

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta



Bakalářská práce

2014

Vendula Müllerová

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Bakalářské studium

Studijní obor: Všeobecná sestra



Vendula Müllerová

Hlášení sester

Change-of-shift report

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. et Mgr. Eva Prošková

Konzultant: Mgr. Jan Běhounek

Praha, 2014

Poděkování

Děkuji Mgr. et Mgr. Evě Proškové a Mgr. Janu Běhounkovi za jejich cenné rady a odborné vedení při psaní mé bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 19. dubna 2014

.....
Vendula Müllerová

Abstrakt

MÜLLEROVÁ, Vendula. *Hlášení sester*. 1. lékařská fakulta UK. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Eva Prošková. Konzultant práce: Mgr. Jan Běhounek. Praha, 2014. 60 s.

Tématem bakalářské práce je hlášení sester. Teoretická část obsahuje základní definici hlášení sester, účel, obsah, jeho právní souvislosti, a to jako součást zdravotnické dokumentace a soubor citlivých osobních údajů, faktory ovlivňující předávání informací, souvislost předávání služby s ošetřovatelským procesem, způsoby vedení hlášení sester.

Praktická část je pojata jako výzkumné šetření s cílem popsat praxi hlášení sester v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Metodou anonymních dotazníků je zmapován postoj odborné veřejnosti k hlášení sester, využití informací získaných z hlášení k realizaci ošetřovatelského procesu, přínosy a překážky v předávání hlášení u lůžka pacienta, celkovou spokojenost sester se současným stavem předávání služby na jejich odděleních. Z tohoto šetření vychází návrh optimálního řešení pro kvalitně poskytnuté hlášení sester.

Klíčová slova

Hlášení sester, dokumentace, legislativa, ošetřovatelský proces, pozorování, předávání služby, sestra, pacient, mlčenlivost

Abstract

MÜLLEROVÁ, Vendula. *Change-of-shift report*. First Faculty of Medicine UK. Academic degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. et Mgr. Eva Prošková. Advisor: Mgr. Jan Běhounek. Praha, 2014. 60 s.

The BA thesis focuses on a change-of-shift report in nursing. In its theoretical part, the author describes the concept of change-of-shift report, its purpose, contents, factors influencing information exchange, the context of a shift change and its relation to the care-giving process. Legal context of the report in terms of medical documentation and personal information confidential files is also Explorer. The thesis also concerns different ways of reporting.

In the practical part, the attitude of professionals towards a change-of-shift report is mapped out. It discusses the use of information obtained from the report for realization of the care-giving process; benefits and obstacles in change-of-shift reporting at the bedside and overall satisfaction of nurses with the currently used way of change-of-shift reporting at their respective wards. Finally, the thesis attempts to propose an optimum solution for high quality change-of-shift reports.

Keywords

Change-of-shift report, documentation, legislation, care-giving process, observation, shift change, nurse, patient, silence

OBSAH

ÚVOD	9
1. LEGISLATIVA.....	10
1.1 Prameny práva vztahující se ke zdravotnické dokumentaci.....	10
1.2 Nahlížení do zdravotnické dokumentace.....	12
1.3 Mlčenlivost	13
2. INFORMACE V PRÁCI SESTRY	15
2.1 Zdroje informací	15
2.1.1 Pozorování.....	15
2.1.2 Rozhovor	17
2.1.3 Dokumentace	17
2.2 Aspekty ovlivňující předávání informací	20
2.2.1 Týmová práce	20
2.2.2 Komunikace.....	22
2.2.3 Osobnost a role sestry	23
2.3 Organizační systémy práce sester	25
3. HLÁŠENÍ SESTER	27
3.1 Předávání služby	27
3.2 Hlášení sester v souvislosti s plánováním ošetrovatelské péče	28
3.3 Sesterská vizita.....	30
4. CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE	32
4.1 Cíle práce.....	32
4.2 Hypotézy práce	32
5. METODIKA.....	33
5.1 Použité metody.....	33
5.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	33
6. VÝSLEDKY	34
7. DISKUSE	51
ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	56
Literatura a časopisy	56

Legislativní zdroje	58
SEZNAM GRAFŮ.....	59
SEZNAM PŘÍLOH	60
Příloha A: Screeningové testy (vzory používané v PNB).....	I
Příloha B: Protokol o předání a převzetí služby	II
Příloha C: Dotazník	III
Příloha D: Pokyn k předávání služby (z roku 2009)	X
Příloha E: Souhlas Etické komise PNB	XI
Příloha F: Etický kodex Práva pacientů.....	XII
Příloha G: Návrh doporučení pro vedoucí sestry	XIII

ÚVOD

Práce sester je rozmanitá a v každém zdravotnickém zařízení se liší. Všude je však jejím předmětem péče o pacienty. Jedná se vždy o práci týmového charakteru vyznačující se spoluprací nejen sester, ale i ostatních zdravotnických pracovníků. Péče o nemocné je v lůžkových zařízeních nepřetržitá, z čehož vyplývá nutnost zajištění ošetrovatelské péče prostřednictvím směnného provozu. Činnosti sester na sebe navazují. Je důležité, aby se směny časově překrývaly tak, aby byl prostor pro předávání informací o pacientech a provozu oddělení jednou směnou směně druhé. Předávání služby, hlášení sester, je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Výměna těchto informací zároveň usnadní nástup pracovníkům do služby a pacienti tak mají zajištěnou kontinuální péči. Nemusejí každé sestře opakovat informace spojené s jejich zdravotním stavem. Hlášení sester společně se sesterskou vizitou rovněž slouží k realizaci ošetrovatelského procesu ve všech jeho fázích. Sestry většinou provádějí sesterskou vizitu jako rutinu, zatímco pacienti v průběhu hospitalizace kontakt se zdravotníky vyžadují. Při lékařské vizitě tomu mnohdy bývá jinak. Pacienti vnímají lékaře jako autoritu a často je strach a stud překážkou ve vypovídání se ze svých problémů, které bývají až intimního charakteru. Sestra je pacientům blíže, sesterská vizita by měla probíhat v „přátelštějším“ duchu, přínosem může být i získání pacientovy důvěry, který při vidině zájmu ze strany sestry může být mnohem sdílnější. V některých zdravotnických zařízeních je zvykem předávat si službu přímo u lůžka pacienta, jinde, jako je tomu např. v Psychiatrické nemocnici Bohnice, se služba předává v pracovnách sester či v jiné místnosti k tomu určené, bez účasti pacientů. Zásadní informace sestry zaznamenávají do formulářů k tomu určených, které slouží jako pomůcka jednak sestrám předávajícím, jež tak mají jistotu, že neopomenou sdělit něco zásadního, a pak také sestrám, které hlášení přebírají a mohou se jej po dobu své služby „držet“.

Téma „Hlášení sester“ je zajímavé, protože v odborných publikacích nebývá podrobněji zmiňováno, cílem práce je proto zjistit názor sester na současný stav předávání služby na jejich pracovištích, zda je pro ně vyhovující, popř. jakou změnu by uvítaly.

1. LEGISLATIVA

Během poskytování zdravotní péče dochází mezi nemocným a celým zdravotnickým týmem ke komunikaci, při níž si předávají různé informace týkající se pacienta. Tento vztah by měl být založen na vzájemné důvěře. Poskytování zdravotní péče je upraveno řadou závazných předpisů a norem, které musí být dodržovány stejně jako léčebné nebo diagnostické postupy. Informace, které o sobě pacient sděluje, včetně těch, které tým v souvislosti s péčí o něj zjistí, jsou zaznamenávány a uchovávány v jeho zdravotnické dokumentaci a slouží nejen ošetřujícímu lékaři, ale všem zdravotnickým pracovníkům, kteří o něj pečují. Zdravotnická dokumentace často vypovídá nejen o pacientech, ale rovněž poukazuje na jednotlivce, který záznamy sepsal či předával, na jeho osobnost, profesionalitu a na management oddělení. Dokumentace ve svém celku vypovídá nejen o práci řadových sester, ale i o jejich nadřízených, staničních či vrchních sestřích, lékařích a o celkové kultuře zdravotnické organizace. Zároveň dokumentace podléhá lékařskému tajemství a povinnosti zdravotnických pracovníků zachovávat mlčenlivost. Pacient by měl mít také přehled o tom, kdo a za jakých okolností má přístup k informacím v jeho zdravotnické dokumentaci. V následujících kapitolách se tedy budeme podrobněji věnovat tématu vedení zdravotnické dokumentace, oprávnění nahlížet do ní a povinnosti zdravotnických pracovníků zachovávat mlčenlivost.

1.1 Prameny práva vztahující se ke zdravotnické dokumentaci

Vedení zdravotnické dokumentace se řídí legislativou. Žádný právní předpis však nedefinuje, co vlastně pojem zdravotnická dokumentace znamená. Dle Policara (2010, s. 16) lze z paragrafů shrnout tři závěry: „1. Zdravotnická dokumentace je něco, co obsahuje údaje a informace o pacientovi, jeho zdravotním stavu a o zdravotní péči, která je mu poskytována. 2. Zdravotnická dokumentace je vedena ve formě textové, grafické nebo audiovizuální. 3. Údaje obsažené ve zdravotnické

dokumentaci jsou vedeny v listinné nebo elektronické formě.“ Podle Policara je zdravotnická dokumentace také zdrojem informací pro správní úřady.

Pro snadnější úvod do této problematiky zmíníme také historický vývoj právní úpravy, který současnému stavu předcházel. 46 let reguloval poskytování zdravotní péče v ČR zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Zdravotnická dokumentace se začala řešit později. Za historicky první zmínku o zdravotnické dokumentaci v české legislativě se považuje zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Tento zákon však ukládal povinnost vést zdravotnickou dokumentaci pouze nestátním zdravotnickým zařízením. Státní zdravotnická zařízení nadále vycházela ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který ukládal zdravotnickým zařízením poskytovat zdravotní péči *lege artis*. „*Lege artis je odborně správný postup, a zda byl, či nebyl, posoudí soudní znalec.*“ (Mach, 2010, s. 14) Za nedílnou součást tohoto postupu se považuje i vedení zdravotnické dokumentace, o čemž se ve své publikaci zmiňuje také Policar (2010). Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci však v zákoně výslovně uvedena nebyla.

V minulé době se problematika zdravotnické dokumentace řešila také zákonem č. 256/1993 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech. Z právního hlediska bylo možno považovat zdravotnickou dokumentaci za systém, který shromažďoval citlivé osobní údaje. Tento zákon byl v roce 2000 nahrazen zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Ani ten se však nejevil jako vhodný pro řešení zdravotnické dokumentace, a proto vznikl zákon č. 260/2001 Sb., jehož hlavním účelem byla novela zákona o péči o zdraví lidu, která komplexněji pojímala právní stránku zdravotnické dokumentace. Tato novela nabyla účinnosti 1. srpna 2001. Týkala se zpracovávání osobních údajů, Národního zdravotnického informačního systému, Národních zdravotních registrů a zároveň upravovala způsob vedení, uchovávání, nakládání a likvidaci zdravotnické dokumentace. Součástí novely byl i výčet osob oprávněných do zdravotnické dokumentace nahlížet v rámci plnění jejich pracovních povinností. Na základě této novely získal pacient právo na informace ze zdravotnické dokumentace. Tímto zákonem byla také poprvé výslovně uložena povinnost zdravotnickým zařízením (státním i nestátním) vést zdravotnickou dokumentaci. V roce 2006 byla vydána vyhláška Ministerstva

zdravotnictví ČR č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, která problematiku vedení zdravotnické dokumentace upravovala. Konkretizovala způsob provádění zápisů, uložení a uchovávání zdravotnické dokumentace, postup při vyřazování a skartaci dokumentace. Rok 2012 znamenal pro zdravotnictví velké změny v legislativě. Původní právní předpisy nahradil zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Zásadám vedení zdravotnické dokumentace se budeme podrobněji věnovat v podkapitole 2.1.3.

1.2 Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Nahlížení do zdravotnické dokumentace úzce souvisí s povinnou mlčenlivostí, kterou rozvedeme v podkapitole 1.3. Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, lze umožnit žadateli – na základě oprávnění – nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo pořizovat výpisy či kopie. Pacient má nárok na informace o poskytované péči a nárok určit osoby, které mají právo na informace o jeho zdravotním stavu. Rovněž má zákonnou možnost poskytování informací zakázat. Jinak je tomu u nezletilých pacientů, resp. osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům. *„Práva ohledně nakládání s údaji o jeho zdravotním stavu za něj vykonávají jeho zákonní zástupci, kteří mají přístup do zdravotnické dokumentace zastupovaného pacienta a mají právo dávat souhlas či nesouhlas ke zpřístupnění příslušných údajů.“* (Uherek, 2008, s. 26)

Stejná práva mají osoby blízké v případě úmrtí pacienta, neurčil-li pacient za svého života jinak. Osobami blízkými jsou příbuzní v řadě přímé (rodiče, děti, prarodiče, vnuci atd.), sourozenec, manžel nebo partner (dle zákona o registrovaném partnerství) a dále také osoby v poměru rodinném nebo obdobném, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Mezi takové osoby se řadí další příbuzní v nepřímé linii (např. bratranec, teta) nebo opatrovníci, pěstouni a také druh a družka. Pacient a všechny tyto osoby se z dokumentace nesmí dozvědět jakékoliv informace o třetí osobě, proto je nutné při pořizování výpisů nebo nahlížení do dokumentace dokumenty dle tohoto ustanovení

upravit, např. zakrytím těchto informací. Jiným osobám nelze informace obsažené ve zdravotnické dokumentaci pacienta jakkoliv zpřístupnit či poskytnout z důvodu ochrany osobních údajů pacienta (viz sekce mlčenlivost). Nicméně zákon výslovně stanovuje řadu dalších osob, které mají právo do zdravotnické dokumentace nahlížet v nezbytně nutném rozsahu. Jedná se např. o lékaře a další zdravotní pracovníky, revizní lékaře pojišťoven, soudní znalce, lékaře orgánů sociálního zabezpečení, veřejného ochránce práv atd., a to vždy pouze v souvislosti s plněním konkrétního úkolu.

1.3 Mlčenlivost

Mach (2010) se ve své knize zabývá také problematikou povinné mlčenlivosti. Zmiňuje, že tato problematika je závažná a neoprávněné nakládání s osobními údaji se považuje za trestný čin, a to i v případě, že povinnost mlčenlivosti byla porušena z nedbalosti. Na pravidla přístupu ke zdravotním údajům se soustředí i Uherek (2008, s. 11). Dle něj můžeme povinnou mlčenlivost vymezit jako *„zákonem uloženou nebo státem uznanou povinnost fyzické osoby nesdělovat nepovolené osobě určité skutečnosti a současně povinnost nést právní důsledky v případě, že by tato povinnost byla porušena“*. Dále se dočteme, že ten, jehož se povinnost týká, jí může být zproštěn, a to zpravidla osobou, vůči které ji má, nebo na základě rozhodnutí vydaného statutárním orgánem. Český právní řád uznává tři druhy povinné mlčenlivosti:

1. Povinnost mlčenlivosti uznaná státem: rozsah není vymezen zákonem, ale vyplývá z právního úkonu učiněného na základě zákona. Stát ji uznává, ale nestanovuje ji.
2. Povinnost mlčenlivosti uložená zákonem: vyplývá přímo ze zákona (zdravotničtí pracovníci, povinná mlčenlivost advokáta atd.)
3. Povinná mlčenlivost uložená na základě mezinárodních smluv.

Pro naše účely se budeme věnovat mlčenlivosti, která se týká zdravotnických pracovníků. „Primárním účelem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků je

především nastolení vzájemné důvěry ve vztahu mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem.“ (Uherek, 2008, s. 11) Povinná mlčenlivost je soukromoprávním vztahem mezi zdravotníkem a pacientem. Na straně zdravotníka převládají spíše povinnosti, kdežto na straně pacienta spíše práva. Domnívám se, že je to tím, že zdravotník údaje zpracovává, uchovává a nakládá s nimi.

V současnosti se vedou diskuze na téma komunikace mezi nemocným a zdravotníkem v přítomnosti spolupacientů. Diskutabilními otázkami jsou především vizity a předávání služby u lůžka pacienta, které mohou být „na hraně“ s porušením mlčenlivosti. Dle mého názoru dobře vystihuje toto téma Mach (2002), který otázky typu: „Jak se cítíte?“, „Co Vás bolí?“ atd. nepovažuje za porušení mlčenlivosti. Doslova uvádí, že: *„Pokud si pacient přeje, aby lékaři mohli odpovědi na jeho otázky sdělit jinde než před spolupacienty, bude mu jistě vyhověno.“* (Mach, 2002) Citlivé údaje o zdravotním stavu pacienta, diagnóze, prognóze apod. by v přítomnosti spolupacientů neměly být prezentovány. Jinak je tomu v případě, že by pacient k tomuto udělil souhlas. Argumentem pro porušování mlčenlivosti tímto způsobem není ani upoutání pacienta na lůžko.

