

Projekt využití managementu v roli vrchní sestry na plicním oddělení v Krajské nemocnici T. Bati, a.s.

Bc. Lenka Vaculíková

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka VACULÍKOVÁ**
Osobní číslo: **M100290**
Studijní program: **N 6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**

Téma práce: **Projekt využití managementu v roli vrchní sestry na plicním oddělení v Krajské nemocnici T. Bati, a.s.**

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- Popište teoretická východiska obecného managementu potřebná pro analytickou část.
- Aplikujte tyto poznatky na oblast zdravotnictví.

II. Praktická část

- Popište a analyzujte současný stav managementu na plicním oddělení v Krajské nemocnici T. Bati, a.s.
- Navrhněte projekt zlepšení využití managementu na základě výsledků analýzy.
- Zhodnoťte projekt z hlediska implementace do praxe.

Závěr

Rozsah diplomové práce: **70 stran**
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

CEJTHAMR, Václav a DĚDINA, Jiří. Management a organizační chování. 2. vyd. Praha: Grada, 2010. 341 s. ISBN 978-80-247-3348-7.

GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003. 392 s. ISBN 80-7226-996-8.

KILÍKOVÁ, Mária a JAKUŠOVÁ, Viera. Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve. Martin: Osveta, 2008. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.

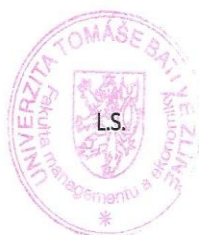
PROVAZNÍK, Ján a LADOVÁ, Janka. Celostní management. 4. vyd. Bratislava: Iris, 2010. 490 s. ISBN 978-80-89256-48-8.

SOUČEK, Zdeněk a BURIAN, Jan. Strategické řízení zdravotnických zařízení. Praha: Professional Publishing, 2006. 195 s. ISBN 80-86946-18-5.

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.**
Ústav managementu a marketingu
Datum zadání diplomové práce: **26. března 2012**
Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2012**

Ve Zlíně dne 26. března 2012

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka



Ing. Pavla Staňková, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²;
- podle § 60³ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

¹ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

² zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

³ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

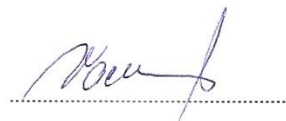
(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60⁴ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použité informační zdroje jsem citovala;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 23.4.2012



⁴ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
- (3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem mé diplomové práce je využití managementu v roli vrchní sestry na plicním oddělení v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. Tato práce využívá nejnovější poznatky managementu a aplikuje je na oblast zdravotnictví. Zaměřuje se na konkrétní činnosti manažera střední linie - vrchní sestry, a řízení chodu plicního oddělení a navrhuje možná zlepšení.

Teoretická část práce popisuje východiska obecného managementu a jeho základní fáze. Uplatňuje tyto poznatky v oblasti zdravotnictví, rozebírá jeho aktuální stav a strukturální členění nemocnice. Charakterizuje manažera v ošetrovatelství, jeho vlastnosti a role, a popisuje strategické řízení ve zdravotnickém zařízení.

Praktická část charakterizuje činnost Krajské nemocnice T. Bati, a.s., popisuje a analyzuje současný stav managementu na plicním oddělení této nemocnice, navrhuje projekt zlepšení a hodnotí jej z hlediska implementace do praxe.

Klíčová slova: analýza, manažer, nemocnice, projekt, strategické řízení, vrchní sestra, zdravotnický management

ABSTRACT

The topic of my thesis is a usage of management in the role of head nurse in the Pulmonary Department at Tomas Bata Hospital, Inc. This work uses the latest knowledge of management and applies them to the health care sector. The thesis is focused on specific activities of middle manager - head nurse and management of Pulmonary Department as well as the thesis suggests possible improvements.

The theoretical part of the bachelor thesis describes the general starting point of management and its basic stages, which are applied on the medical field. Present situation in health service and hospital structure are analyzed. This part also describes manager in nursing, his characteristics and role. The strategic management of health care facility is described as well.

The practical part of the work characterizes the activities of Tomas Bata Hospital, Inc. The current state of management in the Pulmonary Department of the hospital is described and analyzed. The final part proposes improvements and evaluation from practice point of view.

Keywords: analysis, manager, hospital, project, strategic management, head (chief) nurse, medical management

Touto cestou bych ráda poděkovala

vedoucímu mé diplomové práce, **prof. MUDr. Jaroslavu Slanému, CSc.**, za odborné vedení a cenné rady, které mi velmi pomohly při zpracování této práce.

Velké poděkování rovněž patří vrchní sestře plicního oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a.s., Evě Sedláčkové, která mi umožnila přístup k potřebným informacím a byla mi nápomocna po celou dobu zpracovávání mé diplomové práce. Dále děkuji týmu pracovníků plicního oddělení, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a realizace mého projektu.

V neposlední řadě patří zvláštní poděkování mým rodičům, prarodičům a zejména panu Ing. Romanu Mikuličkovi za psychickou podporu po celou dobu mého studia.

„Kdo chce pomoci sobě a jiným, musí opustit dobré, aby mohl vybojovat lepší.“

Tomáš Baťa

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 12 |
| I TEORETICKÁ ČÁST..... | 13 |
| 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA OBECNÉHO MANAGEMENTU | 14 |
| 1.1 MANAGEMENT | 14 |
| 1.2 ZÁKLADNÍ FÁZE MANAGEMENTU | 17 |
| 1.2.1 Rozhodování | 17 |
| 1.2.2 Plánování..... | 18 |
| 1.2.3 Organizování | 18 |
| 1.2.4 Kontrola..... | 20 |
| 1.2.4.1 Standardy | 21 |
| 1.2.4.2 Audit | 22 |
| 1.2.4.3 Controlling | 23 |
| 2 MANAGEMENT VE ZDRAVOTNICTVÍ..... | 24 |
| 2.1 AKTUÁLNÍ STAV ZDRAVOTNICTVÍ | 24 |
| 2.1.1 Primární zdravotnická péče..... | 25 |
| 2.1.2 Sekundární zdravotnická péče..... | 25 |
| 2.1.3 Terciární zdravotnická péče | 25 |
| 2.2 ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ PÉČE | 26 |
| 2.3 STRUKTURÁLNÍ ČLENĚNÍ NEMOCNIC | 30 |
| 2.3.1 Trh zdravotních služeb..... | 31 |
| 2.4 ROZDĚLENÍ PRACOVNÍKŮ V OBORU OŠETŘOVATELSTVÍ | 31 |
| 2.5 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ V OBORU OŠETŘOVATELSTVÍ | 33 |
| 3 MANAŽER V OŠETŘOVATELSTVÍ..... | 34 |
| 3.1 VLASTNOSTI A PŘEDNOSTI MANAŽERA..... | 34 |
| 3.2 STYL MANAŽERSKÉ PRÁCE | 36 |
| 3.3 MANAŽERSKÉ ROLE | 37 |
| 3.3.1 Manažeři první linie – lower management..... | 39 |
| 3.3.2 Manažeři střední linie – middle management | 39 |
| 3.3.3 Vrcholový manažeři – top management | 40 |
| 3.4 POPIS POZICE VRCHNÍ SESTRY | 41 |
| 4 STRATEGICKÉ ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ..... | 43 |
| 4.1 STRATEGICKÉ PLÁNOVÁNÍ..... | 43 |
| 4.2 STRATEGICKÁ ANALÝZA | 44 |
| 4.3 FORMULACE STRATEGIE..... | 47 |
| 4.4 REALIZACE STRATEGIE..... | 48 |
| 4.5 ZHODNOCENÍ STRATEGIE..... | 48 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 49 |
| 5 CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI..... | 50 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 5.1 | POLITIKA A CÍLE KVALITY KNTB | 51 |
| 5.2 | CÍLE KVALITY PRO ROK 2012 | 52 |
| 5.3 | AKTUÁLNÍ SITUACE V KNTB | 53 |
| 6 | CHARAKTERISTIKA PLICNÍHO ODDĚLENÍ | 54 |
| 6.1 | HISTORIE PLICNÍHO ODDĚLENÍ | 54 |
| 6.2 | STRUKTURÁLNÍ ČLENĚNÍ PLICNÍHO ODDĚLENÍ | 55 |
| 6.3 | LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ..... | 58 |
| 6.4 | AMBULANTNÍ PÉČE | 59 |
| 6.5 | STACIONÁŘ | 60 |
| 6.6 | OBLOŽNOST PLICNÍCH ODDĚLENÍ V ČESKÉ REPUBLICE ZA ROK 2010 | 61 |
| 7 | VÝCHODISKA PRO PROJEKTOVOU ČÁST | 62 |
| 7.1 | DEFINICE PROJEKTU | 62 |
| 7.2 | PRŮBĚH PROJEKTU | 63 |
| 7.3 | ATRIBUTY PROJEKTU..... | 64 |
| 8 | SBĚR DAT, JEJICH ANALÝZA A ZJIŠTĚNÍ SOUČASNÉHO STAVU | 65 |
| 8.1 | NÁPLŇ PRÁCE VRCHNÍ SESTRY NA PLICNÍM ODDĚLENÍ | 66 |
| 8.2 | CHARAKTERISTIKA PRACOVNÍHO TÝMU | 69 |
| 8.2.1 | Náplň práce staniční sestry plicního oddělení | 69 |
| 8.2.2 | Náplň práce všeobecné sestry | 71 |
| 8.2.3 | Harmonogram práce všeobecných sester | 73 |
| 8.2.4 | Harmonogram práce sanitářek | 75 |
| 8.2.5 | Obsazení plicního oddělení nelékařskými zdravotnickými pracovníky | 77 |
| 8.2.6 | Plán a plnění personálního obsazení na počet úvazků k únoru 2012 | 78 |
| 8.3 | PROVOZNÍ ŘÁD PLICNÍHO ODDĚLENÍ..... | 79 |
| 8.4 | DOMÁCÍ ŘÁD PLICNÍHO ODDĚLENÍ..... | 87 |
| 8.5 | REŽIM DNE NA PLICNÍM ODDĚLENÍ | 88 |
| 8.6 | ANALÝZA PROCESU | 89 |
| 8.7 | SWOT ANALÝZA | 90 |
| 9 | NÁVRH PROJEKTU ZLEPŠENÍ..... | 91 |
| 9.1 | SESTAVENÍ PLÁNU | 91 |
| 9.1.1 | Minimalizace slabých stránek | 91 |
| 9.1.2 | Minimalizace hrozeb | 106 |
| 9.1.3 | Vizuální návrhy na zlepšení | 110 |
| 9.2 | NÁVRH STRATEGICKÉHO ŘÍZENÍ..... | 112 |
| 9.2.1 | Strategické plánování | 112 |
| 9.2.2 | Strategická analýza..... | 113 |
| 9.2.3 | Formulace strategie | 113 |
| 9.2.4 | Realizace strategie..... | 114 |
| 9.2.5 | Zhodnocení strategie | 115 |
| 10 | ZHODNOCENÍ PROJEKTU | 116 |
| | ZÁVĚR | 118 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 119 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK..... | 121 |

| | |
|-----------------------------|------------|
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 122 |
| SEZNAM TABULEK..... | 123 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 124 |

ÚVOD

Současný trend využití managementu je ve všech sférách společnosti markantní. Dotýká se mnoha oblastí vyspělého světa a různých pozic řízení. Je souhrnem postupů, doporučení, a nástrojů, které mají především za cíl zvýšení efektivnosti. Mezi aktivity managementu patří zejména plánování, stanovení cílů, delegování, analýza, stanovení priorit, monitorování, řízení a controlling. Management zdravotnictví je v České republice dosud nepříliš prozkoumanou oblastí. Je velmi specifický a vyžaduje zvýšenou provázanost a komplexnost informací a všech manažerských fází. V oblasti managementu zdravotnictví je potřeba překonat některé z používaných přístupů a schémat. Převládajícím faktorem této oblasti je v současné době změna. Nemocnice jsou podnikatelskou jednotkou, ale se zvláštními pravidly. Je potřeba mít vypracovanou kvalitní strategii řízení a stanoveny základní cíle dané organizace. Zdravotnický management proto nutno chápat i jako řízení ošetrovatelského procesu zvolenou, systematickou metodou. Dynamika rozvoje managementu a ošetrovatelství je nezbytným nástrojem pro uchopení problémů zdravotnictví a nalezení úspěšných opatření. Vzhledem k multidisciplinárnímu charakteru ošetrovatelství musí management nemocnice disponovat potřebnými znalostmi a dovednostmi. Na pozice manažerů ve zdravotnictví jsou kladeny stále větší profesní nároky. Role vrchní sestry, jako manažera střední linie, se tak stává nezbytnou při řízení nemocnice. Je zodpovědná náměstkyni ošetrovatelské péče a celému vedení. Její činnosti jsou definovány náplní práce, která vyjadřuje základní funkci pozice. Klíčové kompetence vrchní sestry jsou faktorem, který ovlivňuje strategické plánování jednotlivých částí celku.

Metodika mého projektu je ze své podstaty zaměřena především na řešení dílčích problémů plicního oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a.s. Popisuje charakteristiku zdravotnického zařízení, jeho cíle a politiku. Dále prezentuje řízení chodu oddělení a nelékařských zdravotnických pracovníků, vrchní sestrou. Cílem práce je zvýšení kvality provozu stanice, zdokonalení organizace práce a tím následné zlepšení ošetrovatelské péče. Na základě sběru dat a jejich analýzy bude zajištěno efektivní využití managementu v roli vrchní sestry a pozitivně ovlivněno fungování oddělení. Bude vypracován projekt s písemnými i vizuálními návrhy, který svou implementací zkvalitní chod celého oddělení. Tyto návrhy budou prezentovány pomocí strategického řízení. Závěrem bude provedeno zhodnocení projektu a jeho reálný přínos pro plicní oddělení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA OBECNÉHO MANAGEMENTU

Management je považován za multidisciplinární obor, který využívá poznatků z technických a přírodních věd. Za základ jeho vzniku se považuje potřeba formování poznatků pro zvyšování výkonnosti hospodářských celků – podniků. Pod názvem všeobecný management se shrnují poznatky, které jsou utvářeny pro potřeby ovládnutí, řízení a organizačního chování. Obecně řečeno celostní management je soustava ucelené, integrované a komplexní skupiny poznatků o vlastnostech, dovednostech a vědomostech subjektů managementu. (Porvazník, 2010, s. 26)

Management má počátky již ve starověku a středověku, kdy bylo důležité zvládat řízení armád a vedení země. Ve středověku se přes otroctví a nevolnictví pomalu svět ubíral k ekonomickým pobídkám. V první velké etapě, která probíhala na konci 19. a začátku minulého století vznikly první tendence vědecky řídit zaměstnance. Nezávisle na sobě vznikal management ve Spojených státech a v Evropě. Druhá etapa následovala v období mezi koncem druhé světové války a 80. lety dvacátého století. Toto období je označováno i jako tzv. manažerská revoluce. Do této doby byly společnosti vedené většinou silnými osobnostmi, jako jsou Henry Ford a Tomáš Baťa, tito byli často jak manažery, tak i vlastníky a měli absolutní moc ve své firmě. Bez těchto osobností však firmy upadaly do krize. Proto později byla pozice manažera od pozice vlastníka oddělena. Uplynulé 20. století kladlo důraz na odbornou zdatnost a praktické dovednosti manažerů a managementu. Současný management chápe podnikatelské prostředí jako velmi proměnlivé z důvodu rostoucí složitosti ekonomiky a snaží se mu aktivně přizpůsobovat. Je kladen stále větší požadavek na sociální zralost manažerů a celosvětové pojetí managementu. (Cejthamr, 2010, s. 20)

Všechny poznatky obecného managementu jsou dále rozvíjeny a aplikovány na podmínky řízení.

1.1 Management

Jak uvádí Koontz-Weihrichova (2006) definice: „*Management je proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů.*“

Postupem času se management začal chápat nejen jako proces aktivního řízení, ale i jako soubor specifických činností, které jsou předmětem dalšího aktivního rozvíjení podnikatel-

sky orientovaného chování organizace a které se postupně po širším praktickém ověřování mění v nové trendy managementu.

Nové směry jsou individuálně orientovány na typ organizace a její zaměření. Z obecného hlediska lze však charakterizovat některé z nich, které jsou v praxi velmi často využívány.

- **TQM – Total Quality Management**

TQM lze charakterizovat, jako management, který se systematicky a důsledně zaměřuje na jakost a spokojenost zákazníků. Jeho cílem je zvyšování produktivity za současného zvyšování jakosti a snižování ztrát z nejakostní výroby, to vše za předpokladu rostoucí spokojenosti zákazníků. Vrcholové vedení vypracovává koncept jakosti, včetně jeho integrace do podnikové strategie a všichni jeho zaměstnanci musí pracovat na tomto stanovém plánu. Na vybudování systému jakosti se podílejí stanovené týmy, které svým působením překračují jednotlivá oddělení. Zavádění péče o jakost se výrazně dotýká kultury firmy, která závisí na jednání, chování a vystupování každého jednotlivce firmy. (Porvazník, 2010, s. 443)

- **MBO – Management by Objectives**

Management je zde chápán jako řízení podle cílů, kdy realizace každého částečného cíle podporuje dosažení nejvyšších cílů organizace. Nezbytným faktorem je, že management i zaměstnanci souhlasí se všemi vytyčenými cíly organizace. (Porvazník, 2010, s. 444)

MBO by měla dodržovat kritéria a tudíž i cíle SMART:

Specific (konkrétní)

Measurable (měřitelný)

Achievable (dosažitelný)

Realistic (reálný)

Time-specific (časově určený).

- **TQEM – Total Quality Environmental Management**

TQEM vychází z předpokladů Total Quality Managementu, avšak ve své podstatě se zaměřuje i na environmentální problematiku. Mimo jiné zkoumá přímé a nepřímé aspekty ovlivňující životní prostředí, jako jsou např. emise vypouštěné do ovzduší, recyklace, opakované použití, vypouštění odpadních vod a jiné. Řeší environmentální problémy spojené

s činností samotné organizace i problémy vztahují se k činnostem, výrobkům a službám firmy. (Porvazník, 2010, s. 445)

- **BSC – Balanced Scorecard**

Doslovný překlad znamená – vyvážená výsledková listina, jejíž hlavním je cílem vyvážení všech požadavků na uspokojení různých zájmových skupin. Cílem není pouhé uspokojení akcionářů, ale také ostatních skupin, jako jsou např. zaměstnanci, distributoři a dodavatelé. Záměrem BSC je zejména příznivě ovlivňovat budoucnost podniku a to prostřednictvím naplnění dlouhodobých strategických cílů. Mezi základní principy BSC patří:

Komunikace uvnitř podniku – naplnění společných cílů, jejich vyhodnocováním a následnou kontrolou.

Provázanost – strategie je naplňována prostřednictvím dílčích cílů.

Zpětná vazba – slouží k ověření aktuálnosti, platnosti a naplnění vize. (Porvazník, 2010, s. 446)

- **CRM – Customer Relationship Management**

Jedná se o řízení vztahů se zákazníky. Cílem CRM je vytvoření vztahů, které jsou prospěšné pro naplnění cílů firmy. Přístupy tohoto managementu představují soubor technik, které zajistí lepší pochopení chování zákazníka, a lepší přístup k němu. Udržení zákazníka by mělo být hlavním cílem, proč firma svou strategii uskutečňuje. CRM management by měl firmě zajistit bezproblémový průběh obchodních procesů, individuální přístup k zákazníkům a tím odlišení od konkurence. (Porvazník, 2010, s. 448)

- **CPM – Corporate Performance Management**

Zajišťuje neustálé zlepšování jednotlivých částí podniku a tím zlepšení podniku jako celku. Smyslem je dosáhnout podnikové vize neustálým zlepšováním všech vnitřních procesů. Systém CPM by měl identifikovat, na které ukazatele by se organizace měla v budoucnu zaměřit a která strategie je pro daný podnik rozhodující. (Porvazník, 2010, s. 449)

Tento typ managementu je v organizacích často využíván. Zahrnuje 4 primární pilíře, podle kterých organizace v naplnění svých cílů postupuje. Mezi ně patří:

Strategie – rozhodování

Plánování

Organizace – korigování

Kontrola.

1.2 Základní fáze managementu

Všeobecně je v teorii moderního managementu využíváno členění do čtyř základních fází, které současně nabízí pevnou strukturu i možnost jednoduchého a dynamického začlenění nových poznatků.

Základní fáze managementu rozčleňují celostní management do jednotlivých, snáze uskutečnitelných kroků, které jsou nezbytné k dosažení společných cílů firmy.

1.2.1 Rozhodování

Rozhodování je proces formulace strategie. Dochází k vlastnímu výběru varianty, který provádí řídicí subjekt v zájmu splnění plánovaného cíle. V podmínce rozhodování musí existovat možnost volby a kritéria pro její výběr. Zvolení variant je nutno zajistit kvalitními informacemi a určením pravidel rozhodování. Samotné rozhodování může probíhat buď zvolením programovaných rozhodnutí, kdy se postupuje dle určitých předpisů a nebo pomocí neprogramovaných rozhodnutí, kdy rozhoduje pomocí úsudku a intuice. Mezi fáze rozhodovacího procesu patří:

1. fáze - diagnosticko - poznávací

V této fázi se jedná o poznání výchozího stavu objektu rozhodování, vyústujícího v diagnóze výchozího stavu. Do této fáze je možné zařadit určení cílů, sběr informací, analýzu problémů a diagnózu výchozího stavu.

2. fáze - analyticko – syntetická

Zde se na základě analýzy výchozího stavu objektu rozhodování hledají možné varianty řešení. Pracuje se s prognózou a výstupem je optimální seřazení nalezených variant.

3. fáze - optimalizačně řešící

Fáze zajišťuje výběr jediného optimálního řešení a přijímá jej za své vlastní rozhodnutí.

4. fáze - realizačně – ověřovací

Jedná se o poslední fázi v rozhodovacím procesu. Výsledkem je následná realizace, kdy subjekt naplňuje svá rozhodnutí, která se mu jeví jako nejvýhodnější. (Veber, 2009, s. 80 – 98)

1.2.2 Plánování

Plánováním rozumíme činnost, která spočívá ve volbě cest a prostředků podmiňujících dosažení cílů. Je jednou z nejdůležitějších manažerských funkcí, protože je východiskem pro všechny ostatní. Plánování lze definovat jako manažerskou aktivitu zaměřenou na budoucí vývoj organizace, určuje, čeho a jak má být dosaženo. (Veber, 2009, s. 100 – 108)

Plánování obsahuje úkoly, které jsou nástrojem rozvoje organizace a které jsou prostředkem zabezpečující koordinaci uvnitř organizace.

Sestavení plánu z:

1. Časového hlediska
2. Věcného hlediska
3. Hlediska organizačních úrovní.

Plánovací proces:

1. Stanovení cílů – k čemu chceme směřovat, jak a kdy toho chceme dosáhnout.
2. Plánování předpokladů – v jaké prostředí budou naše plány realizovány.
3. Stanovení alternativ – jaké jsou reálné možnosti pro dosažení našich cílů.
4. Porovnání alternativ a cílů – které alternativy se jeví jako nejefektivnější.
5. Výběr alternativ – volba postupů, které budeme prosazovat.
6. Formulování investic.
7. Numerické vyjádření rozpočtu.
8. Závěrečné shrnutí plánu.

Při plánování lze využít SWOT analýzu jejíž pomocí je možno identifikovat silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby spojené s určitým projektem.

Důležité je stanovení priorit cílů, které naznačuje, že v určitém okamžiku je dosažení některého cíle důležitější než dosažení cílů ostatních. Cíle musí být pochopitelné a akceptovatelné pro všechny, kteří se budou na jejich realizaci podílet. Realita moderního managementu představuje i akceptování krátkodobých ztrát ve prospěch dlouhodobých výhod.

1.2.3 Organizování

Proces organizování vede k uspořádání, strukturalizaci a zahrnuje implementaci plánu do praxe. Úkolem organizování je normalizovat strukturu, její prvky, vztahy, činnosti a postu-

py za účelem stanovení určité normy. Organizování nalézá optimální specializaci člověka v daném systému, ta zvyšuje obecně produktivitu práce jednotlivce a usnadňuje kontrolu výsledků jeho práce. Nejobvyklejším způsobem zajišťování koordinace je pověření jednotlivce touto činností tak, že je vybaven potřebnou pravomocí k udělování příkazů a odpovědností za splnění úkolů jím vedené skupiny. Tudíž kromě příkazů má odpovědnost vytvářet ve skupině předpoklady pro dosahování stanovených cílů. Nazývá se nadřízeným a členové jím vedené skupiny jsou jeho podřízení. Základním předpokladem vnitřní strukturalizace je dělba kompetencí. Delegenování, jak je tato aktivita nazývána, je většinou dlouhodobou záležitostí a je třeba identifikovat a klasifikovat potřebné činnosti, které zahrnuje:

1. Přesně vymežit kompetence útvaru a pracovníka.
2. Přiřadit jim příslušné pravomoci a odpovědnost.
3. Určit úkoly a jejich formu.
4. Stanovit očekávané výsledky. (Veber, 2009, s. 112 – 133)

Dělbu kompetencí je nutno chápat dynamicky, jako neustále probíhající proces. Současně je třeba nalézt i vhodný způsob, jak tuto dělbu práce v konkrétním čase a v konkrétních podmínkách realizovat. Delegování je potřeba chápat jako základní činnost řízení, avšak každá dělba práce musí klást důraz na typ organizační struktury. (Veber, 2009, s. 112 – 133)

- **Funkční struktura**

Tato organizační struktura je založena především na seskupování pracovníků do útvarů podle podobnosti úkolu, kvalifikace či zkušeností. Funkční forma se využívá většinou v menších a středních podnicích, které jsou často zaměřeny na nižší počet výrobků a služeb, které by vyžadovaly specializaci. Vládne zde tendence k centralizaci řízení. Velké výhody vyplývají z podstaty řízení, efektivního využívání zdrojů, rozvoji kvalifikace zaměstnanců a také rychlejší postup v kariéře při snazším zhodnocení schopností spolupracovníků. Strategická rozhodnutí ve funkční struktuře jsou prováděna na úrovni top managementu, který koordinuje a kontroluje veškerou činnost. Panuje zde pocit sounáležitosti a tím je usnadněna spolupráce a výměna informací.

Mezi nevýhody patří přetíženost top manažerů, menší přísun kreativity a nových myšlenek, neznalost na podílech práce jednotlivých členů týmu a tím i nižší motivace na plnění dalších úkolů. (Veber, 2009, s. 112 – 133)

- **Divizní struktura**

Zde dochází ke sloučení všech aktivit potřebných k výrobě jednoho výrobku nebo k poskytnutí služby do jedné divize s vysokou autonomií. Na rozdíl od funkční struktury je v divizi kladen důraz na výstupy, jako jsou výrobek, služba, zákazník a místo působení.

Výhody spočívají v přizpůsobení se nestabilním podmínkám okolí, požadavkům zákazníků a rozdílům jednotlivých oblastí. Styk se zákazníky je operativnější a jejich spokojenost je vyšší. Zákazníci mohou pružněji uplatňovat své požadavky a reklamovat nedostatky. Pracovníci se více zaměřují na konečný produkt než na specializovanou činnost. Zvýrazňuje se tak hledisko spotřebitele. Výsledky divizí jsou průhlednější. Příprava vrcholových manažerů v divizní struktuře probíhá přirozeně, protože už na úrovni divize je kladen značný důraz na koordinaci. Manažerská práce je zde profesí, ne funkcí. (Veber, 2009, s. 112 – 133)

Ke slabým stránkám patří vyšší požadavky na lidskou práci, neefektivní využívání zdrojů, nižší specializace pracovníků, upřednostňování cílů divize před cíly firmy. Hrozba ztráty kontroly top managementu nad jednotlivými dílčími svazky.

- **Hybridní struktura**

Jedná se o určitou kombinaci funkční a divizní struktury, která je obvykle tvořena divizními jednotkami, ale zároveň obsahuje funkční útvary centralizované u vrcholového vedení. (Veber, 2009, s. 112 – 133)

Existuje mnoho faktorů při volbě organizační struktury, jako např. strategie firmy, její velikost, právní forma, vliv prostředí, profesní a kvalifikační úroveň manažerů, zaměření organizace, dostupnost komunikačních a informačních prostředků, kultura firmy, etapa rozvoje firmy a mnoho dalších. Všechny tyto faktory nikdy nepůsobí izolovaně, ale v určité kombinaci a jejich vliv se může v průběhu času výrazně měnit.

1.2.4 Kontrola

Kontrola je zjištěním, zda a do jaké míry je skutečný stav v souladu se stavem očekávaným či žádoucím. Smyslem kontroly je získat objektivní představu o řízené realitě. Kontrola je členěna především na vnitřní – interní kontrolu, která je iniciována vnitřními strukturami organizace a vnější – externí kontrolu. (Veber, 2009, s. 134 – 151)

Fáze kontrolního procesu zahrnují:

1. fáze – zjištění faktů

V této fázi dochází ke sběru poznatků a informací o kontrolovaném. Je určen předmět kontroly a zjišťován odraz reálných skutečností. Řídící pracovníci na vyšších úrovních (střední a top management) jsou často nuceni řadu kontrolních činností provádět studiem a posuzováním různých hlášení, zpráv a sdělení od podřízených stupňů řízení. Sběr informací musí být aktuální a podložený. (Veber, 2009, s. 134 – 151)

2. fáze – kritické zhodnocení faktů

Zde řídicí subjekt při kontrole kriticky hodnotí zjištěná fakta. Při porovnání skutečnosti s hodnotícím kritériem může řídicí subjekt dospět buď ke shodě, může zjistit, že skutečnosti jsou příznivější anebo, že se jedná o stav nepříznivý. (Veber, 2009, s. 134 – 151)

3. fáze - převod získaných poznatků do praxe

Jsou zde přijímány závěry a usiluje se o jejich prosazení do praxe. Jedná se o fázi ovlivňovací, kdy jsou pomocí různých prostředků stanoveny cíle a způsoby jejich naplnění. V případě, že na základě předcházející kontroly byla navržena korigující či nápravná opatření je prováděna zpětná kontrola, která prověřuje účinnost předešlých opatření. (Veber, 2009, s. 134 – 151)

Při vlastním vyhodnocování se zpravidla užívá několika typů hodnotících kritérií.

1.2.4.1 Standardy

Standardy představují nejběžnější kritérium kontroly a přinášejí v řadě oblastí povinnost vytvořit písemnou metodiku neboli vnitřní předpis upravující jednotlivé činnosti. V podnikové praxi existuje řada standardů, které je třeba při realizaci činností a případné kontrole respektovat. Lze je rozdělit do dvou základních skupin:

1. Obecné normy chování – nejsou obvykle pro náplň konkrétní činnosti specifikovány, jelikož se předpokládá, že jejich znalost je samozřejmou součástí kvalifikace pracovníků, nebo že s nimi pracovníci byli seznámeni například při nástupu do zaměstnání. Mezi takové obecně platné standardy lze zařadit školení BOZP, požární ochrany či hygieny.

2. Specifické normy – se konkretizují pro dané aktivity či cílové hodnoty, jichž má být dosaženo. Může se jednat o měřitelné, neměřitelné či jinak specifikované hodnoty.

Standardy jsou zákonné, doporučené nebo stanovené normy, vyhlášky a nařízení. Vždy představují kritéria vykonané práce a zahrnují určité klíčové body z celkových plánů.

