

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2012

Bc. Hana Flanderová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Vliv středního ošetrovatelského managementu na
kvalitu ošetrovatelské péče**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Hana Flanderová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 21.5. 2012

Abstrakt

Sledování kvality poskytovaných služeb se v dnešní době týká všech oborů. Stejně tak je tomu i v ošetrovatelství, proto je diplomová práce zaměřena na vliv středního ošetrovatelského managementu na kvalitu ošetrovatelské péče.

Teoretická část je zaměřena na vrchní sestry, na jejich preferované vlastnosti, schopnosti, kompetence, styly vedení a na způsob realizace změn. Součástí teoretické části je i popis kvality ošetrovatelské péče a některé způsoby, jak jí dosáhnout.

Praktická část je zaměřena na vliv vrchních sester na kvalitu ošetrovatelské péče. Ke zpracování diplomové práce byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního šetření. Náš průzkum probíhal v jihočeských nemocnicích a respondenty byly vrchní sestry. V průběhu dotazníkového šetření a rozhovorů se nám podařilo dosáhnout všech námi předem stanovených cílů. Pomocí rozhovorů se nám podařilo odpovědět na stanovené výzkumné otázky. Na základě analýzy výsledků našeho šetření jsme identifikovali některé problémy, které jsme doporučili dále řešit.

Zjistili jsme, že všechny dotazované vrchní sestry disponují odbornými znalostmi v oblasti ošetrovatelského managementu. Identifikovali jsme způsoby zavádění změn zvyšujících kvalitu ošetrovatelské péče do praxe. Vrchní sestry uvedly, že sestry tyto změny přijímají po předložení odborných argumentů a že top management vrchní sestry při zavádění změn vede a podporuje.

Námi oslovené vrchní sestry se domnívají, že prosazení změn zvyšujících kvalitu ošetrovatelské péče pomůže k zvýšení prestiže ošetrovatelství a podpoří samostatnost oboru. Na základě vyhodnocení výsledků šetření jsme identifikovali jako nejčastější problém při realizaci změn neochotu sester učit se nové věci.

Výsledky této diplomové práce by mohly být použity jako součást výuky manažerských předmětů v ošetrovatelství, nebo by mohly pomoci vrchním sestřám v praxi při realizaci změn. Výstupem diplomové práce je seznam motivačních činností, který je možno použít v praxi ke zvýšení iniciativy zdravotnického týmu.

Abstract

In the present day the quality monitoring of the provided services is concerned all fields. The same is true in nursing, so the thesis is focused on the influence of the middle nursing management on the nursing care quality.

The theoretical part focuses on head nurses, their preferred characteristics, skills, competencies, leadership styles and the way of implementing changes. The component of the theoretical part is also a description of the nursing care quality, and some ways how to achieve it.

The practical part focuses on the influence of head nurses on the nursing care quality. For the processing the thesis has been used the combination of both qualitative and quantitative surveys. Our inquiry was conducted in the South-Bohemian hospitals and head nurses were the respondents. During the questioning survey and interviews we have managed to achieve all our pre-defined targets. Through the interviews we have managed to answer all given research questions. Based on the analysis of our survey results we have identified some of the issues, which were further recommended to solve.

We found that all interviewed head nurses have the professional knowledge of the nursing management field. We identified ways of implementing changes to enhance the nursing care quality in practice. The head nurses stated, that nurses accept these changes after a presentation of professional arguments, and that the head nurses are led and supported during the introduction of the changes by top management.

The head nurses, interviewed by us, believe that the adoption of changes to enhance the nursing care quality will help to increase the prestige of nursing and support the independence of this field. Based on the evaluation results of the survey we have identified the reluctance of nurses to learn new things as the most common problem in the implementation of changes.

The results of this thesis could be used as the part of management training courses in nursing, or could help to head nurses in the implementation of changes in practice. The output of the thesis is a list of motivational activities, which can be used to increase an initiative of the medical team in practice.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 21.5. 2012

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování:

Chtěla bych zde poděkovat PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a trpělivost při vedení této práce.

Obsah

1 Současný stav	4
1.1 Moderní management ošetrovatelství.....	4
1.1.1 Manažer v ošetrovatelství.....	6
1.1.2 Vlastnosti a schopnosti manažera v ošetrovatelství.....	6
1.1.3 Nároky na sestru manažerku	8
1.1.4 Role managementu.....	9
1.2 Manažer střední úrovně – vrchní sestra	11
1.2.1 Kompetence vrchních sester.....	12
1.3 Vedení lidí.....	13
1.3.1 Styly vedení.....	14
1.3.2 Motivace ošetrovatelského personálu	16
1.3.3 Kontrola a hodnocení.....	17
1.4 Kvalita zdravotnické péče.....	18
1.4.1 Dimenze kvality.....	19
1.4.2 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče.....	20
1.4.3 Kontinuální zvyšování kvality ošetrovatelské péče.....	21
1.4.4 Standard.....	24
1.4.5 Audit.....	25
1.5 Zavádění změn v ošetrovatelství.....	25
1.5.1 Reakce na změnu	27
2 Cíle práce a hypotézy	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Hypotézy	29
2.3 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika	31
3.1 Metodika práce.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	32
4 Výsledky	33
4.1 Kvantitativní šetření	33

4.2 Kvalitativní šetření	54
4.3 Výsledky rozhovorů.....	60
4.4 Myšlenková mapa zavádění změn.....	63
4.5 Myšlenková mapa překonání překážek.....	65
5 Diskuze.....	67
6 Závěr	77
7 Klíčová slova	79
8 Seznam použitých zdrojů	80
9 Seznam příloh	86

Motto:

„Šéf musí umět až do konce své kariéry překvapovat. Nikoliv triky a důvtipem, ale užitečnými dary, které čas od času z jeho duševního majetku vycházejí najevo.“

(Edgar Schumacher)

Úvod

Proč jsme si pro zpracování diplomové práce zvolili téma kvality ošetrovatelské péče? Protože jen když bude pacientům poskytována kvalitní ošetrovatelská péče, budou spokojeni. A spokojený pacient pomáhá zvýšit prestiž ošetrovatelství, což považujeme za jednu z hnacích sil moderního ošetrovatelství.

Kvalita ošetrovatelské péče je v dnešní době skloňována téměř ve všech pádech. Kvalita ošetrovatelské péče je měřena, sledována, hodnocena. Sestry pracují v týmu, který vede vrchní sestra, a proto je za kvalitní péči odpovědná právě ona. I když nemá vrchní sestra možnost přímé péče o pacienta, je tou, která má rozhodující vliv na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Záleží na její schopnosti vést kvalitně svůj tým. Tento úkol vrchních sester je velmi náročný. Musí dokázat skloubit dva velmi nesourodé požadavky. Poskytovat co nejkvalitnější ošetrovatelskou péči a to za co možná nejnižší náklady.

V diplomové práci jsme se snažili zjistit, jak vrchní sestry postupují při zavádění změn do praxe, s jakými překážkami se při této činnosti setkávají a jak je překonávají. Zaměřili jsme se také na to, jaký má vrchní sestra vliv na kvalitu přímé péče o pacienta a jak ovlivní zavádění změn zvyšujících kvalitu ošetrovatelské péče prestiž ošetrovatelského povolání.

Vrchní sestry mají v náplni práce sledování a udržování kvalitní ošetrovatelské péče a je otázkou, za jakých podmínek a jakým způsobem to mohou dělat. Sledují postupy v průběhu odborných výkonů, dokumentaci, komunikaci a přístup sester k pacientům. Je tedy otázkou, zda kvalita ošetrovatelské péče je udržována vybavením, úrovní personálu, jeho vzděláním nebo přímou kontrolou péče poskytované u lůžka.

1 Současný stav

Disciplína ošetrovatelství se v současné době nachází v období velkého rozvoje. Spojením managementu a ošetrovatelství vzniká nová disciplína, a tou je ošetrovatelský management. Management i ošetrovatelství jsou mladé dynamicky se rozvíjející disciplíny. Vzájemně se doplňují (bez efektivního řízení nelze poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči).

Management v ošetrovatelství je charakterizován jako soubor postupů, metod, zkušeností, které používají sestry, které pracují jako manažerky, aby vytvořily optimální podmínky pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Jen dobrý manažer dokáže svůj tým vést tak, aby dokázal skloubit dva tolik protichůdné cíle ošetrovatelského managementu, a to poskytovat co nejkvalitnější ošetrovatelskou péči s co možná nejnižšími náklady (9,12).

1.1 Moderní management ošetrovatelství

Podle současných trendů aplikuje ošetrovatelský management do procesu řízení poznatky i z jiných věd, jako jsou například statistika, informatika nebo analýza, mimo jiné je také podporováno uplatnění interdisciplinárního přístupu. Hlavním úkolem moderního managementu je podle Světové zdravotnické organizace (WHO) poskytování nových, lepších ošetrovatelských služeb prostřednictvím efektivního řízení ošetrovatelství na profesionální úrovni.

Ošetrovatelský management je ovlivňován tzv. univerzálními faktory, mezi které patří nedostatek moci, který mají v rukou manažeři ošetrovatelství v porovnání s lékaři. Manažeři ošetrovatelství mají oproti lékařům recesivní postavení a nemohou rovnocenně rozhodovat na jednotlivých stupních řízení. Vrchní sestra je vedoucí sester na daném oddělení, stejně jako je primář vedoucí lékařů na stejném oddělení, mají tedy stejné manažerské postavení, ale primář je stále považován za nadřízeného vrchní sestře. Je tedy v rukou vedení nemocnice, aby vytvořilo podmínky pro rovnocenné postavení těchto manažerů. Další z těchto faktorů je postavení žen. Manažeři ošetrovatelství jsou z 90 % ženy, mají nízké platy, horší pracovní podmínky, často jsou diskriminovány ze strany vedení, které má hlavně mužské složení. Dominantní medicína je dalším faktorem, který negativně ovlivňuje rozvoj ošetrovatelského managementu. Neplatí to však striktně, jsou i lékaři, kteří považují sestry ze své

partnery, bez jejichž pomoci by nemohli svoji práci vykonávat. Lékaře není možné v tomto pohledu dělit na mladé a staré a přiřadit jim určitý postoj k sestřám a hodnotě ošetrovatelství. Je mnoho mladých lékařů, kteří mají pocit, že lékař ví a zná všechno nejlépe, ale postupem času dospějí k jinému názoru. Jsou ale takoví, kteří ani po letech praxe názor nezmění. Výsledky šetření ukazují, že původ jejich chování je dán hlavně výchovou a osobností jedince. A právě takoví lékaři brání rozvoji sesterské profese a zkvalitnění péče o pacienty (41).

I když je sestra v pozici manažerky, je v každém evropském zdravotnickém systému považována pouze za pomocnici, která plní příkazy lékaře. Ekonomickým faktorem se rozumí, že zdravotnické pojišťovny neposkytují platbu za výkony, které provádí sestra, což je považováno za důvod neadekvátního poskytování služeb (9).

Dalším, faktorem, který ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče je počet sester a jejich vzdělání. Ošetrovatelský management se potýká s nedostatkem sester, a to hlavně z důvodu jejich nedocení, jak finančního tak morálního. Dalším prvkem, od kterého se odvíjí kvalita ošetrovatelské péče je nejen počet sester, ale počet pomocného ošetrovatelského personálu. Respektive jejich poměr. Jsou zdravotnická zařízení, kde by bylo možné snížit náklady a zvýšit kvalitu péče zvýšením počtu těchto pracovníků. Věda a výzkum v ošetrovatelství poskytují mnoho výsledků, které jsou určeny pro zkvalitnění ošetrovatelské praxe, avšak nepružný ošetrovatelský management těchto poznatků nevyužívá. Je proto potřeba, aby v pozici top managementu byli lidé, kteří jsou s touto skutečností seznámeni a budou se jí snažit změnit. Zpřístupnění výsledků výzkumů, EBN a zahraničních databází, zaškolení práce s nimi a možnosti jejich využití, by mělo být cílem každého top managementu zdravotnických zařízení.

Moderním prvkem, který je možné v ošetrovatelství využít, jsou informační systémy. Mohou se použít v účtování, v dlouhodobém plánování financování, pro získávání a třídění informací, při tvorbě standardizovaných plánů péče. Je pravdou, že rozvoj informačních technologií umožňuje v některých oblastech usnadnění práce, ale má za následek také zkrácení času stráveného s pacienty.

Poslední uváděné, ale neméně důležité je vzdělání sester v oblasti managementu. Budoucnost ošetrovatelství je v rukou vzdělaných sester a budoucích studentů ošetrovatelství a managementu (9).

1.1.1 Manažer v ošetrovatelství

V současné literatuře existuje mnoho definic, kterými je charakterizován manažer v ošetrovatelství. Některé uvádí, že manažerem je každá sestra, která plánuje, realizuje a hodnotí péči o pacienta, jeho rodinu nebo komunitu. Jiné vidí jako základ anglické slovo „to manage“ – které v překladu znamená řídit, vést, mít vedoucí funkci, ovládat. Manažeři jsou do svých funkcí jmenováni, voleni, nebo vybráni konkurzem. Při výkonu řídicích funkcí respektuje manažer požadavky vyplývající z tzv. analýzy „4E“. Tato analýza zahrnuje účelnost (*effectiveness*) znamená děláni správných věcí. Dále účinnost (*efficiency*) nebo-li provádění věcí správným způsobem, patří sem i hospodárnost (*economy*), které znamená děláni věcí s minimálními náklady a jako poslední z „4E“ je to odpovědnost (*equity*), děláni věcí spravedlivě a podle práva.

Manažer odpovídá za dosažení cílů organizace, přebírá odpovědnost za práci jiných, vydává nařízení a vyžaduje jeho realizaci. Komunikuje se sestrami, přijímá výsledky výzkumu, šíří teoretické a praktické dovednosti. Ostatním sestram poskytuje radu a pomoc a udržuje hlavní orientaci ošetrovatelství na péče o lidi. Je za potřebí spojení logického myšlení, vědecky dokázané zákonitosti, teorie managementu a zkušenosti úspěšného manažera k výraznému zvýšení efektivity práce manažera organizace (9,12,15).

1.1.2 Vlastnosti a schopnosti manažera v ošetrovatelství

Vrchní sestry jsou manažery, vedou tým, plánují organizují péči o pacienty, vyhodnocují její kvalitu. Jejich role je jistě velmi náročná. K tomu, aby toto své velmi náročné povolání byly schopny zvládnout, jim jistě pomáhají určité vlastnosti a schopnosti.

Každá role, nejinak je tomu i v managementu, vyžaduje určité znalosti, dovednosti, schopnosti a osobnostní rysy. Proto se stali mnozí manažeři předmětem zkoumání, za účelem identifikace vlastností úspěšného manažera. Existuje několik typů dělení vlastností manažerů. Dělení vlastností může být na vlastnosti vrozené a vlastnosti získané. Mezi vrozené vlastnosti manažera patří potřeba řídit, kdy ten co řídí, cítí uspokojení z řídicí činnosti. Další vlastností je schopnost empatie, neboli cit a pochopení pro spolupracovníky. Znaky povahy, které určují chování a reakci člověka na

vnější podněty, jinými slovy také vhodný temperament je další vrozenou vlastností, kterou by měl manažer mít. Mezi vrozené vlastnosti samozřejmě patří také potřeba moci a inteligence. Je velmi důležité, aby ten kdo chce někoho vést, byl schopný chápat a samostatně myslet. Jestliže jsme doposud uváděli vrozené vlastnosti, nyní se zaměříme na vlastnosti získané. Do této oblasti lze zahrnout odbornou znalost problematiky, dále pak znalost metod řízení, znalosti v ekonomické oblasti, sociálně-psychologické znalosti a dobrou duševní a tělesnou kondici (3,5,9).

Literatura také uvádí dělení dle Sedláka na odborné, interpersonální, koncepční, diagnostické a analytické. Mezi odborné schopnosti řadíme sběr dat, analýzu a interpretaci, schopnost identifikovat problém a navrhnout řešení, vhodně formulovat pojmy, rozlišovat rozdíly a identifikovat podobnosti, předpovídat výsledky a uplatnit logiku. Tyto schopnosti umožňují sestře manažerce vykonávat specializované aktivity, zaručují, že včas rozpozná hrozící riziko, zvládne si naplánovat vlastní pracovní čas, dokáže efektivně plánovat, rozhodovat o rozdělování finančních zdrojů a kontroly nad nimi.

Mezi interpersonální schopnosti lze zahrnout aktivní naslouchání, citlivost k jinému názoru než je náš vlastní, schopnost zachovat sebeúctu u ostatních a podporovat efektivní vztahy, schopnost komunikovat, interpretovat a objasnit informace. Tyto schopnosti může sestra manažerka použít při vedení porad, účasti na schůzích nebo například při přijímání nových zaměstnanců. Schopnosti může manažerka použít také při vytváření pozitivních vztahů s jinými organizacemi, při řešení konfliktů mezi zaměstnanci. Sestra manažerka by měla umět komunikovat s ostatními lidmi, protože to jí pomáhá při motivaci ostatních (3,5,9).

Mezi koncepční schopnosti patří schopnost vyjednávat, zprostředkovat, přesvědčit, participovat v koalici, vytvářet síť. Koncepční schopnosti jsou základem pro změnu ve způsobu poskytování péče. Aby péče o pacienta byla kvalitní, vyžaduje, aby se dále vyvíjela, procházela změnami. Vrchní sestry by proto měli umět tyto schopnosti uplatnit a to především v zájmu pacienta.

Diagnostické schopnosti může sestra manažerka uplatnit např. při zjišťování problémů. Jako příklad lze použít zvýšenou fluktuaci sester na určitém oddělení, diagnostické schopnosti pomohou sestře manažerce odhalit příčinu fluktuace, nebo jiných příznaků, které by mohly ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče (3,5,9).

Analytické schopnosti jsou doplňkem ke schopnostem diagnostickým. Tyto schopnosti umožní sestře manažerce určit klíčové faktory, vidět je ve vzájemných souvislostech a umět se rozhodnout, kterému problému věnovat největší pozornost.

Dále je také důležitý osobní profil sestry manažerky. Odborníci se shodují na tom, že sestra manažer by měla být vysoce odborně erudovaná, předvídativá a inteligentní. Dále pak spolehlivá, zodpovědná, spravedlivá, samostatná, kreativní, otevřená novým poznatkům a v neposlední řadě i ochotná se dále vzdělávat. Ze sociálních schopností by měla zvládat komunikaci, sestavovat a řídit týmy a také spolupracovat. Dále by pak měla být čestná, pozorná vůči ostatním lidem, skromná, odborně vyspělá, všeobecně vzdělaná a mít přirozený talent pro řízení lidí (9,12).

1.1.3 Nároky na sestru manažerku

Nároky na sestru manažerku se zvyšují, ale zvyšuje se i její postavení v multidisciplinárním týmu. Nároky na sestru jsou kladeny z mnoha stran. Aby vrchní sestra svoji funkci efektivně zvládala musí tyto nároky splňovat.

Nadřízení mají na vrchní sestru určité nároky, které musí splňovat, jinak je ohrožena určitým typem sankce. Tyto činnosti jsou např. finanční analýza překročení limitu dezinfekčních roztoků, léků, spotřeby zdravotnického materiálu atd. Porovnání nákladnosti a ekonomické rentability oddělení. V dnešním systému financování nemocnic je nepřípustné, aby byly uvedené manažerské činnosti podceňovány, neboť opakované chyby manažerské zodpovědnosti a nerespektování nároků nadřízeného může vést porušení vnitřních předpisů. Jestliže vrchní sestra není schopna vykonávat zadané úkoly spolehlivě, může toto vést ke změně pracovního zařazení. Top management vyžaduje, aby vrchní sestra zajišťovala kvalitní péči o pacienty. Vedení nemocnice velmi často tento fakt zakotví již v náplni práce vrchních sester. Vrchní sestry jsou součástí týmu pro tvorbu standardů, hodnotí kvalitu péče o pacienty nebo jsou členkami auditorského týmu. Top management od vrchních sester vyžaduje kvalitní péči o pacienty, ale zda mají vrchní sestry ve vedení podporu při své náročné práci, na to se snažíme nalézt odpověď ve druhé části práce (9,12).

Nároky ze strany stejně postavených spolupracovníků znamenají žádosti o poskytnutí rady, služby nebo pomoci ze strany osob, které zastávají stejný stupeň řízení, tedy od jiných vrchních sester. Kontaktů mezi vrchními sestrami dokáže dobrá vedoucí

týmu využít k získávání nových poznatků, pozitivních zkušeností a rad, které mohou být použity ve prospěch pacientů na jejím oddělení. Vrchní sestra se účastní na technickém, materiálním zabezpečení provozu oddělení, kliniky nebo zařízení. Přípravuje hlášení, zprávy o tom, jaký materiál bude potřeba. Situace ve zdravotnictví a nepřiměřené pracovní podmínky nepřímo vyžadují efektivní komunikaci a spolupráci mezi ostatními manažerkami v ošetrovatelství na stejném stupni řízení (9,12).

Nároky ze strany podřízených vyžadují čas, který je potřeba strávit s ostatními členy ošetrovatelského týmu, aby nedošlo k nepochopení nebo k nedorozumění. Vrchní sestra musí mít na paměti, že v současné době nejde o hierarchické začleňování zaměstnanců, ale jejím profesionálním cílem je vytvořit tým. Vrchní sestra by měla být vzorem pro ostatní členy tohoto týmu. Měla by být schopna svým sestrám dokázat, že jen individuální péče o každého pacienta vede k poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Měla by umět svůj tým motivovat a zaujmout. Dále pak vytvářet a upevňovat interpersonální vztahy, které jsou zárukou týmové práce. Vrchní sestra je neustále otevřená a přístupná komunikaci se všemi zaměstnanci, bez ohledu na to, jaké je jejich zařazení či vzdělání. Své podřízené usměrňuje takovým způsobem, který vede ke zkvalitnění jejich práce a vyšší spokojenosti pacientů.

Nároky kladené na vlastní osobu jsou činnosti, které se provádějí vzhledem k osobní kvalitě. Činnosti, které se musí vykonávat, protože jsou od vrchní sestry očekávány. Sestra manažerka je nejnáročnější vůči sobě a až potom vůči ostatním. Ve všech oblastech osobních, odborných a morálních kvalit je příkladem svým podřízeným. Objevují se nové a náročnější úkoly s vývojem pracovní kariéry a díky prostředí, ve kterém působí (9,12).

1.1.4 Role managementu

Moderní řízení ošetrovatelství je velmi složitá činnost, jejíž kvalita závisí na schopnosti sestry. Vedení týmu s cílem poskytnout co nejvyšší kvalitu péče by mělo být prioritou každého manažera v ošetrovatelství, tedy i všech vrchních sester. Vrchní sestra jako vedoucí svého týmu zastává hned několik rolí.

Manažer ošetrovatelství v interpersonální roli vystupuje jako představitel-representant. Přijímá návštěvy, zaškoluje nové zaměstnance, motivuje a hodnotí jejich výkon. Důležitá část této role zahrnuje zastupování svých podřízených. Význam této

role se uplatňuje mimo jiné při ochraně zájmu pracovníků, zahrnující také krizové a hraniční situace na pracovišti.

Manažer ošetrovatelství jako zprostředkovatel navazuje a udržuje kontakty s ostatními manažery na různých úrovních s cílem získávat nové informace. Tato role je spojená s velkým množstvím vztahů, které manažer udržuje i mimo vlastní organizaci.

Manažer ošetrovatelství jako monitor-sledovatel se v informační roli zaměřuje na získávání informací o plánování, realizaci a výsledcích změn. Sleduje stav uvnitř i mimo jím řízené jednotky, aby mohl snáze identifikovat problémy. Nedílnou součástí této funkce je také monitorování podmínek sester a jejich pracovní schopnosti. Dále také navrhuje změny v procesu poskytování ošetrovatelské péče, sleduje, jaký vliv na ošetrovatelství mají nové legislativní normy nebo regulační návrhy. Vrchní sestra v této roli sleduje a vyhodnocuje účinnost sesterských intervencí (9,12).

Manažer jako distributor šíří závěry informace svého sledování a to jak směrem dovnitř - v rámci organizace, tak mimo své zdravotnické zařízení. Poskytuje svým podřízeným informace, které oni nejsou schopni sami získat.

Role manažera jako komunikátora je zaměřená na externí komunikaci. Mimo to, ale zároveň prezentuje názory svých podřízených na poradách a zaručuje zpětný tok informací směrem k podřízeným. Zprostředkuje výsledky ošetrovatelských výzkumů, realizuje publikační činnost, informuje v médiích, přijímá pozvání na odborné konference a akce, kde je vytvořen prostor pro odbornou diskuzi.

Rozhodovací role je velmi často považována za jednu z nejdůležitějších manažerských rolí. Manažer ošetrovatelství jako podnikatel, má kompetence řešit problémy, rozdělovat prostředky. Zdokonaluje činnost řízeného oddělení. Vrchní sestra jako řešitel konfliktů, řeší problémy, které mohou negativně ovlivnit kvalitu ošetrovatelské péče a perspektivu zdravotnického zařízení. Vzniklé problémy se snaží vyřešit rychle, s minimalizací následků.

Jako alokátor zdrojů vystupuje sestra na všech úrovních řízení. Rozdělování zdrojů se liší podle úrovně řízení. Pro manažera tato funkce znamená rozdělování financí na oddělení, materiálu potřebného pro vykonávání určitého výkonu, nebo např. plánování pracovního času.

Jestliže je vrchní sestra v pozici vyjednavče, vystupuje jako zástupce organizace a diskutuje se zástupci ostatních týmů v nemocnici, s reprezentanty firem,

dodavateli, s podřízenými, nadřízenými atd. Velmi důležitou částí této role je řešení interpersonálních konfliktů.

Vrchní sestra v pozici advokátky vystupuje jako ochránkyně práv pacientů. Vrchní sestra sleduje a zajišťuje, aby pacientům nebyla v průběhu hospitalizace upírána jejich práva. Jestliže má pacient nějaký problém, který nedokáže vyřešit ve spolupráci se svojí sestrou, potom má možnost obrátit se na vrchní sestru, která se snaží s jeho pomocí celou situaci vyřešit.

Manažerské role se navzájem prolínají a doplňují a navzájem vytvářejí jeden kompaktní celek (9,12,15).

1.2 Manažer střední úrovně – vrchní sestra

Velké množství zdravotnických zařízení vyžaduje, aby pracovník na pozici vrchní sestry získal osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, měl vysokoškolské či vyšší odborné vzdělání se zaměřením, jež odpovídá příslušné vedoucí funkci nebo specializovanou způsobilost v oboru specializace odpovídající příslušnému funkčnímu místu, 5 let výkonu zdravotnického povolání, z čehož alespoň dva roky v úseku činnosti, v němž má být vedoucí funkce vykonávána.

Vrchní sestra je součástí vedení své kliniky nebo oddělení. Za celkovou činnost ošetrovatelského personálu na oddělení se zodpovídá náměstkovi ošetrovatelské péče nebo řediteli. Vrchní sestra by měla mít velmi kvalitní teoretické znalosti z ošetrovatelství. V porovnání s ostatními pracovníky by měly být tyto znalosti na vyšší úrovni. Znalosti vrchní sestře pomohou při vytváření směrnic, norem a cílů pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Vrchní sestra se také podílí na plánování rozpočtu svého oddělení, na personálním zabezpečení, na odborném růstu pracovníků a hodnocení kvality ošetrovatelské péče. Zastává pozici manažerky ošetrovatelské péče. V jejich kompetencích je i delegování určitých úkolů, či pravomocí na nižší články managementu – staniční nebo úsekové sestry. Dále zodpovídá za vzdělávání podřízených a pomáhá jim přijmout komplexní zodpovědnosti za péči o pacienta (3,5,9,14).

1.2.1 Kompetence vrchních sester

V rámci své pozice vrchní sestry vykonává úkoly, které jsou uvedeny v pracovní náplni. Je však nutno uvést, že pracovní náplň není přesným seznamem činností, ale zaměřuje se na charakteristiku pozice, vymezuje odpovědnost, určuje pravomoci, podřízenost k dalším pracovníkům, ale i obecné povinnosti zaměstnance. Jsou však některé nemocnice, které si samostatně vypracují závazný dokument, ve kterém jsou kompetence vrchních sester přesně uvedeny. Při tvorbě pracovní náplně vrchních sester zařízení vychází ze zákonných norem, a to jsou zákon 105/2011, kterým se mění zákon 96/2004 O nelékařských zdravotnických povoláních a také vyhláška 55/2011 O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (9,47,49,50).

Mezi kompetence vrchní sestry patří hlavně řízení a organizování činností nelékařských zdravotnických pracovníků, dále zodpovídá za jejich rovnoměrné rozdělení mezi jednotlivá pracoviště, dle jejich potřeb. Je odpovědná za personální obsazení jednotlivých služeb. Seznamuje pracovníky s pracovní náplní, se mzdovými, pracovními právními a bezpečnostními předpisy. Koordinuje a schvaluje plán dovolených, měsíční rozpis služeb, ve kterém dbá na dodržování zákoníku práce, zpracovává měsíční výkazy práce a ostatní podklady pro mzdové účely. Provádí hodnocení adaptačního procesu u nových pracovníků na svém oddělení, může pracovat jako mentorka pro studenty na odborné praxi. Každý měsíc svolá staniční sestry na provozní poradu a seznámí je s aktuálními informacemi, které získala od svých nadřízených. Kontroluje využívání a dodržování pracovní doby, provádí namátkové kontroly v denních i nočních hodinách, a o těchto kontrolách vede záznamy. Jedenkrát ročně provádí písemné hodnocení pracovníků. Pro své podřízené organizuje pravidelně semináře, školení, čímž dbá na soustavné vzdělávání sebe a svých spolupracovníků. Je oprávněna některé své kompetence převést dočasně nebo trvale na staniční sestry. V době její nepřítomnosti ji zastupuje tímto pověřená sestra.

