

**Univerzita Karlova Praha**

**Fakulta humanitních studií**

**Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích**

**Řízení změny ošetrovatelské péče v Oblastní nemocnici Kolín, a.s.**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Válková Monika**

Vedoucí diplomové práce. Mgr. Hradcová Dana  
Praha 2006

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím citované odborné literatury a pramenů.

V Kutné Hoře dne 1.5.2006

Vlastnoruční podpis.....

Poděkování vedoucímu diplomové práce

Vedoucímu diplomové práce Mgr. Hradcové děkuji za cenné rady a připomínky k diplomové práci.

## Obsah

<b>1. Úvod .....</b>	<b>str. 1- 2</b>
<b>2. Kvalita ve zdravotnictví.....</b>	<b>str. 2</b>
2.1. Kvalita v ošetrovatelství.....	str. 3
2.2. Modely řízení kvality.....	str. 4
2.2.1. Norma ISO.....	str. 4-5
2.2.2. Model JCIA.....	str. 5
2.2.3. Model SAK-ČR.....	str. 6
2.2.4. Model EFQM.....	str. 6
2.2.5. Model Kontinuálního zvyšování kvality.....	str. 7
<b>3. Vztahy mezi jednotlivými modely.....</b>	<b>str. 7- 8</b>
3.1. Vztah managementu kvality ke změnám.....	str. 8
<b>4. Model KZK.....</b>	<b>str. 8</b>
4.1. Definice programu KZK.....	str. 8-10
4.1.1. Dimenze kvality dle programu KZK.....	str. 10-11
4.2. Podmínky realizace programu KZK.....	str. 11
4.2.1. Role a úloha manažera.....	str. 12
4.2.2. Odpor vůči změnám.....	str. 12-13
4.2.3. Příčiny odporu lidí při zavádění systému kvality	str. 14-15
4.2.4. Bariery implementace programu KZK.....	str. 15-17
4.2.5. Procesní řízení programu.....	str. 17-18
4.2.6. Nástroje a techniky skupinového řešení problému.....	str. 18-19
4.2.7. Klient v ošetrovatelském procesu.....	str. 19- 21
<b>5. Praktická část.....</b>	<b>str. 22</b>
<b>6. Popis organizace.....</b>	<b>str. 22-23</b>
6.1. Organizační struktura neurologie.....	str. 23
6.1.2. Ošetrovatelský tým.....	str. 24
<b>7. Diagnostika oddělení.....</b>	<b>str. 25</b>
7.1. Analýza dokumentů.....	str. 25
7.1.1. Analýza ošetrovatelské dokumentace.....	str. 25
7.1.2. Analýza mimořádných událostí.....	str. 26
7.1.3. Analýza incidence dekubitů.....	str. 26
7.1.4. Analýza stížností.....	str. 26
7.2. Work shop.....	str. 26-27
7.3. SWOT analýza.....	str. 27
7.4. Návrh opatření.....	str. 27
7.5. Vyhodnocení.....	str. 28
7.5.1. Vyhodnocení ošetrovatelské dokumentace.....	str. 28
7.5.2. Vyhodnocení mimořádné události.....	str. 28
7.5.3. Vyhodnocení analýzy stížností.....	str. 29
7.5.4. Vyhodnocení incidence dekubitů.....	str. 29
7.5.5. Vyhodnocení work shopu.....	str. 30
7.5.6. Vyhodnocení SWOT analýzy.....	str. 31-32
<b>8. Diagnostická zpráva.....</b>	<b>str. 33-34</b>
8.1. Doporučení.....	str. 34
<b>9. Vize oddělení.....</b>	<b>str. 35</b>
<b>10. Cíl plánu změn na oddělení.....</b>	<b>str. 36</b>

10.1. Stanovení indikátorů.....str.	37
10.2. Vypracování plánu změn.....str.	37
10.3. Gantovo schéma zavádění změn 2004-2005..... str.	37-38
10.3.1. Popis realizovaných aktivit.....str.	39-40
10.4. Komunikační plán změn.....str.	41-43
10.5. Realizace změny.....str.	43-44
10.6. Hodnocení .....str.	44
10.7. Hodnocení dosažených výsledků..... str.	45
10.7.1. Oblast péče o imobilního klienta snížení incidence dekubitů .....str.	46
10.7.2. Oblast péče o neklidného klienta, snížení pádů.....str.	47
10.7.3. Oblast péče o klienta při přijetí a v průběhu hospitalizace.....str.	48-50
10.7.4. Celkové hodnocení KZK.....str.	50
10.7.4.1.Hodnocení dotazníku spokojenosti klientů..... str.	51- 52
10.7.4.2.Hodnocení dotazníku spokojenosti zaměstnanců.....str.	53-54
<b>11. Doporučení pro plánování modelu KZK na rok 2006</b>	<b>55</b>
<b>12. Závěr</b> .....	<b>56-57</b>
<b>13. Literatura a prameny</b> .....	<b>58-59</b>
<b>Přílohy</b>	
<b>Příloha č.1</b> Časový harmonogram diagnostiky .....	60
<b>Příloha č.2</b> Postup při work shopu..... str.	60
<b>Příloha č.3</b> Projekt na kvantitativní výzkum spokojenosti klientů.....str.	61-62
Dotazník spokojenosti klientů..... str.	62-66
<b>Příloha č.4</b> Projekt na výzkum spokojenosti zaměstnanců .....	67-68
<b>Příloha č.5</b> Dotazník pro zaměstnance..... str.	68-69
<b>Příloha č.6</b> Audity ke standardům .....	70-72
<b>Příloha č.7</b> Standardy ošetrovatelských činností.....str.	73-82
<b>Příloha č.8</b> Vzdělávací plán..... str.	82-86
<b>Příloha č. 9</b> Kontrolní činnost vrchní sestry .....	87-89
<b>Příloha č. 10</b> Řešení stížností.....str.	90-91
<b>Příloha č. 11</b> Motivační plán.....str.	91-92
<b>Příloha č. 12</b> Náplň práce.....str.	93
<b>Příloha č. 13</b> Zápis z porady.....str.	94-95
<b>Příloha č. 14</b> Stížnosti klientů a jejich řešení	

## Summary

The dissertation is devoted to the introduction process of changes in the directing of nursing care in the pilot program of the Continual increasing of the quality in the neurological department of the Regional hospital in Kolin, a.s.

In the preamble of my magister work, I deal with theoretical informations, which are very important for understanding of the processus of the changes in practice. I generally deal with the quality of the health care and with the models how to direct the quality of the health care. I compare if there is a difference in the protests of the staff against the changes in the health care and in some industry branches. The theoretical part of my work is concentrated to the quality model of the Continual increasing, to the problems in its introduction into practice and to the barriers against its realisation in practice.

The practical part of my work is devoted to the methods of diagnostics of the organisation, which were used in the process of the direction of the changes.

The main part of the work is in the analysis of the situation, which has become the starting point for the direction of the changes in the nursing care. The work is illustrating the individual steps, which were necessary to be made for the realisation of the organisation and Continual increasing program vision. It is describing a detailed plan of the changes and activities, which were a part of the realisation. In my work I present in detail in different spheres of the change, their aims and indicators to the success. The conclusion of the work is dedicated to evaluation of the individual spheres and the achieved aims, following the fixed indicators of success.

## 1. Úvod

V současné době je mnoho zdravotnických zařízení, která se zaměřují na zvyšování kvality péče poskytované klientům. Zdravotnická zařízení mají různé motivace. Jedním z motivů je uspokojování požadavků akreditačních standardů, poskytování kvalitnějších služeb. V neposlední řadě je také snahou přiblížení se standardům Evropské unie, aby zdravotnické zařízení bylo konkurence schopné s ostatními zdravotnickými zařízeními. V ekonomicky vyspělých zemích existuje řada modelů a systémů, které se zabývají rozvojem a standardizací kvality, a většina zemí má své vlastní systémy standardizace. Poskytovat kvalitní péči je jednou z hlavních priorit léčebné i ošetrovatelské péče, která rozhoduje o úspěchu či neúspěchu poskytované služby klientům. Před rokem 1989 byla veškerá zdravotnická služba garantována státem a kvalita péče byla v řadě případů dána politickým rozhodnutím. Vysoká kvalita služby nebyla možná, zvláště pak v oblasti humánního přístupu. Zdravotní služba byla předkládána jako sociální zákon a zdravotnická střediska měla provádět co nejlepší zdravotní péče bez ekonomického ocenění (1). Management nemocnic se nezajímal o zavádění programů kvality, neměl žádnou motivaci. Po roce 1989 velká zdravotnická zařízení jako jsou fakultní nemocnice se začaly zabývat řízením kvality a hledáním optimálního modelu řízení. Ve fakultních nemocnicích vznikaly centra pro řízení kvality, např. ve FN Hradci Králové, Olomouci a Plzni, která se již zabývala spokojeností svých klientů, formou dotazníku spokojenosti. Již v roce 1995 se v Hradci Králové uskutečnila konference na téma: Kvalita a efektivnost (1). Nutno konstatovat, že fakultní nemocnice se před deseti lety již zabývaly řízením kvality a malé nemocnice se o tuto problematiku nezajímaly. Pokud chce zdravotnické zařízení uspokojovat své klienty v poskytování služeb, musí management nemocnice přijmout a implementovat nový systém řízení kvality. Řízení změn se v dnešní době stává jednou z klíčových funkcí managementu nemocnic (7). V nemocnici pracuji jako hlavní sestra a věnuji se

řízení ošetrovatelské péče a zaváděním modelu kvality KZK .

Diplomová práce bude věnována řízením změny v ošetrovatelské péči v rámci pilotního programu kontinuálního zvyšování kvality na Neurologickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín a.s., který probíhal od roku 2004. Ve své diplomové práci představím realizaci vybraných problémových oblastí v rámci pilotního programu KZK. Úspěšnost zavedení změny v ošetrovatelské péči ověřím dle stanovených cílů a indikátorů programu KZK, dotazníky spokojenosti klientů a zaměstnanců, analýzou dokumentů.

## **2. Kvalita ve zdravotnictví ( obecně)**

Definovat kvalitu jako takovou je velmi těžké, neboť nepředstavuje pouze soubory metodik, technik a pracovních postupů , ale v moderním světě je vnímána jako filozofie, která je úzce spojena s firemní kulturou. Kvalita závisí na faktorech jako jsou hodnoty, chování a postoje zaměstnanců. V roce 1966 Světová zdravotnická organizace definovala kvalitu zdravotní péče jako: „*souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe*“ (Gladkij 1995:12). Petr Škrla ve své knize říká, že kvalita zvyšuje konkurenční schopnost zdravotnického zařízení a jednoznačně se promítá do spokojenosti klientů s poskytovanými službami. Kvalitně poskytnutá zdravotní péče přináší uspokojení zaměstnancům, menší fluktuaci zaměstnanců, ale také snižuje celkové náklady na zdravotní péči (12). Ivan Gladkij se ve své knize zabývá pojetím managementem kvality ve zdravotnických zařízeních. Autor se domnívá, že pokud chceme dosáhnout cíle, poskytovat kvalitní služby klientům, musí být kvalita na pracovišti systémově řízena (2). Autor ve své knize říká: “ *Odpovědnost za kvalitu služeb, poskytovaných celou institucí spočívá na vrcholovém a středním managementu každé instituce, zatímco odpovědnost za kvalitu péče poskytnutou jednotlivým pacientům náleží příslušným odborným pracovníkům*“ (Gladkij 2003:292). Princip kvality poskytovaných služeb autor vyjadřuje jako konání správných věcí ve správném čase vždy napoprvé (2).



## 2.1. Kvalita v ošetrovatelství

Do roku 1989 se ošetrovatelství nijak nerozvíjelo, sestra byla v roli asistentky lékaře, veškerá ošetrovatelská činnost vycházela z ordinace lékaře. Po roce 1992 je snahou ošetrovatelství v naší republice uznávat jako samostatný obor. Vznikají výukové bakalářské programy při univerzitách a ošetrovatelství se rozvíjí jako samostatný obor, které vychází z potřeb klientů. Vzdělávací systém vytváří podmínky sestřím, které mají zájem o další vzdělávání na vysokých školách. V červnu roku 1998 Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo metodická opatření k akreditacím zdravotnických zařízení. Základním principem akreditace je vytvoření systému stimulujícího kontinuální zvyšování kvality poskytované péče, kde má své nezastupitelné místo kromě lékařské péče i ošetrovatelská péče (10). Ministerstvo zdravotnictví v minulém roce revidovalo Koncepti ošetrovatelství, která klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu (18). Otvírá cestu k zajištění kvalitní ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelských standardů, které stanovují kriteria k poskytování ošetrovatelské péče a jeho hodnocení.

Systematické používání této koncepce v zdravotnických zařízeních vede ke zkvalitnění péče o nemocné. Na koncepci ošetrovatelství navazuje Zákon o nelékařských povoláních č. 96/2004 Sb. (20). Zákon o nelékařských povoláních řeší kompetence a vzdělání všeobecných diplomových sester, radiologických asistentů, laborantů a ostatních zdravotnických pracovníků. Dynamický rozvoj v oboru ošetrovatelství způsobil, že se sestry stávají **hybnou silou** v programech zvyšování kvality ve zdravotnických zařízeních, neboť studium bakalářského směru v ošetrovatelství na univerzitách a na VOŠ poskytuje nové pohledy na kvalitu ošetrovatelské péče. Dalo by říci, že v současné době v našem systému zdravotnictví jsou nejrozšířenější programy zaměřené na kvalitu poskytované zdravotní péče, která vychází z potřeb nemocného. Cílem těchto programů je

zvyšování kvality lékařské a ošetrovatelské péče , omezení chyb a nežádoucích výsledků , poskytování služeb v souladu s potřebami klientů (2).

## **2. 2. Modely řízení kvality**

Poskytováním kvalitních zdravotnických služeb se zabývají různé země ve světě a vznikly různé modely, které se zabývají kvalitou poskytované zdravotní péče. Tyto modely lze rozdělit do čtyř základních kategorií (13).

**1. kategorie** : Modely systémů řízení kvality (Mezinárodní organizace pro normalizaci — ISO)

**2. kategorie** Modely (národní a nadnárodní) akreditačních standardů (JCAHO, JCIA, ANAES, SAK-ČR)

**3. kategorie:** Modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů, ISQua, ALPHA , které jsou zaměřeny na klienta ,zapojení klienta do zdravotní péče a respektování práv pacienta, monitorování kvality, řízení rizik a kontinuita procesu.

**4. kategorie** :Modely excelence , světové ceny za kvalitu (Baldrige, EFQM, Six Sigma)

V krátkosti představím jednotlivé modely řízení kvalit, které se v našich zdravotnických zařízeních začínají implementovat do praxe. Nejrozšířenějším modelem je norma ISO, SAK, TQM.

### **2. 2. 1. Norma ISO (13)**

Nejrozšířenější modelem zejména v laboratořích, nemocničních kuchyních, centrálních sterilizacích je norma ISO, která označuje Mezinárodní organizaci pro standardizaci (The International Organization for Standardization). Systém ISO je zaměřen na procesy, zákazníka, způsob vedení dokumentace a zaměstnance. Filosofii ISO je poskytovat stejné služby a produkty za všech okolností a vždy. Certifikace nepřikazuje, jaký systém kvality organizace musí mít, zjišťuje pouze,

zda smysluplný, funkční systém zajišťování kvality v organizaci existuje. Získání certifikace ISO 9001:2000 znamená, že organizace byla prošetřena a bylo zjištěno, že má systém managementu, který zajišťuje důslednost a spolehlivost.

Fakultní nemocnice v Ostravě využívá právě tento systém ISO. Manažerka jakosti Ing. Franková říká: *“ Každá organizace, tedy i nemocnice potřebuje mít k zachování stability, funkčnosti, kvality a bezpečnosti péče především kvalitní plánovací, řídicí a kontrolní procesy”* (Franková 2005). Zdravotníci nic moc nezmohou, pokud nebudou mít únosné podmínky jako je kvalifikace, infrastrukturu, řízení rizik, validní údaje o současném stavu organizace. Základem kvalitního řízení je rovněž Demingův cyklus - ISO 9001. Cílem tohoto modelu bylo postupně zlepšovat celý systém směrem dolů od vrcholového. Vytvářet nadstavbové zdravotnické standardy a dokumentované postupy s postupným vtahováním požadavků na BOZP a environment.

### **2. 2. 2. Model JCIA (13)**

V roce 1999 vytvořila mezinárodní akreditační program s názvem „Joint Commision International“ (JCIA), Spojená mezinárodní komise. Aby tento akreditační program získal mezinárodní reputaci, byly vytvořeny standardy ve spolupráci se zástupci 16 zemí reprezentujících hlavní světové oblasti. Obsahují 370 standardů a 3 hlavní cíle , které jsou velmi důležité pro řízení kvality (efektivitu a kvalitu péče, řízení rizik a chyb a vytváření optimálního léčebného prostředí). Tento program je založen na změně myšlení lidí pracujících v organizaci v přístupu ke změnám. Podmínky úspěchu tohoto programu je odstranění provozní slepoty a překonání odporu ke změnám. Některá zdravotnická zařízení v ČR se o tento akreditační model zajímají. Standardy se týkají práv nemocných, terapeutické péče, dostupnosti a kontinuity péče, bezpečnosti nemocničního prostředí, nemocničních nákaz, edukace rodiny a kvalifikace a vzdělávání personálu. Tuto mezinárodní akreditaci kvality získala

v České republice Ústřední vojenská nemocnice Střešovice a Masarykův onkologický ústav v Brně.

### **2. 2. 3. Model SAK-ČR (10)**

Po roce 1989 v České republice byl zahájen transformační proces ve zdravotnictví. Vycházejí z modelu JCIA, součástí tohoto procesu je vytvoření systému kvality. Jednou z metod standardizace je metoda akreditace nemocnic. Akreditace jsou stejně jako v jiných evropských zemích i v České republice dobrovolné, ale v blízké budoucnosti si bude klient vybírat ZZ dle získané akreditace. Spojená akreditační komise České republiky se sídlem v Praze vydala v roce 1998 padesát akreditačních standardů, které jsou rozděleny do deseti tematických oblastí. SAK-ČR realizuje ve zdravotnických zařízeních, která o to požádají, takzvané **akreditační šetření** s cílem zjistit **shodu** mezi akreditačními standardy a aktuálním stavem zdravotnického zařízení. Prokáže-li se shoda, SAK-ČR udělí zdravotnickému zařízení akreditační certifikát platný 2–3 roky.

### **2. 2. 4. Model EFQM (5)**

EFQM (The European Foundation for Quality Management) neboli Evropská nadace pro řízení kvality byla založena v roce 1988 čtrnácti významnými evropskými podniky, mezi nimiž jsou například KLM, Nestlé, Bosh, Phillips, Volkswagen nebo Ciba-Geigy. Jejím posláním je vést organizace v EU ke kvalitě s pomocí programu TQM (Total Quality Management). Tento model kvality se zabývá pěti podpůrnými faktory (vedení, politika a strategie, zaměstnanci, zdroje a partnerství, procesy) a čtyřmi výslednými faktory (spokojenost zákazníků, zaměstnanců, komunity a excelenci v klíčových výsledcích výkonnosti). EFQM vede organizace k pravidelnému sebehodnocení a následnému kontinuálnímu zvyšování kvality. Organizace, která splní požadavky programu může získat

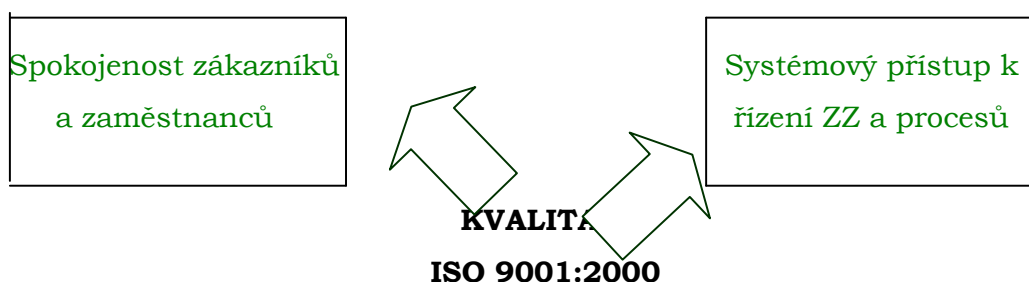
Evropskou cenu za kvalitu. Fakultní nemocnice v Hradci Králové využívá při řízení kvality model TQM. Ředitel FN Hradec Králové MUDr. Heger hodnotí úspěšnost zavádění modelu z pohledu kladného hospodářského výsledku kliniky, kladné hodnocení poskytovaných služeb laickou i odbornou veřejností (4).

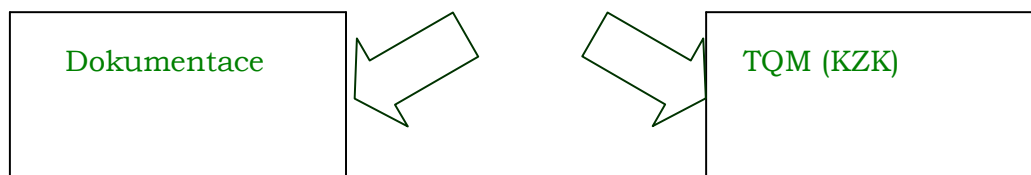
## 2. 2. 5 Model Kontinuálního zvyšování kvality

Ze základů modelu TQM vychází model KZK, který uplatňuje jeho základní principy. Jedná se o stejný princip modelu, ale v naší republice se dle autora ujal český název Model kontinuálního zvyšování kvality. Vzhledem k tomu, že Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 1998 ( Věstník MZ ČR) uvedlo formálně pojem **kontinuální zvyšování kvality** ve své koncepci zvyšování kvality ve zdravotnictví. Tento pojem se v České republice ujal i když ve světové literatuře stále převládá pojem TQM. Jedná se o stejnou věc (13). Tento model bude podrobněji popsán v kapitole 5.

## 3. Vztahy mezi jednotlivými modely řízení kvality

Široká veřejnost díky větším znalostem o oblasti zdravotní péče očekává od zdravotnických zařízení, že zdravotní péče bude pro ně bezpečnější a bude v souladu s jejich potřebami. Mezi jednotlivými modely nejsou podstatné rozdíly, vzájemně se nevyklučují, ale dalo by říci, že se navzájem doplňují. Základním stavebním kamenem je norma ISO 9001 a její základní principy, které jsou zaměřené na standardizované dokumentaci, efektivních procesech a lidech, na nápravě a zjišťování chyb. Na tomto základu jsou vybudované modely KZK, EFQM, Akreditace (SAK-ČR), které rozvíjí základní normu ISO 9001:2000 (13).





Poznámka: Název „Kontinuální zvyšování kvality“ je doslovný překlad anglického výrazu „Continuous Quality Improvement“ (CQI).

Modely řízení kvality přináší do oblasti zdravotnictví nové přístupy, změny v chování a postojích lidí v organizaci. Management zdravotnického zařízení, který se rozhodne pro proces změny se zaváděním některého ze systému kvalitu, musí počítat s přirozeným odporem lidí v organizaci.

### **3. 1. Vztah managementu kvality ke změnám**

Management kvality přináší v praxi mnoho pozitivních změn, které mají velký vliv na lepší výsledky prevence a léčení obyvatel. Řízená kvalita zlepšuje poskytované služby, které vedou k větší spokojenosti klientů a zaměstnanců. V nemalé míře přináší řízení kvality také zlepšování diagnostických a léčebných procesů a tím i zlepšení hospodářského výsledků ve zdravotnického zařízení ( 2).