1.2.4.2 Audit

Zahrnuje nestranné ověření určité skutečnosti z hlediska procesů, které vedou k jejich realizaci, i z hlediska výsledků, které vznikají. Jedná se o přezkoumání, nezávislou osobou, jejímž cílem je zhodnotit jednotlivé kroky a činnosti organizace či jejích částí. Audit je jedním z nejefektivnějších procesů kontinuálního zvyšování kvality a je nezbytnou součástí fungování organizace. Audity se dle předmětu rozčleňují na interní a externí. (Synek, 2007, s. 406 – 415)

1. Interní audit – provádějí pověření zaměstnanci organizace, kteří jsou k tomu vyškolení. Je nutná jejich absolutní nezávislost na činnostech, které provádějí. Tento typ auditu je hodnocení různých činností a kontrolních systémů, které má určit, zda jsou naplňovány přijaté koncepce a postupy, zda jsou dodržovány stanovené standardy, zda je využíváno finančních zdrojů hospodárně, zda dochází k efektivnímu plnění úkolu a v neposlední řadě zda je dosahováno cílů organizace.
2. Externí audit – provádějí ho autorizovaní externí pracovníci nebo firmy, o výsledku bývá vydávána objektivní zpráva. (Synek, 2007, s. 406 – 415)

Novým trendem v oblasti managementu se stává manažerský audit. Je zaměřen na posouzení celkové kvalifikace stávajícího manažerského týmu společnosti nebo jeho členů. Hodnotí rozvojový potenciál jednotlivce nebo týmu vzhledem k cílům a úkolům, které před manažery stojí. Výchozím krokem je analýza aktuální situace společnosti, vymezení strategií a jejich převedení do požadavků na jednotlivé manažery. Na tento krok navazuje vlastní hodnocení řídicího týmu podniku a na něm založený návrh opatření týkajících se rozvoje pracovních zdrojů, zavedení nových forem motivace, přijímání nových pracovníků nebo provedení restrukturalizace. Poslední krok je většinou spojen s návrhy na zdokonalení organizační struktury společnosti.

1.2.4.3 Controlling

Nejstarší koncepce controllingu je zaměřena na vyhodnocování stavu plnění podnikových záměrů. Controlling jako součást ekonomického řízení organizace vychází z komplexního podchycení všech ekonomických a zejména nákladových událostí prostřednictvím účetních okruhů. Směřuje k objektivnímu a jednoznačnému vyhodnocení získaných informací. Controlling provádějí specializovaní pracovníci firmy nebo externí firma. Tito kontrolují podnik jako celek na strategickém stupni. Zabývají se nejen vnitřní situací podniku, jeho koncepcí a financemi, ale i vztahy s věřiteli a konkurencí. Na základě poskytnutých informací je pak schopnost vedení firmy reagovat odpovídajícím způsobem. Cíle a nástroje moderního controllingu se zaměřují na zajištění budoucnosti, rozpoznání a eliminaci rizik, nikoli pouhý sběr dat a jejich interpretaci. Základním předpokladem úspěšného nastavení a využívání controllingu je znalost firemního plánu a to na všech úrovních firmy. Každý projekt by měl pro realizační fázi určovat věcnou náplň provázanou s rozpočtem nákladů a termíny plnění. Controlling tak může při porovnání se skutečným plněním poskytovat managementu průběžný, dekadní, měsíční přehled o plnění projektu a po dokončení projektu nabídnout komplexní analýzu plnění projektu. (Synek, 2007, s. 414 - 419)

2 MANAGEMENT VE ZDRAVOTNICTVÍ

Management ve zdravotnictví se od profesionálního managementu v ostatních oborech liší filozofií služeb. Ošetřovatelství nese sociální odpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin a komunit, a proto je třeba jedinečný přístup. Úspěch je závislý na kvalitě služeb, kvalifikovaném personálu i na schopnosti poskytovat péči v rámci daných finančních prostředků, což vyžaduje zvláštní a uvážlivé profesionální strategie. Management ošetřovatelství shromažďuje, analyzuje, třídí, syntetizuje výsledky výzkumu a aplikuje zkušenosti z řídicí činnosti. Moderní management zdravotnictví se zakládá na aplikaci poznatků nových věd, jako jsou informatika, statistika, operační analýza a ekonomika. (Gladkij, 2003, s. 20)

Potřeba vývoje zdravotnického managementu neustále roste a projevuje se v mnoha sférách. Dochází k výraznému propojení medicíny s managementem a celkovou ekonomikou země i světa, do popředí se dostává věda a výzkum, mění se legislativa ve zdravotnictví a zejména v ošetřovatelství, potřeba změny managementu vyvolává i změna demografie a stále rostoucí průměrný věk obyvatelstva. Moderní management ošetřovatelství se snaží formulovat nové tendence a způsoby řešení a za hlavní cíl si klade, podle Světové zdravotnické organizace WHO, poskytování kvalitně lepších ošetřovatelských služeb prostřednictvím efektivního řízení na profesionální úrovni. (Kilíková, 2008, s. 10)

2.1 Aktuální stav zdravotnictví

Zdravotnictví České republiky prochází neustále dlouhodobou revolucí. Pod tlakem vládních reforem, tržní poptávky a reorganizace systému dochází k napětí mezi poskytováním zdravotnické péče a jejímu financování. Ošetřovatelská profese usiluje o vytvoření takového systému, který by zajišťoval dostupnost a kvalitu služeb za přijatelné podmínky.

Naše zdravotnictví spadá do modelu zdravotního pojištění. V rámci tohoto modelu se doplňuje vzájemně veřejný sektor se sektorem privátním. Tento systém byl prvním, který se snažil zajistit financování garantované zdravotní péče obyvatele. V rámci tohoto systému je povinně u zdravotních pojišťoven předplácena služba – úhrada zdravotní péče. Bývá zde jednoznačně nastavena role státu a veřejných institucí. Cílem je zajištění dostupnosti zdravotní péče. Stát v rámci systému zdravotního pojištění na sebe přebírá odpovědnost za dostupnou a kvalitní zdravotní péči pro své obyvatele. Problematickým faktem je zejména to, že v rámci principu solidarity přibližně 10 % pacientů spotřebuje na svoji léčbu finanční prostředky přijaté od 75 % účastníků tohoto systému. Neustále se však hovoří o zavedení

standardu, nyní spíše nadstandardu, kdy se přesně vymezí, co je hrazeno zdravotní pojišťovnou a co nikoli.

Současné zdravotnictví silně usiluje o provázanost zdravotní péče a o návaznost přechodů pacientů z ambulantní péče k péči specializované a následně vysoce odborné. Z toho důvodu jsou zdravotnické instituce členěny na zařízení primární, sekundární a terciární péče.

2.1.1 Primární zdravotnická péče

Jedná se o první místo kontaktu s lidmi, které poskytuje podmínky ke zlepšení zdraví. Smyslem primární péče je poskytování nezbytné, základní zdravotní péče, která je dostupná. V ČR je tato péče poskytována na lokální úrovni a za její zajištění je odpovědný zdravotnický odbor krajského úřadu příslušného kraje. Lidé mají možnost volby registrace u jimi zvoleného lékaře primární péče. Do tzv. prvních kontaktů patří praktický lékař pro děti, dorost a dospělé, gynekolog a stomatolog. Většina primárních lékařů u nás jsou soukromí, ale jejich péče je hrazena z veřejných zdrojů. Vstup lékařů do primární péče je provázen udělením licence Českou lékařskou komorou a registrací příslušným zdravotnickým úřadem, a pokud je péče poskytována z veřejných zdrojů, i smlouvou se zdravotní pojišťovnou. Pacient by měl z důvodu efektivního využívání finančních prostředků projít vždy vstupní branou primární péče na další specializovaná pracoviště. (Gladkij, 2003, s. 49)

2.1.2 Sekundární zdravotnická péče

Sekundární péče je druhým stupněm soustavy zdravotnických institucí. Tato péče zahrnuje specializovanou ambulantní a odbornou nemocniční péči a pacient by s ní měl přijít do kontaktu až po návštěvě primární péče. Některé tyto výkony jsou prováděny mimo jiné také v poliklinikách nebo léčebnách. Pojmem sekundární péče se ale v České republice myslí především nemocniční péče. V této sféře zůstává většina ambulantních zařízení soukromých. Nemocnice jsou jak ve vlastnictví státu, tak soukromé, neziskového charakteru obvykle ve vlastnictví církví a jiných organizací, nebo se statutem akciové společnosti či družstva. (Gladkij, 2003, s. 50)

2.1.3 Terciární zdravotnická péče

Jedná se o vysoce specializovanou, odbornou a komplexní péči, která je většinou velmi finančně nákladná. Pacienti jsou zpravidla odesíláni ze sekundární péče pro složitou diagnostiku či terapii. Terciární péče se provádí jak v některých krajských a fakultních ne-

mocnicích, tak, zejména, ve speciálních výzkumných ústavech zřizovaných přímo Ministerstvem zdravotnictví. (Gladkij, 2003, s. 50)

2.2 Způsoby financování zdravotnické péče

Základní pravidlo, které ovlivňuje způsob právní regulace financování zdravotnictví je stanoveno v Listině základních práv a svobod. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon..

Financování zdravotnictví je upraveno celou řadou právních předpisů. Stěžejní úprava je obsažena v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za kterých je poskytována zdravotní péče dle tohoto zákona, způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Principy financování zdravotnické péče v České republice se již několikrát změnily a současně s tím se i diferencovala vnitřní struktura zdravotnických subjektů. Došlo k oddělení určité části zdravotnických služeb do sféry privátní a vytvoření spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče.

Zdravotnické služby jsou hrazeny:

- z veřejného zdravotního pojištění, v souladu se Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- z ostatních veřejných zdrojů
- ze soukromých zdrojů
- z přímých plateb pacientů
- ze soukromého pojištění

Velmi nerozvinutá, oproti jiným systémům zdravotní péče, u nás zůstává oblast soukromého zdravotního pojištění.

Mezi základní úhradové mechanismy patří:

- **Kapitační platba**

Tato forma úhrady je určena zejména praktickým lékařům, kteří registrují své pacienty a každý měsíc obdrží za každého z nich platbu od zdravotní pojišťovny. Výše kapitační platby odráží počet registrovaných pacientů, jejich věkovou strukturu a rozsah hodin praktic-

kého lékaře. Peníze získává lékař od té pojišťovny, u které je pacient pojištěn. Mimo jiné praktický lékař může provádět vybrané výkony, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě, a pojišťovna je následně uhradí dle počtu vykázaných bodů. Nyní jsou příjmem pro lékaře i regulační poplatky, přičemž každý vybraný poplatek musí lékař vykázat pojišťovnám. Za tuto administrativu pojišťovny lékařům nic neplatí. Část příjmu praktického lékaře tvoří i přímé platby pacienta, například za aplikaci preventivní injekce. Ceník těchto plateb musí být vyvěšen v každé lékařské ordinaci. (Šatera, 2010, s. 68)

- **Platba za ošetrovací den**

Ošetrovací dny se vykazují v případě poskytování ústavní péče při hospitalizaci pacienta v nemocnici, v odborném léčebném ústavu, léčebně dlouhodobě nemocných a v zařízeních hospicového typu. Základní početní jednotkou jsou náklady pacienta, podle kategorie ústavního zařízení, na jeden den ošetření. Tato částka je garantována smlouvou se zdravotní pojišťovnou a stanovena může být pro každou diagnózu či pro jednu odbornost. V jeden kalendářní den je možno vykázat pouze jeden ošetrovací den. Den přijetí k hospitalizaci a den propuštění se vykazují jako jeden ošetrovací den. (Šatera, 2010, s. 68)

- **Paušální platba**

U toho typu plateb hradí pojišťovna nemocnici paušální platbu v rámci stanoveného období, a to na základě počtu ošetřených pojištěnců. Paušální platba je v současnosti využívána především u ambulantních specialistů, v rehabilitační péči a některých nemocnicích. V případě, že dojde k nárůstu počtu ošetřených pojištěnců, oproti minulému referenčnímu období, může zdravotní pojišťovna tuto skutečnost zohlednit a navýšit nemocnici úhradu. (Šatera, 2010, s. 68)

- **Platba za výkon**

Jedná se o platbu za každou jednotlivou službu. Výkonům je přiřazen počet bodů a vyjádření v Kč. Pro příslušnou odbornost či daný typ zdravotnického zařízení je určena hodnota bodu, která se v současné době pohybuje mezi 0,9 – 1,1 Kč dle odbornosti a typu zařízení. Hodnota bodu se v České republice stanoví čtvrtletně v tzv. dohodovacím řízení, které probíhá mezi VZP, zástupci ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče. Tento typ úhrady je využíván především v ambulantní sféře. Příslušné zdravotnické zařízení obdrží celkovou částku ve finančním vyjádření jako počet bodů vynásobený hodnotou bodu. (Šatera, 2010, s. 68)

- **Úhrada dle DRG – platba za diagnózu**

Tento způsob úhrady stanovuje platbu za konkrétní diagnózu a řadí případy hospitalizace na základě tzv. atributů případu do skupin. Klasifikační Systém - Diagnosis Related Group je ve velké míře využíván především v USA, kde došlo k jeho vzniku. Způsob úhrady tímto systémem vychází z předpokladu, že existuje srovnatelnost nákladů na léčbu pacienta s obdobnými léčebnými nároky na terapii. DRG představuje určitý počet klasifikačních skupin pro zařazení pacientů s podobnými léčebnými a ekonomickými parametry. Systém má samozřejmě také regulace a kontrolní mechanismy, zohledňuje nemocnost různých pacientů, obtížnost léčení, počet komplikací a má také mechanismy k tomu, aby se upravila nově cena za toto léčení, když se změní systém léčení zavedením nějaké nové, dražší metody. Systém po jeho zavedení se řídí tak, že se nastavuje base rate, neboli jakási základní platba z celostátního průměru za jednotku. Velikost platby za konkrétní diagnózu je daná násobkem tohoto čísla. Vztah mezi cenou různých skupin a podskupin diagnóz je docela vyfiltrován lety ze sousedních států. Dá se také nastavit průměrováním cen skupin diagnóz v ČR. Pojišťovna nastaví, co je ochotna zaplatit za konkrétní skupiny diagnóz a zaplatí to každému, kdo tuto službu v nastavené kvalitě poskytuje. Výstupy z vlastního zpracování DRG a následných propočtů mohou být využity k účelům statistickým, srovnávacím, plánovacím, rozpočtovým či platebním a také ke sledování kvality poskytované zdravotní péče. DRG se v České republice zatím používá jako kontrola a částečně k placení, ale s individuálně nastavenými parametry. V nejbližší době se však plánuje velký přechod na tuto metodu financování. (Gladkij, 2003, s. 124)

- **Formy spoluúčasti pacienta**

Spoluúčast pacienta na financování zdravotní péče je v České republice velmi malá a týká se především těchto forem:

- přímé platby ve zdravotnictví za provedené výkony, které nejsou hrazeny z veřejného pojištění či pouze částečně, nebo osoba není řádně pojištěna
- přímé platby za poskytnutí nadstandardních služeb
- platby v rámci soukromého pojištění
- úhrada regulačních poplatků a doplatků.

Právě povinnost hradit regulační poplatky a doplatky je u nás relativní novinkou, která byla stanovena k 1. 1. 2008 novelou Zákona o veřejném zdravotním pojištění. Od 1. 4. 2009 došlo ke značnému omezení těchto regulačních poplatků, kdy se změnila paragrafy

týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva a jejich limitů. Nejnovější změna nastala k 1. 12. 2011 s výjimkou několika ustanovení, u nichž je účinnost odložena do 1. ledna 2012, kdy se mění výše regulačních poplatků za den poskytování ústavní péče a za recepty.

Zákon stanovuje tři druhy poplatků:

Ve výši 30 Kč

- za návštěvu, při které je provedeno klinické vyšetření, u praktického lékaře pro dospělé, děti a dorost, ženského lékaře, zubního lékaře, u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní péči, u klinického psychologa a logopeda
- za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem nebo praktickým lékařem pro děti a dorost u pacienta
- za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, bez ohledu na počet hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely a počet předepsaných balení.
- vše vždy po dovršení věku 18 let.

Ve výši 90 Kč

- za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci a to včetně této péče poskytované zubními lékaři, ústavní pohotovostní službu v sobotu, neděli nebo ve svátek a v pracovních dnech v době od 17.00 hodin do 7.00 hodin.

Ve výši 100 Kč

- za každý den, ve kterém byla poskytována: ústavní péče, komplexní lázeňská péče, ústavní péče v dětských odborných léčebnách a v ozdravovnách, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den. Stejně pravidlo platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li tento pobyt hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

2.3 Strukturální členění nemocnic

Při definování pojmu „nemocnice“ je velmi dobře využitelná vyhláška č. 242/1991, o soustavě zdravotnických zařízení, která uvádí, že: „*Nemocnice jsou zařízení, která poskytují obyvatelům ambulantní péči, lůžkovou péči, specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí jsou i preventivní opatření.*“

Nemocnice jsou dále také důležitým subjektem na trhu práce a jsou důležité i svým významem pro celou ekonomiku. Provozují činnost, která je velice náročná na vybavení technické, provozní i personální. Zaujímají zásadní podíl na výdajích zdravotnictví.

Členění nemocnic podle vyhlášky č. 242/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů je následující:

- lůžková část
- ambulantní část
- část společných vyšetřovacích a léčebných složek
- část hospodářská a technické služby
- další organizační části.

Další třídění nemocnic je možné z několika hledisek:

1. Podle průměrné délky ošetrovací doby – kdy jsou nemocnice tříděny zejména na akutní péči a nemocnice pro dlouhodobě nemocné.
2. Podle převažujícího druhu péče – zde se nemocnice člení na všeobecné a specializované.
3. Podle typu vlastnictví
 - veřejné nemocnice (vlastníkem je kraj, město, obec)
 - státní nemocnice (vlastníkem je stát)
 - soukromé nemocnice (vlastníkem je soukromý subjekt a hospodaří jako obchodní společnost v souladu s obchodním zákoníkem)
 - mixy vlastnictví (například tzv. PPP¹ – Public Private Partnership).

¹ Public Private Partnership (PPP) – je obecně užívaná zkratka pro partnerství veřejného a soukromého sektoru vzniklé za účelem využití zdrojů a schopností soukromého sektoru při zajištění veřejných služeb.

Základní struktura nemocnic, jak uvádí ve své knize Gladkij (2003), je tvořena třemi samostatnými subsystémy.

1. Subsystém prvního typu, zahrnuje pracoviště léčebně preventivní péče, jako jsou jednotlivá specializovaná oddělení či kliniky členěné podle lékařských oborů a dále na ambulantní, lůžkovou, přístrojovou, laboratorní a diagnostickou činnost.
2. Subsystém druhého typu zahrnující pracoviště logického typu, vykonávající činnosti související se zajištěním péče a plynulým chodem nemocnice, mezi které patří stravovací provoz, dopravní služba, energetika a jiné nejrůznější technické služby.
3. Subsystém třetího typu je manažerský a ekonomicky – správní. Zahrnuje vrcholový management nemocnice, management střední úrovně a manažery prvního stupně.

2.3.1 Trh zdravotních služeb

Trh zdravotnických služeb má své velmi specifické postavení na poli ekonomiky České republiky. Ekonomické teorie chápou zdraví a zdravotní služby jako veřejný statek a veřejný zájem, za podmínek trhu nedokonalé konkurence. V rámci toho trhu dochází k řadě tržních selhání, a proto je nezbytné zajišťovat řadu státních zásahů, tak aby docházelo k narovnání v rámci alokaci zdrojů trhu zdravotní péče.

Nedokonalá konkurence na trhu zdravotnických služeb se vyskytuje proto, že není zajištěn volný vstup firem do odvětví, jednotlivé subjekty nejsou v optimu a nemohou maximalizovat svůj zisk a existuje zde informační asymetrie, kdy zdravotnické zařízení má většinou převahu informací nad pacientem. Je zřetelné, že zdravotní péče není homogenním, ale heterogenním statkem. (Šatera, 2010, s. 16)

Zdravotnické služby jsou považovány za smíšené kolektivní statky, kdy zdraví je chápáno jako důležitý faktor ekonomické stability a ekonomického růstu. Je nutno sledovat vyrovnanost nabídky a poptávky, protože jen velmi těžko se odhaduje budoucí spotřeba zdravotních služeb. Stát se však snaží garantovat zdravotnické služby a zrychlit nárůst výdajů do zdravotnictví vzhledem k HDP, stejně tak jako zajistit efektivní fungování a financování zdravotnických zařízení. (Šatera, 2010, s. 16)

2.4 Rozdělení pracovníků v oboru ošetřovatelství

Ošetřovatelství je zaměřeno hlavně na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Významně se podílí na diagnostice, prevenci, terapii a rehabilitaci. Ošet-

řovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat své potřeby. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje kvalifikovanou ošetrovatelskou péči. Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s přihlédnutím k individuálním odlišnostem.

Ošetrovatelskou péči v nemocnici podle uvedené koncepce zajišťují zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezeném Zákonem č. 96/2004 Sb. a Vyhláškou č. 424/2004 Sb. v platném znění, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků nelékařských oborů a jiných odborných pracovníků. Zákon definuje a rozděluje výkon povolání zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dle stěžejních bodů zákona lze vykonávat povolání bez přímého nebo odborného dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením. Tyto definice jsou velice důležité pro vymezení kompetencí pro jednotlivé zdravotnické pracovníky.

Na kvalitní ošetrovatelské péči se tedy podílí zdravotnický tým, který tvoří zdravotničtí pracovníci různých kategorií.

- **Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (ZPBD):**

je to všeobecná sestra, která získal odbornou způsobilost absolvováním nejméně tříletého bakalářského oboru pro přípravu všeobecných zdravotních sester, nebo tříletého studia v oboru Diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole, anebo absolvováním studijního oboru Všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Další přesné definice pro zdravotnického pracovníka této kategorie jsou uvedeny v zákoně č.96/2004 Sb. Kromě všeobecné sestry je zdravotnickým pracovníkem, který může pracovat bez odborného dohledu, také porodní asistentka, ergoterapeut, zdravotní laborant, radiologický asistent, zdravotně-sociální pracovník, optometriska, asistent ochrany veřejného zdraví, ortoptista, ortotik-protetik, zubní technik, nutriční terapeut, dentální hygienista, zdravotnický záchranář, biomedicínský technik, radiologický technik a farmaceutický asistent.

- **Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti:**

sem patří psycholog a klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odborný pracovník v laboratorních metodách a přípravě léčivých přípravků, odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví.

- **Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD):**

do této kategorie jsou zařazeni zdravotničtí asistenti, laboratorní asistenti, dezinfektoři, ortoticko-protetičtí technici, řidiči vozidel zdravotnické záchranné služby, nutriční asistenti, asistenti zubního technika, zubní instrumentářky, ošetřovatelé, sanitáři, apod.

2.5 Celoživotní vzdělávání v oboru ošetřovatelství

Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a plnění povinnosti se prokazuje na základě kreditního systému, který slouží pro zápočet k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Výši kreditních bodů za konkrétní vzdělávací akci stanovuje Vyhláška 423/2004 Sb. v platném znění. Osvědčení vydává MZ ČR. Pracovník je zařazen do Registru a může ke svému označení odbornosti připojit i označení „Registrovaný/á“.

Specializační vzdělávání je rovněž jednou z forem celoživotního vzdělávání vedoucí k prohloubení kvalifikace zdravotnického pracovníka. Na základě úspěšného ukončení specializačního vzdělávání, tj. úspěšné složení atestační zkoušky před oborovou atestační komisí, získá zdravotnický pracovník způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného zdravotnického povolání. Dokladem o specializované způsobilosti je diplom o specializaci v příslušném oboru. Specializační vzdělávání uskutečňují akreditovaná zařízení, která získala od Ministerstva zdravotnictví na základě žádosti a splnění všech stanovených podmínek, k této činnosti povolení.

Mezi celoživotní vzdělávání dále patří certifikované kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, aktivní nebo pasivní účast na školeních a odborných konferencích, kongresech dále publikační, pedagogická a vědecká činnost a také samostatné studium odborné literatury.

3 MANAŽER V OŠETŘOVATELSTVÍ

Pojem manažer označuje vedoucího pracovníka, který zodpovídá za chod dané organizace. Je to osobnost, která prostřednictvím ovlivňování lidí zajišťuje dosažení společných cílů. Tento proces je označován jako řízení. Na manažery jsou obecně kladeny vysoké požadavky, a to zejména v dovednostech a schopnostech koncepčních, lidských a technických. Dle úrovně řízení je dáno v jakém poměru mají tyto dovednosti být zastoupeny, ovšem schopnost jednat s lidmi je požadována na všech řídicích pozicích stejně. (Cejthamr, 2010, s. 31)

Zdravotnické služby vyžadují řadu specifík a dalších osobních vlastností manažera potřebných k řízení, které v jiných oborech nemusí být tak významné.

V ošetrovatelství je manažer charakterizován jako osoba, která v největší míře zodpovídá za rozvoj a perspektivu ošetrovatelství. Mimo jiné zde manažer rovněž posuzuje, plánuje, uplatňuje a vyhodnocuje teorie, vede výzkum a ošetrovatelskou praxi. Komunikuje se sestrami a zdravotnickým personálem a rozšiřuje teoretické a praktické vědomosti. Předpokladem efektivní práce manažera v ošetrovatelství je zvýšení efektivnosti práce, spojení logického myšlení a iniciativy s vědecky podloženými zákonitostmi teorie managementu a zkušenostmi úspěšných manažerů. (Kilíková, 2008, s. 25)

Při výkonu hlavních manažerských funkcí jsou na manažera kladeny požadavky známé jako 4 E:

1. Effectiveness (účelnost) – děláni správných věcí.
2. Efficiency (účinnosti) – provádění věcí správným způsobem.
3. Economy (hospodárnost) – dělat věci s minimálními náklady.
4. Equity (odpovědnost) – dělat věci spravedlivě a podle práva.

3.1 Vlastnosti a přednosti manažera

K zajištění procesu managementu je nezbytné, aby manažer disponoval kombinací technických znalostí vztahující se na specifické oblasti, společenských a lidských faktorů a koncepční schopností, které jsou nutné ke komplexnímu náhledu na operace v organizaci jako celku. U manažerů záleží více než u ostatních pracovníků na jejich osobnostních charakteristikách. Většinou se očekává, že manažeři budou mít osobnostní charakteristiky kvalitnější než ostatní pracovníci. V této souvislosti se stále častěji používá pojem osobní kva-

lita manažera. Osobní kvalita manažera je dána řadou osobnostních a pracovních předpokladů a značnou mírou empatie. Manažerská literatura obvykle uvádí vrozené a získané dispozice k výkonu manažerské profese, vychází však většinou z již překonaných psychologických poznatků o struktuře osobnosti a pomíjí dynamické stránky osobnosti. Lze předpokládat, že cítí-li jedinec předpoklady k vedení a řízení druhých a má-li o toto působení zájem, hledá si zaměstnání, které mu umožní tyto předpoklady a zájmy realizovat a dále je rozvíjí vzděláváním se při zaměstnání.

Profil sestry - manažerky by měl být následující:

Odborné schopnosti – které se týkají sběru dat, analýzy, interpretace, schopnosti identifikace problému a jeho řešení, plánování cílů, formulování pojmů, nalézání rozdílů a uplatňování logiky. Tyto schopnosti jsou takové, které jsou potřebné pro vykonávání specializovaných aktivit a jsou předpokladem efektivního plánování, rozdělení finančních zdrojů a kontroly. Odborné kvality jsou nevyhnutelné pro vytváření směrnic, norem, návrhů a pro formulování filozofie o poslání ošetrovatelství. (Kilíková, 2008, s.31)

Interpersonální schopnosti – zahrnují aktivní vedení, schopnost komunikovat, interpretovat, vysvětlit, objasnit informaci, zachovat sebeúctu u ostatních a efektivně podporovat vztahy. Tyto schopnosti sestra – manažerka aplikuje například při vedení rozhovoru s uchazeči o zaměstnání, při vedení porad a schůzí zaměstnanců, při budování vztahu s jinými organizacemi a institucemi i při řešení konfliktů. Z toho vyplývá, že se od ní očekává schopnost oznamovat, co mají sestry vykonávat a co e od nich očekává. Všechny informace musí interpretovat přesvědčivě a musí v ně sama věřit. (Kilíková, 2008, s.32)

Koncepční schopnosti – jsou specifické schopnosti a projevují se jako schopnost vyjednávat, zprostředkovat, přesvědčit, rozlišit a vytvořit síť. Sestra – manažerka potřebuje poznat jednotlivé souvislosti, příčiny a výsledky v organizaci. Ty totiž umožňují citlivě vnímat souvislosti mezi jednotlivými částmi organizace. Problémy jsou vnímány v širokém kontextu. Koncepční schopnosti jsou základem změny v řízení ošetrovatelství. (Kilíková, 2008, s.32)

Diagnostické schopnosti – se uplatňují při zjišťování problémů a studii jejich příznaků v organizaci. Manažerka by měla aktivně analyzovat a řešit možný vznik i již vzniklé komplikace či překážky, které by mohly ovlivnit ošetrovatelskou péči či chod daného oddělení a tím i organizace. (Kilíková, 2008, s.32)

Analytické schopnosti – jsou doplňkem diagnostických schopností. Znamenají způsobilost sestry - manažerky určit klíčové faktory v dané situaci, vidět je ve vzájemné souvislosti a umět se rozhodnout, kterým z nich je třeba věnovat největší pozornost. Analytické schopnosti umožňují určit, co je třeba v dané situaci dělat a jak se zachovat. Soubor manažerských schopností, které sestra – manažerka potřebuje ke svojí práci se odvíjí od toho, na které manažerské úrovni se nachází. (Kilíková, 2008, s.32)

Osobnostní profil – určuje konkrétní předpoklady. Sestra – manažerka je modelem řídicích schopností, měla by zajisté disponovat vysokou odbornou a intelektuální úrovní a schopností předvídat. Předpoklady pro funkci manažera má sestra, která je spolehlivá, zodpovědná, autonomní, pracovně samostatná, tvořivá, ochotná vzdělávat se a je otevřená přijímat nové poznatky a informace. Za důležitý předpoklad na tuto funkci se pokládá schopnost zvládnout metodu řízení a připravenost na změny. Ze sociálních dovedností by měla dominovat schopnost komunikovat, orientovat se v sociální sféře, zdravotnictví a legislativě, řídit a budovat týmy. (Kilíková, 2008, s. 33)

Charisma - pod tímto pojmem je možné rozumět takovou celostní kompetentnost, způsobilost osobnosti, která je výsledkem sociální zralosti, odborné znalosti a praktické dovednosti. Charisma je podmíněné silou osobnosti. Pomáhá při vedení ostatních a při prosazování cílů. Charismatictí lidé jsou velmi přesvědčiví a svoje nadšení dokáží přenést na druhé. Působí nejen na rozum, ale i na city svých posluchačů. Jejich schopnost motivovat a měnit myšlení zaměstnanců je velká. Je dokázané, že manažer, který tuto vlastnost má, jedná lépe a jde mu vše lehčeji. (Porvazník, 2010, s. 128)

3.2 Styl manažerské práce

Styl manažerské práce určují charakteristické rysy používaných metod vedení spolu s osobními vlastnostmi, postoji a návyky příslušného manažera. Literatura uvádí nejčastěji tři styly:

Autoritativní styl řízení – je založen na příkazech a jejich bezpodmínečném dodržování. Tento styl řízení může dočasně přinášet výsledky i tam, kde pracovníci nemají dostatečnou kvalifikaci, nebo kde je uvolněná kázeň. V běžné nekrizové situaci takovou autoritu pocítujeme jako omezování svobody. Je to vedení lidí pouhým příkazováním, kdy vedoucí z velké části ukládá pracovníkům úkoly s podrobnými návody postupu. Při plnění svých příkazů vymáhá ukázněné, přesné a včasné plnění úkolů tak, jak je uložil. Vychází

z předpokladu, že většina lidí se vyhýbá úkolům, odpovědnosti a nerada pracuje. Dochází k tomu, že dobří a kvalifikovaní pracovníci odchází, což se stává ztrátou pro organizaci. (Cejthamr, 2010, s. 87)

Liberalní styl řízení - činnost podřízených se manažer snaží ovlivňovat co nejméně, vyhýbá se nepopulárním zásahům, kritice, sankcím i riziku. Manažer nerozhoduje o ničem a vyhýbá se i těm rozhodnutím, pro které má jediné on sám kompetence. Jeho podřízení rozhodují samostatně o všem a musí plnit úkoly za svého nadřízeného. Kolektiv je málo výkonný, často se v něm odehrává vzájemný boj o moc. Je použitelný v případě, že vede maximálně motivovaný tým špičkových specialistů, kteří jsou silně orientováni na dosahování výsledků. Jde o minimálně centralizovaný styl řízení, který je nedirektivní. (Cejthamr, 2010, s. 88)

Demokratický styl řízení – zde vedoucí spolupracuje s podřízenými, má přirozenou autoritu, ale ponechává si prostor pro přijetí vlastních rozhodnutí. Demokratický styl řízení je založen na úctě a respektu k druhým, na toleranci, diskuzi a vědomí, že svět není černobílý. Charakterizuje jej zájem o spolupracovníky, jejich nápady. Lidé nejsou jen poslušnými podřízenými a vykonavateli příkazů manažera, ale jeho iniciativními spolupracovníky. Vedení pak sami chápou jako organizující sílu, která jim pomáhá a usnadňuje dosahování jejich cílů a zájmů. Je to styl vedení lidí formou spolupráce, která ovšem v odůvodněných případech nevyklučuje direktivní postupy. Tento styl řízení je obecně považován za nejvhodnější ve většině pracovních skupin. Takto vedená skupina pracovníků dokáže v případě nutnosti dosáhnout velmi vysokých výkonů. (Cejthamr, 2010, s. 88)

Nelze určit, který z uvedených stylů je univerzálně využitelný, i když jako nejlepší se jeví demokratický styl řízení. Vždy musí být brány v úvahu podmínky a charakter práce a pracoviště, osobnost manažera, lidé, kteří tvoří tým a aktuální situace, ve které se organizace nachází.

