

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických zařízeních

**Zavedení ošetrovatelského standardu
na Klinice anesteziologie a resuscitace**

Autor práce: Jitka Štěpánková

Vedoucí práce: MUDr. Iva Holmerová Ph.D.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a že jsem využila pouze informací z uvedených zdrojů literatury.

Praha, duben 2006

.....
Jitka Štěpánková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala mé konzultantce MUDr. Ivě Holmerové PhD. za profesionální radu a odborné vedení při zpracování magisterské práce.

Praha, duben 2006

.....
Jitka Štěpánková

Obsah

Obsah	4
1. Úvod	8
2. Teoretická část	10
2.1. Kvalita	10
2.1.1. Definice kvality	10
2.1.2. Hlediska kvality	11
2.1.3. Kvalita zdravotní péče	12
2.1.4. Právní normy	15
2.1.5. Postavení zákazníka/ klienta v systému kvality	16
2.1.6.1. Závaznost standardů	20
2.1.6.2. Obsah standardu	20
2.1.7. Indikátory	20
2.1.8. Zásady zlepšování kvality	21
2.1.9. Způsoby zajišťování a zvyšování kvality	22
2.1.9.1. ISO – International Organisation for Standardisation	22
2.1.9.2. TQM – Total Quality management	23
2.1.9.3. JCAHO – Joint Council on Accreditation of Healthcare Organizations (Spojená komise pro akreditaci ve zdravotnických organizacích)	24
2.1.9.4. EFQM – European Foundation for Quality Management	25
2.1.9.5. SAK – Spojená akreditační komise	26
2.2. Popis společnosti	26
2.2.1. Analýza současného stavu	29
Obr. 2 SWOT analýza Kliniky anesteziologie a resuscitace v IKEM	30
2.2.2. Informace, co o nás ví uživatel?	32
2.2.3. Co víme o uživateli služby?	33
2.2.4. Reflexe ideálního stavu na klinice – proč je náš projekt důležitý	33
2.3. Bolest	35
2.3.1. Definice bolesti	35
2.3.2. Pooperační bolest	36
2.3.3. Bolest jako velké téma	37
3. Praktická část	39
3.1. Jak jsme postupovali	39
3.1.1. Projekt	41
3.1.2. Členové týmu a jejich role	42
3.1.3. Sběr dat	42
3.1.4. Metody a soubor	45
3.1.5. Výsledky 1.kola šetření	46
3.1.6. Prezentace, návrhy na zlepšení situace	50
3.1.7. Výsledky 2.kola šetření	51
Obr. 7 Shrnutí výsledků po zavedení analgetického protokolu n=58, průměrné hodnoty sledovaných kvalit, jak je hodnotili pacienti po zavedení protokolu	52

3.1.8. Kontrolní šetření.....	56
Obr. 11 Shrnutí výsledků před a po zavedení analgetického protokolu (n 52 + n 58) a po provedených kontrolních šetřeních (n 57 + n 31), průměrné hodnoty sledovaných kvalit, jak je hodnotili pacienti před a po zavedení protokolu a po kontrolních šetřeních	57
3.1.9. Výsledky a doporučení.....	58
4. Závěr	60
Seznam literatury a přílohy	62

Shrnutí

Kvalita je dnes často používaný pojem v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Poskytovat kvalitní služby je cílem každého zdravotnického zařízení. Záleží na každém z nich, jakou cestou se vydá a co vše je schopno udělat pro to, aby byli pacienti spokojeni.

Na Klinice anesteziologie v IKEM poskytujeme pooperační péči pacientům po kardiochirurgických výkonech. V časném období pacienti mohou trpět akutní bolestí. Provází ji celá řada symptomů. Nedostatečná analgezie nedovoluje pacientům provádět dostatečnou dechovou rehabilitaci a brání časně mobilizaci pacienta po operaci. Někteří pacienti bolest berou tak, že k operaci patří. Nevyžadují analgezii a přesto bolest pociťují.

Z tohoto důvodu jsme se rozhodli zjistit, jakým způsobem pacient vnímá své pocity a prožitky v souvislosti s poskytováním léčebné péče na pooperačním oddělení.

Jednoduchými organizačními opatřeními – intenzifikací a zefektivnění zpětné vazby, standardizací postupu a analgetické terapie lze zvýraznit komfort pacientů. A to bez zvýšení nákladů a bez zvýšení výskytu vedlejších nežádoucích účinků.

Klíčová slova: Kvalita, zdravotní péče, standard, měření, bolest.

Summary

Nowadays, “quality“ is a much-used term in connection with the provision of healthcare. Every healthcare provider has as its goal the provision of high-quality services. Its up to each of them to decide both how ambitious they can be in the pursuit of patient satisfaction and how best to achieve this.

At the IKEM Anaesthesiology Clinic, we provide post-operative care for patients after cardiac surgery. In the early stages of recovery, patients can suffer acute pain accompanied by a whole range of other symptoms. Insufficient analgesia prevents patients attempting adequate breathing rehabilitation and early post-operative mobilisation. Some patients accept pain as part and parcel of surgery. Even though they are in pain they don't think to ask for analgesia.

For these reasons, we decided to research how the patient views his own comfort and rates his experience of the medical care provided in the post-operative department.

By means of simple organisational measures – increasing the frequency and relevance of patient feedback, by standardising procedures and introducing standard practices into the analgaesic therapy, it is possible to increase patients' comfort. And this without increasing costs and without unnecessary side-effects.

Keywords: Quality, healthcare, standard, measurement, pain.

1. Úvod

Poskytování zdravotnických služeb ve zdravotnickém zařízení je v současné době spojováno s pojmy jako je kvalita, zvyšování kvality, management kvality. Nabízením a poskytováním kvalitních služeb získává zařízení prestiž a ocenění na trhu. Dobré jméno se získává velmi pomalu a obtížně. Naopak je lze velice rychle ztratit. Proto je třeba neustále udržovat v chodu nikdy nekončící proces zjišťování potřeb, zavádění změn a monitorování.

Cílem práce je popsat cesty, které nás vedly k zavedení standardu na Klinice anesteziologie a resuscitace v Institutu klinické a experimentální medicíny.

Úspěch při zavádění změn závisí na dobré spolupráci celého týmu. Proto je třeba definovat a rozumět povaze problému, navrhnout správné řešení a vhodné strategie.

Prezentace návrhů a vedení kritické diskuse, schopnost získávat pro své návrhy podporu od členů týmu a poskytování informací zainteresovaným pracovníkům jsou kroky k úspěšnému zavádění změn.

Důvodem zavádění standardního postupu při hodnocení bolesti bylo zvýšit komfort pacienta a poskytnout co nejkvalitnější zdravotní péči.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V úvodu teoretické části se zabývám pojmem kvalita, jaká je její definice a jaké jsou způsoby zajišťování kvality. V souvislosti s kvalitou musíme mluvit i o zákazníkovi a jeho postavení v systému poskytovaných zdravotnických služeb.

V další části je popsána společnost/klinika, kde bylo prováděno šetření, byl analyzován stav, ve kterém jsme se nacházeli, a kde došlo ke změně v zavedených postupech při poskytování ošetrovatelské péče.

Poslední kapitola v teoretické části se věnuje bolesti, protože důvodem změny v organizaci práce na klinice bylo co nejlépe monitorovat a tlumit bolest u pacientů, kteří jsou po operaci. Tím bychom mohli zlepšit kvalitu poskytované péče.

V praktické části je popsáno, jak jsme postupovali, jak byl vypracován projekt a jakými metodami jsme prováděli šetření. Práce je zaměřena na uživatele služby. Pomocí dotazníku jsem zhodnotila, co děláme dobře a co bychom mohli zlepšit.

V závěru práce jsou uvedeny návrhy, jak bychom mohli změnit situaci, k jakým jsme dospěli závěrům a co nám přineslo zavedení nové metody zajišťování kvalitní péče.

2. Teoretická část

2.1. Kvalita

Otázkou kvality se dnes zabývá snad každá instituce, která poskytuje výrobky, služby a jiné produkty. Poskytovat kvalitní výrobky, služby znamená mít své místo na trhu, být žádaný a mít úspěch. Není divu, že se kvalita v 21. století drží v popředí zájmu.

2.1.1. Definice kvality

V literatuře můžeme nalézt mnoho definic kvality a to samo o sobě znamená, že definovat kvalitu není jednoduchý úkol.

„Kvalita je všechno, na co se ptáme otázkou „jaký?“, vlastnost, jež nelze změřit číslem. Programem novověké vědy bylo nahradit kvalitu měřitelnými kvantitami.“ [21]

Tato definice kvality je podle slovníku a z oblasti filosofie. Je obecného charakteru a je tady zmínka o měřitelnosti kvality.

Výstižná, ale obecná je definice kvality dle Ivana Gladkého a kol. – „abychom pracovali kvalitně, musíme dělat správné věci ve správném čase.“ [2]

Další definici kvality podle Jaromíra Vebera, ale již z oblasti ekonomie můžeme například najít v normě ISO 9000:2000: „Kvalita je stupeň splnění požadavků souborem inherentních znaků“. [16]

Společnost ASQ (American Society for Quality) provedla výzkum, kde bylo cílem identifikovat názor na to, co si pod pojmem kvalita v ekonomice představují. Účastníci výzkumu byli požádáni, aby mimo jiné vyslovili vlastní definici kvality. Nejobvyklejší odpovědí byla spokojenost zákazníků. Další odpovědi byly – splnění požadavků zákazníka, výrobek nejvyšší kvality s nejnižšími náklady atd. Výzkumníci došli k závěru, že „chybí jasná definice kvality, kterou by používali všichni.“ [18]

Další definice kvality dle Jaromíra Peška je: „Celkový soubor znaků systému nebo procesu, které ovlivňují schopnost uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby pacientů a zainteresovaných stran.“ [8]

Světová zdravotnické organizace (WHO) v roce 1966 definovala kvalitu jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebám obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. V roce 1982 ji definovala jako stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje. [41]

Z definic uvedených Světovou zdravotnickou organizací je cítit, že jak se vyvíjí pokrok, mění se i definice kvality. Hlavně je tu patrna snaha, co nejpřesněji a nejdůležitěji kvalitu definovat. Srovnáme-li „souhrn výsledků dosažených...“ se „stupeň dokonalosti...“, vidíme určitý posun v pohledu na to, co je kvalita.

Srovnáním různých definic kvality nakonec dojdeme k výsledku, že kvalita podmiňuje nejen spokojenost zákazníka, ale představuje i schopnost (zboží nebo služby) uspokojit jeho potřeby.

Záleží na tom, na jaký výrobek, službu, produkt se chceme zaměřit. Hlavním hodnotitelem kvality je však zákazník, konzument. Abychom mohli nabízet službu, produkt, musíme se ptát, o co má zákazník zájem, jaké má požadavky a jak je spokojen se službou nebo produktem.

2.1.2. Hlediska kvality

Kvalitu lze hodnotit objektivně a subjektivně. Každý z nás ji pocítuje jinak. Je třeba se také zeptat, jak kvalitu vnímá nemocný, jak ji vnímá zdravotník.

Proto lze říci, že kvalita má dva rozměry. Subjektivní – pocity, ale i objektivní – a to již představuje sledování, měření a posuzování přesně nastavených, dohodnutých parametrů.

Z hlediska objektivnosti bychom mohli kvalitu dále rozdělit na:

- kvalitu z hlediska klienta – co klient vyžaduje od zdravotní péče
- kvalita z hlediska profesionálního – zda služba definovaná profesionály naplňuje potřeby zákazníka, jestli obsahuje vhodné techniky a postupy, procedury
- kvalitu z hlediska řízení. – co nejefektivněji a co nejekonomičtěji využívat zdroje v rámci limitů a nařízení vyšších orgánů nebo plátců péče

Podobně se na kvalitu dívají Petr a Magda Škrlovi, kteří chápou pojem kvalita jako velmi komplexní pojem, který má celou řadu dimenzí. Na kvalitu lze pohlízet z mnoha hledisek:

- bezpečnost
- kompetence
- přijatelnost efektivnost
- vhodnost
- ekonomičnost
- dostupnost
- kontinuita
- včasnost
- přiměřenost
- úcta a vnímavost

[12, s. 19]

Pokud bychom se snažili podle těchto hledisek definovat kvalitu, získali bychom 11 definic kvality. Z pohledu zákazníka předpokládejme, že jeden každý zákazník by si vybral jinou definici kvality.

Každý člověk má jiné hodnoty, jinak chápe své potřeby a samozřejmě má svůj žebříček hodnot. Ten se postupem času v životě mění, jak nás potkávají různé životní situace. Zdravý, mladý člověk si bude zdraví vážit podstatně jinak, bude kvalitu hodnotit a vyžadovat jinak, než člověk vážně nemocný.

Prezentace výsledků „velké a všemocné medicíny“ může znamenat past pro klienta. Medicína má své meze, nedokáže nemožné a nedokáže splnit nerealistická očekávání klientů. Má i své omezení z hlediska alokace zdrojů.

Profesionální hledisko kvality již může být objektivněji sledováno. Například při akreditačním řízení medicínských oborů se sepisuje spektrum výkonů a procedur, které zdravotnické zařízení nabízí pojišťovně, se kterými chce uzavřít smlouvu.

2.1.3. Kvalita zdravotní péče

Pojem kvalitní zdravotní péče obsahuje schopnost uspokojit potřeby pacientů a přinášet jim potřebný užitek.

Měli bychom umět změřit, jak jsme schopni uspokojit potřeby pacientů a jaký jim přineseme užitek. Problémem je dosáhnout rovnováhy mezi dosažením očekávané kvality a spotřebou omezených zdrojů. [29]

A opět narážíme na problém alokace zdrojů. Je třeba zdroje optimalizovat, protože jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Tyto zdroje jsou závislé na výši výběru pojistného, tedy jsou omezené.

Prakticky posuzovat kvalitu zdravotní péče není jednoduché.

System, který by postihoval všechny aspekty kvalitní péče se hledá těžko. Proto v první řadě by mělo být:

- zavedení standardizovaných postupů péče
- sledování vybraných indikátorů kvality

Kvalita zdravotní péče se dostává do popředí zájmu jak veřejnosti, tak zdravotníků. Je důležitým bodem při poskytování ošetrovatelské péče. Zdravotnické instituce musí věnovat více pozornosti otázkám kvality. Kvalitu ošetrovatelské péče určují ošetrovatelské standardy, které také stanovují její měřitelná kritéria.

