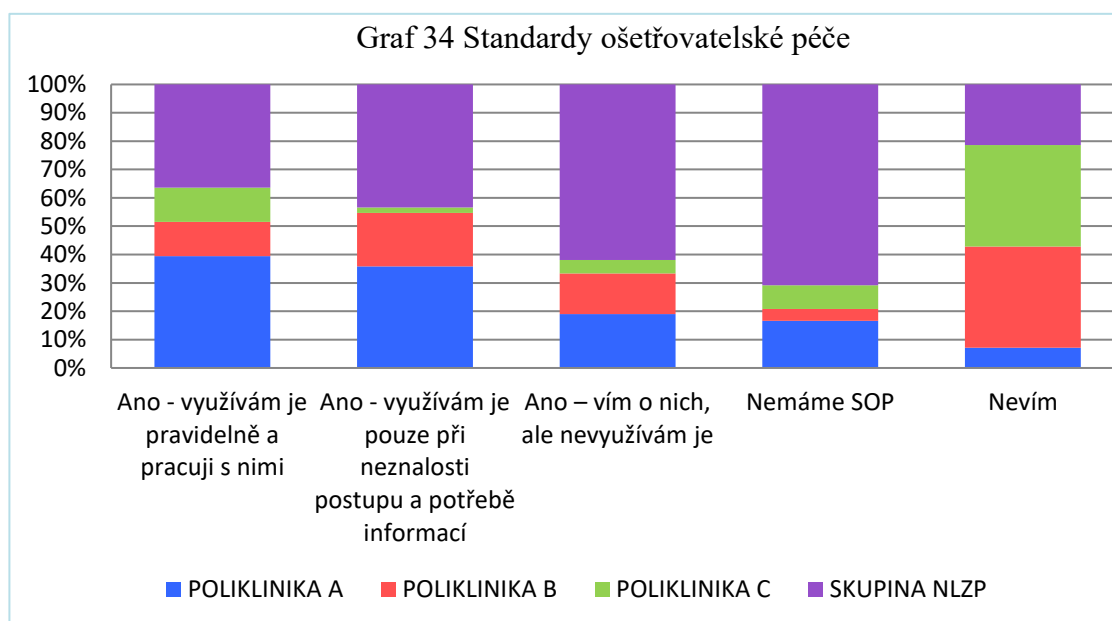
Zdroj: Autor

Pro respondenty polikliniky A je nejdůležitějším motivujícím faktorem pochvala od pacienta, tuto odpověď vybralo 85 % respondentů. Na druhém místě, v těsném závěsu je ocenění výkonu, pochvala a poděkování od nadřízeného – 83 %. Jako třetí motivující složku respondenti vybrali odpovídající výši mzdy (80 %) a periodické ohodnocení, tedy odměnu (73 %). Pro respondenty polikliniky B je nejdůležitějším motivačním faktorem odpovídající výše mzdy v počtu 91 %. Dalším faktorem je ocenění výkonu, pochvala a poděkování od nadřízeného (74 %), periodické ohodnocení (65 %) a pochvala od pacienta (56 %). Respondenti polikliniky C považují za nejvíce motivující pochvalu od pacienta a to celých 82 %, dále odpovídající výši mzdy (69 %), ocenění výkonu, pochvala a poděkování od nadřízeného (63 %) a nakonec periodické ohodnocení, tedy odměnu (44 %). Pro 75 % respondentů skupiny NLZP je hlavní motivující složkou pochvala pacienta. Dále odpovídající výše mzdy (71 %), ocenění výkonu, pochvala a poděkování od nadřízeného (67 %) a na čtvrtém místě je periodická odměna společně s benefity – 33,3 %. Z vlastního vyjádření je doplněno: dobrá atmosféra, skvělý kolektiv, podpora při vzdělávání, jistota práce, skvělý lékař.

5.2.6 STANDARDY V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Jak již bylo definováno v teoretické části bakalářské práce, ošetrovatelský standard je platným nástrojem, postupem či závaznou normou kvalitní ošetrovatelské péče. Umožňuje měřitelné, objektivní hodnocení práce ošetrovatelského personálu, poskytuje jednotnou a správnou metodiku a zároveň umožní sebejistotu při ošetrovatelských činnostech, přičemž je nezanedbatelnou profesní podporou samotného poskytovatele zdravotní péče. Standardní ošetrovatelské postupy (SOP) vyjadřují konsenzus managementu v ošetrovatelství a pracovních týmů, současně je uplatněna multioborová spolupráce. Každý SOP pravidelně prochází kontrolou a je aktualizován, aby splňoval současný systém ošetrovatelského procesu v rámci EBP (Evidence Based Practise) – praxe založená na důkazech.

Otázka číslo 31: „Máte nastaveny standardy ošetrovatelské péče (SOP)?“

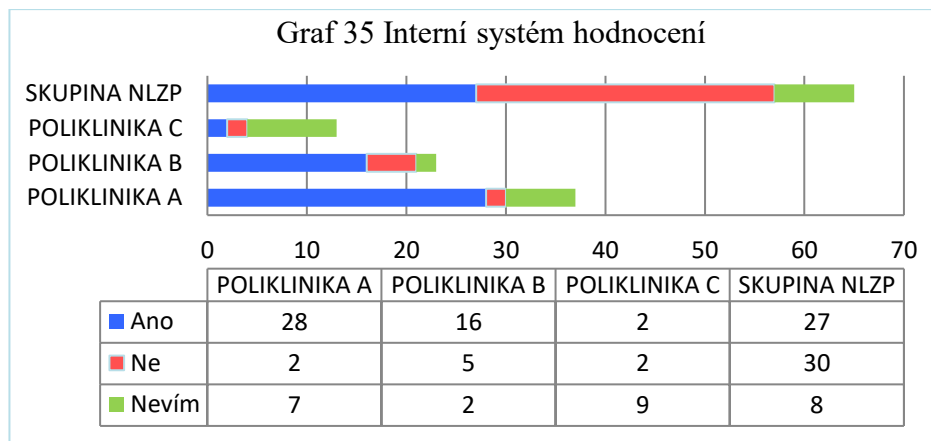


Zdroj: Autor

Využívání standardů ošetrovatelské péče dle grafu 34 není příliš uspokojivé. Nejvíce respondentů užívajících SOP je z zdravotnického zařízení Poliklinika A, zde pravidelně využívá SOP 47 % respondentů, z toho 32 % respondentů při neznalostech postupu a potřebě informací. Pouze 17 % respondentů polikliniky B využívá SOP pravidelně, 44 % respondentů při potřebě informací a neznalosti postupu. Celkem 25 % respondentů polikliniky C využívá SOP pravidelně a necelých 7% příležitostně. Pravidelné využívání SOP uvádí 17 % skupiny NLZP a necelých 34 % respondentů této skupiny využívá SOP příležitostně, přičemž téměř 19 % SOP nevyžívá vůbec.

5.2.7 AUDIT V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

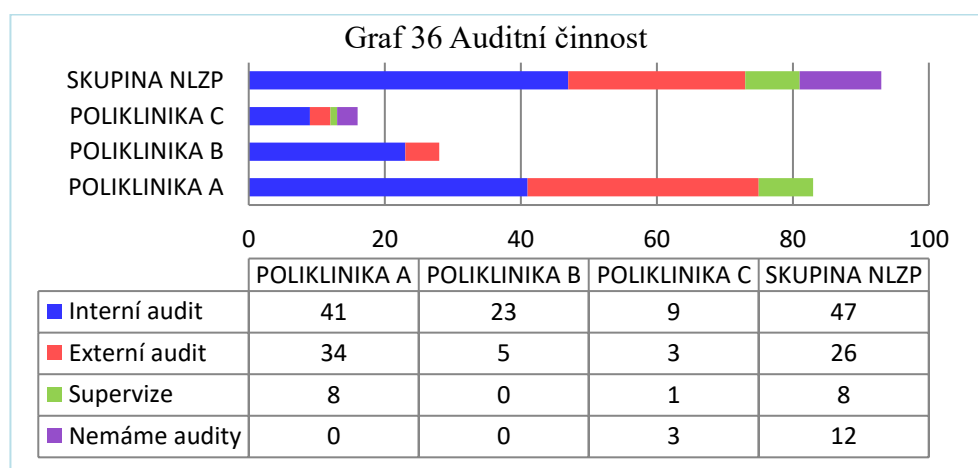
Otázka číslo 30: „Máte zaveden interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb?“



Zdroj: Autor

Z grafu 35 je patrné, že zdravotnické zařízení Poliklinika A a Poliklinika B interní systém hodnocení má a respondenti jsou o něm informováni. Poliklinika C interní systém hodnocení má rovněž zaveden, ale téměř 80 % respondentů o tomto faktu není informováno. Celkem 42 % respondentů skupiny NLZP uvádí, že interní systém hodnocení zaveden je a necelých 46 % respondentů uvedlo, že zaveden není, z toho 12 % respondentů uvedlo „nevím“.

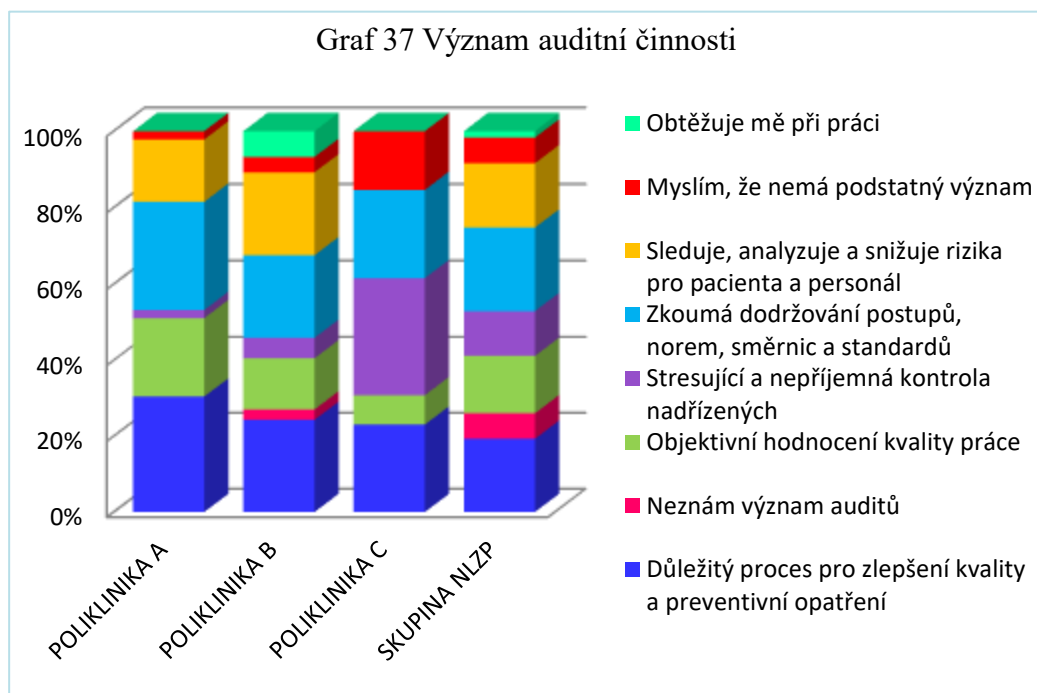
Otázka číslo 32: „Probíhá ve Vašem ZZ supervize, interní nebo externí auditní činnost?“



Zdroj: Autor

Odpovědi respondentů uvedené v grafu 36 korelují s předchozí sestavou vypovídající o implementaci systému hodnocení kvality a bezpečné péče, stejně jako s využíváním standardů ošetrovatelské péče.

Otázka číslo 34: „Jaký význam má podle Vás interní audit“



Z grafu 37 vyplývá, že význam auditní činnosti není respondenty zcela pochopen a pravděpodobně s jeho principy nejsou konkrétně seznámeni. Přidána byla vlastní odpověď respondentů „Obtěžuje mě při práci“, jelikož byla zastoupena v hojném počtu.

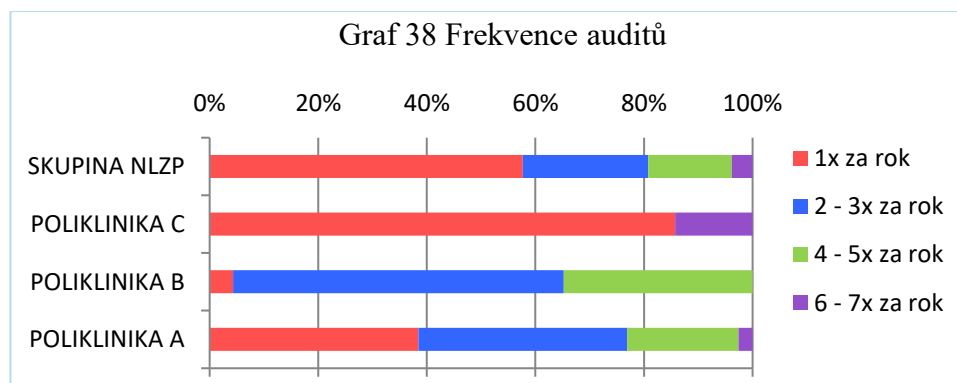
POLIKLINIKA A - respondenti v počtu necelých 69 % hodnotí audit jako důležitý proces pro zlepšení kvality a preventivní opatření, 64 % hodnotí audit jako nástroj pro zkoumání dodržování postupů, norem, směrnic a standardů, 47 % bere audit jako objektivní nástroj k zhodnocení kvality práce, 5 % respondentů si myslí, že je audit bezvýznamný a 5 % respondentů audit stresuje.

POLIKLINIKA B - respondenti v počtu necelých 78 % hodnotí audit jako důležitý proces pro zlepšení kvality a preventivní opatření, 69 % respondentů hodnotí audit jako nástroj pro zkoumání dodržování postupů, norem, směrnic a standardů a stejný počet bere audit jako nástroj pro sledování a analýzu, vedoucí ke snížení rizika pro pacienta i personál, 43 % respondentů shledává audit jako objektivní nástroj k hodnocení kvality práce, 25 % respondentů uvádí, že je audit stresuje a obtěžuje při práci a 13 % si myslí, že je zcela bezvýznamný. Z vlastních vyjádření respondentů: audit je neplánovaná kontrola, která mě stresuje a vyčerpává; stresující a nepříjemná kontrola nadřízených; cílem auditu je spokojený pacient.

POLIKLINIKA C – respondenti v počtu 33 % se k auditní činnosti vyjadřují, jako ke stresující a nepříjemné kontrole nadřízených. Necelých 19 % se přiklání k názoru, že audit je důležitý proces pro zlepšení kvality a preventivní opatření, 19 % respondentů bere audit jako nástroj pro zkoumání dodržování postupů, norem, směrnic a standardů. Celkem 12,5 % respondentů si myslí, že audit nemá žádný význam a pouze 6 % respondentů vidí audit, jako objektivní nástroj pro hodnocení kvality práce.