## **4. Model Kontinuálního zvyšování kvality**

### **4 .1. Definice programu KZK (12)**

Program KZK, je založen na filozofii , která podporuje uspokojování potřeb klienta s co nejmenším úsilím, nejnižšími náklady na potřebné zdroje. Aplikuje do praxe strukturované procesy, které zlepšují poskytovanou péči klientům. Vytvoření programu KZK je velmi důležité zajištění lidských zdrojů. Lidé v organizaci musí mít zdravou organizační kulturu, který podporuje změnu a týmovou práci. Týmová práce patří mezi důležité aspekty při vytváření organizační kultury . Petr Škrla říká: „ *Způsob, jakým se na oddělení pracuje, je to souhrn přesvědčení a hodnot , které utvářejí chování sestry.*“ ( Škrla 2003:316). O organizační kultuře můžeme říci, že je tepnou oddělení, která ovlivňuje ve vysoké míře chování nelékařského personálu. Nutno podotknout, má-li organizace zdravou kulturu a neustále ji podporuje a rozvíjí, lépe se tvoří a implementují změny v ošetrovatelském procesu. Lidé v organizaci jsou orientováni na klienta,

který hodnotí poskytovanou službu/péči. Personál neustále zvyšuje svou kvalifikaci . Osobní rozvoj zaměstnanců je v souladu s potřebami organizace plánován a neustále zlepšován.

Organizace pro svůj dynamický rozvoj by měla uplatňovat v praxi zásady učící se organizace, která podporuje schopnost rychlejšího osvojování nových poznatků a podporuje vzájemnou interakci vztahů, hodnot a komunikaci. Výsledkem učení je nové myšlení a poznávání jednotlivců a celých týmů v organizaci (16). Příkladem zdravé organizační kultury je pro mě obchodní společnost Johnson @ Johnson, s kterou dlouhou dobu spolupracuji. Ing Snopková personální ředitelka firmy , říká, že zdravou firemní kulturu jejich společnosti tvoří lidé a prostředí, kteří podporují inovaci a přijímají zdravé riziko. Musí být jasná sounáležitost zaměstnanců s firemní vizí a posláním . Firemní kulturu podporuje personální management v organizaci (14).

Model KZK používá kvantitativních měřítek za účelem sledování dosažených zlepšení. Nikdy nemůžeme říci, že jsme dosáhli této nejvyšší kvality, neboť je to proces, který nikdy nekončí. Pokud model KZK se dobře zavede ve zdravotnickém zařízení je dobrým stavebním kamenem pro akreditaci dle SAK (10). Model programu KZK pracuje na velmi jednoduchém postupu, který autor označuje jako 4P (12).

**Plánujte** ➤ **proved'te** ➤ **překontrolujte** ➤ **pokračujte**

Určete si změny, které chcete provést pro oddělení a klienty a naplánujte. Zvolte způsob zavedení změny a proved'te. Uskutečněnou změnu překontrolujte za použití nastavených kontrolních mechanismů a přemýšlejte a další zlepšení v poskytování ošetrovatelské péče.

Model se dívá na kvalitu z těchto pohledů (12) :

**Perspektiva lékařského a ošetrovatelského personálu**, kvalitní vyhodnocování stavu klienta, terapeutická a diagnostická péče o klienta, spolupráce v multidisciplinárním týmu, uspokojování převážně medicínských potřeb.

**Perspektiva klienta**, spokojenost s poskytovanými službami, respekt, úcta či empatie členů léčebného a ošetrovatelského týmu v přístupu k nemocnému.

**Perspektiva výstupů** ,ptáme se, jestli došlo ke zlepšení pacientova zdravotního stavu nebo kvality jeho života.

Z popsaných úhlů pohledu programu je kvalita vyjádřena zlepšováním poskytované zdravotní péče, více než pouhým zlepšováním lékařské nebo ošetrovatelské péče.

Program se zabývá kvalitou v různých dimenzích, autor srovnává kvalitu jako vybroušený diamant, na který se můžeme dívat z různých úhlů .

#### **4. 1. 1. Dimenze kvality dle programu KZK (12)**

**Bezpečnost**, možná rizika zákroku nebo nemocničního prostředí jsou omezena na nejnižší míru nebo zcela vyloučena.

**Kompetence**, znalosti a dovednosti každého jednotlivce jsou v souladu s nabízenou péčí nebo zákroky.

**Přijatelnost** , veškerá péče a služby jsou přijatelné pro klienty

**Efektivnost**, péče, služby, zákroky a veškeré procedury mají za účel dosažení očekávaných výsledků.

**Vhodnost**, veškerá péče a služby jsou vhodné a jsou založeny na uznávaných standardech.

**Ekonomičnost** , očekávaných výsledků je dosaženo s neekonomičtějším využitím zdrojů.

**Dostupnost**, možnost klienta získat potřebné a přiměřené služby na správném místě, v pravý čas, skutečným odborníkem.

**Kontinuita** , schopnost nabízet nepřerušované, koordinované služby překračující bariéry programů, oddělení, lékařů a organizací, návazné v prostoru a čase tzv. bezešvou péčí.

**Včasnost** , stupeň, v němž je péče poskytována pacientům v době, kdy ji nejvíce potřebují a kdy je pro ně nejprospěšnější.

**Přiměřenost**, péče je poskytována na současné úrovni vědeckého poznání a odpovídá danému stavu a potřebám pacienta.

**Úcta a vnímavost**, stupeň zapojení klientů a jejich rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů týkajících se jejich zdraví. Způsob, jakým zdravotnický



personál respektuje stud, lidskou důstojnost, soukromí a individuální odlišnosti pacientů.

Dalo by se říci, že program KZK ve svých dimenzích bere v úvahu pohled managementu na kvalitu poskytovaných služeb, ale také vychází z potřeb klientů.

Je velmi důležité znát, že model KZK se dívá na kvalitu z pohledu (13):

- Produktu –kvalitou podávaného jídla,úrovní zdravotní dokumentace,úrovní kvality poskytovaného spotřebního zdravotnického materiálu
- Péče/služby-úrovní ošetrovatelské a lékařské péče,chování ke klientovi,úrovní diagnostických a terapeutických výkonů
- Kvalifikace zaměstnanců-úrovní dosaženého vzdělání lékařů a nelékařských profesí,úrovní dodavatelů
- Prostředí –úrovní pracovního prostředí,budov, osvětlení,hluku

#### **4 .2. Podmínky pro realizaci programu KZK**

V této části popíši model KZK, jeho fáze, které jsou nutné znát pro úspěšnost realizace. Zaměřím na vstupní část projektu a procesním řízení. Popíši specifické bariery při zavádění programu , které jsou nutné k překonávání odporu zaměstnanců. V této části zdůrazním klíčovou roli manažera v procesu řízení změny,otázku procesního řízení a jeho techniky a metody řešení problémů. Dále se zaměřím na důležitost zdravé firemní kultury v organizaci a klienta v ošetrovatelském procesu, který posuzuje kvalitu poskytovaných služeb.

Řízení kvality programu KZK v organizaci má své podmínky, kdy musíme pochopit základní filozofii programu. Celý program stojí na jednotlivých stavebních blocích bez kterého není možno program budovat a aplikovat do praxe.Jedním z hlavních bodů programu je pochopení filozofie a základních dimenzí kvality.Jedním z důležitých kroků je vytvoření základní organizační struktury programu, jmenování manažera a pracovního týmu, který bude spolu s manažerem řídit změny v ošetrovatelské péči. Manažer programu se svým týmem musí vypracovat plán kontinuálního zvyšování kvality, zajistit systém kontrolních mechanismů a vyhodnocování programu. Velmi důležité je i

stanovení konkrétních odpovědností a pravomocí při zavádění programu. Nutno podotknout, že v úspěšnosti zavedení programu KZK hraje klíčovou roli manažer a jeho schopnost řídit změnu.

#### **4. 2. 1. Role a úlohy manažera**

Manažer by měl dle J. Kottera mít vlastnosti jako jsou schopnost flexibility, neboť někdy je nutné naplánované procesy změnit nebo upravit, měl by být v dané problematice expertem, měl by disponovat teoretickými a praktickými znalostmi v problematice řízení změny. Jeho velmi důležitou vlastností by měla být schopnost vytvářet pracovní tým a umění vedení týmu a pracovníků, kteří jsou nositeli změn v organizaci (9). Úspěšné organizace, které realizovaly proces změn, mají společné atributy. Výsledkem tohoto procesu jsou vedoucí lídři, kteří umějí nadchnout, podporovat změnu a týmovou práci. Personál je motivován ke změnám a na odděleních je zdravá organizační kultura (8). Manažer 21. století pro organizaci dle Trunečka, která chce jít cestou změn, je důležitý učící se manažer, který má široký rozhled, je kreativní, vzdělaný a permanentně se vzdělává. Strategii řízení organizace přirovnává k řízení orchestru, kdy dirigent tvoří strategii skladby a odpovídá za celkovou kvalitu orchestru. Každý v orchestru odpovídá za své sebevzdělání a osobní růst (15). Manažer dle A. Kopčaje je vedoucí realizačního týmu a je finalistou realizace změn. Jeho role je tvůrce změn a ne být správcem existujícího systému (8). Manažer projektu při řízení změny musí počítat během přípravy a implementace projektu do praxe s přirozeným odporem lidí ke změně.

#### **4. 2. 2. Odpor vůči změnám a jeho překonávání v obecném měřítku**

V každé organizaci, která prochází změnou jsou lidé, kteří proces změn brzdí. Takoví lidé milují „status quo“ a staré zaběhnuté metody a jsou často překážkou při zavádění programu kvality.

Každý manažer realizující změnu si musí být vědom, že všechny změny které se v organizaci připravují nebo implementují se setkají s přirozeným odporem lidí.

Autor Andrej Kopčák ve své knize rozděluje odpor do šesti typologií (8):

- Komunikační odpor, který je příčinou nedostatečné komunikaci a informovanosti personálu
- Individuální necitlivost a nízká angažovanost pracovníků ve snaze zachovat „status quo“
- Obavy ze změněného způsobu práce, které vedou k odporu vůči novotám
- Odpor proti potřebě se přizpůsobovat novým vztahům a způsobu práce
- Ekonomicky stimulovaný odpor, který vychází z obavy z dosavadního způsobu odměňování za práci
- Odpor k průchodu bodem zvratu, který vyplývá z nezažitého systému práce přinášející více strastí v pracovním životě.

Autor ve své knize doporučuje všeobecně jak pracovat s jednotnými typologiemi odporu. Základem je co nejširší komunikace s pracovníky a předávání informací. Neméně důležité je vzdělání u pracovníků a hodnocení pracovního výkonu. Manažer musí využít všech motivačních prvků, která povedou k překonání odporu u zaměstnanců.

R. Keller vyjadřuje ve své knize názor, že lidé v organizaci mají odpor ke změnám v důsledku chybějící organizační kultury, nedostatečná motivace a hodnocení pracovních výsledků, nedostatečná inspirace a neznalost vize organizace. Východiskem je podpora učení a motivace lidí. Komunikace a tvorba pracovních týmů, které dávají příležitost ke kreativitě. Autor uvádí, že pro úspěšný proces změn je velmi důležité pracovat se všemi lidmi v organizaci (6).

J. Kotter ve své knize zdůrazňuje tvorbu vize a strategie organizace, která je velmi důležitá pro proces změny. **Lidership**- manažer je důležitou rolí v organizaci, který transformuje důležité informace mezi pracovníky v organizaci, rozšiřuje strategii a vizi organizace. Autor klade důraz na tvorbu

pracovních týmů při procesu změny v organizaci. Rozšiřování a upevňování krátkodobých a dlouhodobých cílů mezi pracovníky. Vytvářet podmínky pro úspěšnou komunikaci a tím modelovat chování zaměstnanců (9) .

#### **4. 2. 3 . Příčiny odporu lidí ve zdravotnictví vůči zavádění systému kvality**

Zaváděním programu kontinuálního zvyšování kvality v organizaci také sebou nese odpor zaměstnanců vůči změnám.

Petr Škrla ve své knize popisuje nejčastější problémy se, kterými se setkává při zavádění programu KZK. Důvodem odporu k zavedení tohoto programu je frustrace pracovníků, kdy pracovníci neví jak dál, mají před sebou velké úkoly, které neumí splnit. Nemají dostatečné vzdělání na plnění úkolů, jednotlivci jsou přetěžováni při plnění úkolů. Dalším problémem je nedostatečná informovanost personálu a vzdělanost v problematice programu KZK na jednotlivých odděleních, kdy se odpor vůči změně vztahuje k jednotlivci, který je v mocenském postavení nebo expert v dané problematice. Lidé nechtějí s tímto manažerem diskutovat o problémech vyplývajících se zaváděním programu kvality, neboť se bojí vyjádřit svůj názor (12).

Odpor vůči změnám může i nastat , pokud personál nemá svého vůdce změn na oddělení, který je neaktivní, nezajímá se o problematiku, pouze plní dané úkoly. Dalším problémem, který vyvolává odpor je špatně vytvořený pracovní tým na odděleních, který pracuje povrchně a zrychleně na úkolech, které nedokončí. Tento systém práce nepřináší uspokojení zaměstnanců a vyvolává pocity zbytečnosti se zaváděním programu. Jednou z možných variant řešení je jmenování silného manažera programu KZK, který podporuje týmovou práci lidí. Členové týmu modelu KZK, musí mít dostatečné znalosti o kvalitě ve zdravotnictví a programu KZK, neboť na jejich práci závisí další rozšíření programu mezi personál organizace (12). Dalo by se říci, že veškerá činnost v oblasti zvyšování kvality v přípravné fázi záleží na týmové práci mezi manažerem programu a jeho pracovním týmem. Při zavádění modelu kvality

TQM popisuje autor , že odpor lidí ke změnám je způsoben neinformovaností a neznalostí smyslnosti modelu a poslání a vize organizace. Špatná komunikace mezi personálem a manažerem programu je vždy příčinou ztráty a víry v zavádění změny v organizaci. Další odporem vůči změnám je příliš mnoho etap v rámci jednoho procesu.

Pokud proces je příliš složitý a lidé nemají potřebné množství znalostí a dovedností, ztrácejí pocit sebevědomí a pocit z dobře vykonané práce. Lehce se vrací k zaběhnutému procesu, který vykonávali dříve. Velkým problémem při zavádění změny je dysfunkční firemní kultura, která vědomě i podvědomě vyznává staré postupy a zavedené pravdy. Odrazuje pracovníky od kreativity a inovací při zavádění systému kvality. Pokud management nedosáhne vzájemné rovnováhy, která se týká filosofie trvalého zlepšování zaměřená na klienta a rovnováhy zaměřené na zaměstnance vyvolá také odpor ke změnám (13).

Obecně lze říci, že jakákoliv změna v organizaci týkající se změn postojů a chování lidí vyvolá odpor u zaměstnanců. Lidé pracující ve zdravotnických zařízeních mají stejné reakce na změny jako v ostatních organizacích. Při překonávání odporu u lidí v organizaci platí obecně známá pravidla, která vycházejí ze strategie a poslání organizace, rozšíření cílů mezi zaměstnance. Komunikace a informovanost lidí v organizaci. Podpora učení a nových dovedností, týmové práce u pracovníků, budování zdravé organizační kultury.

#### **4. 2. 4. Bariéry implementace programu KZK**

Každá změna dosavadní praxe přináší odpor pracovníků, kteří budou muset změnit své chování a přizpůsobovat se novým pravidlům. Při zavádění modelu KZK popsal P. Škrla nejčastější bariéry při implementaci programu. Zdravotníci nejčastěji říkají (13):

**My to již děláme a děláme to dobře**, zkušenosti z řady ZZ ve světě i v ČR nás ujišťují o tom, že mnoho lidí ve zdravotnictví buď vědomě, nebo nevědomě věří,

že to, co dělají, je dobré, a proto není co zlepšovat. Na mnoha odděleních existuje nesmyslná administrativa, která často duplikuje výkony, procesy, které nejsou efektivní, ale pracovníci jsou zvyklí je tak vykonávat. Často funguje neefektivní komunikace mezi personálem a vedoucím oddělení. Klient naprosto vyřazen z procesu rozhodování. Podceňují omyly z nedbalosti, které se neřeší z hlediska managementu rizik v rámci celé organizace.

Obecným příkladem mohou být sledování pádů u klientů a benchmarking v této problematice v rámci organizace nebo jiného zdravotnického zařízení. Pokud není zavedený systém monitorování, hlášení a systém prevence pádů klientů v celé organizaci, nemůžeme říci, že tento problém máme vyřešený a „děláme to dobře“. Je nutné si uvědomit, že program KZK nás povede k zlepšování všeho, co dnes děláme dobře.

**Když měříte pouze ‚něco‘, díváte se na problém moc zjednodušeně**, někteří lidé si myslí, že sledováním pouze několika indikátorů kvality degradujeme celý proces KZK, který vede do absurdity. Pomocí sledování specifických indikátorů kvality na oddělení, můžeme získat celkový pohled na organizaci. Indikátory nám poskytnou první výstražné signály, že není něco pořádku. Musíme samozřejmě vybrat smysluplné indikátory, které nám pomohou i vyřešit více celou řadu problémů. Příkladem indikátoru je incidence dekubitů, který můžeme sledovat na všech oddělení ve zdravotnickém zařízení. Sledování výskytu dekubitů můžeme zjistit úroveň ošetrovatelské péče, jednotnost při ošetrování dekubitů, ale také materiální a technické vybavení oddělení antidekubitními pomůckami.

**Nemám čas**, většina zaměstnanců ve zdravotnictví je značně zaneprázdněna. My ale nesmíme zaměňovat zaneprázdněnost s výsledky. Často, ale děláme zbytečné věci, duplicitní administrativní úkoly nebo na oddělení je špatná organizace práce. Nemáme-li podklady k vyhodnocení naší práce, může se stát, že pracujeme sice velice těžce, ale děláme zbytečné věci, nejsme organizovaní nebo používáme špatnou metodu. Příkladem by mohlo být zvolený funkční systém v organizování ošetrovatelské péče, který neřeší individuální odpovědnost za provedené úkony u klienta. Ve funkčním systému „všichni dělají všechno“ a často tedy duplicitně, tento systém přetěžuje denní směnu a nevychází z potřeb klientů.

**Nemohu nic udělat, protože nemám pravomoc provést potřebné změny,** manažerský tým podporuje snahy o zlepšení, zvláště když tyto změny nejsou spojené s velkými náklady. Znovu je třeba zdůraznit fakt, že více než 80 % všech změn k lepšímu můžeme provést s minimálními náklady. Obecným příkladem změny, který opravdu nestojí žádný finanční náklad je změna chování personálu směrem ke klientovi, který vychází z jeho bio-psycho-sociálních potřeb. Úsměv, ochota a komunikace nic nestojí (3).

**Nemám potřebné know-how** , někteří lidé ve zdravotnickém managementu mají obavy, že proces zvyšování kvality nezvládnou, protože nemají potřebné vědomosti a zkušenosti. Správný manažer programu pomocí učení svých zaměstnanců předává potřebné informace, které jsou nutné, aby model KZK byl implementován v praxi .

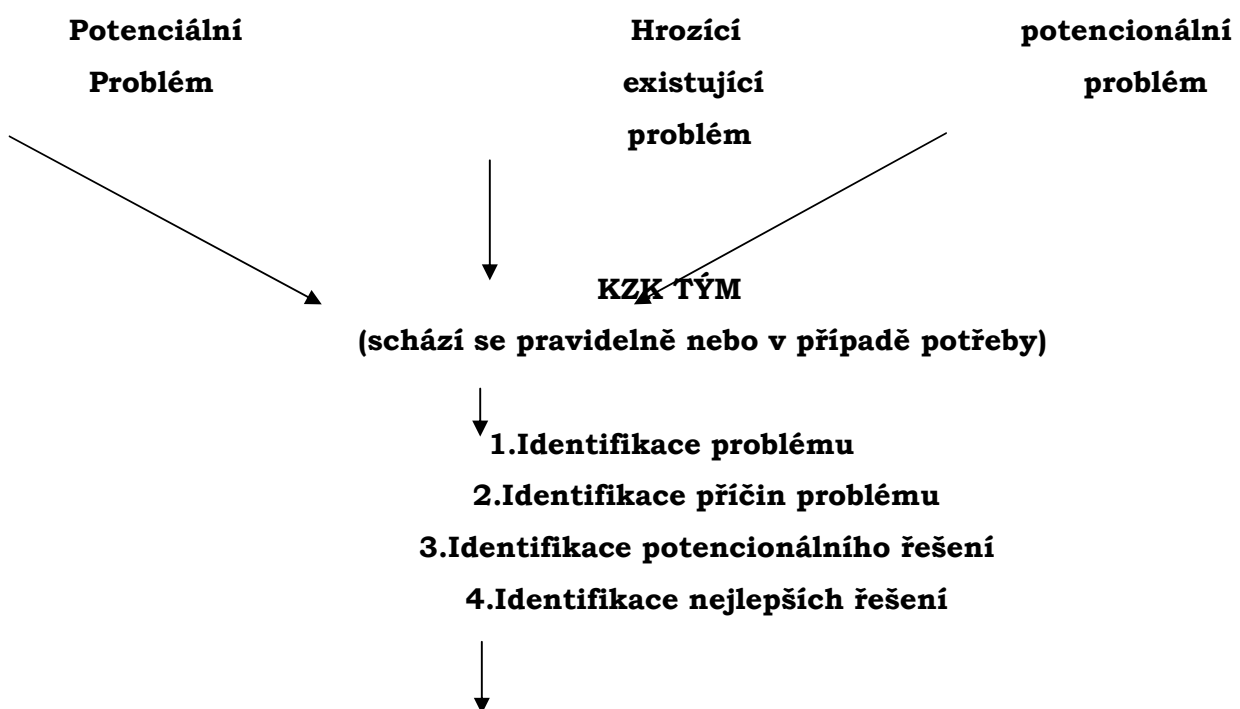
**Mě program KZK nebaví,** je možné souhlasit s tím, že metodologický a systémový přístup, který nabízí KZK program, je pro někoho zpočátku nezajímavý a opravdu časově náročný. Zde lze říci pouze to, že za několik měsíců se v lidech, kteří se problematikou kvality z perspektivy programu KZK zabývají, objeví zájem a nadšení, kterého přibývá s dosaženými úspěchy. Je velmi důležité hodnotit dosažené výsledky a seznamovat své spolupracovníky s úspěchy, ale také s neúspěchy. Z vlastní zkušenosti vím, že lidé začnou hledat možnosti řešení, které povedou k úspěchu. V organizaci je také velmi důležitý benchmarking předem dohodnutých společných indikátorů, které se pravidelně hodnotí mezi vedoucími pracovníky jednotlivých oddělení.

#### **4. 2. 5. Procesní řízení programu**

Dalším důležitým stavebním kamenem programu je procesní řízení. Pojem co je procesní řízení dle vyjádření autora J. Trunečka zahrnuje jednotlivé činnosti, které můžeme měřit, popsat a samostatně studovat (15). Dle P. Škly procesní řízení tvoří celkovou páteř systémových programů kvality a dle Shodlera můžeme o procesech říci, to jsou výkony, které na sebe navzájem navazují (12). Účelem procesu je vždy docílit specifikovaného výsledku.

John Kotter ve své knize popisuje osm fází procesního řízení, které vedou k úspěšnému vedení změny v organizaci. Mezi nejdůležitější fáze, které mohou aplikovat do své organizace považují vytvoření vize a strategie, které vedou k porozumění změny. Vytvoření a podpora týmové práce v organizaci. Pracovní týmy pomáhají rozšiřovat cíle organizace a přímo se podílí spolu s managerem na vedení změny. Během řízení změny je velmi důležitá komunikace s pracovníky a podpora jejich námětů k zvládnutí změny na pracovišti. Autor v konečné fázi procesního řízení považuje za nejdůležitější upevnění cílů mezi pracovníky, efektivní vedení a rozvoj organizace směrem k zákazníkovi. V modelu KZK je navržen tento princip řešení problémů (9).