3.3 Manažerské role

Manažerské role klasifikují aktivity, jež tvoří základ práce vrcholového manažera. Tyto role můžeme rozdělit do třech skupin:

- **Mezilidské role**

Tyto role vznikají z manažerova postavení a autority.

Role vůdčí osobnosti – nejpřirozenější manažerská role. Manažer organizaci formálně reprezentuje a je účastníkem podepisování dokumentů, nezbytnou účastí na společenských akcích a dostupností pro lidi, kteří chtějí jednat s vrcholovým managementem.

Role vedoucího – patří k nejvýznamnějším rolím a prostupuje všechny manažerovy aktivity. Na základě autority má pak odpovědnost za plnění úkolů a za motivaci a vedení podřízených.

Role propojovatele – zapojuje manažera do horizontálních vztahů s jednotlivci a skupinami mimo jejich jednotky nebo mimo organizaci. Důležitou součástí manažerovy práce je vazba mezi organizací a jejím okolím. (Cejthamr, 2010, s. 34)

- **Informační role**

Informační role se vztahují ke zdrojům a předávání informací, které manažer získává při vykonávání mezilidských rolí.

Role dohlížeče – ve které manažer hledá a přijímá informace. Tyto informace mu pak umožňují rozvíjet chápání práce celé organizace a jejího okolí. Informace mohou být získávány z vnitřních nebo vnějších zdrojů.

Role šířitele informací – v níž manažer předává informace z vnějšího prostředí, prostřednictvím propojovací role, do organizace a informace z vnitřního prostředí, prostřednictvím role vedoucího, mezi podřízené.

Role mluvčího – zde manažer na základě své formální autority předává informace lidem mimo jednotku. (Cejthamr, 2010, s. 34)

- **Rozhodovací role**

Tyto role zahrnují přijímání strategických organizačních rozhodnutí vycházejících z manažerova postavení, autority a přístupu k informacím.

Role podnikatele – znamená, že manažer může iniciovat a plánovat řízené změny prostřednictvím využívání různých příležitostí nebo řešení problémů a přijímáním opatření ke zlepšení situace.

Role napravovatele poruch – manažer musí reagovat na nechtěné situace a nepředvídatelné události.

Role rozdělovatele zdrojů – kdy manažer užívá své formální autority k přijímání rozhodnutí o tom, kde má být vynaložena práce, a k rozhodování o rozdělení zdrojů jako jsou peníze, čas, zásoby a zaměstnanci. Rovněž rozhoduje o rozvržení práce a provádí kontrolu.

Role jednatele – znamená účast na jednáních s jedinci nebo organizacemi. Vyjednávání je velmi důležitou součástí manažerovy práce opírající se o jeho autoritu, důvěryhodnost, přístup k informacím a odpovědnost za rozdělení zdrojů. (Cejthamr, 2010, s. 35)

S postupným zvyšováním nároků na řízení ve zdravotnictví se vytvořily tři základní úrovně manažerů.

3.3.1 Manažeři první linie – lower management

Manažer první linie vede pracovní kolektiv, zabezpečuje plánování uložených pracovních úkolů, koordinuje spolupráci členů kolektivu, kontroluje plnění přidělených úkolů a vyhodnocuje jejich výsledky. Je to základní úroveň vedoucích pracovníků, jež plní každodenní úkoly. Stěžejním úkolem manažerů první linie je zabezpečit komunikaci mezi vedením instituce a provozními pracovníky, operativní řízení, dekadní plánování a zejména každodenní jednání a práce s lidmi. Z emocionálních schopností je preferován smysl pro spravedlnost. K manažerům první linie ve zdravotnictví patří vedoucí lékař, vedoucí úseku a z ošetrovatelského hlediska staniční sestra. (Gladkij, 2003, s. 163)

Náplň staniční sestry je zajišťovat chod oddělení jak po technické, personální i materiální stránce a podílet se na jeho dalším rozvoji. Pověřuje ošetrovatelskými úkoly členy týmu, kontinuálně monitoruje a vyhodnocuje jejich pracovní výkony, organizuje sesterskou činnost, tvoří harmonogram práce, podílí se na vedení celého ošetrovatelského týmu, zajišťuje dostatečné množství základního a speciálního materiálu a pomůcek ke splnění úloh. Staniční sestra má jako první své bezprostředně podřízené a je zodpovědná za řízení a chod ošetrovatelské jednotky, při uspokojení potřeb pacientů. (Kilíková, 2008, s. 29)

3.3.2 Manažeři střední linie – middle management

Střední manažeři řídí určité stupně vyžadující jak taktické vedení, tak střednědobé plánování. Tito pracovníci koordinují výkonné operativní činnosti a zabývají se převážně získáváním a předáváním informací. Mezi manažery střední linie lze zahrnout primáře, vedoucí oddělení a vrchní sestry. (Gladkij, 2003, s.164)

Vrchní sestry řídí složité ošetrovatelské procesy a organizaci chodu oddělení. Zvládají se starat o běžný provoz oddělení, o kvalitní práci a přístup všeobecných sester k pacientům.

Obecně vrchní sestra zodpovídá za celkovou činnost ošetrovatelského personálu na klinice či oddělení. Transformuje strategické plány vrcholového managementu do každodenní praxe. Podílí se na plánování rozpočtu, na personálním zabezpečení, odborném růstu personálu a na zabezpečení nepřetržitého chodu pracoviště. Plánuje, řídí a kontroluje poskytování ošetrovatelské péče metodou ošetrovatelského procesu. Organizuje a koordinuje tvorbu individuálních ošetrovatelských postupů a plánů péče o pacienta. Stěžejním bodem jejich manažerských činností je práce operativního a koncepčního charakteru. Vrchní sestra by měla být ta, která má na oddělení nejvíc odborných ošetrovatelských vědomostí. Její úlohou je zároveň vzdělávat členy týmu a pomáhat jim v komplexní péči o pacienta. V roli manažerky, vrchní sestra, přispívá k pocitu sounáležitosti sester se zdravotnickou institucí a s oddělením. Vrchní sestra deleguje kompetence na své zástupce – staniční sestry. (Kilíková, 2008, s. 29)

3.3.3 Vrcholový manažeři – top management

Jedná se o špičkové řídicí pracovníky, kteří se pohybují na vrcholu manažerské pyramidy. Zaměřují se především na vize a koncepce, strategické plánování, vytváření nebo změnu organizačních struktur z pozice znalce celého systému. Usměrnují a koordinují hlavní činnosti s velkou zodpovědností. Z emocionálních schopností je zde nutností mít silné manažerské charisma. Mezi top manažery patří ředitel nemocnice, náměstek či ředitel léčebně – preventivní péče, náměstkyně ošetrovatelské péče či hlavní sestra. (Gladkij, 2003, s.164)

Hlavní sestra je zodpovědná za celkovou činnost úseku ošetrovatelství ve zdravotnickém zařízení. Zodpovídá za odbornou úroveň poskytované ošetrovatelské péče. Spolu s primáři oddělení řídí a kontroluje vrchní sestry oddělení a ostatní vedoucí zdravotnické pracovníky nelékařských povolání na pracovištích. Ve spolupráci s primáři zajišťuje a koordinuje optimální personální obsazení. S vedením nemocnice stanovuje zásadní strategii a koncepci ošetrovatelské péče, která je realizována metodou ošetrovatelského procesu a jeho dokumentace. Odpovídá za organizaci, kvalitu a účelnost ošetrovatelské péče a činnosti poskytované na všech odborných pracovištích nemocnice včetně komplementu. Nese odpovědnost za dodržování odborných, etických pravidel a za holistický přístup při poskytování ošetrovatelské péče a zdravotních služeb na úseku zdravotnických pracovníků nelékařských povolání v rámci obecně závazných předpisů a dalších norem, upravujících tyto vztahy ve zdravotnictví a vnitřních předpisů a norem nemocnice. Vytváří a zajišťuje systém kontinuálního vzdělávání a získávání odborných dovedností nelékařských zdravotnic-

kých pracovníků a stanovuje zásady jeho realizace. Spolupracuje v této činnosti s náměstkem zdravotní péče, s primáři a vrchními sestrami oddělení a ostatními vedoucími pracovníky. Na svém úseku vyřizuje stížnosti pacientů, kde využívá spolupráce s právním oddělením. (Kilíková, 2008, s. 29)

3.4 Popis pozice vrchní sestry

Ve vztahu k nemocnici

- identifikuje možnosti organizace
- identifikuje problémy vyskytující se v organizaci
- ztotožňuje se s cíly organizace
- podílí se na personálním plánování organizace
- vytváří předpoklady a navrhuje změny
- vyrovnává se s novými změnami
- zakládá informační kanály
- podílí se na komunikačním systému uvnitř organizace
- sleduje vnější faktory ovlivňující organizaci.

Ve vztahu ke své práci vrchní sestry

- tvoří a logicky přemýšlí
- stanovuje cíle
- kalkuluje
- hodnotí rizika
- určuje priority
- vypracovává plány, prognózy a analýzy
- plní úkoly zadané hlavní sestrou
- deleguje úkoly na staniční sestru a své podřízené
- sleduje plnění pracovních úloh
- zavádí kontrolní mechanismy
- vykonává kontrolu
- spoluzakládá a využívá informační systémy
- organizuje svůj pracovní čas.

Ve vztahu k pracovnímu kolektivu

- vybírá pracovníky

- organizuje a spolupodílí se na přijímacích pohovorech
- určuje náplně práce
- vytváří harmonogram práce
- hodnotí pracovníky
- rozvíjí odbornost podřízených
- poskytuje rady
- vede pracovní porady a schůze oddělení
- sleduje a hodnotí pracovní výsledky
- řeší spory.

4 STRATEGICKÉ ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Strategické řízení je oblast řízení zaměřená na dlouhodobé plánování a směřování organizace. Strategie obsahuje vizi organizace, strategické cíle a strategické operace. Slouží jednak pro přenášení požadavků vlastníků na management organizace a jednak managementu organizace pro uspořádání, sjednocení a usměrnění chování všech lidí ve všech částech organizace. Strategické řízení je klíčovou a nejvyšší manažerskou aktivitou, kde se setkávají všechny manažerské funkce. Strategické řízení se uskutečňuje prostřednictvím tvorby a realizace jednotlivých strategií, které mohou mít formu záměru určující vývoj ekonomického subjektu a jeho věcnou stránku, nebo formu metod, nástrojů a opatření, prostřednictvím kterých jsou prosazovány strategie věcné. (Gladkij, 2003, s. 168)

Strategické řízení ve zdravotnictví má svá specifika, ale obecné formy a metody řízení se ve většině rysů velmi podobají nebo jsou dokonce zcela stejné jako ve firmách, zabývající se jinými činnostmi. V jakékoliv firmě musí být výnosy vyšší nebo minimálně stejné jako náklady, příjmy a výdaje musí být v rovnováze, odměňování pracovníků musí být založeno na hodnocení jejich výkonu a úsilí celé organizace musí být zaměřeno na optimální uspokojení potřeb svých zákazníků, ve zdravotnictví především pacientů. Mezi specifika zdravotnictví patří například rozpor mezi svědomím lékaře a reálnými možnostmi, protože ne vždy má lékař možnost využít nejnovějších postupů a techniky, jelikož mu to zdravotnické zařízení z důvodu limitů disponibilních zdrojů neumožňuje. Dalším zdrojem náročnosti řízení zdravotnického zařízení je obtížnost normování zdravotnických výkonů, kdy každý člověk je brán jako unikát a reakce každého organismu je individuální a obtížně předvídatelná. Z tohoto důvodu nelze přesně určit spotřebu času, léků či materiálu na jednoho pacienta. Mezi další specifika může patřit nezáměr zdravotníků o oblast financování a o ekonomii, dále silný vliv centrálních institucí či obtížné předvídaní poptávky po zdravotnické péči. Přitom strategie řízení je označována jako nejdůležitější součást řízení. (Souček, 2006, s. 20-24)

4.1 Strategické plánování

Rozhodnutí zpracovat strategii – je prvním krokem managementu. Především nejvyšší šéf zdravotnického zařízení musí implementaci strategie pokládat za svůj nejdůležitější úkol, musí stát v popředí všech prací a aktivně se na nich podílet především navržením základních rozvojových záměrů. Strategii musí sdílet a chápat celý pracovní tým. Nejprve

je nutné určit organizační předpoklady, jmenovat správce strategie, který zajišťuje koordinaci všech činností a připravuje potřebné podklady. Rozhodující je rovněž personální obsazení strategického týmu. Musí být dobře propracována metodika a stanoveny řádné termíny porad. Věcným výstupem tohoto kroku je určení základního zaměření zdravotnického zařízení, nástin vize, mise a strategických cílů.

Jmenování strategického týmu – musí být velmi pečlivé a promyšlené. Jedná se o odborníky schopné tvůrčího a interdisciplinárního myšlení se širokým rozhledem.

Osvojení principů strategického myšlení – je jednou ze základních podmínek úspěšného řízení. Kdy pracovníci týmu přijímají tyto principy za své a jsou ochotni jim plně věřit a naplňovat je. (Souček, 2006, s. 57 – 61)

4.2 Strategická analýza

Strategická situační analýza je velmi důležitou součástí tvorby strategie, jelikož umožňuje managementu firmy si uvědomit, jaká je současná situace, jaké má firma předpoklady úspěchu, na co by se měl management v současnosti i v budoucnu soustředit a kam by mělo jeho snažení v budoucnu směřovat.

Zpracování první verze vize a strategických cílů – představuje nástin strategie a tvoří východisko všech dalších prací. Zcela rozhodující je role vedoucího. On musí určit hlavní směr zdravotnického zařízení, z návrhů a analýz, sjednotit úsilí a iniciovat aktivitu.

Segmentace – řeší produkty, které budou předmětem činnosti, jako např. zdravotnické výkony, dále zákazníky nebo také skupiny pacientů a zájmové regiony, které definují území působnosti. (Souček, 2006, s. 63 - 65)

Analýza okolí – kterým se manažer musí zabývat, vyžaduje přehled z oblasti vývoje celosvětového, vědeckotechnického, politického, ekonomického, demografického, sociálního, ekologického i právního. Zdravotnictví je totiž velmi těsně se všemi těmito vlivy spojeno. Pro shrnutí výsledků analýzy okolí se používá metoda PEST a metoda 4C. (Souček, 2006, s. 66)

PEST analýza pochází z angličtiny a je odvozena z názvu druhů faktorů, které jsou analyzovány. Jedná se o faktory politicko-právní (Political), ekonomicko-hospodářské (Economic), sociálně-kulturní (Social) a faktory vědecko-technologické (Technological). Faktory jsou do analýzy zahrnuty podle důležitosti jejich vlivu nejen v současnosti, ale i podle jejich předpokládaného vývoje v budoucnu. Informace o důležitých faktorech získané z

PEST analýzy je možné využít při tvorbě scénářů vývoje okolí podniku. (Blažková, 2007, s.53)

Metoda „4 C“ postihuje globalizační trendy a jejím prostřednictvím se může management podniku rozhodnout, zdali zvolit globální či lokální strategii. V rámci uvedené metody jsou faktory podstatné pro rozhodování rozděleny do čtyř základních skupin. Jedná se o faktory týkající se zákazníků (Customers), nákladů (Costs), národních specifik (Country) a konkurentů (Competitors).

Předpověď poptávky – rozlišuje potencionální, dostupnou a cílenou poptávku. Její předvídaní je relativně obtížné, ale musí ho dělat každé zdravotnické zřízení. Prvním východiskem jsou údaje o vývoji poptávky v minulých obdobích, jako jsou statistické ročenky, roční zprávy nemocnic a specializované publikace. Tyto údaje poskytují určité představy o budoucím vývoji. Nelze je ovšem mechanicky přenést do strategického období, kdy mohou působit zcela jiné faktory, ovlivňující poptávku. Jedním z nástrojů předvídaní poptávky je epidemiologie, která se zabývá studiem příčin a rozlišení nemocí a vad v populaci. Dále pak zjištění tržního podílu v zájmových regionech, analýza konkurence, analýza vědeckotechnického rozvoje, energetiky, ekologie, zdrojů pracovních sil a jako nejdůležitější vlastní analýza zdravotnického zařízení. (Souček, 2010, s. 67)

Analýza vlastního zdravotnického zařízení – zjišťuje vývoj lidských a finančních zdrojů, hmotného a nehmotného majetku, výkonnosti jednotlivých pracovišť i zařízení jako celku. Speciálně pro potřeby strategie se zpracovává analýza silných a slabých stránek neboli SWOT analýza, která odhaluje silné - strength a slabé - weak stránky zařízení a jeho příležitosti - occasions a ohrožení - threats. Analýza spočívá v rozboru a hodnocení současného stavu firmy (vnitřní prostředí) a současné situace okolí firmy (vnější prostředí). Ve vnitřním prostředí hledá a klasifikuje silné a slabé stránky firmy. Ve vnějším prostředí hledá a klasifikuje příležitosti a hrozby pro firmu. Pro vyspecifikování jednotlivých např. silných stránek bývá využito brainstorming s managementem firmy a specialisty na oblast, kterých se SWOT analýza týká. Po brainstormingu se vše roztřídí podle relevantnosti k záměru použití SWOT. Následně nastupuje kvantifikované hodnocení jednotlivých položek všemi zúčastněnými. Po hodnocení a spočítání váhy jednotlivých např. silných stránek celým týmem se seřadí dle důležitosti. Dále musí proběhnout jasné rozhodnutí managementu, jak s výsledky analýzy naloží a co bude realizovat. V rámci SWOT analýzy je vhodné hledat vzájemné synergie mezi silnými a slabými stránkami, příležitostmi a silnými stránkami

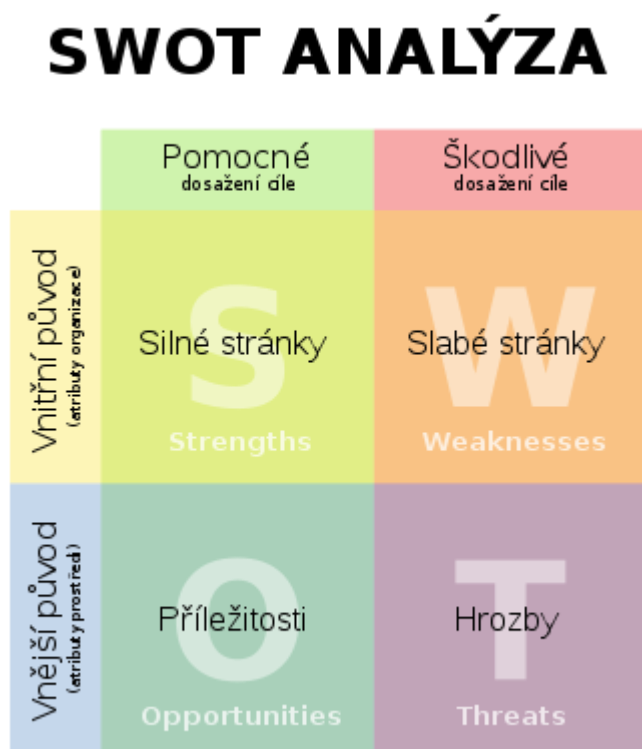
apod. Tyto synergie pak v zápětí mohou být použity pro stanovení strategie a rozvoje firmy. SWOT analýzu je možné využít jako silný nástroj pro stanovení a optimalizaci strategie společnosti, projektu nebo zlepšování stávajícího stavu či procesů. Při této možnosti je možné se rozhodovat, pro kterou strategii se management rozhodne. Nabízí se tyto možnosti:

MAX-MAX strategie – maximalizací silných stránek – maximalizovat příležitosti

MIN-MAX strategie – minimalizací slabých stránek – maximalizovat příležitosti

MAX-MIN strategie – maximalizací silných stránek – minimalizovat hrozby

MIN-MIN strategie – minimalizací slabých stránek – minimalizovat hrozby (Blažková, 2007, s. 155)



Obr. 1 SWOT analýza (Wikipedie, © 2012)

4.3 Formulace strategie

Na základě výsledků strategické situační analýzy management firmy již ví, jaké jsou kritické faktory úspěchu v daném odvětví, zná specifické přednosti vlastního podniku a také má potřebné informace o konkurenci. Nyní se tedy může pustit do formulace a tvorby strategie.

Určení mise, vize a cílů podniku – vzniká na základě výsledků strategické situační analýzy, v rámci které management vymezuje směřování podniku a jeho pozice v budoucnosti. Mise vyjadřuje poselství zákazníkům a vlastním pracovníkům. Vize představuje, čím zdravotnické zařízení ve strategickém období bude, nebo čím se chce stát. Cíle formulují stavy, jež má být během daného období dosaženo. (Souček, 2010, s. 84)

Definice strategií – slouží k dosažení definovaných cílů. Strategie můžeme rozdělit do několika typů podle různých hledisek.

Nákladová strategie zásadně ovlivňuje efektivitu a řeší oblast mezd, produktivity, počtu zaměstnanců, materiálových, energetických a režijních nákladů, úvěrů, zásob, odpisů. Výsledkem úvah jsou údaje, kvantifikující pro jednotlivá léta strategického období vývoj nákladových ukazatelů. (Souček, 2010, s. 90)

Cenová strategie, která musí určit, co vše je součástí ceny. Zde jsou zdravotnická zařízení značně limitována, lze, však nabídnout za stejnou cenu produkt s vyššími parametry než nabízí konkurence. Může se jednat například o úroveň pomyslných hotelových služeb, kdy jsou nabízeny takové vlastnosti produktu, které zákazník silně vnímá.

Využití informačních technologií, kdy nasazování klinických informačních systému je v dnešních zdravotnických zařízeních běžnou praxí. (Souček, 2010, s. 91)

Výběr nejvhodnější strategie – probíhá na základě scénářů budoucího vývoje, kdy jsou vedením zdravotnického zařízení zpracovány různé varianty strategií. Doporučuje se zpracovat minimálně tři varianty odpovídající optimistickému, realistickému a pesimistickému pohledu na budoucnost. Varianty by měly být zpracovány tak, aby v případě potřeby mohla organizace přejít s co nejmenšími problémy na jinou variantu strategie. Prostřednictvím předem definovaných kritérií management varianty vyhodnotí a vybere pro zdravotnické zařízení nejvhodnější strategii. Důležitým kritériem je i výsledek ekonomického hodnocení strategie, který vychází ze simulačních výpočtů rozvahy, výsledovky, cash-flow a základ-

ních poměrových ukazatelů finanční analýzy, mezi něž například patří likvidita, rentabilita, zadluženost či aktivita.

4.4 Realizace strategie

Po formulování strategie nastává další důležitá fáze strategického plánovacího cyklu - uvedení strategie do života, její realizace. Úspěšné zavedení strategie je v mnoha podnicích problémem, neboť je často nutné při realizaci strategie radikálně změnit fungování podniku včetně organizační struktury a řídicího systému. Realizace strategie často naráží na nedostatek vůle vrcholového managementu, nejasně formulované strategické cíle nebo nedostatečné zdroje. Východiskem a pomůckou pro úspěšnou realizaci strategie je zavedení systému strategického řízení a kontroly.

Definice strategických operací – je prvním krokem při zpracování strategického plánu. Nositel strategické operace nese plnou zodpovědnost za plnění plánu. Cíle musí být formulovány jasně, krátce a jednoznačně. Musí být určeny jasné indikátory, které přesně charakterizují plnění cílů. Určí se termín zahájení a ukončení strategie. Provádí se průběžná kontrola plnění. Management musí mít stále na paměti, že tvorba strategie není uzavřený proces, ale že je třeba se jí zabývat neustále. (Souček, 2010, s. 104)

Realizace plánu - je samotným aktivním procesem strategického řízení.

4.5 Zhodnocení strategie

Operační plán musí být průběžně kontrolován a vyhodnocován. Plán se hodnotí z hlediska věcného a termínového naplnění i z hlediska úplnosti a konzistentnosti plánu. Na základě kontroly může být plán případně doplněn, upřesněn či změněn. Stejně tak je nutné jednou za čas ověřit celý obsah strategie. Strategie se opět hodnotí z hlediska naplnění předpokladů, z nichž vychází, analyzují se příčiny odchylek a přizpůsobují se vnějšímu vývoji. Zdravotnické zařízení může strategii, která již neodpovídá skutečnému vývoji, změnit či přejít na jinou variantu. V extrémním případě je nutné zpracovat novou strategii. Pro správnou a včasnou reakci na změny by měl mít management vypracován vhodný signalizační a varovný systém, který využívá především ekonomické ukazatele. (Souček, 2010, s. 109)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CHARAKTERISTIKA SPOLEČNOSTI



Obr. 2 Krajská nemocnice T. Bati, a.s. (interní materiály)

Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s. (KNTB) se sídlem ve Zlíně je spolu se svou širokou škálou pracovišť od 1. ledna 2006 akciovou společností, kdy jediným akcionářem je Zlínský kraj. Tato nemocnice se svou velikostí řadí mezi 10 největších v České republice. Jejím hlavním cílem je poskytování kvalitní péče pacientům ve všech specializovaných odděleních.

Historie nemocnice se datuje k roku 1927, kdy věnovala firma Baťa 1 000 000 Kč na založení nemocnice a započalo její budování. Mezi hlavní jména spojená se založením nemocnice patří Dr. Bohuslav Albert, který se stal i pozdějším ředitelem nemocnice, architekt František L. Gahura a zejména Tomáš Baťa. Nemocnice byla pro své postavení, vybavení, organizaci a výsledky pokládána za jednu z nejlepších nejen v Československé republice, ale i ve střední Evropě. Smyslem celé koncepce bylo, že cílem veškerého dění ve zdravotnictví musí být pacient podle Baťovského hesla „Náš zákazník, náš pán“.

Po roce 1945 prošla nemocnice několika organizačními formami (se změnou v názvu)- Zemská nemocnice, Krajský ústav národního zdraví, Okresní ústav národního zdraví. V roce 2002 vznikly v ČR kraje a v důsledku toho byla zřízena Baťova krajská nemocnice. Další změna byla v roce 2005, kdy byla nemocnice zapsána u krajského soudu jako Krajská nemocnice T. Bati a.s.

V nemocnici pracuje v současné době přibližně 2180 zaměstnanců. Péči o pacienty zajišťuje 291 lékařů a téměř 1000 zdravotnických pracovníků. Ročně je hospitalizováno přes 40 000 pacientů. Nemocnice disponuje 1046 lůžky, z toho je 944 lůžek pro akutní péči a 102 pro péči o chronicky nemocné, kam patří i lůžka léčebny dlouhodobě nemocných a ošetrovatelské péče.

Mimo standardní lůžkové a ambulantní péče funguje v některých odděleních moderní léčba v denních stacionářích. Zde je pacientům umožněno podrobit se opakovaně léčebným postupům ve speciálním několikahodinovém režimu, který nahrazuje v řadě případů klasickou hospitalizaci. Denní stacionáře se využívají především v kožním, onkologickém, gynekologickém a ortopedickém oddělení. V řadě oblastí, například chirurgických, interních, gynekologicko-porodnických a diagnostických oborech, překračuje Krajská nemocnice T. Bati, a.s. regionální úroveň a je spádovou nemocnicí s působností přesahující území Zlínského kraje.

5.1 Politika a cíle kvality KNTB

Krajská nemocnice T. Bati, a.s. poskytuje svoje služby tak, aby byly kvalitní a pokrývaly celý rozsah péče. Z důvodu rozdílného vnímání kvality, je zde rozdělena mezi kvalitu z hlediska:

- pacientů
- odborného personálu
- procesního řízení
- odborných a kontrolních institucí.

Nemocnice usiluje o dosažení co nejvyšší možné úrovně kvality v rámci limitů disponibilních prostředků.

Cílem je:

- **spokojenost pacientů/klientů a plátců**

Je kladen důraz na profesionalitu, bezpečnost léčby, vstřícnost, empatii, rychlou reakci, spolehlivost a klientsky příznivé postupy a prostředí.

- **vysoká profesionální úroveň**

Zde je vyzdvihováno udržování vědomostí pracovníků na úrovni současného poznání, na vybavení nemocnice kvalitními přístroji, zavádění moderních metod a přístupů a výběr kvalitních spolupracujících organizací.

- **spokojenost zakladatele**

Jako předpoklad perspektivy je zde spokojný pacient/klient, jakožto uspokojení cíle zakladatele nemocnice.

- **spokojenost zaměstnanců**

Pouze spokojený zaměstnanec odvádí dlouhodobě kvalitní pracovní výkon. Je zde pečováno o kvalitu a rozvoj pracovního prostředí, kvalitu pracovních vztahů, sociální péči a odpovídající odměňování zaměstnanců.