Pro snazší orientaci v této problematice si závěrem shrneme, které údaje povinná mlčenlivost kryje:

1. údaje o zdravotním stavu pacienta:
 - anamnestické údaje,
 - údaje, které zdravotník během péče sám zjistil,
 - informace o diagnostickém a léčebném postupu,
 - informace o povaze a prognóze onemocnění,
 - informace o zvyklostech pacienta;
2. údaje o rodinné, finanční a sociální situaci pacienta;
3. údaje o sexuálním životě;
4. údaje o národnostním, etnickém nebo rasovém původu;
5. údaje o trestné činnosti;
6. údaje o náboženském, filozofickém nebo politickém přesvědčení.

2. INFORMACE V PRÁCI SESTRY

2.1 Zdroje informací

Získávání informací vytváří základ pro další kroky v péči o nemocné. Pomáhají nám získat jasnou představu o pacientovi, navodit účinnou komunikaci, určit, co je pro daného člověka obvyklé, určit pacientovy individuální a specifické potřeby, které se stanou předmětem ošetrovatelské péče, a zabránit snížení soběstačnosti nemocného v důsledku přerušení jeho obvyklých denních činností. Nedostatek informací přispívá k nedostatečné péči a špatné informace vedou k péči neadekvátní. *„Na začátku je důležité uvědomit si, že hodnocení se týká všech výkonů, které pacient podstupuje. Nejde o jednorázovou akci, ale o kontinuální proces, který se opakuje v pravidelných intervalech v závislosti na stavu nemocného. Pečlivé posouzení stavu nemocného lze provést, kdykoliv potřebujeme informace.“* (Workman & Bennett, 2006, s. 13)

Potřebné informace můžeme získávat několika způsoby. Jednak vlastním pozorováním pacienta, rozhovorem s pacientem, z lékařské i ošetrovatelské dokumentace, od ostatních členů týmu, ale také od příbuzných či přátel nemocného. Při shromažďování informací bereme v úvahu veškeré tyto zdroje. Pro zhodnocení a následnou interpretaci těchto informací tak, aby bylo možno identifikovat míru psychologických a sociálních funkcí člověka. Jedná se o *„porozumění tomu, jak lékařská nebo sociální diagnóza každou osobu ovlivňuje a konečně také vysoké odborné znalosti ošetrovatelství“*. (LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky, 1996, s. 70) Za interpretaci dat je zodpovědná sestra, která hodnocení prováděla, proto je užitečná konzultace znalostí a zkušeností v týmu.

2.1.1 Pozorování

Sám pacient je pro sestru nejdůležitějším zdrojem informací. Sestra pozoruje pacienta již při prvním kontaktu. Workman a Bennett (2006) stanovují ve své knize

několik klíčových oblastí, kterých by si sestra při prvním kontaktu s pacientem měla všimnout. Doporučují sledovat:

- symetrii celého těla,
- věk (vypadá pacient na svůj věk?),
- mentální stav,
- výraz,
- trup,
- končetiny,
- vzhled,
- pohyb,
- řeč.

Pro objektivní zhodnocení nemocného lze využít někdy velmi užitečné měřicí techniky, tzv. screeningové testy (příloha A) a samozřejmě je také zhodnocení fyziologických funkcí pacienta. Stav nemocného se mění během hospitalizace, ale také během jednotlivé směny. Získané informace se pak zaznamenávají do dokumentace. Již odebraná ošetřovatelská anamnéza je pro sestru návodem, jaké oblasti má sledovat především.

V knize Marty Staňkové (1996, s. 104) Základy teorie ošetřovatelství se můžeme dočíst o několika zásadách pro správné pozorování nemocného. Píše zde: *„Pozorování musí být cílevědomé a systematické. Sestra sleduje nemocného, kdykoliv je mu nablízku.“* Jako další zásadu Staňková uvádí, že: *„Sestra pozoruje nemocného nenápadně, tak, aby o tom nevěděl, např. jak se chová, jakou má náladu.“* Tuto zásadu v praxi také využíváme např. při měření dechu pacienta, výsledek by jinak nebyl objektivní. K tomu se vztahuje rovněž i třetí zásada autorky: *„Je-li to možné, doplní sestra pozorování důsledným změřením, chce-li získat přesnou hodnotu (např. tělesné teploty).“* Jako další zásady pak uvádí nutnost nevnášení sympatií, nebo antipatií do pozorování a pohotovému zaznamenání výsledku pozorování do dokumentace nemocného. Pozorování zaměřujeme na celkový stav nemocného, jeho chování, soběstačnost, spánek, funkce smyslových orgánů a reakce nemocného na léčbu.

2.1.2 Rozhovor

„Při prvním setkání s nemocným se představte a zdvořile jej oslovte. Používejte správné oslovení, včetně titulu.“ (Workman a Bennett, 2006, s. 16) Rozhovor s nemocným je rovněž provázen pozorováním. Hlavním cílem rozhovoru mezi sestrou a pacientem je doplnění a upřesnění informací získaných z dokumentace a pozorováním. Rozhovorem rovněž získáváme a objektivizujeme údaje o subjektivních potížích. Zároveň můžeme získávat pacientovu důvěru a při té příležitosti jej poučit, uklidnit a získat jej k následné spolupráci v ošetrovatelském procesu. Z toho vyplývá, že obsahové zaměření rozhovoru lze rozdělit na rozhovor terapeutický a diagnostický. Vstupní rozhovor vždy bývá diagnostický.

Někdy se může stát, že pro nemocného může být rozhovor spíše zatěžující, a to zejména pokud sestra neovládá komunikační dovednosti nebo není příliš ochotna s pacientem komunikovat. Takto získané informace ubírají na kvalitě, z tohoto důvodu uvádíme v podkapitole 2.2.2 několik zásad při komunikaci s pacientem. Dalšími faktory, které ovlivňují sběr dat přímo od nemocného, jsou denní a noční doba, prostředí, vzájemný postoj sestry a pacienta, způsob kladení otázek, mimika sestry a také zabarvení hlasu a slovník, který sestra používá. Protože řada pacientů své potíže nepřiznává, neboť si je v danou chvíli neuvědomí či je cíleně zatajují, nebo naopak své potíže přeceňují, může být rozhovor se třetí osobou, ať už s rodinou, či přáteli, také velkým přínosem. Takto získané informace nám mohou pomoci i k poznání pacientovy osobnosti, čehož můžeme využít v komunikaci a následné „práci“ s pacientem. Navázání dobrého kontaktu s rodinou může mít také velmi silný terapeutický vliv.

2.1.3 Dokumentace

Téma dokumentace je velmi rozsáhlé, vedení zdravotnické dokumentace se řídí legislativou, kterou jsme uvedli v samostatné podkapitole 1.1. Hlášení sester se provádí pomocí zdravotnické dokumentace. Nutno dodat, že vést písemné hlášení

sester není povinností, pokud je ovšem kvalitně vedena veškerá dokumentace (např. předávání sledovaných léčiv, depozit, přístrojů apod.). Vedení či nevedení písemné formy hlášení sester pak záleží na zvyklostech daného zařízení.

V praxi rozdělujeme dokumentaci zejména na lékařskou, ošetrovatelskou a provozní. Lékař zaznamenává skutečnosti vztahující se k poskytování zdravotní péče, např. ordinace léků, ordinace a výsledky konziliárních vyšetření, souhlas pacienta s hospitalizací, poskytováním informací atd. Ošetrovatelská dokumentace neslouží jen sestřím, jak se někteří mylně domnívají, ale také lékařům. Každý hospitalizovaný pacient má založenou ošetrovatelskou dokumentaci v rozsahu odpovídajícím jeho zdravotnímu stavu. Obsahuje dokumenty jako je:

- ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení zdravotního stavu nemocného a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče
- plán ošetrovatelské péče;
- nutriční screening;
- hodnocení rizika pádů;
- hodnocení rizika vzniku dekubitů;
- hodnocení soběstačnosti pacienta;
- záznam o polohování nemocného;
- edukační záznam;
- soupis věcí;
- plán péče o chronickou ránu;
- ošetrovatelská překladová a propouštěcí zpráva;
- a další, dle konkrétního zdravotnického zařízení.

Zmíněná dokumentace je uložena na určeném místě. Spolu s lékařskou částí dokumentace tvoří celek, který je dokladem o diagnostické, léčebné a ošetrovatelské péči. „Do dokumentace mohou zapisovat pouze pověřené osoby, tj. lékař a sestra, avšak jen to, co je v jejich kompetencích. Nezřídka se stává, že medikace přepisuje sestra, protože lékař na to „nemá čas“, což je podle mého názoru jeden z velkých nedostatků.“ (Ščeponcová,2009)

V praxi nám kvalitně vedená dokumentace pomáhá sledovat průběh pacientova onemocnění. Je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu, který úzce souvisí s hlášením sester, neboť informace předávané při tomto hlášení mohou být významným zdrojem pro plánování a hodnocení ošetrovatelských intervencí. Nováková (2010, s. 19) ve své diplomové práci Hlášení a sesterská vizita v praxi doslova uvádí: „*Sestry mají díky dokumentaci informace o ošetrovatelské anamnéze pacienta/klienta, o ošetrovatelské diagnostice a dalším plánování sesterských činností. Zaznamenávají zde samotný průběh realizace ošetrovatelské péče a následné hodnocení výsledků, kterých bylo u pacienta/klienta dosaženo.*“

Dalším typem dokumentace, kterou využíváme při předávání služby, je dokumentace provozní, která dokládá chod oddělení. Kromě provozních informací uvedených v protokolu nebo v knize hlášení se sem řadí také kniha vzkazů, jinde též kniha závad, kniha chybějících léků a materiálu apod. Tyto knihy slouží ke komunikaci mezi směnnými sestrami a sestrou staniční, dokládají vznik nedostatků a způsob jejich řešení. Hlášení sester (vedení záznamů sester, tedy i provozní záznamy) je ve zdravotnické dokumentaci o nemocném, jejíž vedení včetně lhůt pro archivaci upravuje vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, a její přílohy.

V bodě 11 přílohy č. 1 výše uvedené vyhlášky nalezneme, co musí obsahovat záznam o ošetrovatelské péči (ošetrovatelskou anamnézu pacienta, zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu, dále je zde stanoveno, co se uvádí v ošetrovatelském plánu, náležitosti ošetrovatelské propouštěcí zprávy nebo doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetrovatelské péče).

Ohledně uchovávání zdravotnické dokumentace je stanoveno, že se uchovává po dobu pěti let a její vyřazování ve skartačním řízení zajišťuje zdravotnické zařízení, které ji vede, v souladu se skartačním řádem, jenž by měl být vydán v souladu s vyhláškou.

Obecně lze tedy shrnout, že zdravotnické zařízení je povinno zdravotnickou dokumentaci vést a archivovat. Připomeňme si zásady vedení dokumentace. Jak se dočteme v knize *Sestra a její dokumentace*, kterou napsali Lubomír Vondráček a Vlasta Wirthová (2008), musí být údaje obsažené v dokumentaci vedeny v listinné nebo elektronické formě a musí být vedeny průkazně, pravdivě a čitelně. Nepravdivost jednoho záznamu znehodnotí celou zdravotnickou dokumentaci. Jednou z nejčastějších výtek soudních znalců a kontrolních orgánů je nečitelnost záznamů. Wirthová s Vondráčkem doslova uvádí, že „...nečitelnost zejména ordinací vede k pochybením, jejichž následky pro pacienta mohou být velmi závažné“. (2008, s. 16) Každý záznam musí být autorizován, tzn., že musí mít podpis a jmenovku. Jmenovkou rozumíme otisk razítka se jménem sestry nebo čitelné napsání jména hůlkovým písmem. Užívání vlastních zkratk a vulgarismů je nepřípustné (viz 3.1 Předávání služby). Mezi další důležité zásady patří spisovná čeština, správná medicínská terminologie a vynechání subjektivních pocitů sestry.

2.2 Aspekty ovlivňující předávání informací

Uvádíme hlavní aspekty, které ovlivňují předávání služby, jako je týmová práce, komunikace a v neposlední řadě také osobnost a role sestry.

2.2.1 Týmová práce

Tým je skupinou pracovníků víceúrovňové kvalifikace a fungující jednotkou se stává pouze v případě, pokud mají jednotliví členové stejné cíle, kterých se snaží společně dosáhnout. Tým (podle slovníku „skupina lidí pracujících společně“) je v posledních letech předmětem diskusí v oblasti zdravotní péče, zvláště ve vztahu k poskytování primární péče. Termín byl definován pracovní skupinou EURO SZO v roce 1973 jako: „*Nehierarchizované seskupení lidí s různým profesionálním zaměřením, ale se společným cílem, kterým je poskytnutí co možná nejrozsáhlejší péče pacientům a jejich rodinám ve zdravotnickém zařízení.*“ (LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky, 1996, s. 174).

Týmy mohou být interdisciplinární a intradisciplinární. Interdisciplinární tým je tým tvořený různými kategoriemi zdravotnických pracovníků. Intradisciplinární tým je tým, jehož členy jsou pracovníci stejné zdravotnické profese. Každý z členů má vlastní specializaci nebo stupeň kompetencí.

Na každém pracovišti existují formální i neformální vztahy. Formální vztahy jsou dány organizací pracoviště a náplní práce lidí spolu s funkcemi. Bláha se Staňkovou (2003) uvádějí, že neformálně lidi sblíží spousta faktorů, ať už to jsou vzájemné sympatie či společné zájmy, věk nebo bydliště, vždy to vede k různým formám skupinaření v zaměstnání, což může při špatném řízení pracoviště přerůst únosnou mírou, narušovat mezilidské vztahy a snižovat výkonnost lidí. *„V jedné organizaci pracují lidé s chutí a na první pohled je zjevná atmosféra spolupráce, klidu a pohody. V jiné organizaci je možné pozorovat pravý opak, v další nevládne ani pohoda, ani nepohoda, nedá se rozeznat, jaké hodnoty a ideály tato organizace reprezentuje.“* (Bártlová, 2008, s. 55) Jednání a důvěra v pracovním týmu vytváří u každého pracovníka pocit spokojenosti, nebo nespokojenosti, což se odráží rovněž na pracovní atmosféře. *„Významnou roli při tom sehrávají projevy uznání, kladené ocenění a konstruktivní kritika.“* (Bláha, 2003, s. 36)

Cílem zdravotnického týmu je navrátit nemocnému zdraví, zvýšit jeho soběstačnost, případně zmírnit jeho utrpení při nevyлéčitelném onemocnění. Nejpočetnější část zdravotnického týmu tvoří ošetrovatelský personál. Ošetrování nemocných obnáší velmi mnoho rozličných činností. Jednak je to základní ošetrovatelská péče, která se zaměřuje na uspokojování potřeb člověka, další skupinou činností je činnost diagnosticko-terapeutická, což obnáší přípravu a provedení různých vyšetření včetně ošetření pacienta a jeho pozorování. V neposlední řadě je to pak činnost administrativního charakteru, zejména vedení ošetrovatelské dokumentace, a přípravné a dokončovací práce, jako je péče o pomůcky, dezinfekce a sterilizace, doplňování materiálu apod. Každý člen má vymezeny své specifické úkoly, pro úspěch je však důležitá spolupráce a koordinace jednotlivých činností. Důležitý je také vztah sestry – lékaře. *„Vztah mezi sestrou a lékařem posuzují sestry mnohdy dle své vlastní zkušenosti. Pokud je vedoucím lékařem jedinec, který má otevřený a vřelý vztah se sestrami, a totéž požaduje*

i po svých podřízených, bývá na pracovišti přívětivá atmosféra. Ke konfliktům nedochází a problémy bývají řešeny se všemi zúčastněnými sestrami. Tento pozitivní stav dle jejich mínění vnímají i pacienti.“ (Kadlecová, 2010, s. 26)

2.2.2 Komunikace

Dobrá komunikace je základem úspěšné ošetrovatelské péče. Komunikace je přenos informace od jedné osoby ke druhé, to se děje prostřednictvím komunikačního procesu. *„Uvnitř organizace a mezi členy zdravotnického týmu se utváří komunikační vzorce nebo sítě, které umožňují oběh informací.“* (Murray & DiCroce, 2003, s. 70) Sestra komunikuje nejen s pacienty, ale také s jejich příbuznými a s ostatními zdravotnickými pracovníky. Ve formalizované skupině, jakou je zdravotnický tým, nesmí být opomenuty určité objektivizované parametry, např. předepsané podoby sdělování, na jejichž základě lze výsledky uskutečněných interakcí vyhodnotit. Významným faktorem je zde míra podobnosti záměrů komunikujících. Není-li tomu tak, stává se, že některý z účastníků týmu se bude cítit méně uspokojen, a to může mít dopad na efekt spolupráce, která je postupně oslabována. *„Obsahovým prvkem sdělení je informace vyjádřena určitým systémem znaků či symbolů, komunikační proces je tak kromě jiného procesem informačním. Ztotožňovat oba procesy by však bylo poněkud zúžené, neboť v sociologickém pohledu nejde jen o obsah a předání informace, ale také o sociální souvislosti, v nichž se komunikace odehrává.“* (Reichel, 2008, s. 205) Nedílnou součástí komunikace mezi členy zdravotnického týmu jsou určité dovednosti, a to naslouchání, kladení otázek, sumarizování, reflexe i mlčení.