### **Proces řešení problému v programu KZK (12)**





## **Výběr korektivní akce**

**Reengineering, uprava standardů, směrnic, výuka dovedností, zvýšená kontrola**



## **Implementace a vyhodnocení korektivní akce**

### **4. 2. 6. Nástroje a techniky skupinového řešení problémů**

Řešení problémů v model KZK je založeno na týmové práci lidí v organizaci. Chceme-li úspěšně vyřešit identifikované problémy, musí manažer projektu, který vede tým znát nástroje a techniky skupinového řešení. Nejvhodnějším způsobem při řešení problémů se ukázal multivoting a benchmarking oproti jiným technikám např. brainstormingu a Paretově diagramu. Metoda multivotingu a benchmarkingu nalézá a určuje nejlepší řešení problémů, zatímco jiné techniky pouze určují daný problém. Benchmarking slouží k porovnávání procesů slabých stránek se silnými stránkami konkurenčního zdravotnického zařízení, které vedou ke zlepšení procesů a novým myšlenkám a nápadům na zlepšení. Multivoting je metodou, kdy se účastník může rozhodnout pro určitou variantu řešení svými počty hlasů. Metoda brainstormingu je dobrou metodou, která pomáhá odhalit příčiny problému a pomáhá manažerovi při plánování odstranění příčin problémů (12). Skupinová práce lidí v organizaci je úzce spojena s organizační kulturou.

### **4. 2. 7. Klient v ošetrovatelském procesu**

Klient je alfou omegou v modelu KZK, neboť snaha managementu je poskytovat kvalitní zdravotní péči. Ošetrovatelský personál musí pochopit kdo je náš klient a orientovat své poskytované služby směrem ke klientovi, které vycházejí z bio-psy-sociálních potřeb. Je velmi důležité znát pohled klienta co je z jeho pohledu kvalitní zdravotní péče. Ve fakultní nemocnici v Plzni, oddělení centra řízení kvality péče PhDr. Bílek proběhl s agenturou STEN/MARK výzkum kvality

poskytované péče. Výzkum přispěl ke stanovení základních dimenzí kvality, které hodnotí klient z hlediska svých potřeb .V roce 2002 sestavili dotazník pro klienty jejich zařízení, který hodnotí poskytované služby očima klientů. Z výsledků dotazníkové akce v centru pro řízení kvality sestavili základní dimenze kvality z pohledu nemocného. Klient hodnotí zejména jak proběhlo přijetí na oddělení. Posuzuje chování a jednání zdravotníků, zda byl ošetřován s úctou a ohledem.

Klient dále hodnotí naplánování a kontinuitu poskytované péče. Mezi velmi důležitými potřebami je dostatek informací o průběhu léčby a potřeba komunikace se zdravotníky. Nejméně důležité pro klienta je mít pocit pohodlí, citové opory a zapojení rodiny do léčebného procesu (22). Doc. Hofman ve své práci uvádí , že pro příznivější vnímání služby zákazníkem/ klientem je podstatnější nemateriální komponenta uvedené služby, neboť základní profit zdravotnické služby je ve většině zařízení shodný. Nemateriální stránka věci je jakási přidaná hodnota od poskytovatele zákazníkovi a zpravidla náklady na tuto složku jsou minimální (úsměv, vstřícné chování, seriosní a otevřená komunikace) pacient musí mít pocit, že jsme tady jen a jen pro něho (3). Ze zahraničních zdrojů bych chtěla zde uvést anglický Pickerův institut zabývající se spokojeností klientů, který monitoruje a vyhodnocuje poskytovanou zdravotní péči klientům ve třech krocích. Před vstupem klienta do zdravotnického zařízení a v průběhu a ukončením hospitalizace. Kvalita je hodnocena spotřebitelem, která vychází z jeho potřeb ( přijetí do nemocnice, komunikaci, citovou oporu, informovanost, zapojení rodiny) (23). Obecně lze říci, že pokud se chceme zabývat řízením kvality ve zdravotnictví, musíme se především orientovat na klienta jako spotřebitelem péče.

Závěrem lze říci, že je velmi důležité seznámení se modelem KZK a jeho možných překážek v realizaci v praxi při přípravě řízení změny v ošetrovatelské péči. Aby mohl manažer programu organizaci připravit na změnu musí být v dané problematice expertem a využít osvojené dovednosti a znalosti modelu KZK, aby mohl naplánovanou změnu připravit a implementovat do praxe. Obecně lze říci, že pro úspěšné zavedení změny je důležitá role a osobnost manažera a znalost principů procesního řešení problémů jeho nástrojů a technik řešení

identifikovaných problémů. Při přípravě modelu manažer vychází ze znalosti prostředí ( diagnostika organizace), lidí v organizaci, kteří v první fázi kladou přirozený odpor ke změnám v ošetrovatelské praxi. Manažer programu při řízení změny vychází z potřeb klienta a jeho pohledu na kvalitu poskytované péče.

Nutno podotknout, že pro úspěšné vedení změny v přípravné fázi modelu KZK jsou velmi důležité tyto aspekty:

- Mít individuální zodpovědnost za poskytovanou kvalitu
- Opustit staré rituály, starého chování a postojů, radikální změna myšlení
- Neustála touha být špičkovým zaměstnancem
- Neustálá touha zlepšovat svou práci
- Vybudování správných procesů na řešení vyskytující se nebo anticipovaných problémů
- Pomoc manažera a jeho týmu oddělením i jednotlivcům při dosahování jejich stanovených cílů

## **5. Praktická část**

Praktická část diplomové práce bude věnována řízení změny ošetrovatelské péče na Neurologickém oddělení Oblastní nemocnice Kolín, a.s.( dále ONK), kde v roce 2004 probíhal pilotní projekt programu kontinuálního zvyšování kvality. Provedu diagnostiku neurologického oddělení, z které budu dále vycházet pro plánování a řízení změny v ošetrovatelské péči v rámci programu KZK. Hlavním cílem diplomové práce je realizace modelu řízení kvality KZK v praxi, který směřuje ke zvýšené spokojenosti klientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

## **6. Popis organizace**

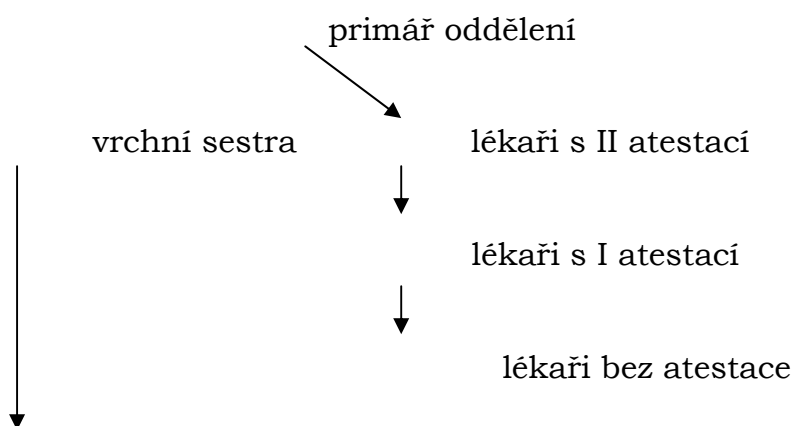
Oblastní nemocnice Kolín se stala v letošním roce akciovou společností Krajského úřadu Středočeského kraje rozhodnutím Rady kraje. V dubnu loňského roku byla Radou Středočeského kraje přijata koncepce zdravotnictví Středočeského kraje a Nemocnice Kolín byla vybrána jako oblastní nemocnice, která bude poskytovat superspecializovanou péči v rámci jihozápadní části Středočeského kraje. V ONK a.s. zastávám pozici hlavní sestry, kdy mým prvořadým úkolem a cílem je do roku 2007 připravit nemocnici k akreditaci dle SAK-ČR (10). Oblastní nemocnice Kolín, a.s, má velkou tradici, neboť některá oddělení již oslavila 100 let od svého založení ( interní, chirurgické). Nemocnice má ve svém areálu 13 budov, kde jsou umístěny oddělení a disponuje s 537 lůžky standardní péče a 50 JIP ( z toho 5 lůžek ARO ). Zdravotní péči poskytuje na 13 odborných odděleních ( interní, dětsko-kojenecké, chirurgické, neurologické, oční, kožní ORL ,gynekologicko-porodnické a další) a 14 komplementárních odděleních ( ONM, RHB, RTG, onkologie, TRN a další).

V nemocnici pracuje celkem 997 zaměstnanců, 128 lékařů, 477 středně zdravotnických pracovníků ( z toho je 56 laborantek) , 80 nižších zdravotnických pracovníků, 37 sanitářů, 116 technicko hospodářských pracovníků a dalšího pomocného personálu.

Neurologické oddělení má v ONK svou nezastupitelnou roli, neboť je součástí této nemocnice již čtyřicet let. Na oddělení pracuje 11 lékařů s II a I atestací v oboru neurologie. Ošetrovatelský tým tvoří 24 sester, 3 ošetrovatelky a 6 sanitářek.

Vzdělání sester na oddělení je na různém stupni odborné úrovně, 1 sestra s VOŠ a 15 sester s ukončeným postgraduálním vzděláním v oboru intenzivní péče a speciální péče o dospělé. Neurologické oddělení má 33 standardních a 6 JIP lůžek. Součástí oddělení je ambulantní péče, která je rozšířená o speciální ambulance pro nemocné s roztroušenou sklerózou, demence, bolesti hlavy a protizáchvatová poradna. Na oddělení se provádí diagnostika ve speciálních laboratořích EMG, EEG a ultrazvuková laboratoř. Spádovost neurologického oddělení je sto padesát tisíc obyvatel. Neurologické oddělení se specializuje na nemocné s cévní mozkovou příhodou. Oddělení disponuje iktovými lůžky na JIP, které splňují doporučení a požadavky neurologické společnosti ČSL. Neurologické oddělení pro pilotní projekt KZK jsem si vybrala proto, neboť na tomto oddělení 12 let pracovala jako vrchní sestra. Během své praxe jsem stabilizovala nelékařský personál a oddělení získalo vysoký kredit v oblasti poskytování ošetrovatelské péče klientům v ONK, a.s. Myslím si, že oddělení má na velmi dobré úrovni vybudovanou organizační kulturu, která se je založena na spolupráci mezi nelékařským personálem a lékaři oddělení.

## 6 .1. Organizační struktura neurologického oddělení



staniční sestra JIP ,oddělení  
sestry specialistiky  
sestry s odborným vedením  
ošetřovatelky, sanitárky

### **6 .1. 2. Ošetřovatelský tým se skládá z následujících pracovních pozic:**

- a) **vrchní sestra**, koordinace ošetřovatelského týmu, aplikace nových poznatků z ošetřovatelského výzkumu do praxe, vytváření podmínek pro odborný růst svých podřízených pracovníků, odpovídá za poskytovanou kvalitu ošetřovatelské péče
- b) **staniční sestra**, odpovídá za poskytovanou kvalitu ošetřovatelské péče na svých úsecích dle platných standardů ošetřovatelských činností, koordinuje činnost ošetřovatelského týmu v jednotlivých směnách, provádí kontrolní činnost u svých podřízených
- c) **sestra specialista**, poskytuje ošetřovatelskou péči dle standardů ošetřovatelských činností, uplatňuje v praxi metodu ošetřovatelského procesu ,zajišťuje plnění potřeb nemocných, přímo řídí činnost ostatních členů týmu, pracuje jako vedoucí jednotlivé směny
- d) **sestra s odborným vedením**, pracuje pod odborným vedením směnné sestry, zajišťuje svoji činností uspokojování potřeb nemocných v jednotlivých směnách u skupiny nemocných, pracuje dle standardů a metody ošetřovatelského procesu
- e) **ošetřovatelka**, pracuje pod přímým vedením směnné sestry a svou činností zajišťuje uspokojování potřeb nemocných u skupiny nemocných
- f) **sanitárka**, pracuje pod přímým vedením směnné sestry vykonává pomocné práce spojené s uspokojováním potřeb nemocných, zejména biologické potřeby nemocných

## **7. Diagnostika oddělení**

### **Metodologie**

- **analýza dokumentů**
- **work shop**
- **SWOT analýza**

Sestavila jsem plán diagnostiky Na poradě vedení neurologického oddělení v červnu r. 2004 jsem předložila důvody a plán diagnostiky neurologického oddělení. Záměr byl kladně přijat členy vedení oddělení primářkou a staničnými sestrami. Termín vypracování závěrečné zprávy byl stanoven 30.11. 2004 (předložení managementu oddělení. Plán diagnostiky byl předán primáři neurologického oddělení ( viz. Příloha č. 1).

### **7. 1. Analýza dokumentů**

#### **7. 1. 1. Ošetrovatelská dokumentace**

Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotní dokumentace nemocného. Ošetrovatelská dokumentace na neurologickém oddělení je vedena dle modelu Gordonové (7). Prostudovala jsem třicet ošetrovatelských dokumentací našich klientů, kteří byli na oddělení hospitalizováni v průběhu roku 2003 a 2004. Vybrala jsem si klienty s náročnou ošetrovatelskou péčí, neboť tyto klienti jsou ohroženi vznikem dekubitů nebo jinou komplikací, která může vzniknout nekvalitní poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Při analýze dokumentace jsem měla již informace, že na oddělení není jednotná metodika ošetrovatelských postupů a intervencí. Posuzovala jsem, zda odpovídá příjmový protokol se stanovenými ošetrovatelskými diagnózami a plánovanými ošetrovatelskými

intervencemi a hodnocení. Zajímala mě úroveň zápisů , jak jsou vedeny denní zápisy o vývoji zdravotního stavu nemocného.

### **7. 1. 2. Analýza mimořádných událostí**

Studovala jsem záznamy mimořádných událostí zejména záznamy o pádech nemocných. Zajímaly mě v jaké souvislosti pádu vznikl. Porovnávala jsem výskyt pádů s ošetrovatelskou dokumentací nemocného. Zajímalo mě , zda byly učiněny kroky k prevenci pádů a následná opatření.

### **7. 1. 3. Analýza incidence dekubitů**

Dekubitus je poškození kůže, tkáně a šlach a kostí. Vzniklý dekubitus je hodnocen jako nedostatečná péče ze strany ošetrovatelského personálu, který nesprávně zhodnotil bio-psycho-sociální potřeby klienta Neurologické oddělení ONK,a.s, patří mezi oddělení, kde je poskytována klientům velmi náročná ošetrovatelská péče. Jsou zde hospitalizováni nemocní, kteří jsou částečně nebo úplně imobilní. Obecně lze říci, že můžeme hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče dle incidence dekubitů na oddělení. K statistice dekubitů jsem použila ošetrovatelskou dokumentaci. Statistiku dekubitů nelze hodnotit bez ošetrovatelské dokumentace, neboť dokumentace obsahuje zápisy o poskytované ošetrovatelské péči.

### **7. 1. 4. Analýza stížnosti na oddělení**

Analyzovala jsem stížnosti na ošetrovatelskou péči v roce 2003 a v roce 2004 z podkladů od vrchní a hlavní sestry nemocnice.



## **7. 2. Work shop**

Cílem work shopu je identifikace pozitivních a negativních jevů , které by mohly ohrozit pilotní projekt KZK. Na informační schůzce, která proběhla na oddělení jsem požádala o delegování zástupců ošetrovatelského týmu. Works shop se uskutečnil v zasedací místnosti na ředitelství nemocnice.

Účastnilo se celkem devět delegátů ( 2 staniční sestry z JIP a oddělení, 5 SZP z oddělení a JIP, 2 NZP z oddělení,( Příloha č.2)

Metodou work shop se identifikovaly nejhlavnější oblasti v ošetrovatelské péči, kde jsou nutné změny a budou implementovány do programu KZK.

## **7. 3. SWOT analýza**

SWOT analýza je metodou, která při diagnostice organizace pomůže odhalit slabá a silná místa v organizaci. Poukáže na příležitost a zároveň možná ohrožení. Analýza je vedena a sestavována s týmem lidí. SWOT analýzu jsem sestavovala s delegovanými členy ošetrovatelského týmu a primářkou oddělení. Účastnilo se celkem devět členů, dvě staniční sestry, pět směnných sester , jedna ošetrovatelka a primářka oddělení.

## **7. 4. Návrh opatření**

Po provedené diagnostice oddělení jsem provedla evaluaci. Vypracovala jsem diagnostickou zprávu oddělení. V přípravné fázi se scházel ošetrovatelský tým nad diagnostickou zprávou a řešil, zda je schopen participovat na programu KZK. Proběhly celkem dvě schůzky ( 7.12. ,14.12. 2004) , kde se postupně vytvářel tým na tvorbu standardů ošetrovatelských činností , který se v první fázi zaměřil na problémové oblasti, které byly diagnostikovány ( viz Příloha č.13). Upravila jsem ošetrovatelskou dokumentaci, tak aby odpovídala Manuálu pro metodické vedení ošetrovatelské dokumentace v Nemocnici Kolín. V ošetrovatelské dokumentaci doplnily oblasti, které souvisejí s bezpečností klienta

( pády nemocných a hodnocení ) a hodnocení celkového stavu klienta při přijetí. Vytvořily „kuchařku“ možných ošetrovatelských diagnóz u jednotlivých lékařských diagnóz. Předmětem schůzek bylo i postupné seznamování s vytvořenými dokumenty, které souvisely s přímou ošetrovatelskou činností. Obecně lze říci, že přípravná fáze je jednou z nejdůležitějších fází pro úspěšné zavedení změny na pracovišti.

Přípravná fáze slouží k zmapování nejhlavnějších problémů na oddělení a mapování participace jednotlivých pracovníků při realizaci změn. V přípravné fázi je nutné vypracovat komunikační plán změn, motivační a vzdělávací plán pro ošetrovatelský tým.

## **7. 5. Vyhodnocení**

### **7. 5. 1. Vyhodnocení ošetrovatelské dokumentace**

- **Nedostatečné záznamy o zdravotním stavu v příjmovém protokolu**, sestry zapomínají vyplňovat jednotlivé kolonky, zejména o rizicích pádů a funkční úrovně nemocných ( úroveň samostatnosti a potřeby pomoci od ošetrovatelského personálu), v příjmovém protokolu chyběly záznamy o stavu kůže a popis případných kožních lézí.
- **Potřeby nemocných byly nesprávně pojmenovány ošetrovatelskou diagnózou**, názvy ošetrovatelských diagnóz neodpovídaly zaznamenaným potřebám nemocného ( z příjmového protokolu), často se u nemocných zapomínalo na intervenci při prevenci dekubitů, ačkoli u imobilních nemocných je zvýšená pohotovost k tvorbě dekubitů, zápisy o ošetrování ran a dekubitů jsou neúplné a často chybí záznam o polohování nemocného. V denním záznamu chybí podpis sestry, která prováděla ošetrovatelské činnosti u nemocného.

### **7. 5. 2. Vyhodnocení mimořádné události**

- **Nedostatečné vedení ošetrovatelské dokumentace**, zejména prevence a

opatření proti pádům u nemocného

- **Nedostatečné léčebné opatření ze strany lékaře u neklidného nemocného**, ačkoli ze záznamu sestry je zřejmé, že nemocný je neklidný, ale ze strany lékaře nebyla podána řádná medikace
- **Nedostatečné zajištění lůžka nemocného**, lůžko nemocného nebylo dostatečně vybaveno ochranným zařízením proti pádům ( ohrádky).

### **7. 5. 3. Vyhodnocení analýzy stížností**

Z analýzy vyplývá, že v roce 2003 byla pouze jedna písemná stížnost od rodiny hospitalizovaného klienta vrchní sestře. Ústní stížnosti od hospitalizovaných klientů se řešili na místě bez zápisů s okamžitým nápravným opatřením. V roce 2004 byly podány na ředitelství nemocnice tři stížnosti od hospitalizovaných klientů na poskytovanou ošetrovatelskou péči a chování ošetrovatelského personálu. Stížnosti se týkaly nedostatečné edukace a způsobu podání informací sestrou klientovi. Nerespektování studu a intimity klienta ze strany ošetrovatelského týmu a neetického chování sestry k rodině klienta. Ústní stížnosti se týkaly především chování ošetrovatelského personálu k rodinám klienta ( celkem 3).

### **7. 5. 4. Vyhodnocení incidence dekubitů**

- **Zvýšení počtu dekubitů v roce 2004** oproti roku 2003, kdy na oddělení došlo k výměně vrchní sestry, která nevěnovala pozornost prevenci a hojení ran a dekubitů
- **Ošetrovatelský personál se nevěnoval dostatečně prevenci a hojení dekubitů**, neboť nově nastupující sestry nebyly řádně zaškoleny v prevenci a hojení ran a dekubitů, zejména v roce 2004
- **Nedostatečná kontrolní činnost v r. 2004 vrchní a staniční sestry v oblasti dekubitů**, kontrolní plán vrchní sestry nezahrnoval oblast

sledování ošetrovatelských postupů při prevenci a léčby dekubitů

- **Nejednotnost v ošetřování a prevenci dekubitů, zejména v r. 2004**, kdy záznamy v ošetrovatelské dokumentaci nám dokazují nejednotnost ošetrovatelských postupů, dekubitus je ošetřován pokaždé jiným léčebným přípravkem

#### 7. 5. 5. Vyhodnocení Work shopu

- **Nedostatečné zajištění bezpečnosti nemocného**, které se projevuje zejména ve zvýšené incidenci pádů u nemocných a prodloužení pobytu v nemocnici v důsledků zranění nemocného
- **Nedostatečná úcta a respektování osobnosti nemocného**, často se nerespektují práva nemocných a k nemocným se nepřístupuje s úctou a respektem a to vyvolává ústní a písemné stížnosti nemocných a jejich rodin
- **Nedostatečný přístup k nemocným a jejich rodinám**, klient a rodina nejsou často zapojeni do rozhodovacích procesů týkajících se zdraví nemocného
- **Nejednotný přístup k prevenci a ošetřování dekubitů**, který se projevuje ve zvýšení incidenci dekubitů na oddělení
- **Nejednotnost přístupu ošetrovatelského personálu k ošetrovatelským činnostem**, absence metodických postupů a standardů, který se projevuje v používání různorodých metod ošetrovatelské péče dle zvyklostí jednotlivých sester
- **Nedefinované kompetence ošetrovatelského personálu**, absence individuálních náplní, které by měly vycházet dle dosaženého vzdělání a funkčního zařazení pracovníka

## **7. 5. 6. Vyhodnocení SWOT analýzy**

### **Silné stránky**

zájem a podpora managementu vedení o změnu v oblasti kvality péče na neurologickém oddělení

stabilizace ošetrovatelského personálu na neurologickém oddělení

jedna absolventka VOŠ a osm absolventek postgraduálních programů v ošetrovatelské péči v neurologii

většina sester, má zájem o změny v oblasti kvality ošetrovatelské péče

zájem ošetrovatelského personálu o pilotní program kvality na oddělení

staniční sestry mají zájem se zapojit a podporovat program KZK

staniční sestry mají zájem o další vzdělání v oblasti managementu

### **Slabá místa**

sestry nemají dostatečné znalosti systému kvality KZK

staniční sestry nemají dostatečné vzdělání v oblasti managementu kvality

sestry se dostatečně nevzdělávají

kompetence sester nejsou dostatečně formulovány dle dosaženého vzdělání

na oddělení se projevuje nejednotný přístup k ošetrovatelské péči

na oddělení chybí závazné normy, standardy

služebně starší sestry nemají zájem o změnu v ošetrovatelské péči

služebně starší sestry nejsou dostatečně motivovány ke změnám

### **Příležitost**

vytvoření a implementace programu kontinuálního zvyšování kvality na oddělení  
snaha být první a realizovat změny v ošetrovatelské péči  
tvorba ošetrovatelských standardů pro ošetrovatelskou praxi  
týmová práce pro tvorbu standardů a metodických postupů  
rozvoj neurologického oddělení a zvýšení konkurence schopnosti oddělení  
v rámci nemocnice a ostatních neurologických oddělení ve Středočeském kraji  
pracovní příležitost pro vzdělané sestry k rozvoji svých znalostí získávání nových  
pracovníků, kteří mají vyšší zdravotnické vzdělání- VOŠ, Bc., zejména pro práci  
na JIP neurologického oddělení  
pro další vzdělávání sester v oblasti managementu, rehabilitačního  
ošetrovatelství, komunikace , nutričních specialistek a další  
zvýšení společenského postavení sester v rámci nemocnice

### **Ohrožení**

negativismus ze strany sesterského personálu, zejména služebně starších sester  
nepochopení změn ze strany primářů a lékařů  
neochota ke změnám ze strany ošetrovatelského personálu  
neochota u staničních sester se dále vzdělávat  
nedostatek finančních prostředků nemocnice na financování dalšího vzdělávání  
u ošetrovatelského personálu  
nedostatek finančních prostředků oddělení spojené s rozvojem nových  
ošetrovatelských činností

## **8. Diagnostická zpráva**

Na základě analýzy dokumentů, Work shopu a SWOT analýzy doporučuji zaměřit se na tyto oblasti:

### **Oblast bezpečnosti klienta ve zdravotnickém zařízení**

Bezpečnost částečně nebo zcela imobilního klienta z hlediska pádů je nedostatečně zajištěna na oddělení. Toto zjištění je patrné ze statistiky pádů a ze záznamu v ošetrovatelské dokumentaci, která nedostatečně hodnotí potřeby klienta. Bezpečnost klienta můžeme hodnotit i z hlediska poskytování ošetrovatelské péče, která není dostatečně zajištěna standardy nebo metodickými postupy ošetrovatelských činností. Oddělení nepostupuje při ošetrování nemocného jednotně a to zejména v ošetrování ran a dekubitů. Ošetrovatelský tým nevěnuje dostatečnou pozornost prevenci dekubitů. Vrchní a staniční sestra nemají plán kontrolní činnosti na tuto důležitou oblast.