Podílí se na zajištění přístrojového a materiálního vybavení oddělení. Ve spolupráci s technikem se podílí na zaškolení nových pracovníků v manipulaci s přístroji. Ve spolupráci se staničními sestrami objednává pomůcky, materiál a vybavení potřebné pro provoz oddělení. Kontroluje hospodaření s opiáty, jedovatými látkami, a provádí jejich pravidelné inventury (8,38,43).

Zodpovídá za poskytování komplexní ošetrovatelské péče, za její odbornou úroveň a kvalitu. Kontroluje zdravotnickou dokumentaci na jednotlivých odděleních. Využívá poznatky z vědy a výzkumu při zavádění změn, které vedou ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Sleduje dodržování léčebného, hygienicko-epidemiologického režimu dále také dodržování předpisů bezpečnosti práce. Vrchní sestra je součástí týmu pro tvorbu standardů ošetrovatelské péče, dále pak je členem auditorského týmu. Zúčastní se sesterských vizit, má možnost se přímo podílet na péči o pacienta, dále se zúčastňuje lékařských porad, pracovních porad, vizit pod vedením primáře oddělení. Sleduje dodržování práv pacientů a spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí.

Kompetence vrchní sestry jsou v každém zdravotnickém zařízení dány. Jak již bylo napsáno vrchní sestry tedy hodnotí každoročně své pracovníky, tvoří standardy, hodnotí kvalitu poskytované péče atd. Jak se získanými výsledky své kontrolní a manažerské činnosti naloží, nikde uvedeno není, záleží to jen na vrchních sestřích jsou-li schopny a jakým způsobem využívají svých kompetencí, aby zkvalitnily péči o pacienty. Na to bychom se chtěli zaměřit v praktické části této práce (45,46,47).

1.3 Vedení lidí

„Vedení je schopnost manažera vést, usměrňovat, stimulovat a motivovat spolupracovníky ke kvalitnímu plnění cílů (9, str. 23)“.

„Vedení znamená přimět lidi, aby dělali to, co chceme, a dělali to rádi (39, str. 264)“.

Podstatou vedení je tedy podle těchto definic vedoucí, který má vliv na chování svých podřízených. Tento vliv lze považovat také za moc. Dle Franche a Ravena rozeznáváme šest druhů moci. Odměňovací, která vychází z přesvědčení lidí, že když se ztotožní s přáním vedoucího, získají za to odměnu. Donucovací vychází z obav z trestu podřízených, jestliže se nepřizpůsobí přáním vedoucího. Legitimní, je spojena se statutem nebo postavením vedoucího v organizaci. Podřízení jsou schopni akceptovat jeho rozhodnutí na základě jeho postavení v organizaci. Odborná, vychází z odborných znalostí manažera, o kterých podřízení vědí, a proto jsou ochotni jeho rozhodnutí přijmout. Informační, kdy má manažer moc jen díky tomu, že disponuje informacemi, ke kterým ostatní nemají přístup. Vztahová, kterou je možné nazývat také kouzlo osobnosti. Takovýto vedoucí ovlivní své podřízené svým kouzlem (39).

„Vedení lidí je základní náplň práce manažerů ošetrovatelství. Sestra manažerka je především vedoucí pracovního týmu. V ošetrovatelské praxi je pojímáno vedení jako usměrňování činností - co se má a co se nemá dělat (9, str. 24)“.

V ošetrovatelství lze rozlišit dva základní typy vedení, kdy jeden je zaměřen na člověka, jako člena ošetrovatelského týmu a druhý na činnosti-úkoly, které člen týmu vykonává. Při vedení orientovaném na člověka, je vrchní sestra orientována na týmovou práci a vytváření dobrých vztahů, zaměřuje se na osobnost pracovníků a na vzájemnou spolupráci. Vrchní sestra je členem kolektivu, kde se snaží o vytvoření tvořivé atmosféry u podřízených. Patří sem i takzvaná týmová orientace, kdy se vedoucí sestra soustředí zejména na spolupráci ve skupině, vzájemnou komunikaci, kreativitu, vytváření prostoru pro participaci sester při rozhodování, budování dobrých mezilidských vztahů, ale také na řešení konfliktních situací v týmu. Toto se děje mimo jiné i prostřednictvím efektivního delegování, díky němuž sestry získávají pocit vlastní významnosti, důležitosti. Jestliže vrchní sestra používá vedení zaměřené na člověka, sestry mají pocit odpovědnosti a snaží se pracovat tak, aby dosáhly cílů organizace, pracují samostatně a snaží se o dosažení dobrých výsledků.

Vedení, které je orientované na splnění činností – výkonů, je takové, kdy je manažer ošetrovatelství orientován na pracovní aktivity a cíle ošetrovatelského týmu. Jsou sestaveny a striktně dodržovány standardy ošetrovatelských výkonů a postupů. Vrchní sestra klade za cíl co nejkvalitnější provádění činností a výkonů. Vrchní sestra, která vede svůj tým k tomu, aby byl orientován na výkon, většinu času tráví administrativní činností, nesnaží se o vytvoření týmového ducha na pracovišti, proto jsou vztahy v kolektivu spíše formální. Je tedy otázka, které z těchto typů vedení je lepší. Výsledky šetření poukazují, že by bylo optimální, když by se při vedení sester prolínaly oba tyto typy (9).

1.3.1 Styly vedení

Při vedení lidí v ošetrovatelství, ale i v jiných profesích lze uplatnit několik stylů vedení. Jaký styl vedení používá vrchní sestra na svém oddělení se často odráží od jejich schopností a vlastností. V této kapitole uvádíme styly vedení lidí, které vrchní sestry mohou používat. Každý z nich má svá pozitiva i negativa. Praxe ukázala, že

nejvhodnější z těchto klasických stylů jsou demokratický, participační nebo normativně – reedukační. Proto je vhodné, když vrchní sestry jednotlivé styly kombinují a snaží se z nich „vytěžit“ co možná nejvíce pro kvalitu péče pacientů a spokojenost zaměstnanců.

Vrchní sestra, která uplatňuje autokratický styl vedení, se sama rozhodne, co a jak se bude dělat. Všechna rozhodnutí vykonává sama. Podřízené motivuje pochvalou, výtkou, odměnou. Jejím záměrem je především úkol, autoritativně využívá svého postavení a osobní moci. Tento styl vedení vytváří v ošetrovatelství nepřiměřené pracovní podmínky, kdy je práce sester vykonávána pod tlakem. Tento styl vedení může u podřízených vyvolat pocit strachu, agresivity. Některé prvky autokratického stylu vedení lze použít, patří mezi ně například pochvala nebo odměna, ale jako celek není v ošetrovatelství příliš vhodný. V kolektivu vládne strach a obavy z možných chyb. Sestry, které pracují pod tímto stylem vedení nemají příliš velkou snahu spolupracovat na společných cílech.

Vrchní sestra, která při vedení rozhoduje až na základě diskuse s ostatními sestrami používá demokratický styl vedení. Tato vedoucí oceňuje a využívá schopností a vlastností sester a kvality podřízených. Motivuje sestry, aby si samy kladly cíle, řídily vlastní činnost, rozvíjely vlastní plány. Zajímá se o jejich problémy a to jak pracovní, ale i osobní, udržuje se sestrami přátelské vztahy. Demokratický manažer využívá své vztahy s lidmi při realizaci změn (9,39).

Participativní styl vedení se stává kompromisem mezi autoritativním a demokratickým stylem. Vrchní sestra předkládá sestram vlastní analýzy problémů a návrhy na postup řešení. Od sester vyžaduje, aby tyto návrhy kritizovaly a eventuelně navrhly vlastní způsob řešení. Jaký způsob řešení zvolí, se rozhodne až po promyšlení připomínek ostatních sester (9,39).

Liberální styl (*laissez-faire*) vedení používá vrchní sestra tehdy, když nechává volný průběh událostí v řízení ošetrovatelství. Vedoucí zanechá personál bez řízení, dohledu a koordinace. Nemá zájem o vzdělávání zaměstnanců, tok financí, spotřebu materiálu. Tento způsob „vedení“ může vyvolat chaos, vzbudit nedůvěru, zklamání a prohloubit nezájem o ošetrovatelství.

Mocensko-nátlakový styl je metodou seshora dolů. Vrchní sestra vydává nařízení a příkazy pro ostatní sestry, které mají za úkol tyto nařízení bez rozmýšlení plnit. Tento styl vedení brání kreativě a iniciativě sester, které jsou nuceny příkazy vykonávat.

Realita je taková, že si sestry příkaz poslechnou, ale nepřijmou ho za vlastní. Sestry takto nařízené činnosti vykonávají s odporem, nebo je-li to možné vůbec. Tento styl vedení může vést k nenávisti manažera.

Další styl vedení, který může vrchní sestra při vedení sester použít je normativně-reedukační. Tento styl je pravým opakem mocenského stylu. Sestra manažerka je přesvědčena, že se sestry musí zapojit do všech procesů, které mají vliv na vyvolání změn v ošetrovatelské praxi. Manažerka předpokládá, že sestry budou lépe přijímat takové změny, které budou vycházet z jejich vlastních hodnot, potřeb a cílů (9,39).

Jeden z moderních a velmi efektivních stylů vedení je styl transformační. Tento styl podporuje týmovou spolupráci a osobní zodpovědnost. Transformační vedení preferuje dlouhodobé cíle a týmovou práci. Motivuje pracovníky k tomu, aby byli oddáni své práci a organizaci nad úroveň běžného očekávání. Vrchní sestry, které používají transformační styl vedení, podporují u svých spolupracovníků růst a vývoj, etické a morální hodnoty. Manažerka používající transformační styl vedení přestává být pouze řídicím pracovníkem, ale stává se pro své podřízené konzultantkou, mentorkou, nebo poradcem. Sledování a kontrola dodržování pracovních dohod, zákonů a etických zásad se stává hlavní náplní její práce. Zabývá se také postihováním diskriminace na pracovišti a řešením konfliktů na pracovištích (13,39)

1.3.2 Motivace ošetrovatelského personálu

Motivace personálu je nedílnou součástí úspěšného vedení lidí a kladně působí na výkon jednotlivých pracovníků i celých skupin. Z výzkumů vyplynulo, že jestliže bude vrchní sestra vhodně motivovat svůj tým, ten bude podávat vyšší výkony. Vhodně stimulovaný a spokojený zaměstnanec je schopen lépe spolupracovat v týmu a jeho výkony jsou daleko lepší. Vrchní sestra by však měla mít na paměti, že existují i takzvané motivační bariéry, které mají opačný charakter. Mezi motivační bariéry patří např. negativní působení pracovního prostředí, nevhodné chování vrchní nebo staniční sestry, neřešení konfliktů, narušené interpersonální vztahy, špatný systém odměňování a hodnocení (6,13).

Když vrchní sestra neví, co nejvíce motivuje její podřízené, neměla by se bát se jich na to zeptat. Velmi kladně vnímáno je používání takzvaných vnitřních odměn. Mezi

vnitřní odměny je možno zařadit např. slovní pochvalu, úctu k lidem, uznání práce před ostatními kolegy na pracovišti, vyhlášení sestry roku, nebo vlastní rukou psané poděkování sestry manažerky. Snadná dostupnost a mizivé ekonomické náklady činí z vnitřních odměn velmi perspektivní záležitost, k čemuž přispívá také fakt, že dle výzkumů působí mnohem účinněji a dlouhodoběji nežli odměny finanční. Vnitřní odměny podporují růst pracovní morálky, posilují iniciativu podřízeného personálu a následkem toho se zvyšuje kvalita poskytovaných služeb.

V některých zdravotnických zařízeních se sestry manažerky snaží své podřízené zapojit i do mimopracovních aktivit. Jedná se o akce, kde se mají možnost lidé blíže poznat. Tyto akce významně podporují týmového ducha, utužují pocit sounáležitosti a dochází i k rozvoji interpersonálních neformálních vztahů. Právě zaměstnance, kteří se zúčastní společných aktivit lze motivovat snáze, nežli ty, kteří se podobných akcí neúčastní (11,17,31,39).

1.3.3 Kontrola a hodnocení

Účelem kontrolování je „dohled“ nad zdárným průběhem činností, snaha najít odchylky a chyby vzniklé v průběhu jejich realizace, případné nalezené nedostatky korigovat a tím zabezpečovat plnění plánů a úkolů z nich vyplývajících. K tomu, aby vrchní sestry mohly účelně, efektivně a objektivně kontrolovat, měly by efektivně využívat dotazníkové šetření spokojenosti zaměstnanců na pracovišti.

Vrchní sestry plánují a realizují hodnocení kvality poskytované ošetrovatelské péče prostřednictvím vnitřních kontrol, sledují vedení ošetrovatelské dokumentace, efektivní objednávání a hospodaření s materiálně-technickými a finančními zdroji v rámci oddělení. Provádí kontroly a hodnocení práce staničních sester (13).

Jestliže provádí vrchní sestra konstruktivní hodnocení, má to hned několik výhod. Jednou z nich je zpětná vazba, která zvyšuje motivaci, výkonnost, identifikuje potřeby jedince, podporuje jeho profesionální růst a dále pak zaručuje konstruktivní přístup k oblastem, které je za potřebí změnit (11,28,39).

Když chtějí vrchní sestry provádět objektivní, formální hodnocení, je potřeba, aby nejprve uskutečňovaly hodnocení neformální, které je čím dál častěji považováno za velmi efektivní nástroj vedení. Jeho základem je kontakt sestry manažerky s podřízenými pracovníky. Hodnocení by mělo následovat co nejdříve po vykonané

činnosti, kterou sestra manažerka kontroluje. Je velmi důležité, aby při hodnocení byla chvála podřízeným sdělována veřejně, a naopak negativní hodnocení bylo sdělováno v soukromí a bylo použito jasných a srozumitelných výrazů. Kontrola a hodnocení bude jen za dodržení těchto podmínek považováno za konstruktivní a efektivní. Bylo by vhodné, aby si sestry manažerky důležité připomínky zapisovaly (9,29).

Jak již bylo zmíněno v kapitole Kompetence vrchních sester, provádí vrchní sestra hodnocení svých podřízených pravidelně jednou ročně. V rámci hodnocení posuzuje silné a slabé stránky zaměstnanců, které mají souvislost s cíly zdravotnického zařízení. Jestliže používají sestry manažerky při hodnocení zaměstnanců záznamy z neformálního hodnocení a výsledky z ošetřovatelských auditů, potom je možné považovat jejich hodnocení za objektivní. Je vhodné, aby hodnocení doplňoval i hodnotící rozhovor. Před tímto rozhovorem vyplní sestra manažerka i hodnocená sestra posuzovací škálu. Náplní rozhovoru budou také odlišné body v sebehodnocení sestry a hodnocení sestry manažerky. Doporučovaná doba na tento rozhovor je nejméně jedna hodina. Hodnocení by mělo probíhat v přátelském duchu, protože se v první řadě jedná o nástroj motivace, nikoli o kárné řízení sestry. Měly by být prodiskutovány odlišné části hodnocení manažera a sebehodnocení sestry. Diskuze by měla být objektivní, nikoli založená pouze na pocitech, náladě nebo přátelských vztazích. Je velmi podstatné, aby i vrchní sestra byla přístupná objektivnímu hodnocení svých podřízených. Jestliže se podřízené sestry obávají slovního hodnocení, je možné použít dotazníkové šetření spokojenosti zaměstnanců (26,39).

1.4 Kvalita zdravotnické péče

Pojem kvalita je v současné době skloňován téměř ve všech pádech. Hovoří se o zavádění, kontrolování ale i řízení kvality. Ale jak správně definovat pojem kvalita? Škrla, Škrlová ve své knize citují Palmera a definují kvalitu takto „Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi (39, str. 36).“ Aby však mohlo být dosaženo vysoké kvality zdravotní, ale i ošetřovatelské péče, je potřeba zajistit vysoké vzdělání zaměstnanců organizace, ale i jeho další prohlubování. Další podmínkou pro poskytování kvalitní péče je vytvoření vhodných podmínek. Poskytnout zaměstnancům kvalitní technické vybavení a zajistit jeho frekventované využití. Protože jen když

budou zaměstnanci vybavení používat, stanou se z nich odborníci v konkrétních oborech. Je také velmi důležité, aby byla zajištěna neustálá kontrola poskytované péče, protože jen tak mohou být včas odhaleny chyby a může se započít s jejich odstraňováním. Jestliže hovoříme o kvalitě, je za potřebí si uvědomit, co je možné ve zdravotnictví hodnotit, nebo-li, co se stává předmětem kvality. Mohou to být produkty, jako jsou např. dokumentace, jídlo, RTG snímky, kvalita péče a služeb, mezi služby lze zařadit zajištění vhodné rehabilitace, ošetrovatelské, lékařské péče, ale i odběry krve. Dalším předmětem kvality péče je kvalifikace zaměstnanců a to lékařů, sester i dalších zaměstnanců zdravotnického zařízení. Prostředí budov, hluk, úprava zeleně, pracovní prostředí, nábytek, to vše se také v rámci kvality hodnotí (11,39).

Za cíl celého systému kvality lze považovat zlepšování kvality péče, která je poskytnuta v souladu s požadavky a potřebami všech pacientů. Je zapotřebí dát prostor k vyjádření pacientů. Pacient je ve své podstatě „spotřebitel“ zdravotnické péče, a stejně tak jako v jiných oborech, by měl mít možnost říct s čím je a s čím není spokojen, co se mu líbí a co ne. Takovéto podklady by po té mohly být využívány při zavádění změn, které vycházejí přímo z potřeb pacientů. V postatě ve všech zdravotnických zařízeních fungují nějaké dotazníky spokojenosti pacientů, ale jak z výsledky šetření zařízení naloží záleží jen na něm. Jak pracuje s názory svých pacientů, bychom se rádi dozvěděli v rámci budoucího šetření.

Omezit promrhaný čas, nežádoucí výsledky, chyby a zbytečné náklady spojené se špatnou kvalitou zdravotnického výkonu je možno považovat za další cíl systému kvality. Kvalita se týká celé škály zdravotnických pracovišť a pracovníků, kteří poskytující služby pacientům v primární, sekundární i terciální péči. Kvalitu péče není možno zvyšovat, jestliže nebudou zapojeni do spolupráce i pacienti (5,18).

1.4.1 Dimenze kvality

Kvalita znamená více než jen zlepšování ošetrovatelské péče. Jak již bylo zmiňováno, kvalita je komplexní pojem, který má řadu dimenzí. První z nich je bezpečnost, která znamená, že rizika zákroku, ale i nemocničního prostředí budou omezena na nejnižší míru nebo budou zcela vyloučena. Dále jsou to kompetence, které zahrnují, že dovednosti a znalosti jednotlivců, kteří o pacienty pečují, jsou v souladu s nabízenou péčí nebo zákroky. Třetí dimenzí je přijatelnost, kdy péče a služby jsou

přijatelné pro zákazníky a plátce a odpovídají jejich požadavkům. Efektivita péče, zákroků a procedur mají za cíl dosažení očekávaných výsledků. Vhodnost péče a služeb je relevantní vůči potřebám pacientů a je založena na jejich uznávaných standardech. Očekávané výsledky jsou dosaženy s neekonomičtějším využitím zdrojů. Toto spadá pod další dimenzi, kterou je ekonomičnost. Kvalitní péče by měla být dostupná pro příjemce na správném místě, ve správný čas a vhodným odborníkem, měla by být také kontinuální, to znamená, že má být poskytnuta koordinovaně, návazně bez ohledu na oddělení nebo lékaře, kde se pacient v současnosti léčí. Včasnost pro pacienty znamená dostupnost tehdy, když je pro ně nepotřebnější a nejprospěšnější. Péče, která je pacientům poskytována, by měla být na úrovni vědeckého poznání, které je v současnosti platné. Znamená to přiměřenost péče.

Do nedávna byla práva pacientů pouze etickou normou, která nebyla právně vymahatelná, to se ovšem změnilo s platností zákona 372/2011 O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Z tohoto zákona vyplývá, že pacient má právo znát jména těch, kteří se podílí na jeho péči, že každý člověk má právo se rozhodnout, zda léčbu podstoupí. Pacienti, kteří léčbu podstupují mají právo na poskytování informací, zapojení se do rozhodování, právo na individuální přístup, na respektování studu, respektování lidské důstojnosti, soukromí, na návštěvy. Pacient má právo přerušit léčbu. Zdravotník by měl bez předsudků pomoci pacientovi zvládat stresové situace. Jestliže si to pacient přeje, měli by mít možnost zapojit se do péče i jeho nejbližší. Jen individuálním přístupem ke všem pacientům jim prokážeme naši úctu (1,4,32,51).

1.4.2 Hodnocení kvality ošetrovatelské péče

Kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem současného ošetrovatelství. Literatura uvádí, že jádrem hodnocení kvality ošetrovatelské péče by měl být odborný audit, do kterého budou zapojeni nejen vedoucí pracovníci, ale i ostatní členové odborného týmu. Těmito členy týmu se rozumí lékaři, sestry a to jak v pozici nadřízené, tak i kolegové, mohou se jich zúčastnit zástupci pojišťoven, zřizovatelů. Neměli bychom zapomínat, že kvalita péče se týká hlavně pacientů, a proto by i oni měli mít možnost vyjádřit své názory na kvalitu péče.

Před tím, než-li je kvalita péče hodnocena, musí být jasně definována. Kritéria pro hodnocení kvality zdravotnické péče jsou uváděna v legislativě, která spadá do

pravomoci MZ ČR a to v podobě zákonů, vyhlášek, věstníků. Dále jako měřítko kvality péče slouží nařízení a směrnice, která jsou vydávána vedením zdravotnických zařízení a v neposlední řadě za kritérium kvality péče považujeme standardy. Ze zákona je zdravotnické zařízení povinno dodržovat standardy dané právními předpisy.

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

Při hodnocení je vhodné, aby vrchní sestry používaly objektivních metod, jako je průběžné hodnocení probíhající péče a zpětné hodnocení na základě studia ošetrovatelské dokumentace. Jednou z metod, která může pomoci ke zvýšení kvality péče je „peer review“, což znamená vzájemné posuzování léčebných, diagnostických, ale i ošetrovatelských postupů kolegů z obdobných pracovišť. Systém hodnocení kvality péče by měl být pravidelně revidován a zdokonalován (5,37,42).

Jedním ze způsobů, jak lze také hodnotit kvalitu ošetrovatelské péče jsou sesterské vizity. Cílem sesterské vizity je hodnocení výsledků ošetrovatelské péče poskytované metodou ošetrovatelského procesu. Sesterská vizita probíhá u lůžka nemocného a jsou jí přítomny sestry, které si předávají informace o péči o pacienta, o jeho potřebách a způsobu jejich saturování. Pacient má možnost se sesterských vizit aktivně zúčastnit. Sesterská vizita umožňuje způsob předání služby nastupujícím sestram. Je-li sesterské vizitě přítomna také vrchní sestra, má možnost přímo hodnotit péči o pacienta s možností pacientovi zpětné vazby. Má také možnost sledovat dodržování standardů ošetrovatelské péče. Proto je tedy možno považovat sesterské vizity za součást hodnocení kvality ošetrovatelské péče (7,16).

1.4.3 Kontinuální zvyšování kvality ošetrovatelské péče

Vrchní sestra, jako vedoucí člen ošetrovatelského týmu by si měla být vědoma, že i když péče, která je poskytována na jejich odděleních je v současné době kvalitní a na vysoké úrovni, neznamená to, že by měla být s tímto stavem spokojena. Naopak, měla by si uvědomit, že vývoj jde stále kupředu a jestliže si nebude klást stále nové cíle, nemá její tým šanci poskytovat takovou péči, se kterou budou pacienti spokojeni.

Jak uvádí koncepce ošetrovatelství, kvalitní ošetrovatelská péče je základním cílem současného ošetrovatelství. Aby byla ošetrovatelská péče poskytována v co možná nejvyšší kvalitě je také cílem vedení nemocnice, protože jen nemocnice, kde je poskytována kvalitní péče podpoří potenciální pacienty k hospitalizaci. A hospitalizovaný pacient znamená pro zdravotnické zařízení zdroj financí (10,42).

Sledování a neustálé zvyšování kvality péče je zakotveno i v právních normách. Jsou to metodická opatření č.5/1998 o akreditaci zdravotnických zařízení, metodické opatření č.9/2004 o koncepci ošetrovatelství, národní politika podpory jakosti – usnesení vlády č.458/2000 – rada ČR pro jakost, rada MZČR pro kvalitu ve zdravotnictví, příkaz ministra č.22/2006 – národní program (10,42).

Mezi nástroje, které slouží k sledování a zvyšování kvality péče patří standard, audit, indikátory kvality, akreditace, peer review a mnohé další. V našich podmínkách jsou využívány hlavně tyto jmenované. O standardech a auditech se budeme zmiňovat v následujících kapitolách.

Jak uvádí Gladkij, má metoda peer review velký význam pro zvyšování kvality péče. Je možné, že mnohým tento název není zcela znám, ale jsme si jisti, že je tato metoda ve zdravotnických zařízeních hojně využívána. Jedná se v podstatě o vzájemné posouzení a následné převzetí pozitiv z jiného pracoviště přibližně stejné struktury. Jedná se o léčebné, diagnostické, ale i ošetrovatelské postupy, které mají kladnou odezvu. Učíme se nápodobou od lepších, přebíráme si od nich jen to, co nám vyhovuje a dále vylepšujeme podle svého (5).

Dalším způsobem, jak zjišťovat kvalitu péče, který zaznamenal v České republice velký rozmach, jsou indikátory kvality. Co to vlastně je indikátor kvality? Vlček definuje indikátor kvality jako kvantitativní údaj o kvalitě procesu, který nabízí srovnání v čase a mezi zúčastněnými jednotkami. Další definice uvádí, že indikátory kvality jsou měřitelná kritéria, která v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo tohoto standardu dosaženo. Indikátory kvality by měly být smysluplné. Je potřeba mít stále na paměti, že s vývojem a novými poznatky se i indikátory kvality mohou měnit. Mají nám pomoci zvýšit kvalitu péče, proto nemá cenu sledovat něco, co nám o kvalitě nic neříká. Je třeba ale myslet na to, že indikátory nejsou neomylné. Jak již bylo zmiňováno, indikátor je číslo, které po zasazení do

numerického kontextu vypovídá o vztahu „něčeho s něčím“. Indikátory kvality mohou být zaměřeny na lékaře, sestry, proces, událost.

Americká asociace sester doporučuje sledovat indikátory kvality, mezi které patří struktura ošetrovatelského personálu, celkový počet hodin ošetrovatelské péče o pacienta za den, výskyt dekubitů, pády pacientů, spokojenost pacienta s léčbou bolesti, spokojenost pacienta s mírou edukace a poskytováním informací, spokojenost pacienta s celkovou péčí, spokojenost pacienta s ošetrovatelskou péčí, výskyt nozokomiálních nákaz, spokojenost ošetrovatelského personálu. Většina z nich je sledována i v našich zdravotnických zařízeních. Existuje i národní registr, kam je výskyt některých z nich hlášen, jedná se hlavně o pády a dekubity (10,39,44).

„Akreditace zdravotnických zařízení je dobrovolný proces externího posouzení jednotlivých zdravotnických zařízení, zda jejich činnost je v souladu se standardy definujícími takovou úroveň výkonů, která je nutná pro poskytování kvalitních a bezpečných zdravotnických služeb. Tyto akreditační standardy vycházejí z principů, které stanovila Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) (21)“.

Akreditační standardy, podle kterých jsou zdravotnická zařízení hodnocena, jsou připravovány zdravotnickými profesionály tak, aby poskytovaná péče byla vždy zaměřena na požadavky a zájmy pacientů. Zdravotnické zařízení, které splnilo akreditační standardy, obdrží od příslušné akreditační agentury certifikát o akreditaci.

Jestliže nemocnice usiluje o získání akreditace, znamená to pro ni mnoho změn, aby poskytovaná péče byla v souladu s Národními akreditačními standardy. Toto období je velmi náročné jak pro manažery ve všech úrovních, tak i pro ostatní personál. Podařili se však nemocnici úspěšně projít akreditačním řízením a získat certifikát o akreditaci, pro pacienty by to mělo znamenat, že péče poskytnutá v této nemocnici má vysokou úroveň (21,22).

Když mluvíme o měření a zvyšování kvality zdravotnické péče, neměli bychom zapomínat na pacienty. Ti mají možnost vyjádřit svoji spokojenost se zdravotnickým zařízením především ve formě dotazníků. Může se jednat o dotazníky, které využívá zdravotnické zařízení, aby zmapovalo stav pouze ve svém zařízení, ale může se jednat i o taková šetření, kdy jsou dotazníky dále hromadně zpracovávány a hledají se zařízení, kde jsou pacienti nejvíce spokojeni. V České republice probíhá program „Měření

kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů“, kdy zdravotnická zařízení, která splňují určitá kritéria obdrží certifikát „Spokojený pacient“. V loňském roce tento certifikát obdržela například FN Hradec Králové, FN Ostrava, ÚVN Praha. Největším problémem těchto dotazníků však zůstává, že nejsou zaměřeny na kvalitu přímé péče o pacienta. Jejich součástí bývá spokojenost se stravou, s úklidem v nemocnici, nebo čekací doba na vyšetření, ale tyto připomínky nemohou určit, zda byla pacientovi poskytována kvalitní ošetrovatelská péče či nikoliv. Za mnohem efektivnější mohou být tedy považovány rozhovory s pacienty, ty jsou však více náročné jak pro pacienty, tak pro zdravotnická zařízení, a proto se s nimi v našich podmínkách ještě mnoho neseťkááme (34).