Když sestra předává službu, je nutné, aby se vyvarovala komunikačních chyb, mezi které patří používání vágních slov, mnoho citoslovcí a adjektiv, používání zcela neznámých pojmů a přehlcování ostatních informacemi. Proto by sestra měla umět rozlišit podstatné a méně významné informace. Nesprávné interpretování informací může mít ve zdravotnictví i fatální následky.

Dalším okruhem komunikace v ošetrovatelské péči je komunikace mezi sestrou a pacientem. Nejrozšířenějším druhem této komunikace je rozhovor, kdy obě strany získávají potřebné informace. O zásadách vedení rozhovoru s pacientem se dočítáme v knize Workmana a Bennetta (2006) *Klíčové dovednosti sester*. Je zde zdůrazňováno, že pro splnění účelu rozhovoru je důležité, aby sestra měla dostatek času. Nemocný nesmí mít pocit, že sestra na něj nemá čas. Vyvarovat by se měla odborných termínů, případně je nutné, aby je dokázala adekvátně vysvětlit. Rozhovor by měl být správně načasován, jednoduchý a zřetelný. Důležité také je, aby sestra pacienta brala jako rovnocenného partnera, nemusí souhlasit s jeho názory a postoji, ale měla by s nimi umět pracovat. Dále se zde dočteme, že *„za určitých okolností bývá důležité, že obě strany, zdravotník i pacient, mohou vyjádřit své skutečné pocity, aniž by je kdokoli jiný slyšel“*. (Workman & Bennett, 2006, s. 16) Z toho vyplývá, že v ošetrovatelství nevystačíme pouze s komunikací, kterou jsme si osvojili v běžném životě, je důležitá jistá dávka psychologie a především empatie.

V komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem je nepřípustná jakákoliv degradace osobnosti nemocného – od tykání po urážky, neměl by se objevovat ani familiérní přístup. Každý zdravotnický pracovník by měl být profesionál, a to za všech okolností, jak v přístupu k nemocným, tak v přístupu a jednání s ostatními členy týmu.

2.2.3 Osobnost a role sestry

„Rozšířená základna činností sestry je postavena na několika etických zásadách. Patří mezi ně např. zvýšená samostatnost spojená s převzetím větší osobní zodpovědnosti sestry, ochota sestry aktivně hájit zájmy pacienta a pečovat o něj s maximálním akceptováním jeho důstojnosti a potřeby intimity.“ (Staňková, 2002, s. 17) Pro realizaci ošetrovatelského procesu je důležité, aby měl pacient i jeho rodina k sestře důvěru. Chování i jednání sestry ovlivňuje kvalitu její práce. Správné interpersonální dovednosti urychlují terapeutický i edukační efekt, naopak nevhodné chování sestry může komplikovat ošetrovatelskou i léčebnou péči. Již Florence Nightingalová se zabývala osobnostní výbavou sester, ve své *„Knize o ošetrování*

nemocných“ zdůrazňuje svědomitost, počestnost, střídmost či rozvážnost. (Nováková, 2010, s. 187) Touto knihou položila základy etického kodexu sester, kterým by se každá sestra měla řídit. V publikaci Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II. (Vondráček & Ludvík, 2003b) se dočteme, že pokud se pacient chová neeticky, napadá personál verbálně nebo brachiálně, zastánci pacientů argumentují tím, že chování pacientů bývá ovlivněno jejich zdravotním stavem, a tudíž by je zdravotníci měli omlouvat a tolerovat. Listina základních práv a svobod ovšem uvádí, že lidé jsou si rovni v důstojnosti i právech, tento právní předpis tedy nečiní rozdíl mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem. Ochranu osobnosti také konkretizuje občanský zákoník, přestupkový zákon a trestní zákon. *„Sestra se tedy může dovolávat ochrany své osobnosti s odkazem na občanský zákoník, přestupkový zákon a v závažných případech nepravdivého šíření informace i trestního zákona. Musí však tak činit uvážlivě se znalostí místních poměrů.“* (Vondráček & Ludvík, 2003b)

V současné době je legislativa rozsáhlá a každý zdravotník by se měl seznámit se základy zdravotnické legislativy, zejména s právní odpovědností, která je vysvětlována jako povinnost přijmout sankce za protiprávní jednání. Zdravotník je odpovědný nejen za kvalitu a úroveň poskytované péče, ale také za prohlubování svých znalostí a odborný růst.

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění i role sestry, protože do oboru ošetrovatelství pronikají i nové poznatky společenských věd, jako je psychologie, sociologie nebo pedagogika. Sestra se stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce. Základními rolami sestry v dnešním pojetí ošetrovatelství jsou:

- Sestra-pečovatelka – je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče.
- Sestra-edukátorka – podílí se na *„upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím a předcházení komplikacím z omezeného pohybu člověka, případně na rozvoji sebeobslužných činností“*. (Staňková, 2002, s. 11)

- Sestra-obhájkyň – sestra se jí stává v případě, že pacient není schopen projevit svá přání a potřeby. Stává se jeho mluvčím.
- Sestra-koordinátorka – plánuje a realizuje ošetrovatelskou péči, spolupracuje s týmem a získává rodinu pro spolupráci na individualizované péči.
- Sestra-asistentka – připravuje nemocného k vyšetření, asistuje při něm a zajišťuje různé terapeutické činnosti.

Role sestry shrnuje Šamánková (2006, s. 27) v knize Základy ošetrovatelství, doslova je zde uvedeno: *„Sestra podporuje každého nemocného člověka ve schopnosti postarat se sám o sebe. Pomáhá lidem žijícím v okolí nemocného získat vědomosti a dovednosti v laické pomoci, vede rodinu nejenom v těchto disciplínách, ale posiluje také v rodinných příslušnících vědomí významu této pomoci potřebné osobě.“*

2.3 Organizační systémy práce sester

Předávání a zpracovávání informací o pacientech v týmu je spojeno také s organizací práce sester. Organizační formy mohou být různé, měly by však zajistit plynulý chod oddělení a uspokojování všech potřeb nemocných.

Jak se můžeme dočíst ve výukové knize Světové zdravotnické organizace (LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky, 1996, s. 63), existují čtyři typy těchto systémů. Prvním typem je tzv. funkční systém, kdy *„každá sestra provádí určité výkony u všech pacientů“*, např. jedna pacienty koupe, druhá zajišťuje lokální ošetření, jiná má na starosti dokumentaci. Jedná se o rutinní péči, založenou na lékařské diagnóze a z ní vyplývajících úkonech. Neexistuje plánovaná kontinuální péče, která vychází z individuálních potřeb pacientů. Skupinová ošetrovatelská péče se někdy nazývá též komplexní péče, *„každá sestra se stará o skupinu pacientů po dobu své služby“*, v příští službě může mít přidělenou jinou skupinu nebo se stará o skupinu stejnou. Třetím systémem je týmová ošetrovatelská

péče, kdy „tým sester je zodpovědný za péči plánovanou a poskytovanou jednotlivým pacientům po celou dobu, kdy tuto péči poskytují“. Jde o individualizovanou péči, založenou na zhodnocení potřeb a na pacientově aktivní účasti. Primární ošetřovatelství spočívá v přidělení pacienta již při příjmu jedné sestře, která po celou dobu hospitalizace odpovídá za to, že trvalá péče bude pacientovi poskytnuta jí samotnou v roli „primární sestry“ nebo sestrou, která jí u pacienta střídá, tzv. „sekundární sestrou“. (LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky, 1996, s. 63)

Nina Hrušková (2011) ve své bakalářské práci na téma Předání služby jako zdroj informací pro ošetřovatelský proces uvádí ještě systém ošetřování zaměřený na případ, neboli case management. „V ošetřovatelském týmu je zvolena jedna sestra jako case manager. Case manager má za úkol tvorbu ošetřovatelských plánů pro jednotlivé pacienty. V systému ošetřování zaměřeném na případ pečuje sestra o pacienty se stejným charakteristickým rysem, může to být např. diagnóza nebo léčba. Sestra poskytuje této skupině pacientů péči podle vytvořeného plánu od case managera. V případě potřeby úpravy plánu sestra ošetřující informuje case managera, který plán přepracuje.“ (Hrušková, 2011, s. 7-8)

3. HLÁŠENÍ SESTER

3.1 Předávání služby

Práce sester probíhá ve směnném provozu tak, aby byla zajištěna ustavičná ošetrovatelská péče o nemocné. Předávání služby se děje jak formou ústní, tak písemnou. Tomuto komplexnímu předávání informací říkáme hlášení sester. Probíhá za účelem zachování kontinuity ošetrovatelské péče. Mnohé informace, které sestra shromáždí, splní svůj účel pouze tehdy, jsou-li včas předány pracovníkům týmu, kteří je mohou využít ve prospěch pacienta. *„Závažné informace hlásí sestra neprodleně lékaři. Mohou být důležité pro upřesnění diagnózy i pro správný terapeutický postup. Stejně tak může naopak sestra získat důležité informace od lékaře, např. při vizitě.“* (Staňková, 1996, s. 108)

Typ, forma a rozsah předávání se odvíjí od požadavků zdravotnického zařízení, oddělení a charakteru onemocnění pacientů. K neformální výměně informací dochází v ošetrovatelském týmu neustále. Pracovníci si mezi sebou sdělují nejen informace o nemocných, ale také jejich zkušenosti s ošetřováním těchto pacientů.

V posledních letech došlo například v Psychiatrické nemocnici Bohnice, které se bude týkat praktická část práce, k výrazným změnám v hlášení sester. Před těmito změnami se hlášení sester provádělo písemným záznamem do „knihy hlášení“ a ústní předání probíhalo v pracovně či odpočívárně sester. Dnes se setkáváme s ústním předáním služby přímo u lůžka pacienta, byť ne na všech odděleních, za užití ošetrovatelské dokumentace a písemným hlášením, kde jsou informace zaznamenávány do „Protokolu o předání a převzetí služby“ (tento název je užíván v Psychiatrické nemocnici Bohnice, viz příloha B; v jiných zdravotnických zařízeních se může lišit), nikoliv však do „Knihy hlášení“, jak tomu bylo dříve.

Písemný záznam hlášení je součástí ošetrovatelské dokumentace, proto by měl být přehledný a smysluplný. Formální část písemného hlášení musí obsahovat datum, druh směny, podpis sestry předávající a přebírající službu, záznamy o nežádoucích událostech, závažné informace o pacientech, ošetrovatelských

úkolech, plánovaných vyšetřeních, záznam o sledovaném inventáři, případně záznam o spotřebě omamných látek. Formální stránka zápisů v hlášení sester je vizitkou oddělení. Staniční a vrchní sestra by si dané hlášení měly kontrolovat tak, aby splňovalo základní požadavky. Nepřípustné jsou osobní vzkazy, používání vulgarismů a vlastních zkratk, kdy hrozí riziko pochybení při nesprávném výkladu zkratky. Veškeré záznamy musí korespondovat s ošetrovatelskou dokumentací pacienta včetně ordinace v ní uvedené.

Jako největší pokrok můžeme vnímat předávání hlášení přímo u lůžka pacienta. Zde dochází také k zapojení nemocných do předávání informací, což může sestřám přinášet i jisté výhody. Přímo od pacientů získávají informace, které jsou důležité při stanovování ošetrovatelských intervencí. Problematickou otázkou však v tomto ohledu je zachování povinné mlčenlivosti, čímž jsme se zabývali v podkapitole 1.3. V našich podmínkách se na standardních odděleních s předáváním směny na pokojích pacientů setkáváme zřídka. Tento systém se uplatňuje zejména na jednotkách intenzivní a anesteziologicko-resuscitační péče. Přitom moderní forma ústního hlášení se samotným zapojením pacientů se může stát kvalitním zdrojem informací i na standardním nemocničním oddělení.

3.2 Hlášení sester v souvislosti s plánováním ošetrovatelské péče

Péči o pacienta poskytujeme formou ošetrovatelského procesu. *„Ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů v ošetrovatelství. Umožňuje systematický specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetrování každého nemocného/klienta v nemocniční i terénní péči.“* (Staňková, 1999, s. 7) Pacientovi je ošetrovatelský proces přínosem v systematickosti péče, vyvolává jeho aktivitu, případně aktivitu rodiny, udržuje či zvyšuje soběstačnost nemocného. Pro sestry je přínosný ve zvyšování samostatnosti práce sestry, vyvolává pozitivní zpětnou vazbu a zlepšuje sebereflexi. Zajímáme se o veškeré jeho potřeby, skutečné i potenciální problémy. Proto i hlášení sester je

zaměřeno na předávání veškerých informací, není omezeno pouze na léčbu či provoz oddělení. Zaměřujeme se na potřeby bio-psycho-sociálního charakteru. Jedná se o plně holistickou péči. *„Holismus je filozofický směr prosazující člověka jako jednotu těla, mysli a ducha. Uvědomte si, že nedbáme-li celostně o nemocného, narušujeme tím jeho vztah ke zdraví a zdravotnictví. Svým nezájmem o jeho komplexní osobnost snižujeme kvalitu jeho života. Naším společným cílem je posilovat důstojnost člověka, jeho sebevědomí, sebedůvěru a sebehodnocení a prosazovat holistické přístupy v ošetrovatelské praxi.“* (Bártlová, 2008, s. 20)

Ošetrovatelský proces se skládá z pěti na sebe navazujících částí. První částí je ošetrovatelská anamnéza, kde se do standardního formuláře zaznamenávají důležité informace z oblasti zdravotní, psychické a sociální. Ošetrovatelská anamnéza se odebrá dle stavu pacienta, nejpozději však do dvanácti hodin po přijetí. Na sběru informací se mohou podílet i sestry z následující služby. Uvádíme stav vědomí, poruchy spánku, hygienické návyky a zvyklosti, příjem potravy a stav výživy, informace o vyprazdňování. Z psychických potřeb sledujeme celkové rozpoložení nemocného, náladu, jeho zájmy, kontakt se spolupacienty a přístup ke zdravotnickému personálu. Ze sociálních potřeb nás zajímá sociální postavení člověka, mezilidské vztahy, jeho rodina a nezapomínáme ani na stránku duchovní. Na základě anamnézy sestry vypracovává ošetrovatelskou diagnostiku, popisuje reakci pacienta na nemoc, na změnu prostředí. Diagnostika je výsledkem správného zhodnocení současných a potenciálních problémů nemocného, stává se východiskem pro plánování péče.

Dalším krokem je tedy plánování ošetrovatelské péče, které spočívá ve stanovení priorit, cílů, výsledných kritérií, ošetrovatelských intervencí, navrhovaných opatření, očekávaných výsledků a ukončení problému. Dle vnitřních norem Psychiatrické nemocnice Bohnice musí být plán ošetrovatelské péče vytvořen do 24 hodin od přijetí pacienta do nemocnice. Dle tohoto plánu péči realizujeme. Realizace je vykonávání jednotlivých ošetrovatelských intervencí, které byly stanoveny v rámci plánu ošetrovatelské péče, aby bylo dosaženo stanovených cílů. Nejčastěji opakující se intervence bývají ve formulářích předtištěné, ostatní se individuálně doplňují. Do hodnocení plánu sestry zaznamená důležité informace o

změnách zdravotního stavu pacienta, jeho reakcích na výkony, léčbu nebo ošetrovatelské intervence. Sestra dokumentuje objektivně, přesně a vše, co viděla, slyšela a vykonala. Všechny zápisy musí být jasné, stručné a srozumitelné, musí obsahovat datum, podpis a jmenovku sestry. Pokud pacient nedosahuje vytýčené cíle, je nutno plán přehodnotit.

3.3 Sesterská vizita

Na některých odděleních se ještě vedle předávání hlášení sester provádí také sesterské vizity (ošetřovatelské vizity). Tyto vizity chápeme jako pravidelné předávání informací o problematice ošetrovatelské péče konkrétních pacientů ošetřujícímu týmu, případně staniční či vrchní sestře, která by vizitě měla být přítomna, což jí umožní zkontrolovat také kvalitu poskytované péče. Výhodou je možnost bezprostředního řešení potřeb nemocných, kteří jsou zároveň aktivními účastníky. Mohou zde své potřeby vyjádřit a mohou se zúčastnit navržení ošetrovatelských zásahů a intervencí. Musíme opět ale zdůraznit otázku povinné mlčenlivosti (viz podkapitola 1.3).