### **Oblast úcty a respektování osobnosti klienta a jeho rodiny**

Na oddělení není dostatečně věnována pozornost psychosociálním potřebám klienta, které spočívají v nedostatečné úctě a respektování osobnosti nemocného. Oddělení dostatečně nerespektuje práva nemocných a chybí standardy, které se zabývají správnou komunikací a edukací nemocného a jeho rodin. Klient a jeho rodina projevují tento nedostatek v ústních a písemných stížnostech na ošetrovatelský tým.

Ošetrovatelský personál si neuvědomuje, že rodina je často zapojena do rozhodovacích procesů týkajících se zdraví klienta, neboť imobilní klient je odkázán na pomoc rodiny.

### **Oblast vhodnosti péče**

Ošetrovatelská péče o klienty není založena na vhodných a uznávaných

standardech. Na oddělení nejsou jednotné postupy, které by byly závazné pro každou kategorii v ošetrovatelském týmu, které se projevují v nejednotném přístupu v poskytování ošetrovatelské péče. Sestry používají různé metody na které jsou zvyklé a dostatečně nezaznamenávají ošetrovatelské činnosti do dokumentace. V ošetrovatelské dokumentaci často chybí záznamy ,zapomínají vyplňovat jednotlivé kolonky, zejména o rizikách pádů a funkční úrovně nemocných, stavu kůže, které jsou spojeny s ošetrovatelských procesem u nemocného. Na oddělení nejsou vrchní sestrou určeny dostatečně kompetence pracovníků, které vyplývají z dosaženého vzdělání. Není stanoven plán kontrolní činnosti vrchní a staniční sestry.

## **8. 1. Doporučení**

**Zajištění bezpečnosti klienta,** platnými standardními postupy a metodickými postupy, které budou závazné pro všechny pracovníky. Vypracované standardy a metodické postupy by měly řešit metodiku mimořádných událostí ( pády nemocných), pracovní postupy u jednotlivých ošetrovatelských činností. Postupy a standardy budou vycházet z kompetencí jednotlivých pracovníků dle dosaženého vzdělání. Kompetence jednotlivých pracovníků určuje individuální náplň práce pracovníka. Zaměřit se na nejvíce problematické oblasti z hlediska ošetrovatelské péče při tvorbě standardů a jejich implementaci do praxe. Důsledně provádět audity jednotlivých standardů.

**Zlepšení chování personálu ke klientovi a jeho rodině** z hlediska dodržování lidských práva , respektování klienta jeho studu a přístupování ke klientovi s ohleduplností a úctou. Tuto oblast je možné zlepšit vzdělávacími akcemi zaměřené na tuto problematiku v rámci konferencí pořádanými zdravotnickými zařízeními, semináři. Vrchní a staniční sestra se v kontrolní činnosti zaměření na chování ošetrovatelského týmu. Dále je nutné z nevhodného chování vyvozovat důsledky a nápravná opatření, které mají podporovat sebereflexi jednotlivých pracovníků. Vedoucí pracovník by se měl zaměřit se na organizaci práce ošetrovatelského personálu, zda nedochází k přetěžování jednotlivých pracovníků a tím dochází ke konfliktním situacím s klientem a jeho rodinou.

**Celkové zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče,** zejména v oblasti



prevence a léčby dekubitů. Ošetrovatelský tým musí mít ošetrovatelské intervence podložené platnými standardy a pracovat dle standardů. Je velmi nutné dále vzdělávat sestry v rehabilitačním ošetrovatelství, samotnou péči o klienta, ale také přístup, komunikaci a chování ke klientovi. Podporovat další vzdělávání sester, zařadit možnost stáží na pracovištích, kde mají již zavedený model kvality. Podpora týmové práce.

## **9. Vize oddělení**

Na základě šetření a doporučení jsme dohodly zformulovat vizi neurologického oddělení, které bude poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči klientům. Neurologické oddělení poskytuje ošetrovatelskou péči dle Nové koncepce ošetrovatelství (18). Ošetrovatelskou péči poskytuje metodou ošetrovatelského procesu, nelékařský personál se celoživotně se vzdělává . Klientovi jsou v plné míře zabezpečeny bio-psycho-sociální potřeby, zejména jeho bezpečnost a všechny možná rizika jsou omezena na nejnižší míru nebo jsou vyloučena. Klient je spokojen s poskytovanou ošetrovatelskou péčí a přístupem personálu. Práva nemocných a základní lidská práva jsou nelékařským personálem dodržována. Oddělení pracuje dle platných standardů metodických pokynů. Vrchní a staniční sestra zapojila do tvorby standardů ošetrovatelské péče sestry, které mají o tuto činnost zájem a vytvořily pracovní tým. Tým pro tvorbu standardů vytvořil plán tvorby jednotlivých standardů a jejich implementaci do praxe a audit jednotlivých standardů. Členky týmu se zabývají implementací změn, standardů a provádějí auditorskou činnost na oddělení. Vrchní sestra má vypracované individuální náplně práce vyplývající z pracovního zařazení a dosaženého vzdělání dle Zákona č. 96/2004 Sb. zákona (20). Ošetrovatelský personál se neustále celoživotně vzdělává a do praxe implementuje nové metody ošetrovatelské péče. Oddělení úspěšně zavedlo model KZK do praxe a neustále pracuje na zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Zaměstnanci jsou spokojeni s výsledky své práce, úspěšně spolupracují s klientem a jeho rodinou. Na oddělení je přátelská atmosféra a dobře fungující spolupráce s lékaři. Organizaci je možno označit jako učící se organizace.

## 10. Cíl plánu změny na oddělení

Jako cílový stav bylo stanoveno naplnění programu KZK dle identifikovaných problematických oblastí na Neurologickém oddělení ONK, a.s., které byly popsány v diagnostické zprávě organizace. Program KZK se stává nástrojem jak zajistit klientům a jejich rodinám profesionalitu v poskytování ošetrovatelské péče.

V programu KZK se stanovily tyto oblasti :**péče o imobilního klienta,zajištění bezpečnosti klienta a zlepšení komunikace s klientem.**

Cílem změny bylo poskytovat ošetrovatelskou péči dle platných standardů a metodických pokynů v oblasti:

- komunikace
- příjem a péče o klienta během hospitalizace pacienta
- péče o imobilního klienta
- péče o neklidného nemocného

Cíl byl stanoven ošetrovatelským týmem na schůzkách a je výsledkem diskusí nad zjištěnými problémy , které byly obsahem diagnostické zprávy organizace. Stanovený cíl vychází ze specifiky ošetrovatelské péče na neurologickém oddělení, neboť na tomto oddělení je 65% hospitalizovaných klientů odkázaných na částečnou nebo úplnou pomoc ošetrovatelského personálu.

## **10. 1. Stanovení indikátorů**

Pro úspěšnou realizaci změny je nutné stanovení a monitoring indikátorů.

Hlavní cíl na neurologickém oddělení je úspěšná realizace programu KZK a tím zkvalitnění přístupu a péče ke klientovi.

**Indikátorem** pro úspěšnou realizaci programu bylo stanovení kladné hodnocení klienta v 90% v dotazníku spokojenosti a hodnocení spokojenosti zaměstnanců v 90% ( Příloha č.5).

**Indikátorem** pro péči o imobilního klienta bylo snížení počtu incidence dekubitů o 50% a úspěšný audit standardu Léčba a prevence dekubitů( 90 bodů).

**Indikátorem** pro oblast péče o neklidného nemocného byl určeno snížení pádů u klientů o 50% a úspěšný audit standardu Péče o neklidného klienta ( 90 bodů)

**Indikátorem** pro hodnocení oblasti příjmu a péče o klienta během hospitalizace jsme stanovily kladné hodnocení klienta 90% v otázce č.1,2,4,5,7,8,13,14 v dotazníku spokojenosti klientů a úspěšný audit standardu Komunikace s nemocným ( 90 bodů) ( Příloha č.3, 4,6).

## **10. 2. Vypracování plánu změn**

V předchozí kapitole jsem uvedla, že hlavním cílem je naplnění programu kontinuálního zvyšování kvality na Neurologickém oddělení ONK,a.s. dle stanovených oblastí, kde je nutné realizovat změnu. Vypracovala jsem podrobný plán s časovým horizontem a realizací změn.

### **10 .3. Ganttovo schéma zavádění změn pro rok 2004-2005**

	AKTIVITY	ČASOVÝ HORIZONT	LIDSKÉ ZDROJE	MATERIÁLNÍ ZDROJE	FINANČNÍ ZDROJE	VYMEZENÍ ODPOVĚDNOSTI
0.	Tvorba týmu a komunikačních o plánu změny zdrojů	1.11.-12.12.2004	pracovníci oddělení	Bude využito stávajících zdrojů oddělení	Mzda pracovníků motivační finanční zdroje	Bc. Válková M.
1.	Vypracovat chybějící standardy,	1.1.-28.2.2005	vybrání pracovníci na oddělení	Odborná literatura, PC, papír	Mzda pracovníků motivační finanční zdroje	Bc. Válková M. Horáková I. Masopustová R.
2.	Implementace standardů do praxe	1.3.-1.5.2005	tým pro tvorbu standardů	PC- Intranet, Tištěné dokumenty	Mzda pracovníků motivační finanční zdroje	Bc. Válková M. Horáková I. Masopustová R.
3.	Vypracovat plán vzdělávání pro pracovníky	1.3.-31.12.2005	pracovníci oddělení	Bude využito stávajících zdrojů nemocnice	Mzda pracovníků motivační finanční zdroje	Bc. Válková M. Masopustová R.
4.	Vytvořit prostor pro rozvoj pracovníků	od 1.1.2004	pracovníci oddělení	Bude využito stávajících zdrojů nemocnice	Mzda pracovníků motivační finanční zdroje	Bc. Válková M.
5.	Vypracovat kontrolní systém na oddělení	1.1.-31.12.2005	vrchní sestra	Odborná literatura, standardy, PC	Mzda pracovníků motivační finanční zdroje	Bc. Válková M. Masopustová R.
6.	Vypracovat motivační systém pro pracovníky	1.1.-1.3.2005	pracovníci oddělení	Odborná literatura, PC	Mzda pracovníků motivační finanční zdroje	Bc. Válková M.
7.	Vypracovat individuální náplň práce	1.1.-1.4.2005	pracovníci oddělení	Zákon č.96/2004 Sb.	Mzda a motivační finanční zdroje	Bc. Válková M. Horáková I. Masopustová R.
8.	Stabilizovat ošetrovatelský tým	od 1.1.2005	pracovníci oddělení	Bude využito stávajících zdrojů oddělení	Mzda a motivační balíček pro pracovníky	Bc. Válková M. Masopustová R.
9.	Vyhodnocení změny	od 1.12.2005	pracovníci oddělení	Bude využito stávajících zdrojů	Mzda a motivační zdroje	Bc. Válková M.

### 10.3.1. Popis realizovaných aktivit

- **aktivita 0** v sobě zahrnovala : vybudovat tým pro tvorbu standardů, který zároveň bude implementovat standardy do praxe a bude provádět spolu s vrchní sestrou auditní činnost ošetrovatelských intervencí
- **aktivita 1** v sobě zahrnovala : vypracovat a konzultovat standardy ošetrovatelských činností a následných auditů pro jednotlivé standardy (Příloha č.6, 7)
- **aktivita 2** v sobě zahrnovala : sjednotit ošetrovatelské činnosti ošetrovatelského týmu implementaci jednotlivých standardů do praxe , znalost vypracovaných standardů a jejich důsledné plnění.
- **aktivita 3** v sobě zahrnovala : naplánovat vzdělávací aktivity jednotlivých pracovníků zaměřené na hojení ran, zajištění bezpečnosti klientů( pády u nemocných),komunikace s klienty. Vyškolení dvou sester specialisek v problematice vlhké hojení ran a jedné sestry ve specializaci rehabilitační ošetrovatelství (Příloha č.8)
- **aktivita 4** v sobě zahrnovala : vytvořit prostor pro osobní rozvoj pracovníků, podpora aktivity jednotlivých členů ošetrovatelského týmu zejména v přednáškové publikační a lektorské činnosti.
- **aktivita 5** v sobě zahrnovala : vypracovat plán kontrolní činnosti vrchní sestry, který je zaměřen na stanovené cíle , vypracovat systém sankcí při nedodržování pravidel a systém řešení konfliktů na oddělení mezi pracovníky a klienty ( Příloha č. 9, 10)
- **aktivita 6** v sobě zahrnovala : vypracovat motivační balíček pro pracovníky, který by měl sloužit k větší zainteresovanosti pracovníků na oddělení k rozvoji jejich aktivit v rámci dalšího celoživotního vzdělávání v oblasti ošetrovatelské péče a zájmu dodržovat standardy ošetrovatelských činností ( Příloha č.11)
- **aktivita 7** v sobě zahrnovala : vypracovat nové individualizované náplně práce u jednotlivých pracovníků, které budou v souladu s dosaženým vzděláním a zařazením v ošetrovatelském týmu ( Příloha č. 12)

- **aktivita 8** v sobě zahrnovala :stabilizovat ošetrovatelský tým a podporovat rozvoj u jednotlivých pracovníků, omezit fluktuaci jednotlivých pracovníků v důsledku změn
- **aktivita 9** v sobě zahrnovala : vypracovat dotazník spokojenosti hospitalizovaných klientů( Příloha č.3 ),vypracovat dotazník spokojenosti s proběhlou změnou v oblasti ošetrovatelské péče ( Příloha č. 4,5)

Pro realizaci změn v problémových oblastech jsme zvolili strategii postupné změny, která má dle I .Gladkije má větší procento úspěšnosti (2). Dochází k většímu upevnění cílů mezi pracovníky a na projektu KZK participují všichni pracovníci. Mají možnost účastnit se plánování,realizace a vyhodnocování změny v rámci programu KZK. Pracovníci jsou zainteresováni do programu kvality a neustále zvyšují svůj profesní potenciál a tím se zvyšuje se organizační kultura pracoviště.

#### 10. 4. Komunikační plán změn

Komunikační plán dle aktivit a zaměření lze rozdělit do dvou celků

- a) směrem ke klientům
- b) směrem k ošetřovatelskému týmu

**a) Komunikace směrem ke klientům**, komunikace s klienty probíhala v celém období realizace změn ( leden 2005-únor 2006).Bylo nutné vyřešit tyto následující body:

- první kontakt sestry s klientem při přijetí na oddělení
- kontakt sestry s klientem během hospitalizace
- komunikace a edukační činnost sestry směrem ke klientům
- získání důvěry u klientů

Při komunikaci s klienty jsme využívaly individuálních rozhovorů a dotazníkového šetření spokojenosti. První kontakt s klientem, který se přijímal na oddělení k hospitalizaci jsme vyřešily vytvořením pracovního místa primární sestry. Primární sestra má ve své pracovní náplni péči o klienta přijmaného na lůžko. Sestra klienta seznámila se základními informacemi o oddělení, domácím řádem a s právy klientů. Během hospitalizace se mohl klient na tuto sestru obracet se svými potřebami. V odpoledních a nočních hodinách tuto funkci plnila vedoucí směny. Zlepšila se informovanost mezi klienty, komunikace, důvěra mezi klientem a sestrou. Edukační činností byly pověřené sestry specialistiky, které vypracovaly edukační plány pro imobilní klienty a jejich rodiny. Primární sestra a vedoucí směny( sestry specialistiky) edukovaly klienta a rodinu zejména před propuštěním o ošetřovatelské péči o klienta, antidekubitních pomůckách, potravinových doplňcích. Nabídly rodině spolupráci se sociální sestrou. Rodina se mohla účastnit rehabilitace a nácviku ošetřování klienta. Vrchní a staniční sestra vedly rozhovory s klienty, které byly zaměřené na jejich spokojenost s poskytovanou ošetřovatelskou péčí. Během měsíce října 2005 až do února 2006 byla zjišťována spokojenost klientů dotazníky spokojenosti, zaměřená na uspokojování jejich potřeb.



**b) Komunikace směrem k ošetrovatelskému týmu,** při komunikaci směrem k ošetrovatelskému týmu jsem se řídila zásadami : **seřadit**

- program KZK tvořit se spávnými lidmi
- proškolit zaměstnance v programu
- podporovat osobní rozvoj zaměstnanců
- systematické hodnocení výkonů ( 1x měsíčně)

Komunikace s pracovníky oddělení na téma změny v poskytování ošetrovatelské péče dle programu KZK probíhala v listopadu. Formou work shopu byl představen program KZK, který pomohl zvýšit kredit neurologického oddělení. Po proběhlém work shopu v druhé polovině listopadu jsem s ošetrovatelským týmem sestavila SWOT analýzu. Personál byl s výsledky diagnostiky seznámen 7.12. 2004 . Na této schůzce byly stanoveny oblasti pro zvyšování kvality programu KZK (Příloha č.13). Na schůzce 14.12. byly s jednotlivými členkami týmu projednávány jejich úkoly. Během roku 2005 se konaly pravidelné porady vedení oddělení 1x za měsíc( první týden v měsíci ve středu), kde se hodnotily dosažené výsledky programu KZK. Na poradách byly vždy určeny jednotlivé dílčí úkoly a aktivity v rámci programu KZK, byly vždy určeny odpovědné osoby a termíny plnění úkolů. Na každé poradě se hodnotilo plnění jednotlivých aktivit. Pravidelnými účastníky byla vrchní, staniční a směnná sestra a další členové ošetrovatelského týmu. Jednotliví členové ošetrovatelského týmu mohly vznášet dotazy a přinášely nové poznatky a nápady, které se realizovaly. Z každé porady byl učiněn zápis a každý pracovník měl za povinnost se seznámit se zápisem. Na poradách se delegovaly účastníci na jednotlivé vzdělávací semináře, které se konaly v rámci nemocnice a mimo nemocnici. Každá členka ošetrovatelské týmu se školila v určité problematice ošetrovatelské péče. Během roku se vyškolila sestra specialistka v oboru : vlhké hojení ran, nutriční specialista, rehabilitační ošetrovatelsví a ošetrování flexibilních katetrů.

Tyto sestry specialistky měly za povinnost vyškolit během roku ostatní členy týmu v dané problematice. Na společných seminářích, které se konaly na oddělení ( pravidelně každou poslední středu v měsíci) se po programu řešily problémy a nové náměty programu KZK. Ošetřovatelský tým se scházel na problematiku v rámci programu KZK 2x do měsíce ( porada a semináře). Během realizace probíhala komunikace s jednotlivými členy týmu na všech úrovních řízení ( vrchní sestra, staniční sestra, vedoucí směny). V měsíci únoru ( 8.2. 2006) proběhlo hodnocení programu KZK na společné schůzce ošetřovatelského týmu. Na schůzce jsem provedla vyhodnocení dotazníků spokojenosti klientů a vyhodnocená anketa spokojenosti zaměstnanců. Dále probíhalo hodnocení vytyčených cílů a splnění jednotlivých indikátorů v rámci programu KZK a úspěšnosti zavedení změn v oblasti ošetřovatelské péče. Další schůzka ošetřovatelského týmu planovaná na měsíc březen bude mít za úkol stanovit problematické oblasti, cíle a indikátory pokračování realizace programu KZK v období 2006 a 2007.

## **10. 5. Realizace změny**

Změna v řízení ošetřovatelské péče probíhala ve třech obdobích.

**První období změny** bylo přípravné období, proběhlo říjen–prosinec 2004. V tomto období jsem provedla diagnostiku organizace analýzou dokumentů a work shopem (9.11. 2004) a SWOT analýzu (16.11.2004) s delegovanými zaměstnanci ( Příloha č.1). V prosinci (7.12.2004) jsem seznámila zaměstnance s diagnostickou zprávou a stanovily se problematické oblasti ošetřovatelské péče, kde je nutné realizovat změnu (Příloha č. 13). Ošetřovatelský tým pochopil, že změna v poskytování ošetřovatelské péče dle programu KZK je výzvou a přistoupil ke změnám s nadšením. Společně jsme stanovily cíle, indikátory a aktivity programu KZK. Jednotlivé sestry se v rámci osobního rozvoje a celoživotního vzdělávání rozhodly o specializaci v které se budou vzdělávat v průběhu roku 2005 ( Příloha č. 8).

**Druhé období změny** probíhalo od ledna do května 2005, vytvořila jsem komunikační plán směrem ke klientům a zaměstnancům, motivační plán a školicí plán pro zaměstnance ( Příloha č. 11). Plány byly zpřístupněné všem zaměstnancům, byly vyvěšené v denní místnosti zaměstnanců. Dále byl vypracován systém vyřizování stížností zaměstnanců, ale i klientů ,předložen 8.2.2005( Příloha č. 10,14). Druhé období realizace změn řízení ošetrovatelské péče spočívalo v proškolení zaměstnanců v programu KZK, který se týkal vybraných problematických oblastí poskytované ošetrovatelské péče. Proškolení zaměstnanců proběhlo ve třech schůzkách z důvodu směnnovosti jednotlivých zaměstnanců ( 4.1,18.1.25.1 2005).

V tomto období tým pro tvorbu standardů vytvořil standardy ošetrovatelských činností a postupně zaváděl do praxe.Všichni zaměstnanci se postupně seznamovali se standardy péče a metodickým postupem pro vedení ošetrovatelské dokumentace. Koordinační osobou pro tvorbu dokumentů a školení ve druhé fázi byla vrchní sestra. Staniční a směnné sestry byly osobami, které koordinovaly zavádění standardů ošetrovatelských činností do praxe. Jejich úkolem bylo proškolení jednotlivých zaměstnanců. V tomto období probíhaly školení zaměstnanců v rámci seminářů na oddělení , ale i v rámci seminářů pořádaných ONK, a.s., komunikace ve zdravotnictví a rhlb ošetrovatelsví (11.1.,21.2.,10.3.,20.4. 05) přístup k těžce, chronicky a nevléčitelně nemocným klientům ( 19.1.,23.3.). Školící semináře pro zaměstnance byly zaměřené na kvalitu poskytované péče klientům.Ve druhé fázi vrchní sestra přepracovala náplně práce u jednotlivých pracovníků dle jejich vzdělání a specializace (Příloha č.12).

**Třetí období změny** probíhalo od června –prosince 2005 ,spočívalo v naplňování jednotlivých stanovaných cílů. V praxi byly zavedeny standardy ošetrovatelských činností, probíhaly audity jednotlivých standardů nezávislými auditorkami z řad vrchních sester ONK.a.s. ( 2.12.,7.12,Stará, Benešová). Probíhaly další školení a semináře sester specialistek, které předávaly své získané zkušenosti svým spolupracovníkům.

Od října 2004 probíhalo dotazníkové šetření hospitalizovaných klientů dle výzkumného projektu (Příloha č. 3,4). Celkové vyhodnocení všech dotazníků

a programu KZK proběhne v únoru 2006. Na společných poradách a seminářích se plánovaly další aktivity, které vedly ke zlepšení poskytované ošetrovatelské péče. Vrchní, staniční a primární sestra zjišťovaly individuálními rozhovory s klienty spokojenost ošetrovatelkou péči. V lednu 2006 proběhlo zjišťování spokojenosti zaměstnanců dotazníkovou formou. Byl použit dotazník dle vzoru PhDr. Škrli (13), který je přímo zaměřen na spokojenost zaměstnanců při realizaci programu KZK.

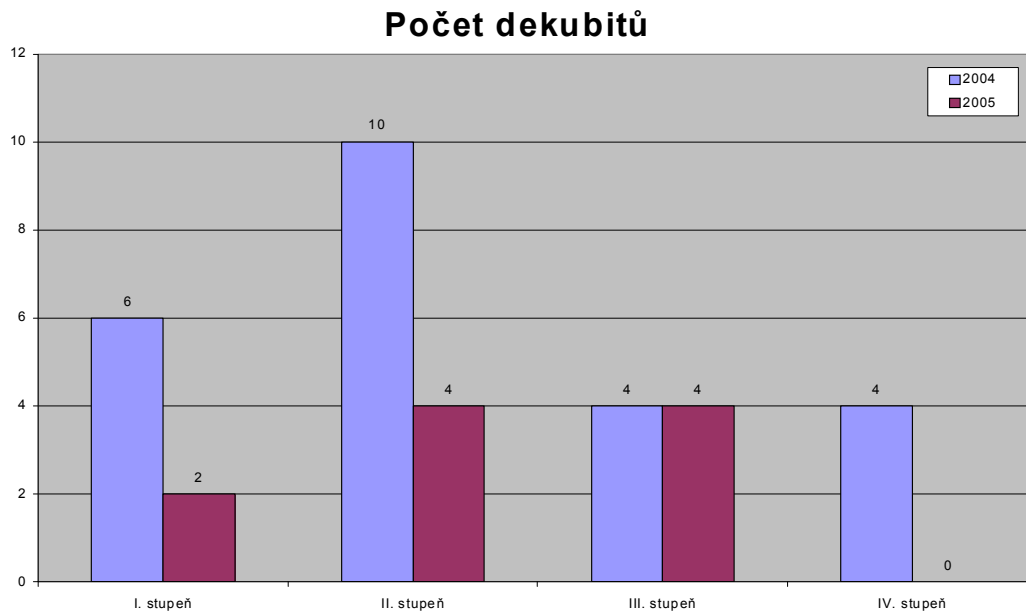
## **10. 6. Hodnocení**

V průběhu realizace programu KZK probíhalo hodnocení jednotlivých cílů programu v každém období realizace programu KZK. Hodnocení druhého období proběhlo v červenci, kdy se revidovaly se dosažené výsledky, které se porovnávaly s nastavenými cíli procesu (statistiky incidence dekubitů, mimořádných událostí, stížností a celkové spokojenosti klientů zjišťování individuálními rozhovory). Výsledky hodnocení byly umístěné na nástěnce v denní místnosti sester. V druhé polovině roku probíhaly nezávislé audity ošetrovatelských činností, které sloužily k hodnocení používání standardů ošetrovatelských činností v praxi. Hodnocené standardy ošetrovatelských činností se týkaly stanovených cílů a indikátorů programu KZK. ( Příloha č.6.7). V únoru letošního roku bylo provedeno celkové vyhodnocení stanovených jednotlivých cílů a indikátorů.

## 10. 7. Hodnocení dosažených výsledků

### 10. 7. 1. Oblast: péče o imobilního klienta ,snížení počtu dekubitů

**Indikátorem** pro snížení počtu dekubitů bylo stanoveno 50% snížení incidence dekubitů na oddělení a úspěšný audit ( 90 bodů) standardu Léčba a prevance dekubitů



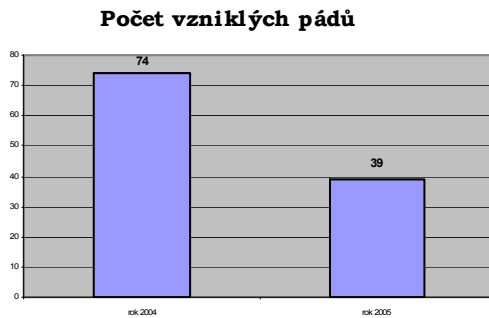
**Hodnocení auditu standardu** Léčba a prevance dekubitů: 100 bodů  
( Příloha č.6,7)

- a) snížení počtu incidence dekubitů v roce 2005 o více než 50 %
- b) používání v praxi standardů ošetrovatelských činností
- c) zlepšení kvality poskytované péče o imobilní klienty
- d) vyškolení sestry specialistky v oboru vlhké hojení ran

## 10. 7. 2. Oblast péče o neklidného nemocného, snížení počtu pádů klientů

**Indikátor :** snížení počtu pádů o 50% a úspěšný audit standardu ( 90 bodů)

Neklidný nemocný



**Hodnocení auditu standardu** Neklidný nemocný : 95 bodů ( Příloha č.6,7)

- snížení počtu pádů u klientů v roce 2005 průměrně o 50%
- správné používání metodického pokynu ošetřovatelské dokumentace v praxi
- zlepšení kvality poskytované péče o imobilní klienty
- správné používání standardů ošetřovatelských činností
- správné hodnocení rizika pádů u klienta sestrou

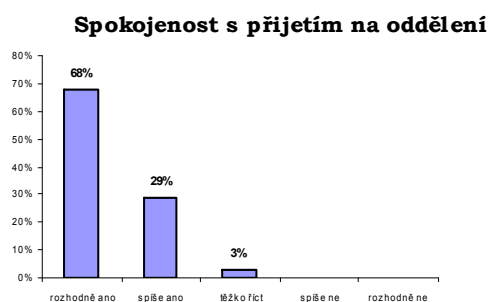
### 10 .7 . 3. Oblast péče o klienta při přijetí a během hospitalizace, komunikace s klientem

**Indikátor:** kladné hodnocení klienta 90% v otázce č.1,2,4,5,7,13, audit standardu Komunikace s nemocným ( 90 bodů)

#### Výsledek

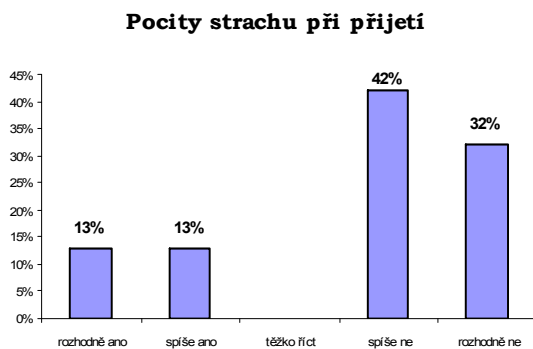
#### Otázka č.1. Byl jste spokojen se způsobem přijetí na oddělení?

- a) klient je spokojen se způsobem přijetí na oddělení v 97 % ( sečteme-li odpovědi ano, spíše ano)
- b) na oddělení je správná organizace ošetrovatelského týmu ( primární sestra,vedoucí směny), který správně informuje klienta během pobytu klienta na oddělení



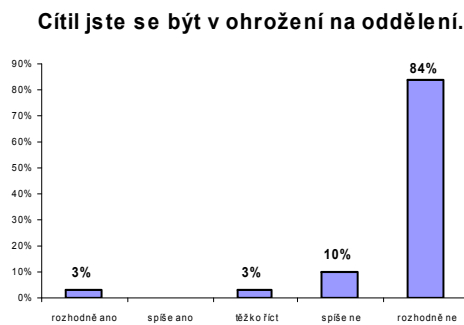
#### Otázka č. 2 :Zažíval jste pocity strachu při přijetí na oddělení?

- a) klient má pocit bezpečí na oddělení v 74 % ( sečteme-li odpovědi ano, spíše ano )



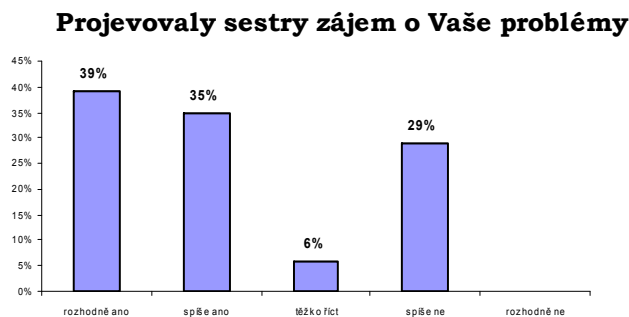
**Otázky č. 5: Zažil jste situaci ,kdy jste se cítil být v ohrožení při Vašem pobytu na oddělení?**

- a) 94 % klientů nezažívá pocity ohrožení na oddělení
- b) ošetřovatelský tým vyhledává správně psycho-sociální potřeby u klientů.



**Otázce č. 7: Projevovaly sestry zájem s Vámi mluvit o Vašich problémech?**

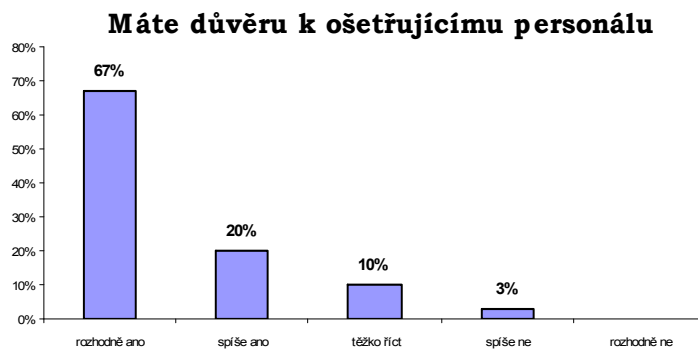
- a) klient není spokojen se zájmem sester, které neprojevují zájem hovořit o problémech klienta v 29 %,





### Otázka č. 13 :Máte důvěru k ošetřujícímu personálu ?

- a) klient projevuje důvěru k ošetřujícímu personálu v 87 %
- b) snížení počtu ústních ( 1) a písemných stížností ( žádná) na poskytování ošetřovatelské péči od klientů



**Hodnocení auditu standardu** Komunikace s nemocným :90 bodů  
( Příloha č.6,7)

#### 10. 7. 4. Celkové hodnocení programu KZK v praxi

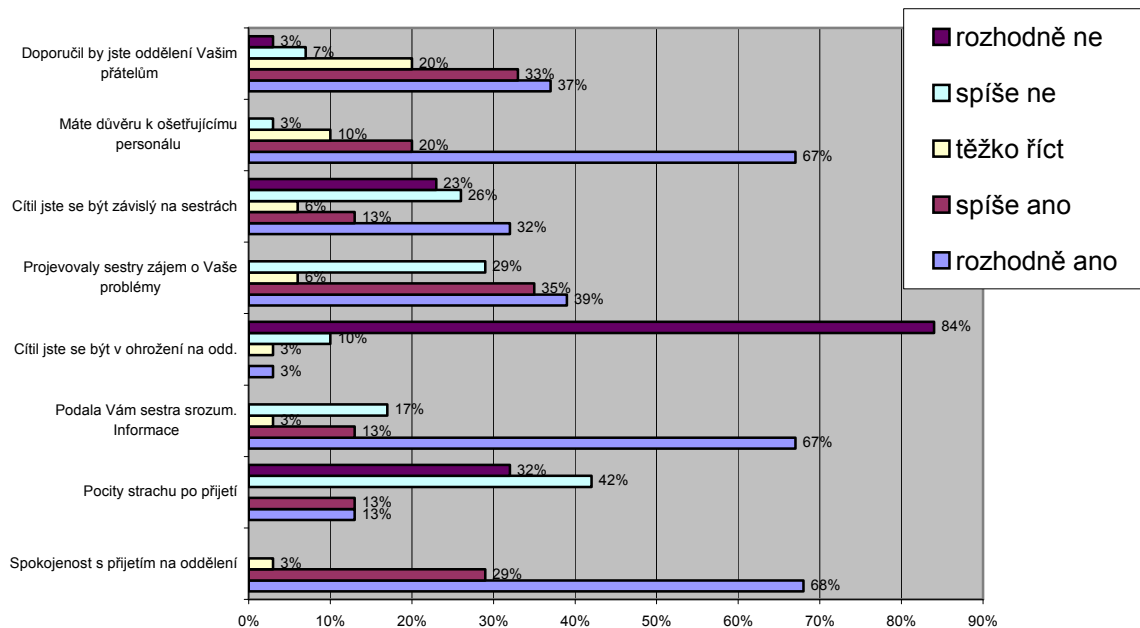
**Indikátor:** 90 % hodnocení z dotazníku spokojenosti klienta  
90 % hodnocení programu členem ošetřovatelského týmu

##### 10. 7. 4. 1. Hodnocení dotazníku spokojenosti klientů

Během října –prosince 2005 bylo rozdáno 150 dotazníků, návratnost dotazníků byla 135.Hodnoceno bylo 135 dotazníků a z toho byly vyřazeny 3 dotazníky pro neúplnost údajů.

## Výsledek:

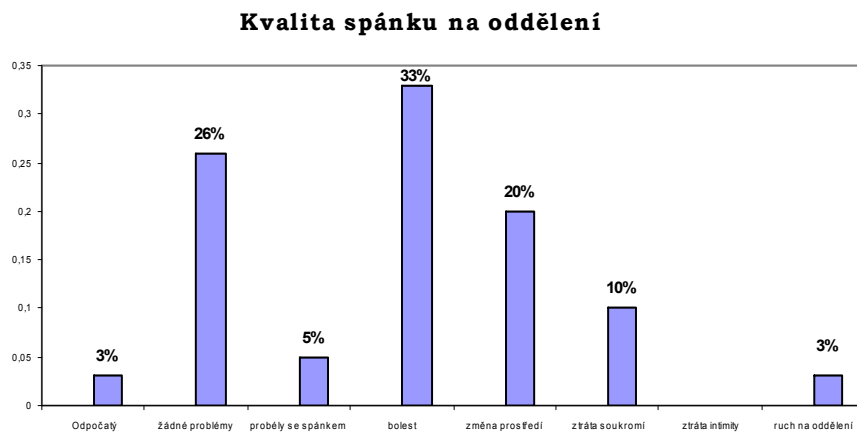
Celkové hodnocení ošetrovatelské péče na neurologickém oddělení je kladné v 85%



- klient projevuje v 98% spokojenost s kladným způsobem přijetí klienta na lůžko
- klient neprojevuje pocity strachu v 74 %
- klient projevuje své obavy v oblastech: ztráty intimity, neznámé prostředí
- klient v 80% projevuje spokojenost se způsobem podávání informací přijetí a během hospitalizace na oddělení
- klient v 94 % nezažil situaci, kdy se cítil být ohrožený
- klient není spokojen ve 29 % s komunikací se sestrou, ale 74 % klientů je spokojeno

- g) klient projevuje v 45 % závislost na sestřách především v plnění základních potřeb :
- schopnost najít se : 35 klientů
  - schopnost dojít si na toaletu : 30 klientů
  - schopnost obléknout se : 35 klientů
  - schopnost provádět osobní hygienu : 33 klientů

- h) klient projevuje strach a obavy z bolesti 33 % a 10% ze ztráty soukromí



- h) klient má v 87 % důvěru k ošetřujícímu personálu

- i) klient by doporučil neurologické oddělení svým přátelům v 70 %, ale zároveň pouze 3 % klientů odpovědělo rozhodně ne

Celkově lze říci, že klienti hodnotí kladně neurologické oddělení po stránce poskytování ošetrovatelské péče a kladně hodnotí přístup a komunikace personálu. Nutno podotknout, že stanovený cíl 90% úspěšnosti se nepodařilo naplnit.

#### **10. 7. 4. 2. Hodnocení dotazníku spokojenosti zaměstnanců**

V únoru 2006 byly rozdány dotazníky spokojenosti zaměstnancům neurologického oddělení ( celkem 24 ).Návratnost 24.

#### **Výsledek**

##### **První část dotazníku**

Napište seznam 8 věcí, které Vás nejvíce uspokojují při Vaší práci na oddělení (seřazeno dle počtu názorů od nejpočetnějších odpovědí):

1. vývoj zdravotního stavu u nemocného, uzdravování :19 odpovědí
2. spolupráce lékařů s ošetrovatelským personálem :18 odpovědí
3. poděkování od nemocného :18 odpovědí
4. práce v hezkém prostředí neurologickém oddělení :18 odpovědí
5. vstřícnost mezi ošetrovatelským personálem :18 odpovědí
6. odborný růst a možnost vzdělávání :16 odpovědí
7. dobré vztahy s vedoucími pracovníky oddělení :15 odpovědí
8. možnost pracovat na neurologickém oddělení :12 odpovědí

Napište seznam 8 věcí, které Vám nejvíce vadí při Vaší práci na oddělení ( seřazeno od nejpočetnějších odpovědí)

1. arogantní chování některých klientů a jejich rodin :13 odpovědí
2. málo personálu, zejména na noční směně :13 odpovědí
3. laxnost některých lékařů vůči klientovi :13 odpovědí
4. nevhodné předávání informací o klientech na chodbě :12 odpovědí
5. málo pomůcek na ošetrovatelskou péči o klienta :11 odpovědí
6. spolupráce některými lékaři :10 odpovědí
7. spolupráce s některými odděleními v rámci nemocnice : 9 odpovědí
8. finanční ohodnocení práce ošetrovatelského personálu : 9 odpovědí
9. spolupráce s některými sestrami : 5 odpovědí
10. možnost psychologa na oddělení : 5 odpovědí



## **11. Doporučení pro plánování programu KZK na rok 2006**

- ošetrovatelský tým se více zaměří na psychosociální potřeby klientů
- primární sestru a vedoucí směn proškolit v psychosociálních potřebách klientů v rámci ošetrovatelského procesu
- v plánování programu KZK se v dalším období zaměřit na komunikaci s klienty, prohlubovat znalosti u ošetrovatelského týmu v rámci komunikace a zjišťování potřeb klientů
- v plánování programu KZK se zaměřit na monitoraci bolesti u klientů a naplánovat aktivity , které povedou k zlepšení spolupráce ošetrovatelský tým a lékaři
- v plánování programu KZK se zaměřit na uspokojování potřeby – zajištění intimity u klientů,naplánovat aktivity, které povedou ke zlepšení vnímání této psychické potřeby

## 12. Závěr

Cílem diplomové práce byla realizace změny v řízení ošetrovatelské péče na neurologickém oddělení dle programu KZK. Ošetrovatelská péče klientům na oddělení byla poskytována dle funkčního systému péče, která je nedostatečná z hlediska uspokojování potřeb hospitalizovaných klientů. Vznikl prostor pro možnost realizování změny v ošetrovatelské péči. Na začátku bylo velmi nutné seznámit se s programem KZK, prostudovat možná rizika a bariery, které se mohou vyskytnout při realizaci programu na oddělení. V přípravném období jsem přesvědčila staniční a směnné sestry o vhodnosti aplikovat program kvality na oddělení. Tyto sestry se staly klíčovými osobami pro ostatní zaměstnance v období realizace programu na oddělení.

Dosáhly jsme velmi dobrých výsledků v oblasti ošetrování imobilního klienta, kdy jsme velmi významně snížily počet incidence dekubitů a pádů u klientů. Zavedly jsme nové metody při ošetrování ran a dekubitů, nutriční sceering, edukaci našich klientů a jejich rodin. Klienti a jejich rodiny jsou spokojeni s poskytovanou ošetrovatelskou péčí. V oblasti komunikace jsme dosáhly také velké změny, která se projevuje v dostatečném podávání informací klientům při přijetí a během hospitalizace. Podařilo se velmi úspěšně implementovat na oddělení standardy a metodické postupy. Obecně mohu říci, že zaměstnanci přijali změnu v řízení ošetrovatelské péče dle modelu KZK bez velkého odporu a proto jsme mohly dosáhnout tak dobrých výsledků. Výsledky ovlivnilo také to, že neurologické oddělení má již deset let stálý tým sester na oddělení. Na oddělení panuje příjemné přátelské prostředí, které vede ke spokojenosti zaměstnanců. Sestry mezi sebou spolupracují a neustále si zvyšují kvalifikaci pro výkon svého povolání. Každá sestra se specializuje na konkrétní oblast ošetrovatelské péče, ve které se celoživotně vzdělává a své zkušenosti předává svým kolegyním. Pro mě je velmi důležitá přátelská atmosféra mezi pracovníky a snažím se tuto přátelskou atmosféru mezi ošetrovatelským týmem prohlubovat a upevňovat.

Na oddělení je velmi dobrá spolupráce s primářkou oddělení, která je nakloněna novým metodám v oblasti ošetrovatelské péče.

Vede lékařský tým ke spolupráci s ošetrovatelským týmem. Sestra na našem oddělení je partnerem lékaře.

Hlavní cíl realizace změny v řízení změny v oblasti ošetrovatelské péče byl naplněn. Mohu říci, že plánované změny a zároveň realizace programu KZK byly úspěšně zavedeny v praxi a budou úspěšně rozvíjeny i v roce 2006-2007. Pilotní program KZK, který se uskutečnil na neurologickém oddělení bude v průběhu roku 2006 a 2007 rozvíjen v celé organizaci na lůžkových odděleních. Pilotní program sloužil k ověření, zda je možné tento program kvality realizovat v praxi. Získala jsem cenné informace jak pracovat s ošetrovatelským týmem a klienty v rámci programu, proto mohu vrchním sestřám předávat informace z praktické realizace programu.