SKUPINA NLZP - respondenti v počtu necelých 38 % hodnotí audit jako nástroj pro zkoumání dodržování postupů, norem, směrnic a standardů. Necelých 34 % respondentů bere audit jako důležitý proces pro zlepšení kvality a preventivní opatření, 29 % respondentů vidí význam auditní činnosti v sledování a analýze, vedoucí ke snížení rizika pro pacienta i personál, 26 % se domnívá, že audit slouží k objektivnímu hodnocení kvality práce. Necelých 19 % respondentů hodnotí audit jako stresující a nepříjemnou kontrolu, 12 % respondentů nezná význam auditů a stejný počet se domnívá, že audit nemá žádný význam. Z vlastního vyjádření respondentů: odškrtnutá položka pro vedení – plno věcí se dělá jinak; buzerace; vzhledem k tomu, že naše nadřízená reaguje na jakékoli audity neadekvátně, tak celý náš kolektiv velmi stresuje.

Zajímavý je také výstup z otázky číslo 33: „Jak často probíhá audit na Vašem pracovišti?“

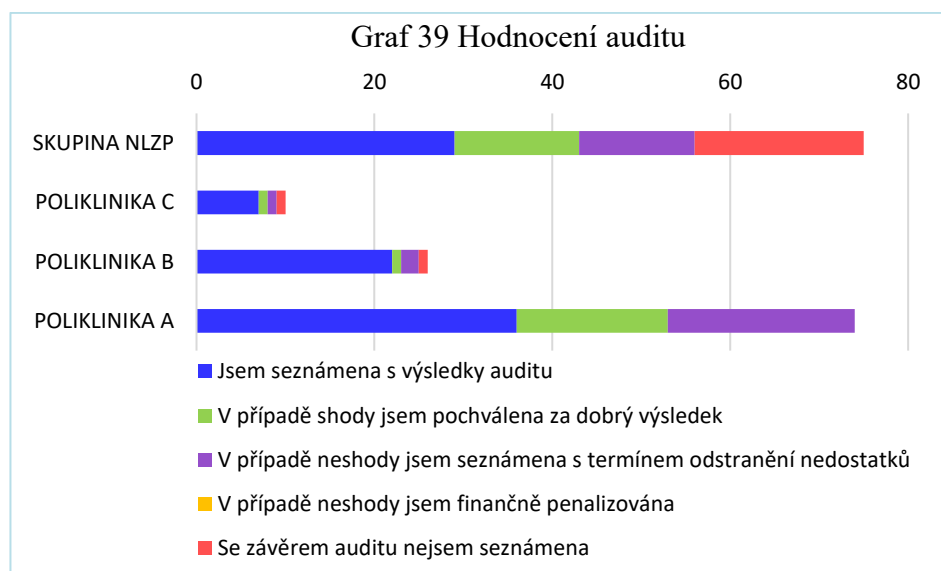


Zdroj: Autor

Audit je nástroj kontrolní, preventivní, edukační a rozvojový, stejně jako bezpečnostní vizita nebo supervize má nezastupitelné místo v procesu řízení rizikového managementu a managementu kvality. Audit slouží jako manažerský nástroj k vyhledávání rizik spojených s provozem, lidskými zdroji a zdravotní péčí v rámci prevence nežádoucích událostí a hodnocení kvalitní a bezpečné péče o pacienta. Posuzuje shodu či neshodu se standardem, plánem a realizací. Objektivně hodnotí kvalitu úrovně implementovaných a stávajících procesů poskytované zdravotní péče.

Respondenti polikliniky A uvedli v počtu 38 %, že auditní činnost probíhá 1x ročně a ve stejném počtu 38 % frekvenci 2-3x za rok, přičemž 21 % respondentů uvedlo frekvenci 4-5x za rok a 3 % frekvenci 6-7x ročně. Respondenti polikliniky B uvedli v počtu 61 %, že auditní činnost probíhá 1x ročně, frekvenci 2-3x za rok označilo 35 % respondentů a 1x za rok 4 % respondentů. Respondenti polikliniky C uvedli v počtu 86 % frekvenci 1x za rok a frekvenci 6-7x za rok označilo 14 % respondentů. Respondenti skupiny NLZP uvedli v počtu 57 %, že auditní činnost probíhá 1x ročně, frekvenci 2-3x za rok označilo 23 % respondentů, frekvenci 4-5x za rok označilo 14 % respondentů, 4 % uvedlo frekvenci 6-7x ročně a 2 % respondentů odpovědělo, že neví.

Poslední otázka uzavírající zkoumané téma směřuje k hodnocení auditu. Otázka číslo 35: „Co následuje po provedeném auditu?“

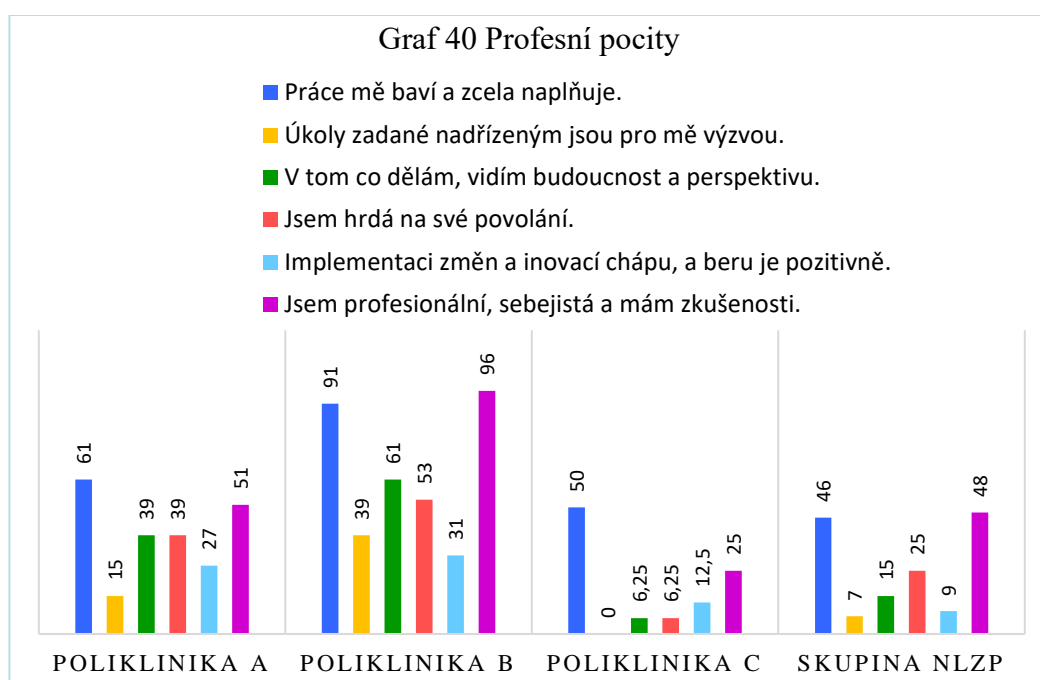


Zdroj: Autor

Necelých 90 % respondentů ZZ Poliklinika A je seznámeno s výsledkem auditu, 51 % je v případě neshody seznámeno s termínem odstranění nedostatků a 42 % respondentů uvedlo, že v případě dobrého výsledku dojde k pochvle. Respondenti polikliniky B jsou seznámeni s výsledky auditu v počtu 96 %, s termínem odstranění nedostatků je seznámeno 9 % respondentů, pochváleno je 4 % respondentů a 4 % respondentů není seznámeno s výsledky. Respondenti zdravotnického zařízení poliklinika C v počtu 70 % sdělují, že byli seznámeni s výsledkem auditu, přičemž 10 % respondentů uvádí, že byli seznámeni s termínem odstranění neshod, 10 % uvádí, že bylo pochváleno v případě shody a 10 % respondentů uvádí, že seznámeno s výsledkem auditu nebylo. Respondenti ze skupiny NLZP v počtu 42 % jsou seznámeni

s výsledkem auditu, 27 % respondentů není seznámeno s výsledky auditu, 20 % respondentů je pochváleno za dobrý výsledek auditu. V případě nehody je 19 % respondentů seznámeno s termínem odstranění.

Doplňkovou otázkou dotazníkového šetření bylo zhodnocení momentálního názoru (pocitu) vzhledem k osobní, profesní a individuální situaci. Otázka číslo 38: „Jak byste vyjádřila své současné profesní pocity? Prosím zaškrtněte definici, u níž odpovíte ANO, nebo přidejte svůj vlastní názor, děkuji.“



Zdroj: Autor

Profesní pravděpodobně velmi dobrá atmosféra panuje převážně v ZZ Poliklinika B, kde 91 % respondentů uvádí, že je práce baví a zcela naplňuje, přičemž celých 96 % respondentů potvrzuje, svou sebejistotu, zkušenosti a profesionalitu. Odpověď „Jsem hrdá na své povolání“ označilo 53 % respondentů, což je největší počet ze všech analyzovaných skupin. Druhým zařízením ambulantního typu, kde jsou odpovědi respondentů v pozitivním rázu je Poliklinika A, jejíž 61 % respondentů práce baví a naplňuje. Respondenti ZZ Poliklinika C jsou velmi skeptičtí v pocitech ke své profesi a pouhých 6 % respondentů je na své povolání hrdé, přičemž ani jeden respondent nevolil odpověď, definující výzvu při úkolech zadaných nadřízeným a pouhých 6 % respondentů vidí ve svém povolání perspektivu. Respondenti skupiny NLZP se cítí v cca 50 % sebejistí a profesionální a ve stejném počtu je uvedeno, že je práce baví a naplňuje. Pouze 25 % respondentů uvedlo, že je hrdé na své povolání, perspektivu a budoucnost ve své činnosti uvádí pouze 15 % respondentů.

5.3 SHRNU TÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Vzhledem k širokému záběru respondentů z hlediska věku, dosaženého vzdělání, pracovních pozic a opravdu široké škály typů ambulantní péče – od primární péče až po vysoce specializovanou péči v samostatných ambulancích či komplexních poliklinických zařízeních je možné soudit, že získaná data mohou objektivně shrnout současný trend využívání koncepčních modelů a metodik v rámci problematiky adaptačního procesu. Zpracovaná data budou doplněna o tvrzení a praxi manažerů získaná z osobních či telefonických rozhovorů.

Dílčím cílem 1 bylo zmapovat, zda adaptační proces v ambulantních zařízeních vůbec probíhá a hned následující otázkou je, zda v ambulancích, vzhledem k nestandardním provozním podmínkám, různorodosti složení zdravotních týmů a charakteru vykonávaných činností vůbec probíhat může. Dle odpovědí respondentů vycházejících z dotazníkového šetření je zcela evidentní, že adaptační proces v ambulancích zcela určitě probíhá, nikoli však ve stoprocentní většině, tj. ve všech zařízeních ambulantního typu a rozhodně neprobíhá podle standardního koncepčního modelu, tedy jednotně, uceleně a systematicky. Využívaný koncepční model či metodika bude u všech třech sledovaných zařízeních definována v další kapitole.

Dílčím cílem 2 bylo zhodnotit postoje nelékařského personálu a managementu k problematice adaptačního a doškolovacího procesu. Otázka číslo 9 byla zaměřena na zhodnocení přínosu adaptačního procesu a nabízela také možnost vlastního vyjádření. Z odpovědí respondentů je patrné, že zhruba 80 % nelékařských pracovníků bere adaptační proces, jako jistý zakódovaný proces (nástroj), který je součástí každého nového nástupu do zaměstnání, či změny pracovní pozice. Respondenti mohli zvolit 1-5 možností z nabízených odpovědí a největší počet respondentů se přiklonilo k přínosu AP v rámci **podpory personálních vztahů a začlenění do kolektivu** a dále **nastavení kompetencí a náplně práce**. Třetím nejvíce preferovaným přínosem bylo **seznámení s organizační strukturou a firemní kulturou**. Všechny výše uvedené faktory jsou klíčové v rámci zaměření adaptačního procesu a je velmi pozitivní, že byly respondenty uvedeny jako přínos. Přesto cca 20 % respondentů uvedlo, že pro ně adaptační proces nebyl nijak přínosný a z doplňujících vlastních odpovědí je uvedeno: „Na adaptační proces není čas; je to zbytečnost; AP nesplnil má očekávání; byla jsem hozena do vody; nepocit’uji, že by mi chyběl; buď se adaptujete nebo odejdete.“ Jedna z odpovědí uvádí,

že adaptační proces neproběhl, ale: „Mnohé by mi usnadnil v nastavení kompetencí a náplně práce a poskytl mi sebejistotu při mých výkonech a zároveň by mě začlenil.“

Dále bylo cílem zhodnotit přístup managementu k problematice adaptačního procesu a doškolovacího procesu zaměstnanců v ambulantním sektoru. Všechny manažerky zastávají stejný postoj a adaptační proces berou jako prvoplánový a účinný proces při adaptaci nového zaměstnance, stejnou váhu má tento proces např. v případě zaměstnance vracějícího se z mateřské dovolené nebo zaměstnance, který mění svou pracovní pozici. Všechny manažerky navíc potvrzují, že adaptační proces defakto přímo navazuje na výběrové řízení a jeho délka i charakter souvisí s provozními podmínkami korelujícími se stávajícími teoretickými a praktickými zkušenostmi a následně s profesními předpoklady či dovednostmi vyžadující konkrétní pracovní pozici, což podporuje model individuálního přístupu k zaměstnanci a jeho profesním potřebám, stejně jako k potřebám k daným ošetrovatelským činnostem v návaznosti na uspokojování potřeb pacienta. Tento přístup tedy v konečném důsledku podporuje správnou strategii procesu řízení kvalitní a bezpečné péče s ohledem na lidské zdroje. Skupina NLZP vykazuje poměr všeobecných sester, pracujících v primární péči nebo v samostatné ambulanci specialisty, kde nejsou koncepční modely či adaptační proces obvyklou praxí. Jak již bylo uvedeno, manažerské zkušenosti a konkrétní koncepční či praktické modely jsou podrobně prezentovány v další kapitole bakalářské práce.