Lékařská vizita se zaměřuje pouze na nemoc. Stejně jako vizity lékařské, mají i sesterské vizity různé formy. Jednou z nich je sesterská vizita individuální, která se provádí na oddělení ve vhodné, klidné místnosti. Nebývá rutinní záležitostí a vyplývá z aktuálního stavu nemocného. Zaměřuje se na zjištění potřeb pacienta, edukaci, navázání vztahu pacient – sestra. Naproti tomu malá sesterská vizita probíhá denně za účasti jedné až dvou sester na pokoji pacientů. Nemocný má možnost mluvit o svých potřebách a ptát se na informace, které jej zajímají. Malá vizita je důvěrnějšího charakteru nežli vizita sesterská velká. Ta probíhá za účasti vedoucích pracovníků a všech ošetřujících sester, které vyhodnocují účinnost poskytované ošetrovatelské péče, a bývají zakončeny poradou ošetrovatelského týmu. *„Pod vedením staniční sestry referují ostatní sestry stručně o závažných ošetrovatelských problémech a potřebách jednotlivých nemocných. Společně pak stanoví, jak bude zajištěna péče u těchto nemocných.“* (Staňková, 1996, s. 109).

Porady týmu sestrám přispívají k úpravě ošetrovatelských plánů. Měly by být krátké a operativní.

Hlášení sester a sesterské vizity mají mnoho společného, podstatným rozdílem je to, že předávání hlášení probíhá pouze při předávání služby, kdežto sesterské vizity probíhají kdykoliv během dne dle harmonogramu oddělení.

4. CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE

4.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat spokojenost sester v PN Bohnice se současným stavem předávání služby na jejich odděleních.

Cíl 2: Zjistit, co sestry v PN Bohnice vidí jako největší přínos v předávání hlášení u lůžka pacienta.

Cíl 3: Zjistit, co sestry v PN Bohnice považují za největší překážku v předávání hlášení u lůžka pacienta.

Cíl 4: Zjistit využití informací získaných při předávání služby při realizaci ošetrovatelského procesu.

4.2 Hypotézy práce

H1: Sestry v PN Bohnice jsou spokojeny se současným stavem předávání služby na jejich odděleních.

H2: Sestry v PN Bohnice vidí jako největší přínos v předávání hlášení u lůžka pacienta kontrolu stavu pacienta.

H3: Sestry v PN Bohnice vidí největší překážku při předávání služby u lůžka pacienta v časové náročnosti.

H4: Sestry v PN Bohnice informace získané při předávání služby využívají při realizaci ošetrovatelského procesu.

5. METODIKA

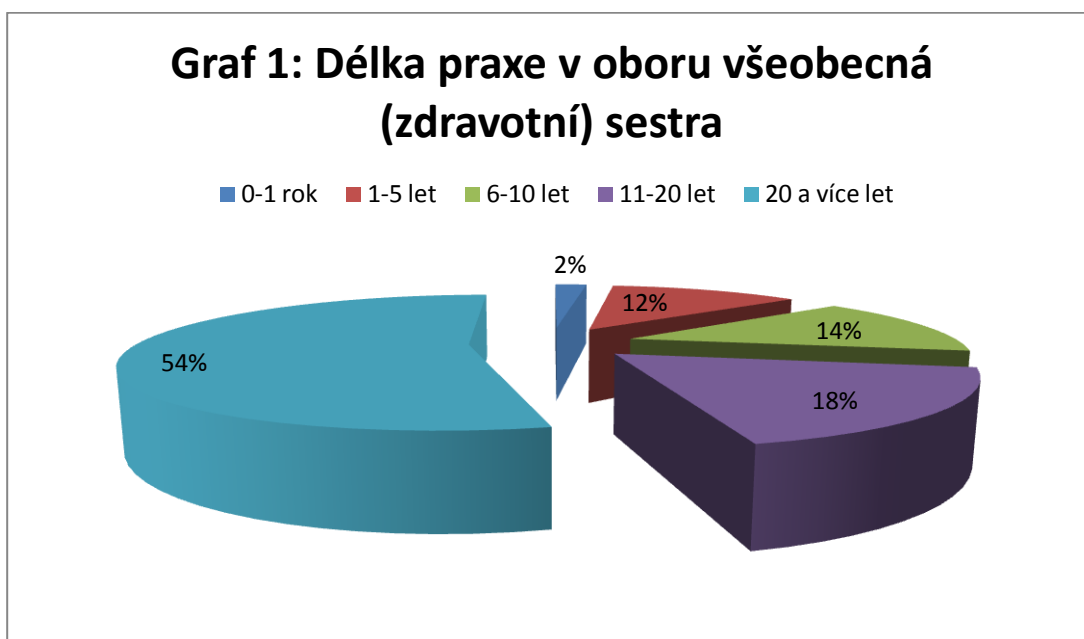
5.1 Použité metody

Ke sběru dat jsme využili kvantitativního šetření metodou dotazování formou dotazníků a pozorování. Dotazník (příloha D) byl určený pro sestry. Byl vypracován na základě prostudované odborné literatury. Dotazník obsahoval celkem 23 otázek, které byly uzavřené a polouzavřené. U jedné otázky byla využita pětistupňová hodnotící škála. Prvních pět otázek bylo identifikačních, zbylé byly zaměřeny na formu a obsah předávání služby na odděleních, celkovou spokojenost sester s předáváním služby na jejich odděleních a využití získaných informací z předávání služby k realizaci ošetřovatelského procesu. Šetření bylo zcela dobrovolné a anonymní. Šetření probíhalo ve dnech 24. března 2014 až 11. dubna 2014 se souhlasem etické komise Psychiatrické nemocnice Bohnice (příloha E).

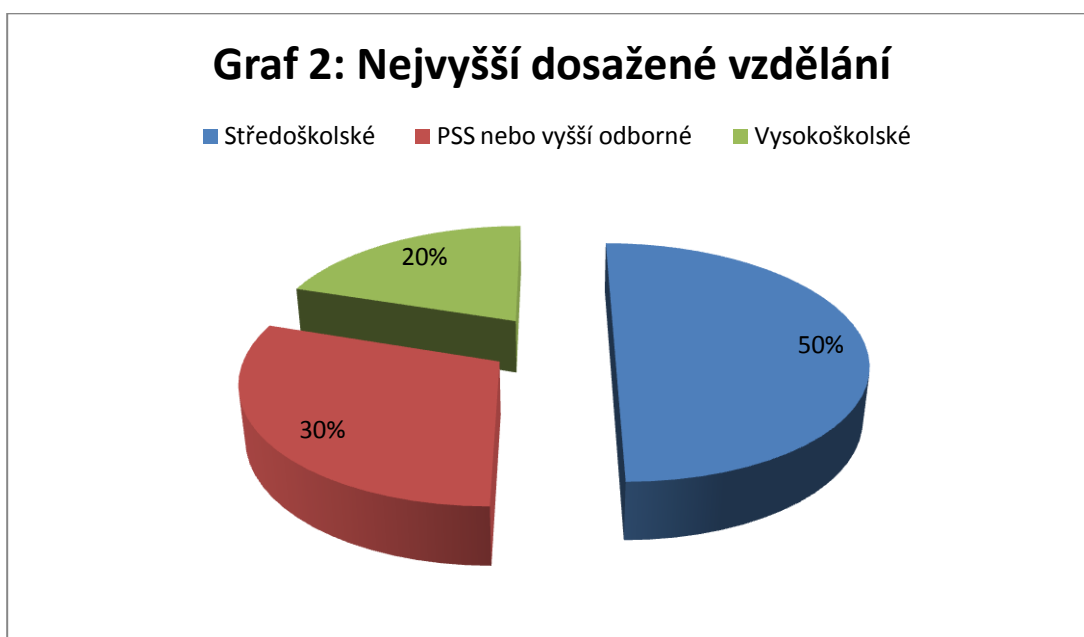
5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Sledovaným vzorkem byly sestry z osmi oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice. Každé toto oddělení zastupovalo jeden ze segmentů péče nemocnice, pouze u segmentů následné péče a gerontologie se jednalo o oddělení dvě. Jednalo se o tyto segmenty: oddělení akutní péče, následné péče, ochranné léčby, gerontologie, dětské oddělení a oddělení interní péče. Celkem bylo distribuováno 117 dotazníků, vráceno jich bylo 110, z toho 10 bylo vyřazeno pro neúplnost údajů. Plně vyplněných dotazníků ke zpracování bylo 100.

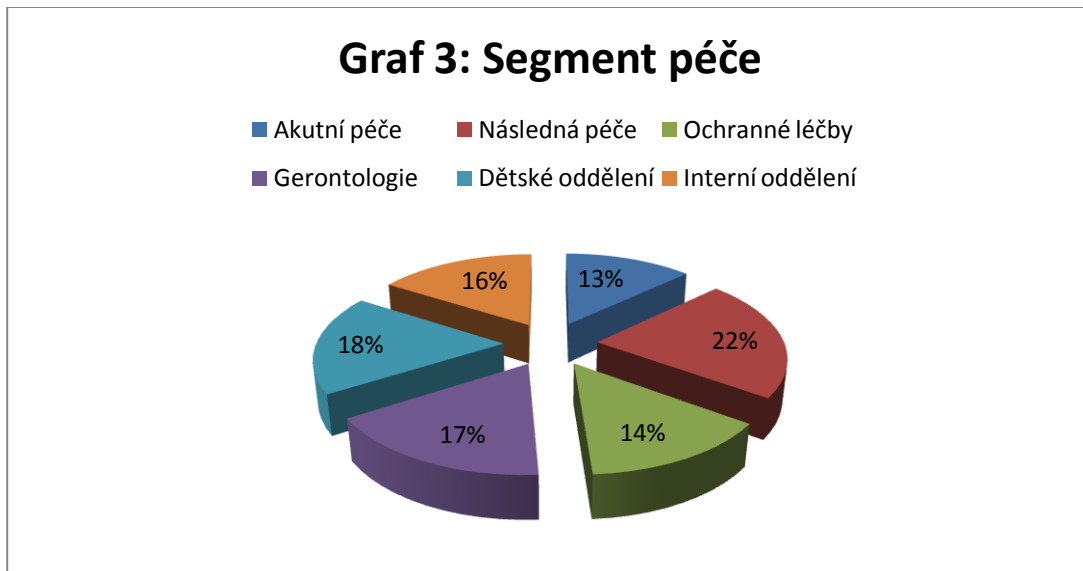
6. VÝSLEDKY



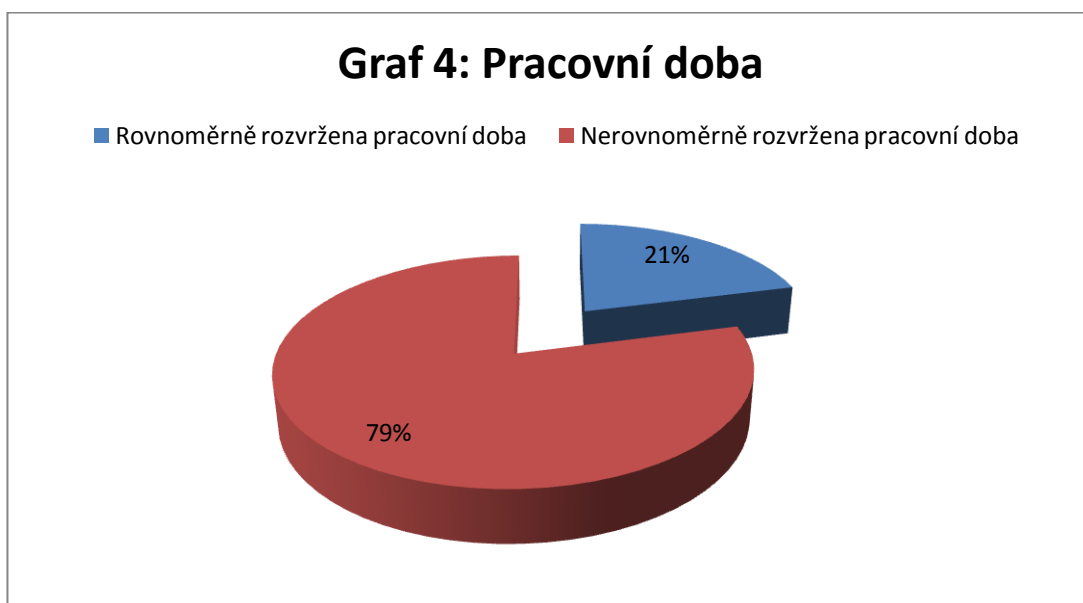
Graf 1 informuje o délce praxe sester. Z celkového počtu 100 respondentů pracujících v oboru všeobecná (zdravotní) sestra do jednoho roku 2 sestry (2 %), 1-5 let 12 sester (12 %), 6-10 let 14 sester (14 %), 11-20 let 18 sester (18 %) a 20 a více let 54 sester (54 %).



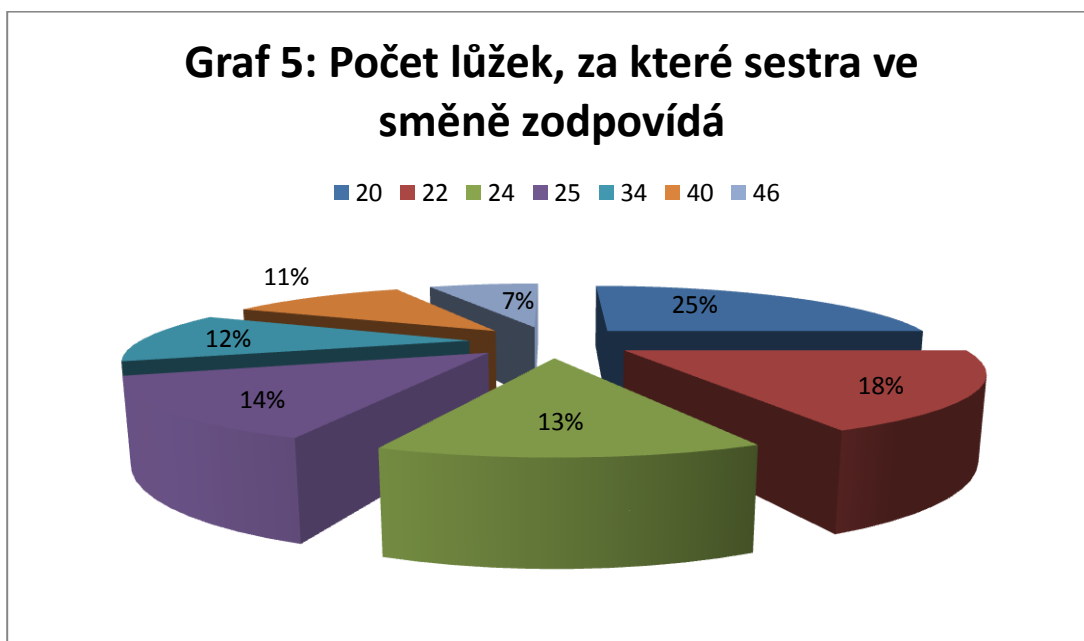
Z celkového počtu dotazovaných dosáhlo vysokoškolského vzdělání 20 sester (20 %), PSS nebo vyšší odborné vzdělání dokončilo 30 sester (30 %) a 50 sester (50 %) má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské.



Graf 3 demonstruje procento určitého segmentu péče z celkového počtu dotazovaných. Ze 100 respondentů pracuje 13 sester (13 %) na oddělení akutní péče, 17 dotazovaných sester (17 %) je z oddělení gerontologie, 22 sester (22 %) pracuje v segmentu následné péče, 18 sester (18 %) na dětském oddělení, 14 sester (14 %) na oddělení ochranných léčeb a 16 sester (16 %) je z oddělení interny.



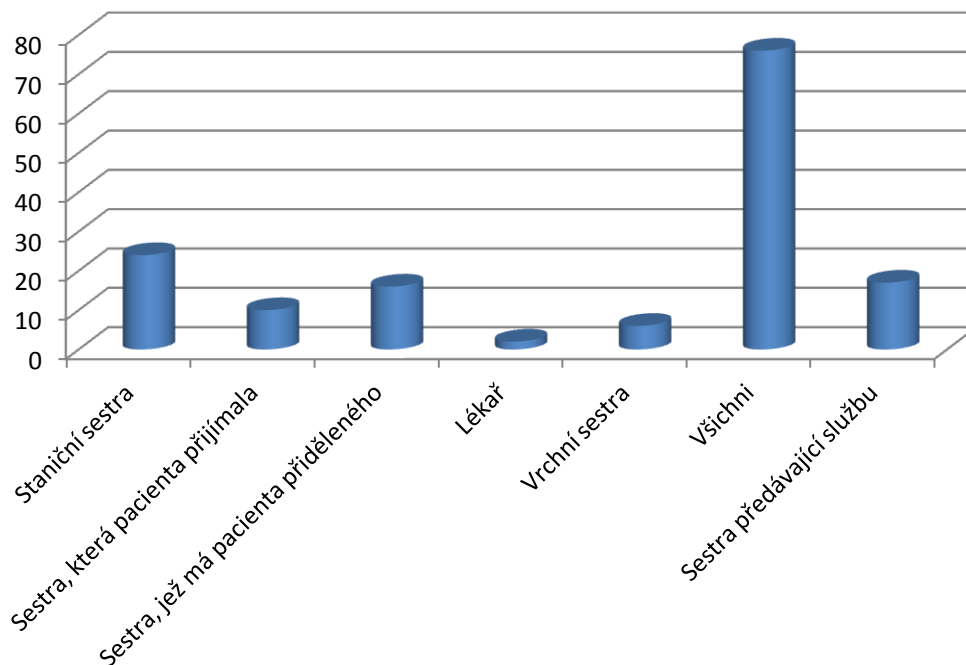
Ze 100 dotazovaných pracuje v režimu rovnoměrně rozvržené pracovní doby 21 sester (21 %) a zbylých 79 sester (79 %) v režimu nerovnoměrně rozvržené pracovní doby.