### 13. Použité prameny a literatura

1. CENTRUM LÉKAŘSKÉ INFORMATIKY ( 1995): *Kvalita a efektivnost zdravotní péče*. Lanškroun: TG spol.s.r.o., str. 12-13,18-19
2. GLADKIJ, I. ( 2003) : *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, str.290-337
3. HOFFMAN, V. ( 2000) : *Modely ve zdravotnictví*. disertační práce, str. 3
4. HEGER, L. STRNAD, L. ( 2002) : *Program zlepšování a hodnocení kvality ve FN HK*, Seminář
10. GAUCHER, E. a COFFEY, R. ( 2002): *Jak rozumět TQM*, Seminář EFQM,MZ ČR, str. 21
11. HELLER, R. ( 1998) : *Motivating people*. New York : DK Publishing, Inc.
12. KOZIREVOVÁ, B. ( 1995) : *Ošetrovatelství I a II díl*. Martin : Osveta
13. KOPČAJ, A. ( 2004) : *Řízení proudu změn*. Brno :B.I.B.S.,a.s, str190-194
14. KOTTER, J. ( 1996) : *Leading change*. Boston :Harvard Business Press ,str.20-21
15. MARX, D. VLČEK, F. ( 2005) : *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha
16. WELCH, J. ( 2005) : *Cesta k vítězství*. Praha: Pragma
17. ŠKRLA, P. a M. ( 2003) : *Kreativní ošetrovatelský management* . Praha :Advent-Orion, s.r.o. ,str. 18-19,31-34, 53,78-79,224
18. ŠKRLA, P ( 2003) : *Manuál kontinuálního zvyšování kvality*. Praha : Advent-Orion, s.r.o., CD, kapitoly : filozofie, metodologie, měření kvality
14. SNOPOKOVÁ, I. ( 2006) : *Řízení lidských zdrojů*. Praha :CD, firma Johnson@Johnson,
15. TRUNEČEK , J. ( 2004) : *Znalostní podnik ve znalosti společnosti*,. Praha :Professional Publishing, str.54-55,136-138
16. TICHÁ, I. ( 2004) : *Učíci se organizace*, Brno: B.I.B.S.
17. VÁLKOVÁ , M. ( 2002) : *Sledování dekubitů na neurologickém oddělení* . Časopis Sestra č. 2. str. 14-16
18. Věstník MZ (2004) : *Koncepce ošetrovatelství*. Praha : MZ/9, str.2-5
19. Kolektiv autorů ( 2002), *Průvodce dokumentací od A-Z* Praha: Grada
20. Zákon č.96/2004 Sb. zákona: Zákon o nelékařských povolání

21. internetové stránky-

<http://www.unv.cz/html/cz/novinky/clanky/spokojenost.htm>

„ *Kvalita očima pacientů*“

22 .internetové stránky: [www.pickereurope.org](http://www.pickereurope.org), článek: „Dotazník spokojenosti „

## **Příloha č.1**

### **Časový harmonogram diagnostiky organizace**

**červen 2004-** porada managementu neurologického oddělení  
schválení diagnostiky organizace

**září 2004 -říjen** – informační schůzka na oddělení  
analýza dokumentace

**listopad 2004** - Work shop (9.11.2004)  
SWOT analýza (16.11.2004)  
Vypracování závěrečné zprávy diagnostiky organizace  
(30.11.2004)

**Prosinec 2004-** seznámení s diagnostickou zprávou pracovníky oddělení  
(7.12.2004)

## **Příloha č.2**

Postup při work shopu :

- vysvětlení metody work shopu delegovaným pracovníkům -10 min
- prezentace programu KZK- 45 min
- přestávka
- zadání úkolu, práce ve skupinách,kdy delegáti měli napsat na kartičky ( maxim. 4 )oblasti, kde jsou nutné intervence a realizovat změny je o- 30 min
- vytvoření a vizualizace skupin problémů – 45 min
- stanovení pořadí nejhlavnějších problémů,vybrání čtyř oblastí, kde se bude změna realizovat - 20 min
- diskuse nad vybranými oblastmi-30 min
- poděkování za účast a příslibení závěrečné zprávy

## **Příloha č.3**

### **Projekt na kvantitativního výzkumu spokojenosti klientů**

#### **Téma**

Kvalita zajištění psychosociálních potřeb bezpečí a jistoty u klientů na Neurologickém oddělení ONK,a.s.

#### **Cíl výzkumu**

Popsat, v jaké míře jsou uspokojovány psychosociální potřeby nemocných ošetrovatelským personálem na neurologickém oddělení

#### **Typ výzkumu**

Deskriptivní, jednorázový, prospektivní.

#### **Hypotéza**

##### **cíl :**

Všeobecná sestra se nezaměřuje dostatečně na psychosociální potřeby klienta a v důsledku toho předpokládáme nízkou míru uspokojení potřeb bezpečí a jistoty. Za vysokou míru nespokojenosti považujeme 35 % odpovědí typu rozhodně ne a spíše ne. Za vysokou míru spokojenosti klientů považujeme 85 % odpovědí typu rozhodně ano, spíše ano u otázek číslo: 1, 4, 7, 13, 14, 15.

#### **Klíčové pojmy**

Potřeba bezpečí a jistoty: psychosociální potřeba, která v hierarchii hodnot je uspokojována po uspokojení fyziologických potřeb. Potřeba bezpečí a jistoty pomáhá člověku v orientaci ve světě a společnosti. Mezi potřeby náleží vyhnout se nebezpečí, potřeba zdraví, spokojenosti, důvěry a informovanosti<sup>3</sup>.

Hlavními indikátory potřeby bezpečí a jistoty jsou :

- nepřítomnost strachu
- kvalita spánků
- důvěra
- kontakt s rodinou
- komunikace a poskytování celkových informací ošetrovatelským personálem
- pocity závislosti

Indikátory budou zformulovány do výzkumných otázek v dotazníku pro nemocného.

#### **Metodika**

Dotazník vlastní konstrukce, který bude obsahovat 19 otázek pro nemocného ( 12 uzavřených, 3 otevřené otázky, 4 demografických ). Vyplnění dotazníku trvá přibližně 20 minut. Dotazníky pro respondenty bude distribuovat vrchní sestra oddělení. Vrchní sestra požádá klienty o vyplnění

dotazníků, nemocný může vyplnění dotazníku odmítnout. Klientům bude zabezpečena anonymita při vyplňování dotazníku. Dotazníky se budou vhazovat do připravených schránek na oddělení.

### **Výběr vzorku**

Neurologické oddělení jsem si vybrala pro lůžkovou kapacitu ( 40 lůžek ) a velkou spádovou oblast . Na neurologickém oddělení je celkový obrat klientů kolem tisíc pět set za rok.

Pro výzkum budou osloveni všichni pacienti od 18-80 let, kteří budou hospitalizováni na neurologickém oddělení v období říjen až prosinec 2004. Finální vzorek respondentů pro výzkum bude 100 vyplněných dotazníků. Z dotazníkové akce budou vyloučeni všichni nemocní s poruchou kvalitativního a kvantitativního smyslového vnímání, nemocní ve vážném zdravotním stavu a nemocní, kteří nejsou schopni dotazník samostatně vyplnit. Dotazník bude vyplněn 1-2 dny před propuštěním.

## **Dotazník pro respondenty**

Vážená paní, vážený pane,

rádi bychom se dozvěděli jak vnímáte Neurologické oddělení v Oblastní nemocnici Kolín z hlediska poskytování kvality péče, zejména v oblasti Vašeho bezpečí a jistoty. Otázky jsou zaměřené na spokojenost s komunikací s personálem , poskytování informací o Vašem zdravotním stavu a máte-li důvěru k ošetrovatelskému personálu . Jde nám především o zkvalitnění poskytované péče a věříme, že si najdete chvíli na vyplnění dotazníku. Svou odpověď označte křížkem v políčku, která nejlépe vystihuje míru Vaší spokojenosti. Pokud se zmýlíte v odpovědi , zakřížkovanou odpověď přeškrtnete a označíte křížkem jinou odpověď. Prosím vyplněný dotazník vložte do připravených schránek.

Dotazník je anonymní, nebude zneužit proti Vaší osobě.

Za spolupráci děkuje

Bc. Válková Monika  
hlavní sestra Nemocnice Kolín

### **1. Byl (a) jste spokojen (a) se způsobem přijetí na oddělení?**

<b>Rozhodně ano</b>	
<b>Spíše ano</b>	
<b>Těžko říci</b>	
<b>Spíše ne</b>	
<b>Rozhodně ne</b>	

2. **Zažíval (a) jste pocity strachu při přijetí na oddělení ?**

<b>Rozhodně ano</b>	
<b>Spíše ano</b>	
<b>Těžko říci</b>	
<b>Spíše ne</b>	
<b>Rozhodně ne</b>	

3. **Čeho jste se nejvíce obával (a) ?**

Prosím napište Vaše největší obavy.....

.....

**Podala Vám sestra srozumitelné informace týkající se Vašeho pobytu na oddělení ?**

<b>Rozhodně ano</b>	
<b>Spíše ano</b>	
<b>Těžko říci</b>	
<b>Spíše ne</b>	
<b>Rozhodně ne</b>	

**Zažil (a) jste situaci, kdy jste se cítil (a) být v ohrožení při Vašem pobytu na oddělení ?**

<b>Rozhodně ano</b>	
<b>Spíše ano</b>	
<b>Těžko říci</b>	
<b>Spíše ne</b>	
<b>Rozhodně ne</b>	

Jaká to byla situace, kdy jste se cítil (a) být v ohrožení ?

6

Prosím vyjádřete několika slovy.....

7.

Projevovaly sestry zájem s Vámi mluvit o Vašich problémech ?

Rozhodně ano	
Spíše ano	
Těžko říci	
Spíše ne	
Rozhodně ne	

Cítil (a) jste se být závislý (á) na sestrách během pobytu na oddělení ?

Rozhodně ano	
Spíše ano	
Těžko říci	
Spíše ne	
Rozhodně ne	

9.

V čem jste se cítil (a) být závislý (á) na sestrách během pobytu na oddělení ?

Prosím vyjádřete několik slovy.....

10.

Jaká byla Vaše kvalita spánku během pobytu na oddělení ?

Prosím označte křížkem i více odpovědí z nabídky

Cítil (a) jsem se odpočatý (á)	
Neměl jsem problémy se spánkem	
Měl (a) jsem problémy se spánkem z důvodu:	
Strachu a obavy z onemocnění	
Bolest	
Změna prostředí	
Ztráta soukromí ( okolní pacienti)	
Ztráta intimity ( stud)	
Ruch na oddělení	

Jiné problémy, které jsem měl ( a ) a nejsou uvedeny  
v nabídce odpovědí :

.....  
.....

Navštěvovali Vás Vaši příbuzní a přátelé během pobytu na oddělení ?

Ano, pravidelně	
Zřídka	
Ne	

Domníváte se, že se můžete spolehnout na Vaši rodinu?

Rozhodně ano	
Spíše ano	
Těžko říci	
Spíše ne	
Nemohu	

13. Máte důvěru k ošetřujícímu personálu ?

Rozhodně ano	
Spíše ano	
Těžko říci	
Spíše ne	
Rozhodně ne	



**14. Doporučil (a) by jste oddělení Vašim příbuzným a přátelům ?**

<b>Rozhodně ano</b>	
<b>Spíše ano</b>	
<b>Těžko říci</b>	
<b>Spíše ne</b>	
<b>Rozhodně ne</b>	

**15.**

***Byl jste již v minulosti na oddělení léčen ?***

<b>Ano</b>	
<b>Ne</b>	

**Děkuji za čas, který jste věnoval(a) vyplnění dotazníku**

**Pohlaví.....**

**Váš věk.....**

**Bc. Válková Monika**

## **Příloha č. 4**

### **Projekt na kvantitativní výzkum spokojenosti zaměstnanců**

#### **Téma**

Zjišťování spokojenosti zaměstnanců v souvislosti s realizací změn ošetrovatelské péče v programu KZK na Neurologickém oddělení ONK,a.s.

#### **Cíl výzkumu**

1. popsat míru spokojenosti zaměstnanců v rámci realizace programu KZK na neurologickém oddělení
2. popsat míru nespokojenosti v oblasti ošetrovatelské péče v rámci programu KZK

#### **Typ výzkumu**

Deskriptivní, jednorázový, prospektivní

#### **Hypotéza**

##### **cíl č. 1**

Ošetrovatelská tým je spokojen s proběhlou změnou ošetrovatelské péče v rámci programu KZK . Za vysokou míru spokojenosti považují 18 odpovědí ze 24.

##### **Cíl č. 2.**

Ošetrovatelský tým neprojevuje svou nespokojenost s realizací programu KZK na neurologickém oddělení. Za vysokou míru nespokojenosti považují 18 odpovědí ze 24.

#### **Metodika**

Dotazník dle prof. Škrli, který je zaměřen přímo na problematiku programu KZK v praxi. Dotazník je složen ze tří částí. První část slouží k vypsání 8 názorů respondenta na otázky spokojenosti a nespokojenosti v problematice ošetrovatelské péče na oddělení. Druhá část dotazníku obsahuje dvě otázky na které respondent odpovídá a ve třetí části dotazníku vysvětluje popisem své odpovědi. Vyplnění dotazníku trvá přibližně 30 minut. Dotazníky pro respondenty bude distribuovat vrchní sestra oddělení. Vrchní sestra požádá zaměstnance o vyplnění dotazníků, nemocný může vyplnění dotazníku odmítnout. Zaměstnancům bude zabezpečena anonymita při vyplňování dotazníku. Dotazník vyplňují na psacím stroji nebo hůlkovým písmem. Dotazníky se budou vhazovat do připravených schránek na oddělení.

### **Zpracování dotazníku:**

**První část:** Z jednotlivých odpovědí respondentů vytvořím oblasti spokojenosti a oblasti nespokojenosti. Jednotlivé odpovědi zařadím dle oblastí. Provedu kódování odpovědí. V hodnocení budou prezentovány 8 oblastí spokojenosti a nespokojenosti nejčastějších odpovědí dle pořadí důležitosti a nejčastějších odpovědí.

**Druhá část:** Výsledek dotazníku spokojenosti ve druhé části je hodnocen dle předdefinovaných odpovědí.

**Třetí část** bude vyhodnocena opět dle možných odpovědí a v závěru dotazníkového šetření budou uvedeny názory většiny respondentů.

### **Výběr vzorku**

Pro výzkum budou osloveny všechny členky ošetrovatelského týmu na neurologickém oddělení v průběhu února 2006. Finální počet respondentů bude 24.

### **Příloha č. 5**

#### **Dotazník pro zaměstnance**

Vážené kolegyně,

**Chtěla bych požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který se zabývá spokojeností sester v rámci programu kontinuálního zvyšování kvality, které neurologické oddělení od roku 2004 realizuje v praxi. Dotazník je anonymní, prosím vyplňujte hůlkovým písmem.**

**Děkuji za spolupráci**

**Bc. Válková Monika**

*Prosíme o vyplnění všech tří sekcí.*

#### **První část:**

Napište seznam 8 věcí, které vás nejvíce těší/uspokojují při vaší práci na oddělení. Začněte od těch nejdůležitějších.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Napište seznam 8 věcí, které vám nejvíce vadí při vaší práci na oddělení,  
Začněte od těch nejzávažnějších.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

**Druhá část:**

Odpovězte na dvě následující otázky zatrhnutím patřičného políčka  
v tabulce.

A	B	C	D	E	F

1. Jak jste spokojena s podmínkami a  
příležitostmi k poskytování kvalitní  
ošetřovatelské péče na vašem oddělení?  
Máte pocit, že konáte dobrou práci?

K vyplnění druhé části použijte níže uvedenou stupnici

A	B	C	D	E	F
Mimořádně nespokojena	Velice nespokojena	Nespokojena	Spokojena	Velice spokojena	Mimořádně spokojena

**Třetí část:**

Popište podrobněji důvody pro vaše odpovědi na otázku 1 a 2 v druhé  
sekci..

- 1.

## Příloha č. 6

### Audity k standardům

#### Kriteria auditu: Prevence a léčba dekubitů

**Oddělení: Neurologické oddělení**

**Vrchní sestra...Bc. Válková Monika**

**Staniční sestra: Horáková Irena**

**Jméno a příjmení auditora :Stará Iveta,Benešová Světlana**

**Jméno a příjmení sestry :Siváková Hedvika**

**Datum auditu : 7.12.2006**

Zdroj informací:	Informace	Bodové hodnocení	
		správně	chybně
Dotazem sestry	a) Má k dispozici platný standard?	5	0
	b) Zná cíl standardů? (vyjmenovat)	5	0
	c) Zná příčiny vzniku dekubitů? (vyjmenovat)	5	0
	d) Založila ošetrovatelskou dokumentaci?	5	0
	e) Je vyplněná tabulka u rizikových nemocných dle Nortonové?	5	0
	f) Je proveden záznam o vývoji stavu dekubitu a správný popis dekubitu (stupněm)?	5	5
Pozorováním	g)Má k dispozici všechny potřebné pomůcky?	10	10
	h)Dodržuje správný postup preventivních opatřeních vzniku dekubitů nemocného?	10	10
	ch) Dodržuje správný postup při ošetřování dekubitu , dle tabulky oddělení?	10	10
	i) Dodržuje doporučené pracovní postupy dle návodu u jednotlivých léčiv?	10	10
	j) Je lékař informován o stavu dekubitů?	10	10
	k) Provedla edukaci nemocného ?	10	10
	l) Provedla edukaci rodiny o správném ošetřování a prevenci v případě propuštění nemocného?	10	10
<b>Maximální možný počet bodů</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

**Závěr : Oddělení pracuje dle standardu léčba a prevence dekubitů.**

**Podpis.:**

## Kontrolní kriteria auditu: Péče o neklidné nemocné

**Oddělení: Neurologické oddělení**

**Vrchní sestra : Bc. Válková Monika**

**Staniční sestra : Masopustová Romana**

**Jméno a příjmení auditora Šandová Irena, Benešová Světlana**

**Jméno a příjmení sestry: Jahodová Ladislava**

**Datum auditu...2.12.2006**

	Informace	Bodové hodnocení	
		Správně	chybně
Dotazem sestry	a) Má k dispozici platný standard?	10	10
	b) Zná cíl standardů? (vyjmenovat)	10	10
	c) Zná příčiny neklidu u nemocného? (vyjmenovat)	10	5
Pozorováním	d) Má k dispozici všechny potřebné pomůcky?	10	10
	e) Dodržuje správný postup při imobilizaci nemocného?	10	10
	f) Informovala lékaře?	10	10
	g) Provedla správný zápis do dokumentace s popisem neklidu?	20	10
	h) Sledovala nemocného , účinky léků a provedla zápis do dokumentace	20	10
<b>Maximální možný počet bodů</b>		100	95

**Závěr a doporučení:** Sestra nebyla plně informovaná z lékařské dokumentace o příčině neklidu nemocného. Doporučujeme při předávání klienta při výměně služby seznámit se s lékařskou dokumentací.  
Podpisy:

**Kontrolní kriteria auditu: Zásady správné komunikace s klientem**

**Oddělení: Neurologické oddělení**

**Vrchní sestra : Bc. Válková Monika**

**Staniční sestra : Masopustová Romana**

**Jméno a příjmení auditora Šandová Irena, Benešová Světlana**

**Jméno a příjmení sestry: Jahodová Ladislava**

**Datum auditu...2.12.2006**

	Informace	Bodové hodnocení	
		Správně	chybně
Dotazem sestry	a) Má k dispozici platný standard?	10	10
	b) Zná cíl standardů? (vyjmenovat)	10	5
	c) Zná příčiny možných překážek v komunikaci s klientem	10	5
Pozorováním	d) Zná příčiny možných barier v komunikaci s klientem ?	10	10
	e) Zná zásady správné komunikace s klientem	20	10
	f) Dodržuje zásady komunikace s klientem	10	10
	g) Provedla správný záznam v příjmovém protokolu u klienta	10	10
	h) Provedla správný záznam hodnocení psychosociálních potřeb klienta v dokumentaci	20	20
<b>Maximální možný počet bodů</b>		100	95

**Závěr a doporučení:** Sestra při převazu nepoužila převazové nůžky. Doporučujeme před převazem důslednější kontrolu pracovních pomůcek.

Podpisy:

**Příloha č.7**

**Standardy ošetrovatelských činností**

**Ošetřovatelský cíl:****Informovaný pacient, zná svůj zdravotní stav, je seznámený s dalším průběhem**

<b>Název:</b>	<b>Zásady správné komunikace s klientem</b>	<b>Číslo standardu:</b>	16
<b>Kompetence:</b>	SZŠ, Dis, Bc., Mgr., NZP	<b>Platnost od:</b>	15.2.2005
<b>Platný pro skupinu pacientů:</b>	Standardních odděleních, odd.následné péče, JIP, ARO, ambulancích	<b>Schváleno:</b>	Bc.Válková M. Hlavní sestra
<b>Místo použití:</b>	Lůžková a ambulantní pracoviště -Nemocnice Kolín	<b>Revize:</b>	1x ročně
<b>Odborný garant:</b>	MUDr.Plechátá Věra Přednosta kožního odd.	<b>Koordinátorka:</b>	v.s.Stará Iveta tel. 343, 342
<b>Odborný garant:</b>	Stará Iveta Vrchní sestra	<b>Sestavil:</b>	Tým pro tvorbu standardů

**léčby. Psychicky vyrovnaný pacient.****Definice:**

Komunikace je dorozumívání a sdělování. Obsahuje prostředky verbální a neverbální.

**Verbální:** např.důležitá hlasitost řeči, rychlost řeči, kvalita výslovnosti, objem řeči, členění řeči.**Nonverbální: paralingvistika** (tón hlasu, rychlost řeči), **sdělování pohledem** (jak dlouho se dívá, jestli střídá pohled nebo civí), **mimika** (výraz obličeje), **gestika** (sdělování gesty), **fyzický postoj** (založené ruce), **haptika** (sdělování dotykem – podání ruky), **proxemika** (vzdálenost při sdělování), **úprava zevnějšku, sdělování činy**

Dávat si pozor na situace, kdy něco slovně sdělujeme, ale našemu projevu neodpovídá neverbální komunikace

Komunikační bariéry:

Ze strany nemocného: - těžký zdravotní stav  
 - umírající nemocný  
 - neschopnost komunikovat (tracheostomie, afázie atd. )  
 - cizinec  
 - věk nemocného ( dítě, starý člověk)  
 - introvertní typ osobnosti  
 - postižený nemocný ( slepota, hluchota )  
 - způsob nazírání na svět, životní filozofie

Ze strany zdravotníka: - nedostatečné komunikativní dovednosti  
 - profesionální únava



- antipatie vůči nemocnému
- introvertní typ osobnosti
- nedostatek času

### **Zásady správné komunikace:**

- vytvořte příznivou atmosféru, vyberte klidné a nerušené místo k rozhovoru
- ujasněte si cíl rozhovoru a formu rozhovoru
- přistupujte k nemocnému nedirektivně
- nepřevyšujte nemocného ( např.oba stát, oba sedět)
- neslovujte pacienty familiérně (babi, dědo), používejte akademický titul
- pokuste se porozumět pacientovi, empaticky s plným soustředěním naslouchajte
- povzbuzujte pacienta k hovoru a posilujte – oceňujte to, co se mu daří nebo už podařilo
- dobře a srozumitelně formulujte otázky (používejte co nejméně odborné terminologie) a nechejte více hovořit pacienta
- neslibujte, co nemůžete splnit, nevzbuzujte marná očekávání
- nespěchejte na odpovědi, dejte nemocnému možnost vypovídat se
- přesvědčete se, že nemocný vám porozuměl, pokud si nejste jistí znovu opakujte otázky
- nechte si poradit od lidí handicapovaných, na jakou pomoc jsou zvyklí
- udržujte oční kontakt, kontrolujte svou mimiku obličeje
- dbejte na to, aby to co sdělujete slovy bylo sdělováno i neverbální komunikací
- dle pacientovi mimiky se snažte porozumět, zda pochopil pokládané otázky
- zachovávejte mlčenlivost o sdělených informacích (dle platných právních norem)
- nekritizujte pacienta pře ostatními, chvalte pacienta
- zkuste vidět i nemohoucího pacienta jako člověka s vlastním životem, hodnotami, vlastní zodpovědností – jako individualitu, která si zaslouží respekt.

Při klinickém rozhovoru si všimněte:

- tempa řeči pacienta, intenzity, melodie řeči, intonace
- ukončenosti nebo neukončenosti vět
- chaotického stylizování vět
- volby slov, expresivních výrazů
- prodloužené latence některých odpovědí
- známky neklidu, zmatku, šoku při určitém tématu
- asociace vyvolané rozhovorem
- ulpívání u určitého tématu
- vyhýbání se určitému tématu
- spontánní zařazení určitého tématu
- posun názorů pacienta během rozhovoru

Vyvarujte se chyb při rozhovoru s pacientem.

- špatného odhadu potřebného času
- netrpělivosti
- obav z ticha a pauz
- oficiálnosti, autoritativnosti, neosobnosti

### **Standard ošetrovatelské péče č.1**

- nepromyšlenosti sledu otázek

- hodnocení odpovědí, opravování
- devalvace nemocného
- chybění empatie
- formálních chyb: nesrozumitelnosti, sugestivnosti, podsouvání alternativ

Spolupráce pacienta, záleží především na vzájemném vztahu a vzájemné komunikaci a vzájemné důvěře.

**Kvalitní spolupráce je tam:** kde pacient personálu důvěřuje, má pocit, že je pro něj uděláno maximum, a je s léčbou spokojený. Pacient vnímá, že se o něj zdravotník zajímá, bere ho vážně, naslouchá mu a umožňuje se volně vyjadřovat.

**Nekvalitní spolupráce je tam:** kde pacient personálu nedůvěřuje, ve vztahu k ošetřujícímu personálu panuje napětí nebo je nemocný v regresi. Na tomto se často podílí zdravotník špatnou komunikací.

**Kvalita vztahu mezi pacientem a tím kdo jej léčí, má značný vliv na průběh a výsledek léčby. Proto bychom měli tomu, co se děje v komunikaci nemocného se zdravotníkem, rozumět.**

**Porozumění nám umožní mít kontrolu nad tím, co se děje a poskytuje možnost jednat ve prospěch nemocných.**

**Přes porozumění sami sobě lépe porozumíme druhým. Je nutné zlepšovat komunikaci a učit se i jiným možnostem komunikace.**

<b>Název:</b>	<b>Prevence a léčba dekubitů</b>	<b>Číslo standardu:</b>	2
<b>Kompetence:</b>	SZŠ, Dis, Bc., Mgr., NZP	<b>Platnost od:</b>	15.2.2005
<b>Platný pro skupinu pacientů:</b>	Standardních odděleních, odd.následné péče, JIP, ARO, ambulancích	<b>Schváleno:</b>	Bc.Válková M. Hlavní sestra
<b>Místo použití:</b>	Lůžková a ambulantní pracoviště -Nemocnice Kolín	<b>Revize:</b>	1x ročně
<b>Odborný garant:</b>	MUDr.Plechátá Věra Přednosta kožního odd.	<b>Koordinátorka:</b>	v.s.Stará Iveta tel. 343, 342
<b>Odborný garant:</b>	Stará Iveta Vrchní sestra	<b>Sestavil:</b>	Tým pro tvorbu standardů

#### **Definice:**

Dekubity vznikají při změnách krevní cirkulace, poruchách výživy a složení tělesných tekutin, při poruchách hybnosti, podráždění kůže sekrety/exkreta a při poruchách vědomí. Vznikají na základě poruch tkáňového prokrvení s následným vznikem zánětlivě-nekrotických lézí.

#### **Léčba dekubitů**

Péče se musí plánovat tak, abychom předešli dalšímu poškození tkáně a podpořili hojení. Hojení je velmi zdlouhavé a v některých případech nelze zhojení ani očekávat.(terminální stádia onemocnění).

Důležitá je (pokud je to možné) účast pacienta. Jeho poučení, poučení lidí ,kteří o něj pečují. Maximální využití pacientovy schopnosti se pohybovat. Poskytnutí všech dostupných antidekubitních pomůcek. Kontrolou prostředí. Zavedení týmového přístupu k pacientovým potřebám a zapojením všech zdravotnických pracovníků.

**Nejběžnější používaná a osvědčená léčba je : Vždy po ordinaci a konzultaci s lékařem!**

**1.stupeň – v této fázi jsou změny ještě reverzibilní.** Pravidelné polohování, uložení na antidekubitní lůžko, dodání antidekubitních pomůcek. Velice šetrná masáž postižených a ohrožených míst, v této fázi postačuje velmi jemná masáž a ošetření Menalind krémem, nebo jinou indifferenční mastí.

Na dekubitus I.stupně bez jakého-koli defektu lze použít filmové obvazy např. Bioclusive (Johnson and Johnson), které slouží k eliminaci tření a dráždění pokožky.

Již poškozenou kůži omývat fyziolog.roztokem s event. mírnými dezinfekčními prostředky jako je např. povidon jod ( v preparátu Betadine).

#### **Standard ošetřovatelské péče č.2**

**2.stupeň –** pokud je porušena kontinuita kůže je důležité bránit rozvoji infekce.

Provedení toalety postiženého místa, oplach fyziolog.roztokem, vhodný je i roztok Betadine. Přiložení Inadine ( neadhezivní obvaz s antiseptickými účinky). Indikací k výměně obvazu je zesvětlení jeho barvy. Dále lze použít Ialugen Plus krytí, nebo materiál Sofratulle

(neadhezivní obvaz s antibiotickými účinky) od firmy Raucher. Tyto obvazové materiály lze použít i u stupně č.3.

---

V tomto stupni je vhodné provést preventivně stěr na kultivaci.

**3.stupeň** – při poškození a vzniku nektróz se po oplachu fyziolog.roztokem příkládá Nu-Gel, Flamigel, výměna dle potřeby, je to individuální.U hlubokých, infikovaných, hojně secernujících ran lze použít obvazy s aktivním uhlím Actisorb plus (Johnson) či Wlivaktiv firmy Raucher.

**4.stupeň** - Nekrózy lze odstranit různým způsobem, konzervativně či chirurgicky. Zpravidla se provádí chirurgické snesení nektrózy a doplnění léčby předchozími preparáty. Nebo lze použít enzymatické preparáty např.Iruxol firmy Knoll, Fibrolan. Nejúčinnější je kombinace mechanického postupu s chirurgickou nekrektomií.

Povšechně platí u dekubitů jednotný systém léčby. **A to – v případě infekce rány – tuto infekci zlikvidovat, tam kde jsou nektrózy, odstranit je, podpořit granulaci a umožnit epitelizaci.**

Při použití krycích materiálů je třeba vždy dodržovat postupy doporučené výrobcem.

#### **Příčiny vzniku:**

##### **Lokální**

- tlak, zejména v predikčních místech
- tření kůže po jiném povrchu
- nůžkový (stříhací) efekt – smýkání
- vlhkost

##### **Celkové**

- imobilita
- inaktivita
- inkontinence
- alternovaný psychický stav
- špatné nutriční faktory
- anemie,infekce, cukrovka
- CMP,malignity,demence
- edémy atd.

#### **Hodnocení rizikových faktorů.**

Pacienti jsou ohroženi dekubity, pokud jsou některé oblasti jejich těla z jakéhokoli důvodu dlouhodobě vystaveny tlaku.Ten je natolik silný a dlouhodobý, že způsobí odumření tkáně. Zvýšené riziko vzniku lze celkem spolehlivě určit. Nejznámější metodou je škála dle Nortonové, dále Waterlowova škála. Viz příloha.

#### **Hodnocení dekubitů**

Při hodnocení zjišťujte:

##### **a) Pravděpodobné hlavní příčiny**

- zeptejte se pacienta (pokud je to možné) co podle něj vedlo ke vzniku dekubitů
- zhodnoťte pacientův současný stav, anamnézu, předepsané léky
- projděte pacientovo skóre dle Nortonové

### **b) Použitá preventivní opatření**

- projděte všechna preventivní použitá opatření, zeptejte se (pokud to lze) pacienta jak byla podle jeho názoru účinná
- zhodnoťte aktivizaci pacienta, schopnost jeho spolupráce

### **c) Lokalizaci, velikost a stupeň dekubitů.**

- zakreslete do obrázku, do dokumentace
- změřte povrch rány a uveďte velikost a hloubku kráteru
- určete stupeň dekubitu

**Stupeň: 1** – a) potenciální poškození (zarudlé, černé nebo puchýřovité oblasti)

b) zhojené oblasti stále pokryté strupem

**2** – povrchové poškození kůže

**3** - destrukce kůže bez jámy (poškození celé kožní vrstvy)

**4** - destrukce kůže s tvorbou jámy (včetně podkožních tkání)

### **d) Infekce rány :** dle ordinace lékaře proveďte stěr na kultivaci a citlivost

### **Proveďte zápis do ošetřovatelské dokumentace**

#### **Pomůcky:**

- ošetřovatelská dokumentace, dokumentace se stupnicí Nortonové, nebo Waterlowova škála
- kvalitní obvazový materiál pro fázové hojení ran, dle ordinace lékaře
- sterilní nástroje – podávky, pinzeta, nůžky, peán dle aktuální potřeby
- sterilní čtverce, hypoalergenní náplast, pruban
- emitní miska, rukavice
- sterilní stříkačku
- fyziologický roztok, dále dle ordinace roztok Betadine
- hygienické pomůcky
- čisté suché prádlo (ne z umělých vláken)
- antidekubitní matrace
- antidekubitní pomůcky (molitel, polštáře, klíny, kola, botičky)
- jednoúčelové plenkové kalhotky (dle možnosti oddělení)
- jednoúčelové podložky
- další pomůcky dle ordinace lékaře
- komponenty k lůžku (hrazdička atd.)
- nádobu na likvidaci použitého materiálu dle epidemiologického řádu

#### **Provedení:**

- edukujte pacienta, rodinu o možných rizicích a postupech ošetření a prevenci dalšího poškození
- zapojte pacienta a poučte ho, jak sledovat postižená místa, zeptejte se na intenzitu bolesti
- poučte pacienta o dietním a pitném režimu
- založte ošetřovatelskou dokumentaci a dokumentaci s tabulkou Nortonové, nebo Waterlow
- komunikujte s pacientem
- připravte obvazový materiál po konzultaci a ordinace lékaře
- připravte pomůcky k ošetření dle aktuální potřeby
- postupujte asepticky
- při ošetření dbejte na doporučení výrobce používaného materiálu
- dle ordinace lékaře aplikujte před ošetřením a výkonem analgetika

#### **Standard ošetřovatelské péče č.2**

---

- dbejte na následnou prevenci zhoršení stávajících dekubitů a vzniku dekubitů nových (standard č.1 - Prevence dekubitů )
- provádějte ošetrovatelskou rehabilitaci
- sledujte stav výživy, hydrataci , stupeň inkontinence
- sledujte stav vědomí, spolupráce, psychiky
- sledujte stav pokožky
- proveďte záznam při každé změně stavu u nemocného, informujte lékaře
- proveďte záznam o ošetření rány , polohování pacienta

**Komplikace:**

- rozšíření, prohloubení dekubitu
- vznik dalších dekubitů
- infekce místní
- sepse
- alergická reakce

**Zvláštní upozornění:**

- Při použití krycích materiálů je třeba dodržovat postupy doporučené výrobcem.
- Nevhodné používání genciánové violeti..
- Důležité je zavedení ošetrovatelské dokumentace určené k ošetřování ran, zhotovení ošetrovatelského plánu, jeho realizace, hodnocení prevence a účinnosti léčby.
- Nepodceňovat prevenci dekubitů u nemocných

**Úklid pomůcek dle platného hygienicko-epidemiologického řádu.**

**Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupnice Nortonové**

Schopnost Spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoc i	Tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Inkont.	Aktivita
Úplná	4 do 10 r	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 úplná	4 není	4 chodí
Malá	3 do 30 r	3 alergie	3 *	3 zhoršený	3 apatický	3 částečně omezená	3 občas	3 doprovod
Částečná	2 do 60 r	2 vlhká	2	2 špatný	2 zmatený	2 velmi omezená	2 převážně močová	2 sedačka
Žádná	1 nad 60 r	1 suchá	1	1 velmi špatný	1 bez - vědomí	1 žádná	1 stolice i moč	1 upoután na lůžko

- Diabetes, horečka, anemie, kachexie, onemocnění cév, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod.
- Zvýšené nebezpečí vzniku dekubitů je u nemocného, který dosáhne méně než 25 bodů (čím méně bodů, tím vyšší riziko!).

### Standard ošetřovatelské péče č.1

#### Prevence dekubitů

##### Ošetřovatelský cíl:

**Správnými ošetřovatelskými postupy předcházet vzniku dekubitů. Edukace pacienta a rodiny, týmová spolupráce ošetřujícího personálu. Odstranění tlaku, zajištění vnitřních i vnějších podmínek pro ozdravení tkání.**

##### Definice:

Dekubity vznikají při změnách krevní cirkulace, poruchách výživy a složení tělesných tekutin, při poruchách hybnosti, podráždění kůže sekrety/exkreta a při poruchách vědomí. Vznikají na základě poruch tkáňového prokrvení s následným vznikem zánětlivě-nekrotických lézí.

##### Postupy v prevenci dekubitů:

**1) Odstranění tlaku:** je primární cíl. Nutné pravidelné polohování (během dne po 2hod, v noci 3hod dle individualit pacienta, použití antidekubitních lůžek, antidekubitních pomůcek, polštářů podložek).

**2) Úprava vnitřních podmínek pro ozdravení a růst tkání, včetně**

- dostatečného přívodu potravy a tekutin – nutričně vyvážená strava
- prevence a léčba anemie

- sledování vlivu předepsaných léků na spontánní hybnost a proces hojení

### 3) Úprava vnějších podmínek pro ozdravení tkání

- udržování zdravé a intaktní kůže – dobrá osobní hygiena, ošetřování kůže
- podpora a udržování kontinence
- efektivní ošetřování inkontinentních nemocných – udržování suché pokožky
- poskytování informací a poučení pacienta a ošetřujícího personálu o správných způsobech zvedání, úpravy polohy, pravidelné kontrole, správném používání pomůcek, způsobech sebek péče

#### Pomůcky:

- ošetřovatelská dokumentace, dokumentace se škálou Nortonové, nebo Waterlow škála
- polohovací lůžko ( pokud je dostupné – vodní, silikonové, z řezaného molitanu atd.)
- antidekubitní matrace ( vodní, silikonové, z řezaného molitanu atd.)
- polštáře
- podložky ( z ovčího rouna přírodního i syntetického, vzduchové, plněné vodou nebo gelem atd.)
- pomůcky k hygienické péči – mýdlo ne
- Menalind krém, nebo jiné indiferentní masti ( bez alkoholu )
- Menalind pěna
- doplňkové pomůcky k lůžku – hrazda, žebříček atd.
- čisté suché prádlo
- jednorázové plenkové kalhotky
- obvazový materiál určený k prevenci dekubitů např. Bioclusiv atd. dle ordinace lékaře
- pruban

#### Postup:

- poučte pacienta jak má měnit polohu a kontrolovat postižené oblasti
- rovněž poučte rodinu a ostatní členy ošetřovatelského týmu
- založte ošetřovatelskou dokumentaci, dokumentaci se škálou Nortonové nebo Waterlow
- s použitím škály vyhodnoťte pacienta
- uložte pacienta na polohovací lůžko
- připravte všechny dostupné antidekubitní pomůcky
- odstraňujte tlak – pravidelným polohováním, dle aktuálního stavu pacienta
  - a) ležící pacient – polohujte po 2hod, v noci po 3hod, podepřete pacienta polštáři, zabraňte vzájemnému dotyku kolen a kotníků, použijte antidekubitní pomůcky
  - b) v křesle, na vozíku – každých 15min doporučte a dohlédněte na odlehčení hýždí předkloněním, vzepřením atd.( doba sezení by neměla překročit 1hod.)
  - c) schopný chůze – vybídněte každou hodinu ke krátké procházce
- Zaznamenávejte polohu a čas polohování do oše. dokumentace
- dle ordinace lékaře zapojte i RHB pracovníky
- udržujte lůžko suché, v naprosté čistotě, napnuté prostěradlo bez přítomnosti cizích předmětů
- na antidekubitní matrace nepoužívejte gumovky
- dodržujte osobní hygiena, nepoužívejte mýdla, k očištění použijte Menalind pěnu
- udržujte kůži v suchu
- k promašťování používejte Menalind krém, nebo jiný indiferentní krém, aplikujte jemně bez tlaku na predileční místa
- zajistěte dostatečný přívod potravy a tekutin, krmením pacienta, podáváním tekutin
- spolupracujte s dietní sestrou na sestavení nutričně bohaté stravy



- sledujte vliv předepsaných léků na spontánní hybnost a proces hojení
- pravidelně, nejméně jednou denně provádějte kontrolu predilečního místa
- používejte obvazové materiály určené k prevenci dekubitů, dle ordinace lékaře
- u všech pomůcek dodržujte návody doporučené výrobcem
- sledujte změny kůže na predilekčních místech
- všechny změny, ošetření, kontroly, polohování zaznamenávejte do oš. dokumentace a informujte lékaře

### **Zvláštní upozornění:**

- Neopomínejte psychickou stránku pacienta.
- Edukujte pacienta, jeho rodinné příslušníky
- Pomůcky volte tak , aby byli splněny individuální potřeby každého pacienta.
- Při použití krycích materiálů je třeba dodržovat postupy doporučené výrobcem.
- Nevhodné je používání genciánové violeti
- Důležité je zavedení ošetrovatelské dokumentace určené k ošetřování ran, zhotovení ošetrovatelského plánu, jeho realizace, hodnocení prevence a účinnosti léčby.
- Postupujte dle ordinace lékaře

**Úklid pomůcek dle platného hygienicko-epidemiologického řádu.**

### **Příloha č.8**

#### **Vzdělávací plán**

- **leden**

#### **seminář na oddělení**

Téma: Program kontinuálního zvyšování kvality na oddělení zaměřený na problémové oblasti –dodržování práv nemocných, přístup k nemocnému z hlediska bio-psycho-sociálních potřeb

Přednášející: Bc. Válková

Účast: všichni zaměstnanci 24

#### **Seminář v rámci nemocnice**

Téma: Přístupy k těžce, chronicky a nevléčitelně nemocným klientům, akreditovaný MZ

Přednášející: Stará I, Benešová S, Žižková J

Účast: 2

- **únor**

- seminář na oddělení**

Téma: Vlhké hojení ran a dekubitů u imobilních nemocných, seznámení se standardy a audity zaměřené na ošetřování imobilních klientů (standard prevence a léčba ran a dekubitů)

Přednášející: Kadlecová P. firma Johnson

Bc. Válková M, Masopustová R

Účast: 18

- **březen**

- seminář na oddělení**

Téma: Pády nemocných, možné příčiny, opatření, hlášení mimořádných událostí

Přednášející: Bc. Válková M

Účast: 16

- Seminář v rámci nemocnice**

Téma: Komunikace ve zdravotnictví a rehabilitační ošetřovatelství, akreditovaná MZ

Přednášející: Stará I, Benešová S

Účast : 4

- **duben**

- seminář na oddělení**

Téma: Rehabilitační ošetřovatelství v praxi

Přednášející: Bc. Válková M

Účast: 19

- Seminář v rámci nemocnice**

Téma: Právní problematika ošetřovatelské dokumentace

Přednášející: Klujučuková, firma Promedica

Účast: 4

- Konference ČAS**

Téma: Násilí ve zdravotnictví

Účast : 2

### **Odborná stáž spinální jednotka Liberec**

Téma: Rehabilitační ošetřovatelství

Účast: 2

- **květen**

#### **seminář na oddělení**

Téma: Rehabilitační ošetřovatelství-polohování klienta dle Bobath konceptu

Přednášející: Sixtová S.

Účast: 20

#### **Seminář v rámci nemocnice**

Téma: Výživa u klienta jako součást léčby

Přednášející: firma Nutricia

Účast: 3

### **Celorepubliková konference ČAS a UNIE**

Téma: CMP

Přednášející: Bc. Válková, Masopustová R, Sixtová, Horáková I

Účast: 16

### **Odborná stáž FNKV**

Téma: Specializovaná péče na JIP

Účast :1

- **červen**

#### **seminář na oddělení**

Téma : Komunikace s klienty, práva nemocných

Přednášející: Horáková I

Účast: 17

#### **Seminář v rámci nemocnice**

Téma: Komunikace ve zdravotnictví

Přednášející: Stará I, Benešová S

Účast: 2

Téma: Přístupy k těžce a chronicky nemocných

- **červenec**

### **seminář na oddělení**

Téma: Mimořádné situace, ošetrovatelská dokumentace, dekubity

Přednášející: Bc. Válková M

Účast: 10

### **srpen**

### **seminář na oddělení**

Téma: Mimořádné situace, ošetrovatelská dokumentace

Přednášející: Bc. Válková M

Účast: 12

### **Seminář v rámci nemocnice**

Téma: Téma: Přístupy k těžce, chronicky a nevléčitelně nemocným klientům, akreditovaný MZ

Přednášející: Stará I, Benešová S, Žižková J

Účast: 2

### **• září**

### **seminář na oddělení**

Téma: Vlhké hojení ran, novinky v praxi

Přednášející: Horáková I

Účast: 18

### **Seminář v rámci nemocnice**

Téma: Komunikace ve zdravotnictví

Přednášející: Stará I, Benešová S

Účast: 2

Téma: Přístupy k těžce a chronicky nemocným

Účast : 2

### **• říjen**

### **seminář na oddělení**

Téma: Přístup ke klientovi, uspokojování potřeb, edukace

Přednášející: Masopustová R, Horáková I

Účast: 17

### **Seminář v rámci nemocnice**

Téma: Výživa klienta, screening u klientů s poruchou výživy

Přednášející: firma Nutricia, sestry OCHJIP Český Brod

Účast: 3

### **Celorepubliková konference Kolín**

Téma: Kůže odraz našeho těla

Přednášející: Bc. Válková M, Nováková E

Účast: 8

#### **• listopad**

##### **seminář na oddělení**

Téma: Edukace klienta a jeho rodiny, nutriční screening

Přednášející : Bc. Válková, Horáková I, Masopustová R

Účast: 19

##### **Seminář v rámci nemocnice**

Téma: Komunikace ve zdravotnictví

Přednášející: Stará I, Benešová S

Účast: 2

Téma: Přístupy k těžce a chronicky nemocným

Účast : 2

#### **Konference ČAS a UNIE Liberec**

Téma: kazuistiky klientů s neurologickým onemocněním

Účast: 6

#### **• prosinec**

##### **seminář na oddělení**

Téma: Hodnocení programu KZK z dotazníků klientů

Přednášející: Bc. Válková

Účast: 18

##### **Seminář v rámci nemocnice**

Téma: Komunikace ve zdravotnictví

Přednášející: Stará I, Benešová S

Účast: 2

**Kontrolní činnost vrchní sestry v roce 2005 zaměřená na oblasti  
v rámci programu KZK**

<b>Měsíc</b>	<b>Oblast kontrolní činnosti</b>	<b>Časnost</b>	<b>Poznámka</b>
<b>Leden</b>  <b>12.1.,23.1.</b>	<b>ošetřovatelská dokumentace</b> <b>ošetřovatelská péče o rány</b>	<b>kontinuálně</b> <b>kontinuálně</b>	<b>proškolit tým</b> <b>v pořádku</b>
<b>Únor</b> <b>9.2.,22.2.</b>	<b>Komunikace s klientem</b>  <b>Komunikace s klientem</b> <b>na oddělení</b> <b>Ošetřovatelská dokumentace</b> <b>Záznam pádů</b>	<b>nahodile</b>  <b>kontinuálně</b>  <b>kontinuálně</b> <b>nahodile</b>	<b>v pořádku</b>  <b>proškolit tým</b> <b>v komunikaci</b> <b>proškolit tým</b> <b>v pořádku</b>
<b>Březen</b> <b>7.3.,21.3.</b>  <b>17.3.</b>	<b>Komunikace s klientem</b> <b>při přijetí</b> <b>Komunikace s klientem na</b> <b>oddělení</b> <b>Edukace klienta-diabetika</b>  <b>Záznam v dokumentaci-</b> <b>pády,rány</b>	<b>nahodile</b>  <b>kontinuálně</b>  <b>nahodile</b>  <b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>  <b>proškolit NZP</b>  <b>v pořádku</b>  <b>proškolit NZP</b>
<b>Duben</b>	<b>Edukace klienta-rhb.ošetř.</b> <b>Práce se standardy</b> <b>Komunikce s klientem</b> <b>při přijetí</b> <b>Komunikace s klientem</b> <b>na oddělení</b>	<b>kontinuálně</b> <b>kontinuálně</b> <b>nahodile</b>  <b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b> <b>proškolit NZP</b> <b>v pořádku</b>  <b>v pořádku</b>

<b>Květen</b>	<b>Práce se standardy</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Komunikace a chování personálu</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>proškolit SZP</b>
	<b>Ošetřovatelská péče o imobilního klienta</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>proškolit PZP</b>
	<b>Záznamy pádů</b>	<b>nahodile</b>	<b>v pořádku</b>
<b>3.18,23.5</b>			
<b>Červen</b>	<b>Práce se standardy</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Práce s ošetřovatelskou dokumentací</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>proškolit</b>
	<b>Komunikace a chování personálu</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
<b>Červenec</b>	<b>Ošetřovatelské diagnózy v dokumentaci</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Ošetřovatelská péče o imobilní klienty</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Práce se standardy</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>proškolit</b>
	<b>Komunikace s klienty</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
<b>Srpen</b>	<b>Překladové zprávy</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>proškolit SZP</b>
	<b>Práce se standardy</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>proškolit</b>
	<b>Podávání stravy</b>		<b>sestry</b>
	<b>Edukace a nutr.screenig</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>proškolit SZP</b>
<b>Září</b>	<b>Edukace klienta</b>	<b>nahodile</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>15. 9,19,28.9</b>		
	<b>Komunikace s klientem</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Práce se standardy</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Ošetřovatelská dokumentace</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
<b>Ošetřování ran a dekubitů</b>	<b>nahodile</b>	<b>proškolit</b>	

<b>Říjen</b>	<b>Ošetřování ran a dekubitů</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Edukace, screening nutriční</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Chování personálu k</b>		
	<b>imobilnímu klientovi</b>	<b>nahodile</b>	<b>pořádku</b>
<b>4,17,27.10</b>			
	<b>Práce se standardy</b>	<b>nahodile</b>	<b>v pořádku</b>
<b>6.,20,27.10</b>			
	<b>Překladové zprávy</b>	<b>nahodile</b>	<b>v pořádku</b>
<b>Listopad</b>	<b>Ošetřování ran a dekubitů</b>	<b>nahodile</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Prevence dekubitů</b>		<b>1,14,23.11</b>
	<b>Komunikace s klientem</b>		
	<b>při přijetí a hospitalizace</b>	<b>nahodile</b>	<b>v pořádku</b>
			<b>3,12,21.11</b>
	<b>Práce se standardy</b>	<b>nahodile</b>	<b>v pořádku</b>
			<b>3,12,21.11</b>
	<b>Edukace klienta</b>	<b>nahodile</b>	<b>proškolit tým</b>
			<b>7,21.11</b>
<b>Prosinec</b>	<b>Edukace klienta</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Chování a komunikace</b>	<b>kontinuálně</b>	
	<b>personálu</b>		<b>v pořádku</b>
	<b>Přístup k imobilnímu</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>klientovi</b>		
	<b>Ošetřovatelská dokumentace</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Záznamy diagnóz</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>
	<b>Pády</b>	<b>kontinuálně</b>	<b>v pořádku</b>



## **Stížnosti zaměstnanců při konfliktních situacích**

Zaměstnanec si může stěžovat na jednání svých spolupracovníků, ale také na nevhodné způsoby jednání ze strany klientů a jejich rodin.

### **Stížnosti na spolupracovníky**

#### **Forma a způsob vyřizování**

- **písemné nebo ústní podání**-vyřizuje vrchní a staniční sestra po prošetření události, která provede následná opatření a zápis o události se provede zápis. Pokud zaměstnanec projeví zájem nezveřejňovat stížnost je mu vyhověno. V jiném případě pokud se stížnost vyskytne, jsou ostatní zaměstnanci informováni o stížnosti a nápravě opatření.

Pokud se stížnost nevyřeší na úrovni vrchní a staniční sestry může zaměstnanec vznést stížnost k hlavní sestře ( písemnou i ústní formou), která celou záležitost prošetří a ve spolupráci s oddělením analýzy stížností provede o celé události zápis a opatření. Zaměstnanci mají možnost každou středu od 11-13 h přicházet za hlavní sestrou k podání svých stížností.

### **Stížnosti na klienty a jejich rodiny**

#### **Forma a způsob vyřizování**

- **písemné nebo ústní podání**-dle závažnosti a charakteru vyřizuje v pracovní době vrchní sestra a primář oddělení. V odpoledních a nočních hodinách službu konající lékař a vedoucí směny ošetrovatelského týmu.

O proběhlé události se sepíše protokol o mimořádných událostech, vše se eviduje a prošetřuje.

Pokud klient nebo rodina vystupuje proti personálu agresivním verbální a neverbální způsobem, má možnost personál přivolat ochranou agenturu, která je v 24h v objektu nemocnice. Personál má možnost po poradě s primářem, vrchní sestrou, službu konajícím lékařem a vedoucí směny zavolat městskou policii (/zkrácená přímá volba) nebo pořádkovou policii (zkrácení volba).

### **Odvolání:**

Klient nebo rodina může podat stížnost ( viz popsany způsob dopsat číslo) řediteli, primáři, vrchní sestře nebo přímo na oddělení analýzy stížností.

## **Příloha č.11**

### **Motivační plán**

- **finanční ohodnocení**

mzda dle dosaženého vzdělání, pracovního zařazení a dle praxe v oboru  
osobní ohodnocení dle výkonnosti 0-10 000,- Kč, monitorace a kvartální hodnocení pracovníka dle společně stanovených kritérií ( aktivita v programu KZK, práce v týmu pro tvorbu standardů, plnění standardů a dohodnutých pravidel, aktivita v dalším celoživotním vzdělávání, přijetí odpovědnosti v určitých činnostech, kladné hodnocení od klientů, lékařů a spolupracovníků)

- **postup v kariéře**

umožnění pracovníkovi postup v kariéře v rámci oddělení a nemocnice na funkční pozici ( vrchní, staniční sestra a vedoucí směny), provádět lektorskou činnost v rámci školení ošetrovatelského personálu, jmenování sestry specialistky, která provádí poradenskou činnost v rámci nemocnice pro obory – nutriční specialista, hojení ran, edukační činnost diabetika, rehabilitační ošetrovatelství, ošetrování flexibilních katetrů

- **vzdělávání pracovníků**

umožnění dalšího celoživotního vzdělávání ( specializační kurzy, postgraduální vzdělávání, vysoké školy) z rozpočtu organizace po třech letech práce v organizaci

možnost výměnných stáží pro pracovníky a vzdělávacích kurzů na klinických pracovištích

možnost účastnit se a přednášet na konferencích pořádaných nemocnicí a jinými pracovišti

možnost účastnit se výzkumných projektů nebo provádět výzkum na pracovišti

- **veřejné uznání**

uznání aktivity a dobrých pracovních výsledků na pracovišti, ale také na poradách vedení, při zvláštních příležitostech setkání sester, vyhlášení nejlepšího pracovníka na oddělení, ale i v rámci nemocnice poděkování za práci darováním lístků do divadla, Sestru roku, Den ošetrovatelství a další události

- **sociální výhody od zaměstnavatele**

bezúročné půjčky pro zaměstnance ve výši 30.000,- Kč po dvou letech zaměstnání

možnost rekreace v zařízení ONK,a.s.

možnost penzijního připojištění v hodnotě 200,- Kč

možnost trvalého pracovního poměru a dalšího osobního růstu

## **Příloha č. 12**

### Náplň práce vrchní sestry lůžkového oddělení Oblastní nemocnice Kolín ,a.s

---

#### 1.Oblast řízení kvality péče

- kontrola kvality činnosti na svěřeném úseku
- kontrola a koordinace všech zdravotnických pracovníků a provozních pracovníků, kteří spadají pod její řízení
- zjišťování přímé a nahodilé spokojenosti s kvalitou ošetrovatelské péče u nemocných

#### 2.Oblast řízení činnosti pracovníků

- koordinovat rozmístění jednotlivých pracovníků spadajících pod její řízení dle náročnosti na ošetrovatelskou péči
- koordinovat aktuální rozmístování jednotlivých pracovníků dle potřeb jednotlivých oddělení
- rozpis směn na všech úsecích podléhajících pod její řízení dle normohodin stanovených do jednotlivých měsíců
- sledovat maximální využití pracovní doby u jednotlivých pracovníků
- využívat flexibilní pracovní dobu u jednotlivých pracovníků
- sledování přesčasové práce u jednotlivých pracovníků a umožnit flexibilní pracovní dobu a tím vybírání přesčasových hodin
- dovolené rozvrhnout na celý kalendář rok, řídit dle aktuálních potřeb pracoviště
- sledování čerpání dovolených 1x měsíčně u jednotlivých pracovníků spadajících pod její řízení

#### 3.Oblast řízení spotřeby a využití spotřebního zdravotnického materiálu, racionální využití přístrojů v laboratořích

- každodenní kontrola spotřeby SZM, přístrojové techniky správné využití
- psaní SZM po předchozí konzultace s přednostou oddělení
- srovnávat spotřebu SZM dle jednotlivých měsíců, období
- kontrola spotřeby SZM dle výpisu za jednotlivé období
- posuzovat a porovnávat jednotlivé úseky ve spotřebě SZM dle náročnosti na ošetrov. nemocných, specifika vyš. metod..
- spolupráce se staniční a úsekovou sestrou při řízení spotřeby SZM
- vedení provozních deníků přístrojové techniky

#### 4.Oblast vedení dokumentace

- koordinuje jednotlivé úseky, aby dokumentace obsahovala účelné a správné informace s podpisem SZP, laborantky

#### 5.Oblast spolupráce s jednotlivými vrchními sestrami oddělení

- spolupracuje s vrchní sestrou, staniční sestrou ,úsekovou sestrou
- kontroluje správné vykazování pro jednotlivé pojišťovny
- spolupracuje se sestrou manažerkou a dalšími nadřízenými pracovníky

#### 6.Oblast vzdělávání

- účast na celoustavním semináři , pořádaný 2x ročně
- účast na odborných seminářích
- pořádání odborných seminářů na oddělení pro své spolupracovníky jedenkrát za dva měsíce
- vede evidenci o účastích na odborných seminářích na svém svěřeném úseku

Práce vrchní sestry se odráží na práci ostatních zdravotnických pracovníků a vytváří celkový obraz o oddělení

## **Příloha č. 13**

## **Zápis z pracovní schůzky ze dne 7.12. 2004**

**Téma:** Výsledek diagnostické zprávy

Plánování oblastí zlepšení ošetrovatelské péče programu KZK

Vytvoření týmu pro tvorbu standardů

**Diagnostická zpráva** -účastníkům sdělen výsledek diagnostické zprávy a doporučení oblastí, kde jsou nutné realizovat změny v oblasti ošetrovatelské péče

**Vytvoření týmu** –tým pro tvorbu standardů je složen ze sester Chroustová J, Hervertová M,Šamalíková I,Siváková H,Krejčíková H

**Postup** :jednotlivé členky týmu dostaly zadání vypracování standardů, který předloží k připomínkování do týdne : vrchní a staniční sestře, směnným sestram,připomínky se zapracují,hlavní koordinátorem je hlavní sestra a náměstek LPP, po schválení hlavní sestry se standardem seznámí ošetrovatelský tým a realizuje v praxi ( leden-únor 2005)

**Plánování programu KZK**-účastníci se shodli na realizaci programu zvyšování kvality v těchto oblastech :

Komunikace a chování personálu ke klientům

Zkvalitnění ošetrovatelské péče o imobilní klienty

Zajištění bezpečnosti klientů platnými standardními postupy

### **Aktivity:**

#### **Komunikace a chování personálu ke klientům**

##### **Cíl : zkvalitnit přístupu**

přijmutí 1 sestry, která bude plnit funkci primární sestry- odpovědnost vrchní

sestra ( Válková),je nutné snížit počet ústních stížností

vypracování standardů : Příjem nemocného ( Chroustová) ,Komunikace a edukační činnost nemocného ( Šamalíková)

školení : účast v lednu na semináři Přístup k těžce nemocným , komunikace

–

Šamalíková, Horáková

#### **Zkvalitnění ošetrovatelské péče o imobilní klienty**

##### **Cíl: zkvalitnění péče o imobilní klienty**

Všechny členky ošetrovatelského týmu si připraví náměty do příští porady ( 14.12.2004)jak zlepšit ošetrovatelskou péči o klienty.Je nutné snížit incidenci dekubitů a pádů u klientů , zkvalitnit ošetrovatelskou dokumentaci

Vypracování standardů: Léčba a prevence dekubitů ( Šamalíková),

Vedení ošetrovatelské dokumentace ( Válková),Péče o neklidného nemocného

( Krejčíková),Péče o CŽK,flexibilní katétr ( Siváková)vytvoření plánů péče o klienty s onemocněním CMP,RS,Myastenia gravis,tumory CNS ( Hervertová) školení,speciálizace:rehabilitační ošetrovatelství-Jahodová, Sixtová Horáková,Nováková – problematika hojení ran a dekubitů, Šamalíková- ošetrování flexibilních katetrů, Masopustová-basální stimulace,Hervertová-nutriční specialista

**Termíny pro vypracování standardů : 4.1. 2005**

**Zajištění bezpečnosti klientů platnými standardními postupy**

Všechny členky ošetrovatelského týmu jsou povinny se řídit schválenými standardy, které budou během měsíce ledna a února aplikované do praxe.

**Vytvoření vzdělávacího plánu pro zaměstnance -leden 2005 (Válková),** na každé poradě se domluví počet účastnic na konferencích a seminářích konaných v rámci nemocnice a mimo nemocnici

**Další termín porady : 14.12.2005**

**Téma: náměty na zkvalitnění ošetrovatelské péče ve vytyčených oblastech,stanovení cílů a indikátorů**

## **Stížnosti klientů a jejich rodinných příslušníků a jejich způsoby vyřizování**

Oblastní nemocnice Kolín a.s. se zabývá stížnostmi našich klientů ( oddělení stížností).

Klient a jejich rodiny si mohou stěžovat na kvalitu poskytované zdravotní péče v oblastech:

- personálních
- proceduálních
- provozních

### **Stížnost se podává:**

- **písemně**

-**poštou** na adresu ředitelství ONK, a.s, řediteli nemocnice MUDr. L. Rubášovi nebo MUDr. P. Volšanskému (Žižkova 145,Kolín, 281 02)

MUDr Bláhové L nebo Bc. Válkové Monice na adresu Neurologického oddělení ONK,a.s.

-**e-mailem** na adresy, které jsou veřejně přístupné na stránkách nemocnice

[www.nemocnice.kolin.cz](http://www.nemocnice.kolin.cz)

- **osobně (ústně)**

-řediteli nemocnice,pracovníkovi určenému na vyřizování stížností,primárce oddělení

-vrchní , staniční sestře oddělení

-kterémukoliv pracovníkovi oddělení

- **anonymně**

-formou písemnou poštou nebo e-mailem

### **Vyřizování stížností**

S písemnými a ústními stížnostmi, které byly podány na ředitelství se seznamuje ředitel nemocnice, který stížnost podstoupí na oddělení vyřizování stížností.MUDr. P. Volšanský řeší veškeré stížnosti přijaté na ředitelství. Po

vyřízení stížnosti provede zápis a opatření, která se realizovala v rámci stížnosti. Identifikuje po poradě s právním oddělením, zda byla stížnost oprávněná nebo nebyla. Stěžovateli je vždy do 30 dní je podáno písemné vyrozumění. Závěrečnou písemnou zprávu podá řediteli nemocnice na poradě 1x měsíčně. Stížnosti se evidují na oddělení analýzy stížností.

Pokud je stížnost podaná primáři oddělení, podstoupí primář dle závažnosti a charakteru k prošetření vrchní sestře (ošetřovatelský tým) nebo zástupci oddělení (lékaři). Vrchní sestra a zástupce primáře stížnost prošetří a provedou zápis a následná opatření. Lékařský a ošetřovatelský tým je vždy seznámen s obsahem stížnosti a způsobu nápravy (a to ihned a při provozních schůzích, při denním hlášení lékařů a sester). Stížnost vždy vyřizují společně vrchní sestra a primář oddělení. Stížnosti se evidují u vrchní sestry. Stěžovateli je vždy podáno písemné vyrozumění do 30 dní. Je-li stížnost závažnějšího charakteru podstupuje se k vyřízení na oddělení analýzy stížností.

Anonymní stížnosti dle charakteru zaměření (lékaři nebo sestry) se prošetří a provede se zápis a následná opatření.

### **Odvolání:**

V případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti může stěžovatel podat odvolání a stížnost se podstoupí přímo řediteli nemocnice, právní oddělení nemocnice.



Fakulta humanitních studií

Magisterský studijní obor Řízení a supervize  
v sociálních a zdravotnických organizacích

Předmět : Projekt diplomové práce  
Vedoucí práce : Mgr Hradcová D.

**Téma : : Řízení změny ošetrovatelské péče v Oblastní nemocnici  
Kolín,a.s ( dále ONK)**

Jméno studenta : Bc. Válková Monika  
Osobní číslo : **9529**  
**Imatrikulační ročník : 2003/2006**

## **Předběžné téma: : Řízení změny ošetrovatelské péče v Oblastní nemocnici Kolín,a.s ( dále ONK)**

### **Cíl diplomové práce**

Realizovat projekt zavádění systému modelu Kontinuálního zvyšování kvality ošetrovatelské péče.

### **Formulace a vstupní diskuse k problému**

Řízení změn se v dnešní době stává jednou z klíčových funkcí managementu nemocnic<sup>4</sup>. Změny ve zdravotnictví jsou v dnešní době každodenní záležitostí. Důvodem je jsou technologické inovace, medicínský výzkum, který jde velmi rychle dopředu. Ošetrovatelský výzkum je zaměřen na bio-psycho-sociální potřeby klientů v ambulantní, hospitalizační a komunitní péči. Realizace změn je též nutná pro rapidně narůstajícími náklady na zdravotní péči, ale také narůstající požadavky klientů na zdravotní péči.

Nemocnice Kolín má stanovenou strategii a vizi na období deseti let. Součástí strategie nemocnice je poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči v souladu s novou koncepcí ošetrovatelské péče ( věstník MZ ČR 2004/9 ). Změny v oblasti ošetrovatelské péče se převážně týkají nového pohledu péče a zaměřením se na klienta , převážně na zlepšení kvality poskytované ošetrovatelské péče. Ředitel ONK a.s mě v roce 2004 určil jako hlavního manažera projektu KZK, odpovídám za jeho realizaci v praxi. Vypracovala jsem pilotní projekt zavádění systému modelu Kontinuálního zvyšování kvality ošetrovatelské péče ( dále KZK ) , který bude během dvou let implementován na Neurologickém oddělení ONK a.s. K pilotnímu programu KZK na Neurologickém oddělení jsem přistoupila proto, abych si ověřila jeho úspěšnost zavedení v praxi. Domnívám se, že zkušenosti z pilotního projektu mohu po vyhodnocení rozšířit do celé organizace ONK a.s. Aby se projekt KZK mohl úspěšně realizovat v praxi, musím získat podporu a změnu postojů nelékařského personálu, který pracuje na oddělení. Před implementací programu musím u nelékařského personálu zjistit, co by mohlo způsobit selhání programu v praxi. Vypracuji komunikační a vzdělávací plán, který bude zaměřen na úspěšnou implementaci modelu KZK.

Změny v řízení ošetrovatelské péči je nutné chápat jako novou příležitost a ne jako ohrožení<sup>5</sup>. Management nemocnice si určí svoje strategie a cíle , pro další rozvoj nemocnice.

Hlavní sestry nemocnic by měly připravit dle nové Koncepce ošetrovatelské péče (věstník MZ ČR 9/2004) projekt, který povede ke změnám v organizaci ošetrovatelské péče se zaměřením na klienta.

Klíčovými osobami v procesu řízení změny jsou staniční sestry, které mají praktickou odpovědnost za realizaci změn na oddělení. Změny musí proběhnout plynule, bez narušení kontinuity péče, frustrace a nespokojenosti zaměstnanců a stability oddělení.

Oddělení, která úspěšně realizují proces změn by měla sdílet společné atributy:<sup>5</sup>

- Mají motivovaný personál ke změnám
- Mají zdravou nemocniční kulturu
- Mají vedoucí lídry s vizí
- Vedoucí lídři umějí nadchnout a podporovat změnu
- Vedoucí lídři podporují týmovou práci

Proces řízení změny na oddělení by měl být dobře naplánován, neboť samotná vize managementu a projekt změny v ošetrovatelské péči nestačí pro úspěšnou realizaci v praxi. Musí se počítat s přirozeným odporem lidí v organizaci, kteří chtějí zachovávat existující **status quo** 4.

### **SWOT analýza**

Swot analýza poukázala na některá slabá místa na našem oddělení, která by mohla ohrozit implementaci programu na zvyšování kvality.

Slabá místa našeho oddělení :

- Sestry nemají dostatečné znalosti systému kvality KZK
- Staniční sestry nemají dostatečné vzdělání v oblasti managementu kvality a systému kvality KZK
- Sestry se dostatečně nevzdělávají
- Kompetence sester nejsou dostatečně formulovány dle dosaženého vzdělání
- Na oddělení se projevuje nejednotný přístup k ošetrovatelské péči
- Na oddělení chybí závazné normy ošetrovatelských činností a standardizovaných postupů
- Služebně starší sestry nemají zájem o změnu v ošetrovatelské péči
- Služebně starší sestry nejsou dostatečně motivovány ke změnám v oblasti ošetrovatelské péče

Ze SWOT analýzy je zřejmé, kde jsou slabá místa v systému, která by mohla ohrozit projekt KZK a je nutné s nimi na začátku pilotního projektu pracovat.

### **Pracovní postupy:**

- **Diagnostika současného stavu v organizaci**
- **Analýza připravenosti organizace na změnu**
- **Tvorba plánu změny**
- **Navrhnout plán opatření pro úspěšnou implementaci programu KZK**

### **Metodologie**

- **Diagnostika organizace-work shop, SWOT analýza, analýza dokumentace ( vytipování problémových oblastí )**
- **Definování cílového stavu ( ideální stav )**
- **Plánování změn ( oblasti, cíle,nástroje,výstupy )**
- **Ověření úspěšnosti změny ( dotazníky spokojenosti nemocných,rozhovory se zaměstnanci, statistické udaje)**

Plánovanými pracovními postupy získám základní vstupní informace o současném stavu organizace a připravenosti na změnu. Zjistím názory, postoje a motivaci ke změnám v oblasti ošetrovatelské péče u nelékařského personálu. V plánování procesu implementace pilotního systému KZK se zaměřím na problematická místa, která by mohla ohrozit projekt KZK. Zaměřím se na procesy, které povedou k motivaci a změnám postojů nelékařského personálu.

### **Očekávané výstupy projektu**

- Diagnostická zpráva organizace
- Plán změny v oblasti ošetrovatelské péče na oddělení na úrovni sesterského personálu
- Komunikační plán zavedení změn
- Vzdělávací plán středního managementu
- Motivace a změna postojů nelékařského personálu, aby připravovaný proces změn v organizaci proběhl úspěšně ( součástí vzdělávací plán)

### **Použitá bibliografie a prameny**

1. Gladkij, I, a kol.: Management ve zdravotnictví, Press, Brno, 2003
2. Šavrdová,Z : Kompetence v praxi sociální práce , Osmium, Praha, 1999
3. Koster,J: Leading change, Harvard, 1996
4. Kopčáj, A, :Řízení proudu změn, Brno, 2004
5. Petr a Marta Škrlovi, : Kreativní ošetrovatelský management, Advent-Orion, Praha, 2003
6. Tichá I,: Učíci se organizace, B.I.B.S, Brno, 2003
7. Truneček,J : Znalostní podnik ve znalostní společnosti, Edition, 2004
8. internetové stránky: [www.fhs.podatelny.cz](http://www.fhs.podatelny.cz), „Řízení změn prostřednictvím inovace
9. internetové stránky: [www.podatelny.cz](http://www.podatelny.cz), Diagnostika organizace
10. internetové stránky: [www.seminárky.cz](http://www.seminárky.cz)

**Podpis a souhlas vedoucího práce: Mgr. Hradcová D.**

**V Kutné Hoře dne: 16.5. 2005**

**Bc. Válková Monika**

**Změna 13.1. 2006**