Dílčím cílem 3 bylo vyhodnotit potenciální rizika vyplývající z pozice nelékařských pracovníků v ambulantním zdravotnickém zařízení v kontextu s využitím standardů ošetrovatelské péče, aby nástroje podporujícího kvalitu zdravotní péče. Rizika práce v ambulanci se nijak zvlášť neliší od profesionálních, vnitřních a vnějších rizik souvisejících s ošetrovatelskou péčí v zařízeních nemocničního typu. V ambulantním zařízení předpokládáme menší fyzické zatížení, které vzniká pro ošetrovatelský personál zejména v důsledku péče o imobilního pacienta. Biologická zátěž je podobného charakteru, zvláště pak v některých odbornostech – gastroenterologie, chirurgie, dermatovenerologie, zdravotní laboratoře, odběrové místnosti, infuzní oddělení, atd. Vysokou míru psychické zátěže vykazuje práce tzv. v první linii, tedy přímý kontakt s pacientem s neznámou anamnézou a diagnózou, přicházejícího často s akutním problémem do plánovaných vyšetření, a to ve velmi vysokém počtu. Tento aspekt přináší značný požadavek na komunikační dovednosti, přesnou organizaci, dobrou orientaci a nutnost dobrého plánování. Ambulantní práce rovněž postrádá

přímou, týmovou spoluprací, tedy interdisciplinární tým. Sestra v ambulanci pracuje zcela sama nebo s lékařem a kromě velké administrativní zátěže musí vykonávat mnoho manažerských činností, vyplývajících z provozu ambulance a zastat také zcela netradiční role - funkci uklízečky, sanitáře, ošetřovatele, skladnice, manažera logistiky a často i údržbáře. Při všech těchto činnostech vzniká riziko z přetížení, přepracovanost, únava a při působení stresorů ať již ze strany enormní zátěže, z nedostatku času na vykonávání všech činností nebo ze stresorů vznikajících komunikací, vyplývá možnost potenciálního rizika v podobě chyby, tedy nežádoucí události spojené se zdravotní péčí. Jelikož sestra vykonává mnoho nestandardních a specializovaných činností, měla by mít k dispozici standardní postupy ošetrovatelské péče, aby si byla výkonem jistá, například pokud jeho frekvence není častá, nebo z hlediska implementace moderních trendů a inovací. Někteří respondenti uvedli, že SOP k dispozici nemají, což je zásadním nedostatkem managementu, někteří je nevyužívají, i když jsou k dispozici, což je pravděpodobně záležitostí profení sebereflexe a osobní odpovědnosti, kdy při dlouho vykonávané, rutinní práci si přestáváme uvědomovat riziko a pracujeme v převládajícím vysokém až egoistickém sebevědomí. Není rovněž neobvyklé, že zdravotníci nemají potřebné množství pomůcek ke své práci, ať již se jedná o spotřební zdravotnický materiál nebo osobní ochranné prostředky, jelikož u mnohých manažerů stále převládá zájem nákladové efektivity před prevencí rizik. Zarážející je také situace ohledně pracovních podmínek zaměstnanců ve zdravotnictví, což uvádějí samotní respondenti, přičemž nemožnost odpočinku, chybějící solidní zázemí a nedostatečné kontinuální vzdělávání při takto náročné a namáhavé práci naprosto vylučuje bezchybné jednání. V poslední řadě je to také syndrom vyhoření na základě psychického přetížení a demotivujícího prostředí. Nezdravé klima, nepřátelská atmosféra, mobing a bossing, který nikdo neřeší nebo projevy neúcty k samotnému nelékařskému povolání ze strany laické veřejnosti, či samotných lékařů pouze předurčují rizika spojená s lidským zdrojem, která mohou mít i fatální následky, obzvláště obestřena tím, že přicházejí latentně v souvislosti s absencí přímé týmové spolupráce. Z názorů samotných respondentů při hodnocení svých profesních pocitů vychází smutný výsledek ohledně vztahu k vlastní profesi a rovněž vzhledem k perspektivě vykonávaného povolání, přitom stačí tak málo k profesní satisfakci – poděkování a pochvala pacienta a kladné ohodnocení kvality práce ze strany managementu či spravedlivé finanční ohodnocení.

Dílčím cílem 4 bylo zhodnotit názor/povědomí nelékařského personálu na součást strategického řízení zdravotní péče – audit. Audit je zaměstnanci ve vysoké míře vnímán jako stresující a nepříjemná kontrola, která je obtěžuje, což potvrzuje více než čtvrtina respondentů. Navíc zaměstnanci mají pocit, že je audit zbytečný a neúčinný, což rovněž vyplývá z některých responzí. Potěšitelné je, že dvě třetiny respondentů, procentuální poměr se samozřejmě liší dle zdravotnického zařízení, zná význam auditní činnosti a dokáže audit identifikovat jako nástroj pro objektivní hodnocení kvality práce, prevenci rizik a zlepšování kvality zdravotní péče.

Pakliže má audit sloužit jako nástroj edukační, měl by být jeho smysl a potřeba vždy řádně komunikovány. Jestliže má audit sloužit jako nástroj hodnotící, měl by auditor seznámit auditovaného s osnovou auditu, záměrem, důvodem a výsledkem. Pokud není auditovaný obeznámen, je málo pravděpodobné, že dojde k narovnání neshody, že bude poučen, že byla vytvořena preventivní opatření a že bude učiněno odstranění nedostatků, o čemž zcela zřetelně vypovídají výsledky uvedené v grafu 39, také v souvislosti s výsledky (nedostatečnou frekvencí) z grafu 38. Audit by měl sloužit také jako nástroj pro detekci možných rizik, právě tam, kde je zřetelně nepředpokládáme, nebo tam, kde vzhledem k rutíně vzniká tzv. provozní slepota. Audit je rovněž nepostradatelným personálním nástrojem, kdy můžeme včas odhalit psychické či fyzické přetížení zaměstnance a zároveň zaměstnance stimulovat či motivovat.

5.3.1 MODEL Y ŘÍZENÍ ZKOUMANÝCH SUBJEKTŮ

Poliklinika A – ve zdravotnickém zařízení Poliklinika A probíhá adaptační proces řízený dle metodiky hlavní sestry v součinnosti s manažerem kvality a liniovým managementem od roku 2013. Organizace je akreditována ISO od roku 2012 a opakovaně reakreditována. Oddělení klinické biochemie (OKB) je akreditováno ČIA od roku 2010 a opakovaně reakreditováno. Řízení rizikového managementu a managementu kvality probíhá prostřednictvím směrnic. Metodika adaptačního procesu je součástí Personální směrnice a je řízenou dokumentací. Dokument AP byl revidován a upraven dne 1. ledna 2018 v návaznosti na změnu legislativy. Adaptační proces a doškolovací proces probíhá dle doporučené metodiky MZ ČR v synergii s provozními potřebami zdravotnického zařízení a každé konkrétní ambulance či segmentu. S adaptačním procesem je zaměstnanec seznámen již při výběrovém řízení, tzn. délka AP, průběh AP, hodnocení AP. Seznámen je také s přímým nadřízeným nebo

mentorem. Adaptační proces je ve shodě s doporučenou metodikou a obsahuje hodnotící škálu. Pro všechny manažery je metodickým vodítkem a zaměstnancům garantuje jednotný postup. Přímým nadřízeným se zpravidla stává vrchní sestra, staniční sestra, vedoucí radiologický asistent, vedoucí fyzioterapeut, atd. Mentorem se zpravidla stává zástupová (sekundární) sestra nebo vedoucí sestra, dle okolností daného pracoviště - vždy je to kompetentní a odborně způsobilý zaměstnanec, který postupuje dle předem sestaveného plánu. AP je ústně i písemně hodnocen ideálně 1x týdně, nejméně však 1x za 14 dnů. Zaměstnanec je se všemi fázemi adaptačního procesu seznámen, závěrečný dokument je odsouhlasen všemi účastníky, podepsán a uložen v personální kartě zaměstnance.

Z názoru hlavní sestry vyplývá, že proces adaptace zaměstnanců má stejnou váhu, jako jejich výběr. Do pracovního procesu je tedy vybírán kandidát vhodný konkrétně pro danou pozici. Výběrové řízení probíhá v duchu seznámení obou stran a je zaměřeno na zaměstnance s vysokým kvalifikačním, morálním a osobnostním kreditem, který splňuje minimálně tři letou praxi a chápe požadavky pracovní pozice. Již při výběrovém řízení jsou definována vzájemná očekávání, organizační struktura a firemní kultura. Zaměstnanec je seznámen s konkrétními pracovními podmínkami a náplní práce. Adaptační proces je základem navázání unikátních interpersonálních vztahů a má charakter teoreticko-praktického kontinuálního vzdělávání. Postup adaptačního procesu, plánování, hodnocení, obsah a dokumentace jsou ve shodě s metodikou v příloze A.

Zdravotnické zařízení má vypracovány standardní ošetrovatelské postupy, které jsou k dispozici kdykoli všem zaměstnancům v elektronické nebo tištěné podobě. SOP jsou průběžně revitalizovány hlavní sestrou ve spolupráci s manažerem kvality, vrchními sestrami a vedoucími zaměstnanci multioborového týmu. Kontinuální školení BOZP a PO jsou realizována vždy při nástupu nového zaměstnance či při doškolovacím procesu hlavní sestrou či vedoucími zaměstnanci odborných segmentů, dále vždy 1x ročně ve spolupráci – hlavní sestra – vedoucí zaměstnanci – bezpečnostní technik. Školení KPR a Hygiena rukou vycházejí z vnitropodnikové směrnice a jsou realizována vždy při nástupu nového zaměstnance či při doškolovacím procesu hlavní sestrou či vedoucími zaměstnanci odborných segmentů a kontinuálně probíhají vždy 1x ročně na základě celopodnikových konferencí, které jsou zajišťovány hlavní sestrou. Zdravotnické zařízení pořádá každoročně dne 5. května v rámci příležitosti Mezinárodního dne hygieny rukou edukační akci pro pacienty/klienty

a Mateřské/Základní školy, kdy se návštěvníci zdravotnického zařízení a pozvané výše uvedené instituce účastní školení správných, doporučených postupů hygieny rukou s instruktáží a následným průkazným testem prostřednictvím UV lampy.

Zdravotnické zařízení má zaveden systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Ve zdravotnickém zařízení probíhá interní a externí audit, bezpečnostní vizity a supervize, dle předem sestaveného plánu.

V rámci ročního plánování vycházejícího ze Směrnice o vzdělávání, zahájilo zdravotnické zařízení v lednu 2018 „Vzdělávací projekt Soft skills“ (měkké dovednosti) pro všechny nelékařské profese, který je zaměřen na aktivní naslouchání, umění vyjednávání, efektivní komunikaci a slovní sebeobranu. Školení probíhá v malých skupinách maximálně 15 zaměstnanců v podobě dvoudenní vzdělávací akce pod vedením zkušeného kouče a je rozvržen do roku 2019. Podle potřeby bude projekt prodloužen. Zdravotnické zařízení vysílá své zaměstnance dle ročního plánu na vzdělávací akce pořádané NCO NZO nebo IPVZ (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví), na odborné tématické konference a vybraní zaměstnanci absolvují také vzdělávací akreditované programy pro zvyšování specializovaných odborných kompetencí či přímo specializační vzdělávání, což dokládá tabulka číslo 14. ZZ si připravuje vzdělávací akce také samostatně, většinou na odborné téma, prostřednictvím hlavní sestry a hlavního lékaře. Hlavní sestra a všechny vrchní sestry absolvovaly týdenní vzdělávací akci ke zvýšení kompetencí zdravotnických pracovníků se zaměřením na poskytování kvality a bezpečí zdravotních služeb pořádanou NCO NZO v Brně. ZZ je akreditováno pro výuku studentů nelékařských i lékařských oborů.

Poliklinika B – ve zdravotnickém zařízení Poliklinika B probíhá adaptační proces řízený dle Směrnice zhruba od roku 2012 pod záštitou vrchní sestry, která spolupracuje s manažerkou kvality. Přímým nadřízeným, zodpovědným za vedení AP jsou staniční sestry. Směrnice adaptačního procesu je revidována každý rok a je koncipována pro všeobecné sestry a fyzioterapeuty. Jedná se o řízenou dokumentaci, jejíž součástí je hodnotící škála a bodovací systémem v rozmezí stupnice 1 - 5 (známky jako ve škole), hodnotící jednotlivé teoretické i praktické znalosti a dovednosti nelékařů. Standardní délka adaptačního procesu pro zaměstnance ambulantního sektoru a Home Care je 6 měsíců, v případě neúspěšného bodového hodnocení se prodlužuje až na jeden rok.

V průběhu AP dochází k ústnímu hodnocení. Písemné hodnocení je provedeno vždy na závěr adaptačního procesu a zaměstnanec je s výsledkem seznámen.

Respondenti tohoto zdravotnického zařízení uvedli, že ANO - adaptační proces proběhl a to v největším celkovém počtu všech zkoumaných subjektů 91,3 % (tj. 21 respondentů z 23). Z toho téměř 41 % respondentů uvedlo standardní délku 3 měsíce a 32 % respondentů délku 6 – 9 měsíců. Celkem 70 % respondentů uvedlo, že adaptační proces měl přínos v **seznámení s organizační strukturou a firemní kulturou**, což je dle vrchní sestry základní parametr pro vzájemnou spolupráci. Respondenti polikliniky B uvedli v celkovém počtu téměř 86 %, že adaptační proces vyhodnocen byl, z toho celkem 81 % respondentů uvedlo, že vyhodnocení proběhlo na konci AP. Tuto skutečnost potvrzuje současný koncepční model ZZ v rámci řízení adaptačního procesu.

Vrchní sestra přikládá adaptačnímu procesu velkou váhu a AP bere, jako klíčový nástroj k řízení kvalitní a bezpečné péče. Stejný názor má k procesu doškolovacímu. Zaměstnanci po mateřské dovolené podstupují standardní AP dle Směrnice. Svou důležitou roli má také výběrové řízení, které je základem počínajícího, kvalitního pracovního vztahu. Adepti by měli splnit minimálně tříletou praxi a kromě profesionální erudice by měli vynikat v komunikačních dovednostech. Zdravotnické zařízení ambulantního typu aktuálně prochází přípravnou fází akreditace SAK, přičemž lůžková část zdravotnického zařízení Certifikát Spojené akreditační komise již získala.

Management zdravotnického zařízení aktuálně připravuje standardy a směrnice v rámci akreditačního procesu, které se zaměřují na prevenci rizik a strategické řízení v rámci kvalitní a bezpečné péče a současně kontinuálního vzdělávání zaměstnanců v této problematice. Školení BOZP, PO, KPR a Hygiena rukou vycházejí z resortních bezpečnostních cílů a jsou prováděny vždy v rámci nástupu zaměstnance, v rámci doškolovacího procesu a kontinuálně, tj. každoročně. Na přípravě školení se podílí vrchní sestra společně s manažerkou kvality.

Od roku 2016 probíhá ve zdravotnickém zařízení Projekt se zaměřením na komunikační schopnosti a dovednosti, jako dotační program ESF (Evropské sociální fondy) za podpory Ministerstva zdravotnictví pod vedením zkušeného, erudovaného lektora. Vzdělávací akce je rozdělena do několika odborných programových fází. Projektu se do konce roku 2018 zúčastní všichni zaměstnanci. Vrchní sestra vnímá tuto

vzdělávací akci jako velmi přínosnou. Na vzdělávání zaměstnanců je kladen velký důraz a je plánováno v rámci vnitřního předpisu.

Zdravotnické zařízení má zaveden systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Ve zdravotnickém zařízení probíhá plánovaný interní audit, bezpečnostní vizity a supervize.