Na otázku, za kolik lůžek je sestra ve směně zodpovědná, odpovědělo z celkového počtu 100 dotazovaných sester takto: 25 sester (25 %) zodpovídá za 20 lůžek, 18 (18 %) je zodpovědná za lůžek 22, 13 (13 %) za 24 lůžek, 14 sester (14 %) má na starost 25 lůžek, 12 (12 %) sester 34 lůžek, 11 (11 %) za 40 lůžek a zbylých 7 sester (7 %) je zodpovědná za lůžek 46.

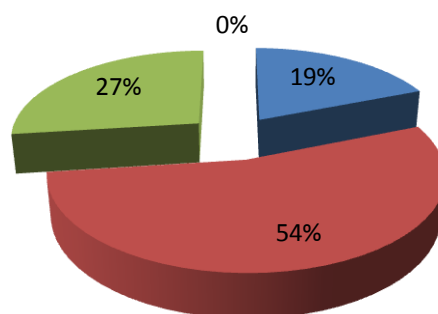
Graf 6 informuje o četnosti odpovědí na otázku: Kdo se podílí na poskytování informací o pacientech při předávání služby na Vašem oddělení? Na tuto otázku bylo možno označit více odpovědí. 76 sester (76 %) odpovědělo, že na poskytování informací se podílí všichni, jež mají o pacientovi informace. 24 (24 %) sester pak označilo staniční sestru, 17 sester (17 %) označilo možnost „jiní“, a to sestra předávající službu, 16 dotazovaných (16 %) odpovědělo, že na poskytování informací se podílí sestra, jež má pacienta přiděleného, 10 sester (10 %) označilo možnost sestra, která pacienta přijímala, 6 sester (6 %) označilo také vrchní sestru a 2 sestry (2 %) označily lékaře.

Graf 6: Na poskytování informací o pacientech se podílí



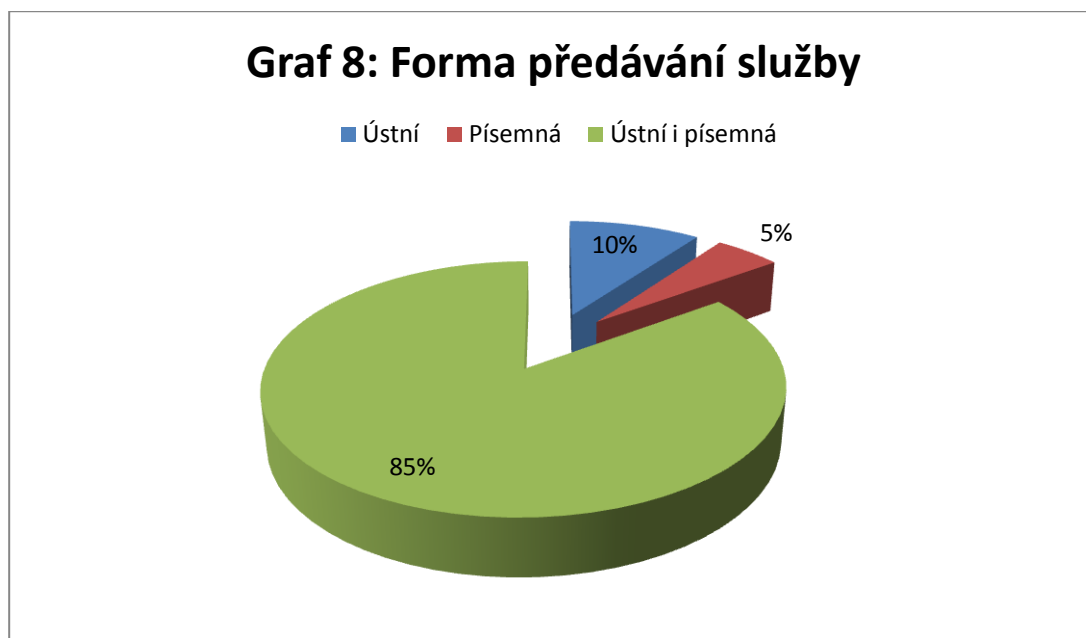
Graf 7: Systém poskytování ošetrovatelské péče

- Systém primárních sester
- Systém skupinové péče
- Systém týmové (funkční) péče
- Systém zaměřený na případ



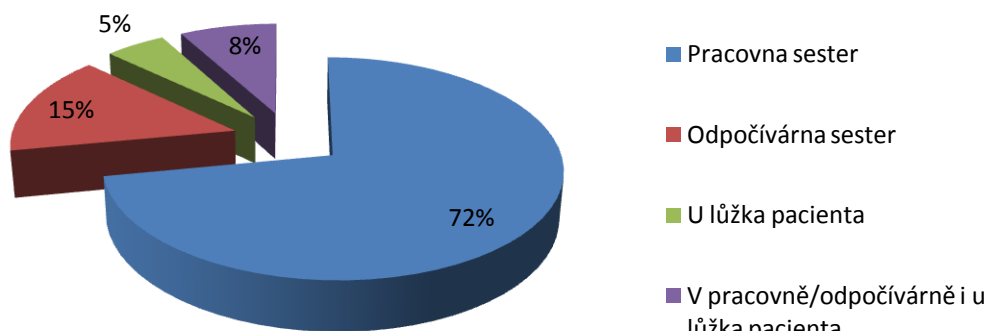
Graf 7 informuje o užívaném systému poskytování ošetrovatelské péče. 54 sester (54 %) odpovědělo, že je na jejich odděleních užíván systém týmové

(funkční) péče, 27 sester (27 %) označilo systém skupinové péče a 19 dotazovaných (19 %) odpovědělo, že využívají systém primárních sester. Ani na jednom z dotazovaných oddělení se nevyužívá systém ošetrovatelské péče zaměřený na případ.



Nejčastější formou předávání služby v Psychiatrické nemocnici Bohnice je předávání formou ústní i písemnou, tuto odpověď označilo 85 sester (85 %). 10 sester (10 %) odpovědělo, že užívají pouze formu ústního předávání a zbylých 5 sester (5 %) označilo užívání pouze písemné formy.

Graf 9: Místo předávání služby



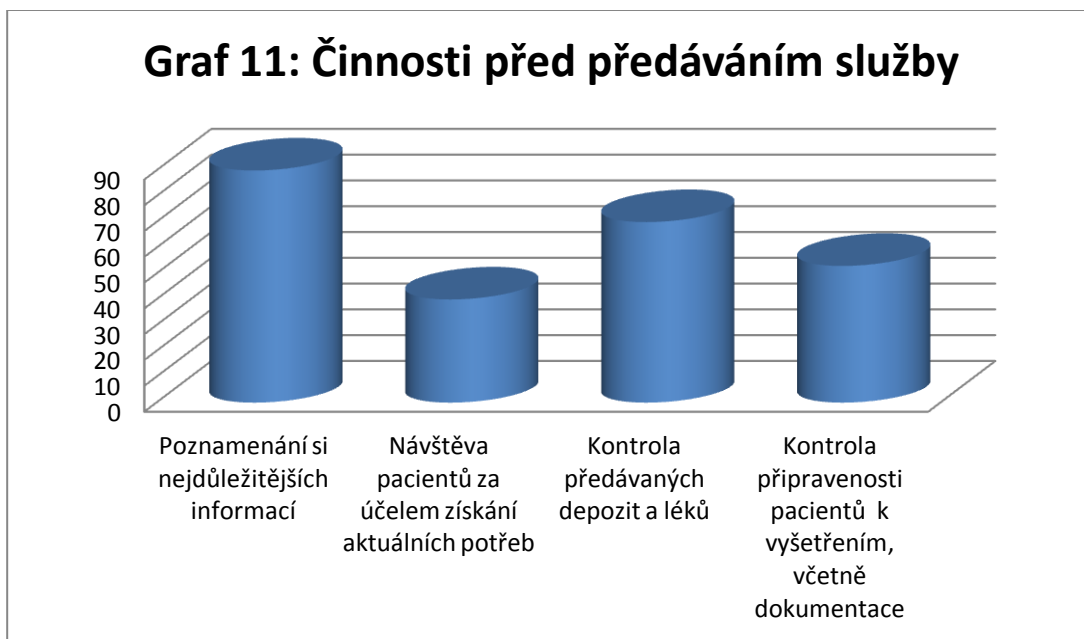
Graf 9 demonstruje nejčastější místo předávání služby. 72 sester (72 %) odpovědělo, že službu předávají v pracovně sester, 15 sester (15 %) zvolilo jako místo předávání služby odpočívárnu sester, 8 sester (8 %) uvedlo, že službu předávají na svém oddělení jak v pracovně/odpočívárně sester, tak u lůžka pacienta. Zbýlých 5 sester (5 %) odpovědělo, že službu předávají výhradně u lůžka pacienta.

Graf 10: Informační zdroje



Nejčastěji užívaným zdrojem informací pro předávání služby je dle odpovědí dekurz pacienta, tuto odpověď označilo 85 sester (85 %). 83 (83 %) sester uvedlo, že

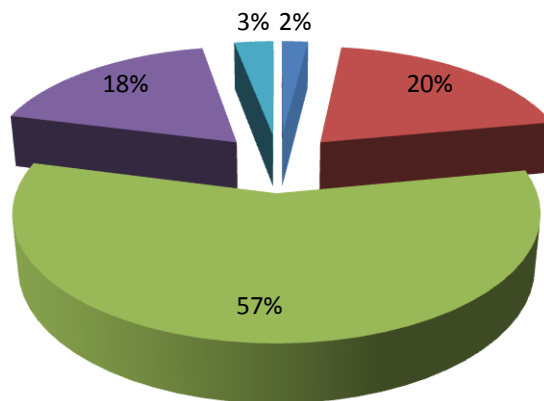
využívá knihu hlášení či protokol o převzetí a předání služby, 30 sester (30 %) využívá informační tabuli se jmény pacientů a pouze 1 sestra (1 %) k předávání služby využívá ošetřovatelský plán.



U otázky č. 11 – Jaké činnosti provádíte těsně před předáváním služby?, bylo možno zvolit více odpovědí. 90 sester (90 %) ze 100 odpovědělo, že před předáváním služby si poznamená nejdůležitější informace, které chce při předávání uvést. 40 sester (40 %) navštívuje pacienty před předáváním na pokojích, aby zjistily jejich aktuální potřeby. 70 sester (70 %) kontroluje před hlášením sester depozita a léky předávané v rámci oddělení a 53 sester (53 %) zjišťuje, zda jsou pacienti připraveni a poučeni k plánovaným vyšetřením včetně správnosti veškeré dokumentace k tomu potřebné.

Graf 12: Délka předávání služby

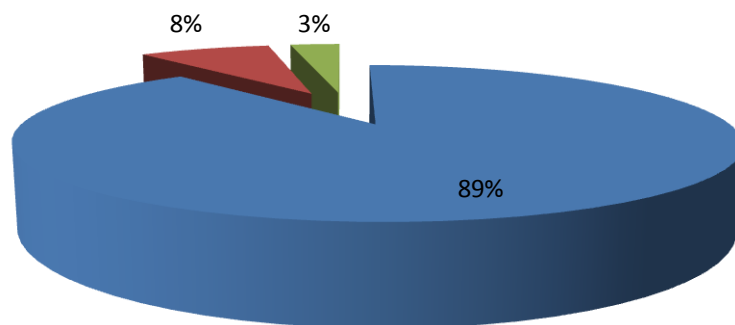
■ Méně než 5 minut ■ 6-10 minut ■ 11-15 minut ■ 16-20 minut ■ Více než 20 minut



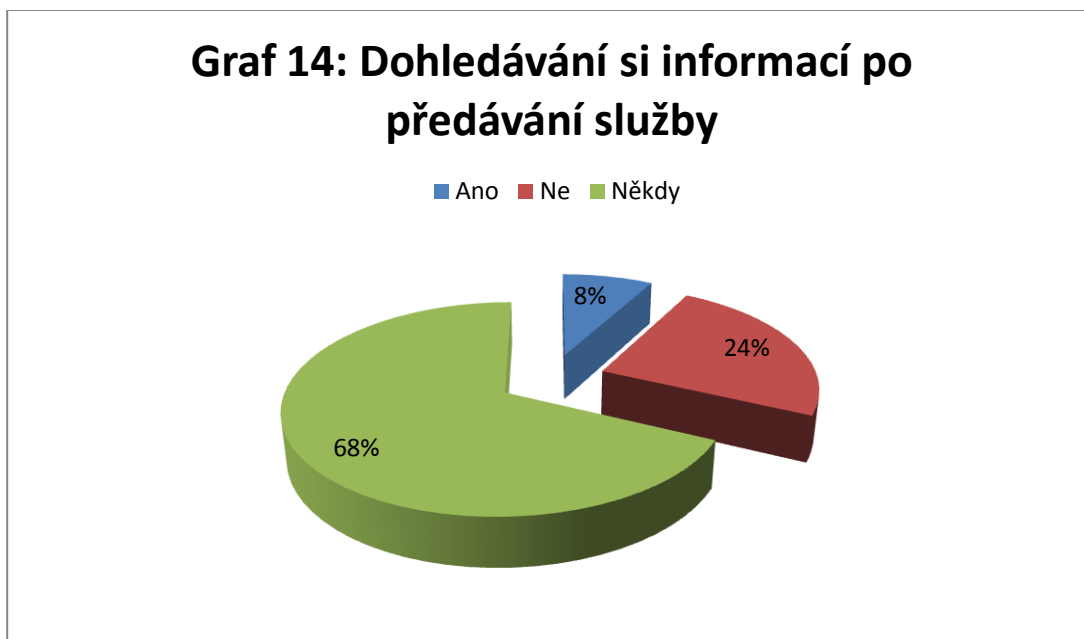
Graf 12 demonstruje průměrnou délku předávání služby na odděleních respondentů. Více než polovina sester, a to 57 sester (57 %), uvedla, že předávání služby na jejich odděleních trvá průměrně 11-15 minut. 20 sester (20 %) označilo odpověď trvání předávání služby 6-10 minut. 18 sester (18 %) uvedlo, že předávají službu průměrně 16-20 minut, 3 sestry (3 %) předávají více než 20 minut a zbylým 2 % (2 sestry) stačí k předávání služby méně než 5 minut.

Graf 13: Spokojenost s předáváním služby

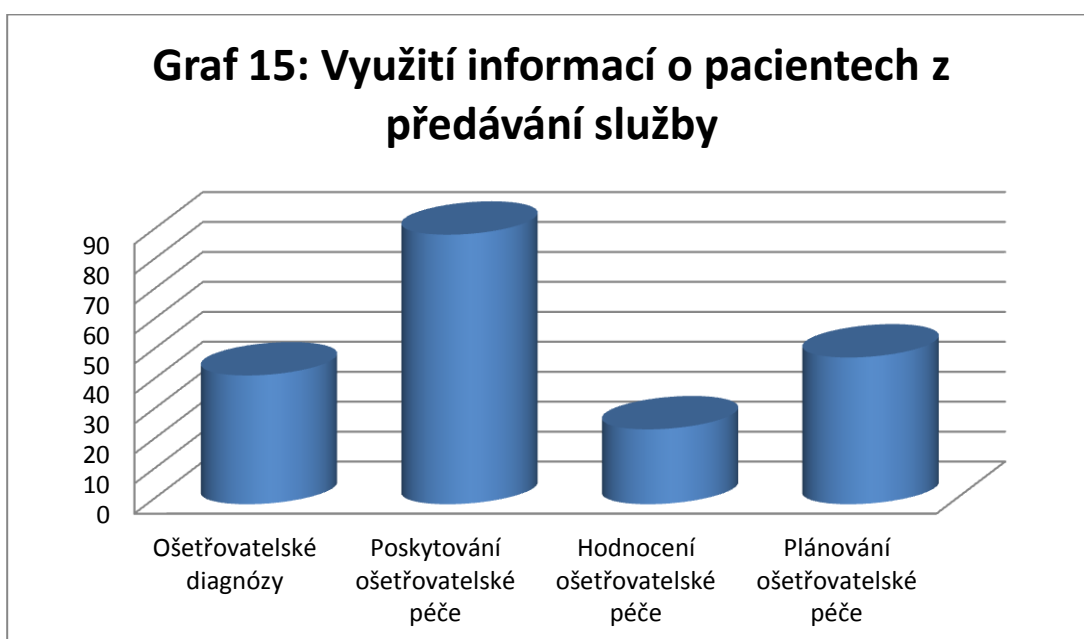
■ Ano ■ Ne ■ Nevím



Graf 13 znázorňuje spokojenost sester se současným stavem předávání služby na jejich odděleních. 89 (89 %) ze 100 dotazovaných sester je spokojeno, 8 sester (8 %) není spokojeno a 3 sestry (3 %) neví, zda jsou spokojeny.