Dle Ivana Gladkého je kvalita ve zdravotnictví „závislá jak na kvalitě celku, tak na kvalitě jeho částí a obecnou snahou zdravotníků by mělo být ztotožňování cílů celku a jeho částí.“ [2, s. 291]

Proto za služby poskytované celou institucí nese zodpovědnost vrcholový management. Za poskytnutou péči jednotlivým klientům zodpovídá jednotlivý odborný pracovník. Každý nese svůj díl odpovědnosti. Mnoho zdravotních výkonů a úkonů je poskytováno týmem a každý z členů týmu je nositelem jednotlivých úkonů. Je to mozaika, kde výsledek je závislý na součinnosti mnoha faktorů. A úkolem všech je nést osobní zodpovědnost za svůj díl práce.

Dnes již klasické Donabedianovo schéma chápe kvalitu zdravotní péče ze tří hledisek:

- struktury – odborné kompetence, materiální, personální a technické vybavení, organizace péče, zdroje
- procesu – styk zdravotníků s pacientem/klientem, léčebné postupy, metody, ekonomické řízení a využití zdrojů

- výsledku – spokojenost/nespokojenost pacienta/klienta, splněním cílů a dosažením výsledků

Donabedian porozuměl zdravotní péči jako systému. Uvedl, že lidé mají velký problém porozumět vztahu mezi kvalitou a systémem. Systémový management se nevyučoval ani na lékařských fakultách ani na ošetrovatelských školách. To bylo v roce 1966, kdy rozdělil kvalitu péče do výše uvedeného - struktury, procesu a výsledku. [24]

Úroveň kvality poskytované péče je tedy určována různými faktory:

- Musí být vykonávány kvalifikovanými pracovníky
- Musí být poskytována se správným vybavením
- Musí být pro pacienta přínosem
- Musí být efektivně a optimálně využívány zdroje
- Musí být řádně dokumentována

To je podporováno i pojišťovnami, které k tomu, aby mohly s daným zařízením uzavřít smlouvu o poskytování zdravotní péče potřebují doložit, zda splňuje pracoviště požadavky na materiální, technické a personální vybavení.

Další podporu zajišťují právní normy. Zákon 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů: „Dle § 4 výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka se považuje výkon činností stanovených tímto zákonem a prováděcím právním předpisem, a dále řídicí, metodická, koncepční, kontrolní, výzkumná a vzdělávací činnost v příslušném oboru nebo činnost související s poskytováním zdravotní péče.“ [příl. 4]

Zákon 123/2000 Sb. O zdravotnických prostředcích: „Dle § 1 účelem tohoto zákona je zajistit poskytování zdravotní péče shodnými, bezpečnými a účinnými zdravotnickými prostředky tak, aby při jejich správném použití k účelům, pro něž jsou určeny, nedošlo k poškození zdraví lidí.“ [příl. 4] a mnoho dalších.

Proto je snahou managementů nemocnic zavádění norem a standardních postupů, které co nejvíce vyloučí případné selhání a pochybení. Docílit, aby zdravotní péče byla pro pacienta přínosem.

2.1.4. Právní normy

Dle Ivana Gladkého výkon kterékoliv pracovní činnosti na území České Republiky „musí mít formu přípustné právní normy. Pro poskytování služeb, výrobků či zboží platí obecně platné předpisy. A proto tato činnost je možná pouze v určitém právním rámci.“ [2, s. 62]

V příloze č. 4 jsou uvedeny právní normy, kterými se musí řídit zdravotnické zařízení poskytující zdravotní péči. Je to jen část norem, které jsou z hlediska této práce považovány za důležité.

V souvislosti s poskytováním kvalitní péče z hlediska ošetřovatelství je třeba jmenovat hlavně již výše zmíněný Zákon 96/2004 Sb, O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Přestože hlavním důvodem změn požadavků bylo naše členství v Evropské unii a s tím spojená nutnost transpozice a implementace směrnic.

Dalším důvodem přijetí tohoto zákona je rozvoj léčebných a diagnostických technologií.

Z toho vyplývá i změna úloh zdravotnických profesí a jejich vzdělávání. Se zákonem souvisí i registrace sester a uznávání kvalifikace v zeních Evropské Unie. Celoživotní vzdělávání, které požaduje registrace, slouží k udržení a zvyšování úrovně kvality poskytované péče.

Dodržování a aplikace zákonů je sice proces náročný, ale nutný. Je nevyhnutelný při poskytování jak kvalitních služeb, tak i z hlediska bezpečnosti zákazníka/pacienta.

Na chodu zdravotnictví se musí nezbytně podílet široká paleta profesionálů, kteří musí dělat vše pro to, aby se medicíně ve zdravotnictví dařilo co nejlépe. Při střetech hospodářských, právních, technických a medicínských aspektů zdravotnického systému vznikají konflikty a dochází ke kompromisům. Důležité při tom je partnerství profesí, nikoli vztah podřízenosti a nadřazenosti. [15]

Další normou, kterou se musí řídit ošetrovatelský personál je Etický kodex sester. Přijaly ho profesní sesterské organizace a jsou povinni se jím řídit všichni členové těchto organizací. V etických pravidlech kodexu se říká: „Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tlášení bolesti.“ [příl. 4]

Ministerstvo zdravotnictví ČR doporučuje dodržování etického kodexu a respektování práv nemocných (vyhlášených Etickou komisí v roce 1992) všem pracovníkům oboru.

Helena Haškovcová v knize „Práva pacientů“ říká: „Člověk, který se ocitne v roli nemocného, má určitá práva, která se váží k nesnadné situaci lidské bolesti, strádání a nouze. Jistěže nikdo z nás není pacientem rád, ale prakticky nikdo této roli neunikne.“ [4, s.3]

První právo pacienta zní: „Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.“ [4, s.33]

Proto jsme se rozhodli na naší klinice jak z etických, tak z medicínských důvodů zkvalitnit péči o pacienty.

2.1.5. Postavení zákazníka/ klienta v systému kvality

Abychom mohli definovat postavení zákazníka v systému kvality, musíme se ptát, kdo je náš zákazník.

Pokusí se o to následující dvě charakteristiky:

„Klient/ zákazník je člověk, který je subjektem řízení svého osudu, a proto chce být efektivně informován o svém zdravotním stavu, chce znát možnost jeho nápravy i pravděpodobnost úspěšnosti objektu, který tuto službu poskytuje, aby se mohl co nejlépe rozhodnout ve svůj prospěch.“

Andrej Kopčaj, Silma '90 [6]

„Náš úspěch závisí na porozumění našim zákazníkům a na našich schopnostech splnit jejich očekávání.“

Bob Barnes, ASQ [25]

Obě definice se shodují v tom, že zákazník je ten, pro koho je zdravotnické zařízení (nebo jiný subjekt) zde a nabízí své služby.

Zákazník je v systému kvality na prvním místě. Je to on, kdo „kupuje“ naše služby. Přichází za námi s důvěrou, že se mu žádaných služeb dostane a vstupuje do celého procesu řízení, realizace a vyhodnocování aktivit spojených s poskytováním zdravotnických služeb.

Bez znalosti potřeb našich klientů nelze mluvit o zvyšování kvality poskytovaných služeb.

Všechna zdravotnická zařízení, která mají zájem o pacienta a chtějí poskytovat skutečně kvalitní služby provádějí průzkum spokojenosti pacientů. Na péči, kterou poskytujeme bychom se měli dívat očima našich zákazníků. Abychom mohli průzkumy porovnat, musí být dotazníky standardizovány.

Tým pracovníků Pickerova institutu si toto jako první uvědomil, že je třeba definovat nejdůležitější aspekty kvality z pohledu pacienta. Na základě rozhovorů s mnoha tisíci dospělých pacientů stanovil jednotlivé dimenze kvality péče. Dotazník hodnotí nejen spokojenost s péčí, ale také i podává zprávu o zkušenostech se zdravotní péčí. [22]

Na základě toho lze sestavit oblasti, na které je třeba se zaměřit při tvorbě standardů a standardních postupů

2.1.6. Standardy ve zdravotnictví a jejich význam

Slovo standard podle významovém slovníku znamená normu, obecně uznávaný vzor, všeobecně závazné pravidlo, předpis. [31]

Požadujeme-li od výrobku či služby určitý stupeň kvality, mělo by nás zajímat, jakým způsobem bylo výsledku dosaženo. Proto je velmi efektivní stanovovat postupy a normy, podle kterých se dá hodnotit, zda bylo dosaženo požadovaného efektu.

První náznak zavedení standardů v ošetrovatelské péči můžeme vidět u F. Nightingalové v roce 1860 v knize „Poznámky v ošetrovatelství.“ Poznámky byly zaměřené na prostředí, ve kterém je pacient ošetřován, byl kladen důraz na čistotu, prevenci infekce a sledování aktivity a efektivity ošetrovatelské péče

Standardizací v oblasti zdravotní péče se zabýval Avedis Donabedian, dnes již klasik, kterého citují uznávaní autoři. Zabýval se vztahem mezi kvalitou a systémem. Navrhl tři hlediska, dle kterých je třeba sledovat kvalitu péče: struktura, proces, výsledek.

Zkusme si porovnat několik definic standardu, jak je chápou a definují jednotliví autoři nebo odborné společnosti.

Standard je dohodnutá úroveň kvality, zavedená norma. Kromě standardů je třeba zavést i kritéria hodnocení. Jsou to předem stanovené prvky nebo charakteristiky, které se používají k měření toho, do jaké míry je standard dodržován. [3]

Definice standardu podle ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation) agentury pro vedení akreditačních programů a která je součástí ISQua (International Society for Quality in Health Care) říká, že je to požadovaná a dosažitelná úroveň výkonnosti, se kterou je srovnávána aktuální výkonnost.

Definice podle JCIA (Joint Commission International) - standard je očekávaná úroveň výkonu, která, je-li dosažena, by měla vést k nejvyšším úrovním kvality v systému. Standard popisuje přijatelnou úroveň činnosti organizace nebo jednotlivce. [5]

Standard je tedy určité vodítko, které vymezuje určitou úroveň služby/produktu/péče/, která je obvyklá, doporučená, nepodkročitelná a podobně.

Při práci se standardy je třeba pochopit, proč je jejich příprava nutná a jaký výsledek přinesou. Při poskytování ošetrovatelské péče může jeden pracovník považovat svoji práci za dostatečnou, druhý ji může považovat za nevyhovující. Proto je třeba tvořit standardy a určit určitou nepodkročitelnou úroveň poskytované péče. Úroveň musí být nastavena tak, aby nebyla nastavena zbytečně nízko, ale aby byla zároveň dosažitelná a splnitelná.

Ošetrovatelské standardy se týkají kategorií a kvalifikace ošetrovatelského personálu, realizace ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské dokumentace, pracovních postupů, vybavení a personálního obsazení pracoviště z hlediska ošetrovatelské péče. Zdravotnické zařízení je povinno dodržovat standardy dané právními předpisy a přijmout vlastní ošetrovatelské standardy, vycházející z rámcových standardů doporučených Ministerstvem zdravotnictví. [10]

Vedoucí pracovníci v ošetrovatelství jsou povinni průběžně hodnotit na svém pracovišti kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, profesionální přístup ošetrovatelského personálu k nemocným, organizaci práce ošetrovatelských pracovníků a spokojenost nemocných s ošetrovatelskou péčí.

Součástí hodnocení ošetrovatelské péče je průběžné hodnocení probíhající péče a zpětné hodnocení poskytnuté péče na základě studia ošetrovatelské dokumentace a jiných písemných dokumentů.

Z výše uvedeného vyplývá, že je potřebné mít standardy a zavádět další, které jsou potřebné. Když přijde na kliniku nový pracovník, musí přijmout velké množství informací a naučit se pracovním postupům dle zvyklostí pracoviště. Standard je zárukou toho, že dodržujeme určitá měřitelná kritéria a hlavně je zárukou kvality a snižuje riziko chyb.

Je-li přijat nový pracovník na kliniku, dostává studijní materiály a seznam běžných činností, které provádí při poskytování ošetrovatelské péče. Vrchní sestra, (výzkumník) staniční sestra, směnná sestra nebo sestra školitelka kontrolují, zda pracovník dodržuje postupy.

V případě nutnosti předání důležitých informací sestřám, ale i lékařům slouží následující postup. Nejdůležitější informace, ty které nemohou počkat na projednání na provozní schůzku kliniky jsou vyvěšeny na informativní nástěnce. Informace provozní, ty které jen upřesňují pravidla postupů jsou sděleny zaměstnancům formou hromadné korespondence e-mailem. Všechny ostatní informace jsou projednány na provozních schůzkách kliniky (1x za měsíc). Tam jsou navrhovány a schvalovány další podněty a připomínky k provozu oddělení a kliniky.

Všechny pokyny mají pracovníci písemně od vrchní sestry (výzkumník), která ručí za poskytovanou ošetrovatelskou péčí na klinice.

Tento postup se na klinice osvědčil, ale je ještě bohužel dost postupů, pro které chybí standardy na klinice a v IKEM. Na jejich vypracování se v posledních měsících pracuje.

2.1.6.1. Závaznost standardů

Závaznost standardu může mít různou míru. Může mít oporu v zákoně (například Zákon 96/2004 O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů) nebo v podzákoně normě (vyhlášky Ministerstva zdravotnictví). Pokud vyhlásí standard profesní organizace, jsou povinni se jím řídit všichni členové (etické kodexy profesních organizací...)

Lokální standardy jsou závazné pro zdravotnické zařízení, pro jednotlivé kliniky a je-li třeba stanovit nějaký specializovaný postup – je závazný pro dané oddělení, které specializovaný úkon provádí. [11]

2.1.6.2. Obsah standardu

- Zaměření – na jakou oblast
- Míra závaznosti – pro koho je určen
- Cíl –výsledná kvalita (jasně, stručně, srozumitelně, měřitelný)
- Kriteria struktury, procesu, výsledku
- Způsob hodnocení
- Kontrola

Toto je jedno z možných schémat, standardy mohou být napsány různě, měla by obsahovat 3 základní kritéria kvality. Strukturu, proces a výsledek. (Co budu potřebovat, jak postupovat, kam se chci dostat...)

Již při formulaci standardu je třeba, aby byl určen způsob jeho hodnocení.

2.1.7. Indikátory

Abychom byli schopni posoudit kvalitu poskytovaných služeb, produktů, musíme vědět, jak ji posuzovat a měřit. Musíme vědět co chceme měřit a jak to budeme měřit. Musíme měřit vše, co je potřebné. Jednoduše proto, abychom mohli porovnat, zda se úroveň kvality poskytovaných služeb zlepšuje nebo naopak zhoršuje.