Poliklinika C - ve zdravotnickém zařízení Poliklinika C probíhá adaptační proces řízený dle hlavní sestry od roku 2008. Adaptační a doškolovací proces není řízen koncepčním modelem, směrnicí či standardem. AP je plánován individuálně dle potřeby zaměstnanců na schůzce (poradě) managementu, kde je komunikován a rozplánován. Dle potřeb daného oddělení (ambulance) je naplánován termín AP, zpravidla v rozmezí 3-6 měsíců. Během AP a při ukončení AP se provádí hodnocení písemným zápisem, který je součástí personální karty. Pro účel adaptačního procesu není zpracován jednotný koncepční model či metodika. Adaptační proces provádí staniční sestra pod vedením vrchní sestry nebo hlavní sestry. Hodnocení probíhá ve formulaci SPLNĚNO/NESPLNĚNO a vychází z kompetencí a nutných profesních předpokladů a dovedností potřebných pro danou pracovní pozici. Téměř dvě třetiny respondentů tohoto zdravotnického zařízení uvádí, že žádný adaptační proces neměli a téměř 40 % respondentů se domnívá, že AP nemá žádný přínos. Všichni respondenti (100 %) se shodli na tom, že nebyli seznámeni s hodnocením adaptačního procesu.

Hlavní sestra uvádí, že klade důraz na kontinuální vzdělávání zaměstnanců, čemuž odpovídají i výsledné odpovědi respondentů. Management zdravotnického zařízení disponuje standardy ošetrovatelské péče a vnitropodnikovými směrnicemi. Akreditace ČIA je udělana v rámci zdravotní laboratoře. Management se zaměřuje na prevenci rizik a procesy řízení v rámci kvalitní a bezpečné péče. Školení BOZP, PO, KPR a Hygiena rukou jsou prováděny vždy v rámci nástupu zaměstnance, v rámci doškolovacího procesu a kontinuálně, tedy každoročně, což opět potvrzují odpovědi respondentů. Na přípravě školení se podílí hlavní sestra a vrchní sestry. V tomto zdravotnickém zařízení chybí pozice manažera kvality.

Zdravotnické zařízení má zaveden systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb. Ve zdravotnickém zařízení probíhá interní i externí audit a supervize. Kontinuální vzdělávání zaměstnanců je plánováno a je zaměřeno na tématické a odborné konference, novinky a trendy v ošetrovatelství.

Skupina NLZP – jelikož se jedná o skupinu individuálních, jednotlivých nelékařských pracovníků, není možné zcela identifikovat charakter managementu a případné koncepční nastavení adaptačního procesu. Skupina vykazuje respondenty s nejnižším věkem a současně největším počtem respondentů s vysokoškolským vzděláním. Také vykazuje rozdílné názory na adaptační proces a je skupinou, kde AP u téměř poloviny respondentů vůbec neproběhl nebo nebyl organizován, přičemž téměř 40 % respondentů potvrzuje vyhodnocení na konci adaptačního období. Pokud již AP proběhl, shodli se respondenti, že jeho přínosem bylo Nastavení kompetencí a náplně práce. Pouze v této skupině v počtu 6 % respondenti uvedli nesouhlas s tvrzením, že v profesi nelékařského pracovníka je vzdělávání nutnost a celoživotní proces, přičemž paradoxně je v této skupině nejvyšší počet vysokoškoláků a vysoký poměr pracovníků s odbornou a specializovanou způsobilostí, rovněž také převládá charakter vzdělání zaměřený na kvalitu poskytované péče.

V této skupině poměrně vysoký počet respondentů, tedy 50 % uvedlo, že nemají zaveden interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb a auditní činnost, což odpovídá nekonceptnímu nastavení školení BOZP, PO, KPR a Hygiena rukou, které buď probíhá nedostatečně, nebo neprobíhá vůbec. Respondenti v počtu 50 % uvádí průměrné a v počtu téměř 20 % dokonce špatné pracovní podmínky. V této skupině je vykázána vysoká míra rizika z hlediska komfortu při práci (uniforma), nebo vykázanému stresu a poranění ostrým předmětem - čtvrtina respondentů uvádí absenci jednotné směrnice či standardu pro případ úrazu nebo podobné nežádoucí události.

6 DISKUSE

Výsledky průzkumného šetření dokazují, že zatímco v některých zdravotnických zařízeních je adaptační proces obecným strategickým nástrojem, který je funkční již od jeho samotné organizace a plánování, v některých zařízeních či ambulancích nedosahuje jeho existence ani nadpoloviční většiny, či je dokonce nulová. Nástup zaměstnance a jeho seznámení s organizací adaptačního procesu vyhodnocuje tabulka 7 (Obeznamení respondenti s AP zdravotnického zařízení - Poliklinika A **80 %**, Poliklinika B **91 %**, Poliklinika C 43 %, Skupina NLZP 55 %). Adaptační proces začíná v okamžiku nástupu (příjetí) nového zaměstnance na pracoviště a jeho funkcí je zajistit optimální zapracování a přizpůsobení zaměstnance novým pracovním podmínkám organizace, aby

byl schopen se správně, odpovědně a kvalitně podílet na plnění zájmů a cílů dle standardů, personální politiky a firemní kultury dané společnosti (organizace). Z průzkumného šetření je rovněž zcela evidentní, že adaptační proces neprobíhá dle koncepčního modelu organizace či platné metodiky MZ ČR a nemá stanoveno časové schéma. Dalším negativním jevem je nedostatečná komunikace s nastupujícím zaměstnancem, který nebývá seznámen s plánem adaptačního procesu, průběhem adaptačního procesu a velmi často ani s výsledným, závěrečným hodnocením adaptačního procesu. Jelikož jsou výsledky hodnocení respondentů příznivé u zdravotnického zařízení Poliklinika A a zdravotnického zařízení Poliklinika B, kde již došlo k akreditaci a opakované reakreditaci či přípravné fázi části zdravotnického zařízení před akreditací, domnívám se, že tato výsledná analýza podporuje hypotézu, že akreditovaná ZZ budou splňovat ideální koncepční normy v rámci jednotné a platné metodiky. Dále je možné odpovědět na tématickou otázku, tj., že koncepční model adaptačního procesu není standardním nástrojem ve zdravotnickém zařízení ambulantního typu.

Tuto hypotézu rovněž potvrzuje Bc. Tereza Plhoňová (2015) z Univerzity Karlovy v Praze, 1. lékařské fakulty ve své diplomové práci s názvem „Adaptační proces sester pracujících na oddělení intenzivní péče“, která si klade za cíl prozkoumat otázku, zda AP na oddělení JIP (jednotka intenzivní péče) probíhá dle metodiky stanovené ministerstvem zdravotnictví. V závěru praktické části v rámci průzkumného dotazníkového šetření uvádí, že školitel byl přidělen v počáteční fázi AP pouze 80,6 % respondentům, přičemž 100 % vedoucích sester uvedlo, že se při plánování AP řídí platnou metodikou MZ ČR, která uvádí, že každému účastníku adaptačního procesu, bude přidělen školící pracovník. Další zásadní otázkou průzkumného šetření diplomové práce bylo ukončení adaptačního procesu, kdy 6,61 % respondentů uvedlo, že AP nebyl zakončen hodnocením, přičemž metodika MZ ČR doporučuje ukončení AP závěrečným rozhovorem či obhajobou písemné práce. V případě našeho průzkumného šetření bylo prokázáno, že k závěrečnému hodnocení adaptačního procesu nedošlo u 19 % respondentů polikliniky A, u 14 % respondentů polikliniky B a také u 20 % respondentů z nezávislé skupiny. Zarážející jsou odpovědi respondentů zdravotnického zařízení Poliklinika C, kteří uvádějí, že pokud již adaptace proběhla, seznámení s hodnocením nebyli ani v jejím průběhu, ani na konci AP a to celkem v 100 %. V poslední řadě T. Plhoňová porovnává průběh adaptačního procesu dle managementu akreditovaných

ZZ versus ZZ bez akreditace. Akreditovaná zdravotnická zařízení plní průběh AP z 100 %, přičemž ostatní zdravotnická zařízení pouze z 67 %. Tento závěr potvrzuje také naší hypotézu a rovněž vychází z průzkumného šetření.

Tématem adaptačního procesu se také zabývá doktorka Špidurová, která adaptační proces, mentorování a doprovázení nového zaměstnance hodnotí jako klíčový, praktický a nepostradatelný nástroj, včetně všech jeho fází – plánování, organizace, průběžné hodnocení a závěrečné hodnocení, dokumentování. Doktorka Špidurová uvádí studie z Velké Británie a USA, kdy ve všech případech byl shledán adaptační proces (percepting) jako nepostradatelný a účelný nástroj pro adaptaci nových zaměstnanců, obzvláště ve zdravotnictví. V USA AP souvisí s registrací a klinickou supervizí, zejména u sester s praxí do 10 let. Doktorka Špidurová se rovněž odvolává na metodický pokyn MZ ČR č. j. 18537/2009, který legislativně upravuje organizaci, průběh a ukončení AP a rovněž na Zákoník práce, který ukládá zaměstnavateli povinnost zapracovat a zaškolit nové zaměstnance, přičemž je navazujícím článkem kontinuálního vzdělávání, prohlubování dovedností a kvalifikace zaměstnance (ŠPIDUROVÁ, 2015). Plnění kontinuálního vzdělávání dle vyjádření všech respondentů probíhá na dobré úrovni, za období tří let absolovali nelékařští pracovníci v poměru 30 – 50 % celkem 4 – 6 vzdělávacích akcí, v průměru 30 % respondentů uvádí 7 – 9 vzdělávacích akcí. Kontinuální vzdělávání je zaměřeno na odborné a kvalifikační předpoklady a postoj zdravotníků k celoživotnímu vzdělávání, který vyplývá z tabulky 12, je jednoznačně pozitivní.

Diskusi k tématu standardů, auditní činnosti, motivací a stimulací nelékařských pracovníků a rovněž pracovních podmínek bych vedla také prostřednictvím doktorky Špidurové, která shrnula tato témata komplexně ve své knize Doprovázení I. a Doprovázení II. V těchto publikacích je prezentováno několik studií, které zahrnují výše uvedené problémy zejména z profesních oblastí sester. V první řadě je potvrzena teorie o využívání standardů v praxi, kdy z grafu 34 vyplývá výsledek, který není příliš pozitivní a uspokojivý, jelikož využívání standardních postupů ošetrovatelské péče je těsně pod hranicí 50 % u ZZ Poliklinika A, ale u ostatních respondentů již nepřesahuje hranici 25 %. Zarážející je rovněž fakt, že standardní postupy v některých případech k dispozici vůbec nejsou. Doktorka Špidurová vyhodnocuje ochotu ošetrovatelského personálu přijímat nové metodiky, myšlenky a způsoby jako poměrně nízkou, přičemž některé prováděcí dokumenty jsou pouhou formální záležitostí a do praxe nebývají

vůbec uvedeny, což svěčí o neefektivní činnosti managementu všech úrovní, který by měl nést odpovědnost za vytváření ideálních pracovních podmínek, dynamický rozvoj prostředí a preventivní opatření vzhledem k rizikům. Doktorka Špidurová rovněž uvádí výpovědi sester ze studie z roku 2009, kdy se na jedné straně hovoří o akreditacích a usilování o kvalitní a bezpečnou péči, ale na druhé straně je alarmující přístup některých sester z praxe, které nemají zájem pracovat dle doporučených postupů, jelikož jsou zdlouhavé, či na jejich dodržování není dostatek času a polemizuje s myšlenkou, že buď sestry zapoměly na svou odpovědnost a možná také vysoká profesní rizika, či vědomě porušují předpisy tzv. lege artis, což není z žádného jiného oboru takto patrné (architekti, lékaři, právníci), přičemž případná rizika jiných profesí nejsou tak značná a neohrožují samotné pacienty či organizaci. Dalším diskutovaným tématem jsou zhoršující se interpersonální vztahy, rivalita a pracovní nejistota z důsledku zavádějících kontrol – auditů. Z výpovědi respondentek rozsáhlého dotazníkového šetření z roku 2013 realizovaného Českou asociací sester vyplývá, že mezi zásadní faktory problémů ve zdravotnictví patří: nedostatek personálu, časový stres, nemožnost přestávek, špatná organizace práce, tlak pacientů z důvodů dlouhé čekací doby, neúměrná administrativní a byrokratická zátěž, špatná komunikace, zpochybnění autonomie ošetrovatelské profese, nevyhovující a nedostatečné materiální vybavení, nekvalitní pomůcky, nízké finanční ohodnocení a devalvace profese.

Výsledky této studie potvrzují rovněž naše průzkumné šetření, kdy auditní činnost není dobře pochopena, vysvětlena a tedy dostatečně respektována. V současné době je audit nepostradatelným a efektivním nástrojem v procesu řízení kvalitní a bezpečné péče a rovněž v rámci risk managementu. Audit, bezpečnostní vizita či supervize jsou efektivní a klíčové nástroje a jako takové je potřeba je uvést do praxe.

Pracovní podmínky sester z grafu 27 vypovídají o neuspokojivé situaci (17 % respondentů skupiny NLZP uvádí špatné pracovní podmínky). Doktorka Špidurová uvádí 15 % responsí udávajících nevyhovující materiální a technické vybavení pracoviště, nekvalitní pomůcky a materiál a nedostatečné finanční zázemí. Stejně neuspokojivé je také vyhodnocení našeho šetření v rámci podceňování profesních a provozních rizik, kdy nedochází k základnímu ani kontinuálnímu školením personálu v rámci BOZP a PO (6 % respondentů školení vůbec neabsolvuje, 16 % respondentů absolvuje školení 1x za dva roky), KPR (10 % respondentů neabsolvuje vůbec a 26, 5 % respondentů 1x za dva roky) a hygieny rukou (15 % respondentů skupiny NLZP

neabsolvuje školení vůbec, 27 % respondentů 1x za dva roky). Frekvence kontinuálních školení souvisejících s eliminací a prevencí rizik neodpovídá požadavkům, pevně zakotveným v legislativě.

Ze studie o prevenci poranění ostrými předměty ve zdravotnictví v ČR, kterou iniciovala ČAS ve spolupráci s pracovní skupinou Bezpečnost personálu a ostatními profesními organizacemi v období let 2009-2010 a v roce 2012, vychází jasné, enormní riziko v rámci profesní zátěže s možností následných komplikací v případně expozice a přenosu profesionálních nákaz s možným trvalým poškozením zdraví pro ošetrovatelský personál. Bodná poranění jsou nejčastějším pracovním úrazem zdravotníků všech profesí, proto je nutné se řídit stanovenou metodikou a rozvíjet povědomí a znalosti nelékařského personálu v rámci dodržování standardních postupů a eliminovat rizika používáním bezpečných pomůcek a ochranných osobních pomůcek. Problematikou prevence bodných poranění se systematicky zabývá také Rada Evropské unie, která vydala směrnici 2010/32/EU, platnou od 11. května 2013 ve které ukládá všem členským státům EU zpracovat právní předpisy, které zahrnují úkoly pro zaměstnavatele a zaměstnance, jak dosáhnout co nejbezpečnějších pracovních podmínek pro zdravotníky i pacienty a předcházet bodným poraněním všemi typy ostrých předmětů. Studie prokazuje, že k poranění dochází v souvislosti zejména s profesí sester, v důsledku pracovního stresu, v souvislosti s časovým deficitem, nedodržováním standardních postupů a nedostupností osobních ochranných pomůcek, což vychází z řady také zahraničních studií. Problematika poranění je vázána také na medicínský obor: centrální operační sály (77 %), akutní medicína (75 %), intenzivní péče (64 %), chirurgie (66 %), interna (61 %), ambulantní péče (51 %). Poranění vzniká nejčastěji injekční jehlou (85,7 %), dále pak jde převážně o sklo, např.: ampule, skleněné předměty nebo pomůcky. Pokud tedy chceme efektivně postupovat v oblasti prevencí rizik, je žádoucí, aby management, ale i samotný personál převzal za tuto problematiku odpovědnost a vzhledem k trvalým profesním rizikům zavedl preventivní opatření v podobě metodiky, standardu či jednotných postupů vycházejících z legislativy. S těmito postupy je důležité seznámit zdravotní personál a dodržování interních postupů také kontinuálně kontrolovat a revidovat. Přes opakované, průkazné profesní riziko a vysokou míru poranění uváděných z početných místních i zahraničních zdrojů uvádí 25 % respondentů nezávislé skupiny naší studie, že neznají postup při poranění ostrým předmětem a nemohou se řídit platným standardem či směrnicí.