Po předávání služby si 68 sester (68 %) někdy musí dohledat informace o pacientech, 24 % dotazovaných (24 sester) si informace nemusí dohledávat a naopak 8 sester (8 %) si musí informace dohledávat vždy.



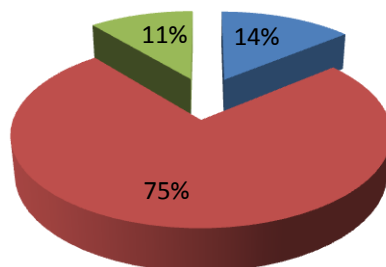
Graf 15 znázorňuje, k jakým ošetřovatelským činnostem sestry využívají informace o pacientech získaných z předávání služby. U této otázky byla nabídnuta možnost označit více odpovědí. Sestry tyto informace nejvíce využívají k poskytování ošetřovatelské péče, tuto možnost odpovědi zvolilo 90 sester (90 %). 49 sester (49 %) pomocí těchto informací plánuje ošetřovatelskou péči, 43 sester (43 %) dle takto získaných informací tvoří ošetřovatelské diagnózy a 25 sester (25 %) využívá předávání služby jako zdroj k hodnocení ošetřovatelské péče.



Otázka č. 16 byla jako jediná škálová. Pomocí stupnice 1-5 sestry označovaly míru využívání informací z předávání služby k plánování ošetřovatelského plánu, kdy 1 znamená minimální využití a 5 maximální využití. Nejčastěji respondenti označovali stupeň č. 3, tedy průměrnou četnost využívání, a to ve 47 % (47 sester). Minimálně využívá tyto informace k plánování ošetřovatelského plánu 10 sester (10 %), stupeň č. 2 označilo 6 sester (6 %). Naopak maximálně tyto informace k účelu plánování ošetřovatelského plánu využívá 19 sester (19 %) a 18 sester (18 %) označilo stupeň č. 4, tedy využití blízké se maximálnímu využití.

Graf 17: Poškození pacienta na základě neposkytnuté informace při předávání služby

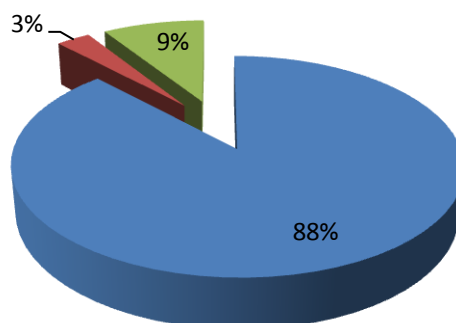
■ Ano ■ Ne ■ Slyšela jsem o tom



Tato otázka zkoumala, zda se sestry setkaly se situací, kdy nebyla poskytnuta během předávání služby informace, na jejímž základě mohlo dojít k poškození pacienta. 75 sester (75 %) se s takovou situací nikdy neseťkalo, naopak tomu bylo u 14 sester (14 %) a 11 sester (11 %) o takovéto situaci alespoň slyšelo.

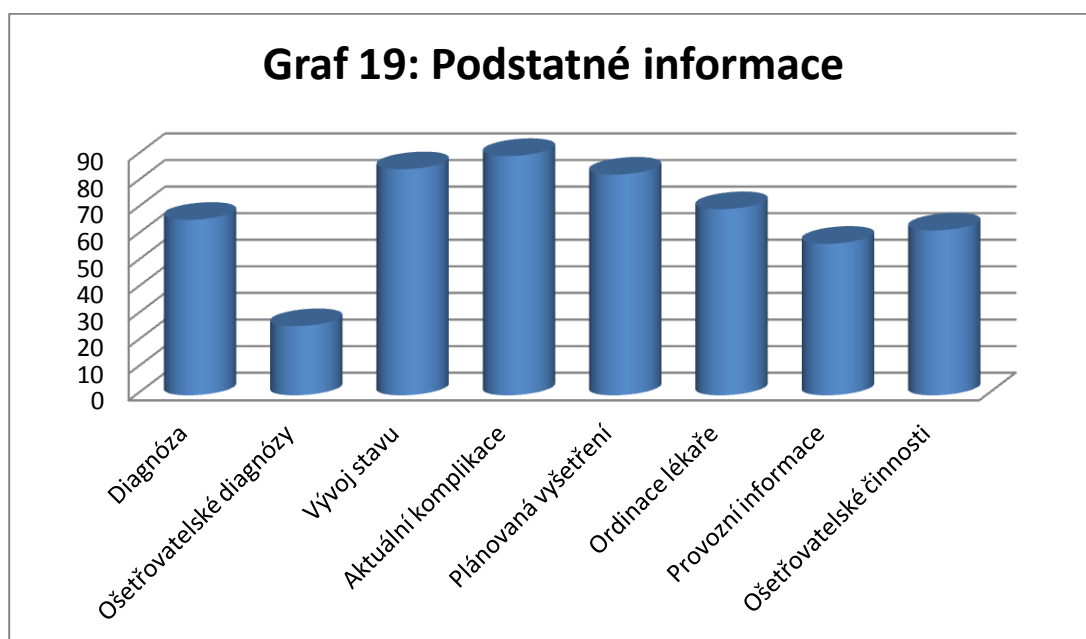
Graf 18: Porozumění výrazům používaných při předávání služby

■ Ano ■ Ne, nevyhovuje latinská terminologie ■ Ne, nevyhovují zkratky a slang

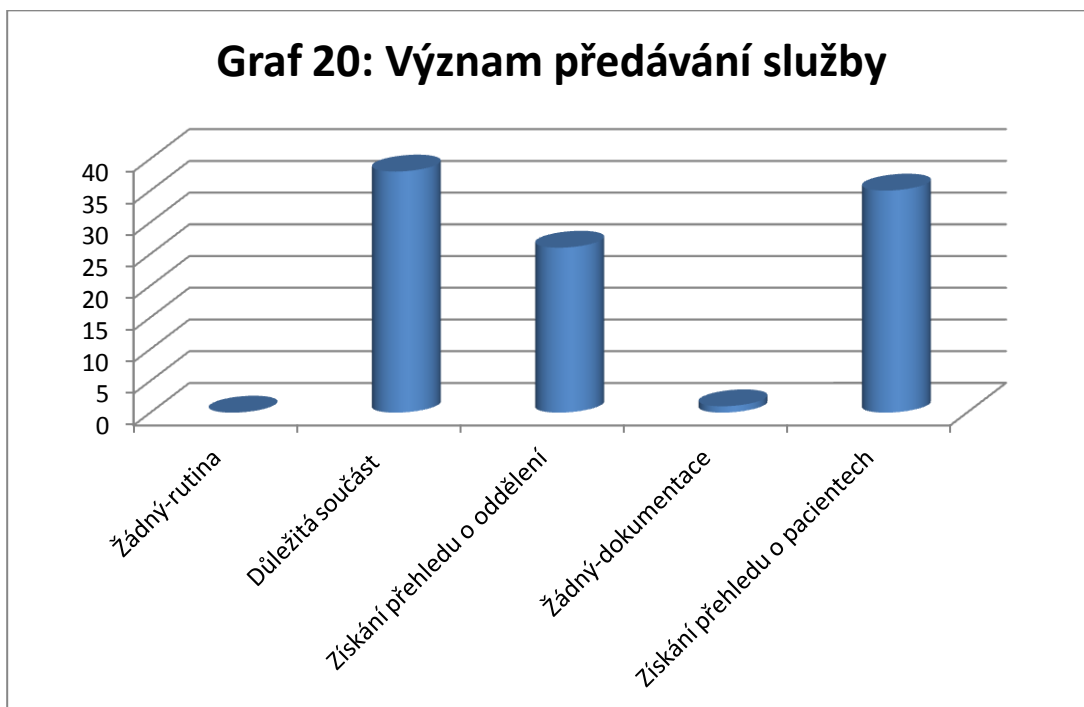


Graf 18 demonstruje, na kolik sestry rozumí výrazům, které při předávání služby jejich kolega nebo kolegyně užívá. 88 sester (88 %) rozumí veškerým

výrazům, 9 sestrám nevyhovují zkratky a slangová označení a 3 sestry (3 %) nerozumí latinské terminologii.

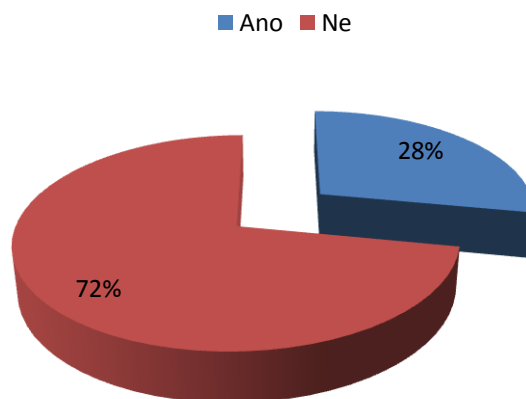


Graf 19 demonštruje, aké informácie sú pre sestry pri predávaní služby podstatné. Opäť bola ponúknutá možnosť označiť viac odpovedí. Diagnóza je dôležitá pre 66 sestier (66 %), ošetrovateľská diagnóza zaujíma 26 sestier (26 %), vývoj stavu pokladá za dôležitou informáciu 85 sestier (85 %), aktuálna komplikácia boli najčastejšie odpovedi – zo 100 sestier označilo túto odpoveď 90 sestier (90 %). Plánovaná vyšetrenia zaujíma 83 sestier (83 %), ordinácie lekárov je podstatná pre 70 sestier (70 %), provozní informace považuje za dôležité 57 sestier (57 %) a provedené ošetrovateľské činnosti sú podstatné pre 62 sestier (62 %).



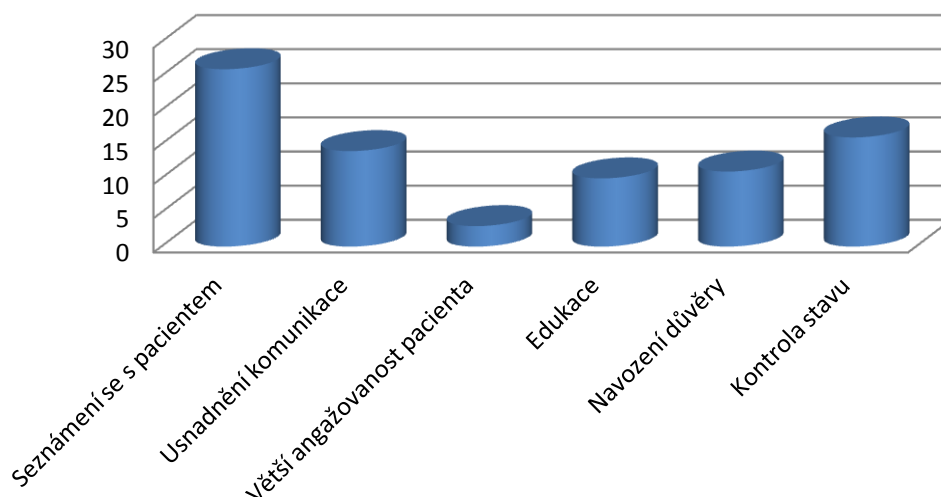
Otázka č. 20 zkoumala, jaký význam má pro sestry předávání služby. Jak znázorňuje graf, pro nejvíce dotazovaných je předávání služby důležitou součástí ukončení a zahájení služby, tuto odpověď zvolilo 38 sester (38 %). V počtu odpovědí ji pak následuje možnost získávání přehledu o jednotlivých pacientech, takto odpovědělo 35 dotazovaných ze 100 (35 %). 1 z dotazovaných sester (1 %) se domnívá, že předávání služby nemá žádný význam, že vše najde v dokumentaci. Žádný z respondentů si nemyslí, že by předávání služby bylo rutinou bez jakéhokoliv významu a 26 sester (26 %) uvedlo, že díky předávání služby získávají přehled o oddělení.

Graf 21: Přínos předávání služby u lůžka pacienta



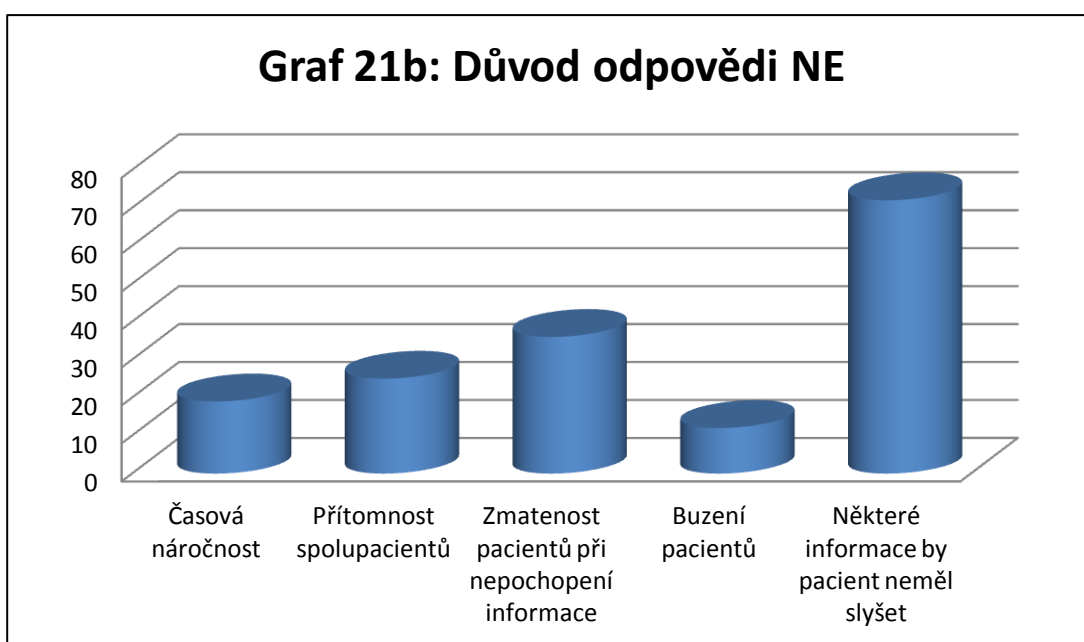
Otázka č. 21 zkoumala, jaký postoj mají sestry k předávání služby u lůžka pacienta, zda je přínosnější pro sestry nebo pacienty či nikoliv. Svou odpověď museli respondenti odůvodnit (viz grafy 21a a 21b). 72 sester (72 %) se domnívá, že předávání služby u lůžka pacienta není přínosem, naopak 28 % sester (28 dotazovaných) má za to, že taková forma předávání přínosem je.

Graf 21a: Důvod odpovědi ANO



Jak jsme již zmiňovali u komentáře ke grafu 21, 28 sester (28 %) si myslí, že předávání u lůžka pacienta je přínosnější. Tento graf mapuje důvody, pro které

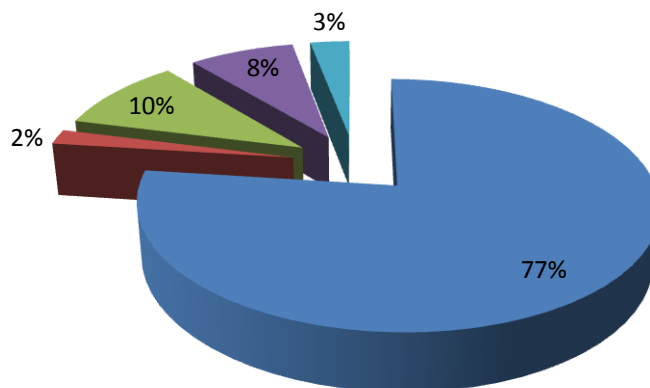
sestry považují takovou formu předávání za přínos. Sestry mohly zvolit více důvodů. 16 sester z celkového počtu 28 považuje za přínos seznámení se s pacientem, 14 sester odůvodnilo svou odpověď tím, že dochází k usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem. 3 sestry se domnívají, že při předávání služby u lůžka pacienta dochází k větší angažovanosti pacienta v poskytování ošetrovatelské péče. 10 sester považuje tuto formu předávání služby za prostředek edukace. 11 sester z 28 vidí přínos v navození důvěry pacienta v sestru a 26 sester uvedlo jako důvod přínosu kontrolu stavu pacienta.