V této kapitole jsme vyjmenovali několik způsobů, které mohou vrchní sestry použít ve svém zařízení, aby péče, kterou bude jejich tým poskytovat, byla na co možná nejvyšší úrovni.

1.4.4 Standard

Definicí standardů v ošetrovatelství je více, ale ve své podstatě se neliší. Koncepce ošetrovatelství uvádí: „že ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality.“ Standardy jsou neoddelitelnou součástí systému řízení kvality. Jsou prostředkem k neustálému zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Pomocí standardu se určuje minimální úroveň kvality péče (23).

Již Florence Nightingalová sestavila první pravidla, jak pečovat o nemocné. Od svých sester vyžadovala dodržování těchto pravidel, což bychom mohli považovat za základ dnešních standardů. V 50. letech minulého století se snažila skupina amerických lékařů, kteří si uvědomovali nutnost zachování určitých pravidel, sestavit jakousi standardizovanou péči. Těmito pokusy začaly vznikat první standardy péče. V oblasti řízení kvality jsou standardy považovány za základ zdravotnické praxe. První standardy vznikaly v USA v 70. letech jako odezva zdravotníků na vyhlášení první Charty práv pacientů. Standardizací zdravotní péče se začal systematicky zabývat profesor Avedis Donabedian z Ann Arbor v USA (19,23).

Jak již bylo napsáno, vrchní sestra je součástí týmu pro tvorbu standardů ošetrovatelské péče. Při práci se standardy je třeba nejdříve pochopit, proč je jejich příprava nezbytná a jaký je jejich přínos. Každý zdravotník, jestliže nebude mít dány

standards, i když bude pracovat podle svých nejlepších znalostí a dovedností, nemůže poskytnout pacientovi stejně kvalitní péči. A protože je nezbytné, aby se pacientovi dostávalo stejně dobré péče bez ohledu na to, jaká sestra ji poskytuje, a aby se v řadě situací nemuselo improvizovat, je potřeba stanovit pravidla a dbát o jejich dodržování. Z těchto důvodů se připravují standardy. Standardy nejsou jen „chytré“ teorie, ale prostředek ke zlepšování kvality péče (19).

1.4.5 Audit

„Neodmyslitelnou součástí každého standardu je ošetrovatelský audit. Auditem rozumíme revizi, kontrolu, prověřování. Je to systematický, nezávislý a dokumentovaný proces pro získání důkazů o provádění správných činností správným způsobem (23)“. S pomocí auditu je hodnocena kvalita ošetrovatelská péče. Zjišťuje rozdíl mezi skutečností a standardem. Pojmem kontrola (či audit) je v českých podmínkách chápán jako snaha někoho "nachytat", tedy jako nepřátelský akt namířený proti kontrolované osobě. Toto ale není cílem auditu. Ten si klade za cíl co možná nejvěrněji a na všech úrovních zjistit pravý stav věci, to jak se realita shoduje s představou (standardem). Zpětnou vazbou auditu by vždy mělo být závěrečné hodnocení. Jestliže se v průběhu auditu naleznou závažné chyby, součástí hodnocení by měly být i návrhy na jejich odstranění. Možností, jak tyto nedostatky řešit je prezentace na sesterských jednáních - v tzv. sesterských skupinách, nejde však o kolektivní pranýřování jednotlivců, ale rozbor jde-li o náhodný nebo systematický jev, proč k němu došlo nebo dochází a jaké opatření, případně i změnu standardu je třeba vyvodit. Audity by rozhodně neměly vést k sankcím namířeným proti personálu při zjištění nedostatků, ale k uznání, že se sestry nebojí přiznat nedostatky a tím prokazují snahu zlepšovat kvalitu péče. A protože jsou vrchní sestry většinou součástí auditorského týmu, měli by na tuto skutečnost pamatovat (19,20).

1.5 Zavádění změn v ošetrovatelství

Jak již bylo v jedné z předchozích kapitol napsáno, aby poskytovaná péče byla stále kvalitní, nesmí zůstat stejná. To, co je kvalitní dnes, již za rok nemusí být považováno za dostatečné. Je úkolem každého manažera na tuto situaci myslet a snažit se jí předcházet. S tímto faktem se samozřejmě spojuje zavádění změn do stávající

praxe. Na začátku si tedy položíme otázku, co je to změna. Grohar- Murray definuje změnu jako dynamický proces, při kterém dojde k úpravě, jež představuje značný rozdíl. Změna je buď plánovaná, nebo k ní dojde náhodou. Nutnost zvládnutí změny je pro vrchní sestru velmi důležitá. Jak uvádí literatura, je nejlépe, když změny v ošetrovatelství jsou iniciovány právě sestrami. Jestliže se snaží zavést změny do ošetrovatelství jiná skupina, změny neodpovídají potřebám praxe a to jak pacientům tak sestram. Grohar- Murray cituje Lutjense, když uvádí, že plánovaná změna poskytuje způsob, jak vyvolat strukturální inovace, které mají provést operační úpravy, jejichž úkolem je splnit situační požadavky.

Ke změně dochází v rámci určitého procesu. K tomu, abychom si uvědomili, že současný stav vyžaduje nějakou změnu, předchází z pravidla určitý konflikt. Tento konflikt může být chápán jako nedostatek nebo nadbytek něčeho, praxe, která by měla být a není, nebo naopak která je a být by neměla. Důležité je, aby současný stav vyvolal pocit, že je nutná změna. Vrchní sestra by neměla dát v této situaci pouze na svůj úsudek, ale měla by se ptát i svého týmu, co by bylo vhodné změnit. Ideální pro tyto diskuze jsou každoměsíční schůzky se staničnickými sestrami, které mohou tlumočit návrhy svých sester (6,15).

To, že jsme si vědomi, že nastala nějaká situace vyžadující změnu, však neznamená, že změna sama o sobě nastane. Vrchní sestra by měla na svou stranu získat podporu kolegů a členů týmu. Může k tomu použít například strategii přesvědčování. Má-li být změna účinná, měla by na svou stranu získat spojence, kteří jí pomohou změnu zavést do praxe.

Různí autoři uvádějí různá dělení fází změny. Lippitt uvádí sedm fází průběhu změny, Havelock šest fází. Podle Rogerse má změna pět fází a Lewin uvádí pouze tři fáze změny. V této práci bychom rádi kvůli přehlednosti uvedli dělení dle Lewina. Podle něj má změna tři fáze a jsou to rozmrazení, pohyb a znovuzmrazení.

Ve fázi rozmrazení dochází k uvolnění zavedené skutečnosti. V tomto období slouží jako pozitivní motivace členů týmu diskuze o důvodu změny. Je potřeba seznámit všechny, kterých se změna týká, s časovým rámcem během kterého dojde ke změně. Aby mohly vrchní sestry lépe zvládnout toto období, je vhodné pochválit cenné nápady, se kterými personál přijde, protože to podporuje účast týmu na změně. Je také

dobré uznat určitý pocit napětí, nebo nepohody který vzniká při realizaci změny, toto pomůže zachovat důstojnost všech zainteresovaných (6,15).

Druhou fází je pohyb. Primární aktivitou v této fázi je přeškolení zaměstnanců. Toto je období, kdy nové ještě nevešlo v platnost a staré již není považováno za vhodné. Je to doba, která bývá vyplněna vzdělávacími programy. Tato fáze by však měla začít až tehdy, když se skupina shodne na tom, že změna je účelná, realizovatelná, časově rozvržená a bude mít pozitivní dopad.

Poslední fází, kterou Lewin uvádí je znovuzmrazení. Do této fáze jsme došli až tehdy, jestliže je změna stabilizována, integrována a přijatá týmem za svou. Po znovuzmrazení musí následovat průběžné sledování kvality, protože poskytne cenné informace o efektivitě zavedené změny.

Je vhodné, aby každý člen týmu znal proces změny, až potom má možnost se na změně konstruktivně podílet. Může vyjádřit svou nespokojenost s oznámením, co očekává, nebo vyjádří podporu. Jestliže bude ke změnám docházet za využití tohoto schématu, bude zavádění změn probíhat rychleji a jednodušeji. Jestliže mají sestry být těmi, kdo kontroluje ošetrovatelství, je potřeba, aby si tento fakt uvědomily (6,15).

1.5.1 Reakce na změnu

Lidé mohou na změny reagovat dvěma způsoby, buď že změnu přijmou nebo ji budou odmítat. Jestliže změnu přijmou žádný problém nenastane. Co má ovšem vrchní sestra dělat, když je změna odmítána. Největší odpor ke změně bývá tehdy, jsou-li podřízení spokojeni s momentálním stavem, ale ten má být změněn. Rainhard uvádí tento způsob, jak postupovat při odmítavém postoji ke změně. Důležitá je komunikace, probrat s lidmi, kteří jsou proti změně, co způsobilo jejich odmítavý postoj. Upřesnit si informace a poskytnout zpětnou vazbu. Správný manažer by měl být přístupný revizi plánu změny, ale také stanovit jasné oblasti, které není možné měnit. Měl by umět vzbudit pocit viny v lidech, kteří odmítají změnu. Je možné poukázat na negativní následky na kvalitě péče o pacienty nebo na finančním zabezpečení ošetrovatelské péče. Další možností, jak řešit odmítání změny je podpořit vnitřní jistotu, snížit její ohrožování zdůrazněním pozitivních stránek změny. Dát dohromady lidi, kteří jsou zastánci změny s jejími odpůrci. Podporovat je, aby se vzájemně pokusili vcítit jeden do

druhého a tím snáze rozpoznali důležité cíle a zbavili se zbytečných obav. Dále je také důležité po celou dobu řešení zachovat ovzduší důvěry a opory (6,15).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda je střední ošetrovatelský management úspěšným iniciátorem změn, které vedou ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče

Cíl 2 Zjistit, zda střední ošetrovatelský management disponuje odbornými znalostmi, které přispívají ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče

Cíl 3 Zjistit, jakým způsobem zavádí střední ošetrovatelský management změny vedoucí ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče do praxe

Cíl 4 Zjistit, s jakou odezvou se setkává střední ošetrovatelský management po předložení návrhu pro zvýšení kvality ošetrovatelské péče do praxe

Cíl 5 Zjistit, zda top management má zájem o to, aby střední ošetrovatelský management inicioval změny na zvýšení kvality ošetrovatelské péče a zda je v jejich aktivitách podporuje

2.2 Hypotézy

H1 Změny iniciované středním ošetrovatelským managementem ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče jsou úspěšně realizovány na základě odborné argumentace

H2 Úroveň odborných znalostí středního ošetrovatelského managementu pomáhá k prosazení změn, které vedou ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče

H3 Střední ošetrovatelský management nejčastěji používá direktivní metodu zavádění změn, které vedou ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče

H4 Odezva podřízených sester na iniciované změny, které vedou ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče je pozitivní v případě odborného odůvodnění

H5 Střední ošetrovatelský management využívá podpory top managementu při iniciaci změn, které směřují ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče

2.3 Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou nejčastější problémy při realizaci změn, které vedou ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče?
- 2) Může prosazení změny, která vede ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče zvýšit prestiž ošetrovatelství?
- 3) Může prosazení změny, která vede ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče podpořit samostatnost oboru?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

Pro kvantitativní šetření byla použita metoda dotazování, technika dotazníku, pro kvalitativní šetření polostrukturovaný rozhovor. Dotazník určený vrchním sestřám se skládal z otevřených, polootevřených a uzavřených otázek. Otázky byly zaměřeny na postupy zavádění změn do praxe, podporu vedení nemocnice při zavádění těchto změn, na nejčastější problémy, s kterými se vrchní sestry při zavádění změn setkávají. Ptali jsme se také na iniciativu sester při zavádění změn a na možnost vrchních sester tuto iniciativu odměňovat. Část dotazníku byla zaměřena na možnost pacientů vyjádřit se ke kvalitě péče v dané nemocnici. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Excel.

Kvalitativní šetření bylo realizováno pomocí rozhovorů. Ty byly uskutečněny na podkladě předem připravených rámcových otázek. Rozhovor byl zaznamenán písemně a analyzován. Vrchní sestry v průběhu rozhovoru definovaly způsoby, které se jim osvědčily při zavádění změn, opět měly možnost určit překážky, které zavádění změn brání a v neposlední řadě uváděly způsoby hodnocení svého týmu za iniciativu při změnách. Z nejdůležitějších výsledků plynoucích z rozhovorů byly za pomocí programu FreeMind vytvořeny myšlenkové mapy.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

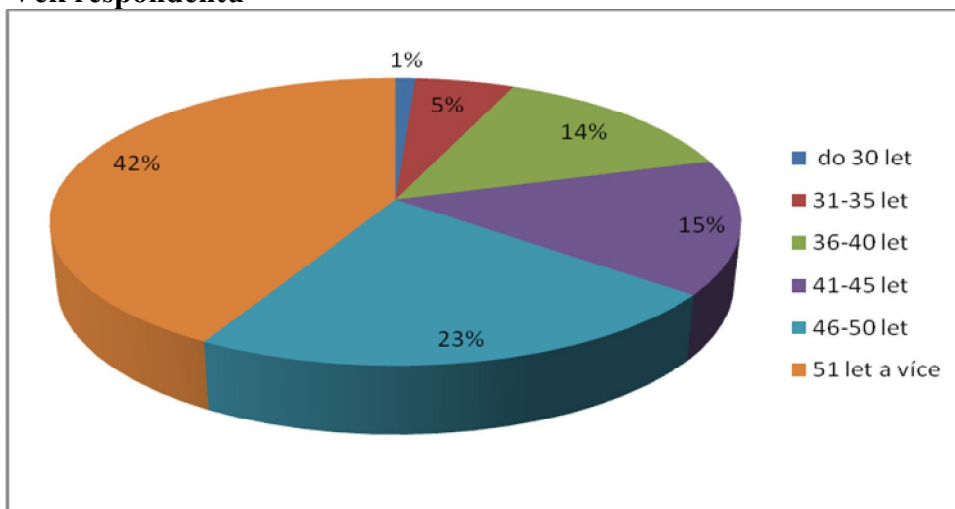
Kvantitativního šetření se zúčastnily vrchní sestry pracující v nemocnicích v Jihočeském kraji. Tyto sestry byly požádány, aby vyplnily dotazník dle uvedených instrukcí. Vrchním sestrám bylo rozdáno celkem 120 dotazníků. Vráceno bylo celkem 107 dotazníků, z nichž muselo být 14 vyřazeno pro neúplné zodpovězení. Návratnost dotazníků byla 89 %. Z celkového počtu jich tedy zůstalo použitelných 93. Výzkum byl realizován od února do března 2012. O umožnění šetření byla požádána vždy hlavní sestra nemocnice, která měla k dispozici podklady pro naše šetření.

Kvalitativní šetření probíhalo také v jihočeských nemocnicích. Do našeho výzkumu bylo zařazeno 5 vrchních sester, s nimiž byl realizován předem připravený rozhovor.

4 Výsledky

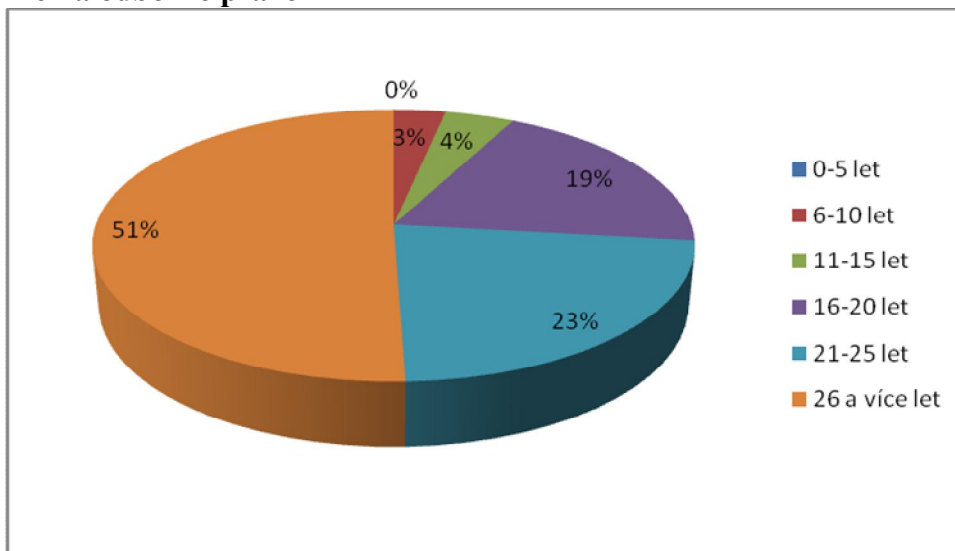
4.1 Kvantitativní šetření

Graf 1 Věk respondentů



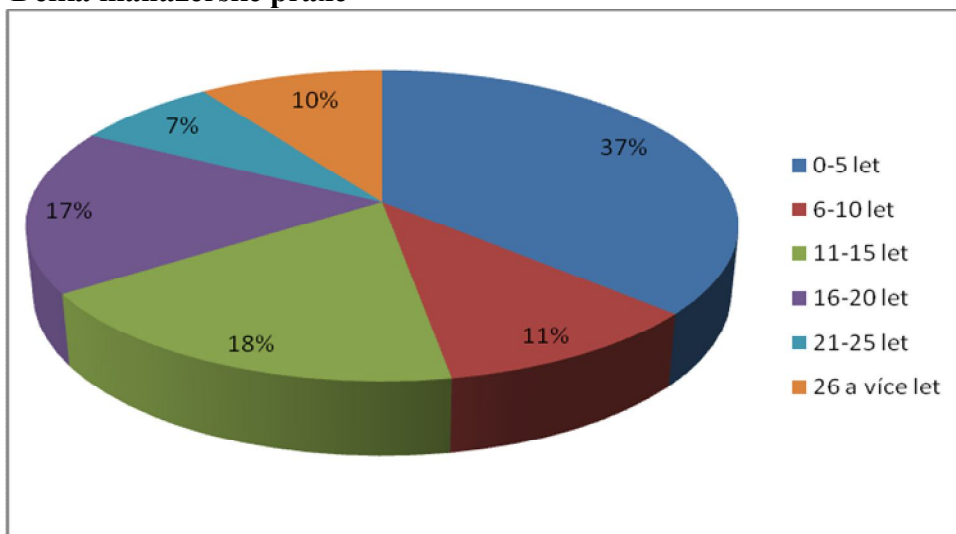
1 % (1) vrchních sester bylo ve věku do 30-ti let, věk v rozmezí 31-35 let uvádělo 5 % (5) vrchních sester, 14 % (14) vrchních sester uvedlo věk mezi 36-40 léty, věk 41-45 let zvolilo 15 % (13) vrchních sester, ve věku 46-50 let je 23 % (21) dotazovaných sester a nejvíce vrchních sester, které se účastnily šetření je ve věku nad 51 let a to 42 % (39).

Graf 2 Délka odborné praxe



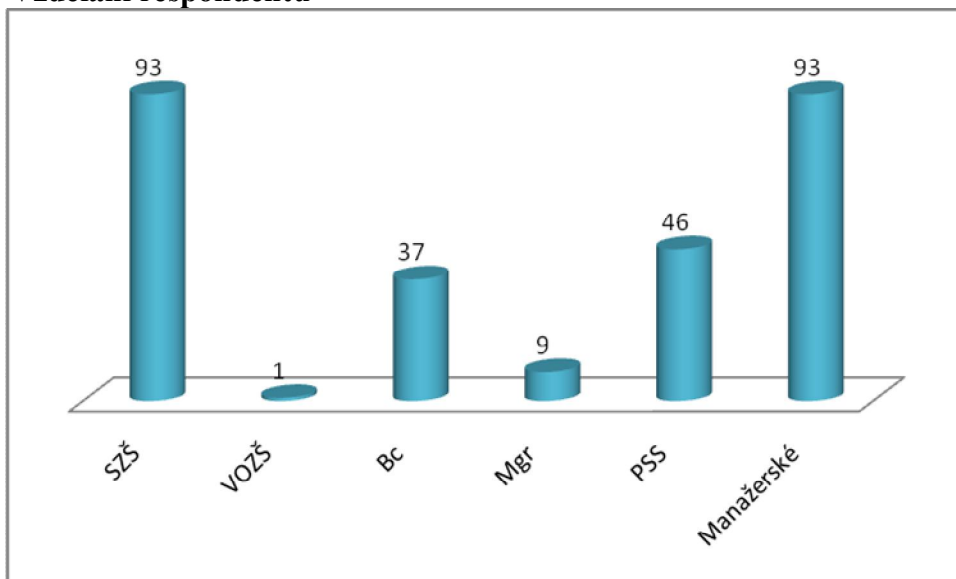
3 % (3) vrchních sester pracuje ve zdravotnictví 6-10 let, délka odborné praxe je u 4 % (4) vrchních sester v rozmezí 11-15 let, 16-20 let odborné praxe má 19 % (18) dotazovaných, 23 % (21) vrchních sester je s 21-25 let praxí a nejvíce vrchních sester 51 % (47) má odbornou praxi delší než 26 let.

Graf 3 **Délka manažerské praxe**



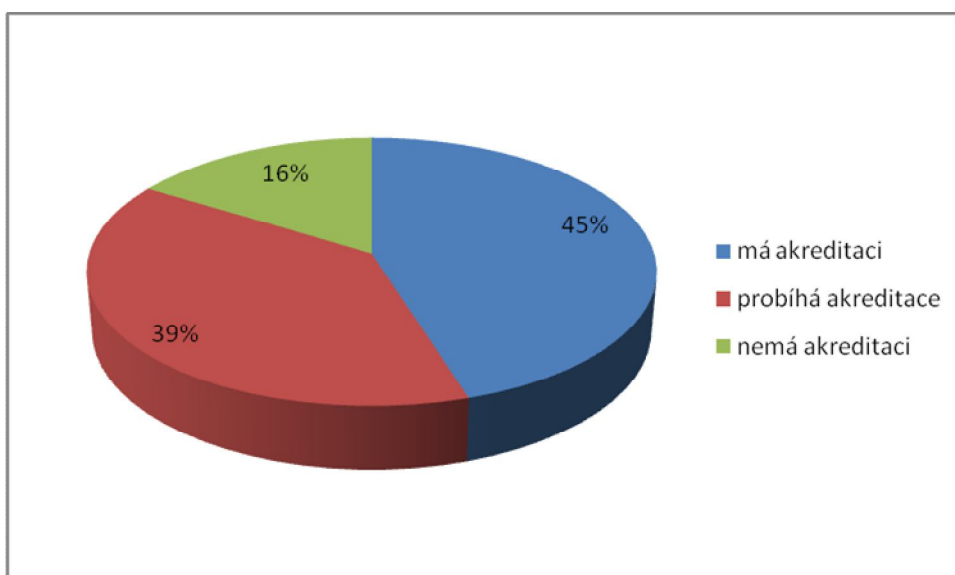
Manažerskou praxi v délce 0-5 let udává 37 % (34) vrchních sester, 11 % (10) vrchních sester je v pozici manažera 6-10 let, 11-15 let vykonává manažerskou praxi 18 % (17) vrchních sester, 17 % (16) vrchních sester má manažerskou praxi dlouhou 16-20 let, 21-25 let manažerské praxe má 7 % (7) vrchních sester a 10 % (9) vrchních sester je v pozici manažera více než 26 let.

Graf 4 **Vzdělání respondentů**



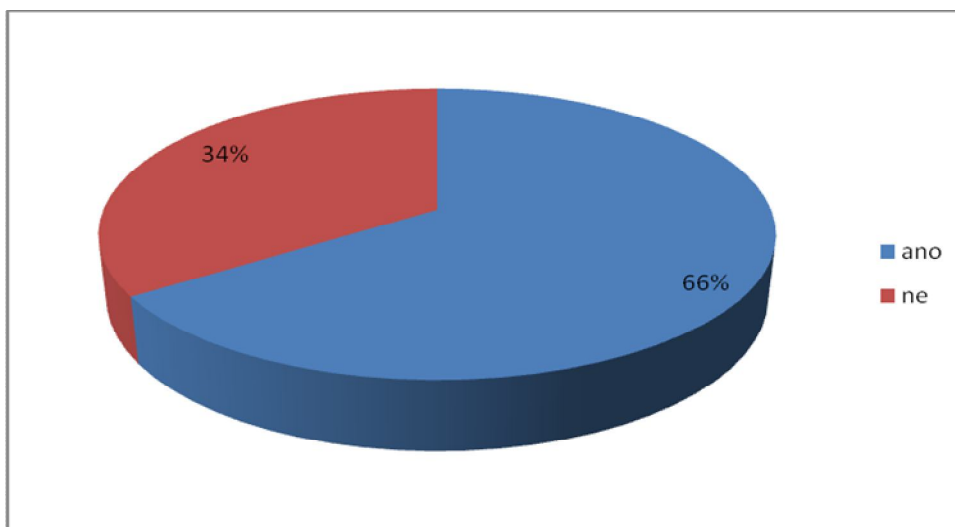
Všechny vrchní sestry mají střední zdravotnickou školu, některé mají navíc vystudováno: 1 vrchní sestra VOŠZ, 37 vrchních sester VŠ bakalářského a 9 vrchních sester magisterského stupně. PSS vystudovaly vrchní sestry v 46 případech a všechny vrchní sestry mají manažerské vzdělání.

Graf 5 Akreditace nemocnic



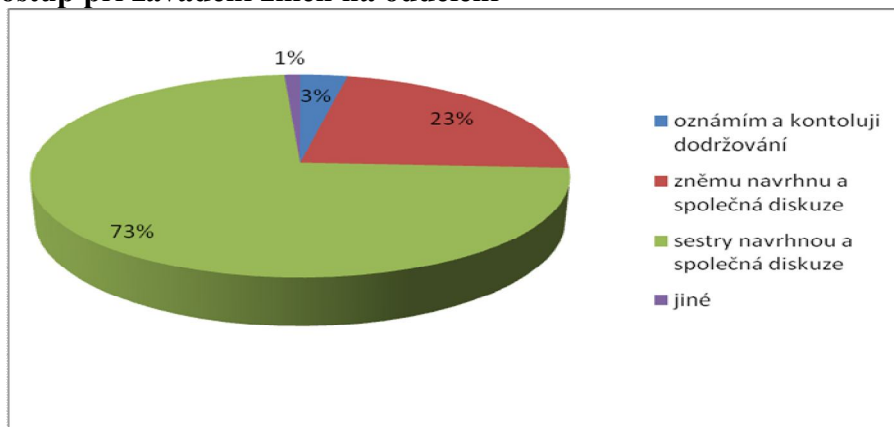
45 % (42) nemocnic, ve kterých probíhalo šetření je akreditováno, ve 39 % (36) nemocnicích probíhá akreditační řízení a 16 % (15) nemocnic akreditaci nemá.

Graf 6 Oddělení a pracovní činnost



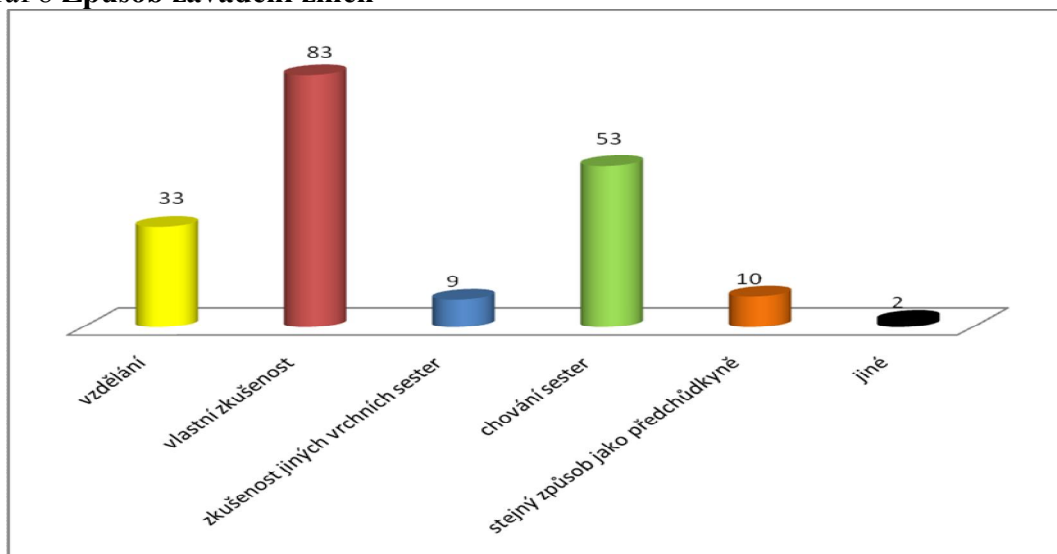
66 % (61) vrchních sester v dotazníkovém šetření uvedlo, že pracovaly jako sestry u lůžka, na oddělení, které nyní vedou a 34 % (32) vrchních sester uvedlo, že vykonávaly odbornou praxi na jiném oddělení, než nyní vedou.