6.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Adaptace v ambulanci nemůže probíhat zcela standardně. Všeobecnou praxí je, že ambulantní tým tvoří sestra a lékař. Dlouhodobá přítomnost dalšího člena, byť zdravotního týmu (mentora, vrchní sestry) je tedy z důvodu privátních dat a intimity pacienta nežádoucí. Proto je důležité osvětlit charakter činností na konkrétním pracovišti již při přijímacím pohovoru, včetně nároků, které budou kladeny na zaměstnance a přesných informací jaká očekávání by měla být naplněna. **Dobrou praxí je ukázka pracoviště**, pomůcek, přístrojů a organizace práce již v rámci výběrového řízení a přijímacího pohovoru. Sestra seznámená s obsahem práce a pracovištěm, může sama nejlépe posoudit, zda pro ni bude právě tato činnost vyhovující. **Adaptační proces je zahájen v okamžiku nástupu** zaměstnance do pracovního procesu a jeho organizace je řádně naplánována, s čímž je zaměstnanec vždy seznámen.

Základní definicí pro dobrý průběh adaptačního procesu je: Pracovník přesně zná obsah a rozsah své role, pracovník zná očekávání od pracovní pozice, pracovník je seznámen s provozním prostředím a organizací, pracovník má pro výkon povolání dostatečné předpoklady.

Pro nového zaměstnance by nová role a související profesní a provozní záležitosti neměly být komplikací, ale spíše výzvou. **Je tedy nutné zvolit správného školitele**, takového, který bude disponovat dostatečnými profesními schopnostmi, bude se správně orientovat v oboru ošetrovatelství a bude dobře znát profesní role. Důležité jsou rovněž komunikační dovednosti a kultivovaný, profesionální projev. Mentor musí být pro nového zaměstnance oporou, rádcem, pedagogem a vzorem. Školitel vytváří takové adaptační podmínky, aby nový zaměstnanec dosáhl rychlého přizpůsobení a dokázal profesionálně odolat tlaku v rámci neznámého pracovního prostředí. Nutné je respektovat individualitu zaměstnance, domluvit se včas na postupech, plánování a organizaci realizace či implementace inovací a úkolů. Účastnit se řešení konfliktů, nespokojenost sdělovat taktně a ohleduplně, zcela individuálně. Důležitý je dosah pomoci či rady, navozené optimistické klima a přátelská, otevřená komunikace.

Adaptace je procesem, který poskytne rovněž **možnost sebepoznání**. Pokud si uvědomujeme své vlastnosti, schopnosti, ale i nedostatky, můžeme usměrňovat své pocity, jednání a rozhodování. Každý z ošetrovatelů a pečovatелů, kdo chce pochopit a umět poznat lidi kolem sebe, musí umět nejdříve poznat sebe samotného. Umění

aktivně naslouchat a oteřeně komunikovat dodává zpětnou vazbu a prostor k sebereflexi i psychohygieně. Mentor zhodnotí povahové rysy, temperament, sociální percepci, schopnost týmové spolupráce, individuální přístup a strategické řešení konfliktů. Sebepoznání je důležité pro osobnostní stabilitu. Dobře adaptovaný a motivovaný zaměstnanec pomůže následně stabilizovat celý tým. I k tomu slouží adaptační proces, k sebepoznání a poznání těch druhých – pacienta, lékaře, kolegyně a ostatních členů celé pracovní rodiny.

Součástí AP a DP je průběžné hodnocení zaměstnance, nejlépe formou rozhovoru a kladením otázek. Důležité je i **závěrečné hodnocení**, kdy je zkoumána účinnost, kvalita a dostatečnost adaptačního procesu. Může se konat formou pohovoru či písemného ověření znalostí. S hodnocením seznámíme zaměstnance a vypracujeme dokumentaci, která musí být řádně archivována. Pro optimální řešení adaptačního procesu byla vypracována Metodika adaptačního a doškolovacího procesu (příloha A), která může sloužit jako elementární nástroj pro management všech úrovní a podpořit řízení prevence rizik a proces řízení kvalitní a bezpečné péče. Cíle teoretické i praktické části bakalářské práce byly splněny.

Zdravotnictví v ČR je aktuálně na velmi dobré úrovni, můžeme s hrdostí konstatovat, že propastný rozdíl 25-30 let v době porevolučního období byl v rámci proaktivního jednání schopných osobností, které umožnili dynamický rozvoj medicíny a ošetrovatelství srovnán na úroveň poskytované péče s vyspělými západními zeměmi. Deficit, který stále trvá je v implementaci změn, např.: procesů řízení, standardizace péče či implementace hodnotících nástrojů a technologií. Roku 1975 byly Společnou akreditační komisí JCAH v USA vydány standardy pro akreditaci ambulantních zařízení. Akreditační standardy pro ambulantní zdravotnická zařízení v ČR jsou platné od 1. ledna 2010. První dva Resortní bezpečnostní cíle pro ambulance byly vydány v roce 2010 a následně doplněny až v roce 2016. Z výsledků průzkumného šetření je zřejmé, že využívání těchto prvků v rámci procesů řízení kvality péče stále není standardní praxí, přitom jde o velmi zásadní a dobře formulovanou metodiku, jednotnou a zároveň dostupnou pro všechna zdravotnická zařízení.

*„Jednej tak, aby maxima tvé vůle mohla zároveň platit,
jako princip všeobecného zákona.“ (Immanuel Kant)*

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala kvalitní a bezpečnou péčí v ambulantním sektoru od historického období až po současnost. Nynější systém managementu jakosti je zaměřen na zákazníka/pacienta/klienta procesním přístupem, který vyžaduje systémový přístup managementu, zapojení všech pracovníků, snahu o neustálé a trvalé zlepšování, profesionální přístup k implementaci a řízení efektivního hodnotícího systému založeného na faktech. Dále pak odborný a erudovaný přístup s otevřenou komunikací a důvěryhodné, profesionální interpersonální vztahy, jelikož spolupráce všech zaměstnanců na všech úrovních je nezbytnou podmínkou pro plné využití jejich potenciálu a implementaci inovací.

Základem změn je dobrá a jasná informovanost, včetně ověřování (nikoli předpokládání) pochopení principů a významu spolupráce a stanovených cílů v rámci procesů řízení kvalitní a bezpečné péče, aby byly funkční, využitelné, spolehlivé, hospodárné a bezpečné.

Aby jakékoli společnosti či organizace co nejlépe fungovaly, je nutné jejich činnost upravit normami, které musí být obecně závazné. Implementované standardy, normy či koncepce následně upravují a regulují základní neprávnické modely, např.: pravidla chování, jednání, vystupování a etické či morální kodexy a dále modely právní (zákony, směrnice a vnitřní předpisy), které poskytují jednotný a funkční model profesionální firemní kultury. To znamená, že je nutné dodržovat všichni pracovníci dané společnosti a je třeba s nimi zaměstnance důkladně seznámit. K tomu nám dává prostor právě adaptační proces a jeho provádění v praxi v rámci koncepčního modelu.

Není potřeba nahlížet hluboko do historie abychom si uvědomili, že každá pomáhající profese si zaslouží úctu. Ošetřovatelství a role sestry prošly za svou existenci nespočetnými druhy proměn, souvisejících s válečným obdobím, náboženstvím, politickou a ekonomickou situací. Přesto, že se sestra velmi brzy stala nepostradatelným a velmi cenným článkem zdravotnictví, často bývala odsouvána do pozadí medicíny se zařazením druhotné či pomocné linie lékařské praxe. Ošetřovatelství zaujímá stěžejní roli ve zdravotnictví od historie až po současnost, má svůj opodstatněný význam, své definované cíle a jeho představitelé nesou odpovědnost za to nejcenější - lidské zdraví a jeho determinanty. Jako takové by ošetřovatelství mělo mít

své společenské postavení vyplývající z hodnoty poslání, nejvyšší morální status, jistou úroveň a všeobecný respekt. Ošetrovatelství má svou cennou historii a významné osobnosti. V kontextu s vysokou profesní úrovní, odbornou náročností povolání a charakterem činností a rolí jde o prestižní profesi, jejíž hodnoty je potřeba udržovat, podporovat a chránit.

Povolání zdravotních sester patří mezi jedno z nejnáročnějších také z pozice pregraduálního a postgraduálního vzdělávání. Rovněž z hlediska celoživotního profesního výkonu v rámci vlastní, osobní investice, prostřednictvím fyzického, psychického, morálního a etického potenciálu, vycházejícího z role pomáhajícího. Povolání sestry se odráží v rovině odborné a převážně lidské. Mělo by tedy dojít k přímé úměře v systému motivů a zisků. Každý jednotlivý ošetrovatel, který věnuje své celoživotní osobní i odborné a kvalifikované umění pro zrození života, podporu zdraví či záchranu života, se musí stát hrdým profesionálem, nikoli obětí povolání.

Zásadní faktory ovlivňující kvalitu souvisí se zavedením interní kontroly řízení, preventivními opatřeními, eliminací rizik pro pacienta i personál, kvalitní infrastrukturou a dostupnou metodologií. Přidanou hodnotu kvalitní péče také určuje obsah činnosti a specifika zdravotní péče v jednotě s korektní komunikací, profesionálním přístupem a empatickým, uctivým jednáním, které respektuje autonomii a práva pacienta, stejně jako jeho rodiny a blízkých.

Úspěch poskytované kvalitní péče závisí na lidských a materiálních faktorech. Lidské faktory jsou ovlivňovány kvalitou a rozsahem znalostí, kontinuálním vzděláváním, efektivní komunikací, interpersonálními vztahy, dostatečnou motivací či stimulací, spravedlivým ohodnocením a bezpochyby dostatečným počtem personálu a správným rozložením ošetrovatelského týmu.

Závěrem mohu konstatovat, že kvalita ošetrovatelské péče je společným cílem manažerů i zaměstnanců, stejně jako naplnění hodnot samotného ošetrovatelského poslání. Autonomie sestry, její profesní erudice, sebejistota a profesionalita vytváří samotný smysl a hodnotu ošetrovatelského povolání, které v součinnosti s profesionálním managementem v ošetrovatelství a efektivně nastavenými procesy řízení kvality a rizik mohou garantovat vysokou kvalitní a bezpečnou zdravotní péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMERICAN COLLEGE OF SURGEON, 1996-2018. *Archives and History*. Chicago, IL60611-311. [online]. [cit. 2017-09-12]. Dostupné: <<https://www.facs.org/about-acs/archives>>.

AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 2018. *Nursing Quality. Professional Standards*. [online]. [cit. 2017-17-12]. Dostupné: <<https://www.nursingworld.org/ana/about-ana/standards>>.

BÁRTLOVÁ, S. a kol., 2010. *Vztah sestry – lékař*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-526-6.

BEST, M. at al, 2004. *Heroes and martyrs of Quality and safety*. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Us National Library of Medicine. Quality and safety in health care. [online]. [cit. 2017-08-12]. Dostupné: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals>>.

BERWICK, S. at al, 2016. *Evaluating the Quality of Medical Care*. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Us National Library of Medicine. Quality and safety in health care. [online]. [cit. 2017-16-12]. Dostupné: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911723>>.

BLAŽEK, L., *Management. Organizování, rozhodování, plánování – 2. Rozšířené vydání*. Praha: Garada. ISBN 978-80-247-4429-2.

BRABCOVÁ, S., 2016. *Vznik a vývoj ošetrovatelských uniforem*. Ústí nad Labem: Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z. [online]. [cit. 2017-16-12]. Dostupné: <<http://docplayer.cz/18275841-Vznik-a-vyvoj-oseetrovatelskych-uniforem>>.

BURDA, P., 2014. *Krizová komunikace s agresivním a hostilním pacientem*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-564-8.

CIPRO, M., 2015. *Psychoanalytické koučování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5350-8.

ČESKO, 2004. Ministerstvo zdravotnictví. *Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*. [online]. Dostupné: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>>.

ČESKO, 2009. Ministerstvo zdravotnictví. *Věstník č. 9. Koncepce ošetrovatelství*. [online]. [cit. 2017-15-12]. Dostupné: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html>.

ČESKO, 2011. Ministerstvo zdravotnictví. *Vyhláška č. 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dostupné: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>>.

ČESKO, 2012. Ministerstvo zdravotnictví. *Věstník č. 5/2012. Metodický návod - hygiena rukou při poskytování zdravotní péče.* [online]. [cit. 2017-15-10]. Dostupné: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html>

ČESKO, 2012. Ministerstvo zdravotnictví. *Věstník č. 5/2012. Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.* [online]. [cit. 2017-16-10]. Dostupné: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2012_6452_2510_11.html>.

ČESKO, 2013. Ministerstvo zdravotnictví. *Postupy neodkladné resuscitace v rámci zdravotnických zařízení.* Dostupné: <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/knihovnadoporuceni-pro-bezpecnou-praxi_10014_3245_29.html>

ČESKO, 2015. Ministerstvo zdravotnictví. *Věstník č. 16/2015. Interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb – metodický návod pro sebehodnocení.* [online]. [cit. 2017-16-10]. Dostupné: <<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c16/2015>>.

ČESKO, 2016. Ministerstvo zdravotnictví. *Věstník č. 7/2016. Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.* Dostupné: <http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/dokumenty/narodni-system-hlaseni-nezadoucich-udalosti_7504_3206_29.html>

ČESKO, 2017. Ministerstvo zdravotnictví. *Věstník č. 13/2017. Metodické doporučení k uskutečňování doškolení po přerušení výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka.* [online]. [cit. 2017-18-11]. Dostupné: <<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c-13/2017>>.

ČESKO, 2017. Ministerstvo zdravotnictví. *Zákon č. 201/2017 Sb.* ze dne 1. září 2017. Zákon, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). [online]. [cit. 2017-06-09]. Dostupné: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>>.

ČESKO, 2006. Zákoník práce. *Zákon č. 262/2006 Sb.* [online]. [cit. 2017-11-09]. Dostupné: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>>.

ČESKÝ INSTITUT PRO AKREDITACI (ČIA), 2016. *25 let akreditačního systému 1991-2016.* ČIA. ISBN 978-80-906419-0-7.

- GURKOVÁ, Elena a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-053-0.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2006. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-363-5.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ, 2013. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-063-9.
- HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80247-4032-4.
- HERBER, Otto a Irena KOUŘILOVÁ, Irena, 2016. Interní systém hodnocení kvality pro ambulantní sféru. *Practicus*, 15 (6), 7-8. ISSN 1213-8711.
- HEŘMANOVÁ, J. a kol., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HOLČÍK, J. a kol., 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-575-4.
- HULKOVÁ, V., 2016. *Štandardizácia v ošetrovatel'stve*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9082-9.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2016. *Sestry: Hybná síla změn*. Geneva: Switzerland. ISBN 978-92-95099-8. [online]. [cit. 2017-17-12]. Dostupné: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/mezinarodni-den-sester-12kveten_3094_3.html>.
- JAROŠOVÁ, D., 2006. *Základy managementu v ošetrovatel'ství*. Ostrava: Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta.
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ. ISBN 80-7071-231-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 1995. *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-187-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
- LAHNEROVÁ, D., 2012. *Asertivita pro manažery. Jak využít pozitivní asertivní komunikace k dosažení svých cílů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4406-3.
- MANAGEMENT RIZIK VE ZDRAVOTNICTVÍ. E-časopis. ISSN 2570-6926. Dostupné: <<https://www.e-mrvz.cz>>.

MARKOVÁ, M., 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-545-7.

MARX, D. a kol., 2010. *Národní akreditační standardy pro ambulantní zařízení*. Spojená akreditační komise, o. p. s., 1. vydání. Dostupné: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace>>.

MARX David a František VLČEK, 2010. *Šestero dobrých rad pro zdravotnická zařízení*. Medical Tribune 1/2010. [online]. [cit. 2017-12-10]. Dostupné: <<https://www.tribune.cz/clanek/16362>>.

MATÝŠKOVÁ, M. a kol., 2002. *Systém managementu jakosti. Využití v laboratoři*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-367-8.

MÁŠOVÁ, Renata a Markéta HAVRDLÍKOVÁ, 2009. *Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána*. Sestra, 19 (9), 19-20. ISSN 1210-0404.

MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5589-2.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Národní soustava povolání. Otevřená, dostupná databáze. [online]. [cit. 2017-02-09]. Dostupné: <www.nsp.cz>.

MLÁDKOVÁ, L. a kol., 2009. *Management*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-230-1.

NĚMCOVÁ, Jitka a Jana BOROŇOVÁ, 2011. *Repetitorium ošetrovatelství (programovaný text)*. Plzeň: Maurea. ISBN 978-80-902876-7-9.

NĚMCOVÁ, J. a kol., 2017. *Skripta k předmětům Výzkum v ošetrovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci*. 4. Doplněné vydání. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. ISBN 978-80-905728-1-2.

OECD, 2014. *Rewiews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising Standards*. OECD Publishing. ISBN 978-92-64-20860. [online]. [cit. 2017-11-10]. Dostupné: <<https://www.oecd-ilibrary.org>>.

OLDŘICHOVÁ, L., 2006. *Syndrom vyhoření hrozí každé sestře*. Medical Tribune 28/26. [online]. [cit. 2017-11-08]. Dostupné: <<https://www.tribune.cz/clanek/9293-pro-sestry-syndrom-vyhoreni-hrozi-kazde-sestre>>.

PLAMÍNEK, J., 2015. *Tajemství motivace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5515-1.

PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 278-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, I. a kol., 2012. *Management v ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.

PLHOŇOVÁ, T., 2015. *Adaptační proces sester pracujících na oddělení intenzivní péče*. Praha: Diplomová práce. Karlova univerzita. 1. lékařská fakulta, Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči. [online]. [cit. 2017-21-12]. Dostupné: <<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/66096>>.

PODSTATOVÁ, R., 2017. *Hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb lůžkové zdravotní péče*. ČSAZ. [online]. [cit. 2017-21-10]. Dostupné: <<http://www.csaz.cz/cinnosti>>.

POCHYLÁ, K., 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-420-8.

POKORNÁ, A., 2011. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-524-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BATŮNĚK, 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5471-0.

ŘÍHOVÁ, M. a kol., 2005. *Kapitoly z dějin lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1021-3.

SAK, 2017. O jehlu či skalpel se v posledních dvou letech poranilo 35 % sester, úraz ale vždy nahlásila jen polovina. [online]. [cit. 2017-20-09]. Dostupné: <<http://www.sakcr.cz/cz-main/napsali-o-nas/rok-2017>>. In: Zdravotnický deník 04. 04. 2017.

SCRUBS, 2017. *6 Soft Skills Necessary For Hardworking Nurses*. [online]. [cit. 2017-25-10]. Dostupné: <<http://scrubsmag.com/6-soft-skills-necessary-for-hardworking-nurses>>.

SELANDERS, L., 2018. *Florence Nightingale. Lady of the Lamp*. Encyclopaedia Britannica, Biographies, Article History. [online]. [cit. 2017-28-10]. Dostupné: <<https://www.britannica.com/biography/Florence-Nightingale>>.

SEZNAM ŠKOL. [online]. [cit. 2017-28-09]. Dostupné: <http://www.seznamskol.eu>.

STAŇKOVÁ, M. a kol., 1997. *Lemon 3. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče*. Roč. 13. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-244-2.

STAŇKOVÁ, M., 2001. *České ošetrovatelství 7: Galerie historických osobností*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-329-5.

STAŇKOVÁ, M., 2003. *Z historie charitativní a řádové ošetrovatelské péče*. Roč. 13. Praha: Sestra. ISSN 1210-0404.

STAŇKOVÁ, Klára a Viera HULKOVÁ, 2014. *Bezpečnost práce sestry v ambulantním zdravotnickém zařízení*. Zdravotnictví a medicína, č. 19 (Sestra), XIII příl. ISSN 2336-2987.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, 2011. *Příručka k osnově o bezpečí pacientů*. Multiprofesní edice. WHO: Ženeva. ISBN 978-92-4-150195-8. Dostupné: <<http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/dokumenty/ministerstvo-nabizi-ceskou-verzi-vyukovou-publikaci-who-o-bezpeci-pacientu>>.

ŠEVČOVIČOVÁ, Andrea a Martina EMÖDIOVÁ, 2016. *Motivácia sestier pre výkon povolania*. Florence, č. 10. Ročník XII. Praha: Ambit Media, a. s.

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

ŠKUBOVÁ, Jarmila a Helena CHVÁTALOVÁ, 2004. *Sestra – O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-407-0.

ŠPAČKOVÁ, A., 2012. *Umění dialogu. Jak si s lidmi opravdu porozumět*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3810-9.

ŠPIDUROVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7

ŠPIDUROVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0

ŠRAJEROVÁ, L., 2012. *Standardy a jejich význam v péči*. Hradec Králové. Diplomová práce. Karlova univerzita. Lékařská fakulta, Ošetrovatelství. [online]. [cit. 2017-29-09]. Dostupné: <<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/50527>>.

ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0062-0.

Tcert, 2013. *Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, standardy pro lůžkovou zdravotní péči*. [online]. [cit. 2017-25-08]. Dostupné: <<http://www.tcert.cz/index.php/cz/specialni-sluzby#zdravpece>>.

THE W. EDWARDS DEMING INSTITUTE, 2018. *Deming The man*. [online]. [cit. 2017-25-09]. Dostupné: <<https://deming.org/deming/deming-the-man>>.

THE JOINT COMMISSION, 2017. *Over a Century of Quality and Safety. History of The Joint Commission*. Chicago, Illinois. [online]. [cit. 2017-25-09]. Dostupné: <https://www.jointcommission.org/about_us/history.aspx>.

TRNČÁK, E., 2006. *Katolická charita v České republice po roce 1989*. Diplomová práce. Praha: Husitská teologická fakulta. Univerzita Karlova v Praze. Dostupné: <<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/74809>>.

ÚZIS, 2018. *Projekt DRG Restart*. Praha: MZ ČR. [online]. Dostupné: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/porady-managementu-nelekarskych-zdravotnickych-povolani>>.

VÁLKOVÁ, M., 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: IPVZ. Projekt Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Odborné vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků I. Číslo projektu: CZ.1.04/1.1.00/D3.00004.

VÁŇA, P., 2006. *Řízení kvality péče, možností je více*. Zdravotnictví a medicína. [online]. [cit. 2017-25-09]. Dostupné: <<http://www.zdravi.euro.cz/denni-zpravy/komentare>>.

VÁŇOVÁ, V., 2016. *Dějiny ošetrovatelství. Skripta pro studenty*. [online]. [cit. 2017-21-09]. Dostupné: <<http://docplayer.cz/983985-Knihy-a-jine-materialy-opatrene-poznamky>>.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4080-9.

VÉVODA, J. a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

VLČEK, F., 2015. *Indikátory kvality – Jak na ně v akreditovaném zařízení*. Brno: NCO NZO.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3132-2.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHOVÁ, Veronika a Dagmar ŠKOCHOVÁ, 2013. *Bezpečnost personálu. Situace bezpečnosti práce nelékařských pracovníků se zaměřením na bodná poranění*. Praha: Braunoviny 3/2013. 1. chirurgická klinika, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Dostupné: <<https://bezpecnostpersonalu.cz/temata/rizika-profesionalni-nakazy/>>

ZÍTKOVÁ, M. a kol., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5091-1.

PŘÍLOHY

Příloha A – Metodický návod adaptačního procesu	I
Příloha B – Dotazník k bakalářské práci	X
Příloha C – Resortní bezpečnostní cíle pro ambulantní zdravotnická zařízení	XVII
Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů	XXI
Příloha E – Žádost o umožnění sběru dat	XXII
Příloha F – Rešeršní protokol	XXIII

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5



PŘÍLOHA A

METODICKÝ NÁVOD ADAPTAČNÍHO PROCESU PRO AMBULANTNÍ ZAŘÍZENÍ

Zpracoval: Michaela Horáková

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

ADAPTAČNÍ PROCES

Standardní postup pro realizaci adaptačního procesu při nástupu nového nelékařského zdravotnického pracovníka či jiného odborného pracovníka do zdravotnického zařízení,
nebo
pro realizaci doškolení při přeřazení zaměstnance na jiné pracoviště, nebo při změně charakteru činností zaměstnance, nebo při přerušení výkonu povolání ve zdravotnickém zařízení
Mediconal a. s.

OBSAH

ADAPTAČNÍ PROCES	II
1. ADAPTAČNÍ PROCES.....	III
1.1. Adaptační proces (AP) definice	III
1.2. Role mentora	III
1.3. Realizace AP.....	III
1.4. Hodnocení AP.....	IV
1.5. Evaluace AP.....	IV
2. DOŠKOLOVACÍ PROCES.....	IV
2.1. Doškolovací proces (DP)	IV
2.2. Role školitele:.....	IV
2.3. Realizace DP	V
2.4. Hodnocení a evaluace DP	V
3. DOKUMENTACE.....	V
4. HODNOCENÍ.....	VI
5. LEGISLATIVA	VII
Obsah příloh.....	VII
ADAPTAČNÍ PLÁN	VIII
PLÁN DOŠKOLOVACÍHO PROCESU.....	IX

Zpracoval: Hlavní sestra		Schválil: Ředitel společnosti	
Řízený dokument - archivace: Mediconal a. s. Personální oddělení	Odpovědná osoba: Vedoucí sekretariátu	Podpis odpovědné osoby:	

1. ADAPTAČNÍ PROCES

1.1. Adaptační proces (AP) definice

Adaptační proces je proces optimálního začlenění nově nastupujícího zaměstnance do pracovního procesu, včetně důkladného seznámení s pracovním prostředím.

Adaptace je důležitý systematický proces, který poskytne novému zaměstnanci prostor pro začlenění do nového kolektivu a umožní seznámení zaměstnance s novým pracovním prostředím. Pomůže zaměstnanci v orientaci v ambulanci, v segmentu a celé organizaci. Podpoří správně navázat vztahy s nadřízeným, kolegy a ostatními členy zdravotnického i nezdravotnického týmu.

Správně vedená a monitorovaná adaptace slouží k prověření aktuálně nabitých vědomostí, rozšíření a zdokonalení schopností pro bezchybný výkon profese, pomůže v kolektivní orientaci, pomůže k personifikaci, seznámí s firemní kulturou a organizační strukturou, rovněž podpoří jistotu v definici kompetencí a rolí.

1.2. Role mentora

Mentor (přímý nadřízený) pracuje podle předem sestaveného plánu a zaměstnance průběžně seznamuje s činnostmi konkrétního pracoviště a vizí společnosti. Cílem adaptace je také poznat osobnost zaměstnance, jeho postoje, jednání, priority a podpořit psychosociální percepcie a emoční stabilitu.

Manažer (staniční, vrchní sestra) jsou v roli mentora, který přímo vede zaměstnance v rámci osvojení nových profesních činností a dovedností. Mentor vytváří takové adaptační podmínky, aby nový zaměstnanec dosáhl rychlého přizpůsobení a dokázal profesionálně odolat tlaku v rámci neznámého pracovního prostředí. Klade důraz na dosah pomoci či rady, navozuje optimistické klima a podporuje přátelskou a otevřenou komunikaci, aby nová role a související neznámé profesní a provozní prostředí nebyly komplikací, ale spíše výzvou. V průběhu adaptačního procesu vedoucí pracovník odborně vede nového zaměstnance, poskytuje mu praktické a cenné rady, předává profesionální zkušenosti v rámci nejlepší praxe a zaměstnance hodnotí. Důležitá je rovněž motivace a stanovení reálných plánů.

1.3. Realizace AP

Adaptační proces je prvoplánově sestaven na **3. měsíce**.

Pokud se jedná o specializované pracoviště, nebo segment vyžadující vysoce odborné či specializované činnosti, bude časový rámec upraven, dle individuálních potřeb zaměstnance, např.: na rozmezí 6 – 12 měsíců.

Náměstek ošetrovatelské péče (hlavní sestra) určí zodpovědnou osobu (vrchní sestra, přímý nadřízený) zodpovědnou za realizaci, průběh a evaluaci AP. Zodpovědný vedoucí pracovník je způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání, včetně monitorovaných činností a sestaví plán adaptačního procesu dle předem definované dokumentace (viz příloha 1). S průběhem AP, jeho strukturou a obsahem je zaměstnanec seznámen ihned při nástupu na pracoviště.

1.4. Hodnocení AP

Hodnocení adaptačního procesu probíhá formou rozhovoru, nebo prověřením praktických dovedností s využitím hodnotící škály, ideálně v intervalu 1x týdně - nejméně však 1x měsíčně.