Ze 72 sester, které se domnívají, že předávání služby u lůžka pacienta není přínosnější (viz graf 21), vidí 19 sester nevýhodu zejména v časové náročnosti, 25 sester se domnívá, že není vhodná přítomnost spolupacientů. 36 sester se obává zmatenosti pacientů při nepochopení pasivně vyslechnuté informace při předávání služby mezi sestrami. 12 sester vidí nevýhodu v buzení pacientů a 72 sester si myslí, že některé informace by pacient neměl slyšet.

Graf 22: Změna způsobu předávání služby

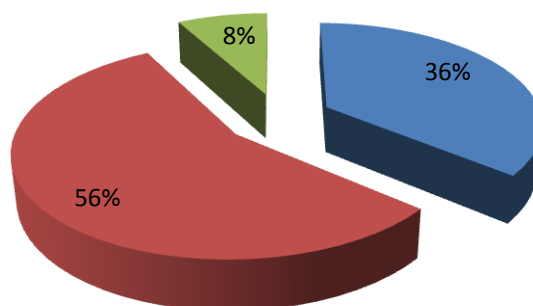
■ Ne ■ Místo ■ Více informací ■ Větší časový prostor ■ Dokumentace



Graf 22 znázorňuje četnost odpovědí na otázku, co by respondenti změnili na způsobu předávání služby. 77 sester (77 %) je spokojeno, neměnily by nic, 2 % (2 sestry) by změnila místo předávání, 10 sester (10 %) by uvítalo více informací o pacientech. 8 sester (8 %) označilo odpověď změny časového prostoru k předávání služby ve smyslu většího prostoru. 3 sestry (3 %) by změnily dokumentaci.

Graf 23: Existence standardu, směrnice či pokynu

■ Ano ■ Ne ■ Nevím



Graf 23 zobrazuje četnost odpovědí na poslední otázku dotazníku, a to zda existuje na oddělení tázaných sester standard, směrnice či pokyn upravující předávání služby. 36 sester (36 %) zvolilo odpověď ano, 56 sester (56 %) uvedlo, že neexistuje nic a zbylých 8 % neví, zda takový dokument existuje.

7. DISKUSE

Přestože je předávání služby každodenní činností sestry, existuje velmi málo tištěné literatury i internetových zdrojů na toto téma. Pokud se již nějaký zdroj objeví, lze předpokládat, že rozbor tohoto tématu bude maximálně na jeden odstavec či malou kapitolu. Neexistuje tak nikde ucelený přehled k předávání hlášení a sestry, potažmo nemocnice si předávání hlášení upravují k „obrazu svému“.

Zaměříme-li se na praxi, tak ani zde předávání hlášení nemá vlastní standard. Celkem 56 sester (56 %) uvedlo, že na jejich odděleních standard, směrnice či pokyn na předávání hlášení není (graf 23). Cílem práce bylo zjistit, co sestry považují za hlavní přínos a největší překážku v předávání hlášení u lůžka pacienta. Jaký postoj k této formě předávání hlášení mají, zda předávání služby mezi sestrami slouží jako informační zdroj pro ošetrovatelský proces.

Výzkumný soubor byl tvořen 100 sestrami pracujícími v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Zmapovali jsme délku praxe v oboru všeobecná sestra (graf 1). Bylo zjištěno, že více než 50 % dotazovaných sester (54 sester = 54 %) má praxi oboru více než 20 let, což předpokládá zkušené sestry a kvalitní informace. Dalších 18 sester (18 %) pracuje v oboru 11-20 let. Druhou orientační otázkou jsme zjistili, že z celkového počtu 100 respondentů bylo 50 sester (50 %) středoškolsky vzdělaných, 30 sester (30 %) dokončilo postgraduální specializační studium nebo vyšší odbornou školu a 20 % dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

Prostřednictvím dotazníků jsme se zajímali o formu předávání služby. Jak ukazují výsledky našeho šetření (graf 8), 85 sester (85 %) potvrdilo, že je využívána kombinace písemné i ústní formy. Odpovídá tomu i prostředí, v němž je předávání služby realizováno. Nejčastěji zmiňovaným místem, v němž se odehrává hlášení sester, je pracovna sester (graf 9). Pracovnu sester považujeme za vhodné místo z důvodu, že právě zde je uložena veškerá dokumentace pacientů. Dále je zde umístěna informační tabule se jmény pacientů, která slouží sestram ke snadnější orientaci ve jménech či umístění pacientů. Naším šetřením bylo zmapováno, že nejčastěji užívaným zdrojem informací pro předávání služby je dle odpovědí dekurz pacienta, tuto odpověď označilo 85 sester (85 %), dalších 83 sester (83 %) uvedlo,

že využívá knihu hlášení či protokol o převzetí a předání služby, informační tabuli se jmény pacientů využívá 30 % sester a pouze jedna sestra k předávání služby využívá ošetrovatelský plán. Pokoj pacienta jako místo předávání uvedlo pouze 13 sester ze 100.

Tato varianta se nám však jeví jako velmi příznivá jak pro sestry, tak i pro nemocné. Pacient je tak přímo zapojen do ošetrovatelského procesu. Navštěvování pacientů na pokojích je vhodnou kombinací předávání služby a sesterské vizity, čímž se docílí výměny informací mezi sestrami a ty zároveň získávají přehled o aktuálních potřebách nemocných. Předávání služby u lůžka pacienta může některé sestry stimulovat k doptávání se na informace o pacientech. Hrušková (2001) se ve své práci na tuto skutečnost zaměřila. Na podkladě pozorování zjistila, že sestry, které předávají službu na pokojích pacientů, mají zažité vedení předávání služby formou dialogu. Dává to do souvislosti s přítomností pacienta. Bylo pozorováno, že sestra přebírající službu se doptává na informace nejen sestry předávající, ale i samotného pacienta. Tímto získává nejaktuálnější informace od „přímého zdroje“.

Místo, kde se služba na jednotlivých odděleních předává, se může lišit. Sestry v PN Bohnice jsou však s místem předávání služby na svých odděleních spokojeny. Graf 22 znázorňuje, že pouze dvě sestry z celkového počtu 100 uvedly, že by změnilly místo předávání služby.

Zkoumali jsme rovněž, kdo se z členů týmů podílí na předávání informací o nemocných. Z šetření vyplynulo (graf 6), že jsou to nejčastěji všichni, kteří mají informace o daném pacientovi. Toto zjištění se shoduje s faktem, že v dnešní době se stále nejvíce využívá systém týmové (funkční) péče (graf 7). Podstatou tohoto systému péče je přiřazení určitých činností sestře, ošetrovateli nebo sanitáři, jež vykonávají u všech pacientů. U oddělení, na kterých se pracuje podle tohoto systému, je k předávání informací o pacientech využívána staniční sestra, která mívá přehled o všech nemocných na oddělení.

Dále jsme se zaměřili na zjištění spokojenosti respondentů s předanými informacemi o pacientech při předávání služby (graf 13). 89 % sester se vyjádřilo, že jsou spokojené s předáváním služby na jejich oddělení a 77 % dokonce uvádí, že si

na způsobu předávání služby nepřejí nic měnit (graf 22). **Tímto se potvrdila hypotéza H1, že sestry v PN Bohnice jsou se současným stavem předávání služby na jejich odděleních spokojené.** Graf 19 mapuje informace, které sestry při předávání služby považují za důležité. Nejvíce sestry zajímají aktuální komplikace, méně již provozní informace. Tato skutečnost se shoduje s odpověďmi sester, které vidí význam předávání služby v získání přehledu o pacientech (graf 20).

Dalším významem hlášení sester je pro sestry získání přehledu o oddělení. Část dotazníku se dotazovala na přínosy a překážky pro sestru a pacienta a korespondovala s druhou hypotézou: **Sestry vidí jako největší přínos v předávání služby u lůžka pacienta kontrolu stavu pacienta.** Jak jsme již zmiňovali v grafu 21, 28 sester (28 %) si myslí, že předávání u lůžka pacienta je přínosnější. 16 sester z celkového počtu 28 považuje za přínos seznámení se s pacientem, 14 sester odůvodnilo svou odpověď tím, že dochází k usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem. Tři sestry se domnívají, že při předávání služby u lůžka pacienta dochází k větší angažovanosti pacienta při poskytování ošetrovatelské péče. Deset sester považuje tuto formu předávání služby za prostředek edukace. 11 sester z 28 vidí přínos v navození důvěry pacienta v sestru a 26 sester uvedlo jako důvod přínosu kontrolu stavu pacienta. **Tímto se hypotéza H2 potvrdila.**

Ze zpracovaných výsledků je patrné, že sestry za největší překážku při předávání hlášení udávaly sdělování informací před pacientem (graf 21b), i přestože je v etickém kodexu Práva pacientů (příloha F) zakotveno jeho právo na informace. Autorky článku „Jak úspěšně komunikovat“ Hornáková a Uhrová (2009) v něm zdůrazňují, že pacient je naším partnerem a ne naším protivníkem. Často se však pacient kvůli neposkytnutí adekvátních informací naším protivníkem stává. Zde musíme připomenout, že všeobecná sestra smí poskytnout pouze informace v rámci svých kompetencí. **Třetí hypotéza šetřením potvrzena nebyla. Ve třetí hypotéze jsme předpokládali za největší překážku časovou náročnost.**

V šetření jsme se zabývali také využitím předaných informací pro realizaci ošetrovatelského procesu. Sestry jsou spokojené s informacemi, které získávají při předávání služby (graf 13). Naše šetření dále rozvíjí poznatky o využití informací při

plánování ošetrovatelského plánu. Pomocí stupnice 1-5 sestry označovaly míru využívání informací ze sesterského hlášení k plánování ošetrovatelského plánu, kdy 1 znamená minimální využití a 5 maximální využití. Nejčastěji respondenti označovali stupeň č. 3, tedy průměrnou četnost využívání, a to ve 47 %. Maximálně tyto informace k účelu plánování ošetrovatelského plánu využívá 19 sester (19 %) a 18 sester (18 %) označilo stupeň č. 4, tedy využití blíží se maximálnímu využití. Můžeme tedy tvrdit, že celkem 37 % sester tvrdí, že informace v ošetrovatelském procesu využívají plně. Dále nás zajímalo, ve které fázi ošetrovatelského procesu sestry informace z předávání služby využívají (graf 15). Většina sester odpověděla, že informace uplatňují při poskytování ošetrovatelské péče, ve 4. fázi ošetrovatelského procesu. **Tím se nám potvrzuje hypotéza H4, že sestry v PN Bohnice využívají informace získané z předávání služby pro ošetrovatelský proces.**

Z výzkumu dále vyplynulo, že 14 % sester se setkalo se situací, kdy mohlo dojít k poškození pacienta na základě neúplné či špatně předané informace a 11 % o takové situaci slyšelo (graf 17). To je důkazem, jak je důležitá systematika a komplexnost předávání služby.

ZÁVĚR

Sestry si předávají službu denně za účelem výměny informací o pacientech a pro zachování kontinuity ošetrovatelské péče. Cílem práce bylo zmapovat nejčastější formu předávání služby v Psychiatrické nemocnici Bohnice, zjistit postoj sester k předávání služby u lůžka pacienta, zjistit, jak jsou sestry se současným stavem předávání služby spokojené a do jaké míry využívají předané informace při realizaci ošetrovatelského procesu.

Cíle práce jsme splnili. Šetření jsme realizovali dotazníkovou metodou. Byly stanoveny čtyři hypotézy. H1: Sestry v PN Bohnice jsou spokojeny se současným stavem předávání služby na jejich odděleních. H2: Sestry v PN Bohnice vidí jako největší přínos v předávání hlášení u lůžka pacienta kontrolu stavu pacienta. H3: Sestry v PN Bohnice vidí největší překážku při předávání služby u lůžka pacienta v časové náročnosti. H4: Sestry v PN Bohnice informace získané při předávání služby využívají při realizaci ošetrovatelského procesu. Výsledky zdůrazňují důležitost předávání informací o pacientech v ošetrovatelském týmu, podstatu předávat službu vhodnou formou a s komplexním obsahem. Pouze takto jsou informace pro sestry prostředkem k seznámení se s pacientem a jeho potřebami. Předání služby je jakousi osnovou k průběhu dané směny. Na základě šetření jsme vytvořili návrh doporučení pro vedoucí sestry k efektivnímu vedení hlášení sester (příloha G). Pro praxi by bylo přínosné toto téma rozšířit a podrobněji zkoumat obsahovou stránku hlášení sester. Vhodné by bylo provést šetření v různých zdravotnických zařízeních. Kvalitně předaná služba by mohla mnohdy nahradit i sestřerské vizity.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literatura a časopisy

Bártlová, S. (2008). *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky* (Vyd. 1. ed.). Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

Bláha, K. (2003). *Sestra a pacient: (komunikace v praxi)* (Vyd. 1. ed.). Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Haškovcová, H. (2000). *Manuálek o etice pro zdravotní sestry* (Vyd. 1. ed.). V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Hornáková, A., & Uhrová, Z. (2009). Jak úspěšně komunikovat. *Sestra*, 19, 7-8.

Hrušková, N. (2011). *Předání služby jako zdroj informací pro ošetrovatelský proces (Bakalářská práce)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Kadlecová, I. (2010). *Spolupráce sester a lékařů z pohledu ošetrovatelského managementu (Diplomová práce)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

Kelnarová, J. (2009). *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty: 1. ročník* (1. vyd. ed.). Praha: Grada.

Kutnohorská, J. (2010). *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada.

LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky: ošetrovatelská praxe: klinická ošetrovatelská praxe: glosář (Vyd. 1. ed.). (1996). V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Mach, J. (2002). Ochrana osobních údajů pacienta, povinná mlčenlivost, lékařské tajemství aneb časovaná bomba. *Tempus medicorum*, 5.

- Mach, J. (2010). *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky* (1. vyd. ed.). Praha: Grada.
- Mastiliaková, D. (1999). *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Murray, M. E., & DiCroce, H. R. (2003). *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče* (1. vyd. ed.). Praha: Grada.
- Nováková, J. (2010). *Hlášení sester a sesterská vizita v praxi (Diplomová práce)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- Polícar, R. (2010). *Zdravotnická dokumentace v praxi* (1. vyd. ed.). Praha: Grada.
- Reichel, J. (2008). *Kapitoly systematické sociologie* (Vyd. 2., přeprac. a dopl., V Grada Publishing 1. ed.). Praha: Grada.
- Staňková, M. (1996). *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium* (Dotisk ed.). Praha: Karolinum.
- Staňková, M. (1998). *Koncepce českého ošetrovatelství* (Vyd. 1. ed.). V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Staňková, M. (1999). *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe* (Vyd. 1. ed.). Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Staňková, M. (2002). *Sestra - reprezentant profese* (Vyd. 1. ed.). Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Šamánková, M. (2006). *Základy ošetrovatelství* (1. vyd. ed.). Praha: Karolinum.
- Ščepončová, S. (2009). *Zdravotnická dokumentace. Sestra, 11*.
- Uherek, P. (2008). *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků: komplexní rozbor aktuální právní úpravy* (1. vyd. ed.). Praha: Grada.
- Vondráček, L., & Ludvík, M. (2003a). *Ošetrovatelská dokumentace v praxi* (Vyd. 1. ed.). Praha: Grada.

Vondráček, L., & Ludvík, M. (2003b). *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. (Vyd. 1. ed.). Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Vondráček, L., & Vondráček, J. (2006). *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II* (Vyd. 1. ed.). Praha: Grada.

Vondráček, L., & Wirthová, V. (2008). *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi* (Vyd. 1. ed.). Praha: Grada.

Workman, B. A., & Bennett, C. L. (2006). *Klíčové dovednosti sester* (Vyd. 1. české ed.). Praha: Grada.