Graf 7 Postup při zavádění změn na oddělení



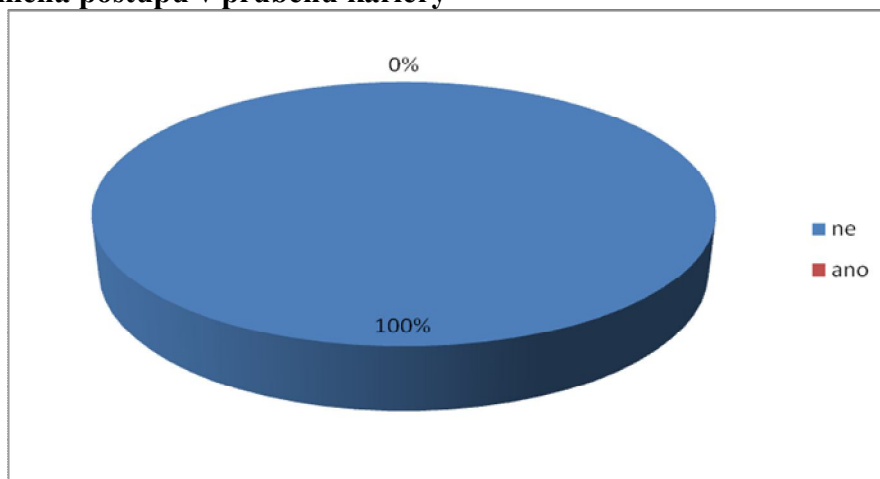
3 % (3) vrchních sester na svém oddělení změnu sami oznámí a s odstupem kontrolují její dodržování, 23 % (21) vrchních sester při zavádění změn postupuje tak, že změnu navrhnou a společně s týmem prodiskutují, 73 % (68) vrchních sester umožní sestřám navrhnout způsob řešení a o změně společně diskutují a 1 % (1) vrchních sester uvedlo možnost, že změny jsou dány ve standardech.

Graf 8 Způsob zavádění změn



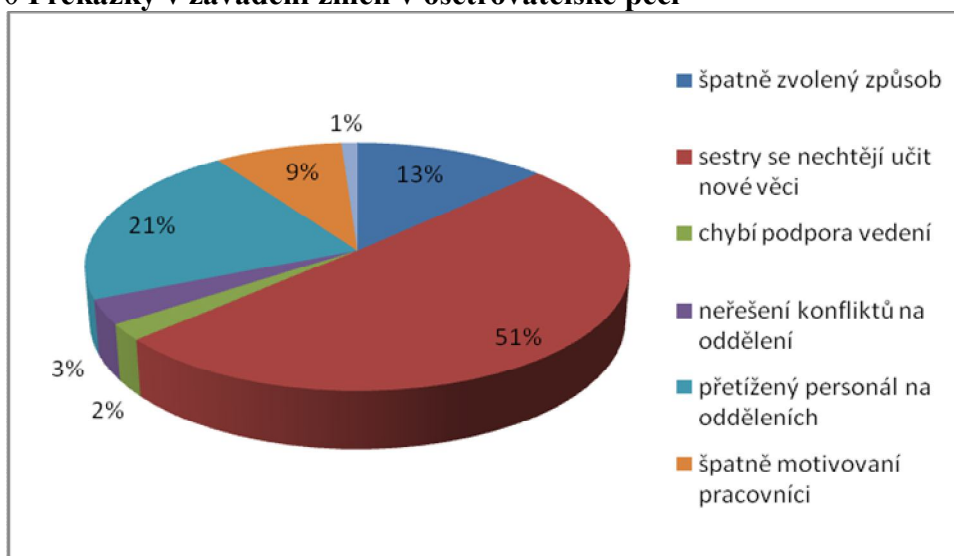
Vrchní sestry měly možnost zvolit více odpovědí, proto jsou v grafu uvedena reálná čísla, nikoli procenta. Jako jeden způsob, který ovlivnil zavádění změn, vrchní sestry uvedly vzdělání, bylo označeno 33krát, vlastní zkušenost byla označena 83krát, zkušenost jiných vrchních sester zvolily vrchní sestry 9krát, chování sester bylo označeno 53krát, stejný způsob jako předchůdkyně byl označen 10krát a jiný způsob uvedly 2 vrchní sestry. Tyto uváděly „pocit, že by to tak být“ a „více hlav více ví“.

Graf 9 Změna postupu v průběhu kariéry



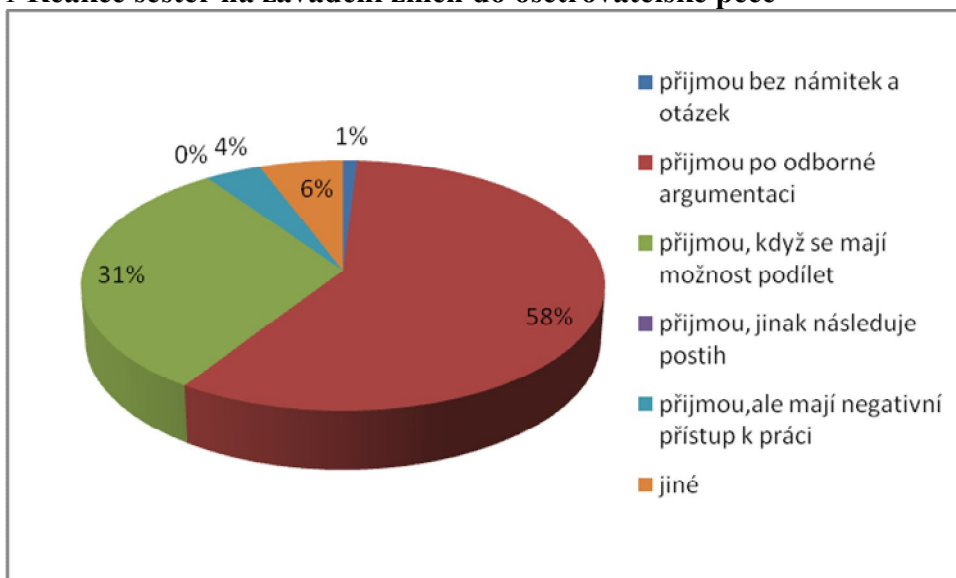
Všech 100 % (93) dotazovaných vrchních sester shodně uvedlo, že v průběhu své manažerské praxe postupují stále stejně při zavádění změn, které zvýší kvalitu péče o pacienty.

Graf 10 Překážky v zavádění změn v ošetrovatelské péči



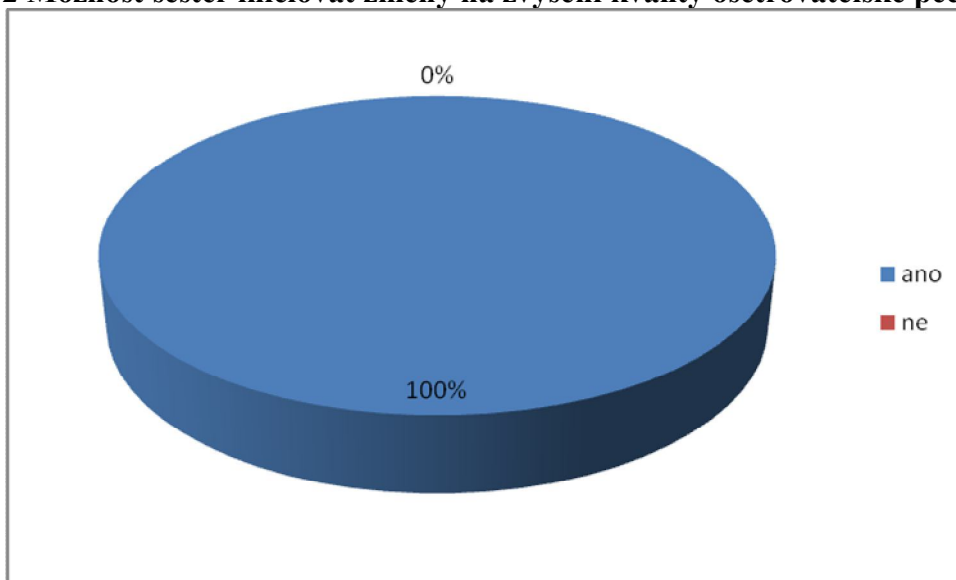
51 % (47) vrchní sester považuje za největší překážku při zavádění změn v ošetrovatelské praxi to, že se sestry nechtějí učit nové věci, 13 % (12) vrchních sester považuje za překážku špatně zvolený způsob zavádění změn, 2 % (2) vrchních sester při zavádění změn chybí podpora vedení, 3 % (3) vrchní sestry považují za překážku při zavádění změn neřešení problému a 9 % (8) vrchních sester si myslí, že špatně motivovaní pracovníci jsou největším problémem při zavádění změn, které zvýší kvalitu péče o pacienta.

Graf 11 **Reakce sester na zavádění změn do ošetrovatelské péče**



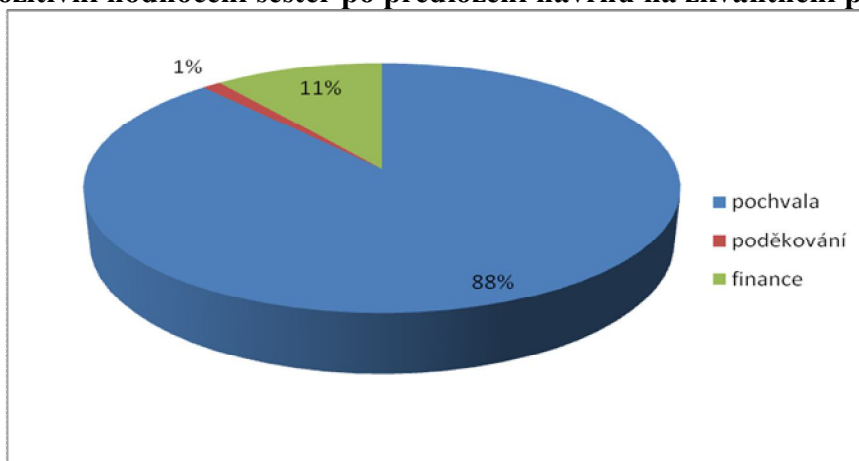
Po zavedení změny ji 1 % (1) sester přijme bez námitek a otázek, 58 % (60) sester přijme změnu až po odborné argumentaci, 31 % (32) sester změnu přijme tehdy, jestliže mají možnost se na ní podílet, 4% (4) sester změnu přijmou, ale projeví se to negativním přístupem k práci a 6 % (6) sester reaguje na změnu jiným způsobem. V 5 případech se reakce sester liší dle velikosti změny a jedna vrchní sestra uvedla, že sestry změnu přijmou, ale mají námítky a otázky.

Graf 12 **Možnost sester iniciovat změny na zvýšení kvality ošetrovatelské péče**



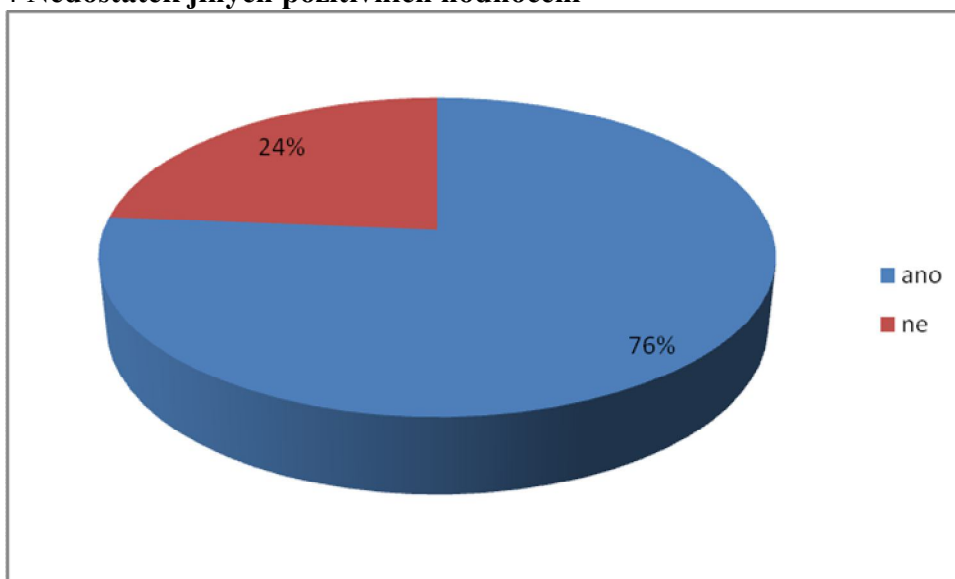
Všech 100% (93) vrchních sester uvedlo, že na jimi řízených odděleních se mohou sestry stát iniciátorkami změn, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče.

Graf 13 Pozitivní hodnocení sester po předložení návrhu na zkvalitnění péče



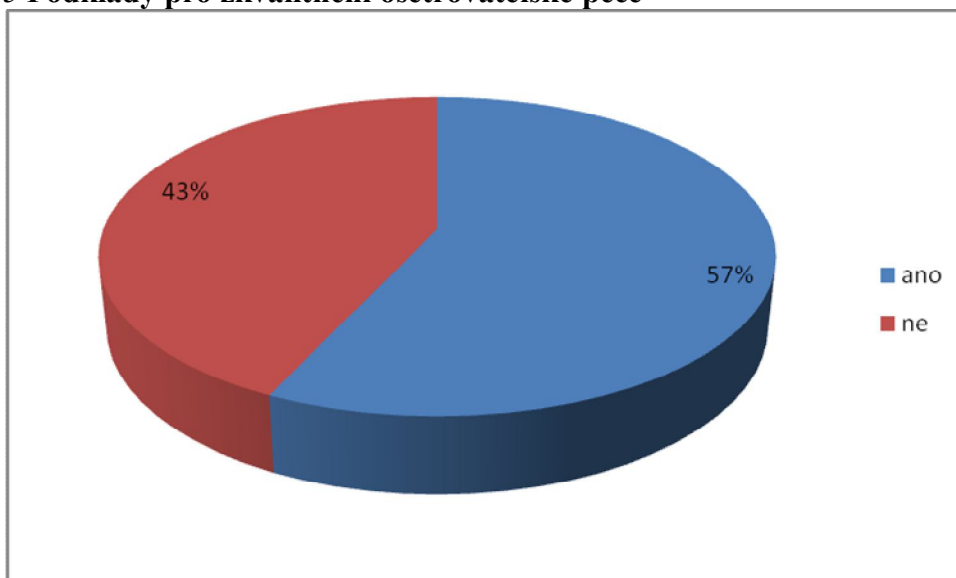
91% (85) vrchních sester uvedlo, že jsou sestry na jejich odděleních za předložení návrhu změny, která zvýší kvalitu ošetrovatelské péče pozitivně hodnoceny. 88% (75) vrchních sester uvedlo, že své sestry po předložení návrhu pochválí, 1 % (1) vrchních sester za návrh poděkuje a 11 % (9) vrchních sester poskytne navrhuující sestře finanční odměnu.

Graf 14 Nedostatek jiných pozitivních hodnocení



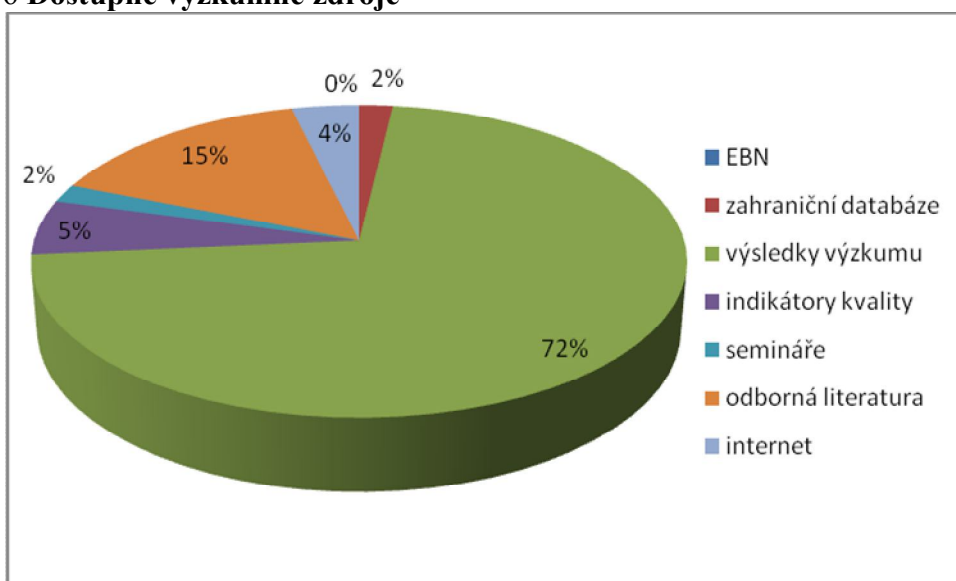
76 % (71) vrchních sester by rádo použilo na svém oddělení i jiný druh pozitivního hodnocení sester, po tom, když sestry předloží návrh na změnu, která zvýší kvalitu ošetrovatelské péče, 24 % (22) vrchních sester považuje současné možnosti pozitivního hodnocení členů svého týmu za dostačující.

Graf 15 Podklady pro zkvalitnění ošetrovatelské péče



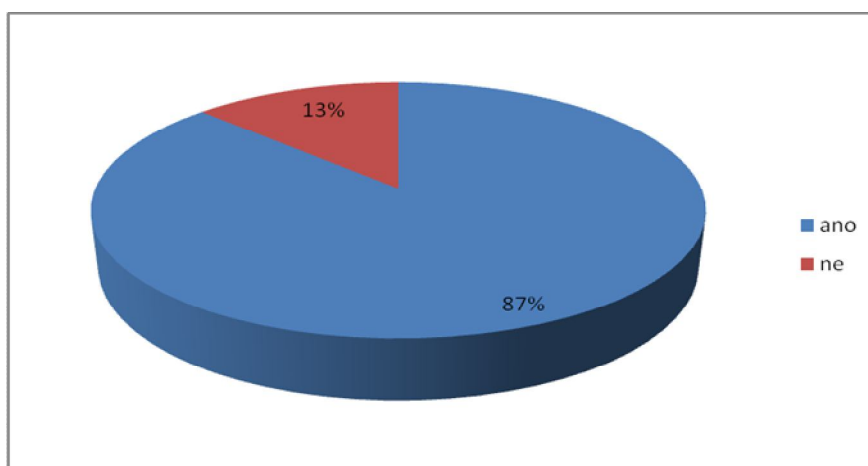
57 % (53) vrchních sester uvedlo, že ve své nemocnici mají možnost využívat výzkumné zdroje jako podklad pro vyhledávání informací, které slouží k zavádění změn, které zvýší kvalitu péče o pacienty, 43 % (40) vrchních sester uvedlo, že tuto možnost nemá.

Graf 16 Dostupné výzkumné zdroje



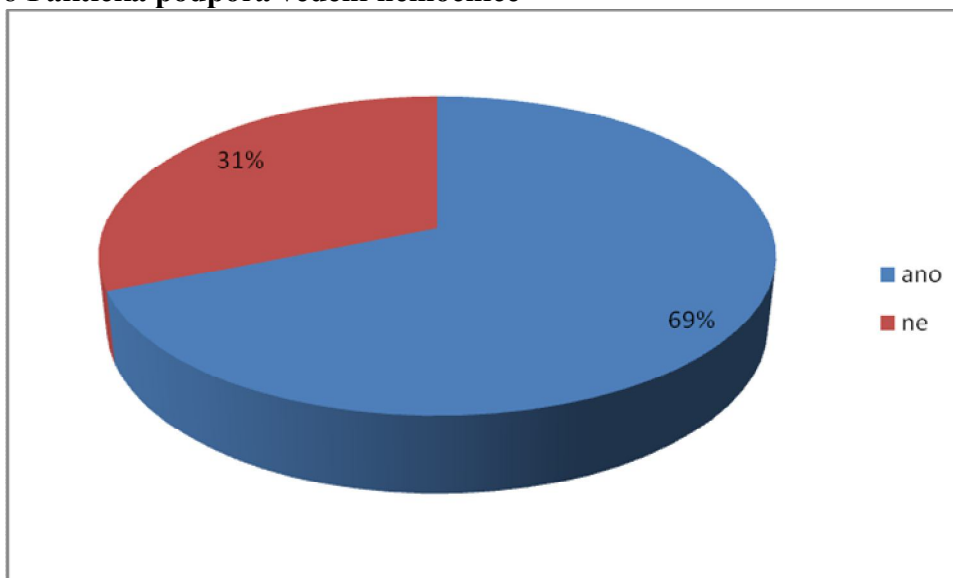
Zahraniční databáze mají možnost využívat 2 % (1) vrchních sester, 72 % (38) vrchních sester může využít výsledků výzkumu, EBN nemají možnost využívat v žádné nemocnici, 5 % (3) vrchních sester mohou využít indikátorů kvality. 2 % (1) vrchních sester má možnost využívat odborné semináře, 4 % (2) vrchních sester má možnost používat internet a 15 % (8) vrchních sester může použít odbornou literaturu.

Graf 17 Vedení k zavádění změn



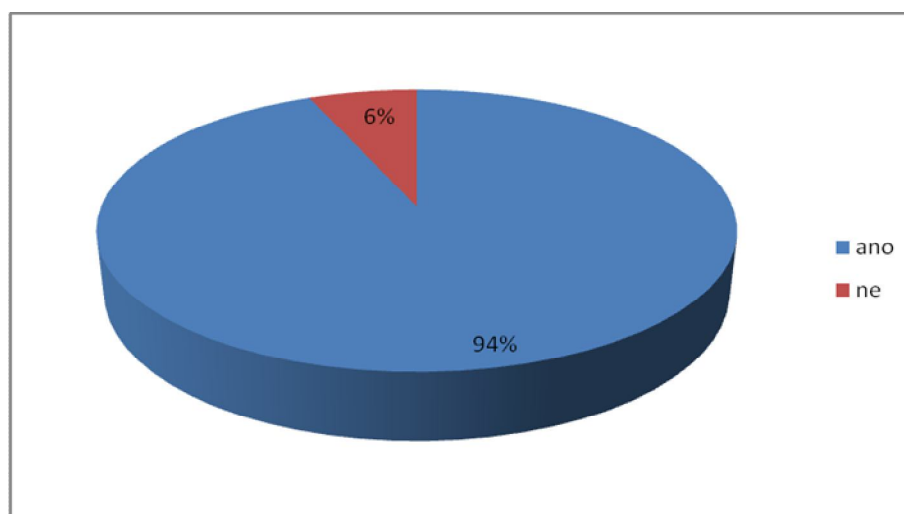
Vedení po 87 % (81) vrchních sestřách vyžaduje zavádění změn, které vedou ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, 13 % (12) vrchních sester uvedlo, že vedením není vyžadováno zavádění změn vedoucích ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče.

Graf 18 Faktická podpora vedení nemocnice



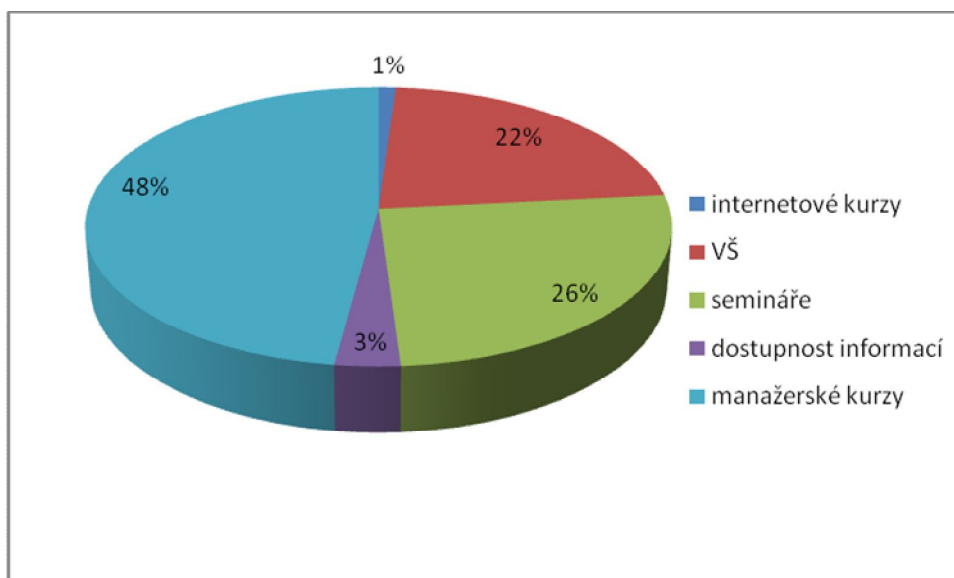
69 % (64) vrchních sester dostává od top managementu nemocnice osobní, časovou případně finanční podporu při zavádění změn, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče, 31 % (29) vrchních sester se nedostává podpory vedení nemocnice.

Graf 19 Podpora top managementu v nových poznatcích z oblasti vedení a řízení



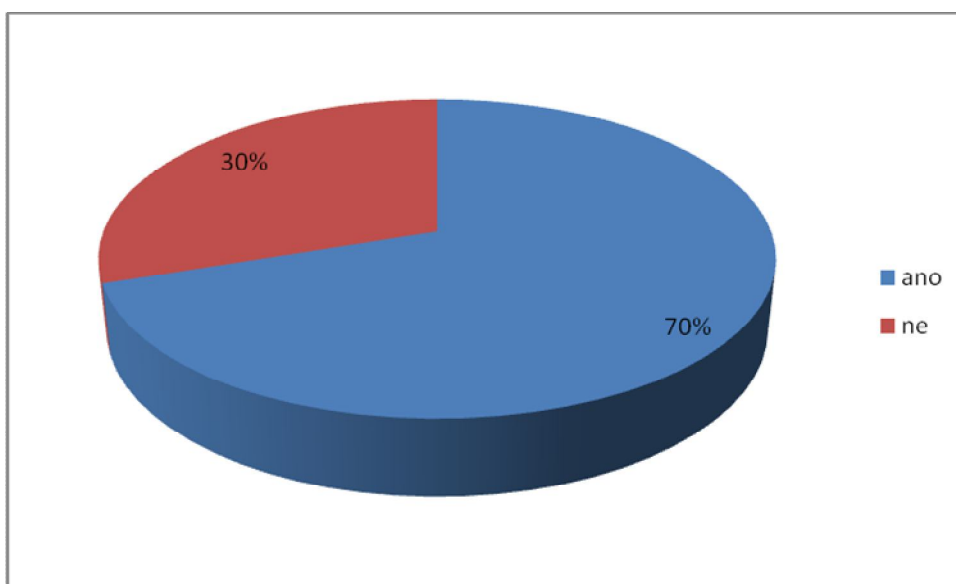
Top management podporuje vrchní sestry v 94 % (87) při zvyšování vědomostí a dovedností v oblasti managementu, 6 % (6) vrchních sester vedením v dalším vzdělávání podporováno není.

Graf 20 Nabízené formy dalšího vzdělání v oblasti managementu



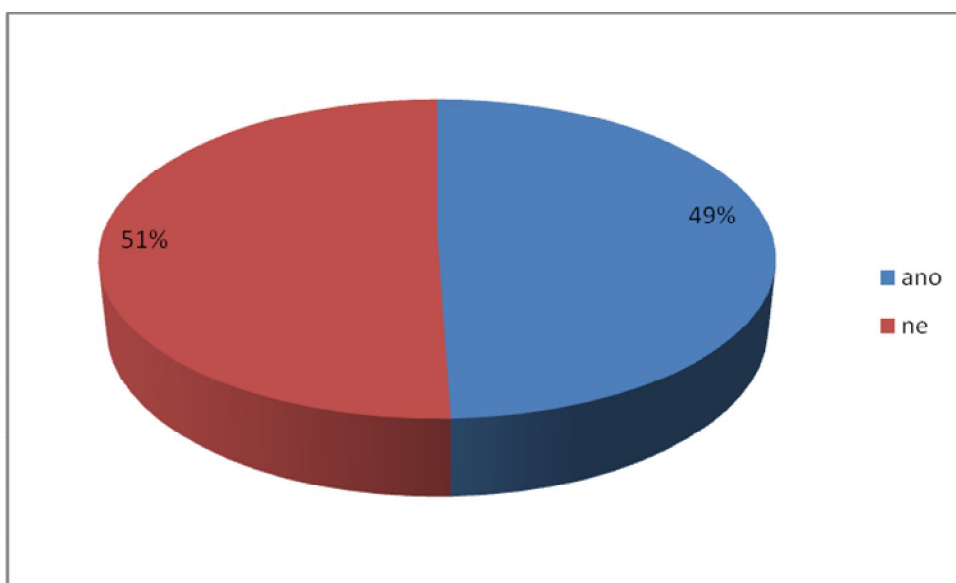
Top management nabízí 1 % (1) vrchních sester internetové kurzy, 22 % (21) umožňuje studium VŠ, 26 % (24) vrchních sester umožňuje prohlubování vědomostí pomocí seminářů, 3 % (3) vrchních sester má dostupný dostatek potřebných informací, a 48 % (45) vrchních sester má možnost dalšího studia prostřednictvím manažerských kurzů.