Pokud tento stanovený interval neumožňují provozní okolnosti, např.: činnosti zaměstnance nebo mentora, bude zvolen individuální plán, dle osobních a provozních potřeb konkrétního zaměstnance. Časový rámec hodnocení je součástí procesu plánování AP, tudíž bude evidován v dokumentaci. O průběhu AP je pravidelně informován manažer ošetrovatelství (hlavní sestra).

1.5. Evaluace AP

Ukončení adaptačního procesu je vázáno na celkovém zhodnocení adaptace ze strany manažera, mentora i zaměstnance. Adaptační proces je ukončen zápisem do dokumentace, jehož součástí je závěrečné hodnocení AP a případná doporučení pro prohloubení či doplnění znalostí a dovedností, v rámci specifické činnosti konkrétního pracoviště.

Pokud reálné znalosti, dovednosti a schopnosti zaměstnance neodpovídají požadavkům zaměstnavatele na danou pozici a nedošlo k adaptibilitě, je časový harmonogram shledán jako nedostačující a v zájmu zaměstnance bude lhůta AP prodloužena, zpravidla o 3 měsíce.

Adaptační proces je ukončen po 3 měsících, pokud je nový zaměstnanec shledán odborně způsobilým pro výkon svého povolání v rámci aktuálního pracovního a profesního zařazení, chápe svou profesní zodpovědnost, pracuje samostatně a efektivně, je ztotožněn s organizační strukturou a firemní kulturou a vykazuje známky vlastního uspokojení, perspektivy a sebejistoty.

2. DOŠKOLOVACÍ PROCES

2.1. Doškolovací proces (DP)

Doškolení zaměstnanců po přerušení výkonu povolání je povinné a provádí se bezodkladně:

- a) v případě, kdy došlo k přerušení výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka po dobu **delší než 6 let** v průběhu předcházejících uplynulých 7 let ke dni skončení nebo přerušení výkonu zdravotnického povolání,
- b) v případě, že zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník vykonávající své povolání v rozsahu **nižším, než je jedna pětina** stanovené týdenní pracovní doby souhrnně (ze všech základních pracovně-právních vztahů), kde je druhem vykonávané práce povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, hodlá vykonávat povolání ve větším rozsahu.

2.2. Role školitele:

Cílem doškolovacího procesu je obnovení a doplnění vědomostí a dovedností v příslušném zdravotnickém povolání v souladu s rozvojem pracovních postupů, nejnovějšími vědeckými poznatky a moderními trendy, a v souvislosti s aktuálními právní předpisy. DP je realizován v zájmu zaměstnance i zaměstnavatele, vzhledem k přechodí profesní neaktivitě zaměstnanec má prioritně za cíl zachování bezpečného a účinného výkonu příslušného povolání včetně seznámení se s prostředím, pracovním týmem, kolegy a ostatními zaměstnanci. Školitel je s účastníkem DP po celou dobu doškolování v přímém kontaktu a má za úkol seznámit zaměstnanec s aktuálními změnami, novými postupy a standardy a podporuje zařazení

zaměstnance do firemních strategií, včetně procesu řízení rizik či procesu řízení kvalitní a bezpečné péče.

2.3. Realizace DP

Adaptační proces je prvoplánově sestaven na **60 pracovních dnů**.

Délka DP je závislá dle individuálních schopností, znalostí a praktických dovedností zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, nejméně však 60 pracovních dnů. Za průběh doškolení odpovídá poskytovatel zdravotních služeb.

Náměstek ošetrovatelské péče (hlavní sestra) určí školitele (vrchní sestra, staniční sestra, lékař) zodpovědného za realizaci, průběh a evaluaci DP. Zodpovědný vedoucí pracovník je způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání, včetně monitorovaných činností a sestaví plán adaptačního procesu dle předem definované dokumentace (viz příloha 2). S organizací a průběhem DP, včetně způsobu ukončení je zaměstnanec seznámen ihned při nástupu na pracoviště.

Doškolení probíhá výhradně při výkonu povolání na pracovištích poskytovatele zdravotních služeb, poskytujícího zdravotní služby v oboru povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, jako:

- a) celodenní průprava v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době
- b) rozvolněná příprava, což znamená, že doba určená pro doškolení může být zkrácena nejvýše na polovinu doby stanovené pro celodenní průpravu. Celková délka, úroveň a kvalita tohoto doškolení nesmí být nižší než u celodenní průpravy.

2.4. Hodnocení a evaluace DP

Školitel kontinuálně prověřuje vědomosti a dovednosti zaměstnance a průběžně informuje o průběhu doškolovacího procesu vedoucího pracovníka daného úseku a manažera zdravotnického zařízení.

Ukončení DP se uskutečňuje po uplynutí lhůty 60 pracovních dnů a je vázáno na celkové závěrečné zhodnocení ze strany školitele prostřednictvím pohovoru, za přítomnosti zaměstnance a vedoucího pracovníka. Pokud je hodnocení negativní, bude lhůta DP prodloužena, zpravidla o dalších 60 pracovních dnů.

Doškolovací proces je ukončen zápisem do dokumentace, jehož součástí je závěrečné hodnocení DP a je předán zaměstnanci a manažerovi zdravotnického zařízení.

3. DOKUMENTACE

Dokumentace AP a DP je po podepsání všech účastníků postoupena personálnímu oddělení. Ukládání řízené dokumentace se řídí vnitřním předpisem.

4. HODNOCENÍ

Znalosti a dovednosti	Závěr adaptačního procesu dle hodnotící škály		
	Splněno	Splněno částečně	Nesplněno
Odborná způsobilost – dle vyhlášky č. 55/2011 Sb.			
Profesionalita - přesnost provedení odborných úkonů			
Kvalita – bezchybné provedení specializovaných výkonů			
Technické vybavení, pomůcky - zaškolení			
Znalost standardů			
Využívání standardů			
Profesní autonomie - důslednost a zodpovědnost			
Výkonnost - Iniciativa, proaktivní přístup, kladný vztah k práci			
Spolehlivost – samostatnost, zkušenost, soustředěnost			
Etický kodex - sebereflexe			
Adaptibilita a psychosociální stabilita			
Pracovní prostředí – znalost a orientace			
Dodržování protiepidemických zásad			
Provozní prostředí – pořádek, čistota, organizace			
Profesní image - osobní hygiena, oděv, úprava			
Komunikační dovednosti a schopnosti, empatie - pacient			
Přístup k pacientům – vstřícnost, taktnost, důstojnost			
Efektivní komunikace – kooperace, flexibilita, kreativita			
Komunikace a spolupráce – přímý nadřízený			
Time management – plánování, organizování			
Dodržování pracovní doby – včasný příchod			
Dynamičnost – aktivní přístup, efektivní využití pracovní doby			
Firemní kultura – pochopení, ztotožnění			
Organizační struktura – znalost, orientace v informacích			
Zvládání zátěže - Sebejistota, zvládání stresu, emoční stabilita			
Motivace, perspektiva, psychohygiena			
Směrnice – znalost a dodržování postupů a metodiky			
Provozní řád – znalost a dodržování			
Směrnice – PP – KPR Guidelines			
Směrnice – BOZP a PO – znalost a plnění, zvládání rizik			
Směrnice – Léčivo - ukládání, uchovávání, transport			
Směrnice – Dokumentace			
Směrnice – Hygiena a dezinfekce rukou			
Směrnice – Vzdělávání – osobní angažovanost, seberozvoj			
Směrnice – Komunikace – pacient/interní komunikace			

5. LEGISLATIVA

Zdravotnický pracovník a odborný pracovník – definice dle § 4a zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

MZ ČR Věstník č. 13/2017

Zkratky:

AP – adaptační proces

DP – doškolovací proces

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Obsah příloh: 1x Adaptační proces, 1x Doškolovací proces

Metodický pokyn je platný od 1. 1. 2018.

Zpracoval: Michaela Horáková.

ADAPTAČNÍ PROCES			
Jméno, příjmení, titul:		Datum narození:	
Kvalifikace:		Nástup dne:	Pracovní doba:
Délka procesu: 3 měsíce		Dosavadní praxe: (v letech)	Mentor:
Kmenové pracoviště:		Vedoucí segmentu (úseku):	
Vstupní školení:	BOZP, PO, PP, OOPP, IT, Přístupová data NIS, Směrnice, Standardy, Přístrojová technika		
ADAPTAČNÍ PLÁN			
Adaptační proces zahájen dne:		Adaptační proces přerušen dne: (důvod)	
Odborné výkony:			
Segment	Datum	Hodnocení	Podpis mentora
Znalost a dodržování směrnic:			
Evaluace - zhodnocení adaptace:			
Rozvojový cíl:			
Datum:	Podpis zaměstnance:		
Datum:	Podpis mentora:		
Datum:	Podpis manažera:		

DOŠKOLOVACÍ PROCES			
Jméno, příjmení, titul:		Datum narození:	
Kvalifikace:	Nástup dne:	Pracovní doba:	
Délka procesu: 60 pracovních dnů	Dosavadní praxe:	Školitel:	
Kmenové pracoviště:	Vedoucí segmentu (úseku):		
Vstupní školení:	BOZP, PO, PP, OOPP, IT, Přístupová data NIS, Směrnice, Standardy, Přístrojová technika		
PLÁN DOŠKOLOVACÍHO PROCESU			
Doškolovací proces zahájen dne:		Doškolovací proces přerušen dne: (důvod)	
Odborné výkony:			
Segment	Datum	Hodnocení	Podpis školitele
Znalost a dodržování směrnic:			
Evaluace - zhodnocení doškolovacího procesu:			
Rozvojový cíl:			
Datum:	Podpis zaměstnance:		
Datum:	Podpis školitele:		
Datum:	Podpis manažera:		

PŘÍLOHA B

DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Úvod:

Dobrý den vážené kolegyně, milí kolegové.

Tímto si vás dovoluji požádat o vyplnění dotazníku za účelem průzkumu v rámci mé bakalářské práce na téma „Kvalitní a bezpečná péče v ambulantním zdravotnickém zařízení“. Dotazník je určen všeobecným sestřám a ostatním nelékařům pracujícím v ambulantním sektoru.

Mým cílem je zjistit s jakými riziky se potýkáte při své profesi. A jak jsou pracovní podmínky, správná komunikace a další faktory důležité pro bezpečnou a kvalitní péči o pacienta a samozřejmě také pro Vás. Dotazník je anonymní a každá otázka v něm je naprosto dobrovolná. Nehodnotí kvalitu poskytovaných služeb zdravotnického zařízení, ale má porovnat názory a zkušenosti různých zaměstnanců v různých zařízeních - v prostředí primární a specializované ambulantní péče.

*Velice děkuji za vyplnění dotazníku. Vážím si Vaší spolupráce.
S úctou, Michaela Horáková.*

Segmentační část:

1. Věk

- a. 18 – 25
- b. 26 – 30
- c. 31 – 40
- d. 41 – 50
- e. 51 – 65
- f. 66 a více

2. Obor vzdělání – odborná způsobilost

- a. Všeobecná sestra
- b. Praktická sestra
- c. Dětská sestra
- d. Porodní asistentka
- e. Radiologický asistent
- f. Zdravotní laborant
- g. Farmaceutický asistent
- h. Fyzioterapeut
- i. Jiná odbornost

3. Svou činnost vykonávám v pracovní pozici:

- a. Zaměstnanec – nelékař
- b. Staniční sestra
- c. Vrchní sestra
- d. Hlavní sestra/manažer ošetřovatelství
- e. Jiná – prosím specifikujte

- 4. Vzdělání - nejvyšší dosažené**
- SZŠ (Původní Střední zdravotnická škola – maturita)
 - Specializovaná způsobilost
 - SZŠ (Střední zdravotnická škola – maturita obor Zdravotnický asistent-Praktická sestra)
 - VOŠ (Vyšší odborná škola)
 - VŠ 1 st. – Bakalářské studium (Bc.)
 - VŠ 2 st. – Magisterské studium (Mgr., Ing.)
 - Jiné – prosím uveďte
- 5. V jaké ambulanci pracujete? (Druh poskytované zdravotní péče)**
- Primární péče – Praktický lékař pro dospělé
 - Primární péče – Praktický lékař pro děti a dorost
 - Gynekologie
 - Zubní lékař
 - Odborný lékař specialista
 - Pracovně lékařské služby
 - Kancelář manažera
 - Prosím uveďte typ ambulantní péče nebo konkrétní odbornost
- 6. Zaškrtněte prosím 4 zásadní faktory, které byly důvodem přijetí nabídky zaměstnání v ambulanci:**
- Vyhovující pracovní doba
 - Možnost dalšího vzdělávání a kariérního růstu
 - Vyhovující platové podmínky
 - Dobré reference ohledně interpersonálních vztahů
 - Vyhovující pracovní podmínky
 - Zdravotnické zařízení má skvělou pověst
 - Zdravotnické zařízení splňuje moderní trendy péče (technické vybavení atd.)
 - Zdravotnické zařízení je v dosahu mého bydliště
 - Vlastní odpověď
- 7. Při nástupu do zaměstnání jsem byla seznámena s organizací adaptačního procesu a mentorkou:**
- Ano
 - Ne
 - Vlastní odpověď
- 8. Délka adaptačního procesu:**
- Méně než 3 měsíce
 - 3 měsíce
 - 4 – 6 měsíců
 - 6 – 9 měsíců
 - Neměl (a) jsem žádný adaptační proces
 - Vlastní odpověď

- 9. Adaptační proces byl přínosem pro:** (prosím zaškrtněte, pokud souhlasíte nebo vyjádřete vlastní názor)
- a. Personální vztahy a začlenění do kolektivu
 - a. Poskytl mi sebejistotu při výkonu povolání
 - b. Seznámení s organizační strukturou a firemní kulturou
 - c. Vytvoření pravidel a korektní spolupráce s přímým nadřízeným
 - d. Nastavení kompetencí a náplně práce
 - e. Nebyl pro mě nijak podstatný
 - f. Vlastní odpověď
- 10. Byl (a) jste seznámena s hodnocením AP?**
- a. Byla jsem seznámena v průběhu AP
 - b. Byla jsem seznámena se závěrem AP
 - c. Nebyla jsem seznámena s výsledky AP
 - d. Vlastní odpověď
- 11. Pokud se vyskytly problémy v průběhu nástupu na pracoviště, řešila jsem je ve spolupráci s:**
- a. Mentorem
 - b. Přímým nadřízeným
 - c. Lékařem
 - d. Kolegyní
 - e. Sama
 - f. Problémy se nevyskytly
 - g. Vlastní odpověď
- 12. Vzdělávání ve své profesi vnímám jako nutnost a celoživotní proces:**
- a. Ano
 - b. Ne
 - c. Nevím
- 13. Kolik vzdělávacích akcí jste absolvovala za poslední období? (2015 – 2018)**
- a. Žádnou
 - b. 1
 - c. 2-3
 - d. 4-6
 - e. 7 – 9
 - f. Vlastní odpověď
- 14. Pokud jste absolvovala vzdělávací akce - s jakým zaměřením? (Prosím zahrňte poslední období od r. 2015 – 2018)**
- a. Seminář nebo konference na odborné téma
 - b. Komunikační schopnosti a dovednosti
 - c. Novinky a trendy v ošetrovatelství
 - d. Certifikovaný kurz – pro zvláštní odbornou nebo specializovanou způsobilost
 - e. Specializační vzdělání
 - f. VŠ nebo VOŠ
 - g. Kvalita a bezpečí pro zařízení poskytující zdravotní služby apod.
 - h. Odborná stáž
 - i. Vlastní odpověď

- 15. Považujete proces svého současného vzdělávání vzhledem k vykonávané práci za dostačující?**
- Ano
 - Ne
 - Nevím
 - Vlastní odpověď
- 16. Školení BOZP a PO absolvuji:**
- 1x ročně
 - 1x za 2 roky
 - Neabsolvuji vůbec
 - Vlastní odpověď
- 17. Školení První pomoci a KPR absolvuji:**
- 1x ročně
 - 1x za 2 roky
 - Neabsolvuji vůbec
 - Vlastní odpověď
- 18. Školení hygieny rukou absolvuji:**
- 1x ročně
 - 1x za 2 roky
 - Neabsolvuji vůbec
 - Vlastní odpověď
- 19. Jak hodnotíte své pracovní podmínky?**
- Velmi dobré
 - Průměrné
 - Špatné
 - Vlastní odpověď
- 20. Máte dostatek času a prostoru na všechny prováděné úkony?**
- Ano
 - Ne
 - Občas pracuji pod tlakem
 - Často pracuji pod tlakem
 - Pracuji ve stresu
 - Vlastní odpověď
- 21. Jak vnímáte svůj pracovní oděv – uniformu? (prosím zaškrtněte ANO-NE)**
- Oděv je hezký a sluší mi
 - Oděv je z kvalitního materiálu, je pohodlný
 - V pracovním oděvu se necítím dobře
 - Pracovní oděv mi nevyhovuje a nelíbí se mi
 - Pracovní oděv mám, ale nepoužívám ho
 - Vlastní odpověď

22. Ovlivňuje některý z těchto faktorů Vaší práci?

- a. Únava
- b. Stres
- c. Čas
- d. Hluk
- e. Emoce
- f. Nemoc
- g. Hlad nebo žízeň
- h. Vlastní odpověď

23. Poranila jste se někdy o ostrý předmět, nástroj či jehlu?

- a. Ano
- b. Ne

24. Víte jak postupovat při poranění ostrým předmětem nebo jiným pracovním úrazu?

- a. Ano – máme na tuto problematiku standard/směrnici
- b. Ano – nemáme na tuto problematiku standard/směrnici
- c. Nevím
- d. Vlastní odpověď

25. Jak zvládáte komunikaci s lidmi ve vztahu klient-pacient?

- a. Profesionálně a eticky
- b. Chovám se asertivně
- c. Správnou komunikaci beru jako nepostradatelný pracovní nástroj
- d. Občas se neovládnu a reaguji podrážděně
- e. Komunikace s lidmi mě stresuje
- f. Vlastní odpověď

26. Jaké komunikační problémy Vám často stěžují či komplikují práci?

- a. Jazyková bariéra – jednání s cizincem
- b. Neochota či nedostatečná spolupráce pacienta
- c. Špatná komunikace a spolupráce s rodinou či doprovodem pacienta
- d. Komunikace s dětským pacientem
- e. Netolerantní až agresivní pacient
- f. Komunikace s pacientem se sluchovým postižením
- g. Komunikační problémy se nevyskytují
- h. Vlastní odpověď

27. Jak zvládáte komunikaci s kolegy? (prosím zaškrtněte ANO-NE)

- a. Profesionálně - eticky a na dobré společenské úrovni
- b. Vládne zde přátelská atmosféra
- c. Vládne zde rivalita a nepřátelské prostředí
- d. Zažívám mobbing
- e. Vlastní odpověď

28. Jak zvládáte komunikaci a spolupráci s přímým nadřízeným?

- a. Profesionálně - se vzájemným respektem a úctou
- b. Nadřízená naslouchá mým stížnostem a podnětům
- c. Na nadřízenou se mohu s důvěrou obrátit v případě pracovních či osobních problémů
- d. Nadřízená se chová nepřátelsky a arogantně
- e. Zažívám bossing
- f. Vlastní odpověď

29. Co je pro Vás motivující? Prosím vyberte 4 zásadní definice, nebo napište vlastní vyjádření.

- a) Odpovídající výše mzdy
- b) Periodické osobní ohodnocení (odměna)
- c) Ocenění výkonu – pochvala a poděkování od nadřízeného
- d) Pochvala od pacienta
- e) Benefity
- f) Možnost spolupráce na rozvoji společnosti a autonomie
- g) Možnost kariérního postupu
- h) Vlastní odpověď

30. Máte zaveden interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných služeb?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím

31. Máte nastaveny standardy ošetrovatelské péče (SOP)?

- a. Ano - využívám je pravidelně a pracuji s nimi
- b. Ano - využívám je pouze při neznalosti postupu a potřebě informací
- c. Ano - vím o nich, ale nevyžívám je
- d. Nemáme SOP
- e. Nevím
- f. Vlastní odpověď

32. Probíhá ve Vašem ZZ supervize, interní nebo externí auditní činnost?

- a) Interní audit
- b) Externí audit
- c) Supervize
- d) Nemáme žádné audity
- e) Vlastní odpověď

33. Jak často probíhá interní audit na Vašem pracovišti?

- a. 1x za rok
- b. 2 – 3x za rok
- c. 4 – 5x za rok
- d. 6 – 7x za rok
- e. Vlastní odpověď

34. Jaký význam má podle vás interní audit:

- a) Důležitý proces pro zlepšení kvality a preventivní opatření
- b) Neznám význam auditů
- c) Objektívni hodnocení kvality práce
- d) Stresující a nepříjemná kontrola nadřízených
- e) Zkoumá dodržování postupů, norem, směrnic a standardů
- f) Sleduje, analyzuje a snižuje rizika pro pacienta
- g) Myslím, že nemá podstatný význam
- h) Vlastní odpověď

35. Co následuje po provedeném auditu?

- a. Jsem seznámena s výsledky auditu
- b. V případě shody jsem pochválena za dobrý výsledek
- c. V případě neshody jsem seznámena s termínem odstranění nedostatků
- d. V případě neshody jsem finančně penalizována
- e. Se závěrem auditu nejsem seznámena
- f. Vlastní odpověď

36. Na co se audit konkrétně ve Vaší praxi zaměřuje?

- a. Dokumentace
- b. Hygiena rukou
- c. První pomoc
- d. Nežádoucí události
- e. Ošetřovatelské standardy
- f. Podávání, skladování léčiva
- g. Zásady správné komunikace
- h. Bezpečnost a organizace práce
- i. Sledování spokojenosti pacientů
- j. Vlastní odpověď

37. Máte možnost využívat zaměstnanecké výhody (benefity)?

- a. Příspěvek na oběd nebo stravenky
- b. Příspěvek na dovolenou
- c. Příspěvek na jazykové kurzy
- d. Příspěvek na masáže či relaxaci
- e. Příspěvek na kulturní a sportovní akce
- f. Nemáme žádné zaměstnanecké výhody
- g. Vlastní odpověď

38. Jak byste vyjádřila své současné profesní pocity? Prosím zaškrtněte definici u níž si odpovíte ANO, nebo uveďte svou vlastní, děkuji.

- a. Práce mě baví a zcela naplňuje.
- b. Úkoly zadané nadřízeným jsou pro mě výzvou.
- c. V tom co dělám, vidím budoucnost a perspektivu.
- d. Jsem hrdá na své povolání.
- e. Implementaci změn a inovací chápu, a beru je pozitivně.
- f. Jsem profesionální, sebejistá a mám zkušenosti.
- g. Vlastní odpověď

39. Chcete se k některým otázkám vyjádřit vlastními slovy? Ocením také komentář a případné postřehy z Vaší praxe na ambulanci, jak pozitivní, tak pokud Vás něco trápí. Velice děkuji.

*Velice děkuji za Váš čas. Vážím si Vaší spolupráce.
Přeji úspěšný pracovní den a spoustu životní energie!*

PŘÍLOHA C

RESORTNÍ BEZPEČNOSTNÍ CÍLE AMBULANTNÍ ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

1. Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti

Cílem standardu je předcházet nežádoucím událostem v přímé péči o pacienta:

- stanovit seznam léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
- seznam připravit individuálně pro každou ambulanci, dle jejího charakteru
- zajistit bezpečné skladování léčiv (v souladu s doporučením výrobce)
- zavést systém monitorace a kontroly (audit) – sledování, hodnocení, efektivita RBC
- léčivo – opiáty, chlorid draselný (KCL) nad 7,45 %, inzulín, neředěný heparin

2. Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Cílem standardu je účinná prevence přenosu infekčních nemocí a snížení nákladů na jejich léčbu:

- dezinfekce rukou bezprostředně před kontaktem s pacientem
- dezinfekce rukou po kontaktu s pacientem a okolím pacienta
- zavést optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
- zajistit dostupnost dezinfekčních přípravků pro hygienu rukou
- zajistit dostupnost metodiky správného provádění hygieny rukou
- zajistit vybavení pro hygienické mytí rukou – teplá voda, jednorázový ručník
- zajistit vstupní a periodické školení všech pracovníků zdravotnického zařízení
- zavést systém monitorace a kontroly (audit) – sledování, hodnocení, efektivita RBC

3. Řešení neodkladných stavů

Cílem standardu je zajistit funkčnost a dostupnost pomůcek, kontinuální vzdělávání, včetně řádného označení v rámci řešení neodkladných stavů ve zdravotnickém zařízení.

- zajistit dostupné a funkční pomůcky pro řešení neodkladných stavů
- zajistit a dokumentovat pravidelnou kontrolu funkčnosti pomůcek pro první pomoc
- zpracovat periodický plán proškolení zaměstnanců v poskytování PP – 1x ročně
- proškolení zaměstnanců probíhá v souladu s aktuálními doporučeními (Guidelines)
- zavést systém přivolání odborné první pomoci (tým PP, zástavový tým)
- viditelně označit linky tísňového volání (150, 155, 158, 112)
- zavést systém monitorace a kontroly (audit) – postupy, včasnost, odbornost, efektivita

4. Zajištění bezpečnosti skladování léčivých přípravků

Cílem standardu je stanovení pravidel manipulace s léčivými přípravky (LP) za účelem předcházení jejich záměny při podání pacientovi.

- implementovat postupy ohledně oprávnění objednávání, přejímání, ukládání LP
- zavést pravidla pro skladování a řádnou evidenci LP (omamné LP dle stanov SÚKL)
- zajistit pravidelnou kontrolu expirace LP (prevence hromadění exspirovaného LP)
- zajistit zvláštní skladovací podmínky dle lékové formy (dle požadavků SÚKL)
- zavést systém monitorace a kontroly (audit) – sledování, hodnocení, efektivita RBC

5. Stanovení zásad správné komunikace s pacientem

Cílem standardu je minimalizovat komunikační bariéru mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem a stanovit takovou úroveň komunikace, které bude pacient schopen porozumět.

- poskytnout pacientovi prostor pro vyjádření (popsání) zdravotního stavu a souvislostí
- předávat pacientovi informace způsobem, kterému absolutně porozumí
- umožnit (zajistit) přítomnost tlumočnicka v případě jazykové bariéry
- vytvořit metodiku pro komunikaci s pacientem s ohledem na specializaci ambulance
- vytvořit komunikační techniky pro komunikaci s různým typem pacientů
- sledovat, analyzovat a následně hodnotit komunikační odchylky a chyby

6. Ordinační doba a zastupitelnost

Cílem standardu je zajistit dostupný, srozumitelný a aktualizovaný přehled ordinačních hodin ambulance a informovanost o poskytnutí neodkladné péče jiným poskytovatelem v případě nepřítomnosti nebo dočasného přerušení činnosti ambulance.

- zajistit dostupné, fixní, dobře viditelné, čitelné a srozumitelné schéma ordinační doby
- zajistit pravidelnou aktualizaci informací o ordinační době - shoda se skutečností
- v případě zavedeného objednávacího systému umožnit přístup akutních pacientů
- oznámit s dostatečným předstihem změnu ordinační doby či nepřítomnost lékaře
- zajistit dostupné informace o náhradní neodkladné péči náhradním poskytovatelem, tzn. uvést celé jméno, kontaktní údaje, ordinační doba, přesná adresa
- ordinační dobu organizovat tak, aby umožnila návštěvu po průměrné pracovní době občanů/pacientů/klientů
- schéma ordinačních hodin obsahuje: jméno lékaře, jméno sestry či jiného zdravotnického pracovníka, odbornost, ordinační hodiny, vyhrazené hodiny pro případ jiných úkonů – převazy, odběry, výkony nebo pouze objednané pacienty, úplnou adresu pracoviště, telefonní kontakty, e-mail.

7. Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

Cílem standardu je zavedení procesu evidence a vyhodnocování nežádoucích událostí (NÚ), které se vyskytnou v rámci poskytování ambulantní péče.

- zavést způsob vyhodnocování – analýza příčin nežádoucích událostí
- identifikovat a realizovat preventivní nebo nápravná opatření k předcházení NÚ
- zavést evidenci událostí či okolností, které mohly vyústit nebo vyústily v tělesné poškození pacienta, či neočekávaného zhoršení klinického stavu pacienta s následkem trvalého poškození či úmrtí pacienta, kterému se dalo předejít (metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnictví je ukotvena ve Věstníku MZ ČR č. 8/2012.

Zkratky:

LP – Léčivý přípravek

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NÚ – Nežádoucí událost

PP – První pomoc

RBC – Resortně bezpečnostní cíl

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

Zdroj: *Věstník MZ ČR č. 16/2015.*

Zpracoval: *Michaela Horáková.*

PŘÍLOHA D

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Kvalitní a bezpečná péče ve zdravotnickém zařízení v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 1. března 2018.

.....
Michaela Horáková

PŘÍLOHA E

PROTOKOL O PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Protokoly o provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce v rámci zdravotnického zařízení POLIKLINIKA A, POLIKLINIKA B a POLIKLINIKA C jsou součástí příloh tištěné verze bakalářské práce.

V Praze dne 1. března 2018.

.....
Michaela Horáková



PŘÍLOHA F

REŠERŠE č. 12/2017

Téma: Kvalitní a bezpečná péče v ambulantním zdravotnickém zařízení

Klíčová slova: ošetrovatelské standardy, řízení kvality, dimenze kvality, kvalitní péče, auditní činnost, indikátory kvality, analýza rizik, donabedian, RBC, SAK, ISO

Počet záznamů: celkem 35 záznamů
(vysokoškolské práce - 4, knihy - 14, články a sborníky- 17)

Časové omezení - téma: 2007-2017

Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina

Druh literatury: vysokoškolské práce, knihy, články a další

Použitý styl: Harvardský styl, ČSN ISO 690–2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (<http://sigma.nkp.cz>)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO

Datum: 7. 3. 2017

Zpracoval: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.