- **nekorupční jednání**

- **hospodárné vynakládání svěřených zdrojů**

Politika kvality zní:

- Všichni zaměstnanci KNTB jednají v souladu s cíly kvality.
- Každý zaměstnanec odpovídá za kvalitu své práce.
- Neustálým zvyšováním kvalifikace všech zaměstnanců jsou plněna zákonná ustanovení a vytvářeny podmínky pro zvyšování kvality služeb.
- Veškeré činnosti jsou prováděny v souladu s platnými legislativními předpisy.
- Je zajišťována aktivní účast v profesních organizacích.
- Je dbáno na hospodárnost provozu všech oddělení nemocnice.

V říjnu 2011 získala nemocnice certifikát kvality ISO 9001:2008 od společnosti LL-C (Certification). Tento certifikát potvrzuje, že byl v nemocnici zaveden systém managementu kvality a splňuje požadavky a uvedené normy.

5.2 Cíle kvality pro rok 2012

1. Obhájit certifikát systému management kvality ISO 901 při dozorovém auditu.
2. Dosáhnout vyrovnaného hospodaření v roce 2012.
3. Kvalita očima pacient (program KOP): dosáhnout úrovně 80 % ve spokojenosti pacientů.
4. Úplné zavedení skladového hospodářství na zdravotnických odděleních.
5. Zavést do praxe Rezortní bezpečnostní cíle MZ ČR.
6. Dosáhnout meziroční zvýšení průměrné úrovně vedení zdravotnické dokumentace (lékařské i ošetrovatelské části) o 2 %.
7. Prohloubit metodu sledování a vyhodnocování hospodaření jednotlivých primariátů.

5.3 Aktuální situace v KNTB

V současné době je v České republice 8 zdravotních pojišťoven, z nichž největším představitelem je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, která má i ústřední pozici ve financování nemocnic. V Krajské nemocnici T. Bati, a.s. jsou aktuální tyto typy úhradových mechanismů pro **hospitalizační případy**:

Balíčková metoda – neboli individuálně smluvně sjednaná složka úhrady např. pro jednotlivé typy výkonů (artroskopie, totální endoprotéza). V případě KNTB se jedná cca o 6 % všech hospitalizovaných případů. Musí zde být uzavřena zvláštní smlouva, kdy se nemocnice musí dohodnout se zdravotní pojišťovnou na počtu a ceně jednotlivých balíčků.

ALFA – jedná se o přibližně 89 % všech hospitalizovaných případů. Úhrada je prováděna formou případového paušálu pro běžné nákladové hospitalizace. Výpočet konkrétní váhy každého případu se dělí na dvě skupiny. Výkonovou, kde je základním kritériem délka hospitalizace a materiálovou, kde jsou stanoveny průměrné náklady za každý hospitalizační případ i rozsah těchto nákladů, tj. minimální a maximální materiálové náklady každého případu. Celková úhrada zdravotní pojišťovny za každý hospitalizační případ je určena násobkem přepočtené relativní váhy (CaseMix) a základní saznou nemocnice.

BETA – tvoří přibližně 5 % všech hospitalizačních případů. Úhrada zdravotní pojišťovnou je na rozdíl od případů ALFA čistě výkonová a tvoří ji součet bodových hodnot všech výkonů vykázaných na případ, součet všech zvlášť zúčtovaných materiálů (ZUM), zvlášť zúčtovaných léčivých přípravků (ZULP) a součet lékových paušálů za každý den hospitalizace.

Ambulantní část nemocnice:

Všechny ostatní výkony nezahrnuté do jednotlivých případů hospitalizace, jsou hrazeny výkonově s úhradou ZUMů a ZULPů vykázaných na dokladech pro zdravotní pojišťovny. Hodnota bodu je stanovena dle typu ambulance.

Hospodářský výsledek za rok 2011 předpokládá ztrátu cca 60 mil. Kč, což představuje meziroční zlepšení výsledku hospodaření o 90,9 mil. Kč. Pro rok 2012 je cílem dosáhnout vyrovnaného hospodaření a zajistit financování pro výstavbu Interní kliniky.

V druhé polovině roku 2011 byl vzhledem k rozvoji nových kapacit doplněn počet zaměstnanců cca na 2180, bylo postupně realizováno navýšení mezd lékařů a zároveň pokračovalo vyplácení stabilizačního příplatku všeobecným sestram a porodním asistentkám.

6 CHARAKTERISTIKA PLICNÍHO ODDĚLENÍ



Obr. 3 Plicní oddělení KNTB, a.s. (vlastní zpracování)

Jedná se o oddělení, které se převážně nachází na 20. pavilonu Krajské nemocnice T. Bati, a.s. Součástí plicního oddělení je standardní lůžkové oddělení, JIP, spánková laboratoř vč. ambulance pro spánkové poruchy, oddělení následné péče a rehabilitace vč. stacionáře, laboratoř alergologie a klinické imunologie, bronchoskopický sál a ambulanti provoz vč. kalmetizace a funkčního vyšetření. Oddělení se zabývá diagnostikou a léčbou v celém rozsahu odbornosti pneumologie, ale také alergologie a klinické imunologie, především provádí diagnostiku a léčbu bronchiálního astmatu, chronické obstrukční plicní nemoci, bronchogenního karcinomu, pneumonií, plicních fibrotizujících procesů a léčbu tuberkulózy. Ambulance jsou rozděleny na pneumoftizeologickou, pneumoonkologickou a alergoimunologickou. Jeden den v ambulanci je vyhraněn pro poruchy spánku a jedno odpoledne v týdnu je provozována poradna pro odvykání kouření.

Vedení plicního oddělení

| | | |
|---------------|----------------------|----------------------|
| Primář | MUDr. Vladimír Řihák | rihak@bnzlin.cz |
| Vrchní sestra | Sedláčková Eva | sedlackova@bnzlin.cz |

6.1 Historie plicního oddělení

Krajská nemocnice T. Bati, a.s. byla založena ve 30. letech minulého století a plicní oddělení zde vzniklo roku 1941. Současně vzniklo plicní oddělení ve Vizovicích, kde byla po-

sléze přesunuta veškerá péče a většina pacientů. V roce 1989 došlo k restituci majetku církvi a vzniku Nemocnice Milosrdných bratří a plicní oddělení bylo přesunuto zpět do Baťovy nemocnice. Z důvodu nevyhovujících podmínek vedení usilovalo o výstavbu nového pavilonu. V roce 2002 byl otevřen již nový pavilon pro plicní oddělení.

Primáři plicního oddělení:

| | | | |
|----------------|-------------|----------------|--------------|
| Dr. E. Jančík | 1941 – 1949 | Dr. J. Hlůšek | 1990 – 1997 |
| Dr. M. Tesař | 1950 – 1974 | Dr. J. Krynská | 1997 – 2005 |
| Dr. M. Frantík | 1962 – 1989 | Dr. V. Řihák | 2005 - dosud |
| Dr. I. Broulík | 1989 – 1990 | | |

6.2 Strukturální členění plicního oddělení

Standardní oddělení se nachází v 1. patře účelové novostavby. Jedná se o stanici s 31 lůžky (z toho je 6 lůžek izolačních pro pacienty s TBC). Devět pokojů je 2lůžkových, čtyři pokoje 3lůžkové a jeden pokoj 1lůžkový. Pokoje jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením (sprcha, umyvadlo, WC), nočním stolem a úložným prostorem pro šatstvo pacientů. Všechny pokoje mají bezbariérový přístup. Pro každého pacienta je u lůžka signalizační a dorozumivací zařízení s možností poslechu rádia ve sluchátku. Na oddělení je provedena instalace centrálního rozvodu kyslíku. Součástí vybavení jídelny je televizor, lednice a malá knihovna.

Oddělení JIP se nachází u standardního oddělení. Tato jednotka má 4 lůžka ve dvou bo-
zech. Každý box má své sociální zařízení. Každé lůžko má svůj moderní monitor, který 24hodin snímá EKG křivku, tepovou a dechovou frekvenci a v intervalu 5 – 60 minut měří automaticky krevní tlak. Lůžka jsou elektricky nastavitelná a jsou vybavena bezpečnostními postranicemi. Nad každým lůžkem je instalována světelná rampa, jejíž součástí je dorozumivací zařízení a centrální rozvod kyslíku. K dalšímu vybavení zde patří elektronické pumpy pro přesné dávkování infuzních roztoků, výživy a dávkovač pro kontinuální podávání léků. K podpoře životních funkcí má oddělení k dispozici jeden přístroj pro umělou plicní ventilaci a jeden defibrilátor.

Oddělení následné péče a rehabilitace se nachází v částečně zrekonstruované přízemní budově 10. pavilonu. Jedná se o stanici s 16 lůžky. Šest pokojů je 2lůžkových a jeden

4lůžkový. Sociální zařízení (sprcha, umyvadlo, WC) je buď společné pro dva pokoje, nebo samostatně pro jeden pokoj. Pokoje jsou vybaveny novými polohovacími lůžky, nočními stolky a šatní skříní pro každého pacienta. Pro každého pacienta je u lůžka rovněž signaliizační a dorozumívací zařízení s možností poslechu rádia ve sluchátku. Na oddělení je provedena instalace centrálního rozvodu kyslíku.

Denní stacionář je součástí oddělení následné péče a rehabilitace. Disponuje jedním polohovacím lůžkem a dvěma polohovacími lehátky. Má vlastní sociální zařízení (sprcha, umyvadlo, WC). Na stacionáři probíhá ambulantní léčba cytostatiky.

Bronchoskopický sál se nachází při standardním oddělení na 20. pavilonu. Slouží k provádění bronchoskopií, hrudních punkcí, zavádění hrudních drénů a dalších drobných zákroků jak u hospitalizovaných, tak i ambulantních pacientů. Indikaci k zákroku provádí pneumolog.



Obr. 4 Bronchoskopický sál (vlastní zpracování)

Spánková laboratoř je součástí standardního oddělení. Provádí se zde monitorování pacienta ve spánku pro stanovení diagnózy spánkové apnoe. Pacienta je nutno objednat k hospitalizaci přes ambulanci pro poruchy spánku. Indikaci k vyšetření může provést každý lékař, hlavně otorinolaryngolog. Při pozitivní monitoraci je u pacientů indikována přetlaková terapie. Tito pacienti jsou dispenzarizováni v ambulanci pro poruchy spánku. V některých případech je doporučeno chirurgické řešení na ORL oddělení.



Obr. 5 Spánková laboratoř (vlastní zpracování)

Laboratoř alergologie a klinické imunologie provádí vyšetření průtokovým cytometrem. Dále vyšetření Quantiferon TB GOLD - vyšetření při podezření na TBC onemocnění. Navíc se zde zpracovávají vzorky z bronchologického sálku k cytologickému vyšetření.

Ambulance se nacházejí na 11. pavilonu, což je původní přízemní budova. V ambulanci je poskytována běžná ambulantní péče rozdělená vždy dle odbornosti.

AMBULANCE č. 1 Pneumoftizeologická ambulance

AMBULANCE č. 2 Pneumoonkologická ambulance, Ambulance pro poruchy spánku, Protikuřácká poradna

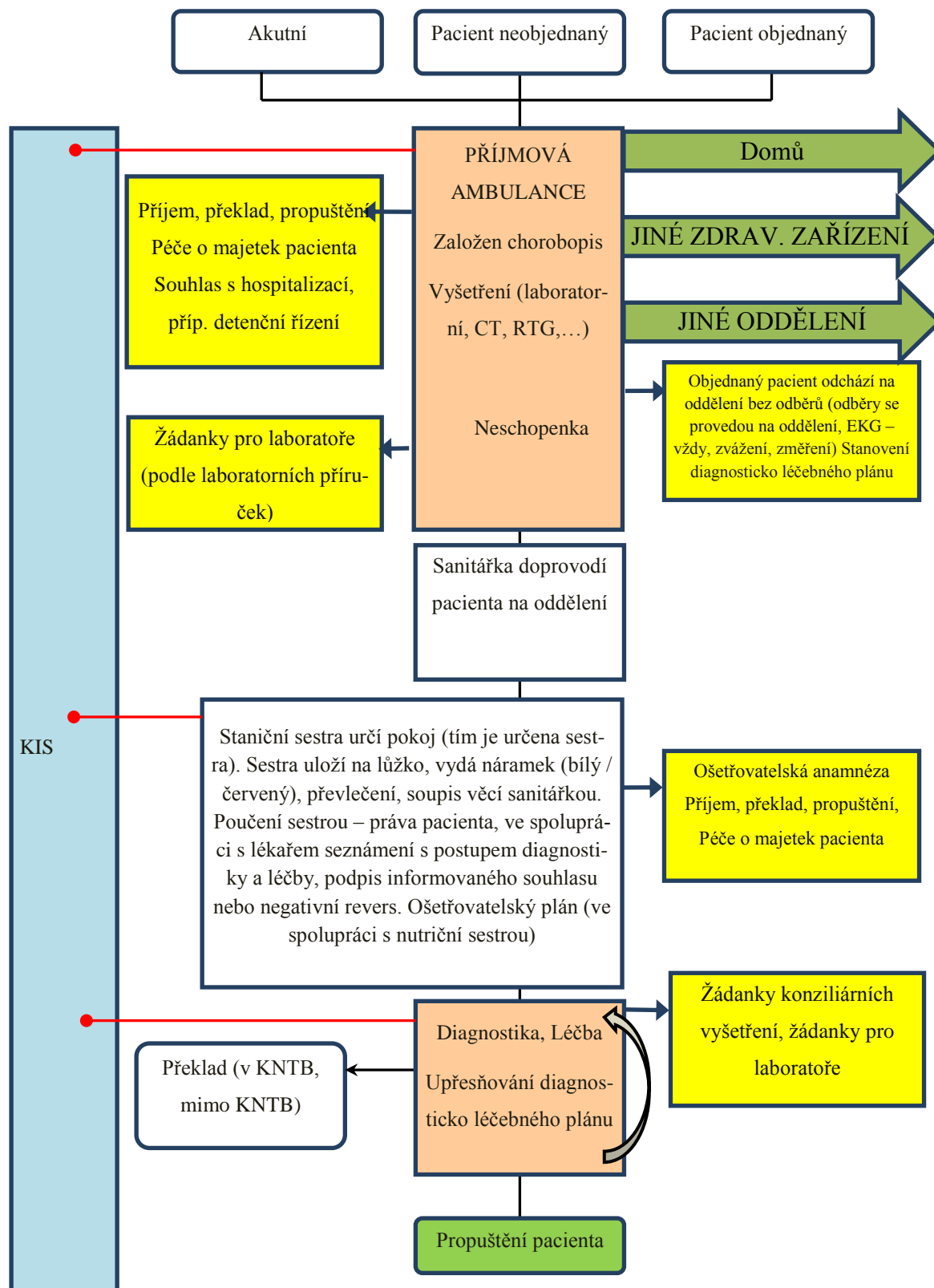
AMBULANCE č. 3 Imunoalergologická ambulance

AMBULANCE č. 4 Kalmetizace, Metabolická ambulance

AMBULANCE č. 5 Ambulance funkčního vyšetření

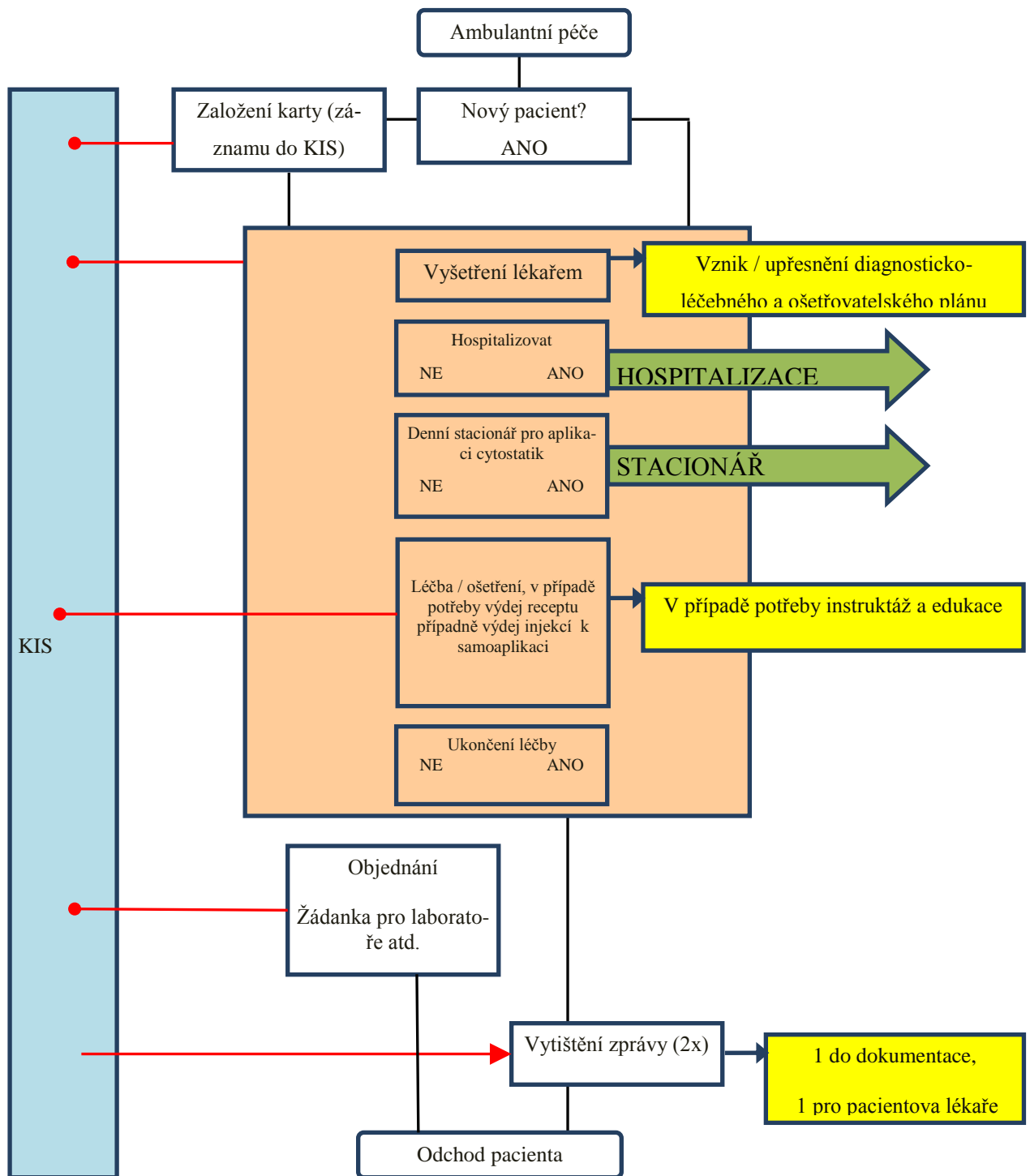
6.3 Lůžkové oddělení

Tab. 1 Schéma lůžkového oddělení (interní materiály)



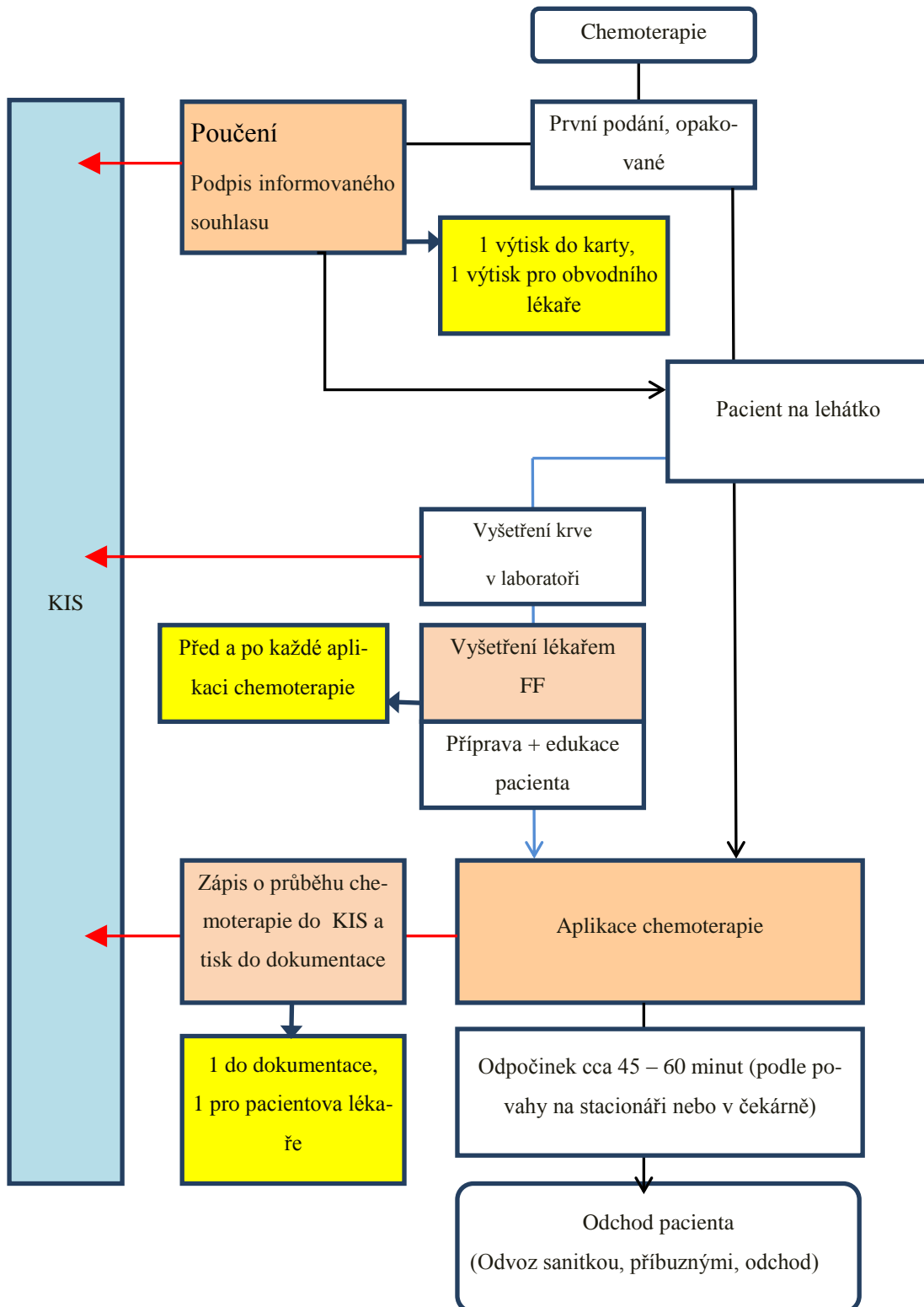
6.4 Ambulantní péče

Tab. 2 Schéma ambulantní péče plicního oddělení (interní materiály)



6.5 Stacionář

Tab. 3 Schéma stacionáře na plicním oddělení (interní materiály)



6.6 Obložnost plicních oddělení v České republice za rok 2010

Tab. 4 Obložnost plicních oddělení ČR (interní materiály)

| Název | Název oboru | TYP1 | TYP2 | Lůžka | Obložnost |
|---|--------------------------------|---------------|-------------------|-----------|----------------|
| Thomayerova nemocnice | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 75 | 70,59% |
| Fakultní nemocnice v Motole | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 60 | 63,16% |
| Nemocnice Na Bulovce | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 59 | 63,73% |
| Oblastní nemocnice Kladno, a.s., | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 30 | 62,55% |
| Oblastní nemocnice Mladá Boleslav | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 20 | 76,75% |
| Oblastní nemocnice Příbram, a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 23 | 71,41% |
| Nemocnice České Budějovice, a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 27 | 59,63% |
| Nemocnice Strakonice, a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 25 | 67,07% |
| Nemocnice Tábor, a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 24 | 79,10% |
| Klatovská nemocnice, a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 20 | 60,37% |
| Fakultní nemocnice Plzeň | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 50 | 65,36% |
| Karlovarská krajská nemocnice a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 30 | 57,31% |
| Krajská zdravotní, a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 35 | 50,58% |
| Krajská zdravotní, a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 28 | 84,15% |
| Krajská zdravotní, a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 60 | 47,53% |
| Krajská nemocnice Liberec | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 29 | 73,15% |
| Fakultní nemocnice Hradec Králové | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 25 | 77,60% |
| Oblastní nemocnice Trutnov, a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 20 | 9,00% |
| Pardubická krajská nemocnice, a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 36 | 59,04% |
| Nemocnice Havlíčkův Brod, příspě. org | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 22 | 85,04% |
| NEMOCNICE JIHLAVA, | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 30 | 57,98% |
| Nemocnice Třebíč, příspěvková or. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 24 | 76,03% |
| Nemocnice Blansko | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 20 | 73,15% |
| Česká republika, Vězeňská služba ČR | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 28 | 31,86% |
| Fakultní nemocnice Brno | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 73 | 71,61% |
| Nemocnice Břeclav, příspěvková orga | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 20 | 82,15% |
| Nemocnice Kyjov, příspěvková organiz | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 26 | 82,07% |
| Nemocnice Vyškov, | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 20 | 97,01% |
| Nemocnice Znojmo | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 15 | 69,17% |
| Středomoravská nemocniční a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 20 | 75,38% |
| Fakultní nemocnice Olomouc | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 56 | 69,97% |
| Šumperská nemocnice a. s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 13 | 89,97% |
| SZZ Krnov | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 27 | 51,83% |
| Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 31 | 84,21% |
| Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 30 | 83,74% |
| Nemocnice Nový Jičín a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 26 | 79,38% |
| SLEZSKÁ NEMOCNICE v Opavě | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 30 | 73,72% |
| Fakultní nemocnice Ostrava | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 29 | 68,73% |
| Vítkovická nemocnice a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 44 | 36,56% |
| Kroměřížská nemocnice a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 20 | 83,63% |
| Uherskohradištská nemocnice a.s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 25 | 72,77% |
| Krajská nemocnice T. Bati, a. s. | TBC A RESPIRAČNÍ NEMOCI | Akutní | standardní | 31 | 107,41% |
| | | | celkem | 1336 | 67,52% |

7 VÝCHODISKA PRO PROJEKTOVOU ČÁST

Projekt je dočasná, organizovaná snaha vytvořit jedinečný produkt nebo plán. Projektové řízení je proces vedení projektu od jeho začátku, přes realizaci až k jeho ukončení. Jedná se o účinné a efektivní dosahování změn, prostřednictvím zpracovaného záměru, rozvrhu nebo plánu nějaké budoucí činnosti nebo jejího výsledku. V managementu jak uvádí Gladkij (2003) je projekt „časově ohraničené úsilí, směřující k vytvoření unikátního produktu nebo služby“.

7.1 Definice projektu

Tab. 5 Definice projektu (vlastní zpracování)

| | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| Název projektu: | | |
| Projekt využití managementu v roli vrchní sestry na plicním oddělení v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. | | |
| Účel projektu: | | |
| Zlepšení chodu plicního oddělení prostřednictvím manažerského řízení vrchní sestry. | | |
| Cíle projektu: | | |
| Analyzovat náplň práce vrchní sestry a provoz plicního oddělení. | | |
| Vytvořit SWOT analýzu oddělení. | | |
| Navrhnout opatření pro zlepšení jeho chodu. | | |
| Výstup projektu: | | |
| Diplomová práce | | |
| Vedoucí projektu: | | |
| Bc. Lenka Vaculíková | | |
| Členové týmu: | | |
| studentka, vrchní sestra plicního oddělení, nelékařský personál plicního oddělení | | |
| Délka projektu: | | |
| 3 měsíce | Počátek projektu: 1. 2. 2012 | Ukončení projektu: 30. 4. 2012 |

Životní cyklus projektu se skládá z několika základních částí, které se dále větví. Jedná se o předprojektovou, projektovou a poprojektovou část. Náležitosti jednotlivých částí blíže přibližuje následující obrázek.

| Předprojektová část | | Projektová část | Poprojektová část |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| ZAHÁJENÍ | PLÁNOVÁNÍ | REALIZACE | UKONČENÍ |
| - Účel | - Finální záměr | - Monitorování/Kontrola | - OSLAVA! |
| - Vhodnost pro strategii | - Vybraní členové týmu | - Řízení kvality | - Uzavření kontraktů |
| - Cíle | - Připraven plán | - Řízení času | - Zpětná vazba |
| - Možnosti | - Plán řízení kvality | - Řízení nákladů | - Doporučení pro budoucnost |
| - Vymezení vztahů | - Časový harmonogram | - Řízení rizik | - Závěrečná zpráva |
| - Koncept plánu | - Rozpočet | - Řízení změn | |
| - Odhad rozpočtu | - Registr rizik | - Reporting | |
| | - Schválení | - Komunikace | |
| | - Komunikační plán | - Rozhodování | |
| | | - Motivace | |

Obr. 6 Dílčí části cyklu projektu (univerzitní materiály, © 2011)

7.2 Průběh projektu

Zahájení projektu:

- identifikace projektu, popis činností
- sběr dat a potřebných informací
- vymezení pracovních vztahů a pozic
- stanovení cílů
- praxe na plicním oddělení

Plánování projektu:

- rozdělení aktivit podle týmových rolí
- vytyčení zodpovědnosti za aktivity
- vytvoření SWOT analýzy
- připravení plánu
- sestavení týmu

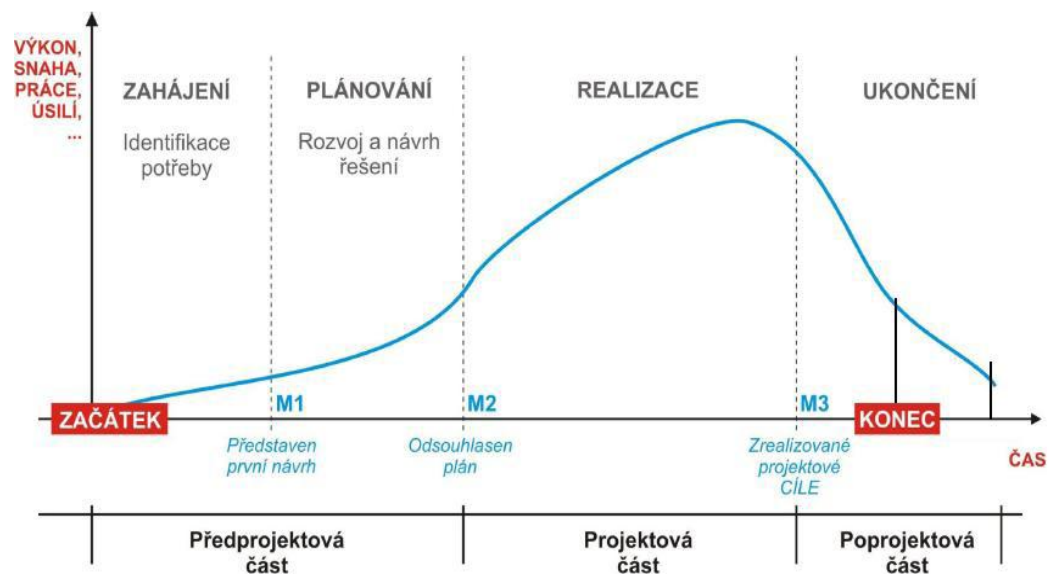
Realizace projektu:

- návrhy řešení odhalených nedostatků
- návrh strategického řízení

- tvorba cest pro realizace nových strategií v dílčích oblastech
- zaměstnanecká schůze pro seznámení s novými návrhy
- pomoc při implementaci návrhů do praxe

Ukončení projektu:

- kontrola v analyzované společnosti, vývoj změn a jejich uchycení, rozsah plnění navrhnutých řešení.



