

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Optimalizace počtu ošetrovatelského personálu na vybraných
pracovištích Nemocnice České Budějovice a.s.**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.

2011

Autor:

Bc. Jakub Smolka

Abstract

Optimization of the number of nursing staff at selected workplaces of the České Budějovice Hospital

As the title shows determination of the optimum number of non-physician health care staff members at surgical departments of České Budějovice Hospital is the main question this thesis deals with. The topic is up-to-date mainly for the lack of funds in health care and for the permanent pressure from the general public on the need of health care quality improvement.

The works of Karla and Otakar Pochylý, who published their first book dealing with these issues in 1999, were the basic inputs for the research part of the thesis.

We set the following hypotheses before commencement of the research: 1 – The numbers of nursing staff at standard health care units are in line with K. Pochylá's methodology. This hypothesis was partly confirmed. The average numbers of nursing staff workloads are in line with K. Pochylá's methodology at two surgical departments only. 2 – Qualification representation of nursing staff at the individual health care units complies with the recommended methodology of K. Pochylá. This hypothesis was not confirmed. Representation of the nursing staff qualifications is based on the individual needs of the particular departments. 3 – The number of nursing staff members at the intensive care unit corresponds with the recommended methodology of K. Pochylá. This hypothesis was not confirmed. The number of nurses is lower by 2.23 in average at the intensive care unit.

The content of the work has more informative character and should actually serve as an insight into the existing situation at the particular departments. It might also serve as a guide helping top managers with efficient utilization of human resources in health care facilities. This is why the results will be provided to the surgical department management of the České Budějovice Hospital.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů 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 Zdravotně sociální fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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.

Datum.....

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Upřímně děkuji doc. PhDr. Sylvě Bártlové PhD. za odborné vedení mé práce a inspirativní rady, které mi velice pomohly. Dále děkuji PhDr. Karle Pochylé a Ing. Otakaru Pochylému, kteří mi poskytli nesmírně důležitou odbornou konzultaci při aplikaci metody kvantifikace do praxe. Děkuji také vedení Nemocnice České Budějovice a.s., které mi umožnilo realizovat šetření v jejich zařízení. V neposlední řadě patří můj dík přátelům a kamarádům, kteří mi byli po celou dobu studia oporou.

OBSAH

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 OŠETŘOVATELSKÝ MANAGEMENT	5
1.2 PERSONÁLNÍ POLITIKA NA PRACOVÍŠTI	7
1.2.1 Vedení a řízení.....	8
1.2.2 Motivace pracovníků	11
1.2.3 Odměňování zaměstnanců.....	12
1.2.4 Management problémového personálu	13
1.3 KATEGORIZACE NLZP A JEJICH KOMPETENCE	17
1.3.1 Všeobecná sestra	17
1.3.2 Zdravotnický asistent.....	19
1.3.3 Ošetřovatel	20
1.3.4 Sanitář	21
1.4 METODA KVANTIFIKACE	23
1.4.1 Metodika pro standardní ošetřovatelské jednotky.....	24
1.4.2 Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetřovatelského personálu na standardních ošetřovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetřovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště.	25
1.4.3 Metodika pro ARO a JIP	27
1.5 NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE A.S.	28
1.5.1 Chirurgické oddělení.....	30
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	32
2.1 CÍLE PRÁCE	32
2.2 HYPOTÉZY	32
3. METODIKA	33
3.1 POPIS METODIKY	33
3.1.1 Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetřovatelského personálu na standardních ošetřovatelských jednotkách pro dospělé oboru interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetřovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště.	34
3.1.2 Metoda kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení počtu ošetřovatelského personálu na ARO a JIP.	36
3.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	38
4. VÝSLEDKY	39
4.1 VÝSLEDKY KVANTIFIKACE OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU A STANOVENÍ KVALIFIKAČNÍHO ZASTOUPENÍ OŠETŘOVATELSKÉHO PERSONÁLU NA STANDARDNÍCH ODDĚLENÍCH CHIRURGICKÉHO ODDĚLENÍ NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE A. S. ZA ROK 2010.	39
4.1.1 Chirurgické oddělení A	39
4.1.2 Chirurgické oddělení B	43
4.1.3 Chirurgické oddělení C	47
4.1.4 Chirurgické oddělení D.....	51
4.2 JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE	55
5. DISKUSE	68
6. ZÁVĚR	76

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	78
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	83
9. PŘÍLOHY.....	84

Úvod

Současná ekonomická a sociální situace v českém zdravotnictví i celé společnosti nahrává úsporám a ekonomickým krokům, které vedou ke snížení nákladů na jedné straně a zvýšení zisku na straně druhé. Další požadavek, který se stále více dostává po právu do popředí, je dosažení co nejvyšší možné kvality poskytnuté péče jak lékařské, tak ošetrovatelské. Jedním z mnoha aspektů, který přispívá ke kvalitně poskytované ošetrovatelské péči, je i dostatek vzdělaného a vhodně motivovaného personálu. To byl jeden z hlavních impulsů pro zvolení tohoto tématu, které se nazývá Optimalizace počtu ošetrovatelského personálu na vybraných pracovištích Nemocnice České Budějovice a.s. Práce vychází z Metody kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu autorů Karly a Otakara Pochylých, která byla vydána v roce 1999. Z této publikace posléze vznikla inovovaná Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště. Tato publikace je dokonce doporučena Českou společností sester, v čele s Mgr. Danou Juráskovou, PhD., MBA.

Jelikož již necelý rok pracuji na chirurgické jednotce intenzivní péče Nemocnice České Budějovice a. s., rozhodli jsme se pomocí této metody propočítat potřebný čas na ostatní ošetrovatelskou péči a nutný kvalifikovaný personál na její poskytování. Získaná data jsou porovnána s doporučeným počtem pracovních úvazků dle vyhlášky 493/2005 Sb. a reálným počtem zaměstnanců tohoto oddělení. Další ošetrovatelské stanice, na kterou jsme výzkum zaměřili, byla všechna standardní chirurgická oddělení (konkrétně stanice A, B, C, D) již zmiňované nemocnice. Zde jsme zjišťovali celkovou pracovní dobu ošetrovatelského personálu, kterou jsme vypočítali pomocí již zmíněné metodiky manželů Pochylých. Výsledky jsme opět porovnali s vyhláškou 493/2005 Sb. a reálným počtem zaměstnanců. Dalším zjišťovaným údajem bylo kvalifikační

zastoupení ošetrovatelského personálu pro jednotlivá standardní oddělení. Celé výzkumné šetření bylo realizováno za rok 2010.

Získané výsledky mohou posloužit top managementu zdravotnických zařízení, kteří ji mohou využít jako návod či pomůcku ke stanovení optimálního počtu personálu na oddělení. Tím mohou docílit snížení variabilních nákladů, které jsou vydávány na poskytování péče, a zároveň udržet stávající kvalitu poskytovaných služeb.

1. Současný stav

V současné době, která je charakterizovaná rozvojem nových technologií a tím zvyšováním výdajů na poskytovanou zdravotnickou péči, je nutné s finančními prostředky hospodárně nakládat. Jedna z možností jak snížit finanční nákladnost zdravotnických služeb je šetření se zdravotnickým materiálem, ale bohužel také s osobami, které s ním nejčastěji pracují - s nelékařským zdravotnickým personálem, především se sestrami.

Jediným daným právním dokumentem, který určuje minimální počet pracovních úvazků je vyhláška č. 493/2005 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Na jedné straně nedostatek zdravotnického personálu na směně může zapříčinit nedostatečnou a méně kvalitní ošetrovatelskou péči, která může mít za následek poškození pacientů a následné soudní spory. Na druhé straně se může na některých odděleních ve zdravotnickém zařízení vyskytovat více ošetrovatelského personálu, než by pro danou jednotku bylo optimální. Tehdy se toto oddělení, ale i celé zdravotnické zařízení chová neekonomicky a nehospodárně.

1.1 Ošetrovatelský management

Z důvodu velkého rozmachu ošetrovatelství jako samostatné vědní disciplíny je pro praxi nezbytně nutné zaměřit se také na oblast managementu, který v sobě zahrnuje poznatky i nových vědních disciplín (jako je informatika, statistika, ekonomika...). Ve své publikaci uvádí Kilíková: „*V ošetrovatelství považujeme za téměř nemožné poskytovat kvalitní ošetrovatelské služby bez poznání teorie managementu*“ (21).

Rozvoj moderního managementu ošetrovatelství podmiňují následující faktory:

1. Nedostatek moci sester - manažerek – vzniká tak nerovnocennost při rozhodování a zodpovědnost při řešení problémových situací přebírá lékař.
2. Postavení žen – značná feminizace povolání a nedostatečné finanční ohodnocení, nízký sociální status či špatné pracovní podmínky.

3. Dominantnost medicíny – sestra v řídicí funkci je často vnímána jako pomocnice lékaře, která má hlavně plnit příkazy lékaře.
4. Ekonomika – vliv na ni má neustálá transformace zdravotnických zařízení na obchodní společnosti nebo nedostatečné množství financí v systému péče o zdraví.
5. Nedostatek sester – z důvodu poklesu zájmu o toto povolání. Dáno hlavně změnami ve vzdělávání a hodnocení a migrací sester ze zemí východní části Evropy.
6. Věda a výzkum – důraz se klade hlavně na kontrolu, komunikaci, hledání možných problémů a jejich řešení.
7. Demografie – vedení statistik o věku populace, incidenci onemocnění a úmrtí, které poskytují údaje o nutnosti dostupnosti zdravotnického zařízení.
8. Vzdělávání – transformace vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků na vyšších a vysokých školách. Do vzdělávacího plánu je zahrnut i management.
9. Legislativa – potřeba manažerského vzdělání je definována i pomocí právních norem a předpisů.

Profese sestry – manažerky je náročná i z toho důvodu, že jindy oblíbená metoda chyb a omylů je v tomto oboru velmi nákladná a mnohdy i nebezpečná. Efektivnější je spojení logického myšlení nebo využití výsledků výzkumu (20, 21).

Sestra – manažerka musí plnit mnoho rolí v multidisciplinárním týmu. Z toho ale plyne široké spektrum nároků, které jsou na ni kladeny:

1. Nároky nadřízeného – nároky, které může vykonávat pouze sestra – manažerka, a jejich ignorace s sebou nese sankce. Jsou spjaty například s finanční analýzou materiálů, léků a jiných.
2. Nároky stejně postavených spolupracovníků – nároky, které souvisí s pomocí jiným sestram - manažerkám. Patří sem například spoluúčast na materiálně – technickém zabezpečení, mezioborová komunikace nebo změny v systému poskytování ošetrovatelské péče.

3. Nároky prosazované z venku organizace – nároky, které mohou plynout ze školských zařízení, farmaceutických firem nebo jiných.
4. Systémové nároky – jde převážně o činnosti, které sestra - manažerka musí vykonat osobně. Například zpracování rozpočtů, výroční zprávy daného oddělení nebo nutnost celoživotní vzdělávání.
5. Nároky od podřízeného personálu – nároky, které jsou spojeny s řízením a vedením ostatních členů ošetrovatelského týmu, motivace k poskytování péče nejvyšší kvality.
6. Nároky kladené na vlastní osobu – činnosti, které musí sestra – manažerka sama splnit, aby byla pro ostatní personál dostatečným příkladem. Každý vedoucí pracovník by měl klást největší požadavky v první řadě na sebe, poté na ostatní (21).

Nároky, které jsou od sestry – manažerky požadovány, se neustále vyvíjí a mění podle požadavků, které jsou na ni kladeny. Pro každého člena týmu jsou nesmírně důležité, jelikož při jejich splnění dochází k osobnímu i profesionálnímu růstu jednotlivce.

1.2 Personální politika na pracovišti

V této kapitole se budeme zabývat problematikou vedení a řízení lidských zdrojů, přijímáním a motivováním zaměstnanců, jejich odměňováním a dalšími oblastmi, které s tímto tématem souvisí.

Řízení zaměstnanců prošlo a stále prochází neuvěřitelně rychlým vývojem. Za touto skutečností musíme hledat neustálou a všudypřítomnou globalizaci a moderní informační technologie. Tato skutečnost přináší obyčejnému zaměstnanci velké kvantum informací a vedoucí pracovníky staví před problémy, jak zaměstnance správně vést, motivovat a hodnotit jejich výkon (36).

Pro každého vedoucího pracovníka je nutné, aby si uvědomil, že lidské zdroje jsou nejdůležitější pro chod organizace. Všechny ostatní zdroje jak finanční, nebo materiální jsou až na druhém místě, neboť vše ostatní ovlivňují a dávají do pohybu lidé, zaměstnanci (8).

Jedním z globálních problémů dneška je nedostatek ošetrovatelského personálu. Proto je nutné, aby vedoucí pracovníci měli vytvořené strategie, které by napomohly řešit tento nelehký problém. Je mnoho způsobů, jak se s takto vzniklou situací vypořádat. Patří sem například udržení si stávajících sester či náborové strategie pro získávání nových zaměstnanců. Z ekonomického hlediska je nejvhodnější udržet si stávající zapracované zaměstnance, kteří jsou již s daným zařízením sžiti a jsou pro svoji odbornost i zaškoleni. Naproti tomu přijetím nového zaměstnance musí zařízení vynaložit určité finanční náklady na školení a zacvičení nového pracovníka (2).

Pokud však organizace potřebuje nové zaměstnance, tak je žádoucí, aby pracovali efektivně, tak jak celý multidisciplinární tým. Proto je nutné osvojit si základy správného vedení lidských zdrojů. To platí dvojnásob v oblasti zdravotnictví, potažmo v ošetrovatelství. Proto je velice důležité, aby vedoucí pracovník – sestra manažerka měla určité osobnostní rysy, odborné zkušenosti, interpersonální a komunikační schopnosti. Mezi další předpoklady pro vykonávání funkce ošetrovatelského manažera patří spolehlivost, tvůrčí schopnost, samostatnost, chuť k dalšímu sebevzdělávání a nikdy nekončícímu zlepšování sebe sama. Je také nesmírně důležité, aby vedoucí sestra uměla vytvořit a úspěšně udržovat dobré klima na pracovišti (21).

Sestra manažerka při své práci vykonává mnoho činností. Mezi nejzákladnější patří vedení a řízení zaměstnanců, jejich motivace k práci a následné odměňování nejlepších pracovníků. Často také sestra manažerka musí řešit i interpersonální konflikty a problémy spjaté se zaměstnanci „potížisty“ (20).

1.2.1 Vedení a řízení

Tyto dva pojmy se nedají srovnávat, protože každý má jiný význam, i když jsou často zaměňovány. Proces jehož podstatou je **řízení** obsahuje činnosti a dovednosti jako jsou plánování, organizování a následně kontrola. Řízení se orientuje na logickou, racionální a v neposlední řadě rozumovou stránku věci. Proto je u některých činností nezbytné, aby vedoucí pracovník měl s podřízenými vytvořenou přímou interakci, ale u jiných činností se to nedoporučuje.

Vedení zaměstnanců se dá považovat za nesmírně důležitou roli vedoucího pracovníka. Jeho hlavním úkolem v této aktivitě je především motivovat, předávat zaměstnancům pozitivní energii a pozitivně působit na jejich pracovní činnosti, čímž ovlivňuje jejich postoje a potažmo chování.

Mezi vedoucím pracovníkem a jeho podřízeným je určitá interakce. Ta se označuje jako moc, která se dá rozdělit dle Frenche a Ravena na 6 typů:

1. Odměňovací moc – hlavní podstata vyplývá z přesvědčení, že pokud zaměstnanec vykoná svoji práci podle představ svého nadřízeného, bude následně odměněn.
2. Donucovací moc – jedná se o opačný příklad. Vedoucí využije své moci a může potrestat, nebo upřít odměny těm, kteří nesplnili jeho představy.
3. Legitimní moc – vedoucí pracovník má určitý status a podřízení jej většinou respektují. Nadřízený má tedy právo rozhodovat na podkladě svého postavení v organizaci.
4. Odborná moc – zaměstnanci si jsou vědomi odborných znalostí či dovedností svého vedoucího pracovníka a to respektují.
5. Informační moc – tato moc stojí na informacích získaných od vedoucího pracovníka .
6. Vztahová moc – zde hrají roli sympatie, obdiv a náklonnost k nadřízenému. Tzv. osobní kouzlo, které podřízené pozitivně ovlivňuje (36).

V minulosti se používala hlavně legitimní a donucovací moc, čímž se mělo docílit poslušnosti. V současné době se uplatňují tzv. moderní přístupy, které využívají vlivu vlastní osobnosti, lidském přístupu a odměňování. S tím také souvisí styly, podle kterých vedoucí přistupuje a jedná se svými podřízenými, nebo také jak nadřízený motivuje a působí na tvořivost svých podřízených pracovníků. Proto zde uvádíme klasifikaci dle Lippita a Whitea, kteří rozdělují styly vedení, potažmo vedoucí na typ:

1. Autokratický – autokratický vedoucí se chová jako sólo hráč. Sám určuje a zadává úkoly, nesdílí svými podřízeným cíle, kterých se má dosáhnout. Přehlíží, nebo úplně ignoruje názory, osobní potřeby a přání zaměstnanců. Mezi jeho donucovací prostředky k zajištění realizace práce slouží výhrůžky a tresty.

2. Liberální – jinak nazývaný jako nezúčastněný typ vedoucího pracovníka, který se vyhýbá rozhodování. Veškerou svoji odpovědnost nechává na podřízených. Ti se vlastně řídí sami. Tento typ neprovádí důsledné kontroly práce svých podřízených.
3. Demokratický – vedoucí, který úzce spolupracuje se svými podřízenými, formuluje s nimi cíle, kterých chtějí společně dosáhnout. Často rozděluje úkoly mezi své podřízené a řadí je podle zkušeností, vědomostí a dovedností k jednotlivým pracovníkům (36).

Demokratický styl řízení zaměstnanců je považován z těchto tří stylů za nejvhodnější, protože zaměstnanci jsou v práci spokojeni, lépe a rychleji dosahují smluvených cílů.

U stylu autokratického jsou pracovníci nespokojeni, mají strach vyjádřit svůj názor k danému problému. U liberálního stylu vedení se může zdát, že pracovníci jsou v práci spokojeni, ale opak je pravdou. Z počátku jim styl vedení vyhovuje, protože na ně nejsou kladeny vysoké nároky. Později ale zjistí, že jejich práce nevede k uspokojivým výsledkům (36).

V literatuře se dále můžeme setkat s dalšími styly vedení. Například tzv. Příkladový model vedení autorů Herseye a Blancharda. Jejich model obsahuje 3 faktory:

1. Míru usměrňování a poradenství ze strany vedoucího.
2. Rozsah emocionální podpory, kterou poskytuje vedoucí svým podřízeným.
3. Schopnost (zralost), jež jsou podřízení pracovníci kompetentní a ochotní přebírat odpovědnost za plnění svých úkolů.

Z tohoto modelu vzešly čtyři typy vedení pracovníků. Jako první je uváděn **typ usměrňovací**. Typickým představitelem je vedoucí pracovník, který vládne vysokým stupněm direktivnosti a s nízkým stupněm emocionální podpory podřízených. Zadává a rozděluje úkoly. Důsledně sleduje, jak práce na splnění úkolu probíhá. Tento styl je vhodný pro nové zaměstnance, kteří nevědí, jak úspěšně dosáhnout cíle.

Dalším typem je **koučování**. Pro tento typ je příznačná vysoká dávka emocionální podpory a direktivností. Vedoucí svá rozhodnutí komentuje, od svých podřízených očekává návrhy a inovace na realizaci cílů. Přitom ale pevně drží otěže vedení.

Zaměstnanec tento styl učí klást otázky a podporuje důvěru. Je vhodný pro schopné zaměstnance, kterým schází dostatečná motivace.

Podporování je dalším typem, který má nízkou míru direktivnosti. O to více používá emocionální podpory. Dá se použít u vysoce kompetentních a schopných jedinců, kterým ovšem schází dostatečná motivace. Vedoucí spolu se zaměstnanci rozhoduje a dostatečně podporuje jejich snahu dosáhnout požadovaného cíle.