„Indikátor je měřitelné kritérium, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Mohou se

vztahovat na strukturu, proces nebo výstup důležitého aspektu procesu nebo péče“
[12,s. 100]

Indikátory nám vždy říkají něco o kvalitě. Záleží na výběru. Indikátor je něco, co lze měřit (počet rehospitalizací, počet sepsí, míra bolesti...) Mohou být zaměřeny pozitivním nebo negativním směrem. (počet spokojených pacientů, počet stížností pacientů, pády pacientů...).

Sledování mimořádných událostí jako indikátoru kvality je nesmírně důležité i z hlediska bezpečnosti. Umožňuje nám analyzovat příčiny, které mohou mít vliv na vznik takovýchto situací.

U sledování negativních stránek kvality je důležité, aby všichni členové týmu pochopili, že to vše slouží k poučení se z chyb a vyvození takových důsledků, aby byla co nejmenší pravděpodobnost, že se bude stejná chyba opakovat.

Všude, kde je to možné používáme měřicí techniky, které v ošetrovatelství existují (měření soběstačnosti, měření rizika vzniku dekubitů, měření míry bolesti...)

Zdrojem pro výběr indikátorů kvality je audit. Další výběr indikátorů vychází z popisu oddělení, funkce, jaké má oddělení standardy, identifikační kritérií, které lze změřit.

Indikátor nemůže měřit kvalitu, ale měří jednotlivé parametry procesu. Lze je porovnávat za jednotlivá období nebo s jiným zařízením. Můžeme tak hodnotit zda se výstup zlepšuje a nebo zhoršuje.

Jsou podkladem pro další zlepšování efektivity a kvality poskytované ošetrovatelské péče.

2.1.8. Zásady zlepšování kvality

Je několik zásad, které představují základ pro vynaložené úsilí na zlepšování kvality.

Proces musí mít svůj cíl, který by měl být v souladu s vizí organizace, jejími hodnotami a posláním při plnění požadavků pacientů. Organizace by měla tyto cíle podporovat.

Pacienti posuzují kvalitu a hodnotu naší služby. Jejich úsudek o kvalitě je nejdůležitější. Oni rozhodují o tom, zda se k nám budou vracet, zda o nás řeknou svým známým a přátelům.

Měření je nezbytné pro získání úsudku o procesu. Je obtížné řídit proces, aniž by byl měřen.

Řešit stížnosti, napravovat nedostatky, přemýšlet, co můžeme s problémem, stížností dělat, může být zdlouhavé a nákladné. Mnohem účinnější je ptát se „proč?“ a co vede k takovému výsledku.

Do procesu musí být zapojeni lidé, kteří o něm vědí nejvíce. Lidé, kteří v procesu pracují, mají nejpodrobnější informace o tom, co dělají. Jejich zapojení nám pomůže lépe a přesněji porozumět procesu, který chceme zlepšit. Ideální je, když sami pracovníci mají snahu něco měnit, vyzkoušet či zlepšit. Spoluvytvářejí nejen dobré pracovní klima, ale přispívají i ke zkvalitňování procesů.

Musíme se ptát se klientů/pacientů, pracovníků a ostatních na jejich dotazy, odpovědi týkající se změny v procesu nebo při zavádění nového procesu. K tomu jsou určeny dotazníky k průzkumu spokojenosti pacientů, kterou by mělo sledovat každé zařízení a samotná pracoviště mohou sama spoluvytvářet různé dotazníky z oblastí, které jsou pro ně zajímavým námětem ke zlepšení.

Podpůrné prostředí je nezbytné pro nové nápady a návrhy na zlepšení. Někdy jakákoliv snaha o zlepšení není nic platná bez podpory vedení. Je-li vedení osvícené, pracovníci je dokážou získat pro svoji věc - jsou na dobré cestě k úspěchu. Organizace by měla podporovat úsilí zaměřené na zlepšování.

2.1.9. Způsoby zajišťování a zvyšování kvality

Ve zdravotnickém zařízení je tolik mnohotvárných činností, že nemůže být určen pouze jeden správný způsob zajišťování kvality. Je zcela na zdravotnickém zařízení a jeho možnostech, který způsob zajišťování kvality si vybere.

2.1.9.1. ISO – International Organisation for Standardisation

Hlavní charakteristikou ISO je jeho zaměření na dodržování přesných postupů, resp. na hodnocení úplnosti tohoto dodržování. [32, 36, 37]

Některé z postupů systému ISO lze aplikovat do oblasti poskytování zdravotní péče, u mnohých to však možné není – zejména tam, kde se jedná o posuzování vlastního procesu klinické péče. Při poskytování zdravotní péče vzniká řada jiných situací, což

použití ISO standardů limituje. V oblasti zdravotnictví je ISO většinou komplementární – zařízení má většinou certifikováno jen některou část procesů. Nemocnici celou certifikovat nelze, lze certifikovat jen některé procesy uvnitř zařízení a ty pak navzájem propojovat.

ISO se zaměřuje na kvantitativně měřené procesy například laboratoře, transfúzní stanice, lékárny...atd. EFQM není zas příliš detailně rozpracován pro účely zdravotnictví. [38]

Zdravotnická zařízení představují nejkompexnější systémy ve světě. Jsou mnohem složitější, než podobné průmyslové podniky. Evropa se ubírá cestou ISO norem. Není ale jednoduché aplikovat standardy ISO ve zdravotnickém zařízení.

Vzhledem ke složitosti zdravotnických systémů je tendence zdravotnická zařízení jako celek akreditovat. Některé provozy v nemocnici je lépe certifikovat například laboratoře, technická oddělení a podobně. [30]

Pokud se organizace rozhodne pro ISO, měla by mít již existující infrastrukturu k zajištění kvality. Jinak bude třeba vyvinout maximální úsilí, motivaci a podporu vrcholového managementu a změnu myšlení.

Přístupy při zavádění systému kvality ve smyslu TQM dle Jaromíra Vebera „jsou orientovány na zákazníka, trvalé zlepšování či zvyšování řízení kvality. Jejich uplatňování znamená výrazný posun v chování a jednání všech pracovníků organizace.“ [16, s. 114]

2.1.9.2. TQM – Total Quality management

V českém jazyce je zpravidla užíváno pojmu „komplexní řízení kvality“. Rysy TQM lze odvodit z názvu total quality management.

Jde o úplné zapojení všech pracovníků organizace do procesů a činností při zabezpečování kvality. Kvalita je vnímána nejen z pohledu zákazníka a jeho očekávání, ale je zaměřena i na výrobek či službu. Pojem management je zahrnut z pohledu taktického, strategického, ale i z pohledu managerských aktivit – plánování, motivace, kontroly atd. [16]

V poslední době sílí snahy přístupy sjednotit a kodifikovat v podobě kritérií cen za jakost. Jsou to národní ceny za jakost (Cena ČR za jakost) nebo evropské ceny za jakost (Evropská cena za jakost), v USA - Cena M. Baldrige, v Japonsku Demingova cena. [16]

Hlavní principy strategie TQM v systému zdravotní péče jsou:

- Zaměření na uživatele péče
- Týmová spolupráce
- Odstranění profesionálních bariér
- Řízení lidských zdrojů
- Transformace celého systému péče tak, aby vše bylo zaměřeno na uspokojení potřeb klientů [7]

Důsledné a zavádění strategií TQM může přinést organizaci úspěch bude-li mít dostatek vytrvalosti a vůle je prosazovat. Je k tomu třeba hlavně změnit myšlení lidí v organizaci. Vrcholový management musí diskutovat se zaměstnanci problémy vyplývající z pracovního procesu.

2.1.9.3. JCAHO – Joint Council on Accreditation of Healthcare Organizations (Spojená komise pro akreditaci ve zdravotnických organizacích)

JCAHO byla ustavena v roce 1951 jako nezisková nezávislá nestátní organizace. Jejím posláním je zlepšování kvality zdravotní péče. V současné době akredituje více než 19 tisíc organizací v následujících oblastech:

- Ambulantní/primární péče
- Domácí péče a péče hospiců
- Nemocnice
- Laboratoře
- Zařízení dlouhodobé péče

Činnost JCAHO spočívá ve vypracovávání a vydávání standardů, posuzování činnosti zdravotnických zařízení, která o to požádají a ve vydávání akreditací. Úzce spolupracuje

s federální vládou USA a s vládami jednotlivých států v oblasti dohledu nad kvalitou zdravotní péče poskytované občanům.

V červenci 1999 byly publikovány standardy pro mezinárodní akreditaci nemocnic vytvořené dceřinou společností JCAHO - Joint Commission International Accreditation (JCIA). [7, 32]

V roce 2002 byl poprvé v ČR vydán komentovaný překlad mezinárodních akreditačních standardů a jejich možnost aplikace do českých nemocnic.

Jako první získala v ČR mezinárodní akreditaci Ústřední vojenská nemocnice v Praze Střešovicích. [5]

2.1.9.4. EFQM – European Foundation for Quality Management

EFQM (Evropská nadace pro řízení kvality) je nezisková organizace, založená v roce 1988 s posláním „být hybnou silou udržení excelence v Evropě“ a vizí „svět, ve kterém organizace vynikají.“ [26]

Nabízí model, který vede organizace k sebehodnocení a následnému kontinuálnímu zvyšování kvality. Výsledkem procesu sebehodnocení je dosažení několika stupňů úrovně excelence (výtečnosti). Nejvyšší stupeň excelence je Evropské vyznamenání za kvalitu.

Hlavním posláním EFQM je:

- stimulovat evropské instituce ke zlepšení jejich činnosti s cílem dosáhnout vysokého stupně spokojenosti jejich zákazníků i zaměstnanců
- podporovat manažery evropských organizací v prosazování postupů, které kvalitu vnímají jako zásadní faktor k dosažení konkurenční výhody
- jednotlivé organizace se posuzují v definovaných oblastech [7, 32, 33, 34, 35, 38]

Model představuje soubor doporučení, jejichž výsledkem jsou zlepšení, která se objeví jak v ekonomických parametrech, tak ve vztazích se zákazníky, zaměstnanci a společnostmi.

Přístupy, metody a charakteristiky jsou formulovány jako doporučení, která ponechávají prostor pro vlastní řešení.

2.1.9.5. SAK – Spojená akreditační komise

SAK vznikla jako zájmové sdružení právnických osob a stanovila standardy, které byly vydány jako metodický pokyn MZ ČR. Práce podle těchto standardů není zcela systémová, jednotlivé položky nejsou mezi sebou provázány. Osvědčení vydané tuto komisí má platnost pouze pro oblast zdravotnictví České republiky. [7]

Aktivita SAK je vedena snahou pomoci všem, kteří hledají cestu ke zlepšování a zvyšování kvality poskytované péče.

V roce 2005 byly vydány Národní akreditační standardy pro nemocnice. Je určena především nemocnicím, které se připravují k národní akreditaci. Může sloužit i jako informační příručka pro řízení kvality jakékoliv organizace poskytující zdravotní péči. [19]

Všechny zmiňované způsoby zajišťování kvality umí zlepšit kvalitu uvnitř organizace, zvýšit její konkurenceschopnost a zajistit větší spokojenost klientů, pacientů a zaměstnanců. [14]

V současnosti se již příliš nepochybuje o tom, že na výsledku jakosti výrobků a služeb se podílejí všichni pracovníci organizace

2.2. Popis společnosti



Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) vznikl v roce 1971 sloučením šesti do té doby samostatných výzkumných ústavů v [areálu](#) Thomayerovy nemocnice v Praze - Krči.

Byl to Ústav klinické a experimentální chirurgie, Ústav pro choroby oběhu krevního, Ústav pro výzkum výživy lidu, Výzkumný ústav experimentální terapie, Výzkumný ústav pro využití radioizotopu v lékařství a Výzkumný ústav pro elektroniku a modelování v lékařství. Tyto ústavy dosahovaly významných výsledků, publikovaných a dosud citovaných v evropské i světové medicínské literatuře. Podílely se na zavedení nových diagnostických i léčebných metod, na pregraduální i postgraduální výuce a na vědecké výchově. Jejich integrací vznikl největší vědecko výzkumný ústav, který tvoří tři centra: [Kardiocentrum](#), [Transplantcentrum](#) a [Centrum diabetologie](#). Tato centra

koordinují vzájemně propojenou činnost jim podřízených klinik a specializovaných pracovišť. Předpoklady pro plnění úkolů Institutu vytvářejí pracoviště [ředitelství](#). Výkon specializovaných činností je zajišťován pracovišti [komplementu](#).

IKEM je příspěvkovou organizací přímo řízenou [Ministerstvem zdravotnictví ČR](#). Hlavním finančním zdrojem jsou platby za diagnostické a léčebné výkony od Všeobecné zdravotní pojišťovny. Výzkumná činnost je hrazena formou grantů z grantových agentur českých i zahraničních. Menší část finančních prostředků IKEM získává poskytováním služeb jiným organizacím, zejména spolupráci s farmaceutickými firmami při preklinickém a klinickém zkoušení nových léků.

Posláním IKEM je služba ve prospěch zdraví v souladu s potřebami občanů a se zájmem společnosti v oblasti prevence, diagnostiky a léčby onemocnění, a to v duchu Hippokratovy přísahy a humanistických ideálů evropské a světové medicíny a lékařské vědy.

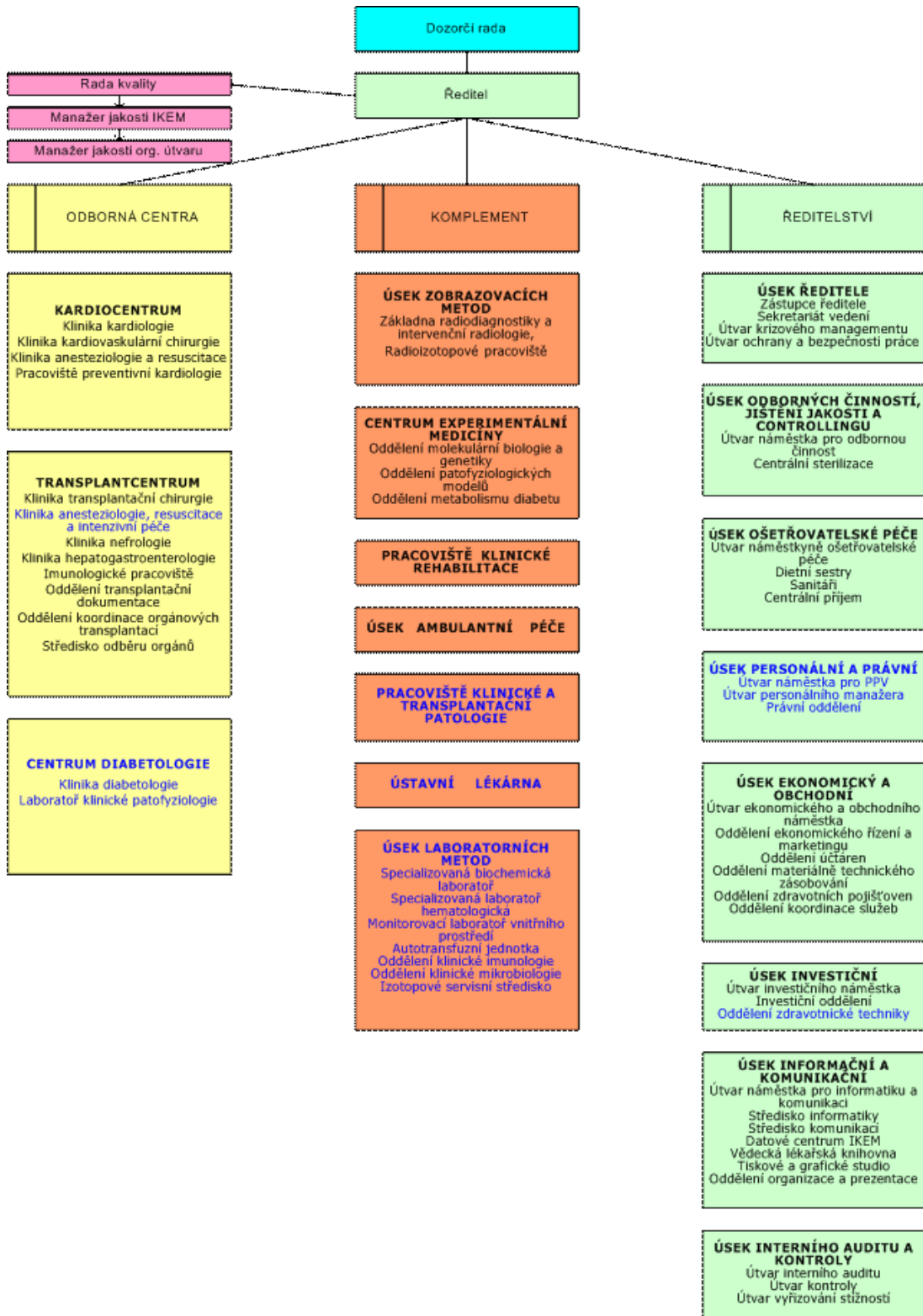
Hlavními úkoly IKEM jsou:

- Provozování specializované klinické činnosti ve vybraných oblastech.
- Provádět vědeckovýzkumnou činnost.
- Výchova vědeckých pracovníků a zúčastňovat se na výchově a doškolování lékařů a dalších zdravotnických pracovníků.

Vedení Institutu vytváří a podporuje podmínky pro péči o zaměstnance, podporuje vzdělávání a jejich odbornou způsobilost. Vyžaduje od nich aktivitu, loajalitu, kolegiální vztahy, udržování dobrých mezilidských vztahů a vysoké morální úrovně. Je důležité ctít zásadu, že chybovat je lidské a že přiznat omyl není projevem slabosti. Současně dbá na důslednou analýzu a poučení se z každé chyby.

Obř. 1 Struktura IKEM (zpracováno dle vnitřních dokumentů organizace)

Modře označená pracoviště podléhají Systému managementu jakosti, který je vytvořen podle požadavků normy ISO 9001:2000.



Klinika anesteziologie a resuscitace Kardiocentra IKEM má dvanáct lůžek intenzivní péče a tři operační sály – anesteziologická část. Pracuje zde 15 lékařů, 75 sester a 8 sanitářů. Klinika zajišťuje odborné perioperační zajištění všem pacientům, kteří podstupují operační výkony prováděné v rámci Kliniky kardiovaskulární chirurgie Kardiocentra IKEM.

Intenzivní péče na resuscitačním oddělení zahrnuje využití moderních ventilačních režimů, techniky punkční tracheostomie, flexibilní bronchoskopie, enterální a parenterální výživy, monitorace hemodynamiky, mechanické podpory srdce, inhalační aplikace oxidu dusnatého, kontinuálních eliminačních metod atd.

Klinika participuje na činnosti Subkatedry kardiovaskulární a transplantační anesteziologie a intenzivní péče IPVZ (Institut postgraduálního vzdělávání zdravotníků). [39]

2.2.1. Analýza současného stavu

V ČR je v současné době 13 kardiocenter, která provádějí kardiochirurgické operace. [28]

Lze říci, že někteří velmi komplikovaní pacienti odmítnutí v některém z kardiocenter pro velkou rizikovost jsou přijímáni k výkonu do Kardiocentra IKEM. Dále jsou přijímáni pacienti k transplantaci srdce a pacienti, kteří vyžadují mechanickou srdeční podporu (umělé srdce). Tento výkon provádí pouze Kardiocentrum IKEM.

V Praze je 5 Kardiocenter, (FN Motol, Nemocnice Na Homolce, VFN, Nemocnice Královské Vinohrady, IKEM), což je dost velký počet vzhledem k počtu obyvatel. Dá se říci, že konkurence poměrně vysoká. Ostatní centra jsou celkem rovnoměrně rozdělena ve velkých městech ČR (Brno, Ostrava, Třinec, Olomouc, Hradec Králové, České Budějovice, Plzeň).

Obr. 2 SWOT analýza Kliniky anesteziologie a resuscitace v IKEM

Silné	Slabé
Řešení společensky nejzávažnějších problémů	Neochota některých zaměstnanců ke změně
Mnohaoborový přístup	Neochota se vzdělávat (jen někteří...)
Spolupráce doma i ve světě	Vědomí sociálních jistot, nemotivace
Kvalita poskytované péče	Nemotivující způsob hospodaření
Lidský přístup k nemocnému	Ne zcela optimální kvalita péče
	Špatná komunikace, neloajalita, rivalita
Příležitosti	Ohrožení
Více zkvalitnit péči	Neochota managementu ke změně
Možnost prezentovat zkušenosti	Špatná komunikace s okolím, odmítání diskuse s jinými
Možnost zvýšit prestiž	Neschopnost přesvědčit zaměstnance o nutnosti změn
Ekonomická udržitelnost	Přerušování procesu certifikace
Zlepšení na trhu zdravotnických služeb	

Komentář

Zavádění nových, efektivnějších a progresivnějších metod je důležitou součástí konkurenčního boje. Vzhledem k počtu kardiocenter v České republice již teď dochází k „boji o pacienta“.

Navíc kardiochirurgie je poměrně lukrativní obor. Tím je myšleno bodové ohodnocení v sazebníku pojišťovny a také to, že pokud se provede výkon na srdci dostatečně včas a nedostaví se komplikace, pacient/klient má z takové léčby profit. [40]

V současné době také došlo k velkému rozmachu invazivní kardiologie. Když je pacient s infarktem myokardu včas převezen do nemocnice a je mu včas proveden invazivní výkon na koronárních cévách (zavedení stentu do oblasti postižené infarktem, angioplastika koronárních cév...), vrací se po krátké době zpět do pracovního procesu a chirurgii - „ubude práce“.

Chirurgické řešení potom zbývá u pacientů s větším postižením, s přidruženými chorobami a to jsou již rizikovější pacienti.

Při počtu obyvatel v ČR 10 milionů je počet kardiocenter vysoký. Ale je třeba přiznat že v počtu kardiiovaskulárních onemocnění (KVO) jsme v Evropě na jednom z předních míst. [23], [43, s. 232]

Mezi nejčastějšími důvody hospitalizace v ČR jsou nemoci oběhové soustavy. [43, s. 49]

Proto hlavní rysy klinické a výzkumné činnosti IKEM jsou:

- Snaha o řešení zdravotnický a společensky nejzávažnějších problémů.
- Volba problematiky v návaznosti na tradici i moderní směry medicíny.
- Mnohaoborový týmový přístup k nemocným pacientům i k výzkumným úkolům.
- Spolupráce se širokým spektrem zdravotnických pracovišť doma i ve světě.

Smysl činnosti IKEM vidí hlavně v:

- Pomoci každému jednotlivému pacientovi.
- Hledání nejúčinnějších způsobů prevence chorob.
- Snižování nemocnosti, invalidity a úmrtnosti.
- Zvyšování kvality let života, která jsme přidali.
- Zobecnování poznatků z klinické praxe ve prospěch lékařské vědy.

Slabou stránkou organizace/kliniky může být neochota některých zaměstnanců ke vzdělávání. Příčinou mohou být účastnické poplatky.

Neochota ke změně je další problém. Neustále se ohlížet do minulosti a čerpat ze zkušeností a dat je v dnešní rychle se rozvíjející době nebezpečné. Úspěchy z minulosti mohou být příčinou propadu. Co fungovalo v minulosti bylo jistě dobré, ale doba a medicínský pokrok a nové styly vedení jdou neustále vpřed.

Rivalita v organizaci mezi jednotlivými centry, klinikami a odděleními představuje velký problém. Rivalita v organizaci může být příčinou toho, že bude ohrožena celá nemocnice. V současné době, kdy dochází ke změnám ve vedení rezortu zdravotnictví, k neustálým dohadům o změně financování zdravotnictví, může mít nejednota fatální následky. Všichni v organizaci musí jít a hledět stejným směrem a udržet se v dnešní době změn.

Výkonnost lidí ovlivňuje i způsob hospodaření jednotlivých klinik a center. Musí být jasně stanovena pravidla hospodaření. Je třeba ovšem přiznat, že je to těžký úkol, protože v průběhu roku se několikrát mění pravidla (finanční rozpočet závislý na platbách od pojišťoven, neustále se prodlužující dostavba Kardiocentra, úpravy platových tarifů

příjemné pro zaměstnance, ale nezodpovědný krok vůči vedení nemocnice od státu a podobně...)

Příležitosti ke zlepšení, dosažení prestiže, uznání, možnost prezentovat na odborných akcích je více než dost. Vyplývá to ze statutu IKEM, výzkumných záměrů a strategických úkolů.

Všechny možnosti zvyšování kvality poskytovaných služeb mohou mít vliv na zlepšeném uplatnění se na trhu služeb a ekonomické udržitelnosti.

Ohrožení by mohla představovat neochota managementu nemocnice na jakékoliv úrovni ke změně, neschopnost komunikovat s ostatními organizacemi, uzavírat se do sebe. Odmítání diskuse - například o případném sloučení FTN (Fakultní Thomayerova nemocnice) a IKEM.

V poslední době jako velké ohrožení je vnímáno pozastavení procesu certifikace pracovišť z důvodů finančních.

Z výše uvedené SWOT analýzy vyplývá, že není vůbec jednoduché udržet se v popředí mezi poskytovateli zdravotnických služeb. Záleží především na vrcholovém vedení jakým způsobem a kterým směrem povede organizaci. Je diskutabilní, zda na první místo má postavit zákazníka nebo lidské zdroje. V dnešní turbulentní době je však třeba činit rozhodnutí rychlá a správná.

2.2.2. Informace, co o nás ví uživatel?

Informace o IKEM lze najít na webových stránkách nemocnice, kde mohou najít aktuální informace o jednotlivých centrech, a klinikách. Dále je na webových stránkách, uveřejněn seznam zdravotních pojišťoven, se kterými má IKEM uzavřenu smlouvu o poskytování zdravotní péče, práva pacientů, důležitá telefonní čísla, spojení ... [41]

Další informace lze získat také v novinách, v časopisech pro veřejnost, v dennících, v pořadech rozhlasu, televize.

Do ambulantní a lůžkové péče jsou přijímáni pacienti na základě doporučení ošetřujících odborných lékařů podle naléhavosti a aktuálního zdravotního stavu. Doporučení lékaře není potřeba v případě, že hrozí nebezpečí z prodlení.

Osobní zkušenosti mají pacienti, ale i jejich příbuzní, kteří je navštěvují v nemocnici.

Pacienti přijatí k operaci mají k dispozici brožurku, kde najdou informace o svém onemocnění, operaci, jak je prováděna, co bude po operaci, po propuštění z nemocnice, kontakt do nemocnice, na oddělení kde leží, telefony a podobně. Brožurka jim zůstává a tak má možnost do ní nahlédnout každý, komu ji pacient ukáže.

Abychom zjistili, jak jsou naši pacienti spokojeni s kvalitou poskytované péče, musíme klást otázky sami sobě, ale musíme se ptát i našich zákazníků. S čím byli/nebyli spokojeni, jaké jsou jejich připomínky a požadavky.

2.2.3. Co víme o uživateli služby?

Proto, abychom mohli hovořit o poskytování kvalitní služby, musím něco vědět o tom, kdo je náš zákazník, ale i to, co od nás očekává.

Je logické, že pacient od nás očekává léčení, vyléčení nemoci, ale i zmírnění obtíží, diagnostikování nemoci a podobně. Klient od nás také očekává slušné chování, porozumění, efektivitu a dostupnost.

To v praxi znamená profesionálně se chovat, představit se, oslovování pacienta, zachovávat prvky lidské dimenze péče. Ne jenom ty medicínské. Nabízení různých postupů léčby, pacient spolurozhoduje o léčbě, seznamovat klienty s právy pacientů a důsledně je dodržovat.

Cílovou skupinou Kardiocentra IKEM jsou pacienti s kardiovaskulárním onemocněním. V rámci celého Institutu jsou to i pacienti s chorobami ledvin, jater, střev, slinivky břišní, cév, diabetem a s poruchami metabolismu.

2.2.4. Reflexe ideálního stavu na klinice – proč je náš projekt důležitý

Na pooperační oddělení Kliniky anesteziologie a resuscitace (KAR) jsou ošetřováni pacienti po kardiochirurgických výkonech. Jednou z nejnepříjemnějších zkušeností pacienta v souvislosti s operačním výkonem a pobytem na pooperačním oddělení je bolest. V dokumentaci sice každý pacient má naordinováno „na bolest“, ale je otázkou, jak často skutečně dostane a jak často je schopen si říci o léky tlumící bolest. V prvních

hodinách po výkonu určitě ne. Je jen na zdravotnících, jak sledují průvodní příznaky a jak jsou schopni je vyhodnocovat.

Bolest má různé určující charakteristiky. Může být objektivní a subjektivní. To znamená, že se bolest projevuje objektivně na pacientovi - nařikání, grimasování, rychlá srdeční frekvence, neklid... Nebo je vnímána subjektivně pacientem. Zásadou je, věřit pacientovi, že bolest je skutečně taková, jakou nám udává. Každý člověk má jiný práh bolestivosti.

Sestra musí sledovat průvodní známky bolesti a zaznamenávat je. Mimika, uhýbání před bolestivými podněty, srdeční frekvence, vzestup tlaku krevního atd. Pacienti jsou bezprostředně po operaci zaintubováni a zpočátku s nimi není žádný kontakt. Jsou ještě relaxováni z operačního sálu. Proto je nanejvýš důležité sledovat projevy bolesti. I u pacienta, který s námi nenavázal kontakt, můžeme sledovat, zda trpí bolestí. Je to již zmíněný tlak krevní, pulsová frekvence, grimasy...atd.

Proto jsme považovali za důležité zjistit nejprve, jak velkou bolestí pacienti trpí, jak vnímají další subjektivní kvality, které mají souvislost s bolestí. a jak efektivně ji umíme tlumit.

Akutní bolest, kterou mohou trpět pacienti po operaci lze dokonce lépe tlumit, než bolest chronickou. Proto máme velkou šanci efektivně bolest tlumit. K tomu je třeba sledovat míru bolesti a měřit ji za pomoci měřících technik.

Dále se nesmíme spokojit s tím, že pacient přijme fakt, že bolest patří k operaci a že se musí vydržet.

Bolest je stále velkým tématem medicíny a ošetrovatelství.. Je naší maximální snahou ji identifikovat, změřit a tlumit

Hlavní důvody pro zkvalitnění perioperační a pooperační analgezie jsou minimálně dva: etický a medicínský. Dalším důvodem je celkové zkvalitnění pooperační péče.

Pacient ve zdravotnickém zařízení nesmí trpět bolestí. Je to profesionální a etická povinnost zdravotníků.

Na základě výše uvedených skutečností a faktu, že nemocnice nemá standard managementu bolesti, jsme dospěli k tomu, že je nutné zavedení standardu hodnocení a tlumení bolesti na pooperačním oddělení

2.3. Bolest

V praktické části práce je popisováno měření pooperační bolesti. Proto je nutné zmínit některé charakteristiky bolesti.

Sledování pooperační bolesti pacientů operovaných na Klinice anesteziologie a resuscitace se ukázalo jako nutné k poskytování kvalitní pooperační péče a kvalitní pooperační analgezie. Pacient ve zdravotnickém zařízení nesmí trpět bolestí. Existují účinné způsoby, jak tlumit bolest!

2.3.1. Definice bolesti

Podle praktického slovníku medicíny je bolest jedním z nejtýpčtějších příznaků onemocnění, jehož biologickým smyslem je upozornit na vznikající chorobu. [17]

Bolest je stav, kdy jedinec pociťuje a vyjadřuje pocit silného a prudkého nepohodlí nebo silně nepříjemného pocitu. [1]

Další definice bolesti je podle Mezinárodní společnosti pro studium bolesti (IASP) – bolest je nepříjemný smyslový a pocitový zážitek multidimenzionálního rázu ve spojení se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně a/nebo pojmy takové poškození popisující.

Bolest je vždy subjektivní a je prožívána jako fenomén tělesný a není tedy důsledkem pouhého procesu senzorického vnímání. [27]

V roce 1990 byla u nás založena Společnost pro studium a léčbu bolesti (SSLB). Bolest definuje jako nepříjemnou vjemovou a emocionální zkušenost spojenou se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně nebo je jako taková popsána. [42]

Z uvedených definicí vyplývá, že bolest je nepříjemný zážitek. Shoduje se na tom definice jak obecnějšího charakteru, tak i definice odborných společností. Definovat bolest není tak jednoduché, jak by se mohlo na první pohled zdát. Měla by vyjádřit celou škálu pocitů od bolesti čistě psychické až po bolest pouze fyzickou.

Základní funkcí bolesti je ochrana organismu. Upozorňuje nás na to, že dochází k poškození těla a omezením pohybu z důvodu bolesti zabraňuje dalšímu poškození našeho těla.

2.3.2. Pooperační bolest

Sestry se setkávají s bolestí nejčastěji ze všech zdravotnických pracovníků. Proto je třeba, aby o bolesti a léčbě měly dostatečné vědomosti a praktické zkušenosti. Z hlediska praxe je nutná spolupráce s lékařem. Protože tlumení bolesti – předpis léků je v kompetenci lékaře. Na základě spolupráce pacient, sestra, lékař lze tlumit bolest. Jak kvalitně, na to se musíme zeptat pacienta.

Míru bolesti zjistíme za pomoci měřících technik. Vizuální analogová škála bolesti (VAS) je jednoduchá pomůcka k měření míry bolesti.

Samotné léčení bolesti bývá obtížné pro její subjektivní povahu. A také to, že vyjádření bolesti a její měření je ovlivňováno četnými faktory.

Například po operaci je to komunikace. [50]

Pokud pacient ještě „spí“, je třeba sledovat například tlak krevní a puls a další objektivní projevy bolesti. Slovně se pacient vyjádřit nemůže, protože má ještě zavedenou kanylu do plic. Měření míry bolesti za pomoci měřících technik ale nemusí být zcela spolehlivým ukazatelem.

Dokládají to slova člověka, který mnoho let trpěl fantomovými bolestmi. Říká, že není žádná metoda, jak popsat bolest. Slova mohou být slabá, přehnaná nebo nesprávná. A i kdyby bylo možné bolest spolehlivě měřit, nastal by problém vlivu velké bolesti na různé osoby. Někdo by byl neschopný dále fungovat, zatímco jiní fungují dál. [9, s. 37]

Proto je nutné znovu zopakovat zásadu, kterou by měl mít na paměti každý zdravotník. Pacient trpí takovou bolestí, jakou nám on sám udává. My se na jeho informaci musíme spolehnout a je to dokonce naše profesionální povinnost.

Bolest lze rozdělit na akutní a chronickou.

Akutní bolest je intenzivní a obvykle trvá kratší dobu. Chronická bolest se rozvíjí pomalu a trvá delší dobu. Chronicky trpící člověk si často ani nevzpomene, kdy přesně bolest začala.

Dalším typem bolesti je fantomová bolest, kterou člověk pociťuje v neexistující části těla (například po amputaci...)

Existují dva fyziologické typy bolesti – somatický a viscerální.

Somatická bolest pochází z kůže, svalů, kloubů. Viscerální bolest je výsledkem stimulace receptorů bolesti v břišní a hrudní dutině.

Při posuzování bolesti bychom měli klást základní otázky. Kde to bolí, jaká je intenzita, kvalita bolesti, kdy začala, jak dlouho to bolí, co ji vyvolalo...

Podávání analgetik je běžný způsob mírnění bolesti. Lék obvykle musí předepsat lékař. Neznamená to, že vědět vše o lécích je výhradně na lékaři. Je třeba, aby sestry věděly jak analgetika působí, jaké mohou mít vedlejší účinky, protože jsou zpravidla první, kdo se o bolesti pacienta dozví a sestru jako první pacient požádá, zda by mohl dostat něco proti bolesti.

Nejběžnější analgetikum podávané na pooperačním oddělení je morfin. Působí obvykle čtyři hodiny a má řadu vedlejších účinků. Sestra musí o všech vědět a ve spolupráci s lékařem vyhodnocuje dle míry bolesti nutnost podání dávky analgetika. Proto je dávka analgetika různá vzhledem k individuálním rozdílům vnímání bolesti a k přeměně léku v organismu.

Analgetika bychom ale měli brát jako součást strategie zvládnání bolesti. Při individuální péči, kterou poskytujeme na pooperačním oddělení musí sestra sledovat pacientovu odpověď na léčbu a eventuelně požádat lékaře o úpravu dávky.

Všichni členové týmu musí při zvládnání managementu bolesti na pooperačním oddělení spolupracovat, společně sledovat a hodnotit bolest a zvládat její úspěšnou léčbu. Jen tak dosáhneme toho, aby se snížil výskyt pooperačních komplikací spojených s vnímáním bolesti a pacient byl spokojený a spolupracující.

2.3.3. Bolest jako velké téma

Bolest je velké téma medicíny a její posuzování, zkoumání a léčení je velmi široký obor. Svědčí o tom již výše uvedené založení Společnosti pro studium a léčbu bolesti (SSLB), zřizování ambulancí bolesti, telefonních linek proti bolesti, linky bolesti hlavy, poraden pro bolest a mnoho dalších.

Léčení bolesti a hlavně léčba chronické bolesti je celosvětový problém s dopadem nejen na zdravotní stav obyvatelstva, ale i na celý sociálně-ekonomický systém zemí.

Na závěr kapitoly o bolesti si uvedme motto Deklarace EFFIC (European Federation of IASP Chapters):

„Bolest je důležitý evropský zdravotní problém. Ačkoliv akutní bolest může být považována za symptom onemocnění či úrazu, chronická opakující se bolest je specifickým zdravotním problémem, samostatným onemocněním.“ [45]

3. Praktická část

3.1. Jak jsme postupovali

Na klinice v průběhu studia byla provedena diagnostika organizace respektive kliniky. Cílem bylo zjistit, na jakou oblast problémů se zaměřit.

Jiný mi slovy:

- Definovat a rozumět povaze problému
- Navrhnout správné řešení problému a vhodné strategie.
- Prezentace návrhů a vedení kritické diskuse
- Získávat pro své návrhy podporu od členů týmu.

Na první informativní schůzce byli členové ošetrovatelského týmu seznámeni s tím, co bude na klinice v následujících dnech a týdnech probíhat. Byli poučeni, že mohou anonymně do schránky předávat své postřehy a připomínky.

Dalším zdrojem informací, které byly vyhodnocovány, byly nestrukturované rozhovory s pracovníky kliniky a současně byly použity informace z průzkumu spokojenosti pacientů. [20]

Po 1 měsíci byly informace vyhodnoceny vrchní sestrou kliniky (výzkumník).

Jednou z oblastí, kde zaměstnanci pociťují problém, je organizace práce a nepřesné nebo chybějící standardní postupy.

Na kliniku jsou přijímáni stále noví pracovníci. Jedná se o celkem velký kolektiv, čítá 75 sester a 10 sanitářů.

Pokud se informace a zkušenosti předávají ústně, může se stát, že je informace předána ne zcela přesně nebo chybně. A další pracovníci předávají nepřesné nebo chybné informace.

Na klinice se pracuje ve čtyřech směnách a tak pokud se informace nepředávají standardně, neexistují pevně dané postupy ve formě standardů, manuálů a dalších pravidel, dochází zákonitě k tomu, že výsledek práce jednotlivých skupin pracovníků může být po stránce kvality velmi odlišný.

Na provozních seminářích kliniky bylo projednáno nedostatečné tlumení bolesti. Podnětem byla stížnost pacienta, který byl z pooperačního oddělení přeložen na lůžkové oddělení. Jako kladnou stránku stížnosti jsme hodnotili to, že nám informace byla předána.

Průzkum spokojenosti pacientů provádí nemocnice pravidelně a tak bude možné použít výsledky šetření a případně se zamyslet nad dalšími podněty od pacientů v souvislosti s jejich pobytem ve zdravotnickém zařízení. [20]

Se zajímavým podnětem přišel jeden lékař kliniky, který při anesteziologické přípravě pacienta k operaci, si vyslechl zkušenost jiného pacienta, který vzpomínal na pobyt na pooperačním oddělení. Vnímал napojení na ventilátor a následnou extubaci jako velmi nepříjemný zážitek.

To nás společně přivedlo na myšlenku vytvořit dotazník, který by se týkal hodnocení pobytu na pooperačním oddělení a hodnocení subjektivních pocitů vnímaných pacientem. Společně s lékaři byl vytvořen dotazník, který nám poskytne zpětnou vazbu od pacienta, jak hodnotí pobyt u nás z hlediska subjektivní tolerance kvalit definovaných v dotazníku.

Do dotazníku byly zapracovány body a otázky, které nás zajímaly. Hodnocení bolesti pacientem a nepříjemných podnětů během pobytu na klinice.

Můžeme se ptát dále na věci, které pacienti nějakým způsobem hodnotí. Ať pozitivně nebo negativně. Například vzpomínky, sny, komunikace s personálem ...

Současně bylo nutné přesvědčit členy týmu o nutnosti poskytování kvalitní péče pacientům a získávání zpětné vazby od nich, abychom se dozvěděli, jak naši péči hodnotí. Získat podklady k tomu, abychom ve spolupráci s lékaři mohli vypracovat analgetický protokol.

S uspokojením lze konstatovat, že kvalitní péči chtějí poskytovat všichni.

Na další provozní schůzi byli členové ošetrovatelského týmu seznámeni s tím, že na klinice proběhne po dobu jednoho měsíce sběr dat a následně bude vyhodnocen.

3.1.1. Projekt

Hodnocení a tlumení bolesti u pacientů po kardiochirurgickém výkonu

Cíl výzkumu:

- Zjistit, jak hodnotíme a jak tlumíme bolest u pacientů po kardiochirurgickém výkonu.
- Získat zpětnou vazbu od pacienta, jak pociťuje svoji bolest při pobytu na pooperačním oddělení. To znamená sledovat skóre bolesti na vizuální analogové škále (VAS). Prokázat souvislost míry bolesti pociťované pacientem s ostatními ukazateli.
- S pomocí indikátorů změřit, jak kvalitně umíme tlumit bolest u našich pacientů.

Cílem výzkumu je získat za pomoci dotazníku zpětnou vazbu od pacientů našeho oddělení – která má potvrdit, že nemáme co zlepšovat nebo naopak ukázat, co bychom zlepšit mohli. Údaje budeme získávat od pacientů před jejich překladem na chirurgickou jednotku intenzivní péče.

Pacienti v dotazníku budou odpovídat i na jiné otázky, týkající se pobytu na pooperačním oddělení.

O vyplnění dotazníku byli žádáni všichni pacienti, kteří byli překládáni na klinické oddělení. Byli ujištěni, že dotazník je anonymní a že jeho cílem je od nich získat informace, jak vnímají pobyt na pooperačním oddělení.

Hypotézy

Pro pacienta by měl být léčebný proces bezpečný, schůdný a co nejméně nepříjemný.

- 1) Kvalitní pooperační analgezií dosáhneme toho, že snížíme pooperační rizika spojená s nedostatečným tlumením pooperační bolesti
- 2) Pacient bude spolupracovat a bude spokojenější.

Cíl dotazníku:

- Zhodnotit plnění nynějších cílů kvality
- Zhodnotit spokojenost pacienta/klienta

- Zhodnotit fungování prvků péče a posoudit příležitosti ke zlepšení
- Zajistit kvalitu a kontinuitu činností

3.1.2. Členové týmu a jejich role

Pacient je hlavní článek projektu. On je uživatelem služby a má právo se vyjádřit k úrovni poskytované služby. Za pomoci sestry vyplní dotazník, který se týká jeho hodnocení bolesti a nepříjemných podnětů během pobytu na pooperačním oddělení. Má možnost do dotazníku zmínit i další podněty a připomínky.

Sestra u lůžka zajistí, aby pacient před překladem na další oddělení vyplnil dotazník. Pokud pacient požádá, vyplní ho společně. To znamená, že zaznamenává otázky a odpovědi do dotazníku. Pacient je ujištěn, že dotazník je anonymní a bude použit výhradně k provozním účelům kliniky.

Staniční sestra spolu s řadovými sestrami dohlíží na vyplnění dotazníku a jeho návratnost.

Vrchní sestra (výzkumník) zodpovídá za formální a procesní stranu projektu. Koordinuje časový plán.

Lékaři spolupracují při přípravě analgetického protokolu a následně u každého pacienta předepíší předem stanovený rozpis analgésie. To vše s přihlédnutím k individuální potřebě jednotlivého pacienta.

Přednosta kontroluje a schvaluje navrhovaný postup.

Hlavní sestra nemocnice schvaluje aktivitu na klinice a zajistí další zpracování standardu, který bude závazný pro všechny kliniky nemocnice.

3.1.3. Sběr dat

Členové týmu byli seznámeni, jakým způsobem bude probíhat sběr dat a zajištění návratnosti. Předpoklad je téměř 100% návratnost, protože dotazník by měl vyplnit každý pacient, který opouští pooperační oddělení.

A to sám nebo s dopomocí sestry. Je ale nutno počítat i s tím, že pacient může odmítnout. Dotazník je anonymní a dobrovolný. Bude označen pouze číslem v pravém horním rohu pro další zpracování dat.

Dalším důležitým bodem je seznámení pacienta s účelem sběru dat. Tím, že získáme potřebná data, lze pracovat na zlepšení a zkvalitnění péče. A každý pacient má jistě zájem na tom, aby netrpěl bolestí během pobytu nemocnici a pobyt pro něj byl co nejméně nepříjemný.

Délka sběru dat bude probíhat 1 měsíc. Počet respondentů bude odpovídat počtu přeložených pacientů z pooperačního oddělení, to je asi 60.

Další plánované kroky výzkumu:

- Vyhodnocení dotazníku, seznámení členů týmu s výsledky
- Vypracování návrhu analgetického protokolu ve spolupráci s lékaři
- Průběžné informování přednosta kliniky a hlavní sestry nemocnice.
- Zavedení protokolu po schválení přednostou.
- Kontrolní sběr dat
- Vyhodnocení, srovnání jednotlivých indikátorů a seznámení členů týmu s výsledky. Předpoklad je, že dojde ke snížení míry bolesti a nepříjemných pocitů vnímaných pacientem v souvislosti s pobytem na klinice.
- Realizace kontrolního šetření v určených časových intervalech a kontrola, zda navrhované zlepšení situace se podařilo zavést do praxe na oddělení, (ke které došlo vlivem zavedení hodnocení a tlumení bolesti) trvá nebo se mění ve smyslu lepší/horší. V případě zhoršení podniknutí dalších kroků, které by vedly k návratu ke zlepšení.

Obr.3 SWOT analýza projektu

Silné	Slabé
Dobré jméno kliniky, spokojenost pacientů	Lhostejnost personálu, investice času navíc
Příležitosti	Hrozby
Zvýšit kvalitu, prestiž	Konkurence

Komentář:

Silnou stránkou projektu je dobré jméno kliniky, spokojenost pacientů projevovaná děkovnými dopisy, vrácením se na místo pobytu, pozdravit členy týmu a celkově dobré hodnocení v dotaznících spokojenosti. [20]

Lhostejnost některých členů týmu by mohla být slabá stránka projektu, ale je třeba je přesvědčit, že je to příležitost ke zvýšení kvality péče a drobná investice času navíc se vrátí v jiné podobě. Spokojený pacient, lépe stonající a následně úspora času při ošetřování komplikací spojených s vysokou mírou bolesti (plicní komplikace...).

Úspěšné dokončení projektu a zavedení standardu péče je příležitostí zvýšit kvalitu poskytované péče, zvýšit prestiž kliniky. V neposlední řadě budeme mít spokojeného pacienta s nekomplikovaným průběhem hospitalizace.

Časový plán projektu

- Workshop – 1 den
- Analýza stávající situace a vypracování dotazníku – 2 týdny
- Seznámení členů týmu s dotazníkem na provozní schůzi – 1 den
- Sběr dat – 1 měsíc
- Vyhodnocení dotazníku a seznámení členů týmu s výsledky – 2 týdny
- Vypracování analgetického protokolu a jeho uvedení do praxe – 2 týdny
- Kontrolní sběr dat – 1 měsíc
- Vyhodnocení druhého kola dotazníkového šetření a porovnání výsledků – 2 týdny
- Implementace změny 2 týdny
- Další kontrolní sběr dat minimálně 1x ročně.

Projekt bude zhruba trvat 5 měsíců.

Hlavní otázkou je

- souvislost míry bolesti udávané pacientem (VAS) s ostatními ukazateli (napojení na dýchací přístroj, pooperační nevolnost, odstranění hrudních drénů, bolesti zad, kloubů a jinde...)
- zkoumat vztah (korelaci) jednotlivých proměnných (VAS x jednotlivé proměnné)

Finanční náklady na výzkum budou činit pouze náklady kliniky na papír, kopírování dotazníků a vynaložený čas členů týmu. Hodnocení dotazníků může provést výzkumník ručně, v programu Microsoft Excel nebo ve spolupráci se statistikem. Ale jedná se o poměrně malý soubor dotazníků a lze je hodnotit výše uvedeným způsobem.

Počet respondentů za 1 měsíc činí průměrně 60 – to je počet pacientů přeložených z pooperačního oddělení na lůžkové oddělení chirurgie.

Výsledky budou prezentovány na provozních seminářích kliniky. Podobným způsobem se lze zaměřit na další oblasti zlepšování kvality poskytování zdravotní péče na Klinice anesteziologie a resuscitace.

Dalším výstupem projektu bude zavedení standardu hodnocení a tlumení bolesti na klinice.

3.1.4. Metody a soubor

S navrhovaným přístupem byli seznámeni lékaři i sestry na semináři kliniky. Dle navrženého analgetického protokolu, který schválil přednosta byl vypracován postup, který budou dodržovat jak lékaři, tak i sestry. Sesterská část byla jasná. Podání iniciální dávky dle ordinace, sledování a zapisování hemodynamického stavu. Sledovat, jestli pacient, který ještě není probuzený má známky bolesti (vzestup TK, tepové frekvence...) Po probuzení pacienta dále sledovat bolest dle analogové škály, (0 – žádná bolest, 10 a více nesnesitelná bolest) zapisovat hodnoty, podávat analgezii dle naměřených hodnot a ordinace lékaře. Platí pravidlo, že pokud pacient udává bolest na analogové škále bolesti 3 a více, je třeba tlumit bolest. Krutá bolest se hůře tlumí, než když se začne tlumit včas.

Jestliže pacientův stav byl uspokojivý, vše probíhalo podle plánu, mohl být pacient přeložen na chirurgickou jednotku intenzivní péče. Sestra s pacientem vyplní dotazník, který byl na začátku naší snahy o zjištění situace, jak na tom jsou naši pacienti s bolestí a další hodnocení kvalit.

Byl sestaven dotazník (příloha č. 1), který byl založen na kvantifikaci subjektivních obtíží pomocí vizuální analogové škály (VAS). Byl sestavený ve spolupráci sester a lékařů.

Projekt koordinovala vrchní sestra (výzkumník) a lékař Kliniky anesteziologie a resuscitace. Sběr dat prováděly řadové sestry a to v okamžiku překlady pacienta na oddělení. Dotazníky byly ukládány spolu s dokumentací pacienta na určeném místě na oddělení. Staniční sestra zodpovídala za sběr a shromažďování dotazníků. Vrchní sestra zodpovídala za formální a procesní činnosti. Průběžně byli informováni přednosta kliniky a hlavní sestra nemocnice. Projekt byl vedením podporován. Přednosta i hlavní sestra nemocnice hlavně tím, že zaštitili odbornou lékařskou, ošetrovatelskou a procesní stránku projektu.

Práce probíhala ve dvou fázích. V první fázi jsme si dali za cíl stanovit aktuální stav kvality pooperační analgezie a její sledování. Také nás zajímalo, zda časté používání léků na snížení tlaku nemůže souviset s nedostatečnou pooperační analgezií. Sledování s zúčastnili všichni pacienti hospitalizovaní na pooperačním oddělení v průběhu jednoho měsíce a byli v momentu překlady na oddělení schopni (sami nebo s pomocí sestry) vyplnit námi vytvořený dotazník. Předpokládaný počet dotazníků byl cca 60.

Zjišťovali jsme závažnost výskytu pooperační bolesti (0=žádná bolest, 10=nejhorší představitelná bolest) a subjektivní toleranci dalších kvalit (predoperační úzkost, vytažení drénů, bolesti z jiných příčin...(Skórování: 0=nebylo mi to nepříjemné, 10=nejvíce nepříjemné)

3.1.5. Výsledky 1.kola šetření

Získaná data jsme zpracovali a výsledky nám ukázaly značné rezervy.

Výsledky šetření týkající se pooperační bolesti byly velmi neuspokojivé. Pacienti hodnotili bolest v pooperačním období průměrnou známkou 4,8 na vizuální analogové škále. Uspokojivá hodnota vnímání bolesti pacientem je 3 a méně.

Dále byly identifikovány dva druhy závislosti:

- V hodnocení pocitu nepříjemně vnímaných kvalit bychom mohli být spokojeni v oblasti: vnímání napojení na ventilátor, vnímání nepříjemných pocitů při extubaci a vnímání nepříjemných pocitů na zvracení (nauzea). Pacienti tyto kvality hodnotili známkou od 0,9 do 1,9.

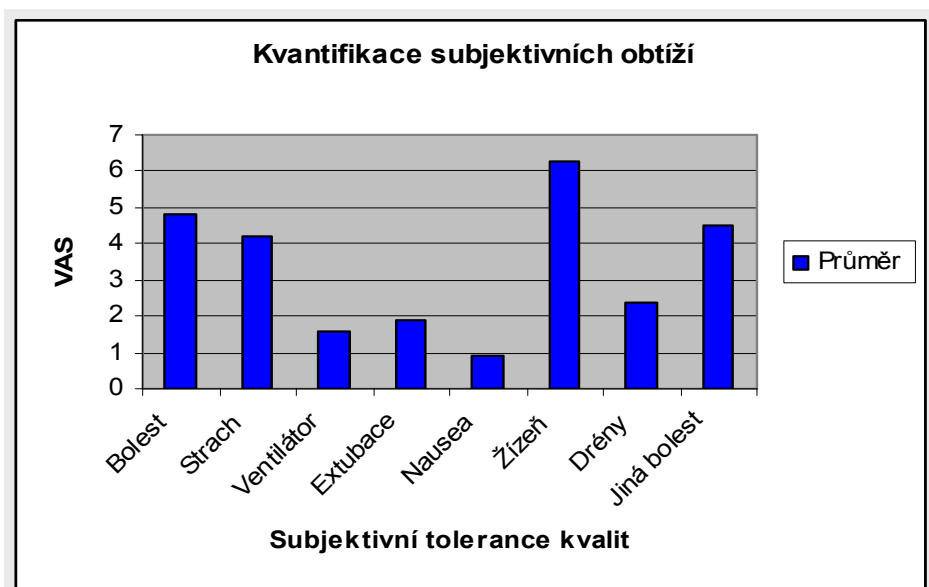
- Hodnocení ve vnímání kvalit jako je bolest, strach před operací, bolest z jiných příčin bylo vyhodnoceno jako velmi neuspokojivé. Pacienti udávali průměrnou známku od 2,4 do 6,3.

Celkově jsme tedy vyhodnotili kvalitu pooperační analgezie jako nedostatečnou. A současně nás to vedlo k úpravě managementu pooperační bolesti. To bylo založeno na zkvalitnění zpětné vazby a zintenzivnění analgetické medikace. Naším hlavním cílem bylo dosáhnout průměrného skóre VAS bolesti pod 3.

Obr.4 Shrnutí výsledků před zavedením analgetického protokolu n=52, průměrné hodnoty sledovaných kvalit, jak je hodnotili pacienti

VAS	Průměr
Bolest	4,8
Strach	4,2
Ventilátor	1,6
Extubace	1,9
Nauzea	0,9
Žízeň	6,3
Drény	2,4
Jiná bolest	4,5

Obr. 5 Grafické znázornění subjektivních obtíží k obr. 4, jak je hodnotili pacienti,



Co děláme dobře a co ne?

Obr.6 Shrnutí, co pacienti hodnotí dobře a co hodnotí špatně

Dobře	Špatně
Komunikace s pacienty	Předoperační úzkost
Ventilátor – pocity	Pooperační bolest
Extubace – pocity	
Vytažení drénů, bolest, pocity	

Komentář:

Jako první pozitivně hodnocená je komunikace s pacienty. Sestra, která přijde do služby se pacientovi představí jménem, vysvětlí, proč tu je, co bude během služby následovat. S pacientem komunikuje na takové úrovni, jak to pacientův stav dovolí. U nemocných zaintubovaných používá nonverbální techniky, ukazování písmenek, psaní na papír... Každý výkon a úkon předem vysvětlí. Protože sestra je s pacientem celý den, pacient se svěří spíše sestře. Proto u vizity se lékař musí spolehnout kromě informací od pacienta i na informace od sestry. Mohu říci, že na naší klinice je velmi dobrá komunikace mezi lékaři a sestrami. A myslím že i pacienti to tak pociťují.

Když pacienti jdou domů nebo na kontrolu, často se přijdou podívat, jestli není ve službě ta „jejich sestra“, aby ji mohli pozdravit.

Další body – ventilátor, extubace, drény – hodnotí pacienti také dobře. Souvisí to s tím, že sestra pacientovi krok po kroku vysvětluje, co bude potřeba udělat, šetrně ošetřuje intubační kanylu, pracuje s ventilačními režimy tak, aby pacient nepociťoval nějak nepříjemně, že má v krku „trubičku“. O pacienta pečuje vysoce kvalifikovaný personál.

Je také hodně nemocných, kteří si na pobyt na pooperačním oddělení moc nepamatují a to je vzhledem některým nepříjemným věcem dobře. V dotazníku se ujistíme, že tyto kvality pacienti posuzují vcelku pozitivně.

Z dotazníku velmi negativně vyplývá vnímání bolesti a úzkosti. Není dobře, když si tyto věci pacienti sdělují mezi sebou. Ti, co už mají po operaci na oddělení líčí své zážitky z operace. Třeba i to, jak je to „hrozně“ bolelo. Zbytečně tím stresují ty, které operace čeká. A navíc negativní zkušenosti by měli sdělit personálu a ne spolupacientům.

Pokud jsou pacienti informováni předem, mají představu co je čeká, co od nich bude lékař a sestra po operaci chtít. Pohovor anesteziologa s pacientem před operací (anesteziologická vizita) je pro pacienta velkým přínosem. Nejenže podepisuje informovaný souhlas s podáním anestezie, ale je mu vysvětleno, co ho bude čekat před a po operaci.

Několik poznámek k naší praxi:

- Většina epizod hypertenzí u pacienta, který přijede z operačního sálu, je způsobena reakcí organismu na bolest aneb: „Ono se to nezdá, ale ono to docela bolí.“
- Organismus reaguje na bolest, aniž by pacient musel být při vědomí
- Zaintubovaný pacient pod vlivem odeznívajících anestetik často není ve stavu, kdy by mohl říci: „Bolí to.“
- Zareagujeme-li v této chvíli podáním hypotenziv, pacient nebude mít hypertenzi, ale bolest tím nijak neovlivníme
- Bude-li takový pacient navíc neklidný a zmatený, dostane Diprivan® (anestetikum). I tento lék však má nulovou analgetickou potenci.
- Při indikovaném použití jak hypotenziv, tak čistých anestetik bychom tedy nikdy neměli zapomínat na současnou analgezi
- Ani 2 ani 3 ani 5 mg Morfinu® nemůže jako iniciální dávka účinně potlačit akutní pooperační bolest
- Čím dříve a čím kvalitněji potlačíme pooperační bolest, tím lépe pro pacienta jeho nemocné srdce i pro ošetřující personál (lepší hemodynamická stabilita, méně Nipridu® - hypotenzivum, lepší spolupráce...)

3.1.6. Presentace, návrhy na zlepšení situace

Následovala prezentace vyhodnoceného dotazníku a na základě těchto faktů byl předložen k diskusi postup, který měl přispět ke zlepšení pooperační analgezie na RES (pooperační oddělení).

Navržený postup:

- Seznámit pacienta při předoperační přípravě s důležitostí kvalitní pooperační analgezie a jeho následné spolupráci při používání VAS (lékaři)

- Při přijetí na RES jeho bolest předvídat a posuzovat vysoký tlak krevní v první řadě jako projev nedostatečné analgezie. Upřednostnit podání analgetik před podáním léků na snížení tlaku (sestry, lékaři)
- Zaznamenávat skóre VAS v pravidelných časových intervalech - v časném pooperačním období po 1 hodině (sestry)
- Zintenzivnění analgetické léčby dle navrženého „analgetického protokolu“ (příloha č.2). Tento protokol představuje algoritmus sestersky řízeného podávání kombinace analgetik respektující aktuální stav pacienta a aktuální stav hodnoty VAS. Cílová hodnota byla a je pro nás 3 a méně.

S navrhovaným postupem byli seznámeni lékaři i sestry na semináři kliniky. Dle navrženého analgetického protokolu, který schválil přednosta a vrchní sestra, byl vypracován postup, který budou dodržovat jak lékaři, tak i sestry.

Protokol medikace pro lékaře ale bylo nutné chápat jako doporučení, protože je třeba brát ohled na to, zda pacient má nějaké individuální predispozice, stáří, hmotnost, způsob vedení anestézie na operačním sále, kontraindikace atd.

Po zavedení „Protokolu“ jsme provedli další dotazníkové šetření a získali další měřitelné indikátory (míra bolesti vyjádřená na číselné škále).

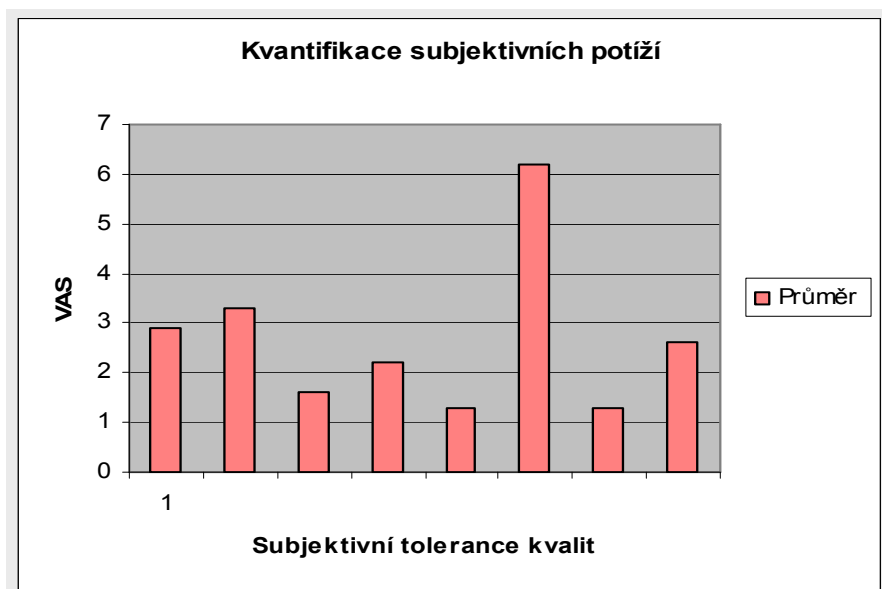
3.1.7. Výsledky 2.kola šetření

Při použití zintenzivněného analgetického postupu došlo k výraznému zlepšení VAS bolesti. Průměrná hodnota VAS klesla na 2,9. Došlo i ke zlepšení skóre v dalších potencionálně negativně pocíťovaných kvalitách (strach, žízeň, drény, jiná bolest...). Všechny byly ovlivněny efektivnější analgézií. Použitím analgetického protokolu se mírně zhoršilo skóre u pooperační nevolnosti, která má příčinnou souvislost s vyšší dávkou použitého morfinu. Jeho vedlejším účinkem může být nauzea – pocit na zvracení.

Obr. 7 Shrnutí výsledků po zavedení analgetického protokolu n=58, průměrné hodnoty sledovaných kvalit, jak je hodnotili pacienti po zavedení protokolu

VAS	Průměr
Bolest	2,9
Strach	3,3
Ventilátor	1,6
Extubace	2,2
Nauzea	1,3
Žízeň	6,2
Drény	1,3
Jiná bolest	2,6

Obr.8 Grafické znázornění subjektivních obtíží k obr. 7, jak je hodnotili pacienti po zavedení protokolu



Vyhodnocením dotazníku jsme získali zpětnou vazbu od pacienta, jak pociťuje svoji bolest při pobytu na pooperačním oddělení. Máme i měřitelné prvky, které nám skutečně řeknou a změří, jak kvalitně umíme tlumit bolest u našich pacientů.

S potěšením jsme konstatovali, že při tomto postupu sestry a lékaři společně dosahují toho, že pacienti udávají menší míru bolesti, než na počátku, kdy jsme se rozhodli provádět naše šetření. Tady se také ukázalo, jak je důležitá práce v týmu. Jednotlivci nemohou uspět, pokud nemají podporu kolektivu a vedení.

Co bylo obtížné?

Obtížné bylo na samém začátku přesvědčit členy týmu, aby se zúčastnili první ankety, ačkoliv byla anonymní. Je pravda, že na papír se snáze napíšíou hlavně negativní věci. Dále bylo obtížné přesvědčit pracovníky, že jejich případné negativní reakce nebudou brány jako osobní útok, ale jako podněty ke zlepšení.

Zkušenosti ze spolupráce

O dotazníkovém šetření, výsledcích a návrhu nového analgetického protokolu byla informována náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Byla dohodnuta spolupráce na vypracování nemocničního standardu „Bolest...“

Na KAR byl „Protokol...“ přijat, schválen přednostou a dodržují jej všichni členové týmu na Klinice.

Pozitiva

Několik členů týmu přišlo s novými návrhy, co by bylo dobré zlepšit, na co se zaměřit, jak prezentovat svoji práci.

Do vyhodnocování druhého kola dotazníkového šetření se zapojily i řadové sestry. Konkrétně 2 sestry, které patří pravda k aktivnějším členům týmu a na provozní schůzi měly za úkol seznámit tým s výsledky druhého kola dotazníkového šetření.

Do projektu byli zapojeni i lékaři. Bez jejich přispění není možné podávat bez ordinace analgetika. Při hlášení hypertenze sestrou první dotaz lékaře zní, kdy a zda dostal pacient analgetika.

Hodnocení bolesti a její efektivní tlumení je týmová práce a to respektují všichni členové týmu – lékaři i sestry.

Podarilo se zkvalitnit poskytování zdravotní péče v časném pooperačním období.

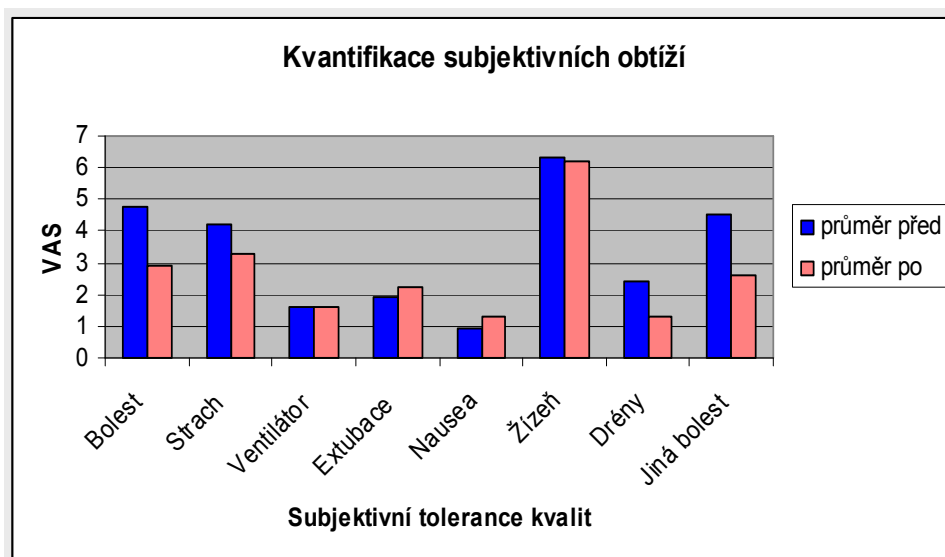
Diskuse

Na základě této naší zkušenosti doporučujeme nepodceňovat kvalitu pooperační analgezie. Ta může být značně podhodnocená. O tom jsme se v průběhu šetření sami přesvědčili. Zároveň je možné tuto neuspokojivou situaci jednoduchými opatřeními výrazně zlepšit. Pravidelné vyhodnocování VAS vede k větší spolupráci pacienta se sestrou a dalšími členy týmu. Pravidelným podáváním analgetik dle skóre VAS lze zajistit dostatečnou komfortní pooperační analgézii u většiny pacientů.

Obr. 9 Shrnutí výsledků před a po zavedení analgetického protokolu (n 52 + n 58)
Průměrné hodnoty sledovaných kvalit, jak je hodnotili pacienti před a po zavedení protokolu

VAS	průměr před	průměr po
Bolest	4,8	2,9
Strach	4,2	3,3
Ventilátor	1,6	1,6
Extubace	1,9	2,2
Nauzea	0,9	1,3
Žízeň	6,3	6,2
Drény	2,4	1,3
Jiná bolest	4,5	2,6

Obr. 10 Grafické znázornění subjektivních obtíží k obr. 9, jak je hodnotili pacienti před a po zavedení protokolu



Jednoduchými organizačními opatřeními – intenzifikací a zefektivnění zpětné vazby, standardizací analgetické terapie lze zvýraznit komfort pacientů. A to bez zvýšení nákladů (za použití standardních léků) a bez zvýšení výskytu vedlejších nežádoucích účinků.

Pozitivně bylo ovlivněno i subjektivní vnímání dalších kvalit (strach, drény, jiná bolest...) a některé terapeuticko ošetrovatelské postupy související s kvalitou analgezie. Sbírání dat od pacientů bylo záležitostí cca 5-10 minut a lze říci, že to nebyl zbytečně vynaložený čas a úsilí.

Záznamy VAS a použití analgetického protokolu se na základě uvedených výsledků staly standardní součástí managementu pooperační analgezie na našem oddělení.

Z výsledků šetření vyplývá, že se potvrdila pracovní hypotéza:

- Pacient bude spolupracovat a bude spokojenější

Druhá pracovní hypotéza nebyla zcela jasně potvrzena.

- Kvalitní pooperační analgezií dosáhneme toho, že snížíme pooperační rizika spojená s nedostatečným tlumením pooperační bolesti

Jednalo se o poměrně malý soubor (celkem 110 dotazníků prvního a druhého kola). Metodika šetření prvního a druhého kola nebyla zcela srovnatelná. Výsledky nicméně

naznačují, že došlo ke zlepšení skóre ve vnímání potencionálně negativních kvalit (strach, drény, jiná bolest) a mohou se tak snížit pooperační rizika spojená s nedostatečnou analgezií. A také to prokazují veškeré dostupné práce. [46, 47, 48, 49]

Také jsme pochopili to, že není třeba se stydět za to, že něco děláme špatně. Důležité je umět vyhledávat problematické oblasti a pokusit se o jejich zlepšení a zkvalitnění.

Při vypracovávání dotazníků jsme se ještě pokusili o další doplňující otázky.

Dotazník vyplňují sestry se všemi pacienty a jak je vidět, lze se zaměřit na mnoho oblastí, kde bychom chtěli dosáhnout nějakého zlepšení.

Dotazník bude nadále na KAR používán, aby bylo možné:

- Zhodnotit fungování prvků péče a posoudit další příležitosti ke zlepšení
- Zajistit kvalitu a kontinuitu činností

Jsme rádi, že se podařilo ve spolupráci sester a lékařů rychle a kvalitně u pacientů po kardiochirurgických výkonech tlumit pooperační bolest. Je to přínosem pro pacienta, je s ním lepší spolupráce a je taky spokojenější.

Když všichni pracují s týmž cílem, je mnohem pravděpodobnější, že se kvalitalepší.
[13]

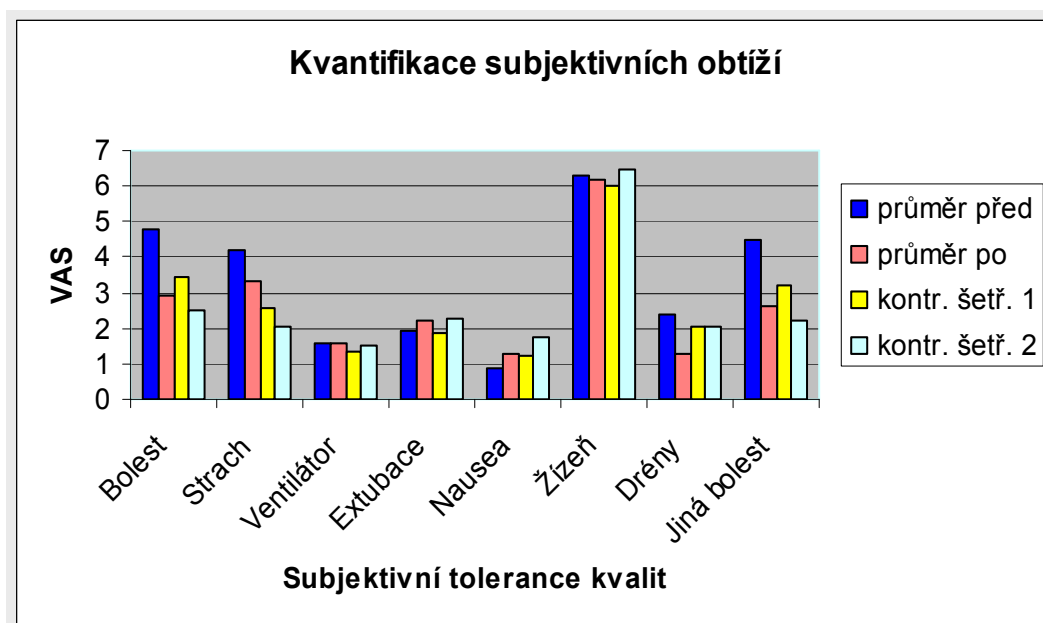
3.1.8. Kontrolní šetření

V tabulce je uveden přehled dosažených hodnot při hodnocení míry bolesti u pacientů, kteří jsou po kardiochirurgickém výkonu v časném pooperačním období. To je od dne operace do doby překlada na jednotku intenzivní péče.

Obr. 11 Shrnutí výsledků před a po zavedení analgetického protokolu (n 52 + n 58) a po provedených kontrolních šetřeních (n 57 + n 31), průměrné hodnoty sledovaných kvalit, jak je hodnotili pacienti před a po zavedení protokolu a po kontrolních šetřeních

VAS	průměr před	průměr po	kontr. šetř. 1	kontr. šetř. 2
Bolest	4,8	2,9	3,45	2,48
Strach	4,2	3,3	2,55	2,06
Ventilátor	1,6	1,6	1,34	1,5
Extubace	1,9	2,2	1,84	2,28
Nauzea	0,9	1,3	1,24	1,74
Žízeň	6,3	6,2	6,01	6,45
Drény	2,4	1,3	2,06	2,06
Jiná bolest	4,5	2,6	3,19	2,22

Obr. 12 Grafické znázornění subjektivních obtíží k obr. 11, jak je hodnotili pacienti před a po zavedení protokolu a po kontrolních šetřeních



3.1.9. Výsledky a doporučení

Z přehledu vyplývá, že pokud dosáhneme dobrých výsledků, nesmíme se spokojit s tím, že teď je vše v pořádku.

Kontrolní šetření ukázalo, že uspokojivá situace se může změnit. Pacienti udávají vyšší míru bolesti (VAS=3,45), což je hodnota nad stanovenou hranici. Cílem bylo, že pacient udává bolest 3 a méně.

Druhé kontrolní šetření již opět ukázalo uspokojivé hodnoty (VAS=2,48). Došlo i ke zlepšení skóre v dalších potencionálně negativně pocíťovaných kvalitách (strach, drény, jiná bolest...).

Jako příčinu zhoršení jsme viděli to, že ne všichni důsledně dodržovali analgetický protokol. Bylo to patrné ze záznamů v chorobopise pacienta. (nezapsané hodnoty VAS, pacient si „vyžádal na bolest“ pouze 2xdenně...) Pokud je pacient po operaci a má celkem velké operační rány (sternotomie na hrudníku, rány po odběrech žil z dolní končetiny, zavedené drény do hrudníku...), je třeba předpokládat, že pacient bolest má. A je nutné skutečně dodržovat protokol. To znamená v pravidelných intervalech měřit míru udávané bolesti na vizuální analogové škále a nabízet léky proti bolesti.

Druhé kontrolní šetření již opět vykazovalo uspokojivé výsledky (VAS=2,48). Opět byli seznámeni na provozním semináři kliniky všichni pracovníci. Bylo zdůrazněno, že zlepšení situace je výsledkem dodržování protokolu, o čemž svědčí i záznamy v dokumentaci.

Pro úspěšné zavedení změny je třeba dodržovat následující zásady:

- Schopnost definovat a rozumět povaze problému
- Navrhnout správné řešení problému a navrhnout vhodnou strategii.
- Prezentovat návrhy a vést kritickou diskusi
- Získávat pro své návrhy podporu od členů týmu.
- Poskytovat informace zainteresovaným pracovníkům
- Zajistit potřebný sběr indikátorů jako hodnocení úspěšnosti či neúspěšnosti řešení situace či problému.

Proto jsme se rozhodli, že budeme v pravidelných intervalech provádět kontrolní šetření. A to minimálně 1x ročně, abychom zjistili, zda používaný standard je dobře nastavený a účinný.

Také budeme vyhledávat další možné problematické oblasti a hledat příležitosti ke zlepšení.

„Nic není tak dokonalé, aby se to nedalo zlepšit!“

Peter Drucker [8 s. 108]

4. Závěr

Výstupem celého popsaného procesu byla změna pracovního postupu vzhledem k požadavkům zákazníka/pacienta.

Důvodem, proč bylo třeba změnit některé zaběhnuté postupy, byla naše snaha poskytnout pacientovi co nejkvalitnější profesionální péči. Léčebný proces by měl být pro něj bezpečný, schůdný a co nejméně nepříjemný.

V práci byl popsán postup, jak jsme získávali informace, na základě kterých jsme naplánovali proces zavádění nového postupu do praxe a jeho zpětného vyhodnocování.

Ukázalo se, že pokud chceme řešit otázky kvality, je třeba se ptát zákazníků, ale i zaměstnanců, jak jsou spokojeni s poskytovanými službami a poskytováním služeb.

V prvním šetření, kde jsme se ptali pacientů, jak pociťují bolest, jsme dosáhli velmi neuspokojivých výsledků. Provedenými opatřeními se podařilo zlepšit situaci na klinice z hlediska zvládnutí managementu bolesti u pacientů v časném pooperačním období.

Potvrzuje se, že je třeba neustále kontrolovat, měřit, vyhodnocovat, provádět opatření, vyžadovat zpětnou vazbu, poskytovat zpětnou vazbu. Je to vlastně nekonečný proces, protože se mění požadavky zákazníků, věda jde stále vpřed a my musíme být flexibilní, abychom poskytovali kvalitní služby a dosáhli toho, že pacient/zákazník bude spokojený.

Jak již bylo zmíněno, pacient ve zdravotnickém zařízení nesmí trpět bolestí. Protože je v našich silách poskytnout pacientům úlevu od bolesti, musíme vědět jak spolu s pacientem hodnotit bolest a jakými prostředky ji efektivně tlumit.

Podle výsledků našeho šetření se ukázalo, že umíme spolu s pacientem hodnotit míru bolesti a efektivně zvládat management bolesti na pooperačním oddělení Kliniky anesteziologie a resuscitace.

Je v rukou manažera/vedoucího pracovníka a všech zaměstnanců identifikovat oblast, v níž by bylo účelné navodit změnu, podporovat ji a získávat podporu od svých nadřízených.

Na pravidelných provozních schůzích Kliniky budou dál přijímány podněty a připomínky k provozu oddělení, pracovním postupům a bude nadále hodnocena činnost pracovišť.

Změna může znamenat pro uživatele služby (pacienta) zkvalitnění zdravotní péče. Poskytovat kvalitní službu je cílem všech zdravotnických zařízení, která tyto služby nabízejí.

Když všichni pracují s tímž cílem, je mnohem pravděpodobnější, že dosáhnou úspěchu.

Seznam literatury a přílohy

- [1] DOENGES, E. M.- MOORHOUSE, M. F.: *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Grada. Praha 1996.
- [2] GLADKIJ, I., Ivanová, K., Koldová, Z., Králová, J., Strnad, L., Zlámal, J.: *Management ve zdravotnictví*. Computer Press. Brno 2003.
- [3] GROHAR -MURRAY, M., E., DiCROE, H., R.: *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Grada. Praha 2003.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, H.: *Práva pacientů*. Nakladatelství Aleny Krtilové. Havířov 1996.
- [5] Joint Commission International – *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Marx, D., Staněk, I.: Komentovaný oficiální překlad. Grada. Praha 2002.
- [6] KOPČAJ, A.: *Rozvoj managementu nemocnic*. SILMA '90 – Ostrava. Studijní materiály pro IKEM. Praha 2001.
- [7] MADAR, J., NĚMCOVÁ, K., ZEMAN, M.,.: *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Grada Publishing. Praha 2004.
- [8] PEŠEK, J.: *Tvorba systému jakosti ve zdravotnictví a lékárenství s využitím norem ISO*. Grada. Praha 2003.
- [9] SOFAER, B.: *Bolest. Příručka pro sestry*. Grada Publishing. Praha 1997.
- [10] STAŇKOVÁ, M.: *Koncepce českého ošetrovatelství*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 1998.
- [11] STAŇKOVÁ, M.: *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno 1998.
- [12] ŠKRLOVI P a M.: *Kreativní ošetrovatelský management*. Advent-Orion s.r.o. Praha 2003.

- [13] ŠTĚPÁNKOVÁ, J.: *Hodnocení a tlumení bolesti u pacientů po kardiochirurgickém výkonu*. FHS Praha 30.12.2005.
- [14] ŠTĚPÁNKOVÁ, J.: *Kvalita*. FHS Praha 16.7.2004.
- [15] ŠTĚPÁNKOVÁ, J.: *Zhodnocení vlivu Evropské Unie na poskytovatele zdravotních služeb*. FHS Praha 12.4.2005.
- [16] VEBER, J.: *Řízení jakosti a ochrana spotřebitele*. Grada. Praha 2002.
- [17] VOKURKA, M., HUGO, J.: *Praktický slovní medicíny*. Maxdorf. Praha 2000.
- [18] Weiler, G.: Chat Do CEOs Think About Quality? *Quality Progress*, výtah in *Moderní řízení*. 11/2004. 26
- [19] *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. Manuál a metodika plnění. SAK 2005.
- [20] *Průzkum spokojenosti pacientů v IKEM*. Vyhodnocení dotazníku na Intranet IKEM. Praha 2004.
- [21] *Všeobecná encyklopedie*. Diderot. Praha 1999.
- [22] <http://msz.qmshc.cz>. 13.3.2006
- [23] <http://new.euromise.org/czech/statist/studie.html>. Medicínská statistika. 7.1.2006
- [24] <http://qhc.bmjournals.com/cgi/kontent/full/13/6/472>. *Avedis Donabedian: Father of quality assurance and poet*. 11.3.2006
- [25] <http://www.asq.org/learn-about-quality/basic-concepts.html>. 10.3.2006
- [26] <http://www.cestovni-ruch.cz>. 15.4.2006
- [27] <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html> #Pain. 13.3.2006
- [28] <http://www.kardio-cz.cz/index.php?PHPSESSID=bd7276410fcdf2859ed61d94b56cdd9d&desktop=clanky&action=view&id=65>. 7.1.2006

- [29] <http://www.msz.qmshc.cz>. 13.3.2006
- [30] <http://www.osz.cmkos.cz> /CZ/Z_tisku/Bulletin/08_2003/akreditace.html. 8.2003.
- [31] <http://www.slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/slovo/standard>. 15.4.2006
- [32] <http://www.zdn.cz/detail.htm?id=1560>. *Některé zahraniční systémy hodnocení kvality související s akreditacemi ve zdravotnictví*. 16.7.2004.
- [33] <http://www.zdn.cz/detail.htm?id=29940>. *Evropa ověřuje naši kompatibilitu*. 12.7.2004.
- [34] <http://www.zdn.cz/detail.htm?id=35536>. *O mezinárodní akreditaci dnes v ČR usilují už tři velká lůžková zařízení*. 12.7.2004.
- [35] <http://www.zdn.cz/detail.htm?id=38856>. *Akreditace: cíl i pro malé nemocnice*. 12.7.2004.
- [36] <http://www.zdn.cz/detail.htm?id=40084>. *Dvě nemocnice v Libereckém kraji chtějí získat ISO*. 12.7.2004.
- [37] <http://www.zdn.cz/detail.htm?id=40958>. *Akreditace nemocnic: Nejde o vybavení, ale o kvalitu procesů*. 12.7.2004.
- [38] <http://www.zdn.cz/detail.htm?id=41785>. *Akreditace: trnitá cesta ke kvalitě*. 12.7.2004.
- [39] www.ikem.cz. 8.3.2006.
- [40] www.ikem.cz. *Výroční zpráva IKEM*. 13.1. 2006.
- [41] www.ikem.cz. *Oficiální stránky IKEM*. 2.1.2006.
- [42] www.pain.cz/sslb. 13.3.2006.
- [43] www.uzis.cz. *Zdravotnická ročenka České republiky 2004*. 7.1.2006.
- [44] www.who.int. *Světová zdravotnická organizace*. 10.3.2006.

- [45] www.zdn.cz/PM_detail.asp?id=20238. *Chronická bolest a její léčba*. 13.3.2006.
- [46] Meehan DA, McRae ME. *Analgesic administration, pain intensity, and patient satisfaction in cardiac surgical patients*. Am J Crit Care. 1995 Nov; 4:435-42.
- [47] Remier-Kent J. *From theory to practice : preventing pain after cardiac surgery*. Am J Crit Care. 2003;12:136-143.
- [48] Watt-Watson J, Stevens B. *Managing pain after coronary artery bypass surgery*. J Cardiovasc Nurs. April 1998 ; 12:39-51.
- [49] Yvonne D'Arcy. *Managing postoperative CABG pain nursing*. Horsam: Sep. 1999. Vol. 29, Iss. 9; pg 17, 1 pgs.
- [50] www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3689/is_200410/ai_n9431439. *Assesing pain in patients who can't communicate*. 3.5.2006

Přílohy:

- 1) **Projekt diplomové práce**
- 2) **Dotazník pacientů na pooperačním oddělení**
- 3) **Analgetický protokol**
- 4) **Právní normy**