Graf 21 Tvorba standardů jako součást náplně práce vrchních sester



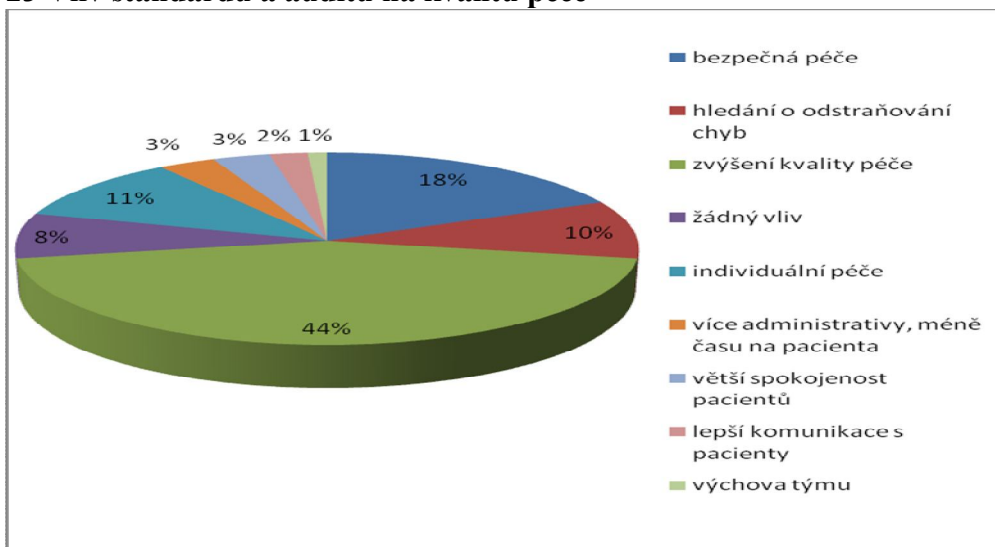
70 % (65) vrchních sester má ve své náplni práce tvorbu standardů, 30 % (28) dotazovaných vrchních sester tvorbu standardů v náplni práce nemá.

Graf 22 Členství v auditorském týmu, jako součást náplně práce vrchních sester



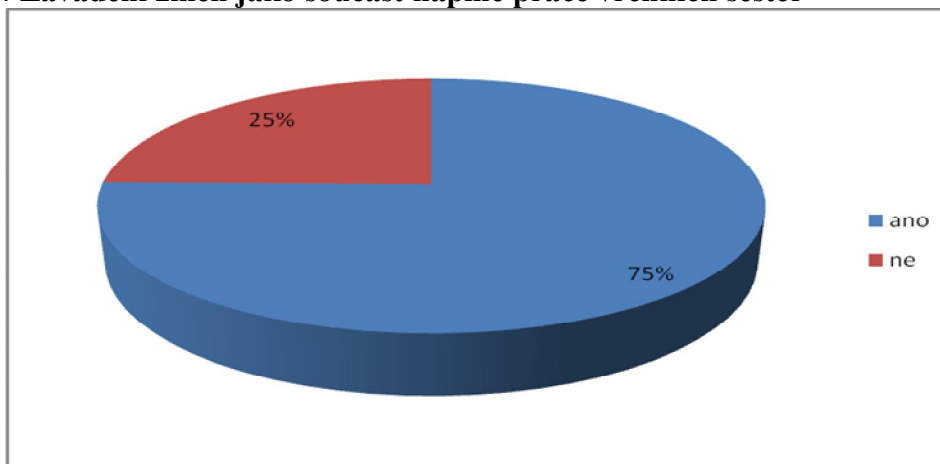
49 % (46) vrchních sester má ve své náplni práce být členkou auditorského týmu, 51 % (47) dotazovaných vrchních sester toto v náplni práce nemá.

Graf 23 Vliv standardů a auditů na kvalitu péče



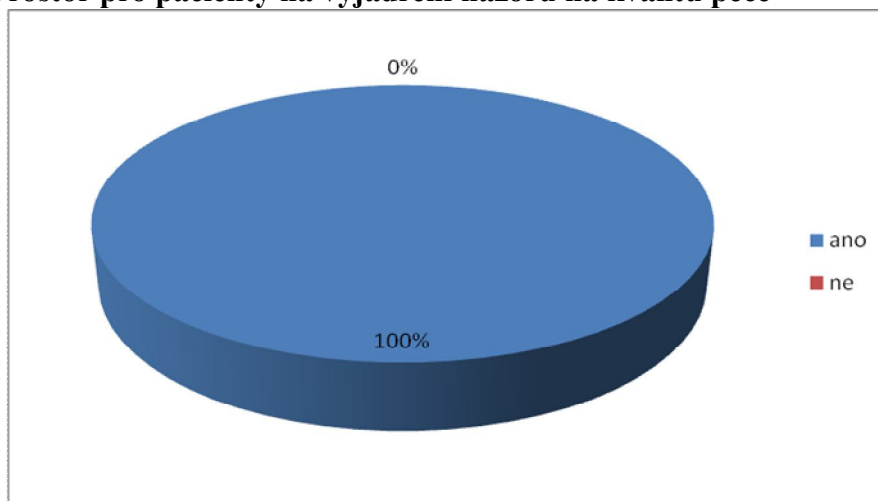
18 % (17) vrchních sester uvádí, že díky standardům a auditům se stává péče o pacienty bezpečnější, 10 % (9) vrchních sester umožňuje hledání a odstraňování chyb, 44 % (41) vrchních sester uvedlo zvýšení kvality ošetrovatelské péče, 8 % (10) vrchních sester považuje péči za více individuální, 3 % (3) vrchních sester má díky standardům a auditům méně času na pacienty, 3 % (3) vrchních sester uvádí, že pacienti jsou s péčí více spokojeni, 2 % (2) vrchních sester uvádí lepší komunikaci s pacienty a 1 % (1) vrchních sester díky standardům a auditům lépe formuje a vychovává tým, který poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči.

Graf 24 Zavádění změn jako součást náplně práce vrchních sester



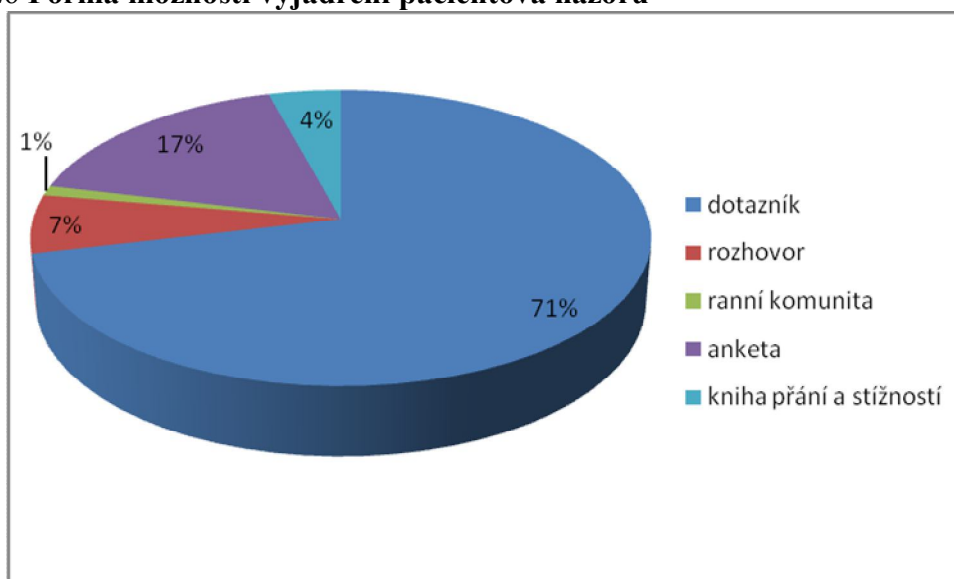
75 % (70) vrchních sester má jako součást pracovní náplně i aktivní podílení se na zavádění změn, které zvýší kvalitu péče o pacienty, 25 % (23) vrchních sester aktivní zavádění změn v náplni práce nemá.

Graf 25 Prostor pro pacienty na vyjádření názoru na kvalitu péče



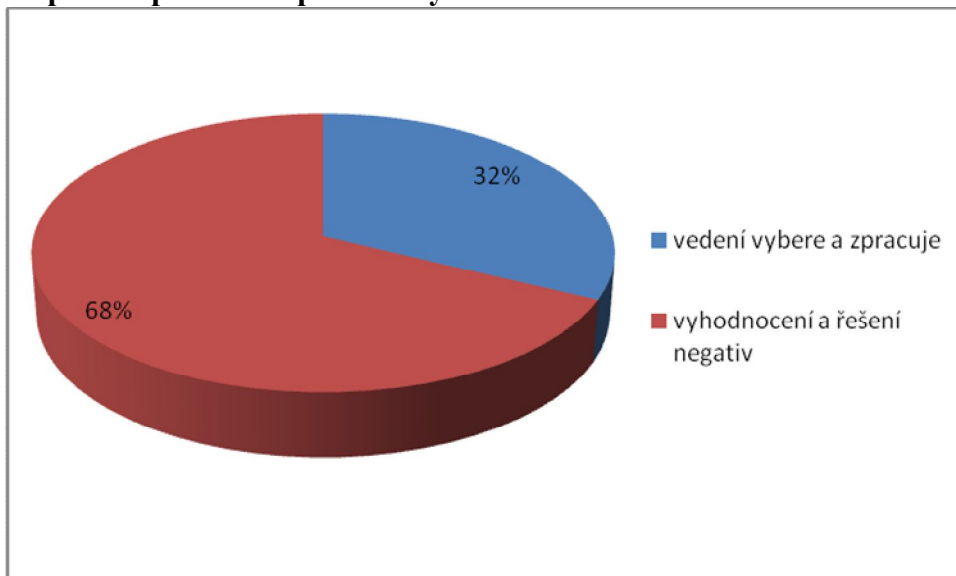
Ve všech nemocnicích, kde bylo prováděno šetření mají pacienti prostor k vyjádření názoru na kvalitu ošetrovatelské péče.

Graf 26 Forma možnosti vyjádření pacientova názoru



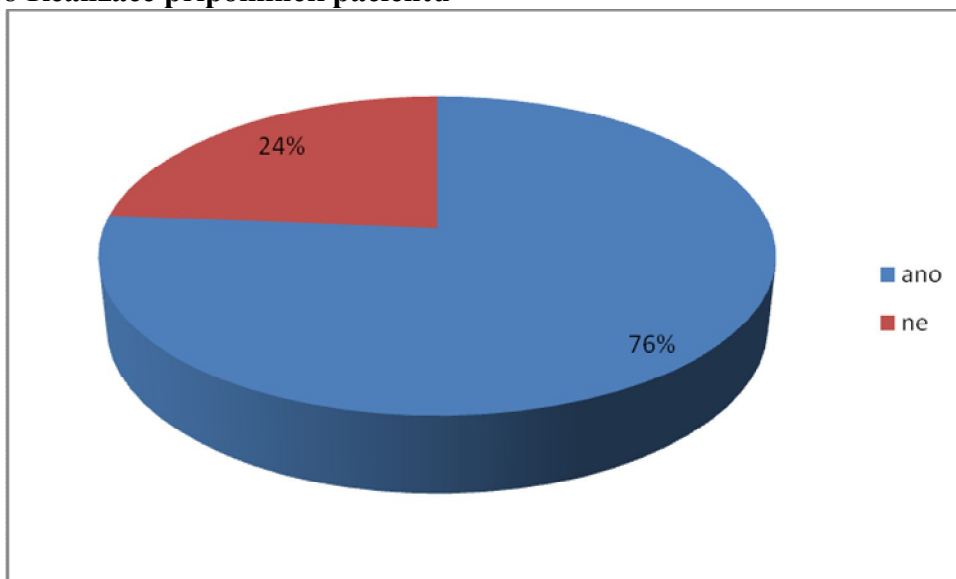
71 % (67) pacientů má možnost se vyjádřit pomocí dotazníků, 7 % (6) pacientů své názory může sdělit v průběhu rozhovoru, 1 % (1) pacientů se může vyjádřit na ranních komunitách, 17 % (16) své názory sděluje pomocí ankety a 4 % (4) pacientů mohou využít knihu přání a stížností pro sdělení svých názorů.

Graf 27 **Způsob zpracování pacientových názorů**



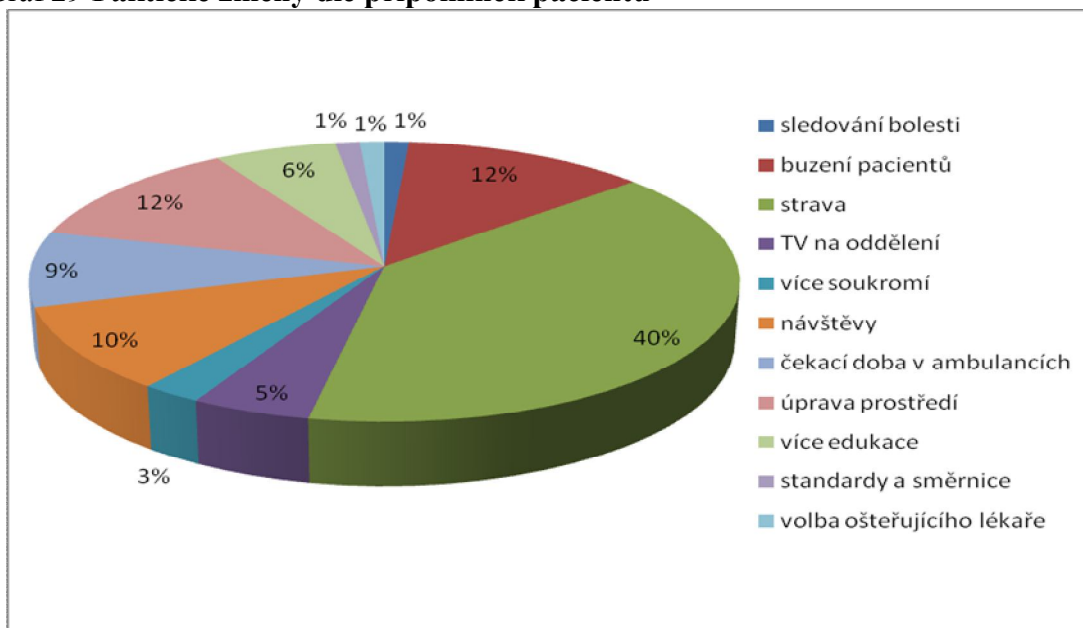
68 % (63) vrchních sester uvedlo, že v jejich nemocnici jsou názory pacientů vyhodnoceny a snaží se o řešení negativ, 32 % (30) vrchních sester udává, že názory pacientů vybere a zpracuje vedení.

Graf 28 **Realizace připomínek pacientů**



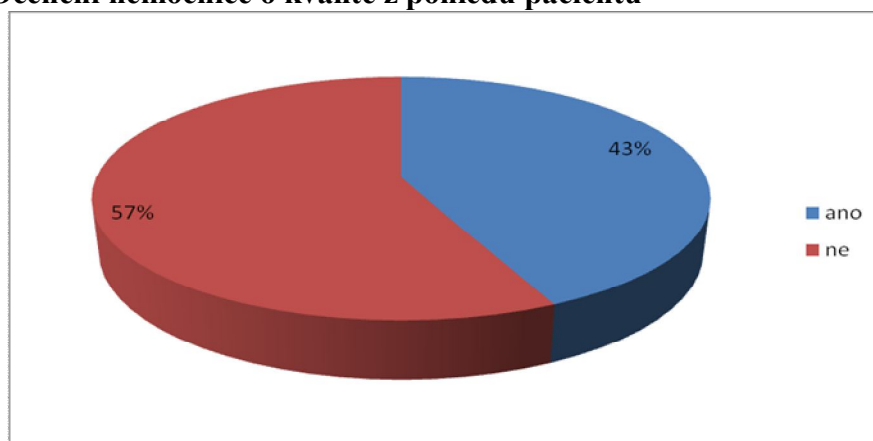
76 % (71) vrchních sester uvedlo, že nemocnice reaguje na podněty od pacientů a uvedlo konkrétní řešení jejich námitek, 24 % (22) vrchních sester udává, že se připomínky pacientů v praxi nijak neodrazily.

Graf 29 Faktické změny dle připomínek pacientů



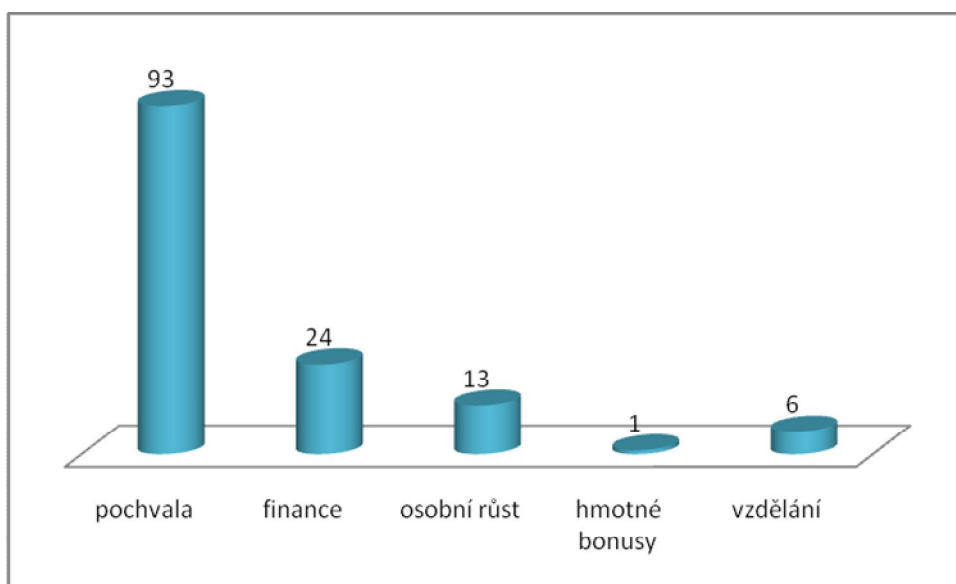
Sledování bolesti zavedlo 1 % (1) vrchních sester jako reakci na připomínky pacientů, 12 % (10) buzení pacientů, 40 % (32) změnilo oblast stravy, 5 % (4) zvýšilo počet televizorů na oddělení, 3 % (2) zajistily pacientům více soukromí, 10 % (8) prodloužilo dobu návštěv, 9 % (7) uvedlo jako změnu kratší čekací dobu v ambulancích. Úprava prostředí na popud pacientů proběhla u 12 % (10) vrchních sester, 6 % (5) zajistilo větší rozsah edukace, 1 % (1) upravilo směrnice a standardy, podle připomínek pacientů a 1 % (1) umožnilo pacientům volbu ošetřujícího lékaře.

Graf 30 Ocenění nemocnice o kvalitě z pohledu pacientů



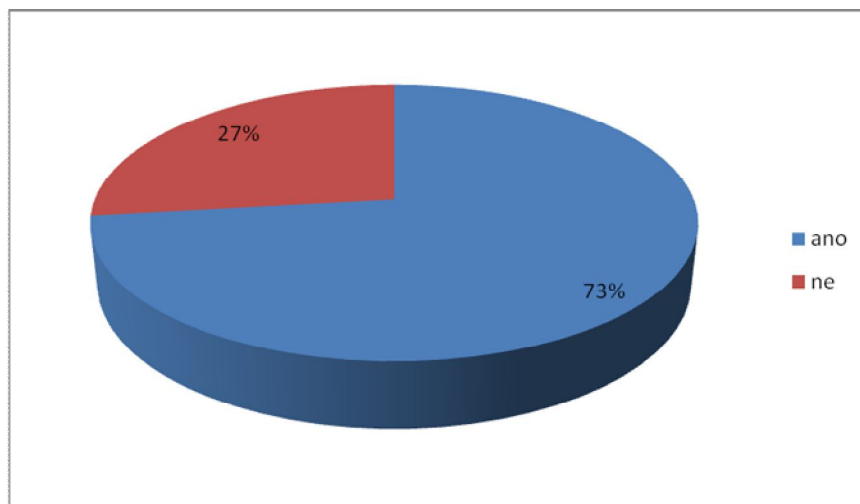
43 % (40) nemocnic obdrželo určité ocenění o kvalitě péče z pohledu pacientů, 57 % (53) nemocnic žádné ocenění o kvalitě péče z pohledu pacientů nezískalo.

Graf 31 **Způsob motivace podřízených pracovníků vrchními sestrami**



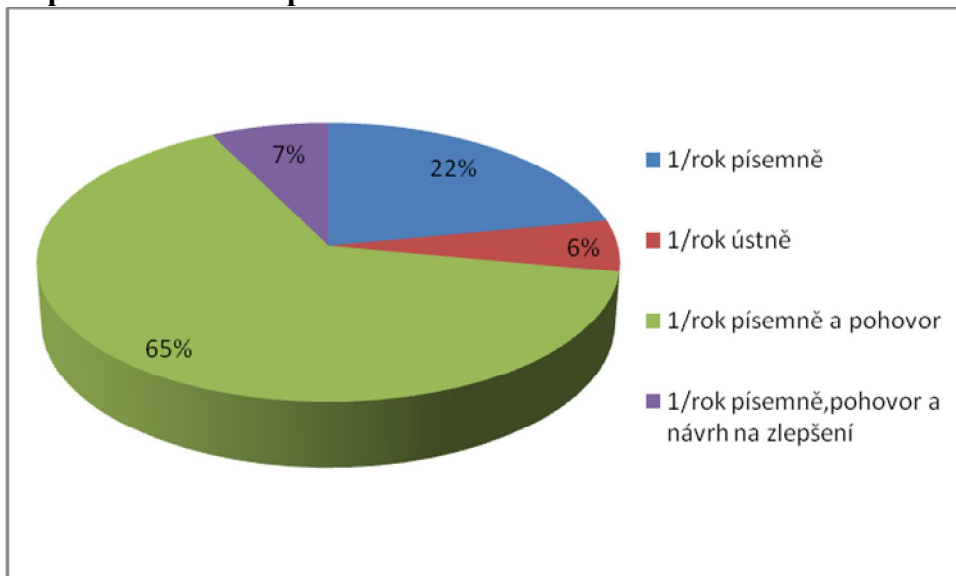
Pomocí pochvaly motivuje své podřízené všech 93 dotazovaných vrchních sester, mimo pochvalu jich 24 užívá finance, 13 osobní růst zaměstnanců, 1 hmotné bonusy a v 6 případech uvedly vrchní sestry jako motivaci umožnění vzdělání svých podřízených.

Graf 32 **Hodnocení pracovníků**



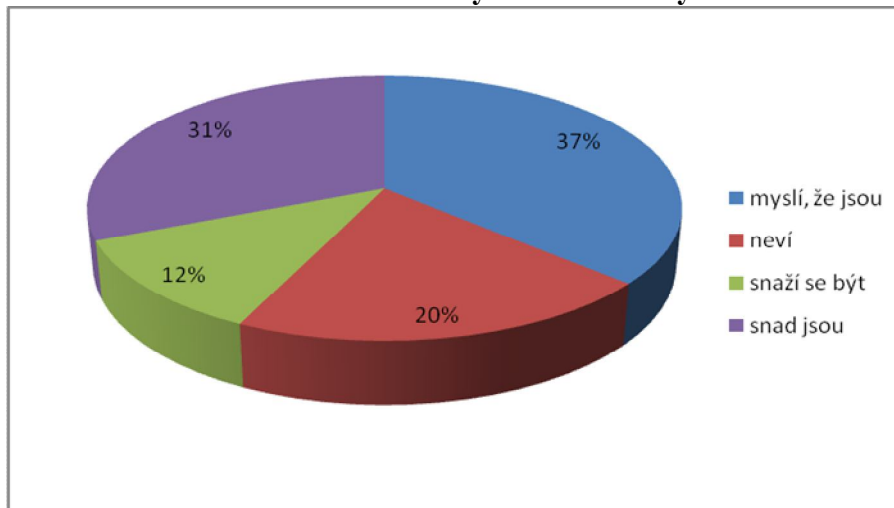
73 % (68) vrchních sester provádí pravidelně hodnocení svých pracovníků, 27 % (25) dotazovaných vrchních sester hodnocení pracovníků neprovádí.

Graf 33 **Způsob hodnocení pracovníků**



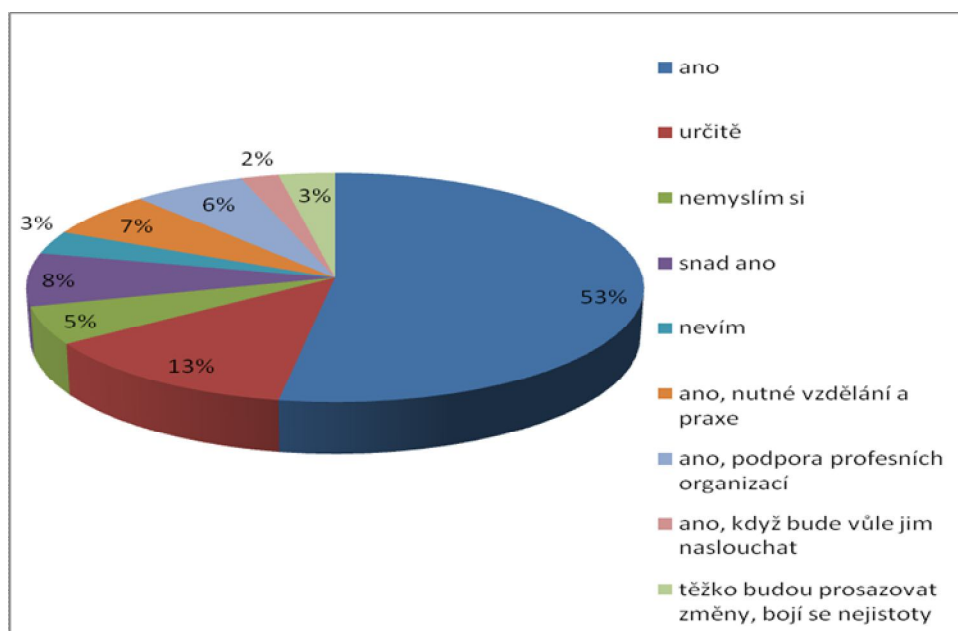
Jednou ročně a pouze písemně provádí hodnocení svých pracovníků 22 % (15) vrchních sester, 6 % (4) vrchních sester hodnotí pracovníky jednou ročně pouze ústně, 65 % (44) vrchních sester provádí v každoročním hodnocení kombinaci písemného hodnocení s pohovorem a 7 % (5) vrchních sester jednou za rok své pracovníky písemně i ústně zhodnotí a snaží se společně nalézt návrhy na zlepšení pracovníků.

Graf 34 **Vlastní mínění vrchních sester o svých manažerských kvalitách**



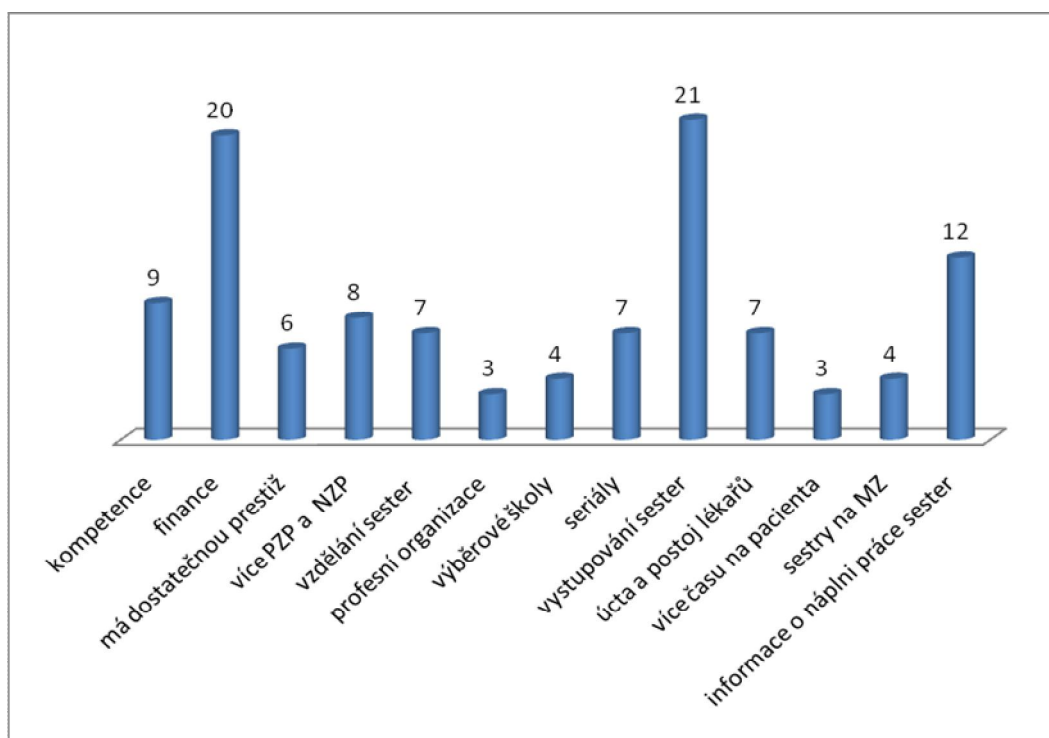
37 % (34) dotazovaných vrchních sester si myslí, že jsou dobrými manažery, 20 % (19) vrchních sester neví, jestli vedou dobře svůj tým, 12 % (11) vrchních sester se snaží dobře vést svůj tým a 31 % (29) vrchních sester doufá, že snad jsou dobrými manažery.

Graf 35 Prosazování změn k osamostatnění ošetřovatelství



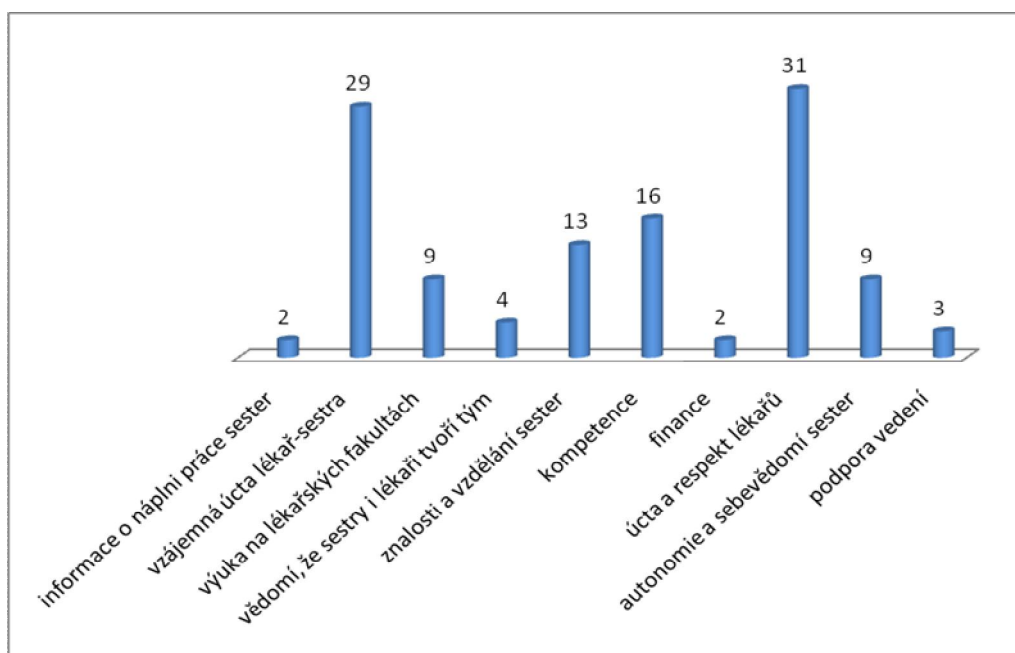
53 % (49) vrchních sester uvádí, že prosazování změn, které zkvalitní péči o pacienta pomůže samostatnosti ošetřovatelství jako oboru, 13 % (12) je o tom dokonce určitě přesvědčeno, 5 % (5) vrchních sester si nemyslí, že prosazování změn pomůže samostatnosti ošetřovatelství, 8 % (7) vrchních sester doufá, že snad ano, 3 % (3) vrchních sester neví, 7 % (6) vrchních sester uvádí, že ke změnám je nutné vzdělání a praxe, 6 % (6) vrchních sester uvádí že k samostatnosti oboru bude nutné prosazovat změny a mít podporu profesních organizací, 2 % (2) vrchních sester uvádí, že změny bude možné prosadit, jen když bude vůle okolí jim naslouchat a 3 % (3) vrchních sester uvádí, že sestry budou jen těžko prosazovat změny, protože se bojí nejistoty.

Graf 36 Faktory zvyšující prestiž povolání zdravotních sester



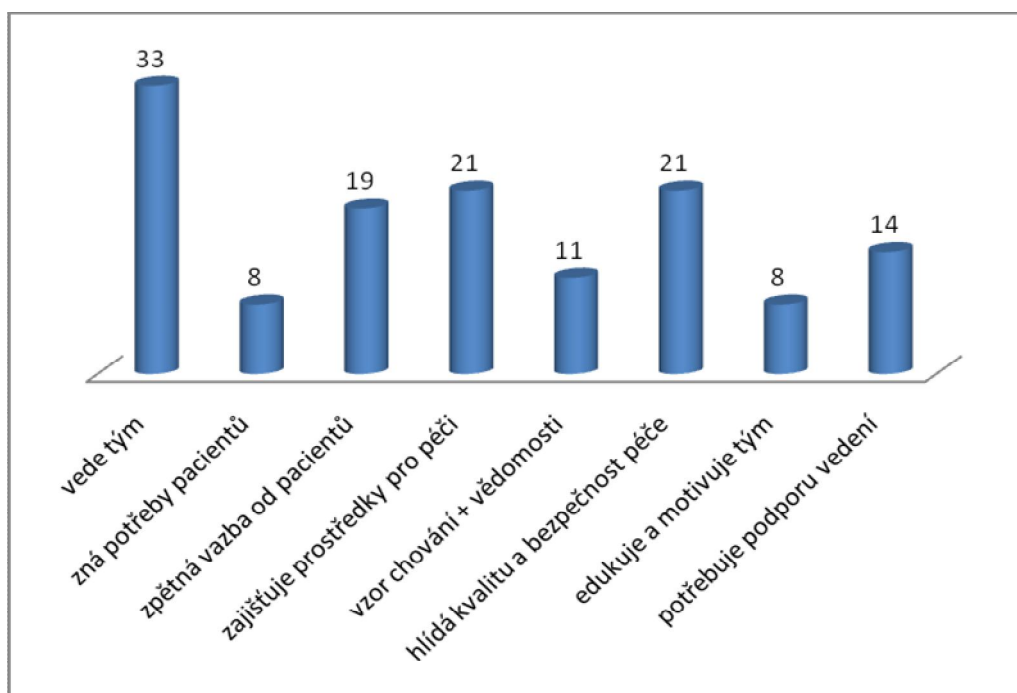
Vrchní sestry měly možnost uvést i více faktorů, které ovlivní prestiž povolání zdravotních sester a proto jsou četnosti uvedeny v reálných číslech, ne v procentech. Vrchní sestry považují kompetence 9x za faktor ovlivňující prestiž povolání zdravotní sestry, finance 20x, vzdělání sester 7x, profesní organizace 3x, výběrové školy 4x, role sester v seriálech 7x, vystupování sester 21x, úcta a postoj lékařů 7x, více času na pacienta 3x, sestry na ministerstvu zdravotnictví 4x, informace o náplni práce sester 12x. Podle vrchních sester ovlivní prestiž zdravotní sestry a počet NZP a PZP a to 8x, ale 6 vrchních sester uvádí, že povolání zdravotní sestry má dostatečnou prestiž.

Graf 37 Faktory ovlivňující postavení sester vůči lékařům



Vrchní sestry měly možnost uvést i více faktorů, které ovlivní postavení sester vůči lékařům a proto jsou četnosti uvedeny v reálných číslech, ne v procentech. Informace o náplni práce vrchních sester uvedly 2 vrchní sestry, vzájemná úcta lékař – sestra uvedlo 29x, změnu výuky na lékařských fakultách uvedly vrchní sestry 9x, vědomí, že sestry i lékaři tvoří tým, který pečuje o pacienty uvedly 4x, znalosti a vzdělání sester uvedly 13x, kompetence sester uvedly 16x, finance uvedly vrchní sestry 2x, úctu a respekt lékařů uvedly 31x, autonomii a sebevědomí sester uvedly vrchní sestry 9x a podporu vedení uvedly 3x vrchní sestry jako faktor, který ovlivňuje postavení sestry vůči lékaři.

Graf 38 Vliv vrchních sester na kvalitu ošetrovatelské péče



Tento graf znázorňuje odpovědi vrchních sester na otevřenou otázku, jak vrchní sestra ovlivňuje péči o pacienty. Četnosti jsou uvedeny v reálných číslech, ne v procentech. Všechny vrchní sestry se shodly (93), že vliv vrchních sester na kvalitu péče je „velký“, některé uváděly dokonce „největší“. Vliv na kvalitu péče má podle 33 vrchních sester vedení týmu, znalost potřeb pacientů dle 8 vrchních sester, 19 jich získává zpětnou vazbu o kvalitě péče od pacientů, 21 vrchních sester zajišťuje prostředky a pomůcky potřebné pro péči, vrchní sestra je vzorem v chování a vědomostech podle 11 vrchních sester, hlídání kvality a bezpečnosti péče uvedlo 21 vrchních sester, edukaci a motivaci týmu uvedlo 8 vrchních sester a 14 vrchních sester dodalo, že aby mohly dobře a efektivně pracovat, potřebují k tomu podporu vedení nemocnice.

4.2 Kvalitativní šetření

Rozhovor 1

Tato vrchní sestra vede chirurgické oddělení, je jí 36 let. Ve zdravotnictví pracuje 14 let a v manažerské pozici je 2,5 roku. Vystudovala střední zdravotnickou školu a má magisterské vysokoškolské vzdělání, dále absolvovala dva manažerské kurzy. Na oddělení které vede, pracovala i jako sestra ve směnném provozu.

Když se snaží na svém oddělení zavádět nějaké změny, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče, nejčastěji postupuje tak, že si změnu sama promyslí, pak ji navrhne na daném úseku, kterého se změna týká a potom společně se sestrami z oddělení o dané problematice diskutují a snaží se nalézt společně nejvhodnější řešení. Tento způsob volí sice nejčastěji, ale není pravidlem. Někdy se postup liší a to podle okolností. Tato vrchní sestra uvedla, že postup je závislý hlavně na tom, čeho se změna týká a jak bude náročná. V některých situacích je nucena postavit personál „před hotovou věc“, že se daná situace bude řešit tímto způsobem. Tento způsob se snaží ale minimalizovat, neboť si je vědoma, že není v týmu lidí, které vede příliš populární.

Jako největší překážku při zavádění změn, které zvyšují kvalitu ošetrovatelské péče považuje špatné podání od vedoucích pracovníků. A to, že vedoucí týmu nevysvětlí sestram důvod změny a její přínos, buď pro pacienty nebo pro personál. Dalším faktorem, který ovlivňuje pracovníky při zavádění změn je jejich nízká motivace. Tyto překážky se snaží tato vrchní sestra překonávat pomocí efektivní komunikace. Snaží se s lidmi ve svém týmu o problémech hovořit. Zavádí-li na svém oddělení nějakou změnu, snaží se do problému tým zapojit a nadchnout je pro nové věci.

Tato vrchní sestra se snaží svůj tým stále motivovat k tomu, aby dával podněty pro změny, které se odráží na kvalitě péče. Opakuje jim, že *změny jsou dobré pro pacienty, ale i pro personál*. Sestry na tomto oddělení možnosti pro navrhování změn využívají. Vrchní sestra uvedla, že z počátku to byl sice problém, aby sestry nebyly jen pasivními příjemci, ale postupem času se jejich přístup změnil. Vrchní sestra svůj tým za předložení návrhů na zvýšení kvality ošetrovatelské péče kladně hodnotí. Sestry jsou chváleny a je poukazováno na efektivnost změn. Když má možnost, užívá i finančního ohodnocení, ale to vzhledem k tomu, že pracuje v akciové společnosti není tak časté.

Kdyby měla možnost, motivovala by svůj tým ve větší míře financemi a také hmotnými bonusy, a to např. masáže, fitness nebo relaxační pobyty.

Tato vrchní sestra si myslí, že aby nebyly sestry považovány jen za asistentky lékaře, bylo by dobré se pokusit změnit myšlení lékařů. Je si vědoma, že je to velmi náročné a bylo by potřeba na jejich přístupu začít pracovat již v rámci studia a dále vhodnými vzory v praxi. Uvádí, že mladí lékaři velmi často podléhají stereotypům chování na pracovišti, na které přicházejí.

Rozhovor 2

Tato vrchní sestra vede interní oddělení a je jí 56 let. Ve zdravotnictví pracuje 31 let a v manažerské pozici je již 16 let. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu a PSS v Brně se specializací v managementu. Tato vrchní sestra pracovala jako sestra u lůžka, které vede.

Vrchní sestra uvedla, že vzhledem k akreditaci vycházely změny hlavně ze směrnic. Tyto změny vrchní sestra delegovala na staniční, které s nimi seznamovaly sestry ve směnném provozu. Ale i tak se snažila, aby měly sestry možnost se k těmto změnám vyjádřit a aby byl brán na jejich připomínky zřetel. *Jestliže se změna týká pouze našeho oddělení, snažíme se společně se sestrami hledat problém a jeho řešení*, uvedla vrchní sestra. Vzhledem k tomu, že se změny týkají sester, snaží se již od začátku, kdy je v pozici vrchní sestry postupovat tímto způsobem. Změnu se sestrami probrat a hledat nejvhodnější řešení, když se toto řešení neosvědčí, k problému se vrací hledají jiné možnosti. Uvedla ale také, že když přijdou určitá nařízení od vedení nemocnice v podobě směrnic, své zaměstnance na ně upozorní, a s odstupem kontroluje jejich dodržování.

Tato vrchní sestra uvedla, že největší překážkou při zavádění změn v její nemocnici bylo, že sestry v období akreditace byly neustále *bombardovány* změnami, aby nemocnice splňovala podmínky akreditační komise. Sestry byly nespokojené, že již vlastně neví, jak postupovat správně. Tento problém se snažila řešit komunikací. Častěji než obvykle svolávala staniční sestry, které seznamovala se změnami a jak prakticky se v práci sester tyto změny odrazí. Staniční sestry poté informace předávaly dál svým sestram na oddělení.

Sestry na oddělení této vrchní sestry mají možnost navrhopvat změny, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče, jsou s touto možností seznámeny. Jak ale uvedla námi oslovená vrchní sestra, v období po akreditaci žádné návrhy od sester nepřicházely, tuto situaci si vysvětluje velkou zátěží sester v období akreditace a velkým množstvím změn, se kterými se sestry sžívaly. Tato situace se však podle jejích slov již upravuje, sestry čas od času upozorní na něco, co by se dalo zlepšit. Tato vrchní sestra uvedla, že své sestry za předložení návrhu na zvýšení kvality ošetrovatelské péče pozitivně hodnotí. Své sestry chválí a to nejen přímo je osobně, ale i při schůzkách s hlavní sestrou. Když má možnost, snaží se iniciativu sester ocenit i finančně.

Vrchní sestra uvedla, že se podle jejího posouzení, za dobu, kdy je v praxi, přístup lékařů k sestrám změnil. Sestry mají k lékařům daleko otevřenější vztah a často společně diskutují o problémech pacientů. Dodává ale také, že záleží, do jakého kolektivu se nový lékař dostane, jaké vidí chování mezi svými kolegy a sestrami. Přístup se odvíjí také podle toho, jaké chování a přístup si nechají sestry od lékařů líbit. A co se týče změny v očích veřejnosti, myslí si, že by pomohlo větší množství pomocného personálu, aby se mohly sestry věnovat odborným činnostem.

Rozhovor 3

Tato vrchní sestra vede dětské oddělení, je jí 39 let a ve zdravotnictví pracuje 17 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, vyšší odbornou školu se specializací dětská sestra, vysokou školu ukončila s titulem bakalář a v průběhu praxe absolvovala manažerský kurz, v pozici manažera je 4,5 roku. Pracovala na dětském oddělení, ale ne na oddělení, které vede.

Tato námi oslovená vrchní sestra na otázku jak na svém oddělení postupuje při zavádění změn v rozhovoru uvedla, že vedení nemocnice většinou vydá nařízení, vyhlášku nebo směrnici, ve které je změna zakotvena a je jen na ní, jak tento fakt zavede do praxe. Jedná-li se o změnu legislativy, která je většinou celonemocniční, např. různé druhy záznamových listů-edukace, bolest, sestry s dokumenty seznámí a vysvětlí, jak s nimi pracovat. Následně během průběžných návštěv na oddělení a při kontrole dokumentace sleduje, jak sestry s dokumenty pracují. Je-li třeba, znovu informuje o správné práci s dokumenty. Vrchní sestra uvedla, že když se změna týká jen jejího oddělení, snaží se dát sestrám prostor k diskuzi o problémech, které se v praxi

vyskytly. Sestry mají možnost navrhnout, jak problém řešit. Vrchní sestra uvedla, že postup zavádění změn, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče se liší podle rozsahu a charakteru změny, která je aktuálně řešena.

Za největší překážku, při zavádění změn zvyšujících kvalitu péče považuje starší sestry, které už se nechtějí učit nic nového. Chybou je podle ní také, když vedoucí neumí svůj tým zaujmout nebo ho nadchnout pro efektivitu změny. Tyto překážky se snaží ve svém týmu překonat pomocí vysvětlování, poskytování dostatku informací a umožnění prostoru pro diskuzi. A jak řeší nepružné starší sestry? Uvedla, že není možné se sester od určitého věku zbavovat, tyto sestry mají mnoho zkušeností, které v průběhu praxe posbíraly. Snaží se na svém oddělení kombinovat „mladé“ a „staré“ sestry. Mladé dokážou starší motivovat a přimět k aktivitě svým zapálením a naopak starší jim předávají své zkušenosti. Když to v praxi takhle funguje, je toto řešení ideální pro obě strany.

Sestry mají možnost na oddělení této vrchní sestry být iniciátorkami změn, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče. Uvedla také, že jsou to změny, které se týkají jejich oddělení. Sestry o této možnosti ví, ale většinou změny moc nenavrhují. Aktivnější jsou tehdy, když je změna předložena a ony většinou s odstupem navrhnou, jiný způsob řešení. Sestry motivuje pochvalou, jinou možnost ani nemá a je jí to líto. Jinak se snaží své sestry podporovat v diskuzi k danému problému a způsobu řešení, sestry mají možnost své názory delegovat i přes staniční sestry.

Podle jejího názoru by k tomu, aby nebyly sestry považovány jen za asistentky lékaře pomohlo, aby sestry měly více kompetencí. Pacienti by pak měli možnost vidět, že sestra rozhoduje v některých situacích samostatně. Bylo by také vhodné, aby ke kompetencím přibyly sestrám i finance. Považuje to za efektivní zúročení vysokoškolského studia, které je po sestřích požadováno.

Rozhovor 4

Této vrchní sestře je 47 let, vede oddělení následné péče, má 19 let odborné praxe a 9 let je v manažerské pozici. Vystudovala střední zdravotnickou školu a absolvovala několik manažerských kurzů. Tato vrchní sestra pracovala jako sestra ve směnném provozu na oddělení, které vede.

Jestliže je potřeba na jejím oddělení zavést do praxe nějakou změnu, která zvýší kvalitu ošetrovatelské péče, změnu sama navrhne na úseku, kterého se změna týká a dá sestřám určitý čas, aby měly možnost si postup vyzkoušet a pak se jich ptá, jak se změna osvědčila v praxi. *Je jasné, že většina změn není z počátku provázena „nadšením“, ale sestry se postupně se změnou sžívají.* Je-li změna provázena velkými problémy, chce je od sester slyšet a snaží se je řešit. Sestry mají možnost předložit návrhy na řešení problému. Tato vrchní sestra většinou postupuje při zavádění změn stejným způsobem. Uvedla, že tento způsob se jí v průběhu praxe osvědčil.

Za největší problém při zavádění změn tato vrchní sestra považuje vyčerpání sester, pro které znamená další učení a zažívání si nových postupů další náročný úkol. Tuto skutečnost se snaží překonat tak, že se snaží svým sestřám vysvětlit, že když budou dělat určité věci jinak, bude to lepší jak pro pacienty, tak pro personál. Jedná-li se o změnu, která ušetří náklady, poukazuje i na tento fakt.

Sestry, které pracují na tomto oddělení, mají možnost navrhopvat změny, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče. Ale jak tato vrchní sestra uvedla, sestry jsou v této oblasti spíše pasivními příjemci. Sestry o možnosti navrhování změn, které budou využity ve prospěch pacienta vědí, ale vrchní sestra uvedla, že si je vědoma, že by jim tuto skutečnost mohla opakovat častěji. Jestliže se objeví nějaký návrh na změnu, snaží se iniciátorku i všechny zúčastněné chválit. Myslí si, že když by měla možnost využívat finance, byla by iniciativa sester daleko větší.

Tato vrchní sestra si nemyslí, že jsou sestry považovány jen za asistentky lékaře. Sesterské povolání je v žebříčku povolání na poměrně vysoké pozici. Myslí si, že ten kdo má s hospitalizací nějaké zkušenosti, si je dobře vědom, co sesterská profese obnáší, co všechno musí sestra zvládnout, a že není jen závislá na lékaři. Uvedla také, že ten, kdo hospitalizován nebyl nebo jemuž neležel v nemocnici někdo blízký a nechce-li přijmout samostatnost sester, tomu nepomůže vysvětlování ani články nebo pořady v médiích. Co by konkrétně měly dělat, aby nebyly považovány za asistentky lékaře vrchní sestra uvedla, že by měly slušně jednat s lidmi a umět vysvětlit a odborně odůvodnit výkony, které vykonávají.

Rozhovor 5

Tato vrchní sestra vede kardiochirurgické oddělení, je jí 44 let, má 25 let odborné praxe a v manažerské pozici je 11 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, má ARIP specializaci, vysokou školu ukončila magisterským titulem a v průběhu manažerské praxe absolvovala několik manažerských kurzů. Vede oddělení, kde nepracovala jako sestra u lůžka.

Při zavádění změn na jejím oddělení, vedení informuje o plánované změně, s návrhem seznámí staniční sestry, které se snaží pro danou problematiku nadchnout. Společně informují sestry na oddělení o změně a snaží se vysvětlovat účel změny. Po určitém čase vyhodnocuje efektivitu změny v praxi, vyskytnou-li se problémy, snaží se je operativně řešit. Tento způsob používá nejčastěji, v praxi se jí osvědčil.

Za největší překážku při zavádění změn do praxe považuje zahlcení sester neustálými změnami dokumentace. Tento problém se snaží vyřešit pomocí komunikace. Snaží se sestrám vysvětlit účel a důležitost dané části dokumentace.

Sestry na tomto oddělení mají možnost navrhopvat změny, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče. Uvedla ale, že se jedná pouze o změny dílčí, které se týkají přímo jejich oddělení. Sestry na jejím oddělení o možnosti navrhopvat změny zvyšující kvalitu péče o pacienty ví a někdy jí také využívají. Aktivní jsou hlavně, seznámí-li se někde s nějakou pomůckou nebo prostředkem, potom mají zájem ho použít v praxi. Změny týkající se dokumentace sestry většinou nepodněcují. Tato vrchní sestra za iniciativu v oblasti změn chválí a na Vánoce má možnost využívat menších dárků, ale finance na odměny pro své pracovníky od vedení nedostává. Uvedla, že by je ráda pro své sestry použila.

Sestry, aby nebyly považovány jen za asistentky lékaře, by se před nimi neměly ponižovat. Neměly by se bát „prodat“ své vědomosti a dovednosti a komunikovat s lékaři jako s partnery. Při jednání s pacienty by měly dodržovat profesionální přístup, aby i pacienti měli možnost vidět sestru jako odborníka ve své profesi.

4.3 Výsledky rozhovorů

Rozhovorů se zúčastnilo celkem 5 vrchních sester. Dvě z těchto vrchních sester byly ve věkové kategorii 30-40 let, dvě byly ve věkové kategorii 41-50 let a jedné z dotazovaných vrchních sester bylo více než 51 let.

Všechny vrchní sestry, se kterými jsme měli možnost provést rozhovor nejprve vystudovalo střední zdravotnickou školu. Po ukončení tohoto vzdělání a nástupu do praxe se dále vzdělávaly. První dotazovaná vystudovala ještě vysokou školu, kterou zakončila s magisterským titulem, v průběhu své praxe v pozici vrchní sestry absolvovala dva manažerské kurzy. Druhá vrchní sestra po ukončení střední zdravotnické školy absolvovala postgraduální specializační studium v Brně se specializací v managementu. Další vrchní sestra po maturitě vystudovala vyšší odbornou zdravotnickou školu a vysokou školu, tu zakončila s titulem bakalář. V průběhu odborné praxe absolvovala manažerský kurz. Po dostudování střední zdravotnické školy další vrchní sestra v průběhu praxe absolvovala několik manažerských kurzů. Poslední dotazovaná vrchní sestra po střední škole nejprve vystudovala ARIP a následně se dál vzdělávala na vysoké škole, kterou zakončila s titulem magistr. Jak sama uvedla, v průběhu manažerské praxe absolvovala několik kurzů v oblasti managementu.

Délka odborné praxe dotazovaných vrchních sester byla u třech v rozmezí 10-20 let, jedna vrchní sestra působí ve zdravotnictví mezi 21-30 roky a jedna vrchní sestra dokonce více než 31 let.

Manažerská praxe, kterou tyto vrchní sestry získaly je u dvou v délce od 0-5 let, jedna vrchní sestra pracuje v manažerské pozici od 6-10 let, jedna od 11-15 let a poslední má manažerskou praxi delší než 16 let.

Tři dotazované vrchní sestry uvedly, že vedou oddělení, na kterém dříve pracovaly jako sestry ve směnném provozu a dvě vrchní sestry pracovaly jako sestry u lůžka na jiném oddělení, než které v současné době vedou.

Když jsme vedli rozhovory s vrchními sestrami, zajímalo nás, jakým způsobem postupují, snaží-li se do praxe zavést změnu zvyšující kvalitu péče. První dotazovaná si nejčastěji změnu sama promyslí, navrhne ji na daném úseku a společně se sestrami, kterých se změna týká o změně diskutuje. Svůj postup ale mění, a to hlavně podle toho, čeho se změna týká. Další uvedla, že změny, které se týkaly jejího oddělení vycházely

hlavně ze směrnic. Tyto změny vrchní sestra delegovala na staniční setry, které s nimi seznamovaly sestry na svých odděleních. Snažila se, aby měly sestry, kterých se změna týká možnost se k nim vyjádřit. Tato vrchní sestra volí stejný způsob zavádění změn. Změny které se týkají legislativy, jak uvedla další vrchní sestra, sestrám v provozu vysvětlí, seznámí je, jak správně s dokumenty pracovat a v průběhu návštěv na oddělení a při kontrole dokumentace výsledky kontroluje. Uvedla, že se postup zavádění změn liší podle rozsahu a charakteru změny. Jiná vrchní sestra změnu navrhne a dá sestrám určitý čas pro vyzkoušení změny v praxi. Využívá zpětnou vazbu, když chce od svých sester vědět, zda se jim změna v praxi osvědčila nebo jestli se vyskytly problémy, které se snaží řešit. Tato vrchní sestra postupuje při zavádění změn stejným způsobem, protože se jí v průběhu praxe osvědčil. Poslední dotazovaná informuje vedení o plánované změně, s návrhem seznámí staniční sestry, které se snaží pro danou problematiku nadchnout. Společně se staničními sestrami vysvětluje účel změny sestrám. S odstupem vyhodnocuje efektivitu v praxi. Tento způsob volí nejčastěji pro jeho předchozí efektivitu.

Vrchní sestry uváděly jako nejčastější překážku při zavádění změn do praxe přetížené nebo vyčerpané sestry. Tato odpověď se během rozhovorů vyskytla třikrát. Jedna vrchní sestra uvedla, že největší překážkou pro zavádění změn do praxe jsou starší sestry, které se už nechtějí nic nového učit. Špatně podaná změna a nízká motivace pracovníků jsou podle jedné vrchní sestry překážky pro zavedení změn zkvalitňující ošetrovatelskou péči.

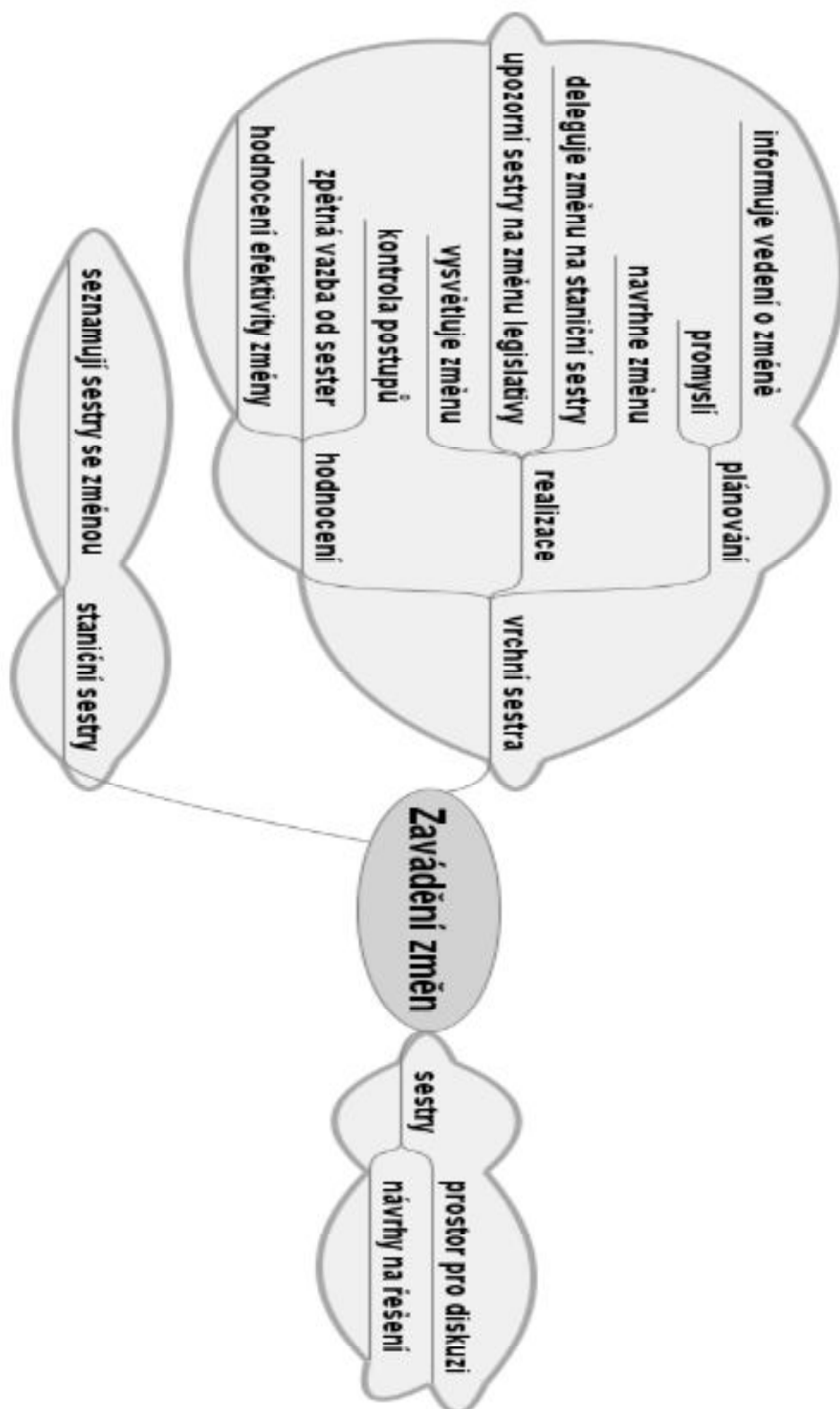
Všechny vrchní sestry se uvedené překážky snaží překonávat pomocí komunikace, jedna vrchní sestra se svůj tým snaží navíc pro změnu nadchnout. Vrchní sestra považující za překážku starší sestry, které se nechtějí nic nového učit, se snaží v týmu kombinovat starší s mladšími kolegyněmi.

Všechny dotazované vrchní sestry shodně uvedly, že sestry na jejich oddělení mají možnost navrhnout změny zvyšující kvalitu ošetrovatelské péče. Většinou se shodly na tom, že sestry jsou pouze pasivními příjemkyněmi změn. Jedna vrchní sestra uvedla, že se ale postupem času situace na jejím oddělení zlepšuje a sestry začínají změny iniciovat. Dále jsme od jedné sestry slyšely názor, že její sestry navrhují změny, ale týkající se pouze pomůcek, se kterými se někde seznámily a chtěly by je vyzkoušet.

Shodně taktéž vrchní sestry uvedly, že sestry za předložení návrhu na změnu péče pozitivně hodnotí. Všechny používají pochvalu, finanční ohodnocení této aktivity mají pouze dvě vrchní sestry a jedna se snaží sestry motivovat k dalším změnám pomocí hmotných odměn.

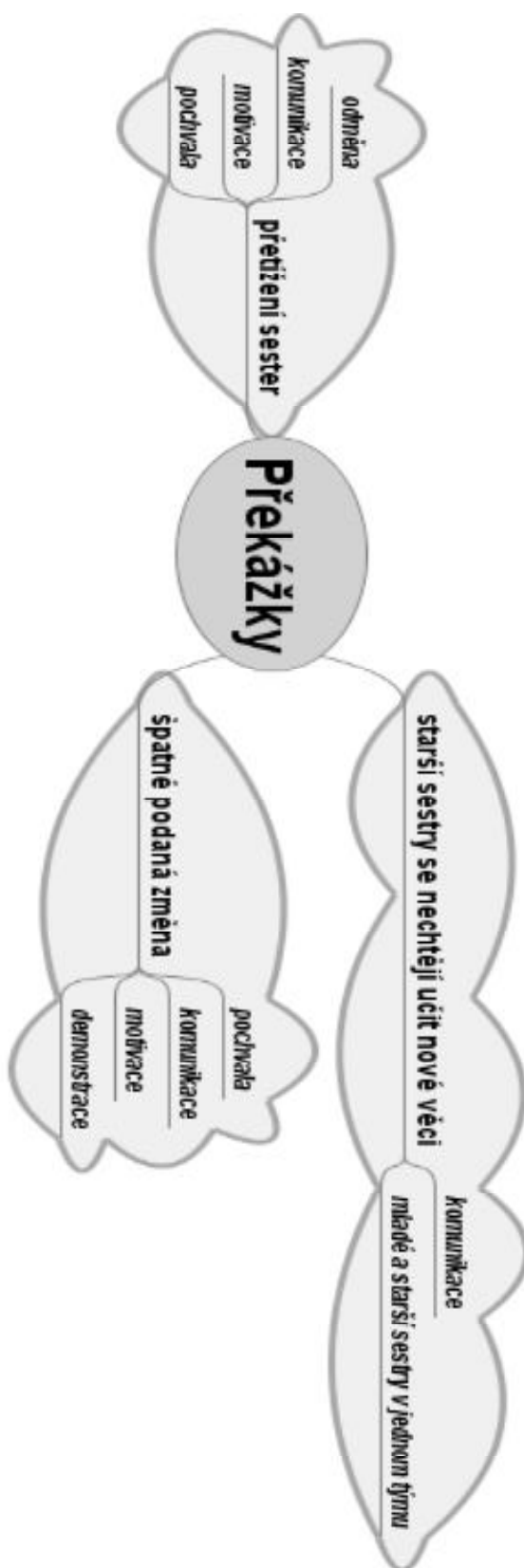
Na závěr rozhovoru jsme se vrchních sester ptali, co si myslí, že by měly sestry udělat pro to, aby nebyly považovány jen za asistentky lékaře. Odpovědi se u jednotlivých vrchních sester lišily. První navrhovala, že by bylo vhodné pokusit se změnit myšlení lékařů, nejlépe by bylo začít na tom pracovat ještě v době jejich studia. Jiná vrchní sestra uvedla změnu postoje lékařů k sestřám v průběhu její praxe. Vztah je již více partnerský. Přístup se odvíjí také podle toho, co si nechají sestry od lékařů líbit. V očích veřejnosti by sestřám k lepšímu postavení pomohlo větší množství pomocného zdravotnického personálu. Kompetence a finance jsou podle další vrchní sestry tím, co by pomohlo zvýšit prestiž ošetrovatelského povolání. S názorem, že jsou sestry považovány jen za asistentky lékaře se neztotožňuje jedna vrchní sestra. Uvedla, že je sesterská profese na poměrně vysoké pozici v žebříčku povolání. Vyšší prestiži této profese jistě pomůže slušné jednání s lidmi a odborná argumentace prováděných výkonů. Poslední dotazovaná vrchní sestra uvedla, že by se sestry neměly před lékaři ponižovat a měly by umět prodat to, co umí. S pacienty jednat na profesionální úrovni, aby měli pacienti možnost vidět sestru jako odborníka ve své profesi.

4.4 Myšlenková mapa zavádění změn



Tato myšlenková mapa znázorňuje postup vrchních sester při zavádění změn do praxe. Vrchní sestry si změnu naplánují, realizují a následně hodnotí. Ve fázi plánování si změnu promyslí a informují o ní vedení nemocnice, v průběhu realizace změnu navrhnou, upozorní sestry na změnu legislativy, změnu vysvětlí nebo mohou změnu delegovat na staniční sestry, které s ní dále seznamují sestry na oddělení. Při hodnocení kontrolují postupy, hodnotí efektivitu změny a žádají od sester zpětnou vazbu. Svůj názor na změnu mohou sestry vyjádřit během následné diskuze, nebo mohou navrhnout jiné způsoby řešení problému.

4.5 Myšlenková mapa překonání překážek



Tato myšlenková mapa ukazuje překážky, se kterými se vrchní sestry při zavádění změn do praxe setkaly, jsou to: špatně podaná změna, přetížení sester a starší sestry, které se nechtějí učit nové věci. Přetížení sester se snažily řešit komunikací, odměnou, motivací a pochvalou. Překážku v podobě špatně podané změny řešily pomocí komunikace, pochvaly, motivace svých sester a názornou demonstrací realizované změny. Neochotu starších sester učit se nové věci řešily vrchní sestry komunikací a snahou kombinovat mladé a starší sestry v jednom týmu.

5 Diskuze

Kvalita je v dnešní době diskutována ve všech oborech, ne jinak je tomu i v ošetrovatelství. Pacienti od sester vyžadují kvalitní ošetrovatelskou péči. Jsou to vrchní sestry, které mají velký vliv na kvalitu ošetrovatelské péče. Záleží na tom, jací jsou manažeři, jak dokážou vést svůj tým sester aby poskytovaly kvalitní ošetrovatelskou péči. V průběhu šetření jsme vycházeli z námi předem stanovených cílů a výzkumných otázek. Snažili jsme se zjistit, jak vrchní sestry na svých odděleních postupují při zavádění změn, zda je v jejich snaze podporuje vedení nemocnice, nebo co vidí jako největší překážku při zavádění změn.

Našeho dotazníkového šetření se zúčastnilo 93 vrchních sester z Jihočeského kraje a dále pak jsme vedli rozhovor s pěti vrchními sestrami z těchto nemocnic.

V úvodu našich dotazníků jsme se zaměřili na zjištění identifikačních údajů. Z celkového počtu 93 respondentů dotazníkového šetření byla pouze jedna vrchní sestra ve věku do třiceti let a délka odborné praxe nebyla u žádné vrchní sestry kratší než pět let. Je možné, že tento fakt vychází z tvrzení, které uvádí Jarošová, že velké množství zdravotnických zařízení vyžaduje alespoň 5 let odborné praxe jako podklad pro výkon pozice vrchní sestry (9). Počet vrchních sester se začal zvyšovat ve věkovém zastoupení 36-40 let s délkou odborné praxe 16-20 let. Délka praxe v pozici manažera byla nejvíce zastoupena od 0 do 5 let. Z těchto výsledků tedy vyplývá, že pro pozici manažera střední úrovně je v současné době v Jihočeském kraji považován za vhodného kandidáta mladý člověk s dostatečnou délkou odborné praxe, který je pružný, chce se učit nové věci a pracuje podle současných moderních trendů. Za pozitivní považujeme i fakt, že všech 93 dotazovaných vrchních sester má manažerské vzdělání. Je ovšem pravda, že se jednalo o kurzy, kde nemáme bohužel možnost posoudit jejich odbornou úroveň a následnou efektivitu. Bylo by jistě zajímavé ozřejmit, kolik vrchních sester mělo manažerské vzdělání ještě před nástupem do stávající pozice. Dle Grohar-Murrayho (6) není v dnešní době moudré spoléhat na to, že se nově zvolená vrchní sestra vyškolí v průběhu práce. V průběhu praxe je dobré své znalosti pouze obnovovat a doplňovat.

Jak jsme již uvedli, všechny dotazované vrchní sestry mají manažerské vzdělání (graf 4). 87 dotazovaných vrchních sester uvedlo, že je vedení nemocnice i dále podporuje v prohlubování vědomostí a dovedností z oblasti vedení a řízení (graf 19). Top management nabízí téměř v polovině případů studium manažerských kurzů, mezi

další možnosti patří studium vysoké školy, nebo odborné kurzy a semináře (graf 20). Z těchto výsledků je tedy patrné, že vedení nemocnice má zájem o to, aby v čele týmů sester stál vzdělávající se člověk, který bude schopen efektivně vést tým lidí.

O tom, jaká je kvalita ošetrovatelské péče také mnohé napovídá, zda má nemocnice akreditaci, či nikoli. Jak je uvedeno na stránkách SAK (21), jestliže nemocnice získá akreditaci, zavazuje se k tomu, že je činnost v jejich zařízení v souladu se standardy definujícími takovou úroveň výkonů, která je nutná pro poskytování kvalitních a bezpečných zdravotnických služeb. Troufáme si tedy tvrdit, že vzhledem k faktu, že 78 vrchních sester uvedlo, že buď to jejich nemocnice akreditaci má, nebo u nich probíhá (graf 5), mají důsledně propracována kritéria hodnocení kvality a na pozicích vedoucích týmů odborně i manažersky erudované pracovníky.

Jedním z cílů této práce bylo zjistit, zda jsou vrchní sestry úspěšnými iniciátorkami změn. Předpokládali jsme, že sestry změnu přijímají, když jsou jim poskytnuty odborné argumenty o její efektivitě. Škrļa, Škrlová (39) uvádí, že manažer by neměl motivovat sestry a zapojovat je do rozhodovacího procesu, když už je o změně nezvratně rozhodnuto. Jak tedy přimět sestry, aby přijaly změnu? Odpovědi vrchních sester nás utvrdily v tom, že sestry přijímají změny po odborné argumentaci (graf 11). Tento fakt je v souladu s podstatou EBN, čili ošetrovatelské praxe založené na důkazech. Je-li něco ověřeno v praxi, získává více lidí důvěru k opodstatnění a realizaci tohoto řešení. Obdobné je to při odborné argumentaci. Mohou-li vrchní sestry odborně argumentovat, mají větší pravděpodobnost úspěchu. Z tohoto grafu (11) je také patrné, že třetina sester je ochotna změnu přijmout, má-li možnost se na ní podílet. Dle Škrli a Škrlové (39) je vhodné, má-li vedoucí možnost zapojit tým do rozhodovacího procesu. Podle zkušenosti našich respondentů to v praxi opravdu funguje (graf 11). Považujeme za podstatné, aby si vrchní sestry byly této skutečnosti vědomy. Spolupracovaly na vytváření vhodného prostředí na pracovišti a pomáhaly budovat dobrou organizační kulturu, protože spokojený zaměstnanec se snáze motivuje ke změnám vedoucím ke zvýšení kvality péče. Je tedy něco, co by si měly vrchní sestry ze zkušenosti svých kolegyně a odborné literatury odnést? Podle našeho názoru, který je podložen šetřením, by měly vrchní sestry pracovat na budování organizační kultury, která je dle Molka (27) ideálním nástrojem k motivaci personálu, který nevyžaduje žádnou formu materiální

podpory, s jejíž pomocí by zvládly motivovat sestry ke změnám a jestliže musí sestrám předložit hotovou změnu, uměly využít dostupných zdrojů k odborné argumentaci.

Na základě tohoto tvrzení jsme rádi, že vrchní sestry ve většině uvedly (graf 15), že mají ve své nemocnici možnost využívat výzkumné zdroje jako podklad pro vyhledávání informací sloužící ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče. Výsledky výzkumů využívá téměř tři čtvrtiny vrchních sester (graf 16). I když vrchní sestry uváděly, že mají možnost využívat výzkumné zdroje, nepoužívají výsledky EBN. Je to tím, že nemají dostupné výsledky EBN, nebo ho neznají? Až při zpracování výsledků jsme si uvědomili, že jsme v našich dotaznících nevysvětlili zkratku „EBN“. I to byl možná důvod, proč vrchní sestry nezvolily tuto odpověď. Budeme-li ale vycházet z faktu (grafu 4), že více než polovina vrchních sester má vysokoškolské vzdělání, můžeme předpokládat, že se zkratkou EBN někdy setkaly a ví, co znamená. Je tedy podle našeho mínění škoda, že v dnešní době počítačů a internetové komunikace ještě nejsou v Jihočeském kraji dostupné výsledky výzkumů zaměřených na ošetrovatelskou praxi založené na důkazech. Jak jsme již uvedli, tento fakt by jistě vrchním sestrám pomohl odborně argumentovat při realizaci změn.

Další oblastí, na kterou jsme se v rámci dotazníkového šetření zaměřili, byl způsob zavádění změn zvyšujících kvalitu ošetrovatelské péče do praxe. 75 % dotazovaných vrchních sester má zakotveno zavádění změn již jako součást pracovní náplně (graf 24). Překvapilo nás, že téměř tři čtvrtiny vrchních sester umožní sestrám navrhnout vlastní způsob řešení a o změně následně společně diskutují (graf 7). Tímto výsledkem byl vyvrácen náš předpoklad, že vrchní sestry nejčastěji používají direktivní metodu zavádění změn do praxe. Výsledek našeho šetření je v souladu s fakty uváděnými v literatuře, která jako nejvíce vhodný způsob při vedení lidí považuje demokratický styl vedení, který je možné kombinovat s participačním nebo normativně - reedukačním. Je zvláštní, že i když se vrchní sestry v průběhu praxe vzdělávají v oblasti managementu, všech 93 dotazovaných shodně uvedlo, že při zavádění změn postupují stále stejným způsobem (graf 9), za celou dobu své kariéry postup nezměnily. Vlastní zkušenost byla tím, co nejčastěji vedlo vrchní sestry k současnému způsobu zavádění změny (graf 8).

Za největší překážku při zavádění změn do praxe nejen na svém oddělení, ale i obecně považují vrchní sestry neochotu sester učit se nové věci (graf 10). Některé

vrchní sestry byly při odpovědi na tuto otázku více sebekritické a považovaly za překážku špatně zvolený způsob zavádění změn a také byla zastoupena odpověď „špatně motivovaní pracovníci“. Při širším pohledu na tyto odpovědi je patrné, že by bylo možné snížit počet překážek vhodným motivováním sester, budováním dobré organizační kultury a správným způsobem vedení týmu. Kladně hodnotíme, že všechny vrchní sestry umožňují sestřám navrhnout změny zvyšující kvalitu ošetrovatelské péče (graf 12). Jak bylo uvedeno, zapojení sester zvyšuje jejich motivaci. Motivaci sester se snaží vrchní sestry zvyšovat pomocí pozitivního hodnocení. Grohar-Murray (6) zdůrazňuje, že sestry manažerky by se měly zaměřit především na motivaci pomocí vnitřních odměn, které jsou z dlouhodobější perspektivy více stimulační. I námi dotazované vrchní sestry nejčastěji používaly vnitřní odměny, své podřízené za iniciativu chválí nebo jim děkují (graf 13). Další možnosti, které v rámci motivace vrchní sestry užívají je možnost osobního růstu nebo také umožnění vzdělání. Tři čtvrtiny dotazovaných by rádo použilo i jiný způsob hodnocení svých pracovníků, i když nemusely, spontánně vpisovaly do dotazníků, že by rády použily jako odměnu pro svůj tým finance nebo hmotné odměny. Vzhledem k tomu, že se v současné době přesunula velká část zdravotnických zařízení ze státního do soukromého sektoru, je uvolnění většího množství financí na odměny zaměstnanců problematické, doporučili bychom tedy vrchním sestřám, aby se snažily vytvořit vhodné pracovní podmínky. Mohou vycházet například z Maslowovy hierarchie potřeb, kterou doplnila Michaela Tureckiová (40) ve své knize Klíč k účinnému vedení lidí (viz příloha č. 3). Jestliže tento způsob nebude účinný, jinou možnost nabízí Škrála a Škrlová : vrchní sestry by se neměly bát svých sester zeptat, co by je motivovalo nebo co mají rády. Je to šance, jak nejrychleji získat potřebné informace (39). Dalším motivačním faktorem pro tým, který mohou vrchní sestry použít je objektivní hodnocení pracovníků se zpětnou vazbou. Kladně hodnotíme, že 73 % vrchních sester provádí hodnocení pracovníků ve svém týmu, ale pozitivní je i fakt, že 65 % vrchních sester používá při hodnocení kombinaci písemného hodnocení s rozhovorem (graf 33).

Dalším cílem, který jsme si při zadávání této práce vytýčili, bylo zjistit, s jakou odezvou sester se vrchní sestry setkávají po předložení návrhu změny zvyšující kvalitu ošetrovatelské péče. Předpokládali jsme přijetí změny sestrami až po odborné argumentaci. Kladná odpověď 60 vrchních sester nás přesvědčila o správnosti naší hypotézy (graf 11). Tento výsledek nás vedl k tomu, že usnadnění přístupu k EBN, zvláště ve smyslu jazykovém, široké zdravotnické veřejnosti, by pomohlo prosazování a zavádění změn do

praxe. Takovéto změny by byly argumentovány osvědčenými výsledky a umožnily by rychlejší rozvoj ošetrovatelství.

Zda má top management zájem o zvyšování kvality ošetrovatelské péče prostřednictvím vrchních sester, bylo co do počtu, posledním cílem této práce. Již samotný fakt, že mají tři čtvrtiny vrchních sester v náplni zavádění změn (graf 24), nebo že 70 % má v náplni práce tvorbu standardů (graf 21), nás ujistilo o zájmu vedení nemocnice na zvyšování kvality ošetrovatelské péče. Dalším tvrzením, které podporuje tento názor je, že po 87 % vrchních sester dokonce top management vyžaduje zavádění změn zvyšujících kvalitu péče (graf 17). V souvislosti s posledním vyjádřením je ale s podivem, že ačkoli top management u téměř 90 % vrchních sester vyžaduje zavádění změn, jeho faktickou podporu (časovou, osobní nebo finanční) pocítuje pouze 69 % dotazovaných (graf 18). Bylo by zajímavé zjistit, proč 21% vrchních sester uvádí, že nemají faktickou podporu od top managementu a předat tyto informace vedení nemocnice, aby mohlo udělat nápravu.

Jestliže se tato práce zabývá kvalitou ošetrovatelské péče, měli bychom být orientováni na pacienty. Budeme-li citovat Gladkije, na hodnocení kvality ošetrovatelské péče by se měli podílet nejen zdravotníci, ale i pacienti (5). Toto je také důvod, proč jsme se v rámci dotazníků věnovali i názorům pacientů. V současné době je program MZ ČR Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů sledována kvalita péče pomocí dotazníků (34). Považujeme za velmi vhodné, že v současné době mají pacienti možnost vyjádřit se ke kvalitě péče ve všech jihočeských nemocnicích, všech 93 dotazovaných vrchních sester shodně uvedlo, že jejich pacienti dostávají prostor pro vyjádření názorů na kvalitu péče (graf 25). Vrchní sestry uvedly, že pacienti mají nejčastěji (71 %) možnost se vyjádřit ke kvalitě péče pomocí dotazníků, pomocí ankety se může vyjádřit 17 % pacientů, ale jen v 7 % případů je s pacienty v nemocnicích veden rozhovor. Chápeme, že rozhovor je sice více časově náročný jak pro pacienty, tak pro personál, který by rozhovory vedl, ale míra jeho přínosu by byla zajisté srovnatelná. Doporučovali bychom jako vhodné řešení této situace zjišťovat kvalitu péče pomocí dotazníků, které by bylo vhodné čas od času doplnit o rozhovory, ve kterých by bylo možné zaměřit se na problematické úseky péče. Náš návrh koresponduje s Bártlovou, která také uvádí vhodnost kombinace dotazníků s rozhovory (2). To, že získané názory pacientů nejsou jen vyhodnoceny a graficky zpracovány, ale že se s nimi dále pracuje a nemocnice se snaží o řešení negativ, považujeme za velmi vhodné, ale mrzí nás, že

tento fakt neuvedly všechny vrchní sestry (graf 27, 28). Vzhledem k tomu, že jsme se obávali nepravdivých odpovědí, chtěli jsme po vrchních sestrách jako zpětnou vazbou znát konkrétní příklady, jak se připomínky pacientů v praxi projeví. V možnostech byly zastoupeny odpovědi jako větší počet televizorů na odděleních, zkrácení čekací doby na ambulancích, možnost volby lékaře a nejvíce byla zastoupena odpověď, kdy se nemocnice zaměřila na oblast kvality stravy (graf 29). Z těchto výsledků je patrné, že dotazníky dávají jen malý prostor pro vyjádření názorů pacientů na kvalitu ošetrovatelské péče, nebo uspokojování jejich psychosociálních potřeb. Považujeme tedy za vhodné zavést do praxe mimo stávající dotazníky i nové, které budou zaměřeny jen na kvalitu ošetrovatelské péče a mohou sloužit jako vodítko při zavádění změn v ošetrovatelství vycházejících přímo z požadavků pacientů.

V naší práci jsme se snažili nalézt odpovědi na námi předem stanovené výzkumné otázky. Snažili jsme se zjistit, zda by pomohlo prosazení samostatnosti ošetrovatelství, kdyby se sestry snažily prosazovat změny, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče. 68 % vrchních sester souhlasí s tvrzením, že prosazování změn pomůže samostatnosti ošetrovatelství jako oboru. My se s tímto názorem také ztotožňujeme, a proto nás ale mrzí, že i když mají sestry na všech odděleních možnost změny navrhopvat, nedělají to, jsou spíše pasivními příjemci změn. Tento výsledek v nás může vyvolat otázku, proč tomu tak ve skutečnosti je? Kde je chyba? Je na straně sester, které, jak uvedly vrchní sestry, se nechtějí nic nového učit, nebo je na straně managementu, který špatně vede své pracovníky? Z dotazníkového šetření vyšlo, že jen 37 % vrchních sester si myslí, že jsou dobrými manažery, že vedou dobře svůj tým (graf 34). Myslíme si, že objasnění této situace by pomohlo hloubkové šetření, kdy bychom měli možnost znát nejen názor vrchních sester, ale i sester v jejich týmu.

Snažili jsme se také zjistit, jaké faktory by podle vrchních sester pomohly zvýšit prestiž sesterského povolání. Citujeme-li Maryškovou (24), která ve svém článku uvádí sesterskou pozici na čtvrtém místě v porovnání s ostatními povoláními, jen šest vrchních sester považovalo prestiž sesterského povolání za dostatečnou. Podle názorů vrchních sester by nejvíce prestiži sesterského povolání pomohlo vyšší finanční ohodnocení sester, a vhodné vystupování sester při kontaktu s pacienty. Na třetím místě v počtu četností odpovědí bylo zvýšení informovanosti veřejnosti o náplni práce sester (graf 36). Česká veřejnost si velmi často utváří názor o sestrách a jejich práci hlavně ze

seriálů, počínaje Nemocnicí na kraji města a konče Ordinací v růžové zahradě. Sestry jsou v těchto seriálech prezentovány jako hloupé drbny, které mají jedinou starost a to, jakého ulovit lékaře. Ze své vlastní zkušenosti mohu říci, že v některých lidech je tento názor opravdu zakořeněn. Kde se vzal v českých tvůrčích seriálech takovýto názor, to nám není jasné, ale jedná se opravdu jen o českou záležitost. Podíváme-li se na německé nebo americké populární seriály, sestry jsou v nich brány jako partneři lékařů.

Postavení sester a lékařů se od počátků profese postupně vyvíjelo. Na počátku byla sestra považována jen za asistentku lékaře. S postupem a rozvojem doby se vyvíjelo i ošetrovatelství. Po vstupu České Republiky do EU se změnil systém vzdělání sester. Pro výkon své profese již sestře nestačí středoškolské vzdělání, sestry se kvalifikují pro své povolání buď na vyšších odborných nebo vysokých školách. Ošetrovatelství je samostatnou vědní disciplínou a proto není divu, že sestry chtějí být partnerkami lékařů. Sestry společně s lékaři tvoří tým, který má společný cíl, péči o pacienta. Ptali jsme se proto vrchních sester, jaké faktory ovlivňují postavení sester vůči lékařům. Z grafu 37 je patrné, že jestliže mají být sestry a lékaři partnery při péči o pacienty, měli by mít lékaři k sestrám respekt a úctu, tato úcta by však neměla být jednostranná, ale vzájemná od obou profesí. Jak ale vzájemného respektu dosáhnout? Součástí studia na některých lékařských fakultách je i výuka ošetrovatelství, kdy medicíni musí absolvovat i odbornou praxi. Z praxe mi jsou známy případy, kdy někteří medicíni, jako děti lékařů tuto praxi absolvovat nemusí. Myslím si, že je to chyba. Naopak nechat je „přičichnout“ k tomu, co sesterská profese obnáší je jedním z možných vodítek, jak podpořit lékaře v úctě k sestrám.

Na závěr našeho dotazníku jsme vrchním sestrám položili otázku, jaký si myslí, že mají vliv na kvalitu ošetrovatelské péče. Všechny dotazované se shodly, že vrchní sestra má velký vliv na kvalitu ošetrovatelské péče. Nejvíce odpovědí (graf 38) se shoduje s rolí managementu, vrchní sestry uváděly, že vedou tým, zajišťují pomůcky a prostředky nezbytné pro chod oddělení a hlídají kvalitu ošetrovatelské péče. Z našeho šetření je patrné, že vrchním sestrám nezbývá příliš času na přímou péči o pacienta. Kotrba (14) uvádí, že jen 20 % času práce vrchních sester zabírají odborné ošetrovatelské činnosti, toto tvrzení je v souladu i našimi výsledky, protože 8 vrchních sester uvedlo, že ovlivňují kvalitu péče pacientů tím, že znají jejich potřeby. Myslíme si, že by měly vrchní sestry věnovat více času péči o pacienty, měly by pak lepší možnost

kontroly kvality poskytované péče, ale i přístupu sester k pacientům. Jednou z možností jak toho dosáhnout je přítomnost vrchních sester na sestřerských vizitách.

Součástí šetření k této diplomové práci byla realizace rozhovorů s pěti vrchními sestrami z Jihočeských nemocnic. Vzhledem k přání jedné vrchní sestry, abychom neuváděli nemocnici kde pracuje, neuvádíme ani pracoviště ostatních.

V této skupině vrchních sester opět kladně hodnotíme, že všechny dotazované mají manažerské vzdělání, součástí výuky na VŠ a VOŠ je i předmět ošetrovatelský management, proto předpokládáme u těchto vrchních sester větší vědomosti v oblasti vedení a řízení lidí, než tomu bylo v rámci dotazníkového šetření, kde tvořily sestry s tímto typem studia polovinu respondentů. Využívání poznatků se potvrdilo hlavně u první respondentky mající magisterské vzdělání, která vede tým lidí 2,5 roku a uváděla, že na počátku její kariéry sestry nechtěly iniciovat změny, ale postupem času se jejich přístup změnil.

Stejně jako v dotazníkovém šetření tak i v průběhu rozhovorů se nám potvrdilo, že zaměstnavatel vyžaduje po vrchních sestrách alespoň pět let odborné praxe pro výkon pozice vrchní sestry. Tato informace je v souladu s faktem, který uvádí Jarošová (9). Tři dotazované pracují ve zdravotnictví od 10 do 20 let a zbylé dvě více jak 21 let.

Rozhovory nám pomohly ozřejmit jak postupují vrchní sestry při zavádění změn do praxe. V teoretické části této práce uvádíme fáze změny dle Lewina, tyto fáze jsou rozmrazení, pohyb a znovuzmrazení (15). Při analýze části rozhovorů jsme dospěli k závěru, že tyto kroky můžeme nalézt v postupech každé vrchní sestry. Změnu navrhnou, prodiskutují, snaží se pro ni tým nadchnout. Následně sestry seznámí s novými postupy, jak změnu realizovat a s odstupem času kontrolují, jak změna funguje v praxi.

Je zajímavé, že v dotazníkovém šetření vrchní sestry uváděly jako nejčastější překážku pro zavádění změn do praxe neochotu sester učit se nové věci. V průběhu rozhovorů vrchní sestry uvedly jako největší překážku při zavádění změn přetížené nebo vyčerpané sestry. Že se sestry nechtějí učit nové věci uvedla pouze jedna vrchní sestra. Tato odlišnost výsledků může být způsobena tím, že rozhovory byly vedeny také v nemocnici, kde před krátkou dobou probíhala akreditace, která s sebou přináší mnoho změn. Z této skutečnosti se dá usuzovat reálné přetížení a nevraživost sester ke změnám. V rámci rozhovorů jsme měli možnost nejen zjišťovat s jakými překážkami se

vrchní sestry při realizaci změn setkávají, ale i jak se tyto překážky snaží řešit. Všechny sestry se shodly na tom, že se snaží problémy při realizaci změn překonávat pomocí komunikace. Vzhledem k faktu, že se jim tento způsob osvědčil, předpokládáme, že používají efektivní komunikaci. Kareš uvádí mezi zásady úspěšné komunikace schopnost rozumět sám sobě, mluvit pravdu, používat empatii, umět naslouchat a respektovat odlišný názor (11). Tyto zásady je potřeba ještě doplnit shodou mezi verbální a neverbální komunikací. Jak uvádí Mehrabian, verbální komunikace tvoří pouze 7 % sdělení, 38 % je tvořen melodií a rytmem řeči a z 55 % výrazem obličejové a řeči těla (25). Vezmeme-li v úvahu, že jsme v rámci rozhovoru získali od vrchní sestry zkušenost z praxe, jak pomoci překonávat neochotu starších sester učit se nové věci, považujeme za vhodné tuto radu zpřístupnit i ostatním. Tato vrchní sestra se snaží v týmu sester na oddělení kombinovat starší a mladé sestry. Uvedla hned dva přínosy tohoto řešení. Mladé sestry jsou schopné svým nadšením a zapálením motivovat starší, které jim naopak mají možnost v průběhu praxe předat své odborné zkušenosti. Sama ze své zkušenosti mohu říct, že předané zkušenosti starších kolegyně mi velmi pomohly v začátcích mé odborné praxe.

Stejně jako v dotazníkovém šetření, tak vrchní sestry při rozhovorech shodně uvedly, že sestry na jejich oddělení mohou navrhovat změny, které zvýší kvalitu ošetrovatelské péče. Je zarážející, že i když sestry uvádějí, že prosazení změny pomůže zvýšit samostatnost a prestiž sesterského povolání, zůstávají sestry v této oblasti stále pasivní. Cílem nejen naším, ale i všech sester ve vedoucích pozicích by mělo být nalezení způsobu, jak pomoci tuto situaci řešit. Z rozhovorů vyšlo, že všechny vrchní sestry svůj tým za iniciaci změn chválí, a když mají možnost, snaží se používat i hmotné odměny. Na základě studia různých pramenů se nám podařilo nalézt Shermanův článek (36), kde dělí zdravotníky do několika skupin podle období jejich narození. Vedoucím týmů pak nabízí různé způsoby, které pomohou konkrétní skupinu lidí lépe motivovat a vést k lepším výsledkům. Dle této teorie pracují ve zdravotnictví převážně lidé ze dvou generací a to z Generace X a Generace milénia. Pro Generaci X je důležité moci prokázat své odborné vědomosti a dovednosti a mít od vedoucího zpětnou vazbu. Sestry z Generace X se domnívají, že uznání a kariéerní postup by měl být založen na zásluhách. Tradiční odměny nejsou vždy tolik hodnoceny, patří mezi ně placené volno nebo peněžní ocenění. Generace milénia očekává více koučování a mentoringu než

jakákoli jiná generace před nimi. Odborné stáže, koučování a mentoring jsou v této generaci vysoce ceněny. Osobní zpětná vazba je důležitá pro rozvoj osobnosti. Organizace mohou očekávat vysokou fluktuaci zaměstnanců z této generace, pokud nebudou jejich očekávání a potřeby splněny. Pro vrchní sestry je velmi důležité, aby si uvědomily, jaký tým lidí vedou, jaké jsou jejich potřeby a přání a z těch při vedení následně vycházely.

V průběhu dotazníkového šetření a rozhovorů se nám podařilo dosáhnout všech námi předem stanovených cílů. Na základě odpovědí našich respondentů se nám podařilo odpovědět na stanovené výzkumné otázky. Na základě analýzy výsledků našeho šetření jsme identifikovali některé problémy, které jsme doporučili dále řešit. Navrhovali bychom zjistit, kolik vrchních sester mělo manažerské vzdělání před nástupem do manažerské pozice, proč 21% dotazovaných vrchních sester, i když je od nich vyžadováno zavádění změn, necítí faktickou podporu vedení nemocnice a zjistit názor sester na manažerské schopnosti vrchních sester a porovnat ho se sebehodnocením vrchních sester. K vyřešení jmenovaných problémů bychom doporučovali dotazníkové šetření, které by mohlo být v případě potřeby doplněno rozhovory z důvodu konkretizace výsledků. Zjistili jsme, že pacienti mají v jihočeských nemocnicích málo prostoru pro vyjádření názoru na kvalitu ošetrovatelské péče, navrhujeme proto zavést do praxe nový typ dotazníku, který by se touto problematikou zabýval.

Co říci závěrem této práce? Zastávat pozici vrchní sestry je velmi náročné. Vyžaduje to od sestry vysoké odborné, ale i manažerské znalosti a dovednosti. Na jejích schopnostech záleží, zda se bude pacientům dostávat kvalitní a bezpečné péče. Je to vrchní sestra, která sestavuje tým, vede ho, motivuje k lepším výsledkům. I když často neposkytuje pacientům přímou péči, záleží na jejích schopnostech, jaká bude úroveň a kvalita poskytované péče a jaký bude přístup sester k pacientům.

6 Závěr

Šetření v diplomové práci bylo zaměřeno na vliv středního ošetrovatelského managementu na kvalitu ošetrovatelské péče. Zjistili jsme, že vliv vrchních sester na kvalitu ošetrovatelské péče je velký, i když nemají příliš času na přímou péči o pacienta. Vrchní sestry totiž zajišťují provoz oddělení, pomůcky a vedou tým lidí, nebo se podílí na zavádění nových poznatků do praxe.

Tato práce měla za cíl zjistit, zda jsou vrchní sestry úspěšnými iniciátorkami změn zvyšujících kvalitu ošetrovatelské péče. Předpokládali jsme, že změny jsou vrchními sestrami úspěšně iniciovány na základě odborné argumentace. Cíl jsme dosáhli a potvrdili jsme i hypotézu, protože vrchní sestry v dotazníkovém šetření uvedly, že sestry změnu přijmou až po odborné argumentaci.

Zjistit, zda ošetrovatelský management disponuje odbornými znalostmi, které přispívají ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče, bylo dalším cílem práce. Všechny dotazované vrchní sestry (rozhovory i dotazník) uvedly, že mají manažerské vzdělání. Tímto tvrzením jsme potvrdili hypotézu, že odborné znalosti pomáhají vrchním sestram k prosazení změn do praxe.

Podářilo se nám zjistit, jak vrchní sestry nejčastěji postupují při zavádění změn do praxe, což bylo dalším cílem praxe. Vrchní sestry v průběhu šetření uvedly, že sestram umožní navrhnout způsob řešení problému a o změně následně diskutují. Tento fakt vyvrátil námi předem stanovenou hypotézu, že ošetrovatelský management nejčastěji používá direktivní metodu při zavádění změn do praxe.

Jak jsme již uvedli, sestry návrh změny od vrchních sester přijmou až po předložení odborné argumentace, potvrdili jsme tím hypotézu, že reakce sester na změnu je pozitivní po předložení odborného odůvodnění změny. Pomocí této odpovědi jsme dosáhli cíle, zjistit, s jakou odezvou se setkává ošetrovatelský management po předložení návrhu na změnu zvyšující kvalitu ošetrovatelské péče.

Posledním cílem práce bylo zjistit, zda má top management zájem o to, aby vrchní sestry iniciovaly změny zvyšující kvalitu ošetrovatelské péče. Vrchní sestry uváděly, že jsou vedeny a podporovány v zavádění změn. I díky faktu, že mají zavádění změn v náplni práce a jsou podporovány v dalším vzdělávání v oblasti managementu můžeme říci, že jsme splnili poslední cíl práce a potvrdili hypotézu, že vrchní sestry využívají podpory top managementu při zavádění změn do praxe.

Při zadání diplomové práce jsme si položili i tři výzkumné otázky. S jakými problémy se vrchní sestry nejčastěji při realizaci změn setkávají, zda si myslí, že prosazení změny zvyšující kvalitu ošetrovatelské péče zvýší prestiž ošetrovatelství a pomůže podpořit samostatnost oboru. Vrchní sestry uvedly, že prosazení změn zvyšujících kvalitu ošetrovatelské péče pomůže zvýšit prestiž a pomůže jeho osamostatnění. Na základě šetření jsme jako nejčastější překážku při realizaci změn v praxi identifikovali neochotu sester učit se nové věci. Vezmeme-li v úvahu tento výsledek, je potřeba položit si otázku, kde je chyba. Je v sestrách, nebo mají na tuto situaci vliv nevhodné manažerské schopnosti našich respondentů? Vzhledem k tomuto výsledku jsme jako výstup diplomové práce vytvořily informační brožuru o motivaci pracovníků v ošetrovatelství, která je určena pro ošetrovatelský management a může mu pomoci zvýšit iniciativu jeho týmu.

7 Klíčová slova

Management

Vrchní sestra

Ošetřovatelství

Kvalita ošetřovatelské péče

Změny

8 Seznam použitých zdrojů

- 1) ALEXANDER, M. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1.vyd. Brno:NCO NZO, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
- 2) BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- 3) DONELLY, J. H. a kol. *Management*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 824 s. ISBN 80-7169-422-3.
- 4) FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- 5) GLADKIJ, I. A kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- 6) GROHAR-MURRAY, M.E., Di CROCE H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
- 7) HŮSKOVÁ, J. *Ošetrovatelství-ošetrovatelské postupy pro zdravotní asistenty I/1.díl*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 104str. ISBN 978-80-247-2852-0.
- 8) JÁCHYMOVÁ, A., SVATOŠOVÁ, Z. *Vrchní sestry – velmi cenný management*. *Zdravotnické noviny*. Praha: 2006, 17-28.4., s 28-29. ISSN 0044-1996.
- 9) JAROŠOVÁ, D. *Základy managementu v ošetrovatelství*. 1. vyd. Ostrava, 2006. 34 s. ISBN není uvedeno
- 10) JURÁSKOVÁ, D. *Indikátory kvality ošetrovatelské péče a jejich sledování*. [online], [cit. 2012-1-12]. Dostupné z http://www.cskz.cz/seznamy/13_juraskova_oseetrovatelske_ind.ppt

- 11) KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: JU ZSF, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
- 12) KILÍKOVÁ, M. *Manažment v ošetrovaťelstve*. Rožňava: Roven, 2005. 109 s. ISBN 80-89168-10-8.
- 13) KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V. *Teória a prax manažmentu v ošetrovaťelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 146 s. ISBN 978-80-8063-290-8.
- 14) KOTRBA, T. *Analýza práce vrchních a staničních sester* [online], [cit 2012-1-12]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/analyza-prace-vrchnich-a-stanicnich-sester-453230>
- 15) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovaťelstvo 1*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
- 16) KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovaťel'ské techniky*. Martin: Osveta, 2001. 804str. ISBN 80-8063-087-9.
- 17) LÍSKOVCOVÁ, I. *Lidský faktor – skrytý zdroj bohatství a prosperity zdravotnické firmy*. *Kontakt*. České Budějovice: 2008. Vol. 10, no 1, s. 112-116. ISSN 1212-4117.
- 18) MADAR, J. a kol. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 248 s. ISBN 80-247-0585-0.
- 19) MÁDLOVÁ, I. *Sestavování standardů metodou DySSSy*. [online], [cit. 2012-1-11]. Dostupné z: <http://www.fnplzen.cz/data/prac/usek/pece/metodika%20dysssy.htm>
- 20) MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovaťelství - II. díl Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinium, 2003. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.

- 21) MARX, D. *Akreditace zdravotnických zařízení*. [online], [cit. 2012-1-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni_1829_13.html
- 22) MARX, D, VLČEK, F. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. 2.vyd. Praha:Tigis, 2009.127 s. ISBN 978-80-903750-6-2.
- 23) MÁŠOVÁ, R., HAVRDLÍKOVÁ, M. *Standardy ošetrovatelské péče podle Donabediána*. [online], [cit. 2012-1-11]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/standardy-oseetrovatelske-pece-podle-donabediana-444784>
- 24) MARYŠKOVÁ, A. *O prestiži sesterského povolání*. [online], [cit 2012-4-2]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/o-prestizi-sesterskeho-povolani-449653>
- 25) MEHRABIAN, A. *Mehrabian's communication research*. [online], [cit 2012-4-2]. Dostupné z: <http://www.businessballs.com/mehrabiancommunications.htm>
- 26) MIKULÁŠTÍK, M. *Manažerská psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 384 s. ISBN 978-80-247-1349-6.
- 27) MOLEK, J. *Personalistika a řízení*. 1. vyd. České Budějovice: JU ZSF, 2008. 126 s. ISBN 978-80-7394-063-8.
- 28) PAPOUŠKOVÁ, P., OTÁSKOVÁ, J., BRABCOVÁ, I. Sledování a vyhodnocování kvality ošetrovatelské péče s důrazem na realizaci ošetrovatelského auditu. *Kontakt*. České Budějovice: 2006, Vol. 8, no 2, s. 240-248. ISSN 1212-4117.
- 29) PILAŘOVÁ, I. *Jak efektivně hodnotit zaměstnance a zvyšovat jejich výkonnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 128 s. ISBN 978-80-247-2042-5.

- 30) PIPE, T. B. *Implementing Evidence-Based Nursing Practice: Evidence-Based Nursing Practice*. [online], [cit 2012-3-31]. Dostupné z: http://www.medscape.com/viewarticle/514532_2
- 31) PLAMÍNEK, J. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 127 s. ISBN 80-2471-991-6.
- 32) Práva pacientů [online], [cit 2012-1-31]. Dostupné z: http://zdravotni.praha.eu/jnp/cz/informace_pro_pacienty/charta_prav_pacienta/prava_pacientu.html
- 33) PRŮŠA, J. *Organizační vůdcovství a řízení změny ve zdravotnictví*. [online], [cit 2012-3-26]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/17037>
- 34) RAITER, T. *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů*. [online], [cit 2012-1-12]. Dostupné z http://www.mzcr.cz/Kvalita/obsah/mereni-kvality-zdravotni-pecce-prostrednictvim-spokojenosti-pacientu_1816_13.html
- 35) REID, W. *Clinical Governance: Implementing a change in workplace practice*. [online], [cit 2012-3-26]. Dostupné z: <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/clinical-governance-implementing-a-change-in-workplace-practice/199848.article>
- 36) SHERMAN, R. O. *Leading a Multigenerational Nursing Workforce: Issues, Challenges and Strategies*. [online], [cit 2012-4-2]. Dostupné z: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace>
- 37) STRNAD, L., GLADKIJ, I. *Řízení kvality péče nemocničního oddělení*. [online], [cit. 2012-1-11]. Dostupné z: <http://www.gyne.cz/clanky/2000/200c19.htm,gladjkij>
- 38) ŠKUBOVÁ, J. Kolektiv „tuží“ staniční a vrchní sestra. *Florence*. Praha: 2008, no 2, s. 80. ISSN 1801-464X.

- 39) ŠKRLA, R., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd. Praha: Advent – Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- 40) TURECKIOVÁ, M. *Klíč k účinnému vedení lidí: odemkněte potenciál svých spolupracovníků*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 128 s. ISBN 80-2470-882-9.
- 41) TREŠLOVÁ, M, BÁRTLOVÁ, S. Jak nahlízejí sestry na pracovní vztahy s lékaři. *Kontakt*. České Budějovice: 2010, no 1, s. 7-19. ISSN 1212-4117.
- 42) Věstník MZ ČR částka 9/2004, Koncepce ošetrovatelské péče. [online], [cit. 2012-1-11]. Dostupné z : <http://vnl.xf.cz/ose/ose-vestnik2004.php>
- 43) VONDRÁČEK, L., NOVÁKOVÁ, J. Vrchní sestry-ano či ne? *Sestra*. Praha: 2004, no 11, s. 24. ISSN 1210-0404.
- 44) VLČEK, F. *Indikátory kvality nástroj řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. [online], [cit 2012-1-12]. Dostupné z www.cskz.cz/seznamy/10_vlcek-Indikatory-kvality.ppt
- 45) Vnitřní předpis nemocnice ČB, Náplň práce vrchní sestry. 2011
- 46) Vnitřní předpis nemocnice Písek, Náplň práce vrchní sestry. 2011
- 47) Vyhláška MZ ČR 55/2011, *O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online], [cit 2012-1-12] Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
- 48) ZACHAROVÁ, E. *Motivační faktory v sesterském povolání*. [online], [cit 2012-3-26]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/600.pdf>

49) Zákon 96/2004 *O nelékařských zdravotnických povoláních*. [online], [cit 2011-1-12]. Dostupné z: <http://www.zdravky.cz/servis/legislativa/zakon-96-2004-sb-o-podminkach-ziskavani-a-uznavani-zpusobilosti-k-vykonu-nelekarskych> [

50) Zákon 105/2011 kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb. [online], [cit 2012-3-31]. Dostupné z: http://www.zcu.cz/fzs/kaz/documents/Zxkon_x._105-2011_Sb..pdf

51) Zákon č. 372/2011 *O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. [online], [cit 2012-3-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-_5173_2428_11.html

9 Seznam příloh

Příloha 1

Příloha 2

Příloha 3

Dotazník

Otázky připravené pro rozhovor

Maslowova hierarchie potřeb

doplněná Michaelou Tureckiovou

Příloha 1

Dotazník

Vážená vrchní sestro,

jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, oboru Ošetřovatelství a prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Výsledky budou součástí mé diplomové práce na téma Vliv středního ošetřovatelského managementu na kvalitu ošetřovatelské péče. Dotazník je anonymní, otázky prosím kroužkujte nebo doplňte, pokud není uvedeno jinak. Za vyplnění předem děkuji

Bc. Hana Flanderová

1) Kolik je Vám let?

- do 30 let
- 31-35 let
- 36-40 let
- 41-45 let
- 46-50 let
- 51 a více let

2) Jaké oddělení vedete?

.....

3) Jaká je délka Vaší odborné praxe?

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-15let
- 16-20 let
- 21-25 let
- 26 a více let

4) Jaká je délka Vaší praxe v pozici manažera?

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-15let

- 16-20 let
- 21-25 let
- 26 a více let

5) Jaké je Vaše vzdělání? (+ manažerské, i kurzy)

.....
.....
.....

6) V jaké fázi akreditace je Vaše nemocnice

- nemocnice má akreditaci
- v nemocnici probíhá akreditační řízení
- nemocnice nemá akreditaci

7) Pracovala jste jako sestra u lůžka na oddělení, které vedete?

- ano
- ne

8) Jak postupujete, když chcete na Vašem oddělení zavést nějakou změnu?

- změnu sama navrhnu, podřízeným ji oznámím a s odstupem kontroluji její dodržování
- sestry mají možnost navrhnout způsob řešení problému, společně hledáme nejvhodnější řešení
- jiný způsob

Prosím napište

jaký.....
.....
.....

9) Co Vás vedlo k tomu, že jste zvolila tento způsob, můžete zaškrtnout více možností?

- vzdělání
- zkušenost
- chování sester
- postupuji stejně jako má předchůdkyně
- zkušenost jiných vrchních sester

jiné.....

10) Postupovala jste při zavádění změn i dříve tímto způsobem?

ano

ne

Jestliže ne, jak jste postupovala?

.....
.....
.....

Proč jste svůj způsob změnila?

.....
.....

11) Co si myslíte, že je ve Vašem týmu nebo i obecně největší překážkou při zavádění změn?

špatně zvolený způsob zavádění změn

sestry, které se nechtějí učit nové věci

chybí podpora vedení

neřešení konfliktů na oddělení

špatná atmosféra na pracovišti

přetížený personál na odděleních

špatně motivovaní pracovníci

jiné.....

.....

12) Jak reagují sestry ve Vašem týmu na změny, které zkvalitní péči o pacienta?

sestry změnu přijmou bez námitek a otázek

sestry změnu přijmou, ale až po odborné argumentaci

sestry změnu přijmou, když mají možnost se na ní podílet

sestry změnu přijmou, jinak jsou sankcionovány

sestry změnu přijmou, ale mají negativní přístup k práci

sestry změnu přijmou, ale tato situace negativně ovlivní atmosféru na pracovišti

jiné.....

.....

12) Mohou být sestry na Vašem oddělení iniciátorkami změn?

ano

ne

13) Jsou sestry po předložení návrhu, který zlepší kvalitu péče, pozitivně hodnoceny?

ano

ne

Jestliže ano,

jak.....

.....

14) Použila byste ráda i jiný způsob pozitivního hodnocení, ale chybí Vám podpora od vedení nemocnice?

ano

ne

15) Máte ve Vaší nemocnici možnost využívat výzkumné zdroje při vyhledávání možností zkvalitnění péče o pacienta?

ne

EBN

zahraniční databáze

výsledky výzkumu

jiné.....

.....

16) Jste podporována vedením nemocnice při zaváděná změn, které vedou ke zvýšení kvality péče?

ano

ne

17) Dostává se Vám od top managementu podpory (osobní, finanční, časové)?

ano

ne

.....

.....

18) Inicjuje a podporuje Vás vedení nemocnice ve zvyšování vědomostí a dovedností v oblasti managementu?

ano

ne

Jak.....

.....

.....

19) Máte v náplni práce tvorbu standardů?

ano

ne

20) Je ve Vaší pracovní náplni být členem auditorského týmu?

ano

ne

21) Jak tato činnost ovlivní přímou péči o pacienty?

.....

.....

.....

22) Je součástí Vaší náplně práce podílení se na aktivním zavádění změn, které zvýší kvalitu péče?

ano

ne

23) Mají pacienti na Vašem oddělení možnost vyjádřit se ke kvalitě péče?

ano

ne

Jak.....

.....

Jestliže ano, jak dále s těmito názory pracujete?

.....

.....

.....

24) Odráží se připomínky pacientů na změnách, které jsou zaváděny ve Vaší nemocnici?

ano

ne

Uveďte prosím

příklad.....

.....

25) Získala Vaše nemocnice nějaké ocenění o kvalitě péče z pohledu pacientů?

ano

ne

Jaké.....

.....

26) Jak motivujete své podřízené, zde můžete uvést více odpovědí?

pochvala

finance

osobní růst

hmotné bonusy

jinak.....

.....

27) Provádíte hodnocení svých podřízených?

ano

ne

Jak

postupujete.....

.....

.....

.....

.....

.....

28) Myslíte si, že Váš tým s Vámi rád pracuje, že jste dobrý manažer?

.....

.....

.....

Ráda bych Vás ještě poprosila o Váš názor.

Myslíte si, že když budou sestry podporovat a prosazovat změny, které vedou ke zvýšení kvality přímé péče, pomůže to samostatnosti ošetřovatelství jako oboru?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Můžete se prosím vyjádřit, jaký vliv má střední ošetrovatelský management na kvalitu péče o pacienta?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji za Vaše názory a Váš čas

Příloha 2

Rozhovor

Oddělení

Délka odborné praxe

Délka manažerské praxe

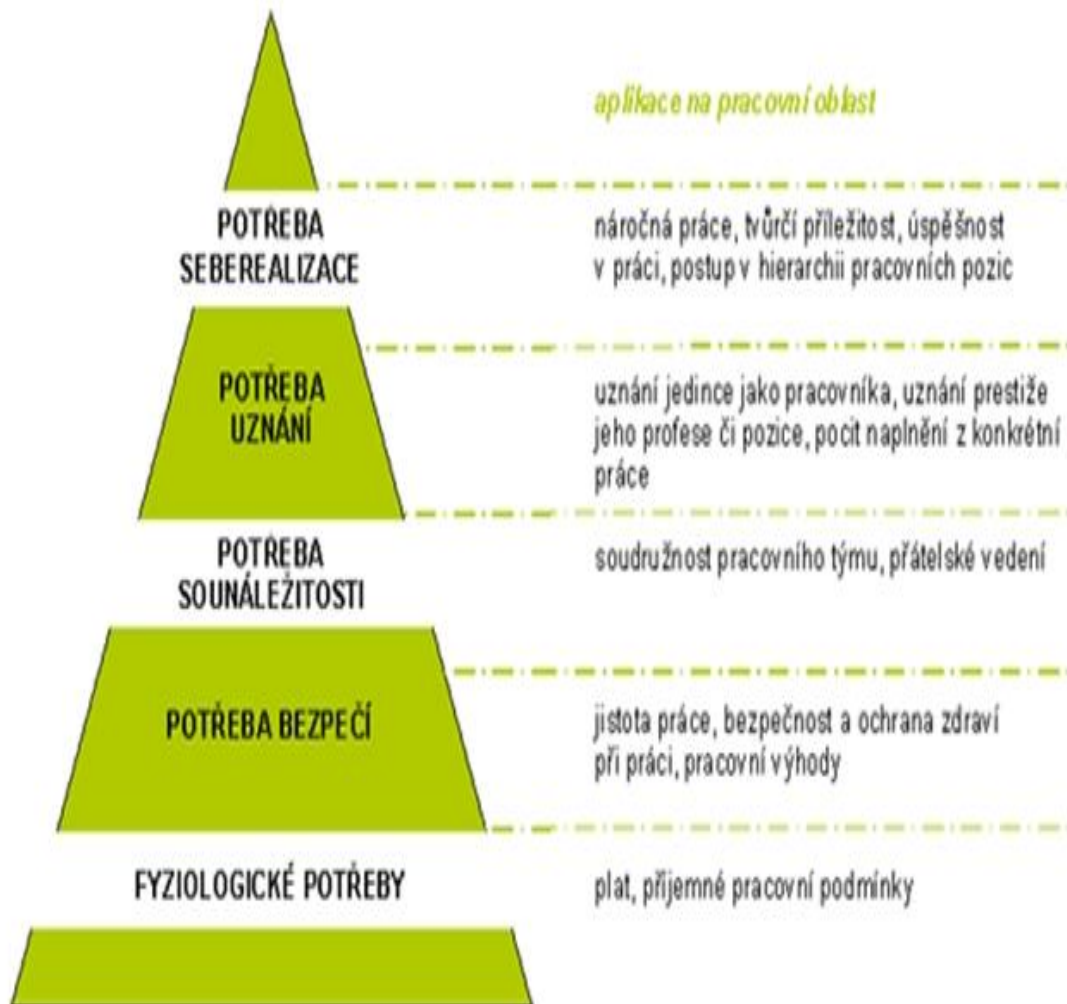
Manažerské + ošetrovatelské vzdělání

Práce u lůžka na oddělení, které vede

- 1) Jak postupujete na Vašem oddělení, při zavádění změn?
- 2) Postupujete stále stejně?
- 3) Co je podle Vás největší překážkou zvedení změn, které zvýší kvalitu péče o pacienty?
- 4) Jak tyto překážky překonáváte?
- 5) Mají sestry na Vašem oddělení možnost navrhopvat změny?
- 6) Vědí o této možnosti?
- 7) Navrhují změny, které zlepší péči o pacienta?
- 8) Jsou za tyto změny nějak hodnoceny?
- 9) Co by podle Vás měly sestry udělat, aby nebyly považovány jen za asistentky lékaře?

Příloha 3

Maslowova hierarchie potřeb doplněná Michaelou Tureckiovou



Zdroj:

<http://www.google.cz/imgres?imgurl=http://www.itsolution.cz/upload/maslow.jpg&imgrefurl=http://www.itsolution.cz/maslowova-teorie.a14.html&h=383&w=659&sz=82&tbid=FtbodWlvg1YVmM:&tbnh=75&tbnw=129&prev=/search%3Fq%3Dmaslowova%2Bpyramida%26tm%3Disch%26tbo%3Du&zoom=1&q=maslowova+pyramida&docid=T3v4zn5efAW07M&hl=cs&sa=X&ei=jHGAT7LqFu3b4QSe5bGsDw&sqj=2&ved=0CEIQ9QEwBA&dur=252> [on-line] [citováno 2012-27-4].