Čtvrtým a zároveň posledním typem vedení je **delegování**. Tento typ je vhodný pro ty pracovníky, kteří jsou vysoce kompetentní a motivovaní pro dosažení stanovených cílů. Je zde nízká míra direktivnosti a emocionální podpory ze strany vedoucího pracovníka. Ten předává své pravomoci a odpovědnost na své podřízené, které řídí (35, 36).

1.2.2 Motivace pracovníků

Motivaci si lze vysvětlit jako schopnost ovlivňovat chování jedinců i skupin. Jinak se dá tento pojem vysvětlit také jako stimulace podřízených k dobrovolnému plnění zadaných úkolů. Proces motivace je velice důležitý, hlavně z hlediska dosažení trvale vysoké úrovně výkonu lidí. Prvků jak motivovat personál je velké množství a záleží pouze na managementu, jaké metody si zvolí. Mezi oblíbené stimuly patří například forma odměn (hmotné i nehmotné) nebo odpovědná a zajímavá práce, která pracovníky uspokojuje. Cílem je dosáhnout takových pracovních výsledků, které uspokojí představy pracovníka i managementu (1, 36).

Motivaci můžeme dělit na vnitřní a vnější. U vnitřní motivace pracovníci vykonávají takové činnosti, které je baví a vnitřně obohacují. Tím snáze dosáhnou stanovených cílů, čímž uspokojí sebe i vedení. Její jedinečná výhoda spočívá v tom, že je dlouhodobá a bezprostředně působící. Zatímco vnější motivace je směřována od managementu, který poskytuje konkrétní impulsy podřízenému. Může se například jednat o povýšení, finanční bonusy, veřejná pochvala eventuelně disciplinární řízení (1, 21).

Tak, jak jde zaměstnanec motivovat, velmi snadno je lze i demotivovat. Způsobů je hodně, například direktivní řízení zaměstnanců, nudná a monotónní práce,

nedostatečná komunikace, nevhodně zvolené řídicí techniky nebo nevhodný přístup k lidem. Tyto nevhodné intervence mohou vést k nespokojenosti pracovníků, zhoršení mezilidských vztahů na pracovišti, nízké produktivitě a kvalitě poskytovaných služeb či častým odchodům zaměstnanců z organizace (36).

Často diskutovaná motivační metoda je forma finanční odměny. Některé teorie tvrdí, že její účinnost není zcela jednoznačná, jelikož jejich nedostatek může pracovníka demotivovat. Na druhou stranu poskytneme-li finanční odměnu, tento stimul je krátkodobý. Nutno vzít také v potaz, že peníze nejsou pro všechny jedince stejně motivujícím elementem. Nicméně finanční ohodnocení pomáhá jedincům uspokojovat svá přání a potřeby či zajistit si prestiž ve společnosti (1).

Motivace nelékařského zdravotnického personálu je velmi složitá a dlouhodobá činnost všech vedoucích pracovníků. Pouze vhodně motivovaná a ceněná sestra může poskytovat kvalitní, ucelenou, moderní a všestrannou péči s dostatkem empatie. Motivování pomocí finančních prostředků není až tak určující. Daleko větší význam má pracovní prostředí, ve kterém se zaměstnanec cítí dobře a může profesně růst. Velice zajímavý je výrok Kramera a Schmalenberga z roku 2004, který tvrdí, že nedostatek sester je jen pouhou fikcí. Existuje pouze nedostatek nemocnic, ve kterých chtějí sestry pracovat. To vyplývá z jejich výzkumu, kterým zkoumali spokojenost sester v různých nemocnicích v USA (18).

Dále pak pocit důvěry mezi sestrou – ošetřovatelkou a sestrou – managerem je důležitým elementem v procesu motivace. Důležité je motivovat správné lidi. Manager by měl zaměřit svou činnost na jedince, kteří se nechají motivovat a neměl by plýtvat svou drahocennou energii na pracovníka, který se motivujícím stimulům brání. V neposlední řadě důležitý prvek motivace je také efektivní komunikace na pracovišti. Pracovníci by měli dostat všechny potřebné informace nutné k chodu ošetrovací jednotky. A také manager musí naslouchat všem zaměstnancům (36).

1.2.3 Odměňování zaměstnanců

Odměnu lze považovat za jednu z metod motivace zaměstnanců. Jedná se o mnoho způsobů jak dobře pracujícímu a výkonnému jedinci ocenit jeho práci. Přitom se nemusí

jednat jenom o peněžní odměny, jak se u laické veřejnosti často spekuluje. V moderním stylu odměňování zaměstnanců sehrává důležitou roli také např. povýšení pracovníka, formální pochvaly, zaměstnanecké benefity a nebo poskytnutí nové pomůcky či přístroje k ulehčení práce. Tyto vyjmenované způsoby odměny se dají zařadit do vnějších odměn. Vnější odměny jsou charakteristické tím, že jsou hmatatelné. Oproti tomu se stále více rozmáhá odměňování pomocí vnitřních odměn. Tyto benefity nejsou hmotné a souvisí pouze se spokojeností z odvedené práce, kterou jedinec dobře vykonal. Do těchto odměn se dají zařadit například postup v kariéře, splnění stanoveného cíle, možnost zúčastnit se důležitých aktivit a úkolů atd. (1, 8).

Důležitým pojmem v této souvislosti je také tzv. celková odměna. Tato forma v sobě kombinuje vnitřní i vnější benefity. Jedná se tedy o holistický způsob odměny, přičemž se kombinují výhody všech používaných motivátorů, podle charakteristik zaměstnance, jeho potřeb a představ. Dá se tedy říci, že ocenění pro jednotlivé pracující je jim poskytováno přímo na míru. Mezi výhody celkové odměny se dá tedy zařadit kombinace více druhů benefitů, které zajistí dlouhodobou motivaci a oddanost zaměstnanců. Další nezaměnitelnou výhodou je zlepšení zaměstnaneckých vztahů, flexibilita a organizace tím také získá lepší image nejen na trhu práce, což se může projevit v možnostech výběru nových zaměstnanců (1).

1.2.4 Management problémového personálu

Na žebříčku životních hodnot stojí u většiny populace na předních místech zdraví. Jeho ochrana je zaznamenána i v právních předpisech. Proto je všude zdůrazňována zdravotnická odpovědnost za ochranu a péči o zdraví všech jedinců. Kritéria hodnocení zdravotnických zákroků jsou společností hodnocena velmi přísně a sankce za pochybení jsou tvrdé (43).

Při poskytování ošetrovatelské i lékařské péče může dojít k situaci, že selže lidský faktor. Problémy vznikají ve všech odvětvích lidských činností, ale v oblasti zdravotnictví je každé sebemenší pochybení citelné. Pochybení, které se může vyskytnout ve zdravotnických zařízeních, lze dělit do třech skupin:

1. Téměř pochybení – jedná se o situaci, kdy mohlo dojít k omylu, ale díky nějakému mechanismu, vědomému či nevědomému, tomu bylo zabráněno.
2. Nežádoucí událost bez vzniku následků – zde již došlo k pochybení, ale nevznikla žádná škoda na zdraví nemocného.
3. Nežádoucí událost s následkem – nejhorší situace která může nastat. Činnost, která byla provedena v rozporu se standardy a předpisy, díky čemuž došlo k poškození nemocného (37).

Dalším dělením se dá potencionální omyl rozdělit na:

1. Aktivní pochybení - je způsobené lidským faktorem. Zaměstnanec, jenž poskytuje ošetrovatelskou či lékařskou péči, se nachází na tzv. ostrém konci procesu. Pokud pochybí, může mít jeho čin fatální následky na zdraví nebo životě nemocného. Jedná se například o chybné podání léků, operace nesprávné končetiny atd.
2. Skryté, nebo-li latentní pochybení – jedná se o chybu na tzv. tupém konci procesu. Původci potencionálního pochybení jsou lidé, kteří rozhodují a organizují. Chyby se vyskytují v systému organizace, komunikaci a protokolech, čímž může dojít i k následnému vzniku chyby a potencionálnímu ohrožení nemocného. Tato pochybení na tupém konci se dají ještě rozdělit na chyby vycházející z **vadných přístrojů a nástrojů** (technické zařízení nemocnice) nebo chyby v **systému organizace** (špatné vedení a řízení, interpersonální vztahy) (37).

V situaci, kdy dojde ke střetu aktivní a latentní chyby, je vysoce pravděpodobné, že vznikne událost s vážnými následky (37).

Nejčastějším pochybením ve zdravotnictví je bezesporu selhání lidského faktoru. Proto se zmíníme o nejčastějších problémech zdravotnických zaměstnanců.

1. Absence – její příčina může být způsobena několika faktory, především strach chodit do práce, nezájem o dané zaměstnání a nebo stres, který působí na sestry na pracovišti.

2. Emocionální nestabilita - velice nebezpečná jak pro ostatní spolupracovníky, tak i pro kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Často je spojena s rodinnými či osobními problémy, stres, únava, nedostatek spánku nebo finanční problémy.
3. Nedostatečná odbornost – lze jí předejít přesným definováním sesterských kompetencí, sledováním sestry při plnění ordinací lékaře a jejím sledování při plnění ošetrovatelských intervencí.
4. Návykové látky – jejich zneužívání je spojeno s vystavením stresových situací na pracovišti, častým přetěžováním sester nebo s osobními problémy sestry. Dochází následně k častým pochybením a k ohrožení zdraví či života pacientů.
5. Rozvracení kolektivu – nejčastěji provádí sestry, které se cítí zhrzené nebo ukřivděné. Svou roli zde také může sehrát antipatie k vedoucímu pracovníkovi (36).

Problémový pracovník je velmi nebezpečný článek zdravotnického týmu a celého systému. Může rozvrátit dobře fungující mezilidské vztahy na pracovišti a tím přispět ke zhoršení poskytované ošetrovatelské péče. Je proto nutné, aby vedoucí pracovník předcházel těmto situacím, eventuálně je okamžitě řešil.

Konflikt na pracovišti může mít povahu intrapsychickou (osobní), interpersonální či vnitrousekovou. Intrapsychické problémy mohou vzniknout v situaci, kdy pracovník prožívá vážné osobní potíže. Ty mohou zapříčinit rozpor mezi pracovními cíli a chováním zaměstnance. Za interpersonální příčinu konfliktu můžeme považovat rozdílné představy či osobnosti spolupracovníků. Problémové situace jsou také často zapříčiněny pocitem nesouměrného rozdělení moci, prostředků a postavení. Výsledek takového konfliktu může být ovlivněn samotným problémem, mocenskou základnou účastníků, spoluprací mezi účastníky nebo komunikací (9).

Konflikty v ošetrovatelství jsou přítomny, jako v každém jiném oboru. Mezi nejčastější konfliktní situace jsou:

1. Profesionální/byrokratické konflikty – vznikají z důvodu neslučitelnosti nároků managementu a vnímaných profesních povinností a zásad pracovníků. Primární příčinou často bývá již zmíněná nerovnováha moci.

Krizovou situaci často vyvolávají sestry, které jsou v práci nespokojené a flustrované.

2. Konflikty mezi sestrami – vznikají v situaci, kdy členové zdravotnického týmu mají rozdílné filozofie ošetřování, které posléze narušují týmovou práci. Nejmarkantnější rozdíly jsou u sester, které upřednostňují holistickou péči, a sester, které jsou orientovány pouze na výkony.
3. Konflikty mezi sestrou a lékařem – pramení z rozdílných očekávání poskytnuté péče. Lékařská a sesterská intervence se zaměřují na rozdílné aspekty zdravotní péče. Konflikty v této oblasti lze předcházet navazováním kolegiálních pozitivních vztahů založených na vzájemném respektu. Velkou roli zde sehrává i neformální setkávání mimo pracovní dobu (5).
4. Konflikty z nedostatku osobní kompetence – vznikají, jestliže jsou schopnosti sestry v rozporu s jejími kompetencemi. Nejčastěji jsou přítomny u pracovníků, kteří jsou v rámci šetření přeřazeni na pracoviště, se kterým nejsou obeznámeni a které neznají.
5. Konflikty konkurenčních rolí – vznikají v případě zahlcení pracovníka, který musí plnit roli jednak sestry, mentorky, studentky, manželky či matky. Všechny tyto role kladou na jednotlivce tlak na čas, energii či pozornost. Tento konflikt se jistě nevyhne žádnému zaměstnanci. Proto je nutné dbát na zvýšenou úroveň vzdělávání zdravotních sester, aby si mohly plnit své pracovní cíle.
6. Expresivní/instrumentární konflikty – nastávají v situaci, kdy technické požadavky na sestru jsou v rozporu s požadavky lidskými. V rozporu jsou poté otázky z oblasti etiky, práva, lidskosti či osobní hodnoty sestry. Proto je také řešení těchto konfliktů nesložitější.
7. Konflikty mezi sestrou a pacientem – dochází k nim, pokud dojde k rozporu mezi cíli sestry a pacienta. Pro poskytování efektivní a holistické péče je nutné akceptovat přání a hodnoty pacienta a jeho rodiny.

Konfliktní situace se jistě nevyhne žádnému pracovníkovi ať ve zdravotnictví, či jiné profesi. Proto by měly být sestry připraveny tyto situace řešit a efektivně zvládat, aby následky byly minimální (9).

1.3 Kategorizace NLZP a jejich kompetence

Nelékařské zdravotnické pracovníky můžeme dělit podle několika kritérií. Ať již podle dosaženého vzdělání, samostatnosti při poskytování péče a také podle kompetencí, které mohou konkrétní pracovníci provádět. Všechny tyto atributy vyjma kompetencí jsou uvedeny v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povoláních a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. Kompetence jednotlivých nelékařských zdravotnických pracovníků jsou uvedeny ve Vyhlášce 55/2011 ze dne 14. března 2011, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška nahradila vyhlášku 424 ze dne 30. června 2004.

V rámci rozsahu své diplomové práce se zaměřím pouze na pracovníky, pracující na chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., a to na všeobecné sestry, zdravotnické asistenty, ošetřovatele a sanitáře.

1.3.1 Všeobecná sestra

Odbornou způsobilost všeobecné sestry, která je nutná k výkonu jejího povolání, se v současné době získá pouze absolvováním tříletého akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, anebo pak studiem tříletého oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách (51).

Náplň práce všeobecné sestry je uvedena ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb. Všeobecná sestra dle ní poskytuje zdravotní péči dle standardů a právních norem, může se podílet na jejich vytváření. Edukuje pacienty v souladu se svou odbornou způsobilostí, dodržuje hygienicko-epidemiologický režim a vede zdravotnickou dokumentaci. Dále poskytuje základní, ale i specializovanou ošetřovatelskou péči pomocí ošetřovatelského procesu

a to bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, při poskytování péče pomocí ošetrovatelského procesu. Sestra monitoruje a vyhodnocuje potřeby, úroveň soběstačnosti u jednotlivých pacientů a využívá měřících technik, které se v ošetrovatelské praxi používají (testy soběstačnosti, měření intenzity bolesti, riziko vzniku dekubitů atd.). Sleduje a hodnotí fyziologické funkce, zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu, který získá neinvazivní cestou a dále pak provádí vyšetření kapilární krve pomocí semikvantitativních metod. Do její činnosti spadá také odsávání sekretů a udržuje průchodné horní cesty dýchací, hodnotí a ošetřuje chronické rány, pečuje o stomie, centrální a periferní žilní vstupy. Ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem se podílí na rehabilitačním ošetřování, provádí nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti. Další důležitou činností sestry je edukace pacientů a příprava edukačních materiálů. Další roli sehrává při přijímání, překládání a propuštění pacientů. Poskytuje psychickou podporu pacientům v terminálním stadiu a jejich blízkým. Po stanovení smrti jedince lékařem provádí péči o mrtvé tělo.

Dále se podílí na přejímání, kontrole a uskladnění léčiv a návykových látek, zajišťuje jejich dostatečnou zásobu.

Všeobecná sestra bez odborného dohledu se podílí na základě indikace lékaře na preventivní, diagnostické, terapeutické a další péči. Dalším úkolem sestry je připravit pacienta k diagnostickým a terapeutickým zákrokům. Dle indikace lékaře je setra provádí, nebo u nich asistuje. Dále podává léčebné přípravky (ne u novorozenců a dětí do 3 let a u radiofarmak, pokud není stanoveno jinak), podává oxygenoterapii, odebírá biologický materiál a orientačně jej hodnotí, ošetřuje akutní a operační rány včetně drenáží. Sestra může katetrizovat močový měchýř u žen a dívek od 10-ti let a pečuje o močové katétry pacientů všech kategorií a je kompetentní provádět proplach močového měchýře. Mezi další výkony patří výměna tracheostomické kanyly, zavádění nasogastrické a jejunální sondy (jen pacientům při vědomí a starších 10 let), pečuje o ně a podává do nich výživu (u pacientů všech věkových skupin). Dále smí provádět výplach žaludku (u pacientu při vědomí a starších 10 let).

Sestra se podílí na aplikaci krevních derivátů, spolupracuje při zahájení aplikace. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta během aplikace a posléze ji ukončuje. To vše je pod odborným dohledem lékaře (46).

1.3.2 Zdravotnický asistent

Tento nový obor vznikl na základě zrušení oboru všeobecná sestra na středních zdravotnických školách.

Odbornou způsobilostí pro výkon této profese se zabývá § 29 zákona 96/2004, ve znění pozdějších předpisů. To jest absolvováním střední zdravotnické školy v akreditovaném oboru zdravotnický asistent, nebo absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent, a to za předpokladu získaného úplného středního nebo středního odborného vzdělání. Při tom ale musí jedinec splňovat požadavky způsobilosti k výkonu povolání ošetřovatele dle § 36 tohoto zákona (51).

Zdravotnický asistent je podle Vyhlášky 55/2011, ve znění jejich pozdějších předpisů kompetentní poskytovat základní i specializovanou ošetrovatelskou péči, získává informace potřebné pro určení a stanovení ošetrovatelských diagnóz a to vše pod odborným dohledem všeobecné sestry, nebo porodní asistentky. Dále pod odborným dohledem smí monitorovat fyziologické funkce a stav pacienta, provádět komplexní hygienickou péči a prevenci vzniku dekubitů, podává stravu nemocným a aplikuje teplo nebo chlad. Je kompetentní provádět rehabilitační ošetrování a nácvik soběstačnosti. Zajišťuje herní aktivity u dětí a je oprávněn manipulovat s léčivými přípravky a podílet se na jejich kontrole.

Podává léčivé přípravky (vyjma aplikace intravenózně, intramuskulárně u dětí do 3 let a epidurálních katétrů), provádí odběry biologického materiálu a jeho vyšetření pomocí semikvantitativních metod, dále pak se podílí na ošetrování akutních a chronických ran, aplikuje oxygenoterapii, připravuje pacienty na léčebné, ale i diagnostické výkony dle rozhodnutí lékaře, všeobecné sestry a porodní asistentky a provádí u nich asistenci. Účastní se příjmu a propuštění pacienta. Poskytuje psychickou podporu pacientům v terminálním stadiu a jejich blízkým. Po stanovení smrti jedince lékařem provádí péči o mrtvé tělo. To vše je podmíněno odborným ohledem lékaře, všeobecné sestry nebo porodní asistentky.

Pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, anebo lékaře, se může zdravotnický asistent podílet na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péči (46).

1.3.3 Ošetrovatel

Ošetrovatel získává odbornou způsobilost pro vykonávání své profese absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru ošetrovatel, nebo po úspěšně ukončeném tříletém studiu na střední zdravotnické škole v témže oboru. Dále pak jedinec, který absolvoval nejméně 4 semestry akreditovaného magisterského studia v programu všeobecné lékařství, ale to za podmínek, že dotyčný má složený zkoušky z předmětu ošetrovatelství, péče o nemocné nebo podobných předmětů. To platí i pro jedince, kteří absolvovali 4 semestry v akreditovaném studijním oboru zdravotnický záchranář a to jak na vyšší zdravotnické škole, tak na bakalářském programu. Dále pak po absolvování 3 semestrů v akreditovaném studijním oboru všeobecná sestra, porodní asistentka nebo příslušného studijního oboru jak na bakalářském stupni, tak na vyšší zdravotnické škole. Ošetrovatele může také vykonávat absolvent, který úspěšně ukončil 4-leté studium v oboru zdravotnický asistent na střední zdravotnické škole (51).

Dle Vyhlášky 55/2011 smí ošetrovatel poskytovat péči pacientům podle platných právních předpisů a standardů a dále poskytuje základní ošetrovatelskou péči, ale vždy pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo radiologického asistenta. Především se jedná o provádění hygienické péče a s tím související péči o lůžko a prevenci vzniku proleženin. Podává stravu nemocným, a je-li potřeba, krmí je. Pečuje o vyprazdňování pacientů a také podává očistné klyzma. Měří tělesnou teplotu, výšku a hmotnost pacienta, doprovází nemocné na odborná vyšetření, upravuje prostředí nemocných a zajišťuje herní aktivitu dětí. Provádí úpravu těla zemřelého. Podílí se na manipulaci se zdravotnickými prostředky a léky (46).

Pod přímým vedením všeobecné sestry, porodní asistentky a radiologického asistenta se podílí na určitých ošetrovatelských, diagnostických a také na terapeutických výkonech. Ošetrovatel se může podílet na vysoce specializované ošetrovatelské péči, ale

jenom za předpokladu, že pracuje pod přímým vedením všeobecné sestry nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru a také v souladu se stanovenou lékařskou diagnózou (46).

1.3.4 Sanitář

Poslední profesí z nelékařského zdravotnického personálu, která je v této diplomové práci zmíněna, je pozice sanitáře. Dle zákona 96/2004, ve znění pozdějších předpisů se odborná způsobilost dá získat dvěma možnými způsoby. První a asi nejčastější je možnost absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Tyto kurzy se dělí podle později vykonávané práce. Jsou to například obory všeobecný sanitář, sanitář pro operační sály, sanitář pro autoptické oddělení, pitevnu a další (51).

Druhou možností získání odborné způsobilosti je absolvováním části studia na středních a vyšších zdravotnických školách nebo na vysokých školách s akreditovanými zdravotnickými studijními obory. Pro vykonávání činnosti všeobecného sanitáře, sanitáře pro operační sál, laboratoře a transfúzní oddělení, popřípadě sanitáře pro autoptické oddělení je odborně způsobilý jedinec, který absolvoval alespoň 3 semestry akreditovaného magisterského studijního oboru všeobecné lékařství. Také 3 ukončené semestry v akreditovaném vysokoškolském studiu pro přípravu fyzioterapeutů, popřípadě ergoterapeutů nebo na vyšší zdravotnické škole ve stejných oborech je dostatečné pro vykonávání povolání sanitář pro lázně a léčebnou rehabilitaci. Pro profesi sanitáře pro laboratoř a transfúzní oddělení je možné absolvovat 3 semestry akreditovaného studijního programu na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením na laboratorní metody, zdravotních laborantů nebo příslušného studijního oboru na vyšších zdravotních školách. Další možností jak získat odbornou způsobilost pro vykonávání povolání všeobecný sanitář je v současné době absolvování 3 let studia na středních zdravotnických školách v oboru zdravotnický asistent. Další možností je absolvování 2 semestrů akreditovaného magisterského studijního programu farmacie nebo na vyšších zdravotnických školách v oboru diplomovaný farmaceutický asistent. Poté získá jedinec způsobilost pro výkon povolání sanitáře pro lékárenskou péči. Také 2 semestry postačí pro jedince, kteří absolvovali akreditovaný zdravotnický bakalářský studijní obor, který se zabývá vzděláváním

všeobecných sester, porodních asistentek, popřípadě zdravotnických záchranářů. To platí i pro vyšší zdravotnické školy ve stejných oborech. Jedinci, kteří splňují tyto požadavky, mohou vykonávat pozici všeobecný sanitář nebo sanitář pro operační sál (51).

Dle vyhlášky 55/2011 ve znění pozdějších právních předpisů se v § 43 pojednává o kompetencích sanitářů. Jelikož tato diplomová práce je zaměřena na chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., budeme se dále zabývat pouze kompetencemi všeobecného sanitáře a sanitáře pro operační sál a centrální sterilizaci (46).

Všeobecný sanitář, jako všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci, musí poskytovat zdravotní péči podle platných právních předpisů. Pod odborným dohledem všeobecné sestry, popřípadě jiného zdravotního pracovníka, který je kompetentní poskytovat ošetrovatelskou péči bez odborného dohledu, je sanitář schopen pečovat o hygienu prostředí, dováží stravu na oddělení a provádí úklid čajové kuchyně a jejího vybavení. Transportuje biologický a zdravotnický materiál, manipuluje s prádlem čistým i kontaminovaným, a také je kompetentní provádět manipulaci s tlakovými nádobami a medicínami plyny. Další nepostradatelnou činností je transport dospělých pacientů na diagnostické anebo terapeutické výkony, manipuluje, desinfikuje a upravuje lůžka nemocných, podílí se na manipulaci, přijímání a kontrole zdravotnických materiálů a léků. Také se podílí na úpravě těla zesnulého a transportuje ho na místo tomu určené (46).

Sanitář se pod odborným dohledem podílí na poskytování základní ošetrovatelské péče, kdy zajišťuje hygienickou péči nemocným, manipuluje a polohuje nemocné a podílí se tak na prevenci vzniku dekubitů. Také podává stravu pacientům, popřípadě je krmí a pečuje o jejich vyprazdňování. Pod přímým vedením všeobecné sestry nebo porodní asistentky se podílí na poskytování specializované ošetrovatelské péče uvedené výše v tomto odstavci (46).

Kompetence, které vykonává sanitář pro operační sál a centrální sterilizaci, se dají rozdělit na činnosti pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka, který je způsobilý poskytovat ošetrovatelskou péči

bez odborného dohledu. Mezi tyto aktivity patří pomocné a obslužné práce nutné pro provoz operačních sálů, centrální sterilizace a centrální úpravně lůžek. Mezi tyto aktivity lze zařadit činnosti potřebné pro udržení hygieny prostředí, transport biologického materiálu, převoz pacientů (musí být při vědomí), příprava specifických a speciálních zdravotnických materiálů a pomůcek, mechanická očista operačního stolu a jeho následná desinfekce, manipuluje s tlakovými nádobami, medicínami, plyny, zdravotnickým materiálem a léčivy. Při úmrtí pacienta provádí úpravu těla a transportuje jej (46).

Pod přímým vedením zdravotnického pracovníka, který je kompetentní poskytovat ošetrovatelskou péči bez odborného dohledu, smí sanitář asistovat u ošetrovatelských výkonů na operačním oddělení. To znamená, že se podílí na příjmu a transportu pacienta po operačních sálech, provádí zde hygienickou péči, polohuje a fixuje pacienta před a v průběhu operačního výkonu, manipuluje s operačním stolem a s osvětlením. Asistuje při výkonech, kde je nutné sundávat, nebo aplikovat tvrdý obvazový materiál (sádrový obvaz) a také připravuje a manipuluje se zdravotnickými přístroji a zařízeními (46).

1.4 Metoda kvantifikace

Slovo kvantifikace se dá definovat jako stanovení určitého počtu. Kvantifikace se používá jednak v průmyslové výrobě, ale stále větší význam má i ve zdravotnictví, potažmo v ošetrovatelství (28).

Významnou osobností, která se touto problematikou zabývá, je PhDr. Karla Pochylá spolu se svým manželem Ing. Otokarem Pochylým. Doktorka Pochylá začínala jako neurochirurgická sestra ve Fakultní nemocnici U Svaté Anny v Brně. Později působila v téže nemocnici na klinice stomatologie. Její kariéra se také rozvíjela na chirurgickém oddělení ve zlínské nemocnici. Zde svědomitě pracovala šest let. Od roku 1984 působila v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Významným mezníkem byl rok 2003, kdy se doktorka Pochylá stala ředitelkou této organizace. O rok později byly její činy pro rozvoj ošetrovatelství, především

o rozvoj specializačního a celoživotního vzdělávání pro nelékařské profese oceněny tehdejší ministryní zdravotnictví ČR MUDr. Marií Součkovou (30).

Optimální počty ošetrovatelského personálu v lůžkových zdravotnických zařízeních jsou důležité hlavně pro zajištění kvalitní a ekonomicky přijatelné ošetrovatelské péče. Při vysokém počtu nelékařských zdravotnických pracovníků na směně, dochází ke zvyšování nákladů, a tím i ke zbytečné finanční nákladnosti. Při nedostatečném personálním obsazení na směně, dochází k přetěžování zdravotnických pracovníků, a tím vzniká možnost jejich potencionálního pochybení. Také kvalita poskytované ošetrovatelské péče nemusí být na požadované úrovni.

1.4.1 Metodika pro standardní ošetrovatelské jednotky

Tato metodika byla vytvořena pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách chirurgických, interních a gynekologicko-porodnických oborů. Autoři této metodiky, manželé Karla a Otokar Pochylí, vytvořili kategorie pacientů, podle jejich soběstačnosti. Provedli také zmapování časové náročnosti jednotlivých výkonů. Tímto se zjistila náročnost **základní ošetrovatelské péče** v jednotlivých kategoriích, které jsou celkem 4. Časové náročnosti jsou uvedeny zvlášť pro jednotlivé obory.

Speciální ošetrovatelská péče se stanovila vytvořením průměrného času při provádění jednotlivých ošetrovatelských výkonů (výkony byly 50-krát proměřeny). Autoři vytvořili kategorie (podávání léků, sledování, speciální ošetrovatelské a diagnostické výkony a jiné činnosti ve vztahu k pacientovi), které zajistily lepší orientaci při provádění této metodiky. Náročnost ošetrovatelské péče se určuje podle počtu bodů za jednotlivou činnost, kterou sestra provádí. Přičemž hodnota jednoho bodu byla stanovena na 2,5 minuty.

Další hodnota, která je počítána při zjišťování náročnosti ošetrovatelské péče, se nazývá **jednorázová denní hodnota**. Ta zahrnuje **nepřímou ošetrovatelskou péči** a byla zařazena do kategorie jiné činnosti. U jednorázové denní hodnoty se zaznamenávaly časové náročnosti činností a frekvence provádění daných výkonů za jeden den, jeden týden a za jeden měsíc (sebevzdělávání, vizity, předávání služby, péče o pomůcky...). Jednorázová denní hodnota je stanovena propočtem na jednoho

pacienta za 24 hodin. Její hodnota je stanovena na 40 minut na jednoho pacienta za 24 hodin (28).

1.4.2 Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště.

Tato metodika vychází z Metodiky pro standardní ošetrovatelské jednotky vydané v publikaci Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu vydané v roce 1999 Karlou Pochyloou a jejím manželem. Cílem této metodiky je vytvořit standard personálního vybavení pro jednotlivá standardní oddělení poskytující péči dospělým pacientům. Uplatní se pro jakoukoliv organizační jednotku, ať již se jedná o oddělení, celou nemocnici, či kraj. Jsou zde uvedeny postupy, které stanovují počet a kvalifikační zastoupení personálu na ošetrovatelských jednotkách, ale i počty pracovních úvazků. Tyto uvedené propočty jsou stanoveny jako průměrné hodnoty za celý týden (počítá se i sobota a neděle).

Další, co tato metoda obsahuje, je i seznam procentuálního zastoupení nelékařského zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních. Autoři došli k výsledkům výpočtem průměru základních, specializovaných a vysoce specializovaných ošetrovatelských intervencích. Manželé Pochylí své výsledky porovnali s hodnotami uvedenými ve vyhlášce MZČR č. 493/2005 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Při tvorbě této metodiky se autoři nechali inspirovat organizací ICN, pomocí které mimo jiné definovali ošetrovatelství: „*Ošetrovatelství se skládá ze spolupráce rodiny, komunity, skupin, nezáleží na věkových kategoriích nemocných ani péči o ně. Ošetrovatelství zahrnuje podporu zdraví, prevenci nemocí a péči o nemocné, postižené a umírající lidi. Ochrana, dohlížení na bezpečné životního prostředí, výzkum, účast na utváření zdravotní politiky a zdravotním systému, řízení a vzdělávání jsou další klíčové role ošetrovatelství*“ (14).

Kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče podle moderního pojetí ošetrovatelství by měla splňovat tyto základní podmínky:

1. Sestra by měla mít teoretické znalosti a znát moderní směry v ošetrovatelství. Proto je důležité neustálé vzdělávání sester, jejich účast na konferencích a odborných seminářích. Také dostupnost odborné literatury je v tomto ohledu nezbytná.
2. Sestra by měla mít praktické dovednosti (manuální i komunikační), které se prolínají s teoretickými znalostmi. Osvojit si je mohou na odborných stážích na špičkových pracovištích, které poskytují ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu.
3. Sestra by měla být motivována k poskytování co nejlepší péče nemocným i jeho rodině či komunitě. Motivace je silně podmíněna povahovými vlastnostmi sestry, dobrou organizací práce a prostředím, ve kterém sestra pracuje.
4. Sestra by měla mít vytvořené vhodné podmínky k tomu, aby mohla poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči. To je možné splněním tří předešlých bodů a navíc přispívá také management organizace, který zajišťuje ošetrovatelskému personálu pracovat na takové úrovni, jakou jejich znalosti, dovednosti a postoje umožňují.

Stanovení optimálního počtu ošetrovatelského personálu je velmi složitá činnost a celosvětově se jí zabývala celá řada odborníků. Je proto nutné stanovit si kritéria, ke kterým se bude při stanovování této metody přihlížet:

1. Stanovit časovou náročnost pro poskytování ošetrovatelské péče, uspokojování potřeb nemocných, vedení dokumentace a dalších nezbytných činností.
2. Stanovit časové rezervy spojené s poskytováním péče nemocným a chodem ošetrovací jednotky.
3. Stanovit jednoznačné pojmy a vymezit směrodatná pravidla, která se budou dodržovat bez výjimek.

4. Nutnost aplikovat metodu do běžné praxe. Musí splňovat požadavky časové úspornosti, jednoduchosti a musí být přijatelná pro ošetrovatelský personál.
5. Určit kritéria a podmínky pro zařazení pacientů do jednotlivých kategorií v základní ošetrovatelské péči. Musí zahrnovat jak somatickou část jedince, tak psychosociální.
6. Pro speciální ošetrovatelskou péči vzít v potaz kvantitativní ukazatele, jako jsou čas či množství, pomocí nichž se získají dílčí informace o náročnosti poskytované péče (29).

1.4.3 Metodika pro ARO a JIP

Pro tuto metodiku určenou pro intenzivní a resuscitační pracoviště je stanoveno hodnocení podle tzv. TISS.

TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) je klasifikační systém, který byl vytvořen v USA a publikován v roce 1974. Následná modifikace, která proběhla v roce 1983, funguje do dnešní doby. Metoda TISS je založena na základě přiřazování bodů (0 až 4) podle náročnosti a složitosti diagnostických, léčebných a monitorovacích výkonů u každého pacienta. Kvalifikovaná sestra by měla zvládnout asi 40 až 50 TISS bodů za 24 hodin (28).

Podle metody TISS je v našem zdravotnictví stanoven minimální počet lékařského a ošetrovatelského personálu na směně. Nevýhodou je, že tato metoda bere sestru pouze jako pasivního vykonavatele výkonů, které jsou lékařem ordinovány. Nezahrnuje tedy činnosti vyplývající z moderního intenzivního ošetrovatelství. Rovněž neakceptuje základní ošetrovatelskou péči, která je pro sestru i nemocného velice náročná a důležitá.

Proto manželé Pochylí vytvořili ve své metodě kvantifikace pro ARO a JIP kritéria, která počítají s ošetrovatelskou péčí o pacienta. Tím se dá zjistit míra závislosti nemocného na poskytované péči u jednotlivých ošetrovatelských výkonů. Stejně jako u výkonů kvantifikovaných na standardních ošetrovatelských jednotkách se i zde jednotlivé výkony 50krát proměřily. Tím vznikla nová metoda pro testování, kterou lze zjistit potřebný čas pro poskytování dané ošetrovatelské péče. Tyto sesterské intervence

dostaly název **Ostatní ošetřovatelská péče**. Skládají se z 8 skupin, které sestra u pacienta denně provádí. Jedná se o pohybovou aktivitu, osobní hygienu, stravování, vyprazdňování moče, stolice, prevence dekubitů, komunikace, spolupráce s pacientem a každodenní činnosti (28). Tabulku uvádíme v příloze č. 2.

1.5 Nemocnice České Budějovice a.s.

Šetření bude probíhat v Nemocnici České Budějovice a.s., proto se v diplomové práci krátce zmíníme o její historii i současném stavu.

Dějiny poskytování péče nemocným, nemohoucím a chudým v Českých Budějovicích mají kořeny sahající až do 14. století a významně se o ně zasloužil místní měšťan a sladovník Zachariaš Herbordov, který vynaložil osobní náklady na zbudování špitálu.

V době, kdy Evropu zasáhla epidemie moru, se v Budějovicích začal stavět morový špitál s kostelem Nejsvětější Trojice. Úlohou této stavby nebylo léčit napadené touto smrtelnou nemocí, ale poskytnout jim jen tu nejzákladnější péči, koncentrovat nemocné a následně je izolovat, čímž zabránili dalšímu šíření choroby.

Dalším stimulem, který napomohl zlepšení zdravotní péče o tehdejší obyvatele, se stala armáda. Nemocnice sloužící potřebám vojenské moci byla vybudována koncem 18. století. Po padesáti letech dochází k přesunutí nemocnice do nových prostor na Lidické třídě číslo 20. Zde setrvává po dobu sta let. Za období první světové války dochází ke zvyšování kapacit nemocnice, aby byla schopna pojmout raněné vojáky z fronty.

Zdravotnické zařízení tedy v Českých Budějovicích již existovalo, ale jen pro potřeby armády. Proto se v roce 1812 předkládá návrh na zbudování veřejné všeobecné nemocnice. Zdravotní péči a ošetřování zde provádělo 6 lékařů a řádové sestry Kongregace milosrdných sester sv. Karla Boromejského.

V roce 1906 došlo na popud primáře všeobecné nemocnice Mautnera k usnesení o stavbě nové nemocnice s vyšší kapacitou lůžek. Po vzniku samostatné Československé republiky dochází ke změně názvu na Všeobecná veřejná nemocnice.

Začínají se ale objevovat náznaky, že kapacita nemocnice je nedostatečná, proto dochází k dalšímu rozšiřování.

V období druhé světové války dochází k odvolání veškerého židovského personálu a na jeho místa se umísťují čeští i němečtí lékaři. Dále se dostavují další budovy, především gynekologie a chirurgie.

Po skončení války dochází k vyloučení zaměstnanců německé národnosti. Dochází opět ke změně názvu nemocnice na Státní oblastní nemocnice České Budějovice. Dne 24. 11. 1945 se při nemocnici slavnostně otevřela ošetrovatelská škola. Budoucí absolventky měly za úkol nahradit řádové sestry. Škola fungovala jen krátce, neboť se nevyjasnily podmínky, kdo bude školu finančně podporovat.

V roce 1948, po státním převratu dochází k znárodnění nemocnice a zrušení soukromých praxí lékařů (6).

Po Sametové revoluci se mění název nemocnice na Nemocnice s poliklinikou III. typu. Jedná se o příspěvkovou organizaci, která spadá pod řízení Ministerstva zdravotnictví České republiky. Dalším významným datem v historii nemocnice je rok 1992, jelikož je schválen status nemocnice, dále se dokončila dostavba Onkologického centra.

Po zrušení Okresní nemocnice dochází ke sloučení s Nemocnicí České Budějovice. Tak vzniká tzv. horní a dolní areál nemocnice. V roce 2000 se stává zřizovatelem nemocnice Jihočeský kraj. V roce 2003 se stává Nemocnice České Budějovice a.s. čtvrtou největší nemocnicí v České Republice (25).

Historie nemocnice jakožto akciové společnosti začíná datem 1. 1. 2004, kdy dochází k transformaci a jediným akcionářem se stává Jihočeský kraj. Téhož roku se buduje nový terminál jako hlavní vstup do nemocnice. O rok později se dokončila rekonstrukce objektu centrálních laboratoří, která byla finančně nákladná. V lednu roku 2006 se ukončilo výběrové řízení na nemocniční informační systém, který funguje do dnešní doby (25).

V dalších letech probíhá v nemocnici obnova přístrojové techniky, zrekonstruovalo se oddělení ARO a arytmologie. V roce 2008 se započalo se stavbou nového dětského oddělení (26).

Rekonstrukce infekčního oddělení byla započata v roce 2009. V květnu 2010 se slavnostně otevřel nový pavilon dětského oddělení. Stavba objektu oddělení byla vyčíslena na necelých 290 milionů korun a velkou měrou se na financování podílela Evropská unie formou Regionálního operačního programu. Bezesporu velkou výhodou nového pavilonu je kompletní bezbariérový přístup a současně propojení s chirurgickým pavilonem, kde je také mimo jiné umístěno pracoviště počítačové tomografie a dalších diagnostických vyšetřovacích metod. V současné době disponuje dětské oddělení osmi lůžky intenzivní péče, 18 lůžky pooperační a traumatologické péče, 10 lůžky hematoonkologie, 21 lůžky pro velké děti, 34 pro malé děti, kojence a batolata. Součástí jsou i lůžka pro doprovod hospitalizovaného dítěte (24).

1.5.1 Chirurgické oddělení

Nedílnou součástí nemocnice musí být chirurgické oddělení. Tato stanice se podílí na diagnostice a léčbě onemocnění dýchacích cest, zažívacího traktu, mléčné žlázy, cévními onemocněními a dětskou chirurgií. Lékaři tohoto oddělení se nemalou rolí podílí i na léčbě úrazů dutiny břišní a hrudní. Samozřejmou věcí je spolupráce s dalšími odděleními, ať již při zajištění cévního přístupu u chronicky dialyzovaných pacientů, také s gastroenterologickým oddělením a ve velké části s onkology, či jinými. Operace, které se provádí na tomto pracovišti, se uskutečňují buď cestou klasickou, nebo miniinvazivní laparoskopickou technikou. Oddělení disponuje moderním přístrojem pro vyhledávání a detekci tzv. sentinelové uzliny při nádorovém onemocnění prsní žlázy. Dále má k dispozici přístroj pracující na principu nízkofrekvenčního ultrazvuku, pomocí něhož se čistí chronické rány, čímž se přispívá k jejich rychlému zhojení.

Celé chirurgické oddělení se skládá ze 4 stanic označených písmeny A, B, C, D a jedné jednotky intenzivní péče. Lůžková kapacita činí 121 standardních lůžek, na jednotce intenzivní péče se nachází 10 moderních lůžek typu Apollo 2 C.

Za rok 2009 bylo na tomto pracovišti provedeno 3607 operačních zákroků. Z toho 3592 nemocných zde bylo hospitalizováno. Průměrná ošetřovací doba na jednoho nemocného činila v témže roce 8,90 dne a průměrná obložnost lůžka tedy činila 75,6% (26).

Na závěr této kapitoly bych chtěl dodat, že je nesmírně důležité, ne-li nezbytné, aby management jednotlivých oddělení, ale i vrcholný management nemocnice znal početní zastoupení nelékařského zdravotnického personálu. Tento úkol vystupuje stále do popředí s plánovanou a nezbytnou reformací českého zdravotnictví, o které se stále více hovoří.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Stanovit optimální počet ošetrovatelského personálu na vybraných standardních ošetrovatelských jednotkách chirurgického typu.

Cíl 2: Stanovit optimální počet ošetrovatelského personálu na vybraných jednotkách intenzivní péče chirurgického typu.

2.2 Hypotézy

H1: Počty ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách jsou v souladu s metodikou K. Pochylé.

H2: Kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu na jednotlivých standardních ošetrovatelských jednotkách odpovídá doporučené metodice K. Pochylé.

H3: Počet ošetrovatelského personálu na jednotce intenzivní péče odpovídá doporučenému počtu dle metodiky K. Pochylé.

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

Pro empirickou část naší diplomové práce bylo použito kvantitativní šetření, v jehož rámci byla využita Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oboru interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště. Další užitá metoda je Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu pro ARO a JIP, kterou publikovali v roce 1999 manželé Pochylí (29).

Výzkumné šetření jsme prováděli na standardních ošetrovatelských jednotkách a na jednotce intenzivní péče (dále JIP) Chirurgického oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s.

Po konzultaci s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a schválení výzkumného šetření jsme přistoupili ke sběru dat a jejich zpracování. Souhlas s výzkumem uvádíme v příloze č. 1. Data poskytnutá vedením nemocnice byla zpracována pomocí obsahové analýzy dat. Použité informační zdroje, které jsme pro účely naší práce použili, jsou klasifikovány podle Hendla jako úřední dokumenty. Ty jsou nejčastěji majetkem úřadů nebo firem. Může se jednat o záznamy z porad, výroční zprávy, nebo různé typy dokumentací (12).

Během výzkumného šetření jsme průběžně konzultovali výsledky s autory metody kvantifikace, manžely Pochylými, kteří nám poskytli cenné rady a upozornili nás na možné chyby a úskalí aplikace metody do praxe.

3.1.1 Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oboru interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště.

Tuto metodu jsme použili pro standardní ošetrovatelské jednotky na chirurgickém oddělení. Základní data týkající se průměrné měsíční obložnosti na jednotlivých stanicích (A, B, C a D) za rok 2010 a počtu nelékařského zdravotnického personálu nám poskytla vrchní sestra chirurgického oddělení.

Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu na ošetrovatelské jednotce za 24 hodin (CPDO).

Jak již vyplývá z názvu, je tento výpočet určen pro stanovení celkové pracovní doby, kterou nelékařský zdravotnický personál vykonává za dobu jedno dne, tedy 24 hodin. Vzorec pro výpočet vypadá následovně:

$$\text{CPDO} = \frac{\text{M} \cdot \text{n}}{60} = \frac{\text{M} \cdot \text{L} \cdot \text{O}}{60}$$

CPDO	[h/den]
M	Počet minut ošetrovatelské péče na 1 pacienta za 24 hodin
n	Počet pacientů
60	Přepočet minut na hodiny
L	Počet lůžek
O	Obložnost $O = n/L$

Pro výpočet lze zvolit jeden nebo druhý vzorec. Pomocí prvního vzorce získáme hodnoty stanovené za jeden den, jelikož zde vycházíme z přesného počtu pacientů (n). Kdežto druhý vzorec obsahuje průměrnou obložnost za určité období (O) a počet lůžek na ošetrovatelské jednotce (L). Proto je vhodnější pro dlouhodobější hodnocení pracovní doby (29).

**Tabulka 1 Hodnoty ošetrovatelské péče v minutách podle standardu a vyhlášky
MZ č. 493/2005 Sb.**

Lůžkové zařízení	Interní obory min / pac. 24 hod.	Chirurgické obory min / pac. 24 hod.	Gyn. por. obory min / pac. 24 hod.
Fakultní nemocnice	150	155	120
Ostatní nemocnice	140	145	110
Vyhláška 493/2005	114,2	119,5	119,5

Hodnoty podle vyhlášky MZ 493/2005 Sb. uvedené v tabulce jsou stanoveny pro ošetrovatelskou jednotku s 30 lůžky a 100% obložeností. Hodnoty min/pac. 24 hod pro fakultní a ostatní nemocnice byly stanoveny vždy z celého týdne včetně soboty a neděle a následně byly mírně zaokrouhleny (29).

Počet pracovních úvazků ošetrovatelského personálu (PPÚ)

Vzorec pro výpočet pracovních úvazků je definován následovně:

$$PPÚ = \frac{M \cdot L \cdot O \cdot 365}{60 \cdot RPF} = \frac{6,083 \cdot M \cdot L \cdot O}{RPF}$$

M	Počet minut ošetrovatelské péče na 1 pacienta za 24 hodin
L	Počet lůžek
O	Průměrná obloženost (jako desetinné číslo) $O = n/L$
365	Počet dnů v jednom roce
60	Přepočet minut na hodiny
RPF	Reálný pracovní fond cca 1540h/rok na 1 pracovníka
6,083	$365/60$
n	Průměrný počet pacientů

Za M dosazujeme počet minut ošetrovatelské péče na jednoho pacienta za 24 hodin, dosazujeme číslo z tabulky 1, jež obsahuje hodnoty ošetrovatelské péče v minutách podle standardu a vyhlášky MZ č. 493/2005 Sb., které jsou uvedeny v již zmíněné tabulce. Světová zdravotnická organizace doporučuje hodnotu reálného pracovního fondu dále (RPF) 1540 hodin za rok na jednoho pracovníka, ale je zde možnost zpřesnit výpočty dosazením reálného pracovního fondu specifického pro dané oddělení (29).

Kvalifikační zastoupení nelékařských zdravotnických pracovníků.

Autoři, kteří uvádí dané hodnoty, propočítali poměry mezi základní, speciální a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí poskytovanou v jednotlivých klinických oborech. Pro úplnost je tabulka doplněna i hodnotami početního zastoupení nelékařského zdravotnického personálu, které jsou uvedeny ve vyhlášce MZ č. 493/2005 Sb. Data zde uvedená odpovídají oddělením s kapacitou 30 lůžek při 100% obloženosti (29).

Tabulka 2 Počty úvazků a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelských pracovníků na standardních chirurgických odděleních.

Lůžkové zařízení	Rozvrstvení ošetr. pracovníků	Chirurgické obory				
		ZPBD + specializace, ZPBD vč. Staniční sestry		ZPOD bez maturity		Celkem
		Počet	%	Počet	%	Počet
Fakultní nemocnice	% podle standardu	11,8	64,1	6,6	35,9	18,4
Ostatní nemocnice	% podle standardu	10,7	62,2	6,5	37,8	17,2
Vyhláška 493/2005 Sb.		9,9	69,4	4,3	30,6	14,2

Vysvětlivky:

ZPBD + specializace - zdravotnický pracovník bez odborného dohledu se specializací v oboru.

ZPBD - zdravotnický pracovník bez odborného ohledu.

ZPOD - zdravotnický pracovník pod odborným dohledem bez maturity (29).

3.1.2 Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu na ARO a JIP.

Tato metoda je určena pouze pro pracoviště poskytující intenzivní a resuscitační péči. Jelikož chirurgické oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s. disponuje jednotkou intenzivní péče s kapacitou 10 lůžek, rozhodli jsme se zmapovat tuto problematiku i na této stanici.

Sběr dat probíhal se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, s šetřením svolilo i samotné vedení Chirurgického oddělení.

Hlavní činností bylo tedy zjistit náročnost Ostatní ošetrovatelské péče, kterou musí sestry provádět a metoda TISS na ni nemyslí. Autoři této metody ji nazývají Ostatní ošetrovatelskou péčí.

Ostatní ošetrovatelskou péčí jsme zaznamenávali do již zmíněných tabulek. U každého pacienta hospitalizovaného na chirurgické jednotce intenzivní péče jsme hodnotili stupeň pohybové schopnosti, oblast osobní hygieny, stravování, vyprazdňování stolice a moče, dále pak prevenci dekubitů, komunikaci a spolupráci s klientem a jako poslední byla hodnocena oblast každodenních činností sestry. Ke každé z uvedených oblastí jsme přiřazovali body, které vyjadřují náročnost vykonané ošetrovatelské intervence. Tuto testovací tabulku uvádíme v příloze č. 3. Tento sběr dat byl velice náročný na čas, neboť byl prováděn po dobu tří měsíců a to od 1.11. 2010 - 31.1. 2011. Jednotlivé hospitalizované pacienty bylo nutné hodnotit denně. Výjimkou bylo období vánočních svátků, kdy byla použita pro hodnocení ostatní ošetrovatelské péče zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace, která spadala ke konkrétnímu pacientovi a datu hospitalizace.

Vyhodnocení této metody se provádí sečtením všech bodů v jednotlivých oblastech Ostatní ošetrovatelské péče. Součet všech bodů se vynásobí převodním koeficientem 5 (minuty/bod).

$$t = 5 \cdot B$$

t	počet minut na pacienta za 24 hodin
5	převodní koeficient (minuty/bod)
B	počet bodů na pacienta za 24 hodin

Pomocí tohoto výpočtu jsou získány informace o čase na jednoho pacienta za 24 hodin, který je uváděn v minutách. Po vypočítání časové náročnosti u všech pacientů, kteří jsou na daném oddělení hospitalizováni lze získat celkový počet minut na všechny pacienty za 24 hodin. Tato operace se dá znázornit vzorečkem:

$$T = \sum t$$

T	celkový počet minut na všechny pacienty za 24 hodin
t	počet minut na pacienta za 24 hodin

Dalším výpočtem lze zjistit potřebný počet sester, které jsou nutné k zajištění Ostatní ošetrovatelské péče.

$$S_1 = T \div 480$$

S_1	počet sester na ostatní ošetrovatelskou péči
T	celkový počet minut na všechny pacienty za 24 hodin
480	počet minut za 8 hodinovou směnu

Pomocí posledního vzorce lze zjistit celkový počet sester na dané oddělení. Vzorec vypadá následovně:

$$S = S_1 + S_2$$

S	celkový počet sester na ARO a JIP
S_1	počet sester na ostatní ošetrovatelskou péči
S_2	minimální počet sester stanovený vyhláškou MZ č. 493/2005 Sb. podle metody TISS (28).

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládal z dat, které nám poskytlo vedení Nemocnice České Budějovice a.s. Týkala se lůžkové kapacity jednotlivých stanic Chirurgického oddělení, personálního a kvalifikačního obsazení a také hodnot průměrných obložností za jednotlivé měsíce roku 2010. Pro jednotku intenzivní péče byly navíc shromažďovány hodnoty Ostatní ošetrovatelské péče u jednotlivých hospitalizovaných klientů po dobu tří měsíců.

4. Výsledky

4.1 Výsledky kvantifikace ošetrovatelského personálu a stanovení kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních odděleních Chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. za rok 2010.

4.1.1 Chirurgické oddělení A

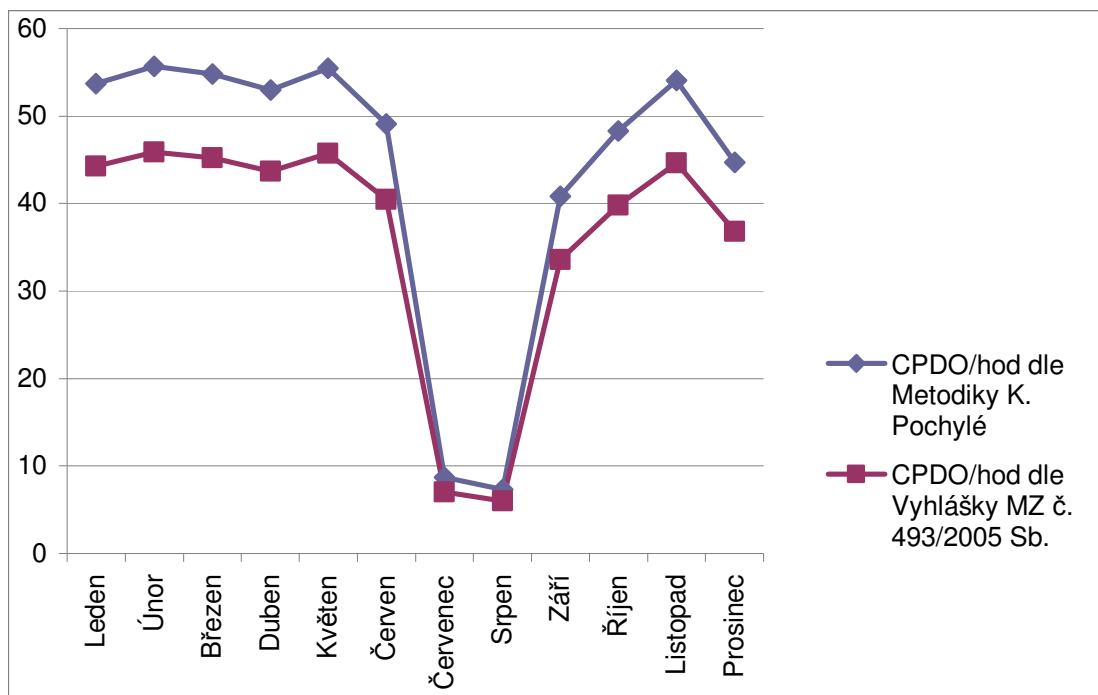
Chirurgické oddělení A je se svou lůžkovou kapacitou 24 lůžek nejmenší ze všech čtyř standardních stanic. Slouží především pro pacienty objednané na drobnější zákroky, jako jsou operace varixů, prsní žlázy a další drobné aseptické operace.

Tabulka 3 Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu za 24 hodin

Měsíc	CPDO/hod dle Metodiky K. Pochylé	CPDO/hod dle Vyhlášky MZ č. 493/2005 Sb.
Leden	53,7	44,3
Únor	55,7	45,9
Březen	54,8	45,2
Duben	53	43,7
Květen	55,5	45,7
Červen	49,1	40,5
Červenec	8,7	7
Srpen	7,3	6
Září	40,8	33,6
Říjen	48,3	39,8
Listopad	54,1	44,6
Prosinec	44,7	36,8
Průměr	43,8	36,1

Tabulka pojednává o celkové pracovní době ošetrovatelského personálu, která se stanovuje za 24 hodin. Na chirurgickém oddělení A je dle Vyhlášky 493/2005 Sb. vypočítána průměrná doba na poskytování potřebné ošetrovatelské péče 36,1 hodiny. Po propočtu dle metodiky Pochylé jsme dospěli k hodnotě 43,8 hodin.

Graf 1 Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu za 24 hodin



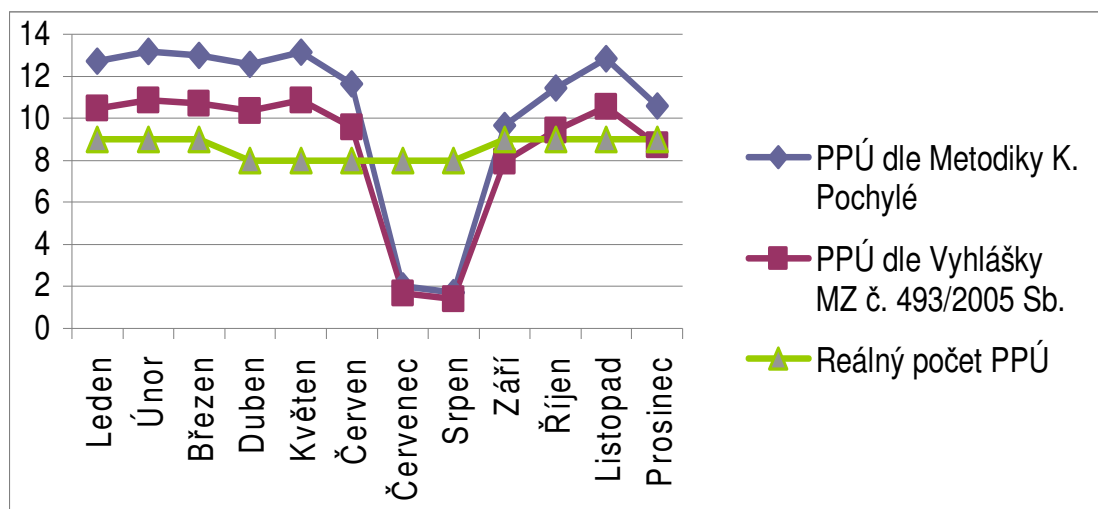
Jak je patrné z grafu, dochází k markantnímu poklesu celkové doby na poskytování ošetrovatelské péče v měsíci červenci a srpnu. Tento pokles je způsoben plánovaným omezením operačních zákroků a následným uzavřením oddělení po dobu letních prázdnin. Opětný nárůst celkové doby na ošetrovatelskou péči je patrný v měsíci září. Koncem roku je opět ve znamení klesající celkové doby na poskytování ošetrovatelské péče. To je zapříčiněno uzavřením oddělení po dobu vánočních svátků.

Tabulka 4 Počet pracovních úvazků

Měsíc	PPÚ dle Metodiky K. Pochylé	PPÚ dle Vyhlášky MZ č. 493/2005 Sb.	Reálný počet PPÚ
Leden	12,72	10,49	9
Únor	13,19	10,87	9
Březen	12,98	10,7	9
Duben	12,56	10,35	8
Květen	13,15	10,84	8
Červen	11,64	9,59	8
Červenec	2	1,65	8
Srpen	1,71	1,41	8
Září	9,66	7,96	9
Říjen	11,45	9,43	9
Listopad	12,82	10,56	9
Prosinec	10,58	8,72	9
Průměr	10,37	8,55	8,58

V této tabulce jsou uvedeny počty pracovních úvazků na chirurgickém oddělení A. Reálný počet pracovních úvazků nelékařského zdravotnického personálu je zprůměrnován na 8,58 na rok 2010. Průměrný reálný počet pracovních úvazků se shoduje s průměrnou hodnotou stanovenou podle Vyhlášky 493/2005 Sb. Dle metodiky Pochylé jsme dospěli k průměrnému výsledku celkových pracovních úvazků 10,37.

Graf 2 Počet pracovních úvazků



Tento graf jasně znázorňuje měnící se potřeby pracovních úvazků. Jelikož v letních měsících červenci a srpnu byly vykazovány nízké hodnoty obložnosti oddělení, které se uzavírá, a nemocní, kteří nemohou být propuštěni, se překládají na vedlejší oddělení B, kde je provoz zachován. Tímto dochází i ke snížení počtu pracovních úvazků personálu na minimum. Reálný počet pracovních úvazků je relativně stabilní bez vyšších výkyvů.

Tabulka 5 Kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu

	ZPBD + spec., ZPBD, ZPOD + staniční sestry		ZPOD bez maturity		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Metodika K. Pochylé	5,8	56,3	4,5	43,7	10,3	100
Vyhláška 493/2005 Sb.	6,0	69,4	2,6	30,6	8,6	100
Realita	7,6	88,4	1,0	11,6	8,6	100

Vysvětlivky:

ZPBD + specializace - zdravotnický pracovník bez odborného dohledu se specializací v oboru.

ZPBD - zdravotnický pracovník bez odborného ohledu.

ZPOD - zdravotnický pracovník pod odborným dohledem bez maturity.

Kvalifikační zastoupení nelékařského zdravotnického personálu za sledované období bylo 7,6 pracovníků pracujících bez odborného dohledu a jeden pracovník pod odborným dohledem. Tyto hodnoty jsou podobné hodnotám stanoveným podle vyhlášky 493/2005 Sb. Údaje vypočítané dle metodiky Pochylé ovšem vykazují značné odchylky od skutečného počtu pracovních úvazků. Počet úvazků zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu je vypočítán na 5,8, tedy 56,3 %. Oproti tomu je počet úvazků zdravotnických pracovníků, kteří musí vykonávat činnosti pod odborným dohledem, stanoven na 43,7 % z celkového počtu všech celkových pracovních úvazků.

4.1.2 Chirurgické oddělení B

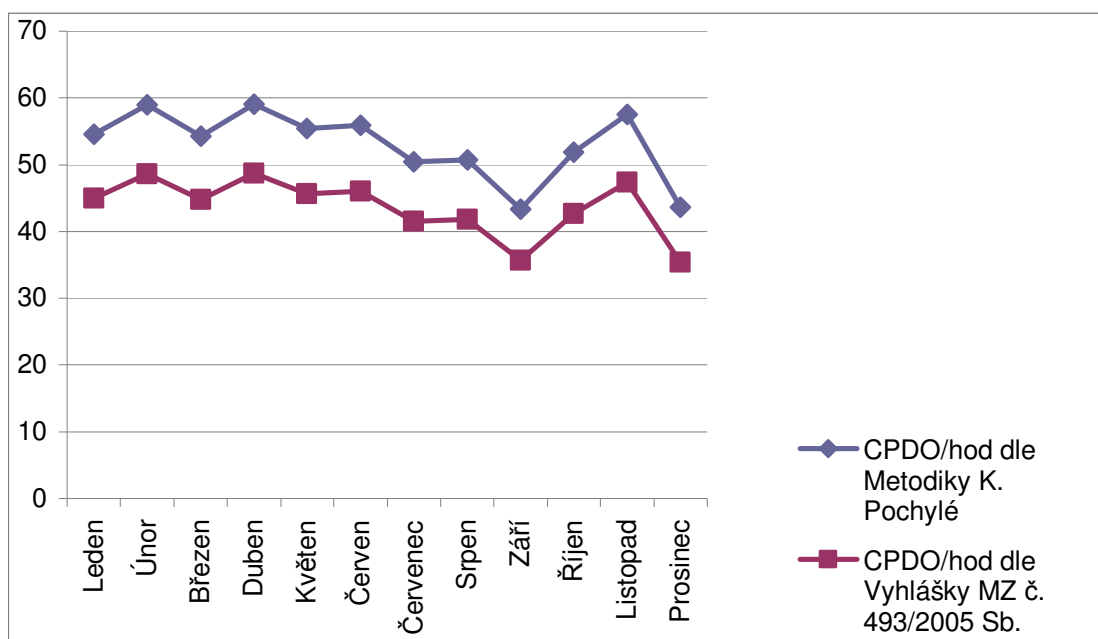
Na tomto oddělení jsou hospitalizováni pacienti po operacích žlučníku, žaludku, slinivky břišní, jater. Dále pak po splenektomii, po operaci mléčné žlázy a po cévních operacích. Nemalý počet pacientů je také po operaci dýchacích cest, především plic.

Tabulka 6 Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu za 24 hodin

Měsíc	CPDO/hod dle Metodiky K. Pochylé	CPDO/hod dle Vyhlášky MZ č. 493/2005 Sb.
Leden	54,6	45
Únor	59	48,6
Březen	54,3	44,8
Duben	59,1	48,7
Květen	55,4	45,6
Červen	55,9	46
Červenec	50,4	41,5
Srpen	50,7	41,8
Září	43,3	35,7
Říjen	51,9	42,7
Listopad	57,5	47,4
Prosinec	43,6	35,4
Průměr	53,0	43,6

Celková průměrná doba na poskytování ošetrovatelské péče je stanovena podle metodiky Pochylé na 53,0 hodin. Hodnota vypočítaná podle vyhlášky 493/2005 Sb. je skoro o deset hodin nižší.

Graf 3 Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu za 24 hodin



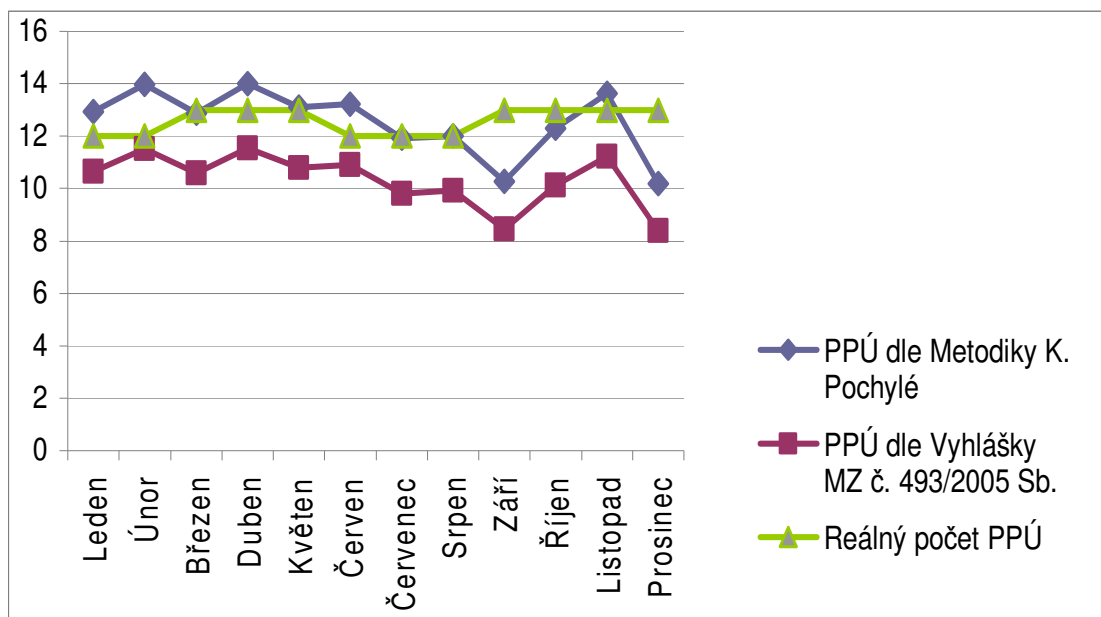
Nejnižší hodnoty času stráveného poskytováním ošetrovatelské péče nemocným jsou v měsíci září. Dle metody Pochylé je hodnota vypočítána na 43,3 hodiny. Dle vyhlášky 493/2005 Sb. dokonce na 35,7 hodin. Naopak nejvyšší hodnoty byly dosaženy v měsíci dubnu, kdy činily 59,1 hodiny podle metodiky Pochylé a 48,7 hodiny dle vyhlášky 493/2005 Sb.

Tabulka 7 Počet pracovních úvazků

Měsíc	PPÚ dle Metodiky K. Pochylé	PPÚ dle Vyhlášky MZ č. 493/2005 Sb.	Reálný počet PPÚ
Leden	12,93	10,64	12
Únor	13,98	11,52	12
Březen	12,87	10,6	13
Duben	14	11,53	13
Květen	13,12	10,8	13
Červen	13,23	10,9	12
Červenec	11,92	9,82	12
Srpen	12,02	9,91	12
Září	10,26	8,45	13
Říjen	12,29	10,12	13
Listopad	13,63	11,23	13
Prosinec	10,18	8,39	13
Průměr	12,54	10,33	12,58

Reálný počet pracovních úvazků, který je zprůměrován za celé sledované období, odpovídá průměrnému počtu pracovních úvazků dle metodiky Pochylé. Vyhláška 493/2005 Sb. uvádí po přepočtu dat jako optimální 10,33 pracovních úvazků. To je o 2,21 pracovních úvazků méně.

Graf 4 Počet pracovních úvazků



V tomto grafu je znázorněna celá situace za sledované období. Reálný počet pracovních úvazků se pohyboval v průměru 12,58 úvazků.

Tabulka 8 Kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu

	ZPBD + spec., ZPBD, ZPOD + staniční sestry		ZPOD bez maturity		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Metodika K. Pochylé	7	56,0	5,5	44,0	12,5	100
Vyhláška 493/2005 Sb.	7,1	69,4	3,2	30,6	10,3	100
Realita	11,3	89,7	1,3	10,3	12,6	100

Vysvětlivky:

ZPBD + specializace - zdravotnický pracovník bez odborného dohledu se specializací v oboru.

ZPBD - zdravotnický pracovník bez odborného ohledu.

ZPOD - zdravotnický pracovník pod odborným dohledem bez maturity.

V roce 2010 byl průměrný reálný počet pracovních úvazků stanoven na 12,6, z toho 11,3 pracovníků bez odborného dohledu a 1,3 úvazků zdravotnických pracovníků konající činnost pod odborným dohledem. Tyto údaje se liší jednak od hodnot stanovených vyhláškou 493/2005 Sb., tak i podle metodiky Pochylé.

4.1.3 Chirurgické oddělení C

Toto oddělení s kapacitou 27 lůžek je vyčleněno na léčbu chronických ran, chirurgickou léčbu diabetických defektů. Také jsou zde umístěni pacienti po operačních výkonech na tlustém střevě a konečníku.

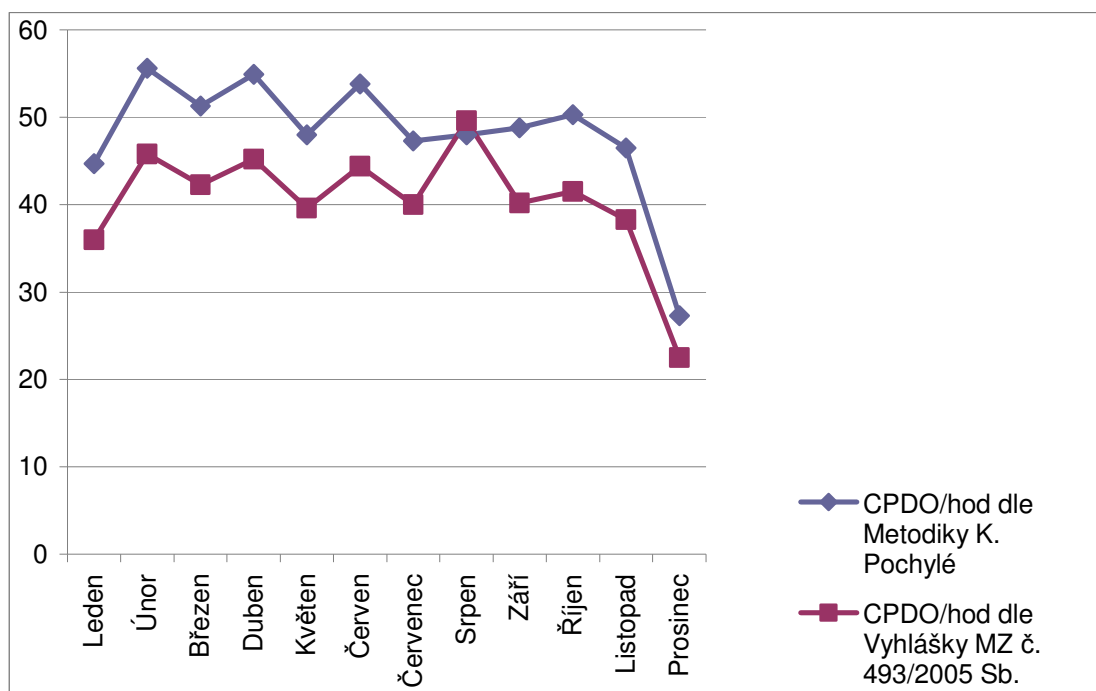
Tabulka 9 Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu za 24 hodin

Měsíc	CPDO/hod dle Metodiky K. Pochylé	CPDO/hod dle Vyhlášky MZ č. 493/2005 Sb.
Leden	44,7	36
Únor	55,6	45,8
Březen	51,3	42,3
Duben	54,9	45,2
Květen	48	39,6
Červen	53,8	44,4
Červenec	47,3	40
Srpen	48	49,6
Září	48,8	40,2
Říjen	50,3	41,5
Listopad	46,5	38,3
Prosinec	27,3	22,5
Průměr	48,0	40,5

Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu se na tomto oddělení pohybovala podle vyhlášky 493/2005 Sb. v průměru okolo 40,5 hodin. Dle metodiky Pochylé je tato hodnota o 7,5 hodiny vyšší, tedy 48,0 hodiny. Nejnižší hodnota poskytovaného ošetrovatelského času, jak je vidět v tabulce, spadá do měsíce prosince. Tato hodnota činí dle Pochylé 27,3 a dle vyhlášky 493/2005 Sb. dokonce 22,5 hodin za 24 hodin.

Tak nízké hodnoty v posledním měsíci v roce 2010 jsou zapříčiněny plánovaným uzavřením oddělení po dobu vánočních svátků. Nemocní, jejichž zdravotní stav neumožňoval propuštění do domácího ošetřování, byli přeloženi na vedlejší chirurgické oddělení D.

Graf 5 Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu za 24 hodin



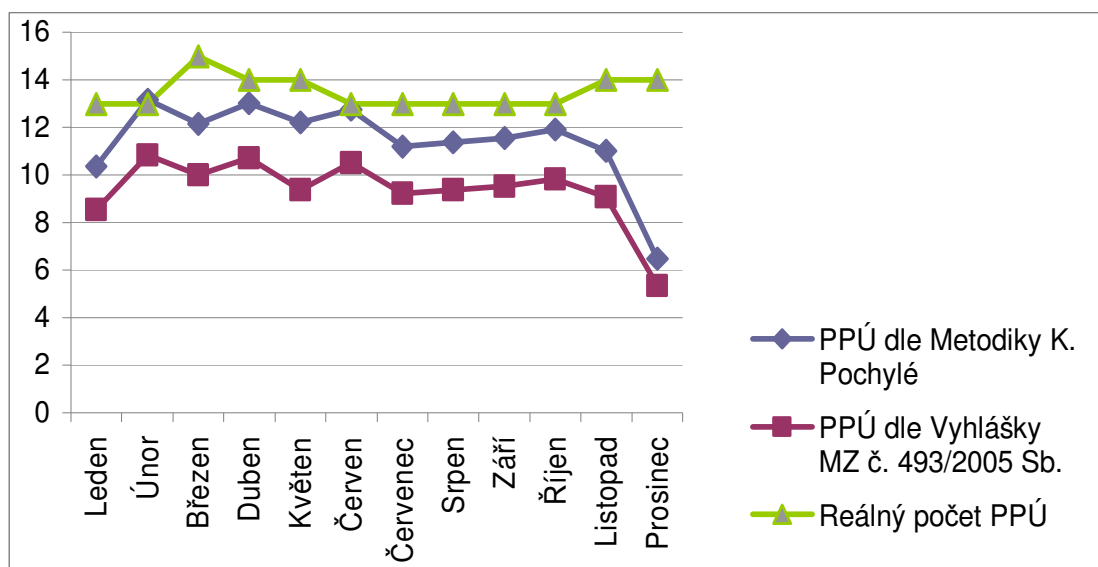
Nejvyšší hodnota celkové pracovní doby ošetrovatelského personálu byla vypočítána a zasazena do měsíce února, kdy bylo vyhodnoceno 55,6 hodin dle metodiky Pochylé a podle vyhlášky 493/2005 Sb. je nejvytíženějším měsícem srpen. Čas na poskytování ošetrovatelské péče dosahoval 49,6 hodin.

Tabulka 10 Počet pracovních úvazků

Měsíc	PPÚ dle Metodiky K. Pochylé	PPÚ dle Vyhlášky MZ č. 493/2005 Sb.	Reálný počet PPÚ
Leden	10,36	8,53	13
Únor	13,17	10,85	13
Březen	12,15	10,01	15
Duben	13,02	10,73	14
Květen	12,21	9,38	14
Červen	12,75	10,51	13
Červenec	11,18	9,23	13
Srpen	11,38	9,38	13
Září	11,56	9,53	13
Říjen	11,92	9,82	13
Listopad	11,01	9,07	14
Prosinec	6,47	5,34	14
Průměr	11,43	9,37	13,50

Reálný počet pracovních úvazků na chirurgickém oddělení D byl v průměru stanoven na 13,50. Tato hodnota je vyšší než doporučené množství pracovních úvazků jednak podle vyhlášky 493/2005 Sb., tak i podle metodiky Pochylé.

Graf 6 Počet pracovních úvazků



Jak je z grafu patrné, největší počet pracovních úvazků bylo na oddělení C v měsíci březnu, kdy zde bylo vedeno 15 zaměstnanců. Podle metodiky Pochylé by mělo být nejvíce pracovních úvazků v měsíci únoru, kdy by měly dosahovat počtu 13,17 úvazků. I podle Vyhlášky 493/2005 Sb. by mělo být nejvíce pracovních úvazků v měsíci únoru, ale počet úvazků by měl být o 2,32 nižší než doporučuje metodika Pochylé. Nejnižší hodnoty byly zaznamenány v prosinci a to u obou výpočtů, jak je patrné z uvedeného grafu.

Tabulka 11 Kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu

	ZPBD + spec., ZPBD, ZPOD + staniční sestry		ZPOD bez maturity		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Metodika K. Pochylé	6,4	56,1	5,0	43,9	11,4	100
Vyhláška 493/2005 Sb.	6,5	69,4	2,9	30,6	9,4	100
Realita	11,7	86,7	1,8	13,3	13,5	100

Vysvětlivky:

ZPBD + specializace - zdravotnický pracovník bez odborného dohledu se specializací v oboru.

ZPBD - zdravotnický pracovník bez odborného ohledu.

ZPOD - zdravotnický pracovník pod odborným dohledem bez maturity.

Z tabulky je patrné, že i přes rozdílné procentuální hodnoty zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu, jak dle vyhlášky, tak i dle metodiky Pochylé je počet doporučených pracovníků podobný. Markantní rozdíly jsou patrné až v počtu zaměstnanců, kteří mohou poskytovat ošetrovatelskou péči pod odborným dohledem. Metodika Pochylé doporučuje 5,0 úvazků nižšího zdravotnického personálu, kdežto vyhláška stanovuje 2,9 pracovních úvazků zdravotnických pracovníků pod odborným dohledem. Realita pracovních úvazků vykazuje rozdílné hodnoty. U pracovníků

pracujících bez odborného dohledu byl počet v průměru za sledované období 11,7 a 1,8 pracovních úvazků pro zdravotnické pracovníky pod odborným dohledem.

4.1.4 Chirurgické oddělení D

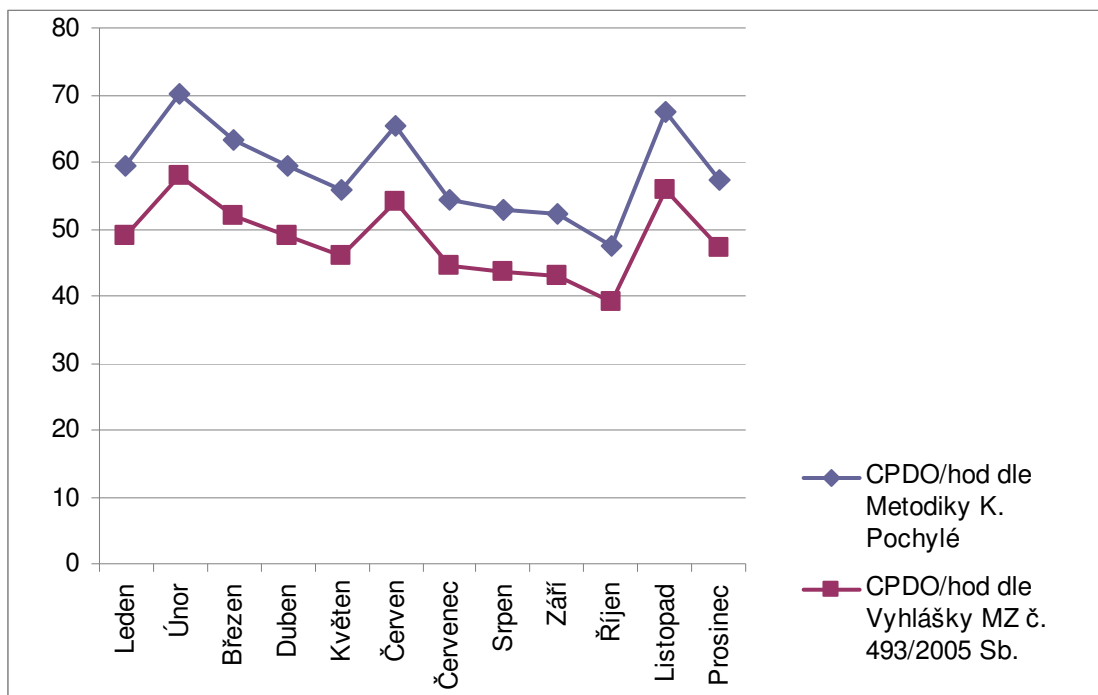
Jako poslední standardní stanice chirurgického oddělení je s lůžkovou kapacitou 31 lůžek stanice D.

Tabulka 12 Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu za 24 hodin

Měsíc	CPDO/hod dle Metodiky K. Pochylé	CPDO/hod dle Vyhlášky MZ č. 493/2005 Sb.
Leden	59,4	49
Únor	70,1	57,8
Březen	63,2	52
Duben	59,4	49
Květen	55,8	46
Červen	65,4	53,9
Červenec	54,2	44,6
Srpen	52,9	43,6
Září	52,2	43
Říjen	47,5	39,1
Listopad	67,6	55,8
Prosinec	57,4	47,3
Průměr	58,8	48,4

Dle metodiky Pochylé je průměrná celková doba ošetrovatelského personálu za rok 2010 vypočítána na 58,8 hodiny. Ten samý údaj vychází dle vyhlášky 493/2005 Sb. o 10,4 hodin méně, než je doporučeno v metodice Pochylé.

Graf 7 Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu za 24 hodin



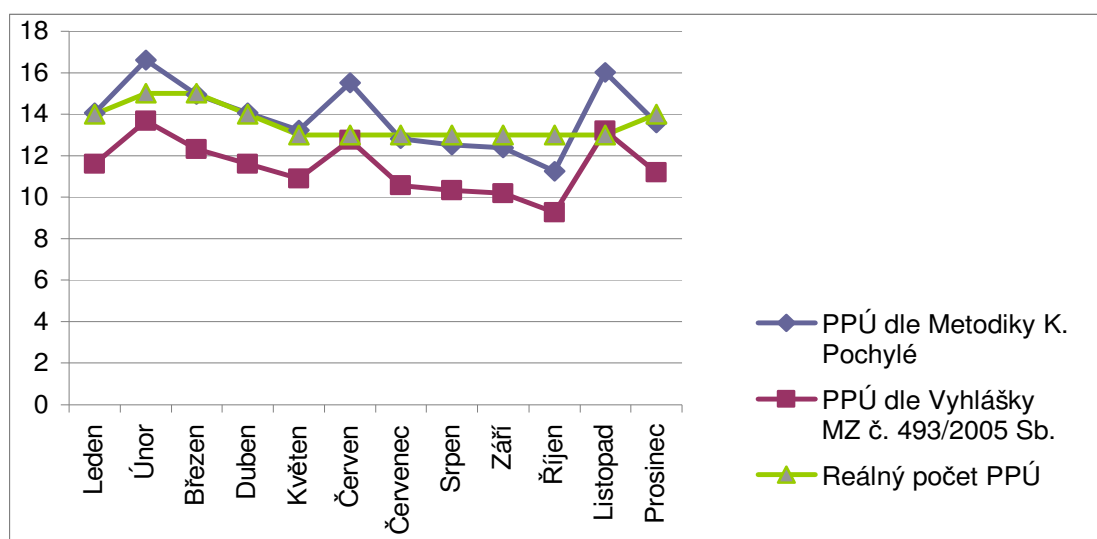
Jak je z grafu patrné, nejvyšší hodnota doby na poskytování ošetrovatelské péče byla stanovena v měsíci únoru, kdy dosahovaly hodnoty podle vyhlášky 493/2005 Sb. 57,8 hodin. Výpočet provedený dle metodiky Pochylé je ještě o 12,3 hodiny vyšší a zastavuje se na hodnotě 70,1 hodiny. Nejnížší hodnoty jsou situovány v měsíci říjnu, kdy dosahovaly hodnot 39,1 hodin u vyhlášky 493/2005 Sb. a 47,5 hodin dle metodiky Pochylé.

Tabulka 13 Počet pracovních úvazků

Měsíc	PPÚ dle Metodiky K. Pochylé	PPÚ dle Vyhlášky MZ č. 493/2005 Sb.	Reálný počet PPÚ
Leden	14,07	11,6	14
Únor	16,6	13,68	15
Březen	14,96	12,33	15
Duben	14,07	11,6	14
Květen	13,22	10,9	13
Červen	15,5	12,77	13
Červenec	12,83	10,57	13
Srpen	12,53	10,33	13
Září	12,37	10,19	13
Říjen	11,25	9,27	13
Listopad	16,03	13,21	13
Prosinec	13,6	11,2	14
Průměr	13,92	11,47	13,6

Průměrný počet reálných pracovních úvazků se na tomto oddělení v roce 2010 pohyboval okolo 13,6. Tento údaj odpovídá doporučenému počtu dle metodiky Pochylé, která je za sledované období zprůměrnovaná na 13,92 pracovních úvazků.

Graf 8 Počet pracovních úvazků



Nejvyšší reálný počet pracovních úvazků byl zaznamenán v měsíci únoru a březnu, kdy dosahovaly 15 úvazků. Dle metodiky Pochylé jsme stanovili nejvyšší doporučený počet pracovních úvazků také na měsíc únor, kdy by mělo být na oddělení 16,6 pracovních úvazků. Ty jsou o 1,6 vyšší, než bylo ve skutečnosti. Naopak nejméně doporučených úvazků vycházelo na měsíc říjen, to jest 11,25. Znárodná křivka údajů vypočítaných dle vyhlášky 493/2005 Sb. kopíruje přesně křivku s doporučenými hodnotami dle metodiky Pochylé, ovšem s nižšími čísly. V únoru byly naměřeny doporučené hodnoty pracovních úvazků na 13,68, což je o 2,92 úvazku méně, než doporučuje metodika Pochylé. Dle vyhlášky 493/2005 Sb. jsme dospěli však k průměrné hodnotě 11,47 pracovních úvazků. Tu samu situaci můžeme vidět v říjnu, kdy rozdíl v doporučených hodnotách pracovních úvazků mezi vyhláškou 493/2005 Sb. a metodikou Pochylé je o 1,98 pracovních úvazků vyšší ve prospěch metody Pochylé.

Tabulka 14 Kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu

	ZPBD + spec., ZPBD, ZPOD + staniční sestry		ZPOD bez maturity		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Metodika K. Pochylé	7,8	56,1	6,1	43,9	13,9	100
Vyhláška 493/2005 Sb.	8,0	69,4	3,5	30,6	11,5	100
Realita	12,25	87,6	1,75	12,4	14	100

Vysvětlivky:

ZPBD + specializace - zdravotnický pracovník bez odborného dohledu se specializací v oboru.

ZPBD - zdravotnický pracovník bez odborného ohledu.

ZPOD - zdravotnický pracovník pod odborným dohledem bez maturity.

V roce 2010 byla průměrná hodnota pracovních úvazků stanovena na 14. Z toho 12,25 zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu, tedy 87,6 %. Zbylých 1,75 pracovních úvazků přísluší zdravotnickým pracovníkům, poskytujících ošetrovatelskou

péči pod odborným dohledem. Doporučené kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu dle metodiky Pochylé je následující: 56,1 %, to je 7,8 zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu a 6,1 úvazku personálu pracujících pod odborným dohledem. V doporučeném počtu zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu je podobnost v hodnotách vyhlášky 493/2005 Sb. a metodiky Pochylé i přes to, že procentuální zastoupení je rozdílné. V počtu zdravotnických pracovníků pod odborným dohledem doporučuje vyhláška 493/2005 Sb. 3,5 úvazků, tedy 30,6 % ze všech pracovních úvazků na daném oddělení.

4.2 Jednotka intenzivní péče

Jednotka intenzivní péče je součástí Chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.. Dle vyhlášky 493/2005 je toto oddělení vedeno jako jednotka intenzivní péče nižšího typu. Tato vyhláška mimo jiné upravuje minimální personální obsazení. Na jedno lůžko musí být 1,4 pracovních úvazků všeobecné sestry, z toho minimálně 50% musí mít specializační vzdělání v oblasti intenzivní ošetrovatelské péče. Pro celé toto oddělení je počítáno s jedním pracovním úvazkem staniční sestry. Lůžková kapacita jednotky je stanovena na 10 lůžek. Na toto oddělení se nejčastěji přijímají pacienti po těžkých operačních zákrocích na zažívacím traktu, velkých cévních operacích a také po operacích plic. Dalším důvodem hospitalizace na jednotce intenzivní péče je zhoršující se zdravotní stav, nebo nutná kontinuální monitorace vitální funkcí nemocných.

Tabulka 15 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 1. 11. 2010 do 7. 11. 2010

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	8	857,5	1,78	6 + 1
Úterý	9	1240	2,58	6 + 1
Středa	10	1245	2,59	6 + 1
Čtvrtek	10	1267,5	2,64	6 + 1
Pátek	10	1137,5	2,36	6 + 1
Sobota	10	1250	2,6	6
Neděle	10	1267,5	2,64	6
Průměr	9,57	1180,7	2,46	6,7

Za první týden činila průměrná doba na Ostatní ošetrovatelskou péči 1180,7 minut, přičemž průměrný počet sester na zajištění Ostatní ošetrovatelské péče (dále OOP) byl stanoven na 2,46 sestry. Reálný počet sester na jednotce intenzivní péče Chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. je zabezpečen třemi sestrami na denní směnu a jednou staniční sestrou na směnu ranní. Noční směnu slouží tři sestry. Tento harmonogram denních a nočních směn se nemění. Staniční sestra slouží od pondělí do pátku a to pouze ranní směnu.

Tabulka 16 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 8.11. 2010 do 14. 11. 2010

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	10	1242,5	2,58	6 + 1
Úterý	10	1510	3,14	6 + 1
Středa	9	1362,5	2,83	6 + 1
Čtvrtek	9	1315	2,73	6 + 1
Pátek	10	1337,5	2,78	6 + 1
Sobota	7	857,5	1,78	6
Neděle	7	880	1,83	6
Průměr	8,9	1215,0	2,52	6,7

V druhém týdnu našeho šetření na jednotce intenzivní péče byl stanoven průměrný počet hospitalizovaných pacientů 8,9, přičemž průměrný čas stanovený na Ostatní ošetrovatelskou péči byl vypočítán na 1215 minuty. Průměrný počet sester byl stanoven 2,52 sestry. Hodnoty z tohoto týdne jsou podobné jako v týdnu předchozím.

Tabulka 17 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 15. 11. 2010 do 21. 11. 2010

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	7	890	1,85	6 + 1
Úterý	7	860	1,79	6 + 1
Středa	9	1255	2,61	6 + 1
Čtvrtek	10	1415	2,94	6 + 1
Pátek	9	1130	2,35	6 + 1
Sobota	7	927,5	1,93	6
Neděle	6	782,5	1,63	6
Průměr	7,9	1037,1	2,16	6,7

Z tabulky je patrné, že počet hospitalizovaných pacientů se snížil v průměru o jednoho hospitalizovaného pacienta oproti předchozím týdnům. To platí i o průměrné hodnotě času potřebného na OOP, jehož hodnota je stanovena na 1037,1 minut za 24 hodin. Z toho plyne, že i počet sester na poskytování OOP se snižuje na průměrnou hodnotu 2,16 sestry.

Tabulka 18 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 22. 11. 2010 do 28. 11. 2010

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	5	410	0,85	6 + 1
Úterý	7	865	1,8	6 + 1
Středa	7	927,5	1,93	6 + 1
Čtvrtek	9	1180	2,45	6 + 1
Pátek	8	1045	2,17	6 + 1
Sobota	8	995	2,07	6
Neděle	8	985	2,05	6
Průměr	7,4	915,4	1,90	6,7

Třetí týden je opět ve znamení snižování pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče. Dochází proto k pozvolnému poklesu průměrného času na Ostatní ošetrovatelskou péči, jejíž hodnota byla vypočítána na 915,4 minut pro všechny hospitalizované pacienty za 24 hodin. Také je patrné, že snížením počtu minut na OOP dochází i ke snížení počtu nelékařského zdravotnického personálu v průměru na 1,90. Personální obsazení na jednotlivých službách nezaznamenává žádné změny oproti předchozím týdnům.

Tabulka 19 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 29. 11. 2010 do 5. 12. 2010

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	7	947,5	1,97	6 + 1
Úterý	4	765	1,58	6 + 1
Středa	5	530	1,1	6 + 1
Čtvrtek	9	1170	2,43	6 + 1
Pátek	8	820	1,7	6 + 1
Sobota	7	905	1,88	6
Neděle	8	1032,5	2,15	6
Průměr	6,9	881,4	1,83	6,7

Tento týden na přelomu měsíce listopadu a prosince poukazuje na pozvolnou klesající tendenci průměrné Ostatní ošetrovatelské péče za 24 hodin na všechny hospitalizované pacienty. Má to za následek snížení počtu sester na potřebné ošetrovatelské intervence v průměru na 1,83 sestry na jednu směnu. To je zapříčiněno nižším počtem hospitalizovaných pacientů, jejich aktuálním zdravotním stavem a neméně důležitými ošetrovatelskými intervencemi, které se u hospitalizovaných pacientů vykonávaly.

Tabulka 20 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 6. 12. 2010 do 12. 12. 2010

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	10	1207,5	2,51	6 + 1
Úterý	10	1095	2,28	6 + 1
Středa	4	457,5	0,95	6 + 1
Čtvrtek	5	717,5	1,49	6 + 1
Pátek	10	752,5	1,56	6 + 1
Sobota	9	1300	2,7	6
Neděle	9	1205	2,51	6
Průměr	8,1	962,1	2,0	6,7

V týdnu od 6. do 12. prosince je na Chirurgické jednotce intenzivní péče hospitalizováno v průměru 8,1 pacientů. Potřebný počet sester pro obstarání Ostatní ošetrovatelské péče byl stanoven v průměru na 2,00 sestry, což je o 0,17 setry více oproti předchozímu týdnu. Hodnota OOP je zprůměrována na 962,1 minut za 24 hodin.

Tabulka 21 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 13. 12. 2010 do 19. 12. 2010

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	10	1267,5	2,64	6 + 1
Úterý	10	1395	2,9	6 + 1
Středa	10	1367,5	2,84	6 + 1
Čtvrtek	10	1692,5	3,52	6 + 1
Pátek	6	1010	2,1	6 + 1
Sobota	6	847,5	1,76	6
Neděle	7	1070	2,22	6
Průměr	8,4	1235,7	2,57	6,7

Hodnoty v tomto týdnu jsou oproti týdnu předchozímu navýšeny. Průměrný počet hospitalizovaných pacientů se zvýšil jen nepatrně, a to o 0,3 pacienta. Patrný rozdíl můžeme vidět v čase na Ostatní ošetrovatelskou péči. Ten oproti předchozímu týdnu doznal navýšení na hodnotu 1235,7, čímž se zvýšil o 273,5 minut za 24 hodin na všechny hospitalizované pacienty. Příčina tohoto vzestupu času na OOP, při stejném počtu hospitalizovaných pacientů, je způsobena těžkým zdravotním stavem nemocných. Tím pádem se také zvyšuje náročnost ošetrovatelské péče, která musí být poskytnuta.

Tabulka 22 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 20. 12. 2010 do 26. 12. 2010

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	7	1040	2,16	6 + 1
Úterý	6	660	1,37	6 + 1
Středa	8	967,5	2,01	6 + 1
Čtvrtek	8	745	1,55	6 + 1
Pátek	6	705	1,46	6
Sobota	7	905	1,88	6
Neděle	6	695	1,44	6
Průměr	6,9	816,8	1,70	6,5

V tomto období docházelo k postupnému snižování času na Ostatní ošetrovatelskou péči. Také průměrný počet pacientů klesl na hodnotu 6,9. S tím také souvisí vyšší potřeba sester. Jejich celkový počet na jednu směnu vychází podle metody na 1,78 sestry. Jelikož v tomto týdnu byly vánoční svátky, byla staniční sestra přítomna pouze do čtvrtka 23. 12. 2010. Tím dochází ke snížení průměrného počtu sester na 24 hodin za tento týden na hodnotu 6,5 sestry.

Tabulka 23 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 27. 12 2010 do 2.1. 2011

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	3	397,5	0,82	6
Úterý	4	762,5	1,58	6 + 1
Středa	4	685	1,42	6 + 1
Čtvrtek	4	617	1,28	6 + 1
Pátek	5	717,5	1,49	6 + 1
Sobota	6	995	2,07	6
Neděle	6	995	2,07	6
Průměr	4,6	738,5	1,53	6,5

Poslední týden měsíce prosince bylo průměrně hospitalizováno 4,6 pacientů. Příčinou tak nízkého počtu nemocných byl fakt, že většinu operací tvořily akutní výkony. Tento stav se promítá i do čísel uvedených v tabulce. Průměrná hodnota času na Ostatní ošetrovatelskou péči činí 738,5 minut za 24 hodin.

Tabulka 24 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 3. 1.2011 do 9. 1. 2011

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	5	830	1,72	6 + 1
Úterý	7	1175	2,44	6 + 1
Středa	9	1395	2,9	6 + 1
Čtvrtek	10	1725	3,59	6 + 1
Pátek	6	807,5	1,68	6 + 1
Sobota	6	805	1,67	6
Neděle	6	842,5	1,75	6
Průměr	7,0	1082,9	2,25	6,7

Začátkem nového roku se zvyšuje počet hospitalizovaných pacientů na jednotce intenzivní péče v průměru na 7, přičemž čas na Ostatní ošetrovatelskou péči se v průměru pohyboval kolem 1082,9 minut za 24 hodin. Dle výpočtu má být 2,25 sester, které by obstaraly Ostatní ošetrovatelskou péči o nemocné, již zde byli hospitalizováni.

Tabulka 25 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 10.1. 2011 do 16. 1. 2011

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	9	1022,5	2,13	6 + 1
Úterý	9	1020	2,12	6 + 1
Středa	10	1532,5	3,19	6 + 1
Čtvrtek	10	1375	2,86	6 + 1
Pátek	7	952,5	1,98	6 + 1
Sobota	7	1165	2,42	6
Neděle	9	1272,5	2,65	6
Průměr	8,7	1191,4	2,48	6,7

Týden od 10. do 16. ledna je charakterizován vyšší časovou dotací na Ostatní ošetrovatelskou péči, kdy průměrná hodnota vychází na 1191,4 minut za 24 hodin. Dle tohoto ukazatele je počet nelékařského zdravotnického personálu potřebného na poskytnutí Ostatní ošetrovatelské péče stanoven na 2,48 sestry.

Tabulka 26 Ošetřovatelský personál na zajištění OOP v období od 17. 1. 2011 do 23. 1. 2011

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	8	1195	2,48	6 + 1
Úterý	7	890	1,85	6 + 1
Středa	6	992,5	2,06	6 + 1
Čtvrtek	9	1342,5	2,79	6 + 1
Pátek	10	1287,5	2,68	6 + 1
Sobota	9	1542,5	3,21	6
Neděle	9	1542,5	3,21	6
Průměr	8,3	1256,1	2,61	6,7

Jak je patrné z uvedené tabulky, je průměrný počet hospitalizovaných pacientů v tomto týdnu 8,3. Oproti předchozímu týdnu došlo k mírnému nárůstu průměrného času na Ostatní ošetřovatelskou péči v průměru na 1256,1 minut za 24 hodin. Je to o 64,7 minut více, než je uvedeno v tabulce z předchozího týdne. Také oproti předchozímu týdnu došlo k navýšení požadovaného počtu sester na zajištění Ostatní ošetřovatelské péče a to o 0,13, to jest 2,61 sestry.

Tabulka 27 Ošetrovatelský personál na zajištění OOP v období od 24. 1. 2011 do 31. 1. 2011

Den	Počet pacientů	Čas na OOP min/ 24 hod	Počet sester na OOP	Skutečný počet sester na JIP/ 24 hod.
Pondělí	9	1540	3,2	6 + 1
Úterý	9	1377,5	2,86	6 + 1
Středa	10	1375	2,86	6 + 1
Čtvrtek	10	1560	3,25	6 + 1
Pátek	8	1340	2,79	6 + 1
Sobota	7	1300	2,7	6
Neděle	7	1300	2,7	6
Pondělí	10,0	1335,0	2,78	6 + 1
Průměr	8,8	1390,9	2,89	6,9

Oproti ostatním tabulkám je do této připočten i poslední den našeho sběru dat. Jedná se o pondělí 31. ledna. V tabulce je patrný vzestup průměrného počtu pacientů na 8,8. Průměrný čas na Ostatní ošetrovatelskou péči se oproti předchozímu týdnu nepatrně zvýšil na hodnotu 1390,9 minut za 24 hodin. Tento vzestup času má za následek navýšení počtu nelékařského zdravotnického personálu na hodnotu 2,89 sestry. Počet sester na daném oddělení na 24 hodin je jako v minulých běžných týdnech stanoven na 3 sestry na denní i noční směnu. Staniční sestra, jak je patrné z tabulky, pracuje pouze na ranní směnu od pondělí do pátku.

Tabulka 28 Celková průměrná data za sledované období po jednotlivých týdnech

Týden	Průměrný počet pacientu	Průměrný čas na OOP	Průměrný počet sester na OOP	Průměrný počet sester na JIP/ 24 hod.
1. 11. - 7. 11.	9,6	1180,7	2,46	6,7
8. 11. - 14. 11.	8,9	1215	2,52	6,7
15. 11. - 21. 11.	7,9	1037,1	2,16	6,7
22. 11. - 28. 11.	7,4	915,4	1,9	6,7
29. 11. - 5. 12.	6,9	881,4	1,83	6,7
6. 12. - 12. 12.	8,1	962,1	2	6,7
13. 12. - 19. 12.	8,4	1235,7	2,57	6,7
20. 12. - 26. 12.	6,9	816,8	1,7	6,5
27. 12. - 2. 1. 2011.	4,6	738,5	1,53	6,5
3. 1. - 9. 1.	7	1082,9	2,25	6,7
10. 1. - 16. 1.	8,7	1191,4	2,48	6,7
17. 1. - 23. 1.	8,3	1256,1	2,61	6,7
24. 1. - 31. 1.	8,8	1390,9	2,89	6,7
Průměr	7,8	1069,5	2,23	6,7

V této tabulce jsou shrnuty průměrné hodnoty za celé sledované období. Jak je patrné, průměrný počet hospitalizovaných nemocných na JIP byl 7,8, přičemž nejméně pacientů bylo hospitalizováno v týdnu od 27. 12. 2010 - 2. 1. 2011. Tehdy se počet nemocných zastavil na cifře 4,6. Naopak nejvyšší obloženost oddělení byla zjištěna první týden sběru dat. Hodnota obloženosti byla stanovena na 9,6 hospitalizovaných, což odpovídá 96 %. Další sledovanou oblastí byl ukazatel průměrného času na poskytnutí Ostatní ošetrovatelské péče. Za celé sledované období jsme vypočítali průměrný čas 1069,5 minut / 24 hodin. Nejvyšší hodnota času na tuto činnost byla stanovena v posledním týdnu našeho sběru dat, kdy dosahovala 1390,9 minut na 8,8 hospitalizovaných pacientů za 24 hodin. Další hodnotou, kterou jsme vypočítali,

je počet sester potřebných pro zajištění Ostatní ošetrovatelské péče. Tato hodnota vychází z náročnosti poskytované péče a tím pádem i její časové náročnosti. Za sledované období byl průměrný počet nelékařského zdravotnického personálu stanoven na 2,22 sestry.

Tabulka 29 Počty pracovních úvazků za jednotlivé měsíce

Měsíc	PPÚ dle vyhlášky 493/2005 Sb.	Průměrný počet minut na OOP	PPÚ na OOP	PPÚ skutečný	Rozdíl mezi skutečným PPÚ a propočítaným	Rozdíl PPÚ mezi OOP a vyhláškou
Listopad	14 + 1	1072,3	17,23	16	-1,23	2,23
Prosinec	14 + 1	927,1	16,93	16	-0,93	1,93
Leden	14 + 1	1220,3	17,54	15	-2,54	2,54
Průměr	14 + 1	1073,2	17,23	15,7	-1,57	2,23

Tato tabulka má za úkol prezentovat počty pracovních úvazků na jednotce intenzivní péče za sledované období 3 měsíců. Minimální počty pracovních úvazků na intenzivním pracovišti jsou jasně dané vyhláškou 493/2005 Sb., která stanovuje 1,4 sestry na jedno lůžko a jednu staniční sestru na oddělení (47).

Po propočítání Ostatní ošetrovatelské péče a jejího zprůměrnování za jednotlivé měsíce jsme dospěli k hodnotě 1073,2 minut na 24 hodin. Pomocí tohoto údaje a dalšího propočtu jsme získali počet sester, které jsou potřebné na poskytování Ostatní ošetrovatelské péče. Na sledované období je to v průměru 2,23 sestry. Počet pracovních úvazků potřebných na Ostatní ošetrovatelskou péči byl stanoven a zprůměrován na 17,23. To je o 1,57 pracovních úvazků méně, než je reálný počet úvazků na daném oddělení.

5. Diskuse

Práce, které se zabývají personálním obsazením nelékařského zdravotního personálu, jsou v dnešní době nedostatku financí ve zdravotnictví a velkého množství zdravotnických reforem vysoce aktuální a jistě ceněné. Také široká veřejnost žádá stále vyšší kvalitu poskytované péče za co možná nejmenší náklady (36). To jsou jedny z důvodů, proč jsme si tuto problematiku vybrali. Dalším významným důvodem výběru tohoto tématu je také náš zájem vyzkoušet aplikovat na největší nemocnici v Jihočeském kraji „Metodu kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu“, kterou vytvořila K. Pochylá se svým manželem. Je nutné si uvědomit fakt, který zmiňuje ve své publikaci i Pochylá (1999), že důležitou roli v zajišťování kvalitní ošetrovatelské péče hraje management zařízení, který se stará o optimální rozmístění svých pracovníků v rámci organizace i oddělení (28).

Naším prvním krokem bylo stanovit si cíle práce, které nám jasně vymezily směr, jímž se výzkum bude ubírat. Zvolili jsme si tedy dva stěžejní a obsáhlé cíle. Jednak jsme chtěli stanovit optimální počet ošetrovatelského personálu na vybraných standardních ošetrovatelských jednotkách chirurgického typu a také stanovit optimální počet ošetrovatelského personálu na vybraných jednotkách intenzivní péče chirurgického typu.

Pro výzkumnou část byla zvolena již zmíněná „Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu“, kterou jsme využili pro empirii na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení. Druhou metodou byla „Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oboru interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště“, která byla aplikována na čtyři standardní stanice oddělení chirurgie. Během celého výzkumného šetření jsme byli v kontaktu s autory těchto metodik, kteří nám poskytovali cenné rady a nezbytné informace, pomocí nichž jsou výsledky této práce přesnější a tedy cennější. Další metoda, kterou jsme v práci využili, je obsahová analýza dat. Pomocí ní jsme zpracovali

data, která se týkala obložnosti a počtu pracovních úvazků na jednotlivých stanicích chirurgického oddělení, a to za rok 2010.

V práci se propočítávaly potřebné počty nelékařských zdravotnických pracovníků, kterých je potřeba pro zajištění kvalitní a ucelené ošetrovatelské péče, a porovnaly se s metodikou K. Pochylé a s vyhláškou 493/2005 Sb. Jelikož metodika K. Pochylé je zaměřena na konkrétní ošetrovatelské činnosti, které zdravotničtí pracovníci vykonávají, lze tedy usoudit, že je univerzálnější a přesnější. Jedním z důvodů je i skutečnost, že jednotlivé ošetrovatelské intervence sama autorka 50x časově proměřila a následně kvantifikovala. Kdežto vyhláška 493/2005 Sb. stanovuje potřebný počet pracovních úvazků pouze podle lůžkové kapacity daného oddělení. To může mít v některých případech za následek podhodnocení počtu nelékařských zdravotnických pracovníků.

Na začátku práce jsme si stanovili následné hypotézy, které nyní rozborem získaných výsledků ověříme:

Hypotéza č. 1 - Počty ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách jsou v souladu s metodikou K. Pochylé.

Pro ověření této hypotézy jsme použili data ze čtyř standardních chirurgických oddělení. Na chirurgii A byl zjištěn reálný počet pracovních úvazků 8,58. Metodika K. Pochylé přitom stanovila nutný počet pracovních úvazků při stejné průběžné obložnosti (87%) na 10,37. Ve srovnání s vyhláškou MZ č. 493/2005 Sb., která stanovila 8,55, je tato hodnota nižší o 1,82. Ze získaných dat lze dojít k závěru, že reálný počet pracovních úvazků je srovnatelný s vyhláškou MZ č. 493/2005 Sb., avšak nekorresponduje s metodikou K. Pochylé, a to o 1,79 úvazku.

Na chirurgickém oddělení B jsme zjistili při průměrné obložnosti 75,33% reálný počet pracovních úvazků 12,58, který je srovnatelný s hodnotou, kterou udává K. Pochylá dle své metodiky (12,52 úvazků). Avšak značný rozdíl vidíme při porovnání s vyhláškou MZ č. 493/2005 Sb., která stanovila minimální počet pracovních úvazků na 10,33.

Další sledované oddělení je chirurgie C, na kterém byla vypočtena průměrná obložnost lůžek za rok 2010 73,39%. Zde jsme zjistili reálný počet pracovních úvazků

13,50. Tato hodnota je v porovnání s metodikou K. Pochylé, která stanovila hodnotu 11,43, i s vyhláškou MZ č. 493/2005 Sb., která udává 9,37, výrazně navýšena. Dle našeho názoru je toto nadhodnocení dáno vysoce náročnou ošetrovatelskou péčí, kterou musí zdravotnický personál poskytovat. Na tomto oddělení jsou hospitalizováni pacienti převážně po amputacích končetin a jejich ošetřování je hodnoceno jako jedno z nejtěžších.

Poslední hodnocenou stanicí je chirurgie D, jejichž průměrná obloženost lůžek za rok 2010 byla 81,16%. Také zde byl zjištěn nejvyšší průměrný počet pracovních úvazků ze všech sledovaných oddělení. Konkrétně jsme zjistili reálný počet pracovních úvazků 13,60. Dle metodiky K. Pochylé jsme dospěli k hodnotě 13,92, která se blíží k reálné hodnotě. Nejvýraznější rozdíl je ve srovnání s vyhláškou MZ č. 493/2005 Sb., která stanovila průměrný počet pracovních úvazků na tomto oddělení na 11,47. Vysoký počet úvazků je dán náročností nejen ošetrovatelské péče, jelikož jsou zde hospitalizováni pacienti po břišních operacích, jejichž následná rekonvalescence je zdlouhavá a náročná. Také vysoké procento pacientů je zde hospitalizováno s chronickými ranami, jejichž léčení s sebou nese nutnost vysoké odbornosti a zkušenosti ošetřujícího personálu.

Z interpretovaných výsledků lze tedy usoudit, že jsou značné rozdíly mezi jednotlivými stanicemi. Je to jistě dáno skladbou hospitalizovaných pacientů a náročností ošetrovatelské péče. Do jisté míry zde hraje výraznou roli i plánované uzavření oddělení A a C během letních prázdnin. Po prozkoumání získaných dat musíme tuto **hypotézu vyvrátit**, jelikož průměrné hodnoty reálných pracovních úvazků nejsou v souladu s metodikou K. Pochylé. A to i přesto, že oddělení B a D se výrazně blíží k doporučeným hodnotám metodiky K. Pochylé.

Hypotéza č. 2 - Kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu na jednotlivých standardních ošetrovatelských jednotkách odpovídá doporučené metodice K. Pochylé.

Abychom mohli ověřit tuto hypotézu, shromáždili jsme potřebná data ze čtyř standardních chirurgických oddělení týkající se kvalifikačního zastoupení nelékařských zdravotnických pracovníků.

Na chirurgickém oddělení A je zaměstnáno v průměru celkem 8,6 (100%) nelékařských zdravotních pracovníků. Z toho 1 pracovník (11,6%) vykonává svou profesi pod odborným dohledem, 7,6 pracovních úvazků (88,4%) jsou pracovníci, kteří mohou vykonávat činnosti bez odborného dohledu, a specialisté. Vyhláška 493/2005 Sb. stanovuje na tomto konkrétním oddělení potřebný celkový počet kvalifikačního zastoupení také na 8,6 (100%). Avšak rozdělení těchto pracovních úvazků mezi nelékařské zdravotnické pracovníky je rozdílné. Vyhláška 493/2005 Sb. stanovuje zastoupení zaměstnanců pracujících pod odborným dohledem na 2,6 (30,6%) a bez odborného dohledu i se specializací na 6,0 pracovníků (69,4%). Kdežto výsledky získané pomocí metodiky K. Pochylé ukazují výrazněji navýšené celkové hodnoty. Dle této metodiky by bylo nutné umístit na toto oddělení celkem 10,3 (100%) nelékařských zdravotnických pracovníků. Z toho by zde mělo být 4,5 (43,7%) pracovníků pracujících pod odborným dohledem a pouze 5,8 (56,3%) specialistek a dalších kvalifikovaných zdravotníků poskytující péči bez odborného dohledu. Dle našeho názoru je na tomto oddělení potřeba vyšší procento pracovníků, kteří mohou pracovat bez odborného dohledu a mají specializaci v oboru. Je to dáno skladbou hospitalizovaných pacientů, kteří často nevyžadují základní ošetrovatelskou péči, avšak jsou nutné odborné intervence kvalifikovaného personálu.

Na oddělení chirurgie B, kde byla za sledované období průměrná obloženost 75,33%, je zaměstnáno v průměru 12,6 (100%) pracovníků. Z toho 11,3 (89,7%) pracovníků pracuje bez odborného dohledu a 1,3 (10,3%) poskytuje základní ošetrovatelskou péči pod odborným dohledem. Oproti tomu minimální hodnoty personálního obsazení stanovené dle Vyhlášky 493/2005 Sb. jsou celkově 10,3 (100%). Dle těchto výpočtů by zde mělo pracovat 7,1 (69,4%) zdravotnických nelékařských pracovníků bez odborného dohledu a zbylých 3,2 (30,6%) zdravotnického personálu pracujícího pod odborným dohledem. Hodnoty získané pomocí metodiky K. Pochylé se v celkovém počtu potřebných pracovníků výrazně shodují s reálným stavem pracovních úvazků. Stanovili jsme potřebný celkový počet pracovníků na 12,5 (100%). Avšak propočty na jednotlivé kvalifikační zastoupení se značně liší. Metodika K. Pochylé požaduje 7 (56%) kvalifikovaných, bez odborného dohledu pracujících

zdravotníků. Tento počet koresponduje s Vyhláškou 493/2005 Sb. Metodika také stanovila nejvyšší zastoupení pracovníků pracujících pod odborným dohledem, a to celkem 5,5 (44,0%). Dle našeho názoru jsou nízké hodnoty pracovníků pracujících bez odborného dohledu (metodika K. Pochylé i Vyhláška 493/2005 Sb. stanovuje pouze 7 pracovníků) velmi nízké a v praxi na tomto typu oddělení nerealizovatelné. Obzvláště bereme – li v úvahu, že se zde pracuje na dvanáctihodinové směny a jsou na tomto oddělení hospitalizováni pacienti po plicních, cévních a jiných náročných operacích.

Na chirurgickém oddělení C pracuje celkem 13,5 (100%) nelékařských zdravotnických pracovníků při průměrné obložnosti 73,39% za rok 2010. Podle kvalifikačního rozdělení je zde zastoupeno 11,7 (86,7%) pracovníků pracujících bez odborného dohledu a se specializací v oboru. Zbývajících 1,8 (13,3%) zaměstnanců vykonávají ošetrovatelskou péči pod odborným dohledem. Ve srovnání s Vyhláškou 493/2005 Sb., která celkový počet pracovních úvazků značně snižuje až na hodnotu 9,4 (100%). Jelikož Vyhláška 493/2005 Sb. pevně stanovuje procentuální zastoupení personálu pracujícího bez odborného dohledu na hodnotu 69,4%, což je z celkového počtu 6,5 pracovních úvazků. Zbýlých 30,6%, tedy 2,9, jsou pracovníci pracující pod odborným dohledem. Metodika K. Pochylé stanovuje celkový počet pracovních úvazků nutných k zajištění provozu tohoto oddělení 11,4 (100%). Počet pracovníků pracujících bez odborného dohledu je téměř stejný jako dle Vyhlášky 493/2005 Sb., konkrétně 6,4 (56,1%). Avšak tato metodika stanovila nejvyšší zastoupení pracovníků pracujících pod odborným dohledem, přesněji 5 (43,9%) zaměstnanců. Jelikož jsou na tomto oddělení hospitalizováni pacienti často dlouhodobě a vyžadují náročnou základní ošetrovatelskou péči, je dle našeho názoru nutný vyšší počet personálu pracujícího pod odborným dohledem.

Standardní chirurgické oddělení D mělo v roce 2010 průměrnou obložnost lůžek 81,16%. Bylo zde zaměstnáno v průměru celkem 14 (100%) nelékařských zdravotnických pracovníků. 12,25 (87,6%) pracovníků splňovalo podmínky práce bez odborného dohledu, pouze 1,75 (12,4%) zaměstnanců pracovalo pod odborným dohledem. Vyhláška 493/2005 Sb. stanovila nejnižší celkový počet pracovníků nutných k zajištění ošetrovatelské péče, konkrétně 11,5 (100%). Počítá s 8,0 (69,4%)

zaměstnanci se specializací a pracující bez odborného dohledu. Zbýlých 3,5 (30,6%) jsou pracovníci pracující pod odborným dohledem. Celkové hodnoty nelékařského zdravotnického personálu, které stanoví metodika K. Pochylé, jsou téměř identické s celkovým reálným počtem pracovních úvazků, přesněji 13,9 (100%). Ovšem kvalifikační zastoupení je výrazně rozdílné. Metodika K. Pochylé počítá se 7,8 (56,1%) kvalifikovaného personálu, který pracuje bez odborného dohledu. A dokonce až se 6,1 (43,9%) pracovníků pracujících pod odborným dohledem. Tato získaná data dle našeho názoru jasně odráží skutečnost, že oddělení disponuje s nejvyšší lůžkovou kapacitou, konkrétně 31 lůžek. Také jsou zde hospitalizováni pacienti po těžkých operacích tlustého střeva a konečníku. Tyto zákroky vyžadují nejen odbornou, ale často i základní ošetrovatelskou péči.

Z výše uvedených výsledků lze tedy usoudit, že reálné kvalifikační zastoupení nelékařského zdravotnického personálu na standardních chirurgických oddělení neodpovídá doporučení metodiky K. Pochylé. Proto musíme tuto **hypotézu vyvrátit**. Je to dáno jistou univerzálností metodiky, která nepřihlíží k individuálním potřebám oddělení. V praxi je třeba flexibility, která operativně reaguje na stávající situaci na daném oddělení. Záleží na schopnostech managementu oddělení, jakým způsobem zajistí kvalitní péči za přiměřené ekonomické náklady.

Hypotéza č. 3 - Počet ošetrovatelského personálu na jednotce intenzivní péče odpovídá doporučenému počtu dle metodiky K. Pochylé.

Abychom mohli tuto hypotézu ověřit, bylo nutné zjistit průměrný čas na Ostatní ošetrovatelskou péči, která se odvíjí od zdravotního stavu pacientů a jejich potřeby ošetrovatelské péče.

Vyhláška 493/2005 Sb. jasně stanovuje minimální počet pracovních úvazků nelékařského zdravotnického personálu na dané jednotce intenzivní péče, kterou udává dle lůžkové kapacity oddělení, konkrétně 14 všeobecných sester a 1 staniční sestra.

Pomocí metodiky K. Pochylé jsme zjistili reálný počet minut na Ostatní ošetrovatelskou péči v průměru 1073,2 minuty. Při tomto údaji je nutné zajistit v průměru o 2,23 všeobecné sestry navíc, než udává vyhláška 493/2005 Sb. Pomocí této hodnoty jsme tedy dospěli k závěru, že dle metodiky K. Pochylé je na dané

jednotce intenzivní péče třeba 17,23 všeobecných sester za sledované období. Tato relativně vysoká hodnota je zapříčiněna těžkým zdravotním stavem pacientů hospitalizovaných na tomto oddělení v daném období a z toho plynoucí zvýšené potřeby poskytování ošetrovatelských intervencí.

Co se týče reálného počtu pracovních úvazků za sledované období, bylo zde zaměstnáno v průměru 15,7 všeobecných sester. Tato hodnota odpovídá doporučení uvedeného ve vyhlášce 493/2005 Sb.

Pokud tedy porovnáme získaná data, lze usoudit, že reálný počet všeobecných sester na dané jednotce intenzivní péče je ve srovnání s metodikou K. Pochylé podhodnocen. V průměru o 2,23 sestry. Tato **hypotéza** se nám tedy **nepotvrdila**, počet ošetrovatelského personálu na jednotce intenzivní péče neodpovídá doporučenému počtu dle metodiky K. Pochylé. Jsme si ovšem vědomi, že naše šetření kvůli náročnosti metodiky K. Pochylé trvalo relativně krátkou dobu, a proto jsou uváděné závěry pouze orientační. Bylo by vhodné na tento výzkum navázat dlouhodobější monitorací náročnosti ošetrovatelské profese a zjištění vhodného personálního obsazení na daném oddělení. Získané údaje nám jasně dokazují, že by bylo vhodné navýšit počet pracovních úvazků o minimálně 2 všeobecné sestry. Jsme si vědomi, že navýšením personálního obsazení dojde také k navýšení výdajů zdravotnického zařízení. Avšak dlouhodobým podhodnocením počtu personálu může dojít k vyčerpání a následnému možnému pochybení či vzniku mimořádné události. Jejich následky by poté mohly mít dalekosáhlejší dopady, které se mohou odrazit jak v kvalitě poskytovaných služeb, tak ve zhoršení image zdravotnického zařízení (37). Rovněž Kilíková ve své publikaci z roku 2008 zdůrazňuje, že ošetrovatelství je služba, kterou nelze skladovat a paušalizovat. Nemocní ji potřebují v danou chvíli individuálním způsobem a rozdílnou intenzitou (21). Proto je nutné udržovat optimální počet nelékařského zdravotnického personálu, který zajistí komplexní, individuální a kvalitní ošetrovatelskou péči. To je jeden z hlavních úkolů ošetrovatelského managementu daného zařízení.

Důležitost problematiky optimalizace ošetrovatelského personálu si uvědomuje i Česká asociace sester (dále ČAS), která ji zaštitila a publikovala metodiku Pochylé.

Jak uvádí K. Pochylá v odborném článku z roku 2008, na dané téma probíhaly odborné konference a semináře, které seznamovaly odbornou veřejnost s touto problematikou. Zdůrazňuje také, že argumenty nelékařských zdravotnických pracovníků typu: „nemáme na pacienty dostatek času, pracuje na směně málo personálu...“ by měly být díky této metodice minulostí. Užitečnost této metody spočívá také v tom, že v době zvyšujícího se počtu soudních sporů týkajících se zdravotní péče mohou sestry manažerky doložit konkrétními daty vhodný počet nelékařského zdravotnického personálu na daném oddělení. Dojde – li k dlouhodobému podhodnocení počtu pracovních úvazků, výrazně se zvyšuje riziko pochybení a následného vzniku mimořádné události, čímž dochází k výraznému poklesu kvality poskytované ošetrovatelské péče (29).

Z práce lze vyvodit závěr, že znalost této metodiky by měla být pro sestry manažerky jedním ze základních pramenů, ze kterých by měly čerpat při rozmístění nelékařského zdravotnického personálu v daném zařízení. Důrazným argumentem je i současná situace ošetrovatelství jako samostatné vědní disciplíny, která nabývá na důležitosti. Bez těchto znalostí by stávající zdravotní péče nemohla být na tak vysoké úrovni, jaká je nyní.

6. Závěr

V současné situaci, která je specifická nedostatkem financí v resortu zdravotnictví a stále probíhající transformací, jsou šetření, která se zabývají optimalizací počtu nelékařských zdravotnických pracovníků na konkrétních odděleních velmi vítaná a ceněná. I tento výzkum je specifický svou aktuálností a úzkým zaměřením na konkrétní oddělení. Jelikož se nároky na poskytování zdravotní i ošetrovatelské péče zvyšují, je nutné vždy zajistit dostatečný počet odborně vzdělaného personálu. Docílíme tím spokojenosti pacientů i pracovníků, kteří budou vhodně motivováni a následně budou poskytovat péči dle svých nejlepších vědomostí a zkušeností. Může to zajistit dobrou image celé organizace, na kterou se budou pacienti při potížích obracet.

Cílem práce bylo zjistit, zda je na standardních jednotkách chirurgického oddělení a chirurgické jednotce intenzivní péče Nemocnice České Budějovice a.s. dostatečný počet nelékařského zdravotnického personálu. Před začátkem šetření jsme si stanovili následující hypotézy: H1: Počty ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách jsou v souladu s metodikou K. Pochylé. Tato hypotéza se nám nepotvrdila. H2: Kvalifikační zastoupení ošetrovatelského personálu na jednotlivých standardních ošetrovatelských jednotkách odpovídá doporučené metodice K. Pochylé. Tato hypotéza se nám nepotvrdila. H3: Počet ošetrovatelského personálu na jednotce intenzivní péče odpovídá doporučenému počtu dle metodiky K. Pochylé. Tato hypotéza se nám nepotvrdila. Všechny tyto hypotézy jsme otestovali a výsledky jsou podrobně rozebrány v diskuzi.

Výsledky této práce budou poskytnuty náměstkyni ošetrovatelské péče a vrchní sestře chirurgického oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., které je mohou využít jako jeden z nástrojů pro personální strategii pro dané oddělení. Diplomovou práci lze rovněž využít jako manuál, jak pracovat s metodikou K. Pochylé a stanovit vhodný počet nelékařského zdravotnického personálu. Lze tím docílit maximálně kvalitní ošetrovatelské péče za přiměřené finanční náklady. Jak uvádí autorka této metodiky při dlouhodobém podhodnocení počtu pracovních úvazků se výrazně zvyšuje riziko

pochybení sester, které může vést až ke vzniku mimořádné události. Tím dochází k výraznému poklesu kvality poskytované ošetrovatelské péče (29).

7. Seznam použitých zdrojů

1. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů – Nejnovější trendy a postupy*. 10. vyd. Praha: Grada, 2007. 800 s. ISBN 978-80-247-1407-3.
2. BÁRTLOVÁ, S., *Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. Zdravotnictví v České republice*, 2006, roč 3, ISSN 1213-6050.
3. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2006, roč. 9, č. 3, s. 126-128. ISSN 1213-6050.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Závěrečná zpráva o řešení programového projektu podpořeného Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR registrační číslo NR/7960-3 „Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí (při vstupu do EU)*. Brno: NCONZO, 2006.
5. BÁRTOVÁ, S. Týmová spolupráce z pohledu lékařů : vztah všeobecná sestra - lékař. *Zdravotnictví v České Republice*, 2010, roč. 13, č. 1, s. 174-181. ISSN 1213-6050.
6. ČERNÝ, J., ŠMAJCLOVÁ, D. *Dějiny českobudějovické nemocnice, I. díl (středověk- 1948)*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2007, 104 s. ISBN 978-80-239-9471-1.
7. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Strategický plán České asociace sester na období 2007-2010* [online]. Praha: 2007 [cit. 2011-20-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/strategicky-plan-2007-2010.doc>>.
8. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd., Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
9. GROHAR – MURRAY, ELLEN, M., DiCROCE, H., *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd., Praha: Grada, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
10. GULÁŠOVÁ, I., ŠURÁNIOVÁ, H. Stresové faktory posobící na pracu sestry na jednotce intenzivnej péče. *Kontakt*. České Budějovice: 2004, roč. 6, č. 1, s. 9-25. ISBN 1212-4117.

11. HANNELORE, F. *Spokojeně v zaměstnání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 199 s. ISBN 80-7367-113-1.
12. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
13. HUBER, D. *Leadership and nursing care management*. 3. vyd. Elsevier Health Sciences, 2006. 922 s. ISBN 14-1600-168-9.
14. *International Council of Nurses* [online]. [cit. 2011-20-04]. Dostupný z: <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>
15. IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
16. KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M. BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
17. KOLEKTIV AUTORŮ, DiCARA, V., VIDOVIČOVÁ, H., ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. vyd, Praha: Grada, 2007. 568s. ISBN 80-2472-240-2.
18. KRAMER, M., SCHMALENBERG, C., MAGUIRE, P. *Essentials of a Magnetic work environment* [on-line], 2008, [citováno 2011-20-04]. Dostupný z: http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=767074
19. KRIŠANDOVÁ, J. Mají sestry vědomosti v oblasti prevence psychické zátěže? *Sestra*. roč. 18, 2010, č. 7-8, s. 25. ISSN 1210-0404.
20. KILÍKOVÁ, M. *Základy v manažmentu v ošetrovatel'stve I*, 1. vyd. Bratislava : Sapientia, 2006. 68 s. ISBN 80-89271-01-4.
21. KILÍKOVÁ, M., JAKUŠOVÁ, V. *Téoria a prax manažmentu v ošetrovatel'stve*, 1. vyd., Osveta, 2008. 150 s. ISBN 978-80-8063-290-8.
22. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. 1.vyd, Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80 247-2713-4.
23. MADAR, J. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0.

24. Nemocnice České Budějovice, a.s., *Tisková zpráva* [online]. 2010 [cit. 2011-20-04]. Dostupný z : http://www.nemcb.cz/_data/files/File/TZNemCB-novy%20detsky%20pavilon-otevreni.doc
25. *Nemocnice České Budějovice, a.s.* [online]. [cit. 2011-20-04]. Dostupný z: <http://www.nemcb.cz/cz/page/82/Historie-nemocnice-ceske-budejovice-as.html?detail=19>
26. Nemocnice České Budějovice, a.s. *Výroční zpráva 2008 Nemocnice České Budějovice, a.s.* [online]. [cit. 2011-20-04]. Dostupný z: http://www.nemcb.cz/_data/files/VZ08.pdf
27. POCHYLÁ, K. *Stanovení metody pro určení optimalizace pracovního času sester lůžkových oddělení vybraných klinických obrů: závěrečná zpráva o řešení grantu registrační číslo 3192-3*. Brno, 1997. 124 s.
28. POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999, 48 s. ISBN 80-7013-290-6.
29. POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště*. 1. vyd. Praha: Česká asociace sester, Galén, 2008., str. 20. ISBN 978-80-7262-550-5.
30. POCHYLÁ, K. *Umíte si snadno propočítat potřebné počty ošetrovatelského personálu?*, *Sestra*, 12/2006, ISSN 1210-0404.
31. POKOJOVÁ, R. *Modulový systém specializačního vzdělávání sester*. [online], [cit. 2010- 11- 02]. Dostupný z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/modulovy-system-specializacnihovzdelavani-sester-273150>.
32. RUSSEL-JONES, N. *Management změny*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006, 112 s. ISBN 80-7367-142-5.

33. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
34. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Strategické dokumenty: pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2000. 95 s. ISBN 80-8504-720-9.
35. SVOBODÍK, P., *Management pro zdravotníky v kostce*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 127 s. ISBN 978-80-7013-498-6.
36. ŠKRLA, P. – ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
37. ŠKRLA, P.: *Především neublížit*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 1. vyd, 2005, 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
38. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
39. ŠKUBOVÁ, J., Když jedna etapa končí a druhá začíná..., *Florence*, 7-8/2006, s. 65-66, ISSN 1801-464X.
40. ŠKUBOVÁ, J. O prestiži sester s ministryní zdravotnictví. *Florence* 2010, ročník VI, č. 4, str. 3. ISSN 1801-464X
41. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
42. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
43. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3.
44. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.

45. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
46. Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 424/2004 Sb., kterou se vydávají činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů [online].[cit. 2011-10-05] Dostupné na: Ministerstvo vnitra ČR: [http:// <www.mvcr.cz>/](http://www.mvcr.cz/)
47. Vyhláška č. 493/2005 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů [online].[cit. 2011-10-05] Dostupné na: Ministerstvo vnitra ČR: [http:// <www.mvcr.cz>/](http://www.mvcr.cz/)
48. WALKER, A. J., COLLINS, D., ČESKÁ SPOLEČNOST PRO SYSTÉMOVOU INTEGRACI, KOUBEK, J. *Moderní personální management: nejnovější trendy a technologie*. 1. vyd. Praha: Grada 2003. 253 s. ISBN 80-2470-449-8.
49. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů [online].[cit. 2011-10-05] Dostupné na: Ministerstvo vnitra ČR: [http:// <www.mvcr.cz>/](http://www.mvcr.cz/)
50. Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů [online].[cit. 2010- 04-10] Dostupné na: Ministerstvo vnitra ČR: [http:// <www.mvcr.cz>/](http://www.mvcr.cz/)
51. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických profesích, ve znění pozdějších předpisů [online].[cit. 2011- 05-20] Dostupné na: Ministerstvo zdravotnictví ČR: [http:// <www.mzcr.cz>/](http://www.mzcr.cz/)
52. ZIELKE, Ch., MICHŇOVÁ, I. *Nejčastější chyby manažerů a jak se jim vyhnout*. 1. Vyd. Praha: Grada 2006. 125 s. ISBN 80-2471-815-4.
53. ŽIAKOVÁ, K., JAROŠOVÁ, D., ČÁP, J. *Ošetřovatelství: konceptuální modely a teorie*. Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-068-8.

8. Klíčová slova

Optimalizace personálu

Chirurgické oddělení

Nemocnice České Budějovice a.s.

Ošetrovatelská péče

Kvalita

Řízení lidských zdrojů

9. Přílohy

Seznam příloh

1. Souhlas s výzkumným šetřením
2. Tabulka ostatní ošetrovatelské péče
3. Testovací tabulka ošetrovatelské péče na JIP

Příloha č. 1 Souhlas s výzkumným šetřením

Bc. Jakub Smolka
Sídliště Svornosti 7/15
Prostějov 798 11

Nemocnice České Budějovice, a.s.
Mgr. Jiřina Otásková, MBA
Náměstkyně pro oš. péči a hlavní sestra
Boženy Němcové 585/54
České Budějovice 370 87

VĚC: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Vážená paní náměstkyně,

Jsem student 2. ročníku magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto Vás žádám o souhlas a umožnění výzkumného šetření v Nemocnici České Budějovice a.s., které se bude týkat mé diplomové práce na téma: „Optimalizace počtu ošetrovatelského personálu na vybraných pracovištích v Nemocnici České Budějovice a.s.“ Pro svou výzkumnou část práce potřebuji základní statistické data týkající obložnosti na chirurgickém oddělení. Po zpracování výsledků, budou získaná data předložena vedení Nemocnice České Budějovice a.s.

.....
Bc. Jakub Smolka
Student JU ZSF v ČB

.....
Mgr. Jiřina Otásková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestra

V Českých Budějovicích dne
27.3.11

Příloha č. 3 Testovací tabulka ošetrovatelské péče na JIP

Pohybová schopnost počet bodů/ pac. 24 hod

Chůze za pomoci sestry	2
Upoután na lůžko, manipulace za účasti jedné s.....	2
Upoután na lůžko, manipulace za účasti dvou sester	3

Osobní hygiena

Schopen částečné spolupráce	5
Plně závislý, za účasti jedné sestry	9
Plně závislý, za účasti dvou sester	17

Stravování – nezahrnuje gastrickou či enterální výživu

Nají se sám, s částečnou pomocí sestry	1,5
Nají se sám, s podstatnou pomocí sestry	3
Vyžaduje krmení	12

Vyprazdňování stolice

Potřebuje podložní mísu	0,5
Potřebuje mobilní WC u lůžka	1
Trvalá inkontinence	3

Vyprazdňování moče – nezahrnuje zavedenou PMK

Potřebuje podložní mísu, močovou láhev	2
--	---

Prevence dekubitů

Polohování pacienta a 3 hodiny	3
Polohování pacienta a 2 hodiny	6
Polohování pacienta a 1 hodina	16

Komunikace a spolupráce s pacientem

Dorozumívání pomocí dopisování, abecedy, odezírání	9
Spolupráce občas obtížná, občasný neklid	7,5
Spolupráce velmi obtížná, těžký neklid	15

Každodenní činnosti

Vedení OSE dokumentace, spolupráce s rodinou, předání pacienta a další činnosti	10
---	----