Obr. 7 Průběh projektu (univerzitní materiály, © 2011)

7.3 Atributy projektu

U projektu se jedná o jedinečný proces, sestávající z řady koordinovaných a řízených činností s daty, zahájený a ukončený, prováděný pro dosažení cíle, který vyhovuje specifickým požadavkům včetně omezení daných časem, náklady a zdroji. Úspěch projektu hodnotíme podle toho, zdali dosáhl plánovaných cílů v plánovaném čase, s efektivním využitím přidělených zdrojů a nevyvolal negativní dopady.

Projekt využití managementu v roli vrchní sestry na plicním oddělení v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. je časově omezen na 3 měsíce, zahájení proběhlo 1. 2. 2012 a jeho ukončení dne 30. 4. 2012. Projekt se opírá o cíle a politiku KNTB, a.s. se stanovením vlastních dílčích cílů, specifických pro plicní oddělení.

8 SBĚR DAT, JEJICH ANALÝZA A ZJIŠTĚNÍ SOUČASNÉHO STAVU

V této fázi projektu dochází ke shromažďování dat prostřednictvím získané praxe na plicním oddělení Krajské nemocnice T. Bati, a.s. a spolupráci s vrchní sestrou tohoto oddělení paní Evou Sedláčkovou.

Metodou sběru dat byla odborná praxe, vědecké pozorování, přímé dotazování a skupinový rozhovor.

Odborná praxe byla zajištěna po dobu tří měsíců trvání mého výzkumu. Docházela jsem na pravidelné konzultace za vrchní sestrou plicního oddělení, se kterou jsem vytvořila projektový tým. Dále jsem absolvovala praxi na lůžkové části tohoto oddělení a byla jsem plně zapojena do jeho provozu. Vykonáním odborné praxe jsem získala cenné znalosti a poznatky z oblasti managementu plicního oddělení.

Pozorování bylo záměrné a systematické. Byla jsem začleněna do celkového chodu plicního oddělení a měla jsem možnost hlouběji proniknout do pozorovaného celku. Vytvořené podklady byly evidovány, ověřeny a následně vyhodnoceny. Během pozorování jsem zaujala objektivní nestranný postoj a se souhlasem zúčastněných využila záznamová zařízení.

Přímé dotazování probíhalo metodou „face to face“. Osobní rozhovory byly zvoleny z důvodu intimity, důvěryhodnosti informací, přímého kontaktu s tázanými a možností konkrétní volby dotazů. Z časového hlediska byly rozhovory náročnější, ale o to konkrétnější. Během osobních rozhovorů měli tázaní více času na rozmyšlení a otázky byly snáze specifikovatelné.

Skupinový rozhovor neboli focus group, probíhal formou diskuse se členy projektového týmu, do diskuse se zapojila vrchní sestra a staniční sestra plicního oddělení spolu s dalšími členy nelékařského týmu. Diskuse se zúčastnilo cca 15 osob a byla částečně řízena mou osobou. Vše bylo zaznamenáváno pomocí písemných poznámek, ty byly následně zapracovány do SWOT analýzy. Focus group byl uskutečněn během řešení projektu a následně i po jeho ukončení. Tato metoda skupinového rozhovoru byla účastníky velmi kladně přijata.

Zjištěná data byla zpracována do SWOT analýzy a následně vyhodnocena.

8.1 Náplň práce vrchní sestry na plicním oddělení

Náplň práce vrchní sestry sestavuje náměstkyně ošetrovatelské péče a to v souvislosti se Zákonem č 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů.

Dále se Zákonem č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Zákonem č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláškou 195/2005 Sb., která upravuje podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Požadované vzdělání vrchní sestry je buď specializovaná způsobilost nebo vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství nebo zdravotnické řízení, odborná způsobilost a osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Dále praxe v oboru minimálně 10 let, uživatelská znalost práce na PC včetně práce s klinickými informačními systémy, schopnost komunikovat a kooperovat, umět řešit problémy, schopnost přijmout zodpovědnost, samostatnost a zájem o sebevzdělání.

V oblasti ošetrovatelské činnosti

- řídí práci nelékařských zdravotnických pracovníků podle nejnovějších ošetrovatelských metod na všech stanicích lůžkové a ambulantní péče plicního oddělení
- vede porady staničních sester
- koordinuje rozpisy služeb a vede evidenci odpracovaných hodin, zpracovává podklady pro mzdovou účtárnu
- ukládá úkoly podřízeným pracovníkům k zajištění kvality ošetrovatelské péče o pacienty
- realizuje nové metody ošetrovatelské péče, vzdělává sestry a organizuje péči prostřednictvím skupinové ošetrovatelské péče a ošetrovatelského procesu
- ve spolupráci s primářem oddělení koordinuje ošetrovatelskou a léčebnou péči
- spolupracuje s primářem oddělení při realizaci a pravidelné revizi standardů pro celou oblast ošetrovatelské péče

- ve spolupráci s primářem připravuje oddělení k certifikaci a akreditaci
- účastní se vizit na oddělení, schůzek lékařského kolektivu a porad vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků
- kontroluje odbornou a administrativní činnost podřízených na svém úseku související s příslušnými předpisy KNTB a.s.
- koordinuje šetření spokojenosti pacientů, rodičů a zaměstnanců v rámci oddělení
- pravidelně informuje podřízené pracovníky o zdravotnických předpisech a informacích, které mají vztah k jejich práci.

V oblasti personální činnosti ve spolupráci s náměstkyní ošetrovatelské péče

- spolupracuje při náboru a výběru nových zaměstnanců
- řídí přemístování podřízených pracovníků v zájmu zajištění provozu v rámci svého oddělení
- rozhoduje o prohlubování případně rozšiřování kvalifikace podřízených zaměstnanců
- spravuje základní personální dokumentaci o podřízených v rozsahu nutném pro potřeby oddělení
- navrhuje změnu systematizace pracovních míst personálu na svém úseku
- vypracovává plán adaptačního procesu, sleduje průběh adaptace
- rozhoduje o čerpání dovolené podřízených zaměstnanců
- navrhuje rozšíření kvalifikace podřízených zaměstnanců s ohledem na budoucí využití pracovníků v praxi
- organizuje a kontroluje realizaci opatření bezpečnosti práce a hygieny na svém oddělení
- pravidelně písemně hodnotí pracovní činnost podřízených zaměstnanců nejméně jednou do roka.

V oblasti vzdělávání

- ve spolupráci s náměstkyní ošetrovatelské péče, staničními sestrami eventuelně sestrami školitelkami na svém pracovišti koordinuje klinickou a ošetrovatelskou praxi studentů středních, vyšších a vysokých zdravotnických škol a mediků
- organizuje odborné stáže podřízených zaměstnanců na jiných odděleních v rámci KNTB a.s.
- organizuje odborné semináře v rámci oddělení

- podílí se na organizaci a odborném zajištění odborných konferencí organizovaných KNTB a.s.
- soustavně se vzdělává v oblastech souvisejících s poskytováním a organizací ošetrovatelské péče.

V oblasti ekonomické činnosti

- průběžně sleduje čerpání mzdových nákladů
- spolupracuje s primářem oddělení při čerpání nákladů na materiální zajištění svého úseku
- průběžně sleduje ekonomické ukazatele hospodaření střediska a v rozsahu svých kompetencí se podílí na zlepšování těchto ukazatelů
- zodpovídá za vybavení a zásoby materiálu na oddělení a dohlíží na efektivní hospodaření s ním
- koordinuje s pověřenými osobami péči o zdravotnické prostředky v inventáři svého pracoviště
- zodpovídá za požadavky pro sklady spotřebního zdravotnického materiálu, pro sklady čistících, dezinfekčních a kancelářských potřeb.

V oblasti provozní činnosti

- zajišťuje technické podmínky pro poskytování léčebné a ošetrovatelské péče.

V oblasti kontrolní činnosti

- koordinuje kontrolní činnost staničních sester
- provádí pravidelné kontroly kvality ošetrovatelské péče a dodržování stanovených postupů – ošetrovatelských standardů, plnění ošetrovatelských plánů, vedení ošetrovatelské dokumentace, hlášení o počtu nemocných a jejich diet a dodržování platných předpisů organizace a ostatních činností vyplývajících z funkčního zařazení
- spolupracuje s náměstkyní ošetrovatelské péče při realizaci auditu a ošetrovatelských činností.

Povinnosti v celoživotním vzdělávání

- rozvíjí svůj profesionální rozhled absolvováním odborných seminářů vztahujících se k oboru, případně k managementu ošetrovatelství
- obnovuje si osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu

- předává vlastní zkušenosti a znalosti aktivní přednáškovou činností
- účastní se všech školení povinných pro vedoucí pracovníky.

Odpovědnosti

- odpovídá za poskytování ošetrovatelské péče lege artis²
- odpovídá za dodržování vnitřních předpisů organizace
- odpovídá za poskytování ošetrovatelské péče kompetentními osobami
- řídí ekonomické náklady
- odpovídá za dodržování předpisů BOZP
- odpovídá za zajištění provozu oddělení po stránce lidských, materiálních i technických zdrojů
- má kompetence v rozsahu náplně činnosti všeobecné sestry.

Vykonává další práce vyplývající z plnění konkrétních úkolů.

8.2 Charakteristika pracovního týmu

Pracovní tým plicního oddělení je tvořen lékařskými zdravotnickými pracovníky, nelékařskými zdravotnickými pracovníky pracujícími bez odborného dohledu (ZPBD), nelékařskými zdravotnickými pracovníky pracujícími pod odborným dohledem (ZPOD), technicko-hospodářskými pracovníky (THP) a pracovníci úklidu.

8.2.1 Náplň práce staniční sestry plicního oddělení.

Tuto náplň práce jednotlivým staničním sestřím daného úseku plicního oddělení obvykle sestavuje vrchní sestra.

V oblasti odborné ošetrovatelské činnosti

- řídí práci zdravotnického personálu všech kategorií v rámci ošetrovací jednotky
- organizuje ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu
- koordinuje tok informací mezi týmem na ambulanci a týmy ostatních částí oddělení
- spolupracuje s lékaři a s ostatními staničními i řádovými sestrami při vytváření ošetrovatelských standardů

² Lege artis – je v současnosti vykládán, jako preventivní, diagnostický nebo terapeutický postup, který odpovídá nejvyššímu dosaženému vědeckému poznání.

- ukládá podřízeným pracovníkům výkon činnosti k zajištění kvality ošetrovatelské péče podle stanovených metodických standardů
- spolupracuje s lékaři při vytváření agendy a hodnocení výsledků výkaznictví pro zdravotní pojišťovny v rozsahu stanoveném vedoucím pracovníkem
- rozhoduje a zodpovídá za správné a bezpečné uložení léčiv, případně chemikálií
- aplikuje nové metody ošetrovatelské péče
- organizuje provozní porady příslušného úseku, či stanice, plicního oddělení, účastní se porad vrchní sestry
- vypracovává rozpisy služeb a předkládá je vrchní sestře k podpisu, odpovídá za zajištění provozu na dané stanici
- odpovídá vrchní sestře a vedoucímu lékaři za kvalitu provedené práce, řeší případné nedostatky a spory
- plní jmenovité úkoly zadané vrchní sestrou
- informuje podřízené pracovníky o nových zdravotnických předpisech, vyhláškách a nařízeních, které mají vztah k jejich práci.
- navrhuje vybavení a zásoby zdravotnického materiálu na dané stanici a dohlíží na jeho efektivní využívání.

V oblasti personální činnosti

- navrhuje prohlubování a rozšiřování kvalifikace podřízených pracovníků
- určuje sestry školitelky na stanici a ve spolupráci s nimi provádí zaškolení nových pracovníků
- vypracovává ve spolupráci s vrchní sestrou návrh na změnu plánu pracovníků
- pravidelně hodnotí pracovní výkon podřízených pracovníků
- navrhuje vrchní sestře změny výše osobních příplatků podřízených pracovníků
- spolupracuje s vrchní sestrou při rozmisťování podřízených pracovníků ve snaze zajistit maximální úroveň kvality ošetrovatelské péče
- realizuje plány nástupní praxe absolventů k získání praktických zkušeností a průběžně provádí jejich hodnocení
- informuje vrchní sestru o nepřítomnosti zaměstnanců a o čerpání dovolené podřízených pracovníků
- realizuje opatření bezpečnosti a hygieny práce na svém úseku.

V oblasti vzdělávání

- spolupracuje s vrchní sestrou při zajištění klinické praxe studentů vzdělávacích institucí
- ve spolupráci s vrchní sestrou organizuje odborné semináře
- zdokonaluje se soustavným vzděláváním.

V provozní oblasti

- ve spolupráci s vrchní sestrou zajišťuje technické podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče
- zodpovídá za funkčnost a připravenost pomůcek a přístrojů na stanici
- kontroluje úklidové služby a nedostatky hlásí vrchní sestře
- je pověřena péčí o inventář.

V oblasti kontrolní činnosti

- kontroluje odbornou a administrativní činnost podřízených pracovníků
- ve spolupráci s vrchní sestrou provádí namátkové kontroly kvality ošetrovatelské péče a dodržování stanovených postupů, plnění ošetrovatelských plánů, vedení ošetrovatelské dokumentace, hlášení počtu nemocných a jejich diet a ostatních činností vyplývajících z jejich funkčního zařazení včetně kontrol dodržování protiepidemického režimu.

8.2.2 Náplň práce všeobecné sestry

Náplň práce řadové všeobecné sestry vychází z vyhlášky č. 424/2004 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Všeobecná sestra v souladu s touto vyhláškou vykonává činnost bez odborného dohledu a bez indikace. V souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. A to zejména:

- vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikovým faktorům, a to i za použití měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi
- sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů
- pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta
- zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami

- provádí odsávání sekretu z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost
- hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány, ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy
- provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, polohování, vertikalizaci a dechová cvičení
- provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti
- edukuje a připravuje informační materiály
- orientačně hodnotí sociální situaci pacienta
- zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propouštěním pacientů
- provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých, zajišťuje péči o tělo zemřelého
- zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků včetně návykových látek a manipulaci s nimi.

Dále se všeobecná sestra podílí na poskytování vysoce specializované péče a to pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí.

Všeobecná sestra se také podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich, zejména:

- podává léčivé přípravky
- zavádí a udržuje kyslíkovou terapii
- provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické
- provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů
- provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachu močového měchýře
- provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nasogastrické a nasojejunální sondy pacientům při vědomí a starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií
- provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře aplikuje nitrožilně krevní deriváty, spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

8.2.3 Harmonogram práce všeobecných sester

Harmonogramy práce sester na jednotlivých lůžkových stanicích plicního oddělení si jsou ve své podstatě velmi podobné, proto se ve své práci zaměřím zejména na chod a řízení 20. pavilonu – lůžkové části plicního oddělení s celkovým počtem 31 lůžek. Na tomto úseku oddělení je zajištěn nepřetržitý provoz.

Na denní směně na této stanici slouží: staniční sestra od 6:00 do 14:30, dvě sestry od 6:00 do 18:00, jedna sanitářka od 6:00 do 14:30 a jedna sanitářka od 13:00 do 20:30, jedna pracovnice úklidu od 6:00 – 18:00 a technickohospodářský pracovník.

Na noční směně na této stanici slouží: dvě sestry od 18:00 do 6:00 a sanitářka z odpolední směny do 20:30.

Výše uvedené harmonogramy reálně odpovídají stanoveným harmonogramům daného úseku plicního oddělení.

Harmonogram pro sestry – denní směna

- převzetí služby a opiátů ústně i písemně
- měření tělesné teploty pacientů
- ranní úprava lůžek a toaleta pacientů, výměna ložního a osobního prádla dle potřeby
- odběry biologického materiálu
- příprava a podání inhalačních roztoků
- aplikace inzulínu
- podávání snídaně
- podávání léků per os, kontrola jejich užití
- příprava a aplikace ranních injekcí a infuzí, kontrola, převazy a přepychy permanentních žilních katétrů
- plnění ordinací od vizity
- příjem a propuštění pacientů
- odběr polední glykémie
- příprava a podávání inhalačních roztoků

- aplikace inzulínu
- podávání oběda
- podání léků per os, kontrola jejich užití
- příprava a aplikace odpoledních infuzí a injekcí
- zápis do ošetrovatelských dokumentací
- příprava pacientů k vyšetřením na další den
- odběr večerní glykémie
- příprava a podání inhalačních roztoků
- aplikace inzulínu
- podávání večeře
- podání léků per os, kontrola jejich užití
- předání služby a opiátů ústně i písemně

Během celého dne provádí polohování pacientů, jejich hydrataci, podává antibiotika dle stanovených časů, přijímá, propouští a překládá pacienty, řeší administrativní činnost, plní ordinace lékaře a příkazy staniční sestry.

Harmonogram práce sester – noční směna

- převzetí služby a opiátů ústně i písemně
- příprava a aplikace infuzí a injekcí
- plnění ordinací od večerní vizity
- večerní úprava lůžek, výměna ložního a osobního prádla dle potřeby, měření tělesné teploty
- uzamknutí oddělení, kontrola místností
- administrativní činnost vč. zakládání výsledků a vypisování ošetrovatelské dokumentace
- ukončení bilancí tekutin a sběru moče za 24 hod.
- úklid sesterny a přípravný, doplnění všech zásob, dezinfekce všech ploch
- plnění úkolů dle týdenního harmonogramu
- odběr ranní glykémie
- odemknutí oddělení
- provádění odběru biologického materiálu
- předání služby a opiátů ústně i písemně.

Během noční směny provádí polohování pacientů, plní ordinace lékaře, podává antibiotika dle stanovených časů a řeší administrativní činnost.

Týdenní harmonogram práce sester

Pondělí – úklid a dezinfekce skříní na přípravě, každé první pondělí v měsíci – odmražení lednice na léky, každé druhé pondělí v měsíci – odmražení lednice pro personál.

Úterý – úklid a dezinfekce lékárny, kontrola expirace léků v lékárně a v lednici, zapsání chybějících léků.

Středa – úklid a dezinfekce skříní na vyšetřovně, úklid a dezinfekce vozíku na léky, kontrola expirace léků na vozíku.

Čtvrtek – úklid a dezinfekce sesterny.

Pátek – příprava a doplnění obvazového materiálu, linkování používaných sešitů, razítkování a chystání používaných tiskopisů.

Sobota – zakládání výsledků.

Neděle – vypisování chybějících léků a infuzních roztoků.

8.2.4 Harmonogram práce sanitářek

Harmonogram práce sanitářky – ranní směna

5.50 – 6.05 – účast na předání služby

6.05 – 7.00 – ranní úprava lůžek a toaleta pacientů, výměna ložního a osobního prádla dle potřeby, příprava dezinfekčních roztoků dle dezinfekčního plánu

7.00 – 7.45 – vaření čajů, rozvážení pacientům na pokoje, vaření kávy, příprava snídaně

7.45 – 8.15 – podávání snídaně, rozvoz jídla na pokoje, krmení imobilních pacientů, zápis do bilancí tekutin, posbírání nádobí, úklid jídelních stolů

8.15 – 9.00 – úklid a dezinfekce pokojů, výměna sklenic na pití, výměna kyslíkových lahví a doplnění destilované vody

9.00 – 12.00 – polohování pacientů, hydratace, dezinfekce a převlékání lůžek, šatních skříní a nočních stolů po propuštěných pacientech

12.00 – 13.00 – podávání oběda, rozvoz jídla na pokoje, krmení imobilních pacientů, posbírání nádobí a úklid jídelních stolů

13.00 – 14.00 – úklid pokojů po obědě, úprava lůžek, výměna ložního a osobního prádla

14.00 – 14.30 – dezinfekce pomůcek

Během celé směny doprovází pacienty na vyšetření, pomáhá při příjmech pacientů na oddělení. Snaží se vyhovět potřebám pacientů, reaguje na signalizační zařízení a zapisuje bilance tekutin.

Dále plní příkazy staniční sestry a spolupracuje se všeobecnou sestrou.

Harmonogram práce sanitářky – odpolední směny

13.00 – 14.00 – úklid pokojů po obědě, úprava lůžek pacientů, výměna ložního a osobního prádla

14.00 – 15.00 – vaření čajů a jejich doplnění pacientům, uložení čistého prádla

15.00 – 15.30 – podávání svačiny, rozvoz jídla na pokoje, krmení imobilních pacientů, sběr nádobí, úklid jídelních stolů

15.30 – 16.00 – plnění úkolů dle týdenního harmonogramu

16.00 – 17.00 – úklid na šatně personálu, úklid na vyšetřovně a popisovně

17.00 – 18.30 – podávání večeře, rozvoz jídla na pokoje, krmení imobilních pacientů, posbírání nádobí, sbírání lékovek a jejich dezinfekce

18.30 – 19.00 – plnění úkolů dle týdenního harmonogramu

19.00 – 20.30 – večerní úprava lůžek a toaleta u pacientů, polohování, hydratace

Během celé směny doprovází pacienty na vyšetření, pomáhá při příjmech pacientů na oddělení. Snaží se vyhovět všem potřebám pacientů, reaguje na signalizační zařízení a zapisuje bilance tekutin.

Dále plní příkazy staniční sestry a spolupracuje se všeobecnou sestrou.

Týdenní harmonogram práce sanitářky

Pondělí – úklid a dezinfekce čistící místnosti včetně skříní, svázání pytlů se špinavým prádlem a jejich nachystání.

Úterý – úklid oddechové místnosti.

Středa – úklid a dezinfekce čajové kuchyně včetně jídelního vozíku, svázání pytlů se špinavým prádlem a jejich nachystání.

Čtvrtek – úklid a dezinfekce velkého skladu.

Pátek – dezinfekce krytů na ručníky, dávkovačů mýdla a jejich doplnění.

8.2.5 Obsazení plicního oddělení nelékařskými zdravotnickými pracovníky

Tab. 6 Počet pracovníků plicního oddělení (vlastní zpracování)

| JIP | |
|-----------------------------------|---|
| POČET PRACOVNÍKŮ 12 | |
| Dosažené vzdělání | 1x Mgr. et Bc. 2x Bc. 2x Dis. 5x ARIP - anesteziologickoresuscitační intenzivní péče 1x PSS - pomaturitní specializační studium 2x sanitářský kurz |
| Odbornost | 8x všeobecná sestra s registrací 1x zdravotnický asistent 1x zdravotnický záchranář 2x sanitárka |
| 10. pavilon | |
| POČET PRACOVNÍKŮ 13 | |
| Dosažené vzdělání | 1x Bc. 1x Dis. 4x maturitní zkouška 5x sanitářský kurz 2x výuční list |
| Odbornost | 6x všeobecná registrovaná sestra 5x sanitárka 2x pomocnice |
| 11. pavilon | |
| POČET PRACOVNÍKŮ 8 | |
| Dosažené vzdělání | 7x maturitní zkouška 1x výuční list |
| Odbornost | 1x všeobecná sestra bez registrace 6x všeobecná registrovaná sestra 1x pomocnice |
| Bronchoskopický sál | |
| POČET PRACOVNÍKŮ 2 | |
| Dosažené vzdělání | 1x maturitní zkouška 1x PSS - pomaturitní specializační studium |
| Odbornost | 2x všeobecná registrovaná sestra |

| | |
|-------------------------------|--|
| Imunologická laboratoř | |
| POČET PRACOVNÍKŮ | 2 |
| Dosažené vzdělání | 1x Dis., PSS - pomaturitní specializační studium 1x PSS - pomaturitní specializační studium |
| Odbornost | 2x zdravotnický registrovaný laborant |
| 20. pavilon | |
| POČET PRACOVNÍKŮ | 20 |
| Dosažené vzdělání | 1x Bc. 1x Dis. 10x maturitní zkouška 4x sanitářský kurz 3x výuční list 1x THP- technickohospodářský pracovník |
| Odbornost | 7x všeobecná registrovaná sestra 4x všeobecná sestra bez registrace 1x zdravotnický asistent 4x sanitářka 1x THP 3x pomocnice |
| celkem: | nelékařského personálu 57 |

8.2.6 Plán a plnění personálního obsazení na počet úvazků k únoru 2012

Tab. 7 Plán a plnění personálního obsazení (vlastní zpracování)

| PLÁN | | | | | | | |
|---------------------------|--------------|-----------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|------------|------------------|
| vrchní sestra, PSS | lůžka | staniční sestra, PSS | ZPBD, PSS | ZPBD, ZPOD | ZPOD bez maturity | THP | pomocnice |
| JIP | 4 | 1 | 4,8 | 4 | 0,8 | | |
| 20. pavilon | 31 | 1 | 0,37 | 8,835 | 3,782 | 1 | 2 |
| 10. pavilon | 17 | 1 | | 4,75 | 4,75 | | 2 |
| Ambulance | | | 1 | 5 | | | 0,75 |
| Sálek | | | 2 | | | | |
| Imunologická amb. | | | 2 | | | | |

| Plnění | | | | | | | |
|---------------------------|--------------|-----------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|------------|------------------|
| vrchní sestra, PSS | lůžka | Staniční sestra, PSS | ZPBD, PSS | ZPBD, ZPOD | ZPOD bez maturity | THP | pomocnice |
| JIP | 4 | 1 | 5 | 4 | 1 | | |
| 20. pavilon | 31 | 1 | | 9 | 3,7 | 1 | 2 |
| 10. Pavilon | 17 | 1 | | 4,8 | 5 | | 2 |
| Ambulance | | | | 7 | | | 0,75 |
| Sálek | | | 1 | 1 | | | |
| Imunologická amb. | | | 2 | | | | |

8.3 Provozní řád plicního oddělení

Provozní řád se týká všech částí plicního oddělení, zde je však více zaměřen na problematiku lůžkového oddělení. Jeho chod je z hlediska řízení pro vrchní sestru tím nejkomplicovanějším s mnoha typickými specifiky.

Počet pokojů

Kapacita lůžkového oddělení je 31 lůžek. Devět pokojů je dvoulůžkových, čtyři pokoje třílůžkové a jeden pokoj jednolůžkový.

Vybavení místnosti

Místnosti jsou podle účelu vybaveny snadno omyvatelným nábytkem. Rovněž stěny i obklady jsou omyvatelné. Pacientské pokoje jsou vybaveny polohovatelnými lůžky, skříněmi, stolky, signalizačním zařízením, světlý a zásuvkami. Vedle místnosti je sociální zařízení. Vše je vyrobeno z dezinfikovatelného materiálu.

Izolační pokoje

Jsou na oddělení dva třílůžkové izolační pokoje, pro pacienty s tuberkulózou a jinými infekčními nemocemi. Izolační pokoj je vybaven umyvadlem s pákovou baterií, dávkovačem dezinfekce a tekutého mýdla, papírovými ručníky v ochranném boxu, kontejnerem na ostrý odpad, na infekční odpad a kontejnerem na použité prádlo. Pokoj je vybaven vlastním sociálním zařízením.

Pracovní pozice, pracovní doba, počet personálu

Na oddělení pracují:

Lékaři: ranní směna a ústavní pohotovostní služba

Nelékařští zdravotničtí pracovníci - pracující bez odborného dohledu, pod odborným dohledem, specialisti: ranní směna, nepřetržitý provoz

Zdravotničtí pracovníci pracující pod odborným dohledem - pomocný zdravotnický personál: dvousměnný provoz

Technickohospodářský pracovník ve zdravotnictví: ranní směna

Pracovnice úklidu: denní směna

Počet pracovníků se řídí platnou vyhláškou MZ ČR, jejich aktuální stav na jednotlivých částech oddělení je zobrazen v tabulce výše.

Vedlejší provozní a pomocné místnosti

- čajová kuchyň
- čistící místnost
- chodba
- pracovna lékařů
- pracovna sester
- šatna pro personál včetně sociálního zařízení
- vyšetřovna
- WC pro personál 2x
- WC pro pacienty
- místnost pro stravování personálu
- popisovna
- přípravna
- pracovna vrchní sestry
- pracovna primáře + sekretariát
- jídelna pro pacienty
- místnost pro vyšetřování ultrazvukem

Hygienické vybavení pro pacienty

Všechny pokoje jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením, mají umyvadlo, sprchu a WC.

Dezinfekční režim

Oddělení se řídí platnou vyhláškou MZ ČR, která upravuje podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení. Dále platným dezinfekčním plánem KNTB a.s., který stanovuje druh přípravku, koncentraci a frekvenci střídání dezinfekčních prostředků. A v neposlední řadě směrnici – Úklidové činnosti.

Ošetření, dezinfekce, sterilizace a uchovávání jednotlivých nástrojů a pomůcek dle charakteru jejich použití

Plicní oddělení se řídí Směrnici – Prevence nozokomiálních nákaz³.

Použité kontaminované nástroje a pomůcky se nejdříve dekontaminují dezinfekčním přípravkem, poté následuje mechanická očista, oplach, osušení a příprava ke sterilizaci. Baleň nástrojů do sterilizačních obalů je prováděno buď přímo na oddělení, nebo je možné i na oddělení centrální sterilizace. Materiál ke sterilizaci a po provedení sterilizace je transpor-

³ Nozokomiální nákaza (NN) - je onemocnění exogenního nebo endogenní původu, které vzniká v příčinné souvislosti s hospitalizací pacientů v nemocničním zařízení.

tován v uzavíratelných boxech. Na oddělení je sterilní materiál uchováván pro prodloužení doby expirace v uzavíratelných dózách a skříních. Typ sterilizátoru, monitorování sterilizačních cyklů, kontrola účinnosti sterilizace je uvedena v provozním řádu oddělení centrální sterilizace.

Způsob zajištění dezinfekce postelí a matrací

Mytí a dezinfekce lůžka a matrací se provádí na pokoji po každém znečištění biologickým materiálem, propuštění, přeložení a úmrtí pacienta.

Sterilizace

Sterilizace pomůcek je prováděna na oddělení v horkovzdušném sterilizátoru. Záznam o sterilizaci je veden ve sterilizačním deníku. Za správnost provedení je zodpovědná sestra. Každý sterilizační cyklus je monitorován chemickým testem procesovým a chemickým testem sterilizace. Dvakrát do roka je epidemiologickou sestrou KNTB a.s. provedena kontrola účinnosti sterilizačního přístroje.

Způsob oddělení pracovních ploch dle jejich využití

Oddělení se řídí:

- platnou vyhláškou MZ ČR, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení
- Směrnicí – Prevence nozokomiálních nákaz
- obecným standardem ošetrovatelské péče - Odběr biologického materiálu

Jsou odděleny pracovní plochy čistého provozu (vyšetřovny, dovoz a uložení čistého prádla, provoz čajové kuchyňky) od provozu nečistého (sběr a odvoz špinavého prádla, odpadů a biologického materiálu). Je dodržena zásada nekřížení těchto provozů.

Manipulace s prádlem, pracovní oděv

Oddělení se řídí:

- platnou vyhláškou MZ ČR
- Směrnicí – Prevence nozokomiálních nákaz
- Směrnicí – Provoz oddělení prádelny

Výměna lůžkovin se provádí dle potřeby, nejméně však 1x týdně. Převlečení lůžkovin se provede vždy po kontaminaci biologickým materiálem, po operačním výkonu, nebo převa-

zu a po propuštění, přeložení nebo úmrtí pacienta. Použité prádlo se neroztřepává, vkládá se od pevných plátěných nebo polyethylenových pytlů. Plné pytle odváží pracovnice úklidu do zvlášť vyčleněné místnosti, která se nachází u bočního vstupu na oddělení. Svoz použitého prádla, jeho vyprání a dovoz čistého prádla zajišťuje oddělení Prádelny KNTB a.s. Časový harmonogram rozvozu a svozu prádla je přílohou Směrnice – Provoz oddělení prádelny. Čisté prádlo se ukládá do uzavíratelných platových boxů a do uzavíratelných skříní. Při manipulaci s použitým a čistým prádlem nedochází ke zkřížení provozů.

Ochranný osobní pracovní oděv je přivážen na oddělení, odkud si jej každý pracovník odnáší do své šatní skříně. Každý zaměstnanec nosí přidělený pracovní oděv, který je určen pro pracoviště plicního oddělení. Výměna se provádí vždy po znečištění nebo kontaminaci biologickým materiálem, minimálně 1x týdně. Použité prádlo se odkládá do boxů s použitým osobním prádlem.

Úklid – způsob provádění

Oddělení se řídí:

- platnou vyhláškou MZ ČR
- Směrnici – Prevence nozokomiálních nákaz
- Směrnici – Úklidové činnosti

Úklid zajišťují pracovnice úklidu KNTB a.s. Úklid všech prostor se provádí několikrát denně, na vlhko a dle platné legislativy. Při úklidu se používají běžné dezinfekční přípravky, které určuje dezinfekční plán KNTB a.s., schválený nemocničním epidemiologem. Ošetřené plochy nejsou otírány do sucha, nechávají se zaschnout. Každé pracoviště má zvlášť vyčleněny vlastní úklidové pomůcky. Velký úklid se provádí 2x ročně dle plánu úklidu. Malování se provádí dle platné legislativy MZ ČR, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

Způsob dekontaminace místa, kontaminovaného biologickým materiálem

Při kontaminaci prostor a ploch biologickým materiálem se provede okamžitá dekontaminace potřísněného místa překrytím mulem nebo papírovou vatou namočenou v účinném dezinfekčním prostředku. Po expozici se místo očistí obvyklým způsobem.

Způsob manipulace a likvidace pevných odpadů

Oddělení se řídí:

- platnou vyhláškou MZ ČR
- Směrnicí – Prevence nozokomiálních nákaz
- Směrnicí – Nakládání s odpady v KNTB a.s.

Veškerý odpad se odstraňuje denně, odpad vznikající u lůžka pacienta bezprostředně. Komunální odpad se skladuje v kbelících s vyjímatelnou vložkou, pomocnice ho 2x denně odnáší či vysypává do pevných igelitových pytlů a odnáší do kontejnerů. Nebezpečný odpad se ukládá do krytých plastových nádob, které se denně vynáší do místnosti určené k tomuto účelu. Svoz nebezpečného odpadu provádějí pracovníci odpadového hospodářství ve dnech pondělí až pátek 2x denně, v sobotu 1x denně. Ostrý odpad, včetně jednorázových jehel se ukládá do plnostěnných, uzavíratelných a spalitelných obalů bez další manipulace. Tříděný odpad – sklo, papír a plast se odnáší do plastových kontejnerů a je odvážen na skládku. Nebezpečný odpad, ostrý odpad v pevných plastových nádobách, infúzní láhve se zbytky léčiv se shromažďují ve vyčleněné místnosti a následně se odváží ke spálení.

Manipulace s ostrým odpadem

Na použité injekční jehly nenasazujeme krytky, po provedeném výkonu je ihned odkládáme do plastového kontejneru určeného na ostrý odpad.

Způsob odstraňování tekutých odpadů

Při likvidaci chemických látek tekutého charakteru se oddělení řídí Směrnicí – nakládání s odpady v KNTB a.s.

Zdroj pitné vody

Pitná voda je dodávána do nemocnice z vodovodního řadu. K přípravě nápojů je používána studená pitná voda. Ošetření teplé vody proti výskytu *Legionella* zajišťuje provozní oddělení, podle platné legislativy.

Zásady osobní hygieny zaměstnanců při ošetřování a vyšetřování pacientů

Oddělení se řídí:

- platnou vyhláškou MZ ČR
- standardem ošetrovatelské péče – Mytí rukou zdravotnického personálu

Každý pracovník je povinen nosit čisté ochranné prostředky v předepsané úpravě, které slouží k práci a pohybu pouze v rámci areálu KNTB a.s. Pracovníci se převlékají do pracovního oděvu, musí se zdržet nošení šperků, hodinek a umělých nehtů na ruce. K vyšetření a léčení musí zdravotník přistupovat po řádném omytí rukou. Dezinfekci rukou nutno provádět před a po každém výkonu a po manipulaci s biologickým materiálem a použitým prádlem. Každý pracovník je povinen dodržovat zákaz kouření ve všech prostorech KNTB a.s.

Při ošetřování a vyšetřování pacientů používají zdravotničtí pracovníci tyto ochranné pracovní prostředky:

- ochranné gumové rukavice, respirátor, ochranné brýle, obličejový štít - při ředění dezinfekčních prostředků
- jednorázové ochranné rukavice – při invazivních výkonech, kontaktu s biologickým materiálem
- plášť – při přípravě a vydávání stravy
- jednorázový operační plášť – při invazivních výkonech a ošetřování infekčních pacientů
- ústenky

Stravování

Stravování je zaměstnancům umožněno ve dvou jídelnách pro zaměstnance, v odpoledních a nočních hodinách je stravování umožněno v prostorách kuchyňky nebo denních místnostech na jednotlivých částech plicního oddělení. Zaměstnancům jsou k dispozici dva bufety. Vždy musí být respektován zákaz konzumace jídla v místech, kde pracovníci přicházejí do styku s krví a jiným biologickým materiálem.

Zásady prevence vzniku a šíření nemocničních nákaz při příjmu, ošetřování, vyšetřování a léčení nemocných

Oddělení se řídí:

- platnou vyhláškou MZ ČR
- Směrnicí – Prevence nozokomiálních nákaz
- standardem přímé ošetrovatelské péče – Příjem pacienta do KNTB, a.s.

Při příjmu pacienta se oddělení řídí Směrnicí – Pravidla jednotného postupu při příjmu, propuštění a překladi pacienta. Příjem pacientů se provádí na vyšetřovně nebo vzhledem

ke zdravotnímu stavu na pokoji. V anamnéze přijímací lékař zaznamenává nemocniční nákazy. Pokud je při podezření na počínající infekční onemocnění přijetí nezbytné, je třeba provést izolační a bariérová opatření, popřípadě přeložení na příslušné oddělení. Oděv a obuv pacienta je uložena v šatní skříni na pokoji pacientů. Na oddělení se dodržuje individualizace pomůcek pro osobní hygienu včetně teploměrů. Je používáno výhradně sterilní instrumentarium.

Návštěvy u pacientů musí být řízeny s ohledem na provoz oddělení. Návštěvní dobu určuje domácí řád, charakter oddělení, zdravotní stav pacienta a ošetřující lékař. Dětem do 10 let se vstup na oddělení nedoporučuje.

Zásady odběru biologického materiálu a manipulace s ním, způsob jeho ukládání a zasílání na vyšetření

Oddělení se řídí:

- obecným standardem ošetrovatelské péče – Odběr biologického materiálu

Odběr biologického materiálu se provádí na vyšetřovně nebo s ohledem na zdravotní stav pacienta, na pokojích. K odběru se používají jednorázové pomůcky, sestra provádí výkon v jednorázových latexových nebo vinylových rukavicích. Okamžitě po odběru je biologický materiál expedován potrubní poštou, část materiálu se transportuje v dekontaminovatelných přepravkách k tomu určených. Odesílající oddělení zajišťuje kompletní vyplnění údajů na žádance i v klinickém informačním systému (KIS). Biologický materiál musí být zajištěn tak, aby během transportu nedošlo ke kontaminaci.

Manipulace se stravou

Oddělení se řídí:

- Standardem přímé ošetrovatelské péče – Podávání stravy
- Směrnicí – Nakládání s odpady

O způsobu výživy pacienta a dietě rozhoduje ošetřující lékař pacienta. Snídaně a večeře jsou dopravovány na oddělení v transportních koších. Obědy jsou přivázeny v pojízdných boxech v tabletovém systému. Stravu připravuje a vydává všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetrovatelka a všeobecný sanitář. Při výdeji stravy používá personál vyčleněný plášť. Chodící pacienti se stravují v jídelně. Krmení nehybných pacientů zajišťuje nelékařský zdravotnický personál.

Odstraňování zbytků jídla a mytí nádobí

Tekutý odpad se vylije do výlevky nebo dřezu, zbylé pečivo je na oddělení ukládáno do igelitových sáčků, 1x za 24 hodin je uzavřený sáček pracovníci úklidu odnesen do obvyklého místa shromažďování komunálního odpadu, odkud je pracovníky provádějící svoz odpadů odvezen ke konečné likvidaci. Nádobí je umyto v myčce. Zbytky jídla od pacientů s infekčním onemocněním se likvidují jako odpad, na jejichž sběr a odstranění jsou kladeňny zvláštní požadavky s ohledem na prevenci infekce v souladu se Směrnicí - Nakládání s odpady. Zbytky jídla z obědu se vracejí zpět do kuchyně v tabletovém systému.

Postup při výskytu nemocniční nákazy

Hlášení hromadného výskytu nozokomiálních nález, život ohrožující nozokomiální nákazy a úmrtí v souvislosti s výskytem nozokomiálních nález podává ošetřující lékař příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví a následně se potvrzuje na formuláři označeném – Hlášení infekční nemoci. Při výskytu každé nozokomiální nákazy ošetřující lékař konzultuje ústavního epidemiologa KNTB a.s., společně s ním jsou navržena potřebná opatření. Při výskytu infekčního onemocnění se vždy provádí ohnisková dezinfekce místa výskytu. Každý ošetřující lékař vede evidenci všech nozokomiálních nález u svých pacientů a zasílá hlášení nemocničnímu epidemiologovi.

Opatření v případě expozice biologickým materiálem

Každý případ expozice biologickým materiálem pracovník neprodleně hlásí nejbližšímu nadřízenému. Ten prověří okolnost, za kterou k expozici došlo, zajistí nezbytnou dokumentaci nehody a provede opatření, která mohou zabránit expozici u jiných pracovníků. Každé i drobné poranění kůže či kontaminace kůže biologickým materiálem je třeba zapsat do deníku drobných úrazů, elektronicky do systému hlášení nežádoucích událostí. Postižené místo se musí umýt proudem vody, pak mýdlem a dezinfikovat. Poté je nutno kontaktovat pracovníky protiepidemického odboru Krajské hygienické stanice Zlínského kraje, kteří rozhodnou o dalším postupu.

Očkování proti viru hepatitidy B

Na plicním oddělení je 100% proočkovanou proti viru hepatitidy B a proti infekčním nemocem. Kontrolu a evidenci provádí závodní lékař KNTB, a.s.

8.4 Domácí řád plicního oddělení

Domácí řád je určený především pro pacienty přicházející do nemocnice k hospitalizaci. Pacient je při přijetí s tímto řádem obeznámen a má možnost do něj kdykoliv nahlédnout. Při jeho seznámení souhlasí s jeho dodržováním.

Při přijetí na plicní oddělení si pacient uloží dle pokynů zdravotnického pracovníka osobní prádlo a tašky do skříně na pokoji. Přijímací sestra mu zapůjčí ústavní prádlo, které po skončení hospitalizace je povinen vrátit.

Cenné věci a větší finanční obnosy jsou doporučeny předat sestře k úschově do trezoru umístěného na oddělení.

V případě pracovní neschopnosti pacient odevzdá 1. díl pracovní neschopenky, pokud byla vystavena na příjmu.

Po přijetí je pacient povinen vyčkat na oddělení do vyšetření ošetřujícím lékařem.

Pacient dbá pokyny ošetřujícího lékaře a sester.

Informace o zdravotním stavu pacienta osobám jim určeným podává ošetřující lékař nebo primář oddělení a to osobně.

Odchod z oddělení je pacient povinen hlásit personálu.

Opuštění nemocnice v opodstatněných případech je možné na propustku pouze se svolením primáře oddělení.

Návštěvní doba na oddělení je každý den v primářem stanovenou dobu tak, aby nenarušovala chod oddělení. Z hygienických a psychologických důvodů nejsou doporučeny návštěvy dětem do 10 let.

Na jednotce intenzivní péče jsou návštěvy povoleny se souhlasem lékaře.

Pacient je povinen, pokud mu to zdravotní stav umožňuje udržovat pořádek a k úschově donesených potravin využívat ledničku pro pacienty.

Je zakázáno požívání alkoholických nápojů a kouření.

Je dodržována doba nočního klidu od 21.00 do 6.00 hodin.

8.5 Režim dne na plicním oddělení

6.00 – 7.00 buzení nemocných, ranní toaleta

8.00 – 8.30 snídaně

9.00 – 10.00 vizita, v pondělí a ve čtvrtek velká vizita

12.00 – 13.00 oběd

14.00 – 16.00 návštěvy

16.00 – 18.00 příprava pacientů k vyšetřením a zákrokům

17.00 – 18.00 večeře

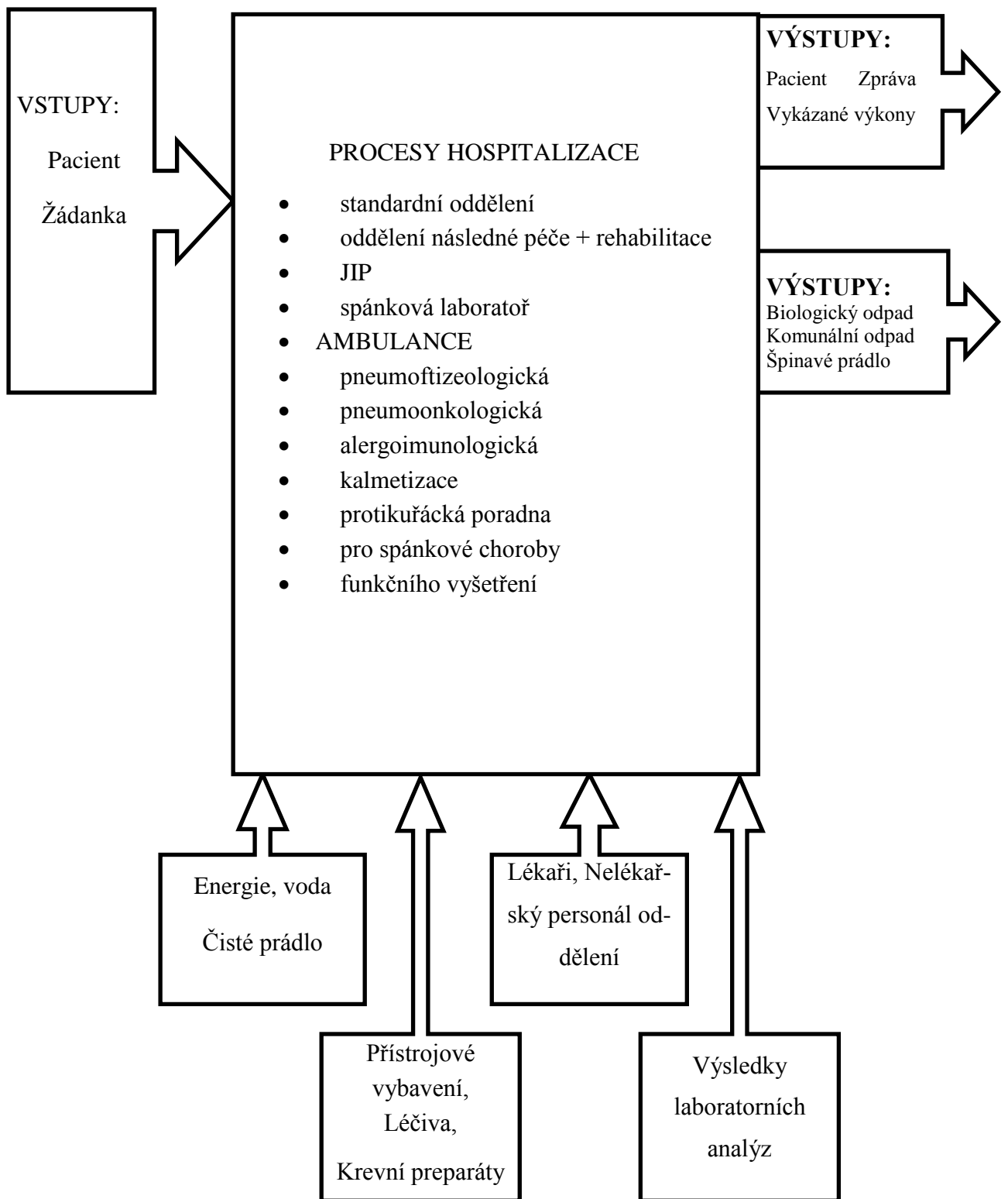
19.00 – 20.00 večerní toaleta

21.00 – 6.00 noční klid

Pro hospitalizované pacienty je v areálu Krajské nemocnice T. Bati, a.s. nabízena řada dalších služeb. Mezi pacientem hrazené služby patří například holič, pedikúra a kadeřnice. Rovněž je zde možno si zakoupit denní tisk a to v bufetu nebo při ranním rozvozu přímo na oddělení, teplé i studené nápoje z automatů, občerstvení v bufetech a jednorázové pomůcky pro pacienty v nemocniční lékárně. Dále je v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. možno navštěvovat bohoslužby a edukační přednášky.

8.6 Analýza procesu

Tab. 8 Analýza procesu (interní materiály)



8.7 SWOT analýza

| SILNÉ STRÁNKY | SLABÉ STRÁNKY | PŘÍLEŽITOSTI | HROZBY |
|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • klinický informační systém • způsob záznamů a vedení dokumentace zdravotního stavu pacienta • spádová hospitalizace pacientů • podpora celoživotního vzdělávání • systém psaní receptů a vydávání léků • tabletový systém podávání stravy • vlastní prádelna • nemocniční potrubní pošta • stabilizační příplatek, příspěvky na stravu zaměstnanců • vysoká odbornost plicního oddělení • management oddělení, který má snahu řešit problémy | <ul style="list-style-type: none"> • systém příjmu pacientů na oddělení • umístění oddělení • nedostatečné vybavení oddělení zobrazovacími technikami • fyzická náročnost • psychická zátěž • chybějící místnost pro důstojné rozloučení se pozůstalých • chybějící pleny • nedostatečná ochrana personálu proti respiračním nemocem • nemožnost odchodu sestry z oddělení na polední pauzu • přeplňování lůžkové kapacity • nepřesná formulace harmonogramu práce sester • nedostatek personálu | <ul style="list-style-type: none"> • zlepšující se informovanost obyvatelstva o respiračních nemocech • zvyšující se zájem lidí o svůj zdravotní stav • zvyšování životní úrovně • zájem vládních organizací na účasti nemocnic a jednotlivých oddělení při aplikaci standardů léčebné péče a získávání akreditací • přístup lékařských i nelékařských pracovníků k nejnovějším medicínským poznatkům • možnost vyjednávání a spolupráce na zlepšení chodu oddělení mezi vrchní a hlavní sestrou • možnost delegování úkolů • přítomnost odborových organizací v KNTB, a.s. • vyjednávání pomocí kolektivní smlouvy • možnost vyjádřit svůj názor na schůzích oddělení | <ul style="list-style-type: none"> • často se měnící zdravotnická legislativa • záporný výsledek hospodaření KNTB, a.s. • stárnoucí populace • působení protichůdných zájmů • syndrom vyhoření • vytrácení komunikace lékař - sestra, sestra - pacient |

Obr. 8 SWOT analýza plicního oddělení (vlastní zpracování)

9 NÁVRH PROJEKTU ZLEPŠENÍ

Výchozím bodem projektu zlepšení je vytvořená SWOT analýza, která přesně odráží jednotlivé stránky chodu plicního oddělení. Jednotlivé body analýzy jsou výsledkem sběru dat od personálu plicního oddělení a z mého pozorování. Je zde zvolena strategie MIN – MIN, kde se snažím o minimalizaci slabých stránek a minimalizaci hrozeb.

9.1 Sestavení plánu

Sestavení plánu proběhlo v období mé stáže na plicním oddělení a jeho realizace se i nadále implementuje do praxe.

Cílem projektu bylo analyzovat náplň práce vrchní sestry a provoz plicního oddělení a zejména lůžkové části 20. pavilonu, která je svou rozlohou a pohybem pacientů nejsložitější na řízení a následně navrhnout opatření ke zlepšení jeho chodu. Jako analytické metody byly zvoleny: odborná praxe, pozorování, přímé dotazování a skupinový rozhovor.

Z výsledků sběru dat a analýz jsem jednotlivé body slabých stránek a hrozeb prozkoumala, popsala a vypracovala plány na jejich zlepšení a tím i na zlepšení chodu oddělení.

9.1.1 Minimalizace slabých stránek

- **Systém příjmu pacientů na oddělení**

Krajská nemocnice T. Bati, a.s. oproti některým jiným nemocnicím nedisponuje centrálním příjmem pacientů. Taková situace znamená, že přichází-li budoucí klient k hospitalizaci, neprochází jednou budovou u vchodu nemocnice, ale jde tam, kam si myslí, že je to správné. Sám, jako laik, je tak nucen se zařadit do kategorie nemocí interních, chirurgických apod. Pacient je stresován a dostává se do nepříjemného kolotoče přecházení mezi jednotlivými pracovišti kvůli potřebným odborným vyšetřením. V závěru je přeložen z jednoho oddělení na druhé a celý proces příjmu se tím prodlužuje a stává se pro pacienta nesnesitelným.

Plicní oddělení rovněž nemá svůj příjem pacientů, ti jsou zde přijímáni buď přes interní kliniku, z vlastní ambulance, anebo jsou dovezeni rychlou záchrannou službou přímo na oddělení. Takový pacient nejen, že není centrálně zaregistrován a přijat v klinickém informačním systému, ale ani nemá provedena základní zobrazovací vyšetření jako EKG a RTG srdce a plic, která jsou při přijetí nezbytná. Po uložení pacienta a základní stabilizaci jeho stavu, dochází tak k opakované manipulaci s ním, kdy je z důvodu nepřítomnosti těchto

zobrazovacích technik v budově, převážen do vedlejších budov v areálu, kde jsou nezbytná vyšetření provedena. Je zde patrná, nejen zátěž pro pacienta, ale i personální zátěž spojená s úbytkem personálu na oddělení při převozu pacienta a dále zvýšené administrativní nároky na sestru, která si potřebné přijetí pacienta v centrálním klinickém systému a papírové přijetí musí vytelefonovat přes interní příjem. Velký problém nastává, když je pacient v komplikovaném stavu, či s poruchou vědomí.

Řešením tohoto problému je idealistická vize vlastního centrálního příjmu Krajské nemocnice T. Bati, a.s., která by přijímala jak plánované, neplánované tak i urgentní pacienty. Budova by disponovala základní zobrazovací technikou, přijímacími lékaři a nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Pacient by zde byl přijat administrativně a zároveň by mu byla provedena potřebná vyšetření včetně odběru biologického materiálu a základního zajištění jeho stavu. Pacient by byl dle rozhodnutí lékaře dále přeposlán na příslušné oddělení k hospitalizaci, nebo ve stabilizovaném stavu propuštěn do domácí péče.

- **Umístění oddělení**

Plicní oddělení má samostatnou, nepropojenou budovu umístěnou přibližně v centru areálu nemocnice, blíže k řece. Poloha je nevhodná zejména z důvodu nepřítomnosti zobrazovacích technik na oddělení. Většina vyšetření, která jsou pacientům lůžkového oddělení indikována se nachází mimo tuto budovu. Pacient je tak převážen venkem k nejbližším zobrazovacím technikám a ambulancím. Chybí zde vnitřní propojení mezi jednotlivými budovami. Imobilní pacient je převážen na lůžku a částečně soběstačný na vozíku přes venkovní prostor během všech ročních období. Hrozí zde velké riziko vzniku komplikací u pacienta spojených s jeho převozem. Dále je zde opět patrný časový nárok na kapacitu zdravotnického personálu, kdy chod oddělení je při převozu pacienta na vyšetření velmi oslaben.

Východisko této situace je dle mého názoru následující. Opatření oddělení zobrazovacími technikami je z finančních důvodů nereálné a přestavba velmi zachovalého oddělení nemyslitelná. Posílením je využívání interních sanitních převozů pacientů, které se dosud jeví jako jediné možné řešení. Dalším mým návrhem, který by do budoucna přispěl ke snížení časové zátěže personálu, je jeho posílení o pracovníka, který by měl v popisu pracovní činnosti pouze zajištění převozu pacientů na vyšetření. Tato pracovní pozice již funguje na interní klinice, kde se velmi osvědčila. Tento pracovník slouží pouze ranní směny, zajišťuje převozy pacientů a v případě potřeby pomáhá sanitářkám při výkonu jejich práce. Perso-

nál oddělení tak dále může vykonávat svou činnost, věnovat se ostatním pacientům a plnit harmonogram práce.



Obr. 9 Umístění plicního oddělení (vlastní zpracování)

- **Nedostatečné vybavení oddělení zobrazovacími technikami**

Nedostatečné vybavení oddělení zobrazovacími technikami úzce souvisí s dvěma předchozími body. Mimo výše uvedené, zde však nastává situace naprosto paradoxní, kdy na plicním oddělení není RTG zařízení. Pacienti s plicními chorobami mají velmi často ordinovány RTG kontroly. Nejbližší zařízení tohoto typu se nachází v budově chirurgie, kam spadají i ostatní blízká pracoviště. Pacient s plicním onemocněním je až velmi často vystavován změně teplot a převážen přes venkovní prostředí do příslušného zařízení, kde je i několik desítek minut v čekárně spolu s dalšími pacienty různých diagnóz. Hospitalizovaní pacienti, z důvodu celkového oslabení organismu svou nemocí, jsou zvýšeně náchylní na vznik nozokomiálních nákaz, proto styk s pacientem s respiračním onemocněním pro ně může mít často velmi vážné následky.

Jednou z možností řešení může být zajištění pojízdného RTG zařízení přímo na oddělení, kdy by radiologický asistent rentgenoval pacienty přímo na pokoji nebo ve speciální místnosti. Další, již hůře realizovatelnou variantou, je vymezení určitého času na RTG na chirurgickém oddělení, kdy by pacienti s respiračními nemocemi měli přesně vymezenou dobu svých kontrol. Jen tak by se dalo zabránit přenosu respiračních nemocí na další pacienty.

- **Fyzická náročnost**

Fyzická náročnost práce nelékařských zdravotnických pracovníků je na všech odděleních, zejména lůžkových, opravdu velká. Těžká fyzická práce v ošetrovatelské péči je spojena především s manipulací s pacienty a břemeny, a může vést k některým zdravotním problémům sester, především v oblasti pohybového systému. Při každodenních a opakovaných manipulacích s imobilními pacienty a pacienty se sníženou pohybovou schopností často není možné respektovat doporučené limity pro hmotnost a manipulaci s břemenem (včetně lidského těla). Zvýšené fyzické zátěži je vystaven zejména pohybový aparát dolních končetin, protože většinu pracovní doby sestra chodí nebo stojí. Dále je zatížena páteř a horní končetiny, zejména při manipulaci s imobilními klienty. Jedním z fyzicky náročných úkonů pro sestru je polohování. Důsledkem opakovaných zátěží je únava, která většinou odezní po odpočinku a odpovídající době spánku. Při déletrvající fyzické zátěži může dojít k přepracování a vyčerpání organismu, projevující se podrážděností, snížením pozornosti a schopnosti soustředit se, nespavostí a emoční labilitou. V této době je organismus vnímavější k infekcím.

Plicní oddělení s kapacitou 31 lůžek a svou neskutečně dlouhou chodbou představuje pro personál opravdovou zátěž. Imobilních pacientů je zde hospitalizovaných z celkového počtu vždy minimálně jedna třetina, proto manipulace s nimi je téměř každodenní náplní práce sester a sanitářek. Dlouhá chodba, která je pro toto oddělení opravdu specifická, způsobuje až nepředstavitelný počet kroků, které sestra musí udělat, pokud chce z pokoje 1 jít na pokoj 15. Pro názornost je přiložen obrázek.



Obr. 10 Chodba lůžkové části plicního oddělení (vlastní zpracování)

Mimo jiné je velkou fyzickou zátěží i nepřetržitý provoz oddělení. Neustálé střídání denního a nočního režimu, nepravidelné stravování a spánek, představují značné nároky na organizmus sestry. Lidské tělo nemá čas odpočívat a mobilizovat své síly. To vše přispívá k poruchám spánku, onemocnění žaludku a střev, srdce a vzniku depresí a úzkostných stavů. Zdravotnický pracovník má minimum volného času a prostoru pro regeneraci.

Řešení problému fyzické náročnosti spočívá především v prevenci. Je nutné dodržovat zásady práce a manipulace s těžkými břemeny, tudíž i klienty, pokud lze klienta považovat za břemeno. K této problematice se vztahují následující zákony: Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, stanovuje povinnost zaměstnavateli, aby organizoval práci na pracovišti a stanovil pracovní postupy tak, aby byly dodržovány zásady bezpečného chování na pracovišti, kromě jiného, aby zaměstnanci zejména nevykonávali ruční manipulaci s břemeny, která vytvářejí možnost poškození zdraví, zejména páteře. V současné době jsou specificky upraveny podmínky pouze pro mladistvé, těhotné ženy a matky do konce devátého měsíce po porodu, a to vyhláškou č. 288/2003 Sb. Na ostatní pracovníky, muže i ženy, se vztahuje nařízení vlády č. 523/2002 Sb. Toto nařízení vlády obecně stanovuje povinnost zaměstnavateli ruční manipulaci s břemeny jako rizikový faktor omezovat. Pokud je manipulace s břemeny nevyhnutelná, je nutné pracoviště uspořádat tak, aby byla manipulace co nejbezpečnější. Dále musí být zaměstnanci seznámeni se všemi údaji nutnými pro správné uchopení a zacházení s břemenem a možnými nebezpečími, která z manipulace vyplývají. Konkrétně, při občasném zvedání a přenášení nesmí hmotnost břemene překročit 50 kg u mužů a 20 kg u žen. Při častém zvedání jsou limity přísnější, u žen je to 15 kg.

Je nevhodné, aby polohovala pouze jedna sestra. Kromě toho, že ničí zdraví sobě, může být z hlediska vzniku proleženin takové polohování nebezpečné i pro klienta a je i v rozporu s pracovněprávními předpisy. K polohování a přesunu pacientů doporučuji používat podložku pro přesun pacienta nebo tzv. rollbord.



Obr. 11 Rollbord pro přesun pacienta
(interní materiály)

Obě dvě pomůcky velmi usnadní práci zdravotnického personálu, jsou snadno skladovatelné, přemístitelné, omyvatelné a dezinfikovatelné. Cena těchto pomůcek je příznivá a jejich využitelnost v praxi je maximální.

Další pomůcka usnadňující manipulaci je elektronický ovládací zvedák k lůžku. Ten zajišťuje snadný přesun imobilního pacienta z pokoje například do koupelny. Vše je ovládáno elektronicky, tudíž k samotnému zvedání pacienta sestrou prakticky nedochází.



Obr. 12 Elektronický zvedák (interní materiály)

Tato pomůcka je výborná, mnohokrát jsem se s ní ve své praxi setkala a musím říci, že manipulace s ní i s klientem je tak velmi jednoduchá.

Jedním ze základních předpokladů prevence poškození pohybového aparátu sestry je ovládnutí bezpečných technik manipulace s pacientem. Současným trendem v ošetrovatelství je zaměření se na minimalizaci výkonů spojených s prostým vertikálním zdviháním a přenášením pacienta a na uplatnění správných manipulačních technik. Postupy vhodné manipulace s imobilními či částečně mobilními pacienty jsou uvedeny v příloze PIII.

- **Psychická zátěž**

S psychickou zátěží se sestry setkávají každý den. Jsou to totiž převážně ony, kdo přichází s pacientem do kontaktu nejčastěji a kdo se dostává přímo do jeho intimních zón. Mezi největší psychické zátěže sester patří neustálá pozornost a pečlivé sledování, rychlé přepojování mezi jednotlivými činnostmi, vysoké nároky na paměť, velká zodpovědnost za výsledky své práce, nutnost samostatného, rychlého a kvalitního rozhodování, nutnost improvizace, opakované setkávání se s těžkými zdravotními stavy a emočními situacemi, konfrontace s utrpením, bolestí a smrtí, zasahování do soukromí pacientů a neustálá komunikace a postřeh. Se vším se sestra den co den ve své práci setkává. Denně řeší rozpory nejen mezi sebou a okolím, ale také v sobě. Psychická zátěž může přecházet do stresu, úzkostných stavů až vzniku syndromu vyhoření.

Řešením psychické zátěže je podobně jako u fyzické, její prevence. Důležité je stanovit si vhodnou strategii. I když volného času sestry nemají opravdu mnoho, musí ho umět maximálně využít. Když jsem se dotazovala sester na plicním oddělení, co ve svém osobním volnu nejčastěji dělají, většina odpověděla, že dohání domácí povinnosti. Jen málokterá z nich má čas na své zájmy a relaxaci. Nepovažují domácí práce za špatnou relaxaci, pokud je tato činnost baví a naplňuje. Myslím si však, že při této profesi je potřeba se více zaměřit na péči o své duchovní já. Nelze přece přijímat a zpracovávat nové podněty, když nejsme vyrovnáni s těmi předchozími. Ve chvílích volna je třeba, aby si sestra utřídila myšlenky a relaxovala. Kolektiv na plicním oddělení je celkem soudržný a přátelský, což nebývá vždy samozřejmostí, proto bych jako relaxaci volila společně strávené chvíle v sauně či wellnesu, při kolektivním sportu nebo při posezení v kavárně. Je třeba více organizovat jejich společnou činnost, která souhru kolektivu jen umocní a zároveň poslouží jako prevence psychické zátěže.

Obecnou prevencí psychické zátěže je vyvážená strava, která má vliv na zdraví a kvalitu života, dále dostatečné množství kvalitního spánku, který pomáhá celkové regeneraci organismu, pravidelná pohybová aktivita a cvičení, která nás naplňuje energií, dle typologie

osobnosti je vhodná arteterapie, muzikoterapie, aromaterapie, meditace, masáže, jóga a celková duševní hygiena, která udržuje duševní zdraví a pomáhá zvýšit odolnost proti nepříznivým vlivům působení okolí.

- **Chybějící místnost pro důstojné rozloučení pozůstalých se zesnulým**

Problematika chybějící místnosti pro zesnulé se nevztahuje pouze na plicní oddělení, ale bohužel na většinu lůžkových částí nemocnice. Oddělení akutní péče nejsou dostatečně připravena na problematiku umírajících tak jako například lůžka dlouhodobé péče nebo hospice. Umírání a samotná smrt jsou velmi citlivá témata, kolem kterých vzniká řada etických problémů a otázek. Smrt je potřeba chápat jako podmínku života, která by měla být přijata a brána s velkou úctou a ohleduplností. Je potřeba zajistit duchovní péči každého umírajícího, zesnulého i pozůstalých.

Péče o umírajícího by v lepším případě měla být zajištěna jeho převozem na samostatný pokoj, kde není nikým rušen ani on ani příbuzní, kteří se s umírajícím přišli rozloučit. Umírající tak i po své smrti může zůstat na tomto klidném pokoji, po boku své rodiny ještě nějakou chvíli. Je tak zajištěn jeho důstojný odchod a rodina má možnost smrt přijmout a se zesnulým se rozloučit.

Plicní oddělení se v rámci možností snaží zajistit převoz umírajícího či zesnulého na samostatný pokoj, ne vždy jim to však okolnosti umožňují. Proto se často stává, že pacient zemře přímo na pokoji mezi ostatními pacienty. V tomto vidím velký etický problém a vznik velké psychické zátěže pro ostatní spolehospitalizované. Ti se mnohdy se smrtí v takové blízkosti ještě nesetkali, a tudíž jim tento zážitek může způsobit velké psychické a následně i fyzické potíže. Sestra, pokud to lze, by se měla snažit udělat maximum pro to, aby k takovým konfrontacím nedocházelo. Případně, pokud jde jen trochu přicházející smrt odhadnout, by měla spolupacienty taktně na možné riziko upozornit a oddělit umírajícího od ostatních klientů plentou či nějakou zástěnou.

Umírající často umírá sám nebo pouze za přítomnosti zdravotnického personálu a po své smrti a provedené péči o mrtvé tělo je převezen do místnosti, odkud si ho následně vyvedne zaměstnanec patologie. Tato místnost se na plicním oddělení nachází na chodbě u balkonu, kde jsou v běžném provozu, z důvodu nedostatku prostor, umístěny uzavřené barely s odpadem. Ty se vynesou a je zde navezena postel se zesnulým.



Obr. 13 Místnost pro zesnulé na plicním oddělení (vlastní zpracování)

Vidím zde obrovský etický problém, který by se měl v rámci celé nemocnice začít skutečně řešit!

Po úmrtí pacienta je volána rodina, která se ve většině případů chce se svým blízkým ještě rozloučit. Vzniká problém, jak to zařídit, když zesnulý je umístěn v tmavé, neosobní místnosti bez oken, která je velká jen na jedno nemocniční lůžko.

Z kapacitních důvodů zařízení je můj návrh těžce realizovatelný. Myslím si však, že je nezbytností zařídit na všech odděleních s podobným problémem, důstojnou místnost pro zesnulé a jejich příbuzné. Ta nemusí být obzvláště velká, měla by být však určená jen k tomuto účelu, světlá, tichá s okny a židlemi pro pozůstalé. Do této místnosti by měl možnost přístupu i farář, který by dle přání rodiny vykonal poslední bohoslužbu. Rodina by v takových případech vnímala fakt smrti jistě příznivěji, než v místnosti na obrázku.

Je nutné si uvědomit, že se zesnulým je i po jeho smrti potřeba zacházet důstojně a rovněž tak s city pozůstalých, kteří bývají často v tu chvíli velmi psychicky oslabeni.

- **Chybějící plenty a zástěny**

Nedostatek plent a zástěn na oddělení je rovněž problémem zejména etickým. Pokoje jsou vybaveny dvěma, třemi i čtyřmi lůžky a ne vždy je možné zajistit, aby pacienti na pokoji byli podobné diagnózy či stejné úrovně soběstačnosti. Při přijetí jsou často na pokoj uloženi pacienti mobilní spolu s imobilními. V takových případech je nezbytné zajistit soukromí pro obě strany. Každý má jinou hranici studu a potřebuje jiný vlastní prostor, o to je tato situace složitější pro pacienta upoutaného na lůžku. Pacient odkázaný na nemocniční postel na ni vykonává všechny běžné potřeby od hygieny, přes stravování, spánek až po vyprazdňování. To vše jsou věci, které každý z nás praktikuje v několika rozdílných místnostech a za zavřenými dveřmi. V takových případech je potřeba i imobilnímu klientovi poskytnout nezbytné soukromí, na které má nárok. Potřeba plent se umocňuje v těžkých zdravotních stavech, při průjmech, nevolnosti a zvracení. Každý ocení v takové chvíli klid a pouze přítomnost sestry.

Na plicním oddělení je pouze jedna plenta na 31 lůžek. A pravdou zůstává, že manipulace s ní není zrovna snadná, je však nezbytná. Mým návrhem na řešení tohoto problému je pořízení většího množství těchto zástěn nebo v lepším případě jejich přímé zabudování na pokoje mezi nemocniční lůžka. Taková plenta, zapracovaná ve stěně pokoje nebo zavěšena podobně jako závěs, by byla snadno přístupná, ovladatelná a mohla by se kdykoliv v případě potřeby roztáhnout a zase schovat a to jedním pohybem ruky. Tato varianta by zajišťovala pohodlí jak pro pacienta, tak pro zdravotnický personál.

- **Nedostatečná ochrana personálu proti respiračním nemocem**

Specifikem plicního oddělení jsou respirační nemoci, jejichž přenos a šíření vzduchem jsou velmi rychlé a lidské tělo, pokud je jen trochu v oslabení, je na ně velmi náchylné. Zdravotnický personál ohrožuje vysoké riziko přenosu těchto onemocnění a to z mnoha důvodů, jako jsou celkové vyčerpání organismu, únava, nepravidelná strava, nedostatek vitamínů, neustálé vystavování se stresu a jedním z nich je i nedostatečná bariérová ochrana proti jejich přenosu. Setkávání se s přenosnými respiračními nemocemi je na tomto oddělení prakticky podmínkou a je jen na zdravotnickém personálu a jeho vedení jakou pozici k tomu zaujme.

Základním ochranným mechanismem by mělo být nepřetržité používání ústenky, protože jedině tak se sníží riziko přenosu těchto nemocí na zdravotnický personál. Zajisté chápu, že tato varianta je v běžném provozu oddělení ne příliš realizovatelná. Proto navrhuji její pou-

žívání zejména u těchto případů: vždy při přijetí pacienta, vždy před vstupem na pokoj, když zdravotnický pracovník předem ví, že bude v těsné blízkosti s nemocným, vždy u pacientů s TBC a s jinými vysoce infekčními nemocemi. Mým řešením je umístění boxů s ústenkami přímo u vstupních dveří každého pokoje. Zdravotnický personál tak není nucen se neustále vracet na vyšetřovnu, kde se tyto pomůcky nachází. Jednoduše vždy před vstupem na pokoj si ústenku nasadí a po opuštění pokoje ji vyhodí do příslušného barelu.

Vysoce bariérový režim je potřeba dodržovat i při mytí a dezinfekci rukou. Nádoby s dezinfekčním přípravkem by rovněž mohly být umístěny na každém pokoji tohoto oddělení, tak jako jsou zde zásobníky s mýdlem a jednorázovými ručníky. Byly by využitelné nejen pro zdravotnický personál, ale i pro pacienty. V Krajské nemocnici T. Bati, a.s. jsou pořádány pravidelné semináře mytí rukou. Tuto skutečnost vnímám jako velké plus pro znalost a dodržování bariérového režimu.



Obr. 14 Návrh na umístění dezinfekce na pokojích pacientů (vlastní zpracování)



Obr. 15 Návrh boxu na ochranné pomůcky u vstupu do pokoje (vlastní zpracování)

- **Nemožnost odchodu sestry z oddělení na polední pauzu**

Práce sestry na dvanáctihodinové směně je velmi náročná, někdy nemá čas se ani na chvíli zastavit na to, aby doplnila pitný režim natož, aby dodržovala pravidelné stravování. Na denní směně lůžkové části plicního oddělení jsou dvě všeobecné sestry. Každá z nich má nárok na půlhodinovou pauzu na oběd. V prostorách oddělení se nachází jídelna pro pacienty a menší jídelnička pro personál, kde si mohou ohřát a sníst vlastní jídlo. Přesto všechno jsou často bez řádné pauzy. Ne každý den je chvíle, aby se sestry na oddělení prostřídaly a šly si v klidu sníst svůj oběd. A když už jim to provoz oddělení dovolí, avšak tím, že jsou na něm neustále přítomny, jsou nuceny, kdykoliv je potřeba, svou pauzu přerušit a jít pomoci zajistit jeho chod. Mimo jiné, jsou sestry neustále ve stejném, uzavřeném prostoru. Nemají možnost změny myšlenek ani prostředí, protože v rámci solidarity jedna ke druhé neopustí oddělení, aby si zašla na oběd do zaměstnanecké jídelny.

Krajská nemocnice T. Bati, a.s. disponuje dvěma zaměstnaneckými jídelnami s dotovanou stravou. Všichni zaměstnanci tak mají nárok na kvalitní a teplou stravu, proto je velká škoda, že tuto možnost sestry plicního oddělení nemohou využít. Východiskem problému, je plné zajištění chodu oddělení po dobu polední přestávky, jedné ze sester. Pokud to lze, je

potřeba naplánovat si svou pauzu v době, kdy je ostatní personál v plném počtu přítomen na oddělení. Následně si vytvořit orientační harmonogram, jak se co nejefektivněji v přestávkách prostřídat, aby měl každý nárok na svou oddechovou půlhodinku. Tuto pauzu považují za nezbytnou pro snížení psychické i fyzické zátěže sester a celého pracovního týmu.

Další variantou je, že za pomoci uzavřeného tabletového systému si sestra nechá přivést svůj oběd přímo na oddělení spolu s patientskými dietami. Stravu si pomocí klinického informačního systému může nahlásit i v den příchodu do zaměstnání do 8.00. Tenhle fakt však neřeší problém změny prostředí, která je při výkonu tohoto povolání nezbytná.



Obr. 16 Tabletový systém podávání stravy
(vlastní zpracování)

- **Přeplňování lůžkové kapacity**

Problém přeplňování lůžkové kapacity a tím pádem vznik přistýlek je komplikací řady stanic, ovšem fakt, že u plicního oddělení je tvorba přistýlek denním standardem dokazují nově zveřejněné výsledky obloženosti za rok 2010. Ve srovnání s ostatními plicními odděleními nejručnějších nemocnic České republiky činí u Krajské nemocnice T. Bati, a.s. téměř 108 %. Z údajů lůžkové části plicního oddělení vyniká i jeho velká průchodnost, kdy za rok 2011 jím prošlo 1324 pacientů.

Dnešní populace lidí stárne a prodlužuje se její věk, tudíž přibývá nemocných a dochází ke kumulaci jejich chorob. Kapacita nemocničních zařízení na tento fakt není zatím řádně

připravena. Akutní lůžka jsou blokována pacienty dlouhodobě nemocnými a sociálně slabými. V důsledku toho jsou vytvářeny přistýlky. Problém přistýlek nastává zejména v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Pokoje jsou svou velikostí konstruovány na určitý počet lůžek tak, aby byly dodržovány všechny platné hygienické a bezpečnostní předpisy, lůžko bylo přístupné ze tří stran a ve vzdálenosti minimálně 0,5 metru od dalšího lůžka. Přistýlky zvyšují celkový počet až čtyř pacientů na pokoji, což způsobuje komplikace nejen hospitalizovaným, ale i zdravotnickému personálu. Pohyb po nemocničních pokojích je velmi ztížen soběstačným a zejména částečně soběstačným pacientům, kteří při své chůzi používají nejrůznější kompenzační pomůcky, jako jsou francouzské hole, berle a chodítka. Takový pacient je prakticky uvězněn na svém lůžku a ztrácí tak i svou minimální schopnost přemístit se, což z něj v nejhorším případě může udělat i imobilního. Při krizových situacích je manipulace s lůžkem na pokoji naprosto nemyslitelná a zdlouhavá, v takových chvílích dochází až k ohrožení života, kdy pacientovi není možno zajistit co nejrychlejší odpovídající péči nebo například jeho rychlý převoz na JIP. Z důvodu umístění přistýlek dochází i ke zvýšenému počtu nežádoucích událostí – pádům personálu i pacientů. Na pokoji nemůže být kvalitně zajištěn úklid ani zabezpečen bariérový režim.

Východiskem problému je striktní zákaz vytváření přistýlek. Systém příjmu, překlady a propouštění pacientů musí být promyšlen tak, aby k těmto situacím nedocházelo. Lze při tom využít klinický informační systém nemocnice. Jako prevenci by bylo vhodné ponechat si vždy dvě místa pro akutní příjem pacientů. Tato místa by sloužila na přechodnou dobu a pacient by byl ihned po uvolnění jiného lůžka přemístěn na pokoj. Podobná příjmová či přechodná lůžka existují na odděleních JIP, kde je vytváření přistýlek nemyslitelné. Tento postup by tak jistě zlepšil chod celého oddělení, byl by vždy jasný maximální počet lůžek a nedocházelo by k přeplňování kapacity zařízení.



Obr. 17 Vhodné rozmístění lůžek na nemocničním pokoji (vlastní zpracování)

- **Nepřesná formulace harmonogramu práce**

Harmonogram práce nelékařského zdravotnického personálu slouží především jako návod organizace práce. Pro každou část plicního oddělení a pro všechny typy nelékařských pracovníků je individuální. Tento harmonogram sestavuje vrchní sestra spolu se staniční sestrou příslušné stanice. Měl by odpovídat plně chodu oddělení a strategicky zajišťovat jeho funkci. Každý pracovník má určené činnosti, které má v průběhu své směny vykonávat, a za které plně zodpovídá. Aby byla zajištěna kvalitní ošetrovatelská péče, administrativní práce a všechny ostatní činnosti spojené s provozem oddělení je potřeba, aby tento harmonogram byl řádně zpracovaný a promyšlený.

Stanice akutní lůžkové části plicního oddělení má samozřejmě zpracovány směnové i týdenní harmonogramy práce sester, sanitářek i pomocnic. Avšak harmonogram vytvořený pro sestry, i když obsahuje téměř všechny potřebné informace, bych navrhovala doplnit o jeho časové rozložení. Zkušené sestry zajisté ví, co a v kterou hodinu je potřeba, ovšem tento harmonogram může být nápomocný k zorientování se nově příchozích zaměstnanců či studentů střední zdravotnické školy a vysoké školy, kteří na oddělení docházejí pravidelně na praktickou výuku. Harmonogram práce sester na jednotlivých směnách jsem společně s vrchní sestrou oddělení doplnila o jeho časové určení. Tento nově sestavený harmonogram je součástí přílohy mé diplomové práce – Příloha PI a PII: Harmonogram práce sester na denní a noční směně.

- **Nedostatek personálu**

Problém nedostatku zdravotnického personálu se týká jak profesí lékařských tak i nelékařských. Ovšem jelikož má vrchní sestra na starosti správu a personální zajištění nelékařských pracovníků, orientuji se zde především na ně. Na 20. pavilonu plicního oddělení se nachází vždy kolem 31 pacientů. Na denní směně pracuje staniční sestra, dvě řadové sestry, dvě sanitářky a jedna pomocnice. Je zde nastaven skupinový systém péče, což znamená, že každá sestra zodpovídá za zajištění kvalitní ošetrovatelské péče na svém úseku. Má tak přidělenou určitou skupinu pacientů, u které plní jak ošetrovatelské, administrativní tak všechny ostatní činnosti, ve spolupráci se svou sanitářkou. Systém rozdělení práce je zde velmi dobře propracován. Hlavní problém však vidím v zajištění kvalitní ošetrovatelské péče u všech přidělených pacientů. Sestra musí mít přehled o jejich diagnózách, znát souvislosti onemocnění i hospitalizace. Musí si pamatovat alergie a podobné specifika každého klienta. Což je ve spojitosti se zajištěním chodu oddělení administrativní prací velkým

problémem. Z pozorování a cíleného dotazování sester jsem zjistila, že největší časový problém jim způsobuje příjem pacientů, který, jak bylo již uvedeno výše, zde není kvalitně propracován. Sestry jsou schopné a snaží se svůj čas maximálně a cíleně využít. Problém příjmu nastává zejména tehdy, je-li na oddělení více příjmů či překladů zároveň. V takových situacích je nutno zajistit nejprve pacienta a jeho zdravotní stav a poté vykonat administrativní práci. Ovšem, když se počet přijatých pacientů nakumuluje a obě sestry zajišťují jejich vitální funkce, není na oddělení nikdo, kdo by vykonal potřebnou administrativu nezbytnou k lékařskému přijetí a k další manipulaci s klientem.

Řešením tohoto problému by bylo přijetí jedné sestry, která by měla pouze ranní osmihodinové, či šestihodinové směny od pondělí do pátku a vykonávala by pouze činnost spojenou s příjmy, překlady a propuštěním pacientů. Sestry by se tak plně mohly věnovat svým klientům a zajišťovat zdravotní stav nově příchozích. Vše by muselo fungovat za podmínek otevřené komunikace a přímého přenosu informací mezi sestrami. Došlo by ke snížení časové náročnosti spojené s administrativní činností a ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Tuto činnost „příjmové sestry“ může vykonávat již starší pracovnice či sestra v částečném invalidním důchodu.

Prozatím, práce spojené s příjmy pacientů, mimo svou pracovní náplň, kompenzuje staničnická sestra. Tuto variantu však nelze považovat za dlouhodobé řešení.

9.1.2 Minimalizace hrozeb

- **Často se měnící zdravotnická legislativa**

Zdravotnické zákony, vyhlášky a nařízení vlády se skutečně nejen v posledních letech, ale i v měsících velmi razantně a často mění. Dochází tak ke ztížené orientaci zdravotnických pracovníků ve zdravotnickém právním prostředí. Přitom povědomí o všech změnách je základním prvkem celoživotního vzdělávání sestry. Ta, pokud chce svoji profesi vykonávat zodpovědně a podle pravidel, musí se v této oblasti orientovat a mít alespoň základní vědomosti o nejnovějších změnách. Hlavním prvkem přenosu těchto informací by mělo být především přímo vedení nemocnice nebo vedení plicního oddělení. K takovým účelům mohou například sloužit i pravidelné schůzky sester, kde by podobné novinky měly být vedením prezentovány.

- **Záporný výsledek hospodaření KNTB, a.s.**

Ekonomická situace nemocnice je velmi ovlivnitelná finančním chodem jednotlivých oddělení. Proto hlavním cílem každého vedení příslušné stanice by mělo být především dodržování cílů a politiky vydané pro příslušné období Krajskou nemocnicí T. Bati, a.s. Vedení by se mělo snažit vhodně alokovat svěřené zdroje financí a mělo by maximálně zabránit zbytečnému plýtvání. Situaci záporného výsledku hospodaření nemocnice by měl začít řešit každý zaměstnanec individuálně v sobě.

- **Stárnoucí populace**

Stárnutí populace je současný demografický fenomén ve všech vyspělých zemích. Tento dopad je problémem jak sociálním, tak zdravotním. Nemocnice nejsou připraveny na takový vysoký počet stárnoucích lidí, jsou přepřehňovány kapacity lůžek následné a dlouhodobé péče, domovy pro seniory nepřijímají a agentury domácí péče jsou zahlceny. Musí zde dojít k celkové restrukturalizaci systému a k budování nových prostor pro péči o tyto občany. V Krajské nemocnici T. Bati, a.s. dochází k postupné přeměně některých lůžek akutní péče na lůžka péče dlouhodobé, i to ovšem nestačí. Kapacita nemocnice je neustále přepřehňována. Tento fakt nelze řešit pouze centrálně, ale jedná se o globální problém celého světa.

- **Působení protichůdných zájmů**

Hrozba působení protichůdných zájmů nastává zejména ve finanční sféře. Plicní oddělení by potřebovalo jisté renovace a změny. Ty jsou však i přes značné úsilí managementu oddělení, managementem nemocnice často odmítány. Bylo by zde potřeba nakoupení nových, moderních pomůcek, polohovacích lůžek, antidekubitárních matrac, zvedáků, zástěn, vozíků a mnoha dalších věcí. Jediným řešením je nevzdávat se, bojovat za potřebné pomůcky a vhodně zvolenou strategií si postupně a pomalu nezbytné věci získat. Vhodným postupem je navrhnout řešení na úspory na své stanici a ze získaných úspor investovat do jejího lepšího vybavení.

- **Syndrom vyhoření**

Syndrom vyhoření, jinak také „burnout“ je v dnešní době poměrně známý jev. Lze se s ním setkat všude tam, kde dochází k dlouhodobě se opakujícímu kontaktu lidí s řešením různých osobních, zdravotních, profesních i jiných problémů. Vyhoření není nemoc, ale proces, který často začíná již velmi záhy v průběhu kariéry pomáhajícího. Je to stav emočního

a fyzického vyčerpání s výrazným snížením energie, chronickou únavou a celkovou slabostí, ke kterému dochází v důsledku chronického stresu. Vyčerpání je provázáno pocitem beznaděje, bezmoci, zklamání, únavy, negativním postojem k sobě samému, ztrátou zájmu o svou práci, rutinou, kdy osoba již nevidí důvod dalšího vzdělávání a osobního růstu, stále delšími obdobími vyčerpanosti a výkyvy nálad. Syndromem jsou ohroženi zejména ti, kteří: jsou zprvu nadšení pro určitou věc, avšak nadšení pomalu ustupuje; neustále zvyšují nároky, jež na sebe kladou, a to bez ohledu na své schopnosti a možnosti; nedokážou se distancovat od nadměrných nároků okolí; nedokážou snížit množství práce na únosnou míru; nepřenesou část své zodpovědnosti na ostatní, vše chtějí mít pod kontrolou; neumějí relaxovat a odpočívat; jsou pod tlakem z více stran; mají nízké sebevědomí, ale vysoké ideály; neúspěch prožívají jako velké selhání.

Základním řešením syndromu vyhoření je jeho předcházení. Významnou roli hraje sociální opora, naslouchání a vyslechnutí jedince bez kritizování, rad a dlouhých komentářů. Neméně důležitá je emocionální opora, poskytnutí útěchy a empatie, odborné ocenění a uznání, kdy jedinec vnímá, že jeho úsilí je příznivě hodnoceno a že je doceněna jeho práce. Poskytnutí hmotné pomoci ve smyslu finanční výpomoci, materiální pomoci nebo dárku. Poskytnutí osobní pomoci nebo určité služby, na kterou jedinec sám nestačí. Právě tyto možnosti vzájemné podpory by měli umět využívat zdravotníci ve svých kolektivech. Vzájemná opora a pochopení vytváří příznivou atmosféru na pracovišti a je předpokladem kvalitního léčebného procesu. Obranou proti syndromu vyhoření je prevence a seznamování zdravotnických pracovníků s problematikou syndromu vyhoření. V neposlední řadě, aby věděli, na koho se obrátit se svými problémy a kde hledat pomoc. V takových situacích by měla být vrchní sestra vždy na blízku. Měla by projevovat zájem o své zaměstnance, kladně je hodnotit a umět ocenit jejich práci. Vrchní sestra by si rovněž měla všimnout změn, které se v kolektivu dějí a měla by se jako první snažit odhalit jejich příčinu.

- **Vytrácení komunikace lékař - sestra, sestra – pacient**

Komunikace mezi lidmi je neodmyslitelnou součástí existence člověka. Není nutné volit slova, stačí, že jsme, že se nějak pohybujeme, nějak tváříme, něco konáme a tím prozrazujeme na sebe spoustu informací, kterými si druhá strana utváří obraz o naší osobě. Komunikace je vlastně přenos informací od jednoho člověka k druhému. Je základním dorozumívacím prvkem a zdrojem dat. V nemocničním prostředí je správná komunikace nejdůležitějším článkem.

Poslání sestry je náročné a vyčerpávající. Je pro pacienta rádcem, ošetřovatelem a nejbližším poskytovatelem odborné profesionální péče. Musí vycházet s celým kolektivem nelékařských i lékařských pracovníků, vnímat jejich pokyny a plnit žádosti. Komunikace lékař – sestra je neustále v mnoha případech postavena na autoritativním typu, kdy lékař dává rozkazy a sestra je naplňuje. Vytrácí se zde souhra a doplňování informací. Lékaři si mnohdy neuvědomují, že je to právě sestra, která s pacientem tráví většinu času a která zná jeho potřeby, přání a vnímá každou změnu jeho zdravotního stavu poněkud intenzivněji. Situaci o to více umocňuje fakt, že přibývá administrativní práce u obou zaměstnanců a tudíž na komunikaci není dostatek času. Tohle je velký problém nejen plicního oddělení, ale celé dnešní doby. Přitom právě lékař se sestrou by měli tvořit úzce spolupracující tým, který má ve středu zájmu pacienta a jeho potřeby.

Komunikace sestra – pacient přináší mnohé nároky na sestru. Ta by měla mít schopnost naslouchat, schopnost empatie, úcty k člověku, umět poskytnout radu, potěšit, uklidnit a především schopnost objektivního nadhledu a individuálního posouzení každého pacienta. Problémem dnešní doby je stále větší vytrácení se této komunikace. Dochází k tomu, že z důvodu nedostatku času se sestra u pacienta zdržuje jen nejnutnější nutnou dobu, kdy vykoná všechny potřebné úkony a poté odchází. Klient tak nemá možnost, ani dostatek prostoru na otázky, nebo je odbyt stručnou odpovědí. Přitom je to právě sestra, která by k němu měla být nejbližší a měla by s ním navázat plnohodnotný vztah. Někdy není potřeba zdoluhavá komunikace, ale pouhý úsměv, gesto, či dotyk, které pro pacienta znamenají daleko více. Nesmí se z důvodu nedostatku času nebo zvyšujících se nároků na administrativní činnosti sestry vytráčet základní poslání a náplň této práce.

9.1.3 Vizualní návrhy na zlepšení

Zde je uvedeno několik vizuálních návrhů na inovaci pomůcek na plicním oddělení, které by přispěli ke zkvalitnění a zjednodušení práce sester.



Obr. 18 Vůz na léky na plicním oddělení (vlastní zpracování)



Obr. 19 Návrh nového vozu na léky (vlastní zpracování)

Na obrázcích jsou zobrazeny vozíky na léky, které sestry několikrát denně používají. Plicní oddělení má vůz s léky jen jeden, což může být v případě skupinové péče problém, pokud se dané sestry nejsou schopny domluvit na jeho časovém využití. Manipulace s vozíkem je složitá a neustálé uschovávání léků dle předpisů a směrnic zbytečně komplikované. Navrhovaným řešením je pořízení uzamykatelných, lehce manipulovatelných vozů, které jsou přesně určeny na tuto činnost. Léky jsou uchovávány neustále v tmavém a suchém prostoru a mimo určené osoby k nim nemá nikdo přístup. Využití těchto vozů je nyní v praxi mnoha sestrami na jiných odděleních velmi kladně hodnoceno.



Obr. 20 Box s pomůckami umístěný přímo na pokoji pacienta (vlastní zpracování)

Dalším mým návrhem na zlepšení kvality péče o pacienta a na zjednodušení práce sestry je umístění plastových boxů na pokojích pacientů. Tyto boxy mohou obsahovat jakékoliv potřebné pomůcky, které by měly být neustále u klienta k dispozici, jako jsou: rukavice, emitní misky, buničina, případně pleny a podložky. Mohu osobně říci, že využitelnost boxů v praxi je obrovská. Při manipulaci s imobilním pacientem často dochází k protržení rukavic či potřebě emitní misky. Takový box ulehčuje sestře nejen zbytečnou chůzi pro chybějící pomůcky, ale také pomáhá k dodržování bariérového režimu a umožňuje téměř bez přerušování pokračovat v práci. Box je velkou výhodou rovněž pro samotné pacienty, kteří si tyto základní pomůcky mohou dle potřeby vzít a často tak lze předejít mnoha nepříjemným situacím spojených například s nevolností pacienta. Do boxů lze umístit prakticky cokoli, jsou snadno omyvatelné a dezinfikovatelné.



Obr. 21 Skříň s pomůckami (vlastní zpracování)

Skříň s pomůckami na ranní hygienu lze využít prakticky během celého dne. Jelikož prádlo musí být umístěno pouze v uzavíratelných skříních a boxech, je toto jediné možné řešení, jak ho mít neustále k dispozici. Skříň může být umístěna na chodbě či v jiné místnosti volně, lze ji uzamknout a prádlo tak hygienicky chránit. Je zde velmi usnadněna manipulace s prádlem, aniž by docházelo k porušení bariérového režimu.

9.2 Návrh strategického řízení

Návrhem strategického řízení je implementace výše uvedených návrhů zlepšení do praxe. Tyto návrhy vznikly z výsledků sběru dat a jeho následných analýz, vycházejících ze zkoumání chodu plicního oddělení pod vedením vrchní sestry. Strategické řízení navrhuje zlepšení činnosti vrchní sestry za využití dostupných prvků managementu.

9.2.1 Strategické plánování

Základním krokem bylo zpracovat vhodnou strategii. Implementaci strategie jsem si za svůj úkol vzala já a vrchní sestra plicního oddělení spolu s jednotlivými staničními sestrami daných úseků. Se strategií a návrhy zlepšení byl prostřednictvím schůze seznámen celý

pracovní tým. Správcem strategie se stala vrchní sestra, která má všechny organizační předpoklady k vykonávání této funkce. Zajišťuje tak koordinaci všech činností na základě mnou připravených podkladů. Byla propracována metodika a stanoveny řádné termíny porad, které budou celkem tři. Úvodní seznámení pracovníků s návrhy zlepšení a se strategickým plánem, průběžné hodnocení plánu a cílů, závěrečné zhodnocení implementace plánu do praxe. Byl oficiálně jmenován strategický tým a zajištěno základní osvojení si principů strategického myšlení všech ostatních členů týmu – staničních sester jednotlivých úseků a nelékařského zdravotnického personálu. Výstup tohoto kroku nastínil vize zlepšení a strategické cíle.

9.2.2 Strategická analýza

Strategická analýza je ústředním prvkem strategie, umožnila managementu oddělení si uvědomit jaká je jeho současná situace, na co se má management nyní i v budoucnu soustředit a kam by měl směřovat. Analýza vlastního zdravotnického oddělení byla provedena prostřednictvím zpracování silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb oddělení. Byla vytvořena přehledná SWOT analýza, která byla důkladně rozpracována ve strategii MIN – MIN, kdy byly zpracovány návrhy na minimalizaci slabých stránek a hrozeb. Analýza vycházela z rozboru a zhodnocení vnitřního i vnějšího prostředí oddělení. Jednotlivé položky SWOT analýzy byly výsledkem důkladného sběru dat na oddělení. Po hodnocení a spočítání váhy jednotlivých stránek celým týmem byly zařazeny dle důležitosti. Na úvodní schůzi s vedením strategického řízení a všemi členy pracovního týmu, byli tito členové seznámeni s možnými návrhy na zlepšení celkové situace a chodu oddělení. Měli možnost vyjádřit se k jednotlivým krokům a vizuálním návrhům. Řešili se produkty, které budou předmětem činnosti, a konzultoval se strategický plán. Se zvolenou misí a jejími cíli byli seznámeni všichni zaměstnanci oddělení na jednotlivých úsecích.

9.2.3 Formulace strategie

Na základě výsledků analýzy již management přesně zná slabé stránky a hrozby plicního oddělení. Zná faktory, které lze pozitivně ovlivnit a má všechny potřebné informace k dosažení změny.

Cíle strategie:

- minimalizace všech bodů slabých stránek
- minimalizace hrozeb

Vize strategie:

- inovace vybavení oddělení a zajištění nezbytnými pomůckami
- zlepšení chodu oddělení
- zefektivnění řízení provozu oddělení
- zajištění prevence fyzické i psychické zátěže sester

Vrchní sestra spolu se strategický tým vytvořila scénáře budoucího vývoje a zapracovala vize do optimistického pohledu. Se všemi cíli byl personál plicního oddělení plně seznámen na úvodní schůzi.

9.2.4 Realizace strategie

Úspěšná realizace zpracované strategie je nejdůležitější fází procesu. Je nutné, aby byl zapojen celý pracovní tým a bylo pozitivně pozměněno fungování oddělení. Nezbytnou součástí je provádění neustálé kontroly, která byla oficiálně stanovena na dobu průběžné schůze, v polovině plnění strategického plánu.

Problém inovace vybavení oddělení nezbytnými pomůckami, ochrannými pomůckami a pomůckami přispívajícími ke zjednodušení práce sester má na starosti vrchní sestra. Ta managementu nemocnice a zejména náměstkyni ošetrovatelské péče podá oficiální žádost a vypracuje odůvodnění o přidělení pomůcek na oddělení. Jedná se zejména o pomůcky uvedené v předchozích kapitolách mé práce, jako jsou pomůcky ke snížení fyzické zátěže sester, ke zvýšení bariérového režimu a k usnadnění práce sester. Proces prosazení inovace pomůcek na oddělení přesahuje časový rámec tohoto projektu, avšak v rámci strategického řízení dojde k řešení problému a k postupnému dosahování cílů.

Ke zlepšení chodu oddělení výrazně přispěje jeho vybavení novými pomůckami a zajištění jeho personálního obsazení. Zde opět hraje úlohu management vrchní sestry, která po zhodnocení stavu oddělení a prozkoumání plánů a plnění personálního obsazení podá návrh náměstkyni ošetrovatelské péče na jeho důkladné přezkoumání. Cílem je naplnění pozice „příjmové sestry“ a sanitáře na převoz pacientů.

Pro zefektivnění řízení provozu oddělení byl navržen a vypracován nový harmonogram práce sester na denní a noční službě, který je součástí přílohy P I a PII. Je zde zahrnut i časový úsek pro polední pauzu sester. Byla zvolena doba, která byla na základě výsledků průzkumu vyhodnocena jako relativně nejklidnější.

K zajištění prevence fyzické a psychické zátěže navrhl strategický tým vytvoření společných volnočasových aktivit. Celému kolektivu byly předloženy návrhy na společnou činnost. Ze všech nápadů byl vybrán jeden, na kterém se shodla většina. Dále, pro zajištění prevence fyzické zátěže byla zpracována přehledná pravidla pro správné postupy manipulace s imobilním pacientem, která jsou součástí přílohy PIII a která byla názorně prezentována na úvodní přednášce všem zdravotnickým pracovníkům, kteří fyzicky manipulují s pacienty.

Realizace strategie MIN- MIN bylo postupně naplňováno všemi dostupnými prostředky za pomoci vypracovaného strategického plánu a navržených řešení k jednotlivým problémům. Do celého průběhu změn byli postupně zapojeni všichni zaměstnanci plicního oddělení. Hlavní roli zde měla vrchní sestra, která za využití prvků managementu působila na své podřízené zaměstnance a zároveň na vrcholový management nemocnice.

9.2.5 Zhodnocení strategie

Zvolená strategie byla hodnocena průběžně a to celým strategickým týmem. Plán a plnění projektu trvalo tři měsíce, ovšem některé cíle, které byly započaty, se v současnosti dokončují. Strategie byla zvolena kladně a celým týmem přijata. Byla naplněna minimalizace slabých stránek, které ulehčují chod oddělení a práci sester. Sestrám byl představen nový harmonogram práce se začleněnou pauzou na oběd. Nelékařský personál absolvoval přednášky související s fyzickou zátěží na pracovišti a s vhodnou manipulací s imobilním klientem. Pro minimalizaci hrozeb a prevenci syndromu vyhoření byla dohodnuta společná návštěva večírku pořádaného nemocnicí. Na problém vytrácející se komunikace mezi lékařem a sestrou, sestrou a pacientem byli zúčastněné strany upozorněny. Byla zde otevřena aktivní diskuze mezi lékaři a sestrami, kteří si problém uvědomili a řeší ho. Rovněž sestry se snaží aktivněji komunikovat se svými pacienty.

Management plicního oddělení svou vhodně zvolenou strategií a vypracovaným plánem na minimalizaci slabých stránek a hrozeb, dosáhl vytyčených cílů.

10 ZHODNOCENÍ PROJEKTU

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zlepšení chodu plicního oddělení prostřednictvím manažerského řízení vrchní sestry.

Předkládaná diplomová práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické.

V první části jsou popsána teoretická východiska obecného managementu, která jsou následně aplikována na oblast zdravotnictví. Práce ve své teoretické části dále rozebírá aktuální stav zdravotnictví, strukturální členění nemocnic, rozděluje pracovníky v oboru ošetrovatelství, popisuje manažera ošetrovatelství, jeho vlastnosti a role. Závěrem této části je zpracováno téma strategického řízení ve zdravotnickém zařízení.

Praktická část se sestává ze šesti kapitol:

- charakteristika společnosti
- charakteristika plicního oddělení
- východiska pro projektovou část
- sběr dat, jejich analýzy a zjištění současného stavu
- návrh projektu zlepšení
- zhodnocení.

První oblast charakterizuje Krajskou nemocnici T. Bati, a.s., popisuje její historii, politiku i cíle kvality a stručně prezentuje její aktuální situaci.

Ve druhé kapitole praktické části je práce zaměřena na specifika plicního oddělení. Rovněž popisuje jeho historii i současnost, ukazuje strukturální členění a pro názornost využívá grafického znázornění provozu jednotlivých stanic. Součástí této kapitoly je tabulka s nejnovějším přehledem obloženosti jednotlivých plicních oddělení v České republice.

Ve třetí oblasti jsou popsána východiska pro projektovou část, je definován projekt, jeho průběh a atributy.

Čtvrtou oblast charakterizuje sběr dat, který probíhal praxí na oddělení, pozorováním, přímým dotazováním a skupinovým rozhovorem. Byla zde důkladně popsána náplň práce vrchní sestry na plicním oddělení, charakterizován pracovní tým, zveřejněny náplně a harmonogramy práce jednotlivých členů týmu, je zde představeno personální obsazení, analyzován chod oddělení, jeho domácí i provozní řád a režim dne. Díky analýze řízení a chodu oddělení je zjištěn skutečný stav a na základě těchto informací je vytvořena SWOT analýza.

Pátá oblast praktické části obsahuje návrh projektu zlepšení, kde je sestaven plán, který na základě vyhodnocení SWOT analýzy, navrhuje využití strategie MIN-MIN, kdy jsou jednotlivé slabé stránky a hrozby hlouběji odůvodněny a jsou navrženy prostředky pro jejich zlepšení. Návrh je doplněn o přílohy a vizuální zpracování.

Projekt si stanovil cíle, které aplikoval do praxe za využití strategického řízení vrchní sestry a sestaveného strategického týmu.

Závěrem praktické části je zhodnoceno zlepšení chodu oddělení a splnění vytyčených cílů. Je analyzován plán projektu zlepšení. Je zpracován nový harmonogram práce sester se zahrnutou polední pauzou na oběd, pro ošetrovatelský personál je vytvořen návrh postupů vhodných při manipulaci s imobilními klienty, jsou detailně rozebrány slabé stránky a hrozby SWOT analýzy a navržena praktická řešení.

Práce byla vyhodnocena formou skupinového rozhovoru s týmem plicního oddělení jako přínosná a splnila požadovaný účel na zlepšení jeho chodu prostřednictvím manažerského řízení vrchní sestry.

Naplněné cíle projektu:

- Byla analyzovaná náplň práce vrchní sestry a provoz plicního oddělení.
- Byla vytvořena SWOT analýza oddělení.
- Byla navržena opatření pro zlepšení jeho chodu.

ZÁVĚR

Management nemocnic současné doby je stále více rozvíjen a propracováván. Na jeho koncepci se podílí nejen řízení prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví, ale zejména vedení jednotlivých nemocnic, které si vypracovává své vize a plány budoucnosti. Mezi cíle Krajské nemocnice T. Bati, a.s. patří především spokojenost pacientů, vysoká profesionální úroveň, spokojenost zakladatele a zaměstnanců, nekorupční jednání a hospodárné vynakládání svěřených zdrojů. Těmito cíli se řídí nejen vrcholový management, ale přijímají je za své i všichni zaměstnanci této nemocnice. Každý odpovídá za kvalitu své práce a vše provádí v souladu s vnitřními i vnějšími právními předpisy. Vedení všech oddělení aktivně projevuje zájem o hospodárnost nemocnice a svým řízením se snaží maximálně zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči.

Role manažera střední linie v oblasti řízení chodu nemocnice je proto velmi nelehká pozice. Vrchní sestra se zabývá mnoha činnostmi z oblastí ošetrovatelských, personálních, ekonomických, provozních a kontrolních. Současně musí procházet neustálým sebezdokonalováním a vzděláváním. Musí zaštitovat a prezentovat chod oddělení, spolupracovat s managementem vrchní linie, první linie a celým zdravotnickým týmem. Je vedoucím strategického řízení a musí neustále zlepšovat chod příslušné stanice. Jako manažerka současnosti si musí počínat vždy s nadhledem a potřebným sebevědomím.

Práce vrchní sestry na plicním oddělení je zrovna tak komplikovaná jako na jiných odděleních této nemocnice. Výjimkou zde je však vysoký zájem managementu o řešení problémů. Vrchní sestra zde neplní jen zadané úkoly, ale má ambice o kvalitní provoz oddělení. Vzniklé spory a nedostatky nejsou přehlíženy, ale aktivně vyhledávány a řešeny. Svým lidským přístupem a vysokou mírou empatie je tak zajištěno příjemné prostředí pro personál a zejména pak pro pacienty přicházející na toto oddělení.

Využití managementu v roli vrchní sestry na plicním oddělení v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. je naplněno. Vrchní sestra svým řízením v daném rozsahu splňuje všechny cíle a vize této nemocnice, zároveň jim dává nový obsah a smysl. Umí rozpoznat příležitost a uplatnit všechny prvky řízení. Má vlastnosti moudré sestry a sílu vůdce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARMSTRONG, Michael, 2007. *Řízení lidských zdrojů*. Praha. Grada. 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
- [2] BĚLOHLÁVEK, František, 2003. *Desatero manažera*. Brno: Computer Press. 90 s. ISBN 80-7226-873-2.
- [3] BĚLOHLÁVEK, František, 2008. *Jak vést svůj tým*. Praha: Grada. 141 s. ISBN 978-80-247-1975-7.
- [4] BĚLOHLÁVEK, František a Pavol KOŠŤAN, 2006. *Management*. Brno: Computer Press. 724 s. ISBN 80-281-0396-X.
- [5] CEJTHAMR, Václav a Jiří DĚDINA, 2010. *Management a organizační chování*. Vyd. 2. Praha: Grada. 341 s. ISBN 978-80-247-3348-7.
- [6] DĚDINA, Jiří a Jiří Odcházal, 2007. *Management a moderní organizování firmy*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-2149-1.
- [7] GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press. 392 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [8] HOSPODÁŘOVÁ, Ivana, 2008. *Kreativní management v praxi*. Praha: Grada. 129 s. ISBN 978-80-247-1737-1.
- [9] KILÍKOVÁ, Mária a Viera JAKUŠOVÁ, 2010. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 148 s. ISBN 978-80-8063-290-8.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
- [11] PLAMÍNEK, Jiří, 2005. *Vedení lidí, týmu a firem: Praktický atlas managementu*. Praha: Grada. 180 s. ISBN 80-247-1092-7.
- [12] PORVAZNÍK, Ján a Janka LADOVÁ, 2010. *Celostní management*. Vyd. 4. Bratislava: Iris. 490 s. ISBN 978-80-89256-48-8.
- [13] SOUČEK, Zdeněk a Jan BURIAN, 2006. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing. 195 s. ISBN 80-86946-18-5.
- [14] ŠATERA, Karel, 2010. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Brno: Tribun EU. 115 s. ISBN 978-80-7318-971-6.

- [15] ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- [16] ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 196 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- [17] ŠMÍDA, Filip, 2007. *Zavádění a rozvoj procesního řízení ve firmě*. Praha: Grada. 293 s. ISBN 978-80-247-1679-4.
- [18] VAŠTÍKOVÁ, Miroslava, 2008. *Marketing služeb: efektivně a moderně*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2721-9.
- [19] VEBER, Jaromír, 2009. *Management*. Vyd. 2. Praha: Management Press. 734 s. ISBN 978-80-7261-200-0.

Internetové zdroje:

- [20] ČESKO, 2004. Vyhláška MZČR, kterou stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Zákon č. 96/2004 Sb. [online]. Praha: [cit. 2012-02-04]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/priznavani-odborne-a-specializovane-zpusobilosti-podle-zakona-c96/2004-sb-_2419_3.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|-------|--|
| BOZP | bezpečnost a ochrana zdraví při práci |
| ČR | Česká republika |
| KIS | klinický informační systém |
| KNTB | Krajská nemocnice T. Bati, a.s. |
| MZ ČR | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| TBC | tuberkulóza |
| THP | technickohospodářský pracovník |
| VZP | Všeobecná zdravotní pojišťovna |
| ZPBD | zdravotnický pracovník pracující bez odborného dohledu |
| ZPOD | zdravotnický pracovník pracující pod odborným dohledem |
| ZUM | zvlášť účtovatelný materiál |
| ZULP | zvlášť účtovatelné léčivé přípravky |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--|-----|
| Obr. 1 SWOT analýza (Wikipedie, © 2012) | 46 |
| Obr. 2 Krajská nemocnice T. Bati, a.s. (interní materiály)..... | 50 |
| Obr. 3 Plicní oddělení KNTB, a.s. (vlastní zpracování) | 54 |
| Obr. 4 Bronchoskopický sál (vlastní zpracování)..... | 56 |
| Obr. 5 Spánková laboratoř (vlastní zpracování) | 57 |
| Obr. 6 Dílčí části cyklu projektu (univerzitní materiály, © 2011)..... | 63 |
| Obr. 7 Průběh projektu (univerzitní materiály, © 2011) | 64 |
| Obr. 8 SWOT analýza plicního oddělení (vlastní zpracování)..... | 90 |
| Obr. 9 Umístění plicního oddělení (vlastní zpracování)..... | 93 |
| Obr. 10 Chodba lůžkové části plicního oddělení (vlastní zpracování) | 94 |
| Obr. 11 Rollbord pro přesun pacienta (interní materiály) | 96 |
| Obr. 12 Elektronický zvedák (interní materiály) | 96 |
| Obr. 13 Místnost pro zesnulé na plicním oddělení (vlastní zpracování) | 99 |
| Obr. 14 Návrh na umístění dezinfekce na pokojích pacientů (vlastní zpracování) | 101 |
| Obr. 15 Návrh boxu na ochranné pomůcky u vstupu do pokoje (vlastní zpracování) | 102 |
| Obr. 16 Tabletový systém podávání stravy (vlastní zpracování)..... | 103 |
| Obr. 17 Vhodné rozmístění lůžek na nemocničním pokoji (vlastní zpracování) | 104 |
| Obr. 18 Vůz na léky na plicním oddělení (vlastní zpracování) | 110 |
| Obr. 19 Návrh nového vozu na léky (vlastní zpracování) | 110 |
| Obr. 20 Box s pomůckami umístěný přímo na pokoji pacienta (vlastní zpracování)..... | 111 |
| Obr. 21 Skříň s pomůckami (vlastní zpracování) | 112 |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tab. 1 Schéma lůžkového oddělení (interní materiály)..... | 58 |
| Tab. 2 Schéma ambulantní péče plicního oddělení (interní materiály) | 59 |
| Tab. 3 Schéma stacionáře na plicním oddělení (interní materiály) | 60 |
| Tab. 4 Obložnost plicních oddělení ČR (interní materiály)..... | 61 |
| Tab. 5 Definice projektu (vlastní zpracování) | 62 |
| Tab. 6 Počet pracovníků plicního oddělení (vlastní zpracování)..... | 78 |
| Tab. 7 Plán a plnění personálního obsazení (vlastní zpracování)..... | 79 |

SEZNAM PŘÍLOH

- P I: Harmonogram práce sestry – denní směna
- P II: Harmonogram práce sestry – noční směna
- P III: Postupy při manipulaci s imobilními klienty

PŘÍLOHA P I: HARMONOGRAM PRÁCE SESTRY – DENNÍ SMĚNA

| |
|---|
| PRACOVÍŠTĚ: PLICNÍ ODDĚLENÍ, lůžková část, 20. pavilon |
| DVOUSMĚNNÝ PROVOZ |
| DENNÍ SMĚNA: 6.00 – 18.00 |
| SYSTÉM PRÁCE: skupinová péče |
| HARMONOGRAM PRÁCE SESTER – DENNÍ SMĚNA |

| ČAS (od – do) | NÁPLŇ PRÁCE |
|----------------------|--|
| 5.50 – 6.05 | hlášení sester – převzetí služby a opiátů, ústní i písemnou formou |
| 6.05 – 6.30 | měření ranní teploty všem pacientům |
| 6.30 – 7.30 | ranní hygiena pacientů úprava lůžek výměna osobního i ložního prádla pacientů dle potřeby |
| 7.30 – 8.00 | péče o pacienta s drénem péče o permanentní močový katétr péče o i.v. vstupy pacientů péče o dekubity a kožní defekty |
| 8.00 – 8.15 | odběry biologického materiálu – zejména sputum |
| 8.15 – 8.45 | příprava a podání inhalačních roztoků příprava a aplikace inzulínu podávání snídaně, dohled nad jídlem, krmení imobilních pacientů |
| 8.45 – 9.15 | Příprava a podávání ranních léků per os, kontrola jejich užití příprava a aplikace injekcí a infuzí příprava a podání antibiotik |
| 9.15 – 10.00 | lékařská vizita |

| | |
|---------------|--|
| | <p>asistence u vizity</p> <p>plnění ordinací od vizity</p> |
| 10.00 – 11.00 | <p>zajištění vyšetření pacientů</p> <p>příjem, překládání a propouštění pacientů, administrativní činnost</p> <p>polohování pacientů</p> |
| 11.00 – 11.30 | <p>odběr polední glykémie</p> <p>měření poledních teplot</p> <p>příprava a podávání inhalačních roztoků</p> |
| 11.30 – 12.00 | <p>příprava a aplikace inzulínu</p> <p>podávání oběda, dohled nad jídlem, krmení imobilních pacientů</p> |
| 12.00 – 13.30 | <p>příprava a podávání léků per os, kontrola jejich užití</p> <p>příprava a aplikace injekcí a infuzí</p> <p>příprava a aplikace antibiotik</p> <p>polední pauza personálu při zajištěném chodu oddělení</p> |
| 13.30 – 14.30 | <p>polohování pacientů</p> <p>administrativní činnost</p> <p>práce se sesterskou dokumentací</p> |
| 14.30 – 15.30 | <p>příprava pacientů k vyšetřením na další den</p> <p>edukace pacientů a členů rodiny</p> |
| 15.30 – 16.15 | <p>večerní měření teplot</p> <p>odběr večerní glykémie</p> <p>příprava a podání inhalačních roztoků</p> |
| 16.15 – 17.00 | <p>příprava a aplikace inzulínu</p> <p>podávání večeře, dohled nad stravou, krmení imobilních pacientů</p> |
| 17.00 – 17.45 | <p>příprava a podávání léků per os, kontrola jejich užití</p> |
| 17.45 – 18.00 | <p>hlášení sester – předání služby a opiátů ústní i písemnou formou</p> |

Průběžně:

Během celého dne a vždy dle potřeby provádí sestra polohování pacientů, zajišťuje jejich hydrataci, zapisuje bilanci tekutin, provádí administrativní práce a plní úkoly zadané lékařem.

| | | |
|-----------------------|--|---------|
| DATUM: 13. 4. 2012 | VYPRACOVALA: Bc. Lenka Vaculíková vrchní sestra Eva Sedláčková | PODPIS: |
|-----------------------|--|---------|

| Jméno | Datum, Podpis |
|--|---------------|
| Prohlašuji, že s harmonogramem práce jsem byl/a řádně seznámen/a | |
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |
| 5. | |

PŘÍLOHA P II: HARMONOGRAM PRÁCE SESTRY – NOČNÍ SMĚNA

| |
|---|
| PRACOVISTĚ: PLICNÍ ODDĚLENÍ, lůžková část, 20. pavilon |
| DVOUSMĚNNÝ PROVOZ |
| DENNÍ SMĚNA: 18.00 – 6.00 |
| SYSTÉM PRÁCE: skupinová péče |
| HARMONOGRAM PRÁCE SESTER – NOČNÍ SMĚNA |

| ČAS (od – do) | NÁPLŇ PRÁCE |
|----------------------|---|
| 17.45 – 18.00 | hlášení sester – převzetí služby a opiátů, ústní i písemnou formou |
| 18.00 – 18.30 | příprava a aplikace injekcí a infuzí příprava a aplikace antibiotik kontrola fyziologických funkcí |
| 18.30 – 19.30 | plnění ordinací od večerní vizity |
| 19.30 – 21.00 | večerní úprava lůžek výměna osobního i ložního prádla pacientů dle potřeby příprava pacientů na spánek polohování pacientů |
| 21.00 – 21.30 | uzamknutí oddělení kontrola jednotlivých místností |
| 21.30 – 24.00 | administrativní činnost příprava odběrů biologického materiálu na další den vyplňování žádanek zakládání výsledků vypisování ošetřovatelské dokumentace |

| | |
|-------------|--|
| 0.00 – 0.30 | ukončení bilancí tekutin ukončení sběru moče za 24 hodin |
| 0.30 – 5.00 | plnění úkolů dle týdenního harmonogramu úklid sesterny a přípravy doplnění zásob materiálu dezinfekce ploch polohování pacientů podávání antibiotik dle ordinace lékaře |
| 5.00 – 5.50 | odemknutí oddělení odběry biologického materiálu odběr glykemie |
| 5.50 – 6.05 | hlášení sester – předání služby a opiátů ústní i písemnou formou |

Průběžně:

Během celého dne a vždy dle potřeby provádí sestra polohování pacientů, zajišťuje jejich hydrataci, zapisuje bilanci tekutin, provádí administrativní práce a plní úkoly zadané lékařem.

| | | |
|-----------------------|--|---------|
| DATUM: 13. 4. 2012 | VYPRACOVALA: Bc. Lenka Vaculíková vrchní sestra Eva Sedláčková | PODPIS: |
|-----------------------|--|---------|

| Jméno | Datum, Podpis |
|--|---------------|
| Prohlašuji, že s harmonogramem práce jsem byl/a řádně seznámen/a | |
| 1. | |
| 2. | |

PŘÍLOHA P III: POSTUPY PŘI MANIPULACI S IMOBILNÍMI KLIENTY

Vhodné postupy manipulace s imobilními pacienty

Manipulace s pacienty se týká zvedání, pokládání, držení nebo posunování pacientů. Metody manipulace s pacientem lze rozdělit na tři kategorie:

1. Metody ručního přesouvání

Jsou prováděny jedním nebo více ošetřovateli za pomoci síly jejich vlastních svalů a dle možnosti i za pomoci zbytkové pohybové kapacity příslušného pacienta.

2. Metody přesouvání využívající drobných pomůcek k manipulaci s pacientem

Postupy manipulace s pacientem prováděné prostřednictvím specifických pomůcek jako například podložek z látky s nízkým třením, ergonomických pásů, otočných stupátek, hrazdy připevněné nad postelí atd.

3. Metody přesouvání užívající velké pomůcky k manipulaci s pacientem

Tyto postupy manipulace jsou prováděny prostřednictvím elektromechanického zvedacího zařízení.

Základní pravidla pro správné postupy manipulace s pacientem

Jakýkoli druh manipulace, dokonce i při použití pomůcek k manipulaci s pacientem, vyžaduje dodržení několika základních pravidel:

1. V případě potřeby vždy vyhledejte pomoc asistentů

Manipulaci s nepohyblivými pacienty musí provádět několik sester (nejméně dvě), a je-li to nezbytné, použijí při tom podložku nataženou pod pacientem, anebo ještě lépe, použijí specifické pomůcky, jako jsou kluzné podložky.

2. Před započítím jakéhokoliv druhu manipulační činnosti musí sestra přistoupit co nejbližší k pacientovi a v případě potřeby může i přikleknout na postel pacienta

Sestra se tak při zvedání nebo přesouvání pacienta nemusí ohýbat nebo natahovat přes postel, a ušetří si tak jinak nevyhnutelnou fyzickou námahu spojenou s ohýbáním zad nebo jejich otáčením.

3. Před zahájením jakékoli manipulace vysvětlíte postup pacientovi a také jej v průběhu provádění této manipulace povzbuzujte k co největší spolupráci

Tento postup je výhodný pro oba, pro pacienta, který bude moci zlepšit svůj svalový pohyb, a rovněž pro sestru, protože pacient, který bude schopen samostatného pohybu, jakkoliv nepatrného, bude pak také schopen provádět některé činnosti sám a v tom případě bude úlohou sestry tento pohyb pouze usměrňovat.

4. Při manipulaci s pacientem dbejte na správné držení těla

Přesněji řečeno ještě předtím, než začne sestra pacienta zvedat nebo přesouvat, měla by zaujmout pozici s nohama mírně rozkročenýma a s jednou nohou mírně vpřed, aby si zajistila širší podpěrnou bázi. Při zvedání pacienta je třeba místo používání svalů horních končetin používat svaly nohou a hýždí, při zvedání pacienta nejprve pokrčit a pak pomalu narovnávat kolena. Páteř by měla být udržována v pozici odpovídající jejímu přirozenému zakřivení a je třeba dbát o to, aby se zabránilo jejímu přetěžování při natahování a ohýbání. Sestra by se měla navíc vždy snažit přesouvat svou hmotnost podle směru pohybu, který vykonává.

5. Při manipulaci pacienta správně uchopte

Nikdy nadržte pacienta pouze prsty, nýbrž vždy celou rukou a zkuste zjistit, které oblasti umožňují bezpečný úchop. Uchopte pacienta kolem pánevní oblasti, pasu, lopatek, a nikdy jej nadržte za jeho ruce či nohy. Někdy je potřeba, aby sestra při manipulaci uchopila pacienta za kalhoty pyžama nebo při tom ještě lépe použila specifické pomůcky, jako jsou pásy s úchyty.

6. Noste vhodnou obuv a oděv

Je důležité používat pevnou obuv, proto se nedoporučují boty na vysokém podpatku, dřeváky ani pantofle. Oděv by neměl bránit pohybům sestry.

Prevencí zátěže spojené s nepřetržitým provozem je kvalitní využití volného času. Zdravotnický pracovník si musí najít chvíli na své hýčkání, musí si svůj volný čas dobře naplánovat a umět rozložit mezi své mimopracovní povinnosti a relaxaci. Relaxace a schopnost uvolnit se a odreagovat je v tomto případě velmi důležitá. Tyto chvíle mohou být tráveny jak aktivním tak pasivním odpočinkem. Je dobré najít si činnost, která nás opravdu baví a při které se cítíme dobře. Samozřejmostí jsou masáže a jiné terapie, které uvolní tělo i duši.