Zajišťování kvality ošetrovatelské péče; Etický kodex sester; Charty práv pacientů (Vyd. 1. ed.). (1998). V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Legislativní zdroje

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

Zákon č. 256/1993 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

zákon č. 260/2001 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Délka praxe v oboru všeobecná (zdravotní) sestra	34
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání	34
Graf 3: Segment péče	35
Graf 4: Pracovní doba.....	35
Graf 5: Počet lůžek, za které sestra ve směně zodpovídá.....	36
Graf 6: Na poskytování informací o pacientech se podílí	37
Graf 7: Systém poskytování ošetrovatelské péče.....	37
Graf 8: Forma předávání služby	38
Graf 9: Místo předávání služby.....	39
Graf 10: Informační zdroje	39
Graf 11: Činnosti před předáváním služby	40
Graf 12: Délka předávání služby	41
Graf 13: Spokojenost s předáváním služby	41
Graf 14: Dohledávání si informací po předávání služby	42
Graf 15: Využití informací o pacientech z předávání služby	42
Graf 16: Využití informací z předávání služby k plánování ošetrovatelského plánu	43
Graf 17: Poškození pacienta na základě neposkytnuté informace při předávání služby.....	44
Graf 18: Porozumění výrazům používaných při předávání služby	44
Graf 19: Podstatné informace	45
Graf 20: Význam předávání služby.....	46
Graf 21: Přínos předávání služby u lůžka pacienta	47
Graf 21a: Důvod odpovědi ANO	47
Graf 21b: Důvod odpovědi NE	48
Graf 22: Změna způsobu předávání služby	49
Graf 23: Existence standardu, směrnice či pokynu	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Screeningové testy (vzory používané v PNB)	I
Příloha B: Protokol o předání a převzetí služby	II
Příloha C: Dotazník	III
Příloha D: Pokyn k předávání služby (z roku 2009)	X
Příloha E: Souhlas Etické komise PNB	XI
Příloha F: Etický kodex Práva pacientů	XII
Příloha G: Návrh doporučení pro vedoucí sestry	XIII

Příloha A: Screeningové testy (vzory používané v PNB)

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8, tel. 284016111, IČO: 00064220, IČZ: 08005000

BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Datum testu: 16.09.2013, 11:57

činnost/faktor	hodnocení	body
1. Najedení, napití	sám	10
2. Oblékání	sám	10
3. Koupání	sám nebo s pomocí	5
4. Osobní hygiena	sám nebo s pomocí	5
5. Kontinence moči	občas inkontinentní	5
6. Kontinence stolice	občas inkontinentní	5
7. Použití WC	sám	10
8. Přesun lůžko - židle	sám	15
9. Chůze po rovině	sám nad 50 m	15
10. Chůze po schodech	sám	10

Celkové hodnocení: lehká závislost body: 90

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, 181 02 Praha 8, tel. 284016111, IČO: 00064220, IČZ: 08005000

ZHDNOCENÍ RIZIKA SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ NGASR

Datum testu: 03.02.2014, 15:29

činnost/faktor	hodnocení	body
1. Beznaděj	ne	0
2. Deprese a ztráta zájmu a potěšení	ne	0
3. Plán spáchat sebevraždu	ne	0
4. Aktuální ztráta blízkého nebo rozpad vztahu	ne	0
5. Sebevražedný pokus v anamnéze	ne	0
6. Přítomnost stresových událostí	ne	0
7. Perzekuční hlasy (kritizující, nadávající, příkazující apod.) a přesvědčení (pronásledování, ohrožování, ovlivňování na dálku)	ne	0
8. Vážné duševní problémy nebo sebevražda v rodinné anamnéze	ne	0
9. Varovné známky sebevražedného záměru (rozloučení, majetkové vyrovnání)	ne	0
10. Psychóza v anamnéze	ne	0
11. Ztráta manželky/manžela nebo životního partnera	ne	0
12. Známky sociálního stažení	ne	0
13. Socioekonomické strádání v anamnéze	ne	0
14. Užívání alkoholu nebo jiných toxických látek v anamnéze	ne	0
15. Přítomnost terminálního onemocnění	ne	0

Celkové hodnocení: nízké riziko body: 0

Příloha B: Protokol o předání a převzetí služby

PROTOKOL O PŘEDÁNÍ A PŘEVZETÍ SLUŽBY PN Bohnice - segment následné a komunitní péče II oddělení 11

DATUM:		SLUŽBA: <input type="checkbox"/> nocní služba <input type="checkbox"/> sváteční služba	
STANIČNÍ:		ZÁSTUP STANIČNÍ:	
RANNÍ:	DENNÍ:	ODPOLEDNÍ:	NOČNÍ:
1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.
4.	4.	4.	4.
5.	5.	5.	5.
příjemci:	dieta: příjmení, jméno		od č.:
	odkud:		čas příjezdu:
propuštění:	dieta: příjmení, jméno		kam:
	čas odchodu:		
otěk:	příjmení, jméno		čas nahlášení na CPP: fax PCR (ano/ne):
depozitka k převzetí:	uložil/a:		
	uložila/a:		
	převzal/a:		
	převzala/a:		
mnoušková oddělení:			

vyhledá: (e-analýza/PtB)	příjmení, jméno (seznam):			
vyhledá mimo analýzu: (B-měsíc/20hoř)	příjmení, jméno:	od:	do:	s kým:
propuštění: (B-měsíc/20hoř)	příjmení, jméno:	od (datum, čas):	do (datum, čas):	s kým:
hlášení:	o: příjmení, jméno			
léčiva a přípravky:	název, léčivá forma:	počet kusů:	název, léčivá forma:	počet kusů:
přímáka:		lékařská ošetřovatelka:	ZA ODPOLEDNÍ SLUŽBU odpočíká:	
oddělení, příjmení, číslo od lékaře, doporučení:	RANNÍ PŘEDÁNÍ SLUŽBY PRO DENNÍ PROVIZI:		VEČERNÍ PŘEDÁNÍ SLUŽBY PRO NOČNÍ PROVIZI:	
stanoviční sestry:	předal/a:		převzal/a:	
	převzal/a:		převzala/a:	
	včetně ošetřovatel:			

TK, P, T, I, hmotnost:	
lokální ošetření:	
ATB, medikace dle časového rozpisu:	
injekční/dépotní medikace, infuze:	
ošetření, vyšetření mimo oddělení:	

oslovení pacientů předávaných v rámci oddělení:	příjmení, jméno:	kde:	od:
tema PK:			
oslovení pacientů předávaných v rámci oddělení:	příjmení, jméno:	přední č.:	příjmení, jméno:
zvláštní požadavky, riziko:			
mnoušková oddělení:			

Příloha C: Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,

dovolte mi prosím, abych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Hlášení sester“. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění je zcela dobrovolné. Prosím o označení Vámi vybrané odpovědi, pokud nebude uvedeno jinak.

Za Vaši ochotu, spolupráci a poskytnuté informace předem děkuji,

Müllerová Vendula

Pav. 11, 1. lf UK

1. Délka Vaší praxe v oboru všeobecná (zdravotní) sestra je?

- a) Do jednoho roku
- b) 1-5 let
- c) 6-10 let
- d) 11-20 let
- e) Více než 20 let

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské
- b) PSS nebo vyšší odborné
- c) Vysokoškolské

3. Pracujete na oddělení:

- a) Akutní péče
- b) Následná péče
- c) Ochranné léčby
- d) Gerontologie
- e) Dětské odd.
- f) Interní oddělení

4. V jakém provozu pracujete?

- a) Rovnoměrně rozvržena pracovní doba
- b) Nerovnoměrně rozvržena pracovní doba

5. Doplněte počet lůžek na vašem oddělení (pokud je odd. rozděleno na části, uveďte pouze počet lůžek části, za kterou ve Vaší směně zodpovídáte) :

.....

6. Při předávání služby na Vašem odd. se na poskytování informací o pacientech podílí (můžete označit více odpovědí) :

- a) Staniční sestra
- b) Sestra, která pacienta přijímala na oddělení
- c) Sestra, která má pacienta přiděleného
- d) Lékař
- e) Vrchní sestra
- f) Zapojují se všichni, kteří mají o pacientovi informace
- g) Jiní:.....

7. Jaký systém poskytování ošetrovatelské péče se využívá na Vašem odd.?

- a) Systém **primárních** sester (pacientovi/klientovi je při příjmu přidělena sestra, jež jej má na starost po celou dobu hospitalizace)
- b) Systém **týmové** (funkční) ošetrovatelské péče (sestra má přiřazené činnosti, které vykonává u všech pacientů/klientů)
- c) Systém **skupinové** péče (sestra má na starost skupinu pacientů/klientů, u kterých vykonává komplexní ošetrovatelskou péči)
- d) Systém **ošetrování zaměřený na případ** (sestra má přiděleny pacienty/klienty se stejnými charakteristickými znaky, jako je např. diagnóza a vykonává u nich péči podle ošetrovatelského plánu, který je vytvořen vedoucí sestrou)

8. Jakou formou předáváte hlášení na Vašem odd.?

- a) Ústní
- b) Písemnou
- c) Ústní i písemnou
- d) Jinou:.....

9. Kde probíhá předávání služby na Vašem odd.?

- a) V pracovně sester
- b) V odpočívárně sester
- c) U lůžka pacienta
- d) V pracovně nebo odpočívárně a u lůžka pacienta/klienta
- e) Jinde:.....

10. Jaké informační zdroje při předávání služby využíváte? (lze označit více odpovědí)

- a) Dekurz
- b) Knihu hlášení či protokol o převzetí a předání služby
- c) Ošetrovatelský plán
- d) Informační tabuli se jmény pacientů/klientů
- e) Jiné:.....

11. Jaké činnosti provádíte těsně před předáním služby? (lze uvést více možností)

- a) Poznámám si nejdůležitější informace, které chci při předávání uvést
- b) Navštívím pacienty/klienty na pokojích, abych zjistila jejich aktuální potřeby
- c) Zkontroluji depozita a léky předávané v rámci oddělení
- d) Zkontroluji, zda jsou pacienti/klienti připraveni a poučení k plánovaným vyšetřením, vč. úplnosti a správnosti veškeré dokumentace k tomu potřebné
- e) Jiné:.....

12. Jaká je průměrná doba předávání služby na Vašem odd.?

- a) Méně než 5 minut
- b) 6-10 minut
- c) 11-15 minut
- d) 16-20 minut
- e) Více než 20 minut

13. Jste spokojen/a s formou předávání služby na Vašem oddělení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

14. Musíte si po předávání služby dohledávat informace o pacientech/klientech?

- a) Ano
- b) Někdy
- c) Ne

15. Při jakých činnostech využíváte informace o pacientech/klientech z předávání služby? (lze označit více možností)

- a) Při stanovení ošetřovatelských diagnóz
- b) Při poskytování ošetřovatelské péče
- c) Při hodnocení ošetřovatelské péče
- d) Při plánování ošetřovatelské péče

16. Na stupnici označte do jaké míry využíváte informace z předávání služby při plánování ošetřovatelského plánu, kdy 1 znamená minimální využití a 5 znamená maximální využití:

1-----2-----3-----4-----5

17. Setkal/a jste se se situací, kdy nebyla poskytnuta během předávání služby informace, na jejímž základě mohlo dojít k poškození pacienta/klienta?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Slyšel/a jsem o tom

18. Rozumíte vždy všem výrazům, které při předávání Vaše kolegyně/kolega používá?

- a) Ano
- b) Ne, nevyhovuje mi latinská terminologie
- c) Ne, nevyhovují mi zkratky či slangové výrazy

19. Jaké informace jsou pro Vás podstatné? (lze označit více možností)

- a) Diagnóza
- b) Ošetrovatelské diagnózy
- c) Vývoj stavu
- d) Aktuální komplikace
- e) Plánovaná vyšetření
- f) Ordinace lékaře
- g) Provozní informace
- h) Provedené ošetrovatelské činnosti
- i) Jiné:.....

20. Jaký význam má pro Vás předávání služby?

- a) Žádný, je to rutina
- b) Je to důležitá součást ukončení a zahájení služby
- c) Získávám přehled o oddělení
- d) Žádný, vše najdu v dokumentaci
- e) Získávám přehled o jednotlivých pacientech
- f) Jiné:.....

21. Myslíte si, že předávání služby u lůžka pacienta/klienta je pro sestry nebo P/K přínosnější, nežli předávání služby bez přítomnosti pacientů/klientů?

1. **Ano** (odůvodněte, lze označit více možností)
 - a) Seznámím se s pacientem/klientem
 - b) Dochází k usnadnění komunikace mezi sestrou a pacientem/klientem
 - c) Větší angažovanost pacienta/klienta v poskytování ošetrovatelské péče
 - d) Prostředek edukace
 - e) Navození důvěry pacienta/klienta v sestru
 - f) Kontrola stavu pacienta/klienta
 - g) Jiné:.....
.....
2. **Ne** (odůvodněte, lze označit více možností)
 - a) Časová náročnost
 - b) Přítomnost spolupacientů
 - c) Zmatenost pacientů/klientů při nepochopení některých informací pasivně vyslechnutých při předávání
 - d) Buzení pacientů/klientů, příp. narušení večerního klidu
 - e) Některé předávané informace by pacient/klient neměl slyšet
 - f) Jiné:.....

22. Co byste změnil/a na způsobu předávání služby na Vašem odd.?

- a) Nic, jsem se současným stavem spokojen/á
- b) Místo předávání (uveďte)
- c) Více informací o pacientech
- d) Větší časový prostor
- e) Dokumentaci
- f) Jiné:.....

23. Existuje v PN Bohnice standard, směrnice či pokyn upravující předávání služby na oddělení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Příloha D: Pokyn k předávání služby (z roku 2009)

Psychiatrická léčebna Bohnice, segment následné péče

V Praze 8.6.2009

Pokyn vrchního ošetřovatele segmentu následné péče č. 1/2009

Věc: Předávání služby, v rámci segmentu následné péče

- a) Povinností každého člena ošetřovatelského týmu je úplné převzetí služby, stejně jako její předání pracovníkům ve službě navazující.
- b) Předávání služby je nezbytné pro zachování kontinuity ošetřovatelské péče. Probíhá denně, vždy na počátku nové směny, tj. ráno a večer, viz bod c).
- c) Na každém oddělení je stanoven přesný čas, kdy je předávání služby zahájeno. Ráno je to v rozmezí 6.45 hod. - 7.00 hod., večer v rozmezí 18.45 hod. - 19.00 hod. Přesný čas určí staniční sestra/ošetřovatel, která/ý o tomto termínu informuje všechny členy ošetřovatelského týmu příslušného oddělení.
- d) Ve stanovený čas musí být na pracovišti přítomni všichni členové ošetřovatelského týmu končící i počínající směny.
- e) Službu předává sestra/ošetřovatel odpovědná/ý za příslušnou část stanice, a sice všem členům ošetřovatelského týmu, zejména pak sestře/ošetřovateli, který ponese odpovědnost v následující směně. Odpovědnost určuje staniční sestra/ošetřovatel.
- f) Tématem předávání je zejména stav všech nemocných (tzv. „z dekursu“), organizace pracovního dne, provozní záležitosti a další dle zvyklostí pracoviště.
- g) Způsob předávání tzv. „z dekursu“ je definován jako stručné referování o každé/m konkrétní/m klientce/ovi, a sice čerpáním informací přímo z dekursu nemocné/ho.
- h) Staniční sestra/ošetřovatel přijme taková opatření, která zajistí průběh předávání služby tak, jak je uvedeno výše.
Tento pokyn nabývá platnosti dnem jeho vydání.

Příloha E: Souhlas Etické komise PNB

Etická komise

ekomise@plbohnice.cz

Psychiatrická nemocnice Bohnice
státní příspěvková organizace
IČO: 00064220 DIČ: CZ00064220
181 02 Praha 8, Ústavní 91
ředitel organizace: MUDr. Martin Holly

Vendula Müllerová

3. rok na 1.lf UK, obor „Všeobecná sestra“.
Pav.11, ven.mul@seznam.cz

Naše značka:

Vyřizuje/linka: 420284016141

V Praze dne 24.3.2014


Souhlas ke sběru dat k bakalářské práci

Etická komise PN Bohnice vyslovila souhlas s výzkumným šetřením za účelem napsání bakalářské práce „**Hlášení sester**“ a zároveň schválila publikování některých dokumentů PN Bohnice v této práci. Práce je součástí bakalářského studia na 1.lf UK, obor „Všeobecná sestra“ Konzultantem práce je Mgr. Běhounek Jan, vrchní ošetřovatel.

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.
tajemník etické komise



Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 – Bohnice 

tel. + 420 725867810, fax. + 420 284016595
pomykacz@bohnice.cz, www.bohnice.cz

Příloha F: Etický kodex Práva pacientů

Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha G: Návrh doporučení pro vedoucí sestry

<u>OBLASTI</u>		<u>VÝHODY/DOPORUČENÍ</u>	
Účastníci	<i>Dle organizačního systému práce na Vašem oddělení zvažte, kdo by se měl předávání služby účastnit</i>	Funkční systém	Systém skupinové péče
		Pracovní sester Všichni členové oš. týmu	Pokoj pacienta (MLČENLIVOST! - souhlasí?) Sestra předávající, sestra přebírající, stan. sestra, pacient
Čas	<i>Časové překrývání se směn!</i>	Organizace práce týmu tak, aby byl pro předávání služby dostatečný čas	
Místo	<i>Výběr místa s ohledem na systém poskytované ošetrovatelské péče (viz výše)</i>	Pracovní sester	Pokoj pacienta
		+ Veškerá dokumentace + Možnost předávat diskrétní informace	+ Kontrola stavu pacienta + Aktivní účast pacienta MLČENLIVOST!! (?)
Obsah	<i>Vytvořte osnovu předávaných informací, včetně informací provozních</i>	+ Sjednocení předávaných informací	
Dokumentace	<i>Vyhodnoťte stěžejní dokumentaci- ošetrovatelský plán, dekurz, protokol hlášení...</i>	+ Systematičtější předávání + Kontrola provedených intervencí	

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis