

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Kvantifikace základní a speciální ošetrovatelské péče na JIP

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

Autor:

Marcela Hrychová

2011

Abstract

The Thesis „The Quantification of Basic and Special Nursing Care at Intensive Care Units“ is focused on timing the most frequent activities which were carried out in the scope of the research. I conducted my research in accordance with „The Method of Quantifying of Nursing care“, written by the Pochyls in 1999. There have been a number of legislative changes in the Czech health system after the Czech Republic joined the European Union. The biggest changes have taken place in the system of education of the general nurse and in the competences of the general nurse. The goal and theme of my Thesis was to determine the average time required for the basic nursing care and the average time required for the special nursing care. The method of observation was used for achieving my research objectives and timing of individual activities represented my main work load. The nursing activities were divided into two categories: the activities connected with the TISS System – and the activities which are not connected with the TISS System. My results show that the basic nursing activities are more time consuming; the disadvantage is that they are not included in the TISS System, and that they are not reimbursed by health insurance companies. In my opinion, which is based on my research, at least some of the activities of the basic nursing care should be included in the TISS System, because at Intensive Care Units the basic nursing care is obviously more time consuming than the special nursing care.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma: „Kvantifikace základní a speciální ošetrovatelské péče na JIP“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích, na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne 16. 8. 2011

.....
podpis studenta

Poděkování:

Děkuji Mgr. Lence Šedové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivosti při spolupráci na této bakalářské práci. Děkuji svým kolegyním za spolupráci.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Ošetrovatelská péče na JIP.....	4
1.2 Sestra specialistka na JIP.....	6
1.2.1 Kompetence sestry.....	8
1.2.2 Vzdělávání zdravotnických pracovníků.....	9
1.3 Faktory ovlivňující práci sestry specialistky.....	14
1.3.1 Pozitivní faktory.....	14
1.3.1.1 Variabilita.....	15
1.3.1.2 Umění pomáhat lidem.....	16
1.3.1.3 Práce v týmu.....	16
1.3.2 Negativní faktory.....	17
1.3.2.1 Psychická zátěž (syndrom vyhoření).....	17
1.3.2.2 Fyzická zátěž.....	19
1.4 Ošetrovatelská péče.....	20
1.4.1 Základní ošetrovatelská péče.....	21
1.4.2 Speciální ošetrovatelská péče.....	21
1.5 TISS.....	21

2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	23
2.1 Cíle práce.....	23
2.2 Výzkumné otázky.....	23
3. Metodika.....	24
3.1 Použitá metodika.....	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	24
4. Výsledky vyhodnocení časových náměrů ošetrovatelské péče na JIP.....	25
4.1 Vyhodnocení časových náměrů k dg. Stp. zlomenině krčku kosti stehenní...25	
4.2 Vyhodnocení časových náměrů k dg. Stp. TEP kyčle a TEP kolene.....40	
5. Diskuze.....	63
6. Závěr.....	72
7. Seznam použitých zdrojů.....	73
8. Klíčová slova.....	76
9. Přílohy.....	77

Úvod

V posledních letech jde pokrok v medicíně neuvěřitelnou silou dopředu, což s sebou přináší neustále nové a nové trendy jak v léčbě pacientů, tak i v ošetrovatelské péči. Ošetrovatelská péče na odděleních intenzivní péče je poskytována vždy komplexně a individuálně, protože je poskytována danému klientovi. Práce sestry zde vyžaduje nejen specifické vzdělání, které je důležité, ale i schopnost předpovídat vyhodnotit danou situaci, která se týká zdravotního stavu klienta. Reagovat na nepředvídatelné situace, dále je nutnost i praktické dovednosti.

Téma „Kvantifikace základní a speciální ošetrovatelské péče na JIP“ jsem si vybrala proto, že na tomto oddělení pracuji již delší dobu. Práce zde je náročná jak po stránce fyzické, tak i psychické. V této práci se zabýváme časovými náměry základní a speciální ošetrovatelské péče u nejčastějších výkonů, které sestra specialista vykonává denně v rámci ošetrovatelské péče.

Cílem práce je zhodnotit a realizovat základní a speciální péči na JIP. Dílčími cíli bylo stanovit průměrnou časovou náročnost pro základní a speciální ošetrovatelskou péči. K výzkumu byl použit systém TISS, který zahrnuje hodnotu bodů k výkonům a technikám používaných v léčbě u jednotlivých klientů. Tento systém je využíván ke stanovení ceny péče hrazené zdravotními pojišťovkami. Touto metodou byly stanoveny výkony speciální ošetrovatelské péče. Oblast základní ošetrovatelské péče není zahrnuta v TISS metodě, ale významnou měrou se podílí na pracovním čase sester a je u klientů v kritickém stavu velmi náročná a důležitá. Bohužel v systému zdravotního pojištění v České republice není k základní ošetrovatelské péči přihlíženo v systému TISS na rozdíl od jiných zemí, např. Spolková republika Německo.

1. Současný stav

1.1 Ošetrovatelský proces na JIP

Pojem „ošetřovatelský proces“ poprvé použila v roce 1955 Hallova. Je nový a souvisí s akceptováním vědeckého přístupu a východisek v ošetrovatelství, kterými se řídí lidské poznání. Před zavedením procesu do praxe, sestry poskytovaly svou péči na příkaz lékaře a jejich péče byla více zaměřena na chorobu než na individuální potřeby nemocného člověka. Dnes je ošetřovatelský proces mezinárodním standardem a klíčovou metodou ošetrovatelské praxe. Ošetřovatelský proces je realizace předem promyšleného sledu ošetrovatelských postupů, které vedou k uspokojení tělesných, psychických a sociálních potřeb pacienta/klienta a jehož fáze se vzájemně prolínají a opakují. Cílem je změna zdravotního stavu nemocného. Smysl stanovení a vypracování spočívá v odborném a kvalitním plánování postupů při uspokojování potřeb klienta (8).

Tyto postupy vzájemně propojených činností při individualizované ošetrovatelské péči provádíme ve prospěch nemocného buď sami, nebo, je-li to možné, i za aktivní spolupráce s ním. To umožňuje, aby sestra samostatně rozhodovala pro nejvhodnější způsob péče, dosahovala stanovených cílů a mohla měřit pokrok, kterého nemocný jejím přičiněním dosáhl (18,22).

V České republice se do ošetrovatelské praxe zavádí pětifázový proces. Jeho jednotlivé fáze neboli kroky mají označení: zhodnocení/posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení.

Ve fázi hodnocení/posuzování sbírá sestra informace o nemocném, o jeho potřebách, denních zvycích, součástí je rovněž zmapování celkového vzhledu nemocného, změření základních fyziologických funkcí, výšky, váhy, apod. Snaží se získat specifické informace, které pomohou přiblížit vnitřní život pacienta/klienta a následně mu poskytnout ošetrovatelskou péči co nejvíce individuálně.

Ošetrovatelská diagnóza je závěr o odpovědi nemocného na skutečné nebo potencionální zdravotní problémy či životní proces. Je zaměřena na stanovení prioritních potřeb a ošetrovatelských problémů z hlediska sestry a z hlediska klienta.

Poskytuje základ pro výběr ošetrovatelských zásahů na dosažení výsledků, za které je sestra zodpovědná. Při stanovování diagnóz můžeme určit aktuální diagnózu, která nám řekne přítomný problém nebo potřebu. Dále to může být potencionální diagnóza informující nás o zaměření sesterské péče na ohrožení klienta případnými riziky přinášeny dlouhodobou nemocí. Při stanovení syndromové diagnózy se zaměřujeme na kombinaci aktuálních a potencionálních diagnóz vytvořených pro typický ošetrovatelský syndrom (18).

Plánování je proces vytýčení ošetrovatelských strategií či intervencí s cílem prevence, redukce či eliminace klientových zdravotních problémů, které byly zjištěny. V této fázi stanovujeme krátkodobé a dlouhodobé cíle ošetrovatelské péče. Proces plánování zahrnuje čtyři jednotlivé kroky. Prvním z nich je vytýčení priorit, kdy se určují problémy, které vyžadují okamžitou pozornost, problémy, které nemusí být řešeny okamžitě, na které se musí sestra soustředit, případně, které může přenechat dalšími členy ošetrovatelského týmu. Dalším prvkem je stanovení očekávaných cílů a výsledných kritérií, kdy cílem a žádaným výsledkem je samozřejmě změna zdravotního stavu klienta. Tento bod je základem pro stanovení hodnotících kritérií. Následuje určení činností, které bude sestra provádět. Tyto činnosti souvisejí se sesterskými diagnózami a směřují k dosažení stanovených cílů. Posledním bodem je zaznamenávání sesterských ordinací, kdy se jedná specifické zásahy vykonané sestrou na dosažení vytýčených cílů zdravotní péče, součástí je i individualizace (22).

Realizace je fáze ošetrovatelských činností zaměřených na dosažení očekávaných výsledků ošetrovatelské péče či cílů klienta. Před vykonáním činnosti sestra zjišťuje, zda se nevyskytl nový problém, nebo nenastaly-li takové změny, které vyžadují okamžitou změnu plánu péče. Realizace jednotlivých činností souvisí s pečlivým pozorováním nemocného a jeho reakcí. V případě potřeby se odpovídajícím způsobem změní postup. Získané informace zaznamená sestra do ošetrovatelské dokumentace, následně je zhodnocena jejich důležitost a okamžitě hlášeny nové informace.

Poslední fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Zde se hodnotí, zda došlo k dosažení vytýčených cílů. Posoudí se, jak klient reagoval na ošetrovatelské zásahy, a výsledky se porovnají s výslednými kritérii. Následuje buď ukončení ošetrovatelského procesu nebo revize plánu péče, a to z důvodů nesplnění nebo jen částečného splnění plánů (22).

Zavedení ošetrovatelského procesu do praxe a převzetí odpovědnosti za obor v praxi znamenalo určité potřeby změn v organizaci práce na JIP. Vystala rovněž potřeba dalšího vzdělávání v oboru ošetrovatelství (semináře, samostudium, odborné stáže, vyšší a vysoké školy). Z funkčního modelu péče se přešlo na skupinový, nebo model primární sestry, který nejlépe umožňuje systematický přístup k celkové péči o klienta. Došlo k reorganizaci práce zaměřené na individuální přístup k pacientovi a bylo nutné odstranit zaběhlé praktiky rané zdravotní a ošetrovatelské péče. Důležitým krokem bylo vypracování ošetrovatelských manuálů, standardů a standardních plánů ošetrovatelské péče na základně nejnovějších poznatků v oboru, které jsou pravidelně obnovovány. Tyto jsou výrazně nápomocny při zaškolování a zapracování nových sester, nebo při zavádění nových postupů. Plány ošetrovatelské péče slouží jako vodítko pro péči o klienta s konkrétní diagnózou. Rovněž je prováděno sledování a měření kvality ošetrovatelské péče a výstupy z těchto měření. Dalším zavedeným prvkem se stalo dokumentování ošetrovatelské péče, které se ukázalo jako nutné, a které má své opodstatněné důvody. Dokumentace ošetrovatelské péče je specifická a měla by být přizpůsobena potřebám oboru, kdy musí odrážet požadavky ošetrovatelské péče konkrétního pracoviště. Dokumentace musí být úplná, funkční a měla by splňovat klasické schéma ošetrovatelského procesu (4).

1.2 Sestra specialista na JIP

Na jednotce intenzivní péče (JIP) jsou hospitalizováni klienti s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho nebo více orgánů a jsou sledováni nepřetržitě v kteroukoliv denní či noční hodinu (5). Intenzivní péče poskytuje klientovi vždy komplexní a individuální ošetrovatelskou péči. Tato péče je poskytována danému

klientovi v dané chvíli v co největší možné míře. Na sestry pracující na jednotkách intenzivní péče jsou tak kladeny velké nároky jak po stránce odbornosti, tak po stránce psychické i fyzické zátěže. Práce na JIP vyžaduje vysoké pracovní nasazení nejen ze strany sester a ostatního zdravotnického personálu, ale i ze strany lékařů. Samozřejmostí je týmová práce (19).

Pro práci na JIP je důležité a potřebné odpovídající vzdělání sester. Proto všeobecná sestra, která má v úmyslu pracovat na oddělení intenzivní péče, musí absolvovat specializační vzdělání. Toto vzdělání je jednou z forem celoživotního vzdělávání (18). Je upraveno v § 53 – 54 zákona č. 105/2011 Sb., který vstoupil v platnost dne 22. 4. 2011. V nařízení vlády č. 31/2010 Sb. jsou stanoveny obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti po získání specializované způsobilosti. Cílem tohoto studia je připravit všeobecnou sestru s označením specialistky „Sestra pro intenzivní péči“ (9). Práce sestry specialistky na JIP má specifický ráz. „Specialistka“ poskytuje péči menšímu počtu nemocných, u kterých však musí zvládnout celý souhrn komplexní ošetrovatelské péče. Do komplexní ošetrovatelské péče zahrnujeme nejen ošetrovatelský proces jako takový, ale i komunikaci, technickou dovednost, asistenci při složitých diagnostických a léčebných výkonech, zajišťování doprovodu monitorovaného pacienta mimo oddělení na různá vyšetření, ale i vedení dokumentace, která je náročnější než na standardním oddělení. Dále sem můžeme zařadit fyzické a verbální zvládnutí neklidného pacienta.

Náplní práce sestry není jen intenzivní monitorování základních životních funkcí, ale i kontrola operační rány, drénů, odběr biologického materiálu, asistence při převazech, sledování bolesti a aplikace analgetik dle ordinace lékaře, zajišťování žilních přístupů a množství dalších důležitých výkonů vyplývajících z aktuálního zdravotního stavu nemocného.

1.2.1 Kompetence sestry

V 70. letech příchodem nových dokumentů o diferencované péči a s pomaturitním vzděláváním sester typu ARIP (anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče) se začal obzor sester rozšiřovat a sestry začaly chápat svou práci jako určitou elitní a svébytnou profesi. Do současné doby sestry získávaly své vysokoškolské studium a různé funkční specializace zaměřené na nové úseky intenzivní péče (2). Klíčovým impulzem týkající se nelékařských zdravotnických pracovníků byl vstup České republiky do Evropské unie a platnost zákona č. 105/2011 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Ošetrovatelskou péči zajišťují zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezeném dle zákona č. 105/2011 a vyhláškou č. 424/2004 Sb., tj. zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti a zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (11).

Vyhláška č. 55/2011 Sb. specifikuje pravidla profesí se specializovanou způsobilostí, definuje seznam činností, které jsou náplní práce příslušné profese, a dále případné podmínky, za kterých lze činnosti vykonávat. Všeobecná sestra uvedená v § 55 – 67 po získání odborné způsobilosti vykonává činnosti dle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně péče vysoce specializované. Sestra pro intenzivní péči podle § 55 této vyhlášky v rámci anesteziologicko-resuscitační péče, intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnosti dle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí (25).

Činnosti, které vykonává sestra specialista bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, jsou zejména sledování a analýza údajů o zdravotním stavu klienta, hodnocení jeho fyziologických funkcí, analýza křivky EKG, hodnocení závažnosti stavu; dále zahájení a provádění kardiopulmonální resuscitace se zajištěním dýchacích

cest s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení elektrokardiogramu; péče o dýchací cesty klienta při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, provádění tracheobronchiální laváže u klienta se zajištěnými dýchacími cestami; zajišťování stálé připravenosti pracoviště, včetně funkčnosti přístrojové techniky a materiálního vybavení, sledování a analýza údajů za použití speciální přístrojové techniky, rozpoznávání technických komplikací a jejich řešení (25).

Činnosti sestry specialistiky bez odborného dohledu na základně indikace lékaře zahrnují provádění a analýzu fyziologických funkcí klienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod; provádění katetrizace močového měchýře u mužů; zavádění nazogastrické nebo jejunální sondy klientovi v bezvědomí, výplach žaludku u klienta se zajištěnými dýchacími cestami; činnosti u klienta s akutním nebo chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve; činnosti v souvislosti s dlouhodobou plicní ventilací i v domácí péči, včetně poučení o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků klienta a jím určených osob; vykonávání činností spojených s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti; vykonávání činností při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení způsobu celkové a místní anestézie; provádění punkce artérií k jednorázovému odběru krve a kanylace k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis (25).

Činnosti sestry specialistiky pod odborným dohledem lékaře zahrnují aplikaci transfuzních přípravků a přetlakových objemových náhrad; provádění extubace tracheální kanyly; provádění externí kardiostimulace (25).

1.2.2 Vzdělávání zdravotnických pracovníků

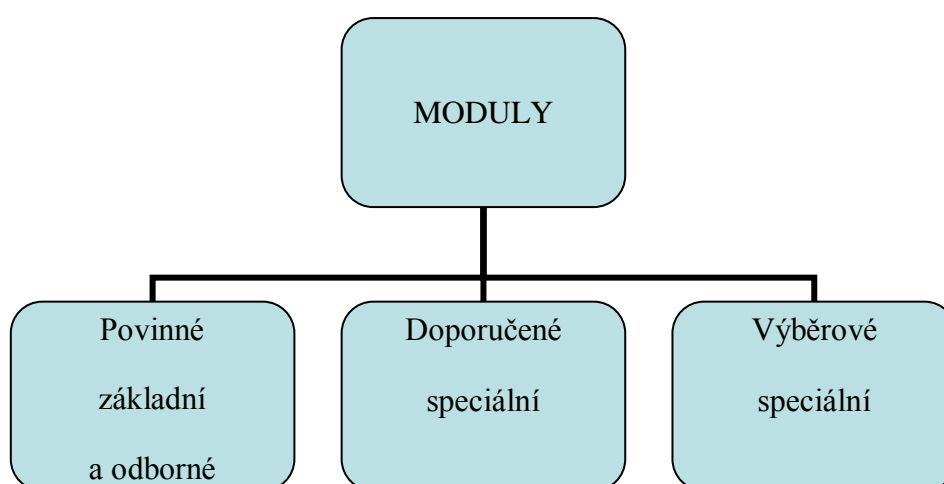
Po vstupu České republiky do Evropské unie a přijetí zákona č. 96/2004 Sb., který byl následně novelizován zákonem č. 105/2011 Sb., a který ustanovuje podmínky a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu

činností související s poskytováním zdravotní péče, došlo k určitým změnám ve vzdělávání zdravotnických pracovníků „nelékařů“. Bylo potřeba zásadním způsobem upravit tento systém v souvislosti s požadavky Evropské unie a zásadami volného pohybu osob, a to v oblasti poskytování zdravotní péče, volného přístupu fyzických osob ke zdravotnickému vzdělávání a právnických a fyzických osob k poskytování zdravotnického vzdělání, s cílem volného uplatnění na pracovním trhu Evropské unie. Příchod nového milénia, které zaznamenalo již na svém počátku změny v mnoha oborových paradigmatech, zesílily i hlasy usilující o inovace ve vzdělání sester. (1,5).

Systém vzdělání budoucích zdravotních sester probíhá v nynější době ve třech úrovních. Primární úroveň tvoří povinná základní devítiletá školní docházka. Sekundární vzdělávání – tohoto vzdělání dosáhne student/ka na kterékoliv střední škole s maturitou. Po absolvování čtyřleté Střední zdravotnické školy získávají studenti možnost pracovat ve zdravotnictví pouze jako zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu povolání pod odborným dohledem (zdravotnický asistent). Terciální vzdělávání – zahrnuje kvalifikační vzdělávání na vyšších odborných školách (VOŠ) nebo na vysokých školách (VŠ). Hlásit se mohou všichni studenti středních škol s maturitou. Po 3,5 letém studiu na VOŠ získává absolvent titul „diplomovaný specialista“ (DiS), po tříletém studiu na VŠ získává titul „bakalář“ (Bc.). Až po ukončení tohoto studia je student/ka považován za zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání samostatně bez odborného dohledu s vedlejší podmínkou, kterou je registrace (5).

Studium všeobecné sestry není ale tímto v žádném případě ukončeno, pokud chce sestra pracovat na jednotce intenzivní péče. Obor intenzivní medicíny se v posledních letech neuvěřitelně rozvinul, jak po stránce technické, tak i v nových léčebných, diagnostických a ošetrovatelských postupech. Z tohoto důvodu je potřeba dalšího vzdělávání pracovníků nelékařských zdravotnických profesí. V zákoně 105/2011 Sb. se ukládá povinnost celoživotního vzdělávání pro všechny zdravotnické pracovníky. Po získání odborné způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka navazuje specializační vzdělávání, které je uvedeno v § 53 – 54 zákona č.

105/2011 Sb. a je jednou z forem celoživotního vzdělávání (10). Oproti původnímu pomaturitnímu specializačnímu studiu (PSS) dle vyhlášky č. 77/1981 Sb došlo dle platného zákona č.105/2011 Sb. k obsahové i organizační změně v systému specializačního vzdělávání. Obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti po získání specializované způsobilosti stanoví nařízení vlády č. 31/2004 Sb, které dne 18. 2. 2010 bylo novelizováno nařízením vlády č. 31/2010 (9). Vzdělávání probíhá nadále při výkonu povolání nelékařského zdravotnického pracovníka. Výraznou změnou je, že se musí uskutečňovat v akreditovaném zařízení, kterému MZ ČR udělí akreditaci pro realizaci příslušného vzdělávacího programu. Další změnou je podání žádosti o zařazení do specializačního studia a to již po 12 měsících výkonu povolání všeobecné sestry spolu s ověřenými doklady o způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání nebo s uvedeným číslem osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (10). Novinkou ve vzdělání je skutečnost, že vzdělávací programy jsou koncipovány modulovým systémem (15). Každý program specializace se skládá z několika modulů, které lze rozdělit dle míry volitelnosti na povinné, doporučené a na volitelně výběrové, které si student vybírá dle svého zájmu z nabízených výčtů a tak se může vzdělávat v problematice, která jej zajímá a přímo souvisí s výkonem jeho povolání. Podle vzdělávacího obsahu lze moduly rozdělit na základní, odborné a speciální.



Tento systém umožňuje vhodnou kombinací a seřazením modulů u všech účastníků studia dosažení požadované úrovně znalostí a dovedností. Dává též možnosti volit další speciální moduly. Jeho výhodou je rovněž to, že jde o systém otevřený, tzn., že kdykoliv, dle aktuálních potřeb a požadavků praxe, lze inovovat obsah programů nebo vypracovat další speciální moduly. Nedílnou součástí studia je odborná praxe, která probíhá v akreditovaných zařízeních (10).

Obor specializačního vzdělávání Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (ARIP) si klade za cíl připravit všeobecnou sestru s označením odbornosti specialisty „Sestra pro intenzivní péči pro poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče“. Vzdělávací program v ARIP obsahuje 640 hodin teoretické a praktické výuky rozčleněné do jednotlivých modulů. Každý modul má stejnou organizační strukturu – část teoretickou, část praktickou a ověření znalostí. Základní modul je zaměřen na teze filozofické, psychologické a sociologické v souvislosti s poskytováním specializované ošetrovatelské péče. Je základem všech specializovaných modulů a je pro všechny povinný. Cílem je vybavit všeobecnou sestru takovými vědomostmi, aby po získání specializované způsobilosti poskytovala, organizovala a metodicky řídila ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované, bez odborného dohledu v oboru, kterého se specializace týká. Po absolvování základního modulu následuje modul odborný, jehož obsahem je problematika komplexní specializované ošetrovatelské péče o pacienty starší 10 let, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí, nebo u kterých toto selhání hrozí. Tento modul je určen všem všeobecným sestrám pracujícím ve všech úsecích intenzivní péče a řadí se mezi povinné. Speciální moduly jsou úzce zaměřeny na jednotlivé specializované úseky práce. Dle pracovního zařazení účastníka studia jsou doporučené, povinně volitelné, ale i volitelné. Pro splnění vzdělání a získání daného počtu kreditů ve svém specializačním oboru si musí každý účastník zvolit minimálně tři speciální moduly příslušného zaměření specializace. Po vstupu do speciálního modulu se účastníci rozdělují do skupin dle pracovního zaměření a po jejich absolvování budou vykonávat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči se zaměřením na neodkladnou péči, na péči

v anesteziologii, se zaměřením na umělou plicní ventilaci, na očišťovací metody krve atd. (10)

Specializační vzdělávání se ukončuje atestační zkouškou, kterou upravuje vyhláška č. 189/2009 Sb. k získání specializované způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Zkouška se koná před oborovou atestační komisí zřízenou ministerstvem dle zákona. Praktická zkouška se koná v akreditovaném zařízení a je přítomen nejméně jeden člen atestační komise. Zkouška se skládá z části praktické a teoretické. Praktická část obsahuje ověření úspěšného zvládnutí praktických výkonů, analýzu předložených ošetřovatelských nebo laboratorně diagnostických problémů nebo obhajobu písemné práce. Teoretická část spočívá v odpovědi na 3 odborné otázky.

Při aktivním výkonu ošetřovatelské profese se zdravotničtí pracovníci registrují v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Po splnění podmínek pro výkon povolání bez odborného dohledu a zasláním písemné žádosti vydá oddělení Registru nelékařských zdravotnických povolání osvědčení, kterým se získává oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu a oprávnění k vedení praktického vyučování. Toto osvědčení se vydávalo na období 6 let, pokud není stanoveno jinak. S účinností tzv. „malé novely“, se doba platnosti prodlužuje automaticky o 4 roky u osvědčení platných ke dni 22. dubna 2011. Nejsou vydávána nová Rozhodnutí s prodlouženou platností. Kontrolu lze provést v on-line náhledu na www.nconzo.cz/registr/online. Platnost může být prodloužena na období dalších 10 let, pokud je zdravotnický pracovník odborně způsobilý a bezúhonný a vykonává-li zdravotnické povolání v příslušném oboru a získal-li 40 kreditů z celoživotního vzdělávání (14, 25).

Inovace chystající se v ošetřovatelském vzdělání v 21. století musí zohlednit proměnu doby, proměnu technologie, proměnu generací, proměnu klientské spolupráce, demografické a epidemiologické trendy, ale i počty zkušených, praxí protřelých vyučujících. Kvalita vyučujících a jim svěřených budoucích zdravotnických pracovníků se neodvíjí pouze od množství vlastněných titulů a publikací, ale od použitelné znalosti výbavy, bezvadně osvojených praktických dovedností a zručností, pracovních

zkušenosti, osobních kvalit, odpovědnosti a náklonnosti k lidem i vlastní práci. Je potřeba zvažovat nejen náplň výuky sester, popř. dalších zdravotníků, tedy obsah kurikul, ale též formy výuky. Dvacáté první století staví před všeobecné sestry, studentky a studenty ošetrovatelství a jejich pedagogy řadu výzev. Potřebou je nadále přehodnocovat náplň a formy vzdělávání ve světle nových poznatků a zkušeností. Přitom ale nelze zapomínat na smysl celého tohoto počínání – tedy na službu jednotlivcům a snahu o zdraví společnosti. Jelikož těžiště oboru nespočívá v nekonečném bádání a vědě pro vědu, proto není účelem vychovávat další a další kvanta sester magistrů, ale je potřeba uctivé služby lidem. Motto 21. století není „Co nejvíce titulovaných sester a vysokého výzkumu“, nýbrž důrazné a existenčně naléhavé „Zpět k lůžkům!“ (1)

1.3 Faktory ovlivňující práci sestry specialistky

V dnešní době má povolání zdravotní sestry výjimečné postavení mezi jednotlivými profesemi. Je sice společensky akceptována a hodnocena relativně vysoko, ale jako důležitá součást zdravotnické péče se celkový obraz povolání mění velice pomalu. Ošetrovatelská péče má velkou morální a etickou hodnotu pro každého z nás. S ní si spojujeme podporu v nemoci a v těžkých okamžicích nemoci, při bolesti, utrpení, ale i v nejkritičtějších chvílích života. Sestra při svém povolání neustále vstupuje do interakce s jinými lidmi, ať už nemocnými, rodinnými příslušníky či spolupracovníky. Setkání s tělesným a psychickým utrpením člověka, s jeho umíráním a se smrtí, jistě ve velké míře ovlivňuje její hodnoty, postoje a celou osobnost. Faktory ovlivňující práci sestry můžeme rozdělit na pozitivní a negativní.

1.3.1 Pozitivní faktory

Ne každý z nás by mohl vykonávat povolání zdravotní sestry. Motivace pro tuto profesi je různá. Ochotu pomáhat bychom mohli zařadit mezi jednu z nejhlavnějších.

Většina starých lidí říká: „povolání zdravotní sestry = poslání“. Někdo tuto práci vykonává, protože v ní nachází něco, co je mu blízké. Každý den se setkává s lidmi, kteří jsou samozřejmě různí. Někteří snášejí negativní zprávy dobře, umí se vyrovnat se svým zdravotním stavem a do poslední chvíle jsou optimističtí. Na druhé straně jsou klienti, kteří se neumí vyrovnat se svým zdravotním stavem. Jsou neustále negativisticky naladěni, vše jim vadí, neumí si vážit pomoci od druhých, stále vyhledávají chyby a někdy i konflikty se spolupacienty, ale i s ošetřovatelským personálem. To jistě ovlivní práci a přístup sestry k jednotlivým pacientům. Jedním z dalších pozitivních faktorů je též různorodost práce. Setkáváme se s radostmi, starostmi, ale i negativními zprávami. Jedna směna může být takzvaně v pohodě, bez nějakých závažných a dramatických okolností. Na druhou stranu se mohou někdy vyskytnout i špatné směny. Nemalý vliv má i kolektiv, ve kterém pracujeme, ale i zdravotní stav klientů. Jedním z pozitivních faktorů v povolání zdravotníka je ten, že se vyzná v poskytování první pomoci. Ví, co znamenají různé příznaky nemoci a dokáže rychleji a správně reagovat.

1.3.1.1 Variabilita

Variabilitu můžeme ji zařadit mezi jeden z pozitivních faktorů. Důvodem určité je to, že práce zdravotní sestry není monotónní a pro někoho může být proto velmi lákavá. Velice úzce souvisí s medicínou, která v posledních letech dosáhla výrazného rozvoje a jistě se i v budoucnu bude nadále vyvíjet. Někdo říká, že ho monotónní práce nebaví a svým způsobem i ubíjí. To může mít za následek vznik nepříjemných pocitů nudy, únavy, námahy a může vést ke ztrátě zájmu o práci. To se určitě nedá říci o povolání zdravotní sestry. Ve zdravotnictví probíhá práce zpravidla v těsných vazbách na spolupracovníky, se všemi důsledky, které přítomnost druhých lidí přináší. Velkou a nezaměnitelnou roli zde hraje i kolektiv sester, nižšího ošetřovatelského personálu a v neposlední řadě i lékařů. Nemalý vliv má i organizace práce na oddělení (21).

1.3.1.2 Umění pomáhat lidem

Povolání zdravotní sestry je velmi náročné. Jejím objektem je člověk. Od sestry se očekává, že unese fyzické nároky své profese a dokáže se vyrovnat s problémy spojenými s ošetřováním a péčí o pacienty/klienty. Mezi nejdůležitější morální hodnoty zdravotní sestry patří úcta k člověku. Zásady, jak by se sestra měla chovat, jsou obsaženy v Etickém kodexu sester a ošetřovatelek. V očích nemocných by měla být zdravotní sestra vždy člověk, který má pochopení pro jeho problémy v nemoci, a který je pomáhá s velikou tolerancí a laskavostí řešit. Na rozdíl od lékaře má sestra možnost lépe poznat nemocného po psychické stránce a to z důvodu strávení poměrně velkého množství času s ním (26).

1.3.1.3 Práce v týmu

Ošetřovatelská péče o člověka je týmová a celostátní. V ošetřovatelské terminologii se užívá termín péče holistická, chápající člověka ve všech složkách jeho osobnosti. Ve zdravotnickém týmu má každý člen svoji nezastupitelnou úlohu. Tyto úlohy se prolínají a jeden bez druhého nemůže splnit své poslání, na které se připravil svým vzděláním (18). Ve zdravotnickém týmu jsou převážně lékaři, sestry, nižší ošetřovatelský personál, sanitáři a dále pak např. psychologové, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, duchovní.

Jednou ze základních podmínek efektivní ošetřovatelské péče je týmová atmosféra a týmový přístup. Jelikož ve zdravotnictví převažují ženy, je někdy velice těžké zapadnout do kolektivu a se všemi dohromady utvořit dobrý kolektiv a tým. Cílem týmové práce je zvyšování produktivity synergickým efektem a rozumnou dělbou práce. Je známé, že ženy jsou od přírody soutěživý typ a jen tak se nevzdávají. Rády soupeří mezi sebou, nechtějí dát těm druhým nic zadarmo a velmi často se mezi sebou pomlouvají. Zde je velmi důležitá komunikace, zvládání krizových situací bez zbytečných rozporů, ale i řešení drobných nedostatků. Podle názoru Parkera ještě není týmem skupina sester, ale pouze taková skupina, jenž se vyznačuje vysokým stupněm

vzájemné závislosti a je vytvořena a sjednocena za účelem dosažení určitého cíle nebo splnění úkolů.

Pro poskytování finančně efektivní a vysoce kvalitní zdravotní péče je kolektivní dohoda o „pravidlech hry“ velmi důležitá. Všichni členové by měli souhlasit s posláním, cíli a pravidly, které se jich týkají, a následně je dodržovat. Pro správné fungování týmu je důležitá pracovní atmosféra, způsob vedení diskuzí, pochopení specifických týmových úkolů a cílů, ochota členů vzájemně si naslouchat. Při neúspěchu týmu má obecně hlavní slovo a postavení jen pár jeho členů, ostatní jsou znudění, rozmrzelí a bez nadšení. Způsob jejich komunikace bývá převážně strojený a formální. Vyhýbají se zkoumání vlastního vnitřního prostředí, teprve po poradě vyjadřují svůj názor a své myšlenky a pocity, co se udělalo špatně a proč. Efektivní tým je charakteristický jasně vyjádřeným účelem, neformálností, sourodostí, oddaností a vysokou úrovní participace. Při rozsáhlých diskuzích dochází v týmu k rozhodnutí a společnému postoji konsenzem. Zadané činnosti a úkoly jsou jasné a všichni členové se podílejí na jejich uskutečnění. Díky tomu je tým schopen definovat své silné a slabé stránky a náležitě na ně reagovat (20).

1.3.2 Negativní faktory

1.3.2.1 Psychická zátěž (syndrom vyhoření)

Psychická zátěž klade nároky na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování. Stres se stává významným faktorem práce zdravotníků. Roste životní tempo, kladou se stále vyšší požadavky na výkon, narůstá časový a organizační tlak. Působení stresu na zdravotní stav jedince lze rozdělit na přímé a nepřímé účinky. Přímé účinky mají vliv na imunitní, endokrinní a nervový systém. Nepřímé účinky ovlivňují chování člověka (alkohol, kouření, sladkosti). U jedinců, kteří nejsou schopni čelit stresu, mohou vzniknout tzv. nemoci ze stresu – snížení imunity, infarkt myokardu, hypertenze, CMP, vředová choroba žaludku a dvanáctníku, migréna. Jako příčiny

psychické zátěže můžeme určit příčiny vyplývající z vlastní práce sestry a příčiny vyplývající z osobního života sestry.

Mezi příčiny vyplývající z vlastní práce sestry lze zařadit vysoké nároky, které jsou kladeny na soustředěnost a přesnost při práci, přenášení pozornosti z jedné činnosti na druhou, zapamatování si velkého množství informací, pocit zodpovědnosti, schopnost komunikovat za všech okolností, asertivní chování, udržení profesionálního nadhledu. Mezi příčiny vyplývající z osobního života sestry můžeme zařadit starosti sestry, od kterých se nedokázala odpoutat při příchodu na oddělení (onemocnění členů rodiny, neshody s manželem či přítelem, vlastní zdravotní problémy) (28).

Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření čili Burn-out syndrom je jedním z projevů stresu. Byl poprvé popsán v roce 1974 americkým psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem. Představuje komplex příznaků, které se projevují pod vlivem stresu a zasahují do psychické, fyzické a sociální oblasti. Průzkumy ve zdravotnictví ukázaly, že nejvíce dochází k výskytu syndromu v hospicích, na onkologických odděleních, jednotkách intenzivní péče, psychiatrii, neurologii a koronárních jednotkách.

Rizikové faktory, které mohou způsobit vznik onemocnění:

Pracovní faktory – chronický stres, permanentní časový tlak a vysoké emoční napětí jsou hlavními spouštěči.

Osobní faktory – nespokojený osobní život, nedostatek radosti ze života, problémy v rodině.

Osobnostní a povahové rysy – pevná vůle, rozhodnost, sklony k samotářství, perfekcionismus, odpor k pravidlům, cílevědomost, ochota riskovat a záliba v náročných úkolech.

Syndrom probíhá v určitých fázích a jeho vývoj trvá několik let.

- 1. fáze = nadšení, sestra je plná ideálů, pracuje s elánem a nad rámec svých možností, do práce se těší.
- 2. fáze = stagnace, sestra slevuje ze svých nároků, požadavky pacientů ji unavují a obtěžují, postupně se začíná vyhýbat kontaktu s klientem.
- 3. fáze = frustrace, dostaví se velké zklamání z povolání
- 4. fáze = apatie, sestra vykonává pouze nejnutnější práce, vyhýbá se komunikace s pacientem/klientem i s kolegyněmi.
- 5. fáze = vyhoření, sestra se vyhýbá profesním požadavkům. Má negativní postoj vůči vlastní osobě, je agresivní, netrpělivá, nervózní, vyčerpaná, depresivní až cynická.

K prevenci syndromu patří změna oddělení, podpora členů týmu, aktivní přístup k životu, okamžité řešení problémů, odhodlání se ke změnám, spravedlivé rozepsání služeb. Důležitá je dovolená, protože aby se člověk mohl dobře a účinně věnovat lidem, měl by být odpočatý. Každá sestra by se měla naučit odpočívat a relaxovat, mít přátele i mimo své spolupracovníky, mít další zájmy nesouvisející s prací, umět zhodnotit situaci a včas vyhledat pomoc (5, 16).

1.3.2.2 Fyzická zátěž

Fyzická zátěž se týká především ošetrovatelského personálu na lůžkových odděleních. Zátěž je různorodá, záleží na typu oddělení, skladbě klientů a jejich zdravotním stavu. Práci zde vykonávají převážně ženy různého věku. Největší fyzickou zátěží je zejména manipulace s nemocným v rámci léčebné a ošetrovatelské péče. Dále lze mezi největší fyzické zátěže zařadit oddělení s imobilními nebo částečně imobilními pacienty, kde je nutné polohování a osobní hygiena. Jednotky intenzivní péče lze zařadit mezi oddělení se značnou fyzickou zátěží. I přes veškeré těžkosti je povolání zdravotní sestry stále přitažlivé a mnoho sester ho považuje za své poslání a setrvává v něm i přes jeho náročnost. Počet sester ve směně, případná pracovní neschopnost

zdravotnického personálu, to jsou faktory, které mají vliv na zatížení sestry při práci. Důležitá je i organizace práce a dostupnost pomůcek snižujících fyzickou zátěž (3).

Nejvíce je fyzické zátěži vystaven zejména pohybový systém dolních končetin, protože většinu pracovní doby sestra chodí nebo stojí. Dále je zatížena krční a bederní páteř a horní končetiny, hlavně při polohování imobilních klientů, které lze zařadit mezi jeden z fyzicky nejnáročnějších výkonů. Polohování by neměla provádět pouze jedna sestra. Kromě toho, že ničí zdraví sobě, může být z hlediska vzniku dekubitů takovéto polohování nebezpečné i pro pacienta a je v rozporu s pracovněprávními předpisy. Dalším následkem fyzické zátěže jsou bolesti nohou, páteře, později se mohou objevit i poruchy páteře a kloubů, křečové žíly a další zdravotní důsledky. Následkem opakovaných zátěží je únava, při déletrvající zátěži dochází k přepracování a vyčerpání organismu, projevující se podrážděností, snížením pozornosti a schopnosti se soustředit, nespavostí a emoční labilitou, což může mít za následek oslabení organismu a jeho náchylnost k infekcím. Pro překonávání únavy sestry často konzumují kávu a tabákové výrobky v nadměrném množství. Povolání sestry patří mezi ty, při nichž je fyzická zátěž stále značná, ale nese si s sebou určité změny v životním stylu, na které se musí sestra adaptovat: směnnost včetně sobot, nedělí a svátků, noční směny, riziko vzniku alergií při práci s desinfekčními roztoky a antibiotiky, riziko vzniku infekce a její přenos na rodinné příslušníky, pracovní přetížení, časová tíseň, nepravidelné stravování a nedostatečný příjem tekutin v souvislosti s nepravidelným čerpáním pracovních přestávek (28).

1.4 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví, ale také uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb souvisejících se zdravotním stavem klienta.

1.4.1 Základní ošetrovatelská péče

Základní ošetrovatelskou péčí nazýváme ošetrovatelskou péčí, která je poskytována klientům nad 6 let věku. Jejich zdravotní stav jim umožňuje běžné denní aktivity, jsou minimálně ohroženi selháním dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování (24).

1.4.2 Speciální ošetrovatelská péče

Speciální ošetrovatelská péče je ošetrovatelská péče u pacientů/klientů, kterým jejich zdravotní stav výrazně omezuje běžné aktivity denního života a existuje reálné riziko narušení základních životních funkcí. Lze sem zařadit i patologické změny psychického stavu, které ale nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků. Ošetrovatelská péče o klienty v terminálním stadiu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace a dále též základní ošetrovatelská péče poskytovaná dětem do 6 let věku se považuje za specializovanou ošetrovatelskou péčí (24).

1.5 TISS

Systém TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) byl představen poprvé v roce 1974 v Americe a v osmdesátých letech byl dále modifikován. Stal se široce přijímanou metodou k určení závažnosti onemocnění a to nepřímo dle velikosti léčebného úsilí. Je založen na kvantifikaci ošetrovatelského personálu. Principem metody je přiřazování bodové hodnoty od jedné do čtyř konkrétním úkonům jako výraz jejich složitosti a časové náročnosti. Výsledkem je součet bodových hodnot jednotlivých diagnostických, monitorovacích a léčebných úkonů, které byly u pacienta provedeny za posledních 24 hodin. V seznamu jsou uvedeny samostatné úkony, které přesně představují definovanou činnost. Do hodnocení může být zařazen pouze výkon zaznamenaný v ošetrovatelské dokumentaci. Pro uznání oprávněnosti vykázaného OD

(ošetřovací den) je správnost vykázanych TISS bodů a splnění předepsaného věcného, personálního (Příloha 3), technického a přístrojového vybavení pro jednotlivé skupiny OD TISS (Příloha 4,5). Ošetřovací den intenzivní péče lze vykázat pouze na pracovišti, které splňuje jak minimální personální, tak i minimální technické vybavení dle počtu TISS bodů (12,24).

Na základě analýzy bylo zjištěno, že metoda bere v úvahu činnosti sestry pouze jako vykonavatelky ordinací lékaře, proto je sestra brána jako vykonavatelka pasivní ošetrovatelské péče (ordinace lékaře, plnění činností vymezených provozem pracoviště a plnění přání pacienta/klienta). Nevýhodou metody je, že nezahrnuje také činnosti intenzivního ošetrovatelství a nebere v úvahu novou roli sestry v moderním ošetrovatelství. Dalším výsledkem analýzy je, že jsou kvantifikovány výkony sestry vycházející z ordinací lékaře a není přihlíženo k základní ošetrovatelské péči, která je zvláště u kritických stavů velice náročná a důležitá. Rovněž není zohledněna oblast psychiky, spolupráce a komunikace s pacientem a jeho rodinou (12).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zhodnotit a realizovat základní a speciální péči na JIP.

2.2 Dílčí cíle

1. Stanovit průměrnou časovou náročnost pro základní péči (činnosti nesouvisející s TISS body).
2. Stanovit průměrnou časovou náročnost pro speciální péči (činnosti související s TISS body).

2.3 Výzkumné otázky

1. Jaká je průměrná časová náročnost pro výkony základní ošetrovatelské péče na JIP?
2. Jaká je průměrná časová náročnost pro výkony speciální ošetrovatelské péče na JIP?

3. Metodika práce

3.1 Použitá výzkumná metoda

Výzkum byl prováděn podle dvou metod. Jednou z nich je tzv. metoda „Therapeutic Intervention Scoring System“ (TISS) neboli klasifikace pacientů v kritickém stavu, která souvisí s druhou metodou, kterou je „Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče“ od autorů PhDr. Karly Pochylé a Ing. Otakara Pochylého.

Kvalitativně-kvantitativní výzkum byl prováděn v období od 21. 2. 2011 do 26. 3. 2011. V tomto období byly prováděny náměry základní a speciální ošetrovatelské péče u vybraných diagnóz na jednotce intenzivní péče ortopedicko-traumatologického oddělení Nemocnice Písek. Speciální ošetrovatelská péče zahrnuje péči, která souvisí s vykazováním TISS bodů. Základní ošetrovatelská péče pak není zahrnuta v TISS systému. Časové náměry u jednotlivých výkonů byly zaznamenány do vypracovaných záznamových listů (Příloha 1), kde byly zvlášť výkony související s výkazem TISS bodů a výkony, které nesouvisejí s TISS body. Časové hodnoty jsou u jednotlivých úkonů sečteny a následně zprůměrovány s výpočtem směrodatné odchylky. K měření byly použity hodinky s vteřinovou ručičkou. Časové náměry jsou uváděny v jednotkách času – v minutách se zaokrouhlením na celé minuty. Způsob provádění náměrů byl takový, že každá ošetrovatelská činnost byla měřena od přípravy, přes provádění, až do ukončení, včetně její dokumentace. Veškerá měření byla prováděna vždy za denní směnu a to v pracovní dny, tedy od pondělí do pátku.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl prováděn v Nemocnici Písek a.s. Výzkumný soubor tvořili klienti po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní a klienti po TEP kyčle a TEP kolene. Celkový jejich počet byl 37. Z toho 8 klientů bylo po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní, jejich průměrný věk byl 71 let. Klientů po TEP kyčle a TEP kolene bylo 29 a jejich průměrný věk byl 68 let.

4. Výsledky vyhodnocení časových náměrů ošetrovatelské péče

4. 1 Vyhodnocení časových náměrů k dg. Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

Tabulka 1 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

ČASOVÉ NÁMĚRY SOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	21.2.	22.2.	23.2.	24.2.	25.2.		
Aplikace i. v. injekcí	2	2	2	1	2	2	0,4
Aplikace infuzí	2	3	2	3	3	3	0,5
Hodinová diuréza							
Měření centrálního žilního tlaku							
Odsávání z dýchacích cest							
Převaz oper. rány	5	11	5	7	5	7	2,3
Sledování vitálních fcí á 1 hod	4					4	0
Odběr biologického materiálu - statim	2					2	0
TISS BODY	11	13	14	12			
Celkový průměr						4	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 1 znázorňuje časové náměry u klientů po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Tyto náměry jsou orientované na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období a souvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný aplikaci i. v. injekcí 2 min/12 hod, aplikaci infuzí 3 min/12 hod, převazu operační rány 7 min/12 hod, sledování vitálních funkcí á 1 hod 4 min/12 hod, odběru biologického materiálu statim 2 min/12 hod.

Tabulka 2 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

ČASOVÉ NÁMĚRY NESOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	21.2.	22.2.	23.2.	24.2.	25.2.		
Osobní hygiena	3	6	8	8	5	6	1,9
Aplikace i. m. injekcí	3	2	2	5	4	3	1,2
Aplikace s. c. injekcí	2	2	1	1	1	2	0,5
Asistence - transfúze			31			31	0
Bandáže DK	2	3	3	3	4	3	0,6
Podávání léků per os	4	5	2	1	1	3	1,6
Polohování	16	16				16	0
Zavedení PMK							
Odběr biologického materiálu - rutina	3	2		2	2	2	0,4
Sledování diurézy	4	6	2	2	2	3	1,6
Měření TK + P	6	7	2	2	2	4	2,2
Edukace	3		5	4		4	0,9
Příjem							
Překlad	11		10	7		9	1,7
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	7	12	28	13	8	14	7,6
Celkový průměr						8	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 2 znázorňuje náměry u klientů po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Tyto náměry jsou orientovány na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období, ale nesouvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný osobní hygieně 6 min/12 hod, aplikaci i. m. injekcí 3 min/12 hod, aplikaci s. c. injekcí 2 min/12 hod, asistenci při aplikaci transfúze 31 min/12 hod,

bandážím dolních končetin 3 min/12 hod, podávání léků pre os 3 min/12 hod, polohování pacientů 16 min/12 hod, odběru biologického materiálu rutina 2 min/12 hod, sledování diurézy 3 min/12 hod, měření TK + P 4 min/12 hod, edukaci klienta 4 min/12 hod, překlada pacienta 9 min/12 min, práci s dokumentací, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetrovatelského procesu 14 min/12 hod.

Tabulka 3 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

ČASOVÉ NÁMĚRY SOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	28.2.	1.3.	2.3.	3.3.	4.3.		
Aplikace i. v. injekcí		2	2	5	4	3	1,3
Aplikace infuzí	2	3	7	4	2	4	1,9
Hodinová diuréza							
Měření centrálního žilního tlaku							
Odsávání z dýchacích cest							0
Převaz oper. rány			3	3	3	3	
Sledování vitálních fcí á 1 hod							
Odběr biologického materiálu - statim			4			4	0
TISS BODY		14					
Celkový průměr						4	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 3 znázorňuje časové náměry u klientů po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Tyto náměry jsou orientované na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období a souvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný aplikaci i. v. injekcí 3 min/12 hod, aplikaci infuzí 4 min/12 hod, převazu operační rány 3 min/12 hod, odběru biologického materiálu statim 4 min/12 hod.

Tabulka 4 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

ČASOVÉ NÁMĚRY NESOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	28.2.	1.3.	2.3.	3.3.	4.3.		
Osobní hygiena	10	5	6	12	10	9	2,7
Aplikace i. m. injekcí	1	1	2	1	2	2	0,5
Aplikace s. c. injekcí	1	3	2	6	1	3	1,9
Asistence - transfúze			29			29	0
Bandáže DK	3	2	2	2	1	2	0,6
Podávání léků per os	6	3	6	11	5	6	2,6
Polohování							
Zavedení PMK			7			7	0
Odběr biologického materiálu - rutina	3	3	2	4	2	3	0,7
Sledování diurézy	6	4	8	4	2	5	2
Měření TK + P	7	4	8	4	2	5	2,2
Edukace			8			8	0
Příjem			13			13	0
Překlad			10			10	0
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	13	16	30	12	7	16	7,8
Celkový průměr						8	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 4 znázorňuje náměry u klientů po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Tyto náměry jsou orientovány na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období, ale nesouvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný osobní hygieně 9 min/12 hod, aplikaci i. m. injekcí 2 min/12 hod, aplikaci s. c. injekcí 3 min/12 hod, asistenci při aplikaci transfúze 29 min/12 hod,

bandážím dolních končetin 2 min/12 hod, podávání léků pre os 6 min/12 hod, odběru biologického materiálu rutina 3 min/12 hod, sledování diurézy 5 min/12 hod, měření TK + P 5 min/12 hod, edukaci klienta 8 min/12 hod, příjmu klienta 13 min/12 hod, překlada pacienta 10 min/12 min, práci s dokumentací, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetrovatelského procesu 16 min/12 hod.

Tabulka 5 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

ČASOVÉ NÁMĚRY SOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	7.3.	8.3.	9.3.	10.3.	11.3.		
Aplikace i. v. injekcí		2	3	3	4	3	0,7
Aplikace infuzí	2	2	5	2	5	3	1,5
Hodinová diuréza							
Měření centrálního žilního tlaku							
Odsávání z dýchacích cest							
Převaz oper. rány	4	3	3	8	10	6	2,9
Sledování vitálních fcí á 1 hod			6			6	0
Odběr biologického materiálu - statim			2			2	0
TISS BODY			22	22	11		
Celkový průměr						4	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 5 znázorňuje časové náměry u klientů po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Tyto náměry jsou orientované na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období a souvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný aplikaci i. v. injekcí 3 min/12 hod, aplikaci infuzí 3 min/12 hod, převazu operační rány 6 min/12 hod, sledování vitálních funkcí á 1 hod 6 min/12 hod, odběru biologického materiálu statim 2 min/12 hod.

Tabulka 6 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

ČASOVÉ NÁMĚRY NESOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	7.3.	8.3.	9.3.	10.3.	11.3.		
Osobní hygiena	11	8	18	12	12	12	3,2
Aplikace i. m. injekcí	1	2	2	3	1	2	0,7
Aplikace s. c. injekcí	2	6	4	7	7	5	1,9
Asistence - transfúze			31	31	62	41	15
Bandáže DK	2	2	5	4	5	4	1,4
Podávání léků per os	7	6	6	5	4	6	1
Polohování							
Zavedení PMK							
Odběr biologického materiálu - rutina	2	3	3	3	2	3	0,5
Sledování diurézy	6	7	5	6	5	6	0,7
Měření TK + P	4	6	8	6	4	6	1,5
Edukace		12	5		4	7	3,6
Příjem							
Překlad		7	8		10	8	1,2
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	8	16	21	13	13	14	4,3
Celkový průměr						10	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 6 znázorňuje náměry u klientů po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Tyto náměry jsou orientovány na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období, ale nesouvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný osobní hygieně 12 min/12 hod, aplikaci i. m. injekcí 2 min/12 hod, aplikaci s. c. injekcí 5 min/12 hod, asistenci při aplikaci transfúze 41 min/12 hod,

bandážím dolních končetin 4 min/12 hod, podávání léků per os 6 min/12 hod, odběru biologického materiálu rutina 3 min/12 hod, sledování diurézy 6 min/12 hod, měření TK + P 7 min/12 hod, edukaci klienta 7 min/12 hod, překlada pacienta 8 min/12 min, práci s dokumentací, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetrovatelského procesu 14 min/12 hod.

Tabulka 7 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

ČASOVÉ NÁMĚRY SOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	14.3.	15.3.	16.3.	17.3.	18.3.		
Aplikace i. v. injekcí	3					3	0
Aplikace infuzí	3					3	0
Hodinová diuréza							
Měření centrálního žilního tlaku							
Odsávání z dýchacích cest							
Převaz oper. rány	7	8	7	8	5	7	1,1
Sledování vitálních fcí á 1 hod							
Odběr biologického materiálu - statim							
TISS BODY							
Celkový průměr						4	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 7 znázorňuje časové náměry u klientů po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Tyto náměry jsou orientované na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období a souvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný aplikaci i. v. injekcí 3 min/12 hod, aplikaci infuzí 4 min/12 hod, převazu operační rány 7 min/12 hod.

Tabulka 8 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

ČASOVÉ NÁMĚRY NESOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	14.3.	15.3.	16.3.	17.3.	18.3.		
Osobní hygiena	8	8	10	12	10	10	1,5
Aplikace i. m. injekcí	2	1	2	2	4	2	1
Aplikace s. c. injekcí	8	6	7	6	1	6	2,4
Asistence - transfúze							
Bandáže DK	4	3	4	4	2	4	0,8
Podávání léků per os	1	2	2	2	2	2	0,4
Polohování							
Zavedení PMK							
Odběr biologického materiálu - rutina	2	3	3	2	1	2	0,7
Sledování diurézy	6	6	6	4		6	0,9
Měření TK + P	6	6	6	4		6	0,9
Edukace				3	9	6	3
Příjem							
Překlad				7	17	12	5
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	10	11	10	19	32	17	8,5
Celkový průměr						7	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 8 znázorňuje náměry u klientů po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Tyto náměry jsou orientovány na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období, ale nesouvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný osobní hygieně 10 min/12 hod, aplikaci i. m. injekcí 2 min/12 hod, aplikaci s. c. injekcí 6 min/12 hod, bandážím dolních končetin 4 min/12 hod,

podávání léků pre os 2 min/12 hod, odběru biologického materiálu rutina 2 min/12 hod, sledování diurézy 6 min/12 hod, měření TK + P 6 min/12 hod, edukaci klienta 6 min/12 hod, překlada pacienta 12 min/12 min, práci s dokumentací, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetrovatelského procesu 17 min/12 hod.

Tabulka 9 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

ČASOVÉ NÁMĚRY SOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	21.3.	22.3.	23.3.	24.3.	25.3.		
Aplikace i. v. injekcí		2	2	2	2	2	0
Aplikace infuzí	3	1	1	1	1	2	0,8
Hodinová diuréza							
Měření centrálního žilního tlaku							
Odsávání z dýchacích cest							
Převaz oper. rány		4	3	4	3	4	0,5
Sledování vitálních fcí á 1 hod	4			3		4	0,5
Odběr biologického materiálu - statim	2		5	2		3	1,4
TISS BODY	11	11	11	11			
Celkový průměr						3	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 9 znázorňuje časové náměry u klientů po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Tyto náměry jsou orientované na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období a souvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný aplikaci i. v. injekcí 2 min/12 hod, aplikaci infuzí 2 min/12 hod, převazu operační rány 4 min/12 hod, sledování vitálních funkcí á 1 hod 4 min/12 hod, odběru biologického materiálu statim 5 min/12 hod.

Tabulka 10 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

ČASOVÉ NÁMĚRY NESOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	21.3.	22.3.	23.3.	24.3.	25.3.		
Osobní hygiena	2	4	3	4	3	3	0,7
Aplikace i. m. injekcí	2	1	1	2	2	2	0,5
Aplikace s. c. injekcí	1	1	2	1	1	1	0,4
Asistence - transfúze		60				60	0
Bandáže DK	1	1	1	2	1	1	0,4
Podávání léků per os		2	2	2	3	2	0,4
Polohování							
Zavedení PMK		8				8	0
Odběr biologického materiálu - rutina							
Sledování diurézy	2	2	3	1	2	2	0,6
Měření TK + P	1	2	3		2	2	0,7
Edukace			5	8		7	1,5
Příjem			9	12		11	1,5
Překlad							
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	8	9	21	19	7	13	5,9
Celkový průměr						9	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 10 znázorňuje náměry u klientů po operaci zlomeniny krčku kosti stehenní. Tyto náměry jsou orientovány na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období, ale nesouvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný osobní hygieně 3 min/12 hod, aplikaci i. m. injekcí 2 min/12 hod, aplikaci s. c. injekcí 1 min/12 hod, asistenci při aplikaci transfúze 60 min/12 hod,

bandážím dolních končetin 1 min/12 hod, podávání léků pre os 2 min/12 hod, zavedení permanentního močového katetru 8 min/12 hod, sledování diurézy 2 min/12 hod, měření TK + P 2 min/12 hod, edukaci klienta 7 min/12 hod, příjmu klienta 11 min/12 hod, práci s dokumentací, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetrovatelského procesu 13 min/12 hod.

4.2 Vyhodnocení časových náměrů k dg. Stp. TEP kyčle a TEP kolene

Tabulka 11 - Stp. TEP kyčle a TEP genu

ČASOVÉ NÁMĚRY SOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	21.2.	22.2.	23.2.	24.2.	25.2.		
Aplikace i. v. injekcí	2	4	4	11	7	6	3,1
Aplikace infuzí	3	6	4	9	4	5	2,1
Hodinová diuréza				2	3	3	0,5
Měření centrálního žilního tlaku							
Odsávání z dýchacích cest							
Převaz oper. rány		4	10	16	32	16	10
Sledování vitálních fcí á 1 hod	4	6	4	5		5	0,8
Odběr biologického materiálu - statim	2	2	2	2	3	2	0,4
TISS BODY	13	35	31	38	37		
Celkový průměr						9	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 11 znázorňuje časové náměry u klientů po operaci TEP kyčle a TEP kolene. Tyto náměry jsou orientované na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období a souvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný aplikaci i. v. injekcí 6 min/12 hod, aplikaci infuzí 5 min/12 hod, měření hodinové diurézy 3 min/12 hod, převazu operační rány 16 min/12 hod, sledování vitálních funkcí á 1 hod 5 min/12 hod, odběru biologického materiálu statim 2 min/12 hod.

Tabulka 12 - Stp. po TEP kyčle a TEP kolene

ČASOVÉ NÁMĚRY NESOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	21.2.	22.2.	23.2.	24.2.	25.2.		
Osobní hygiena		4	9	13	17	11	4,8
Aplikace i. m. injekcí	2	2	2	4	4	3	1
Aplikace s. c. injekcí	1	1	1	1		1	0
Asistence - transfúze							
Bandáže DK		1	2	4	7	4	2,3
Podávání léků per os			4	9	9	7	2,4
Polohování							
Zavedení PMK							
Odběr biologického materiálu - rutina				1		1	0
Sledování diurézy		4	8	10	11	8	2,7
Měření TK + P		4	8	14	13	10	4
Edukace	3	7	3	9	4	5	2,4
Příjem							
Překlad	8	17	9	16	17	14	4
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	12	31	23	38	42	29	11
Celkový průměr						8	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 12 znázorňuje náměry u klientů po operaci TEP kyčle a TEP kolene. Tyto náměry jsou orientovány na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období, ale nesouvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný osobní hygieně 11 min/12 hod, aplikaci i. m. injekcí 3 min/12 hod, aplikaci s. c. injekcí 1 min/12 hod, bandážím dolních končetin 4 min/12 hod,

podávání léků pre os 7 min/12 hod, odběru biologického materiálu rutina 1 min/12 hod, sledování diurézy 8 min/12 hod, měření TK + P 10 min/12 hod, edukaci klienta 5 min/12 hod, překlada pacienta 14 min/12 min, práci s dokumentací, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetrovatelského procesu 29 min/12 hod.

Tabulka 13 - Stp. TEP kyčle a TEP kolene

ČASOVÉ NÁMĚRY SOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	28.2.	1.3.	2.3.	3.3.	4.3.		
Aplikace i. v. injekcí	4	4	6	7	6	6	1,2
Aplikace infuzí	2	3	4	2	6	5	1,5
Hodinová diuréza							
Měření centrálního žilního tlaku							
Odsávání z dýchacích cest							
Převaz oper. rány	14	13	14	12	13	13	0,7
Sledování vitálních fcí á 1 hod	3	3		6	4	4	1,2
Odběr biologického materiálu - statim	3			5	2	3	1,2
TISS BODY	13	22	22	35	20		
Celkový průměr						6	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 13 znázorňuje časové náměry u klientů po operaci TEP kyčle a TEP kolene. Tyto náměry jsou orientované na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období a souvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný aplikaci i. v. injekcí 6 min/12 hod, aplikaci infuzí 5 min/12 hod, převazu operační rány 13 min/12 hod, sledování vitálních funkcí á 1 hod 4 min/12 hod, odběru biologického materiálu statim 3 min/12 hod.

Tabulka 14 - Stp. TEP kyčle a TEP kolene

ČASOVÉ NÁMĚRY NESOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	28.2.	1.3.	2.3.	3.3.	4.3.		
Osobní hygiena	9	12	14	17	13	13	2,6
Aplikace i. m. injekcí	4	3	2	3	4	3	0,7
Aplikace s. c. injekcí	1	1		1	1	1	0
Asistence - transfúze	36	29	30	29	31	31	2,6
Bandáže DK	5	5	5	6	6	6	0,5
Podávání léků per os	5	5	6	7	10	7	1,9
Polohování							
Zavedení PMK		8				8	0
Odběr biologického materiálu - rutina	2	2	2	1	3	2	0,6
Sledování diurézy	5	4	10	12	11	9	3,3
Měření TK + P	6	8	7	6	9	7	1,2
Edukace	3	9	12	7	8	8	2,9
Příjem							
Překlad	10	12	13	17	17	14	2,8
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	27	36	41	47	39	38	6,6
Celkový průměr						11	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 14 znázorňuje náměry u klientů po operaci TEP kyčle a TEP kolene. Tyto náměry jsou orientovány na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období, ale nesouvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný osobní hygieně 13 min/12 hod, aplikaci i. m. injekcí 3 min/12 hod, aplikaci s. c. injekcí 1 min/12 hod, asistenci při aplikaci transfúze 31 min/12 hod,

bandážím dolních končetin 6 min/12 hod, podávání léků pre os 7 min/12 hod, odběru biologického materiálu rutina 2 min/12 hod, sledování diurézy 9 min/12 hod, měření TK + P 7 min/12 hod, edukaci klienta 8 min/12 hod, překlada pacienta 14 min/12 min, práci s dokumentací, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetrovatelského procesu 38 min/12 hod.

Tabulka 15 - Stp. TEP kyčle a TEP kolene

ČASOVÉ NÁMĚRY SOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	7.3.	8.3.	9.3.	10.3.	11.3.		
Aplikace i. v. injekcí	3	4	4	6	6	5	1,2
Aplikace infuzí	3	5	4	6	7	5	1,4
Hodinová diuréza							
Měření centrálního žilního tlaku							
Odsávání z dýchacích cest							
Převaz oper. rány	10	8	9	11	11	10	1,2
Sledování vitálních fcí á 1 hod	3	5		6	3	4	1,3
Odběr biologického materiálu - statim	2	4		5	2	3	1,3
TISS BODY	11	32	22	23	34		
Celkový průměr						5	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 15 znázorňuje časové náměry u klientů po operaci TEP kyčle a TEP kolene. Tyto náměry jsou orientované na činnosti, které sestra specialistka vykonávala v pooperačním období a souvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný aplikaci i. v. injekcí 5 min/12 hod, aplikaci infuzí 5 min/12 hod, převazu operační rány 10 min/12 hod, sledování vitálních funkcí á 1 hod 4 min/12 hod odběru biologického materiálu statim 3 min/12 hod.

Tabulka 16 - Stp. TEP kyčle a TEP kolene

ČASOVÉ NÁMĚRY NESOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	7.3.	8.3.	9.3.	10.3.	11.3.		
Osobní hygiena	5	4	8	9	12	8	2,9
Aplikace i. m. injekcí	2	4	4	6	4	4	1,3
Aplikace s. c. injekcí	2					2	0
Asistence - transfúze		31	94	64		63	26
Bandáže DK	4	3	4	5	6	4	1
Podávání léků per os	5	4	7	6	8	6	1,4
Polohování							
Zavedení PMK							
Odběr biologického materiálu - rutina	1			2		2	0,5
Sledování diurézy	5	4	6	8	6	6	1,3
Měření TK + P	2	2	6	4	6	4	1,8
Edukace	10	8		5	6	6	1,9
Příjem							
Překlad	27	14		12	15	17	5,9
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	42	38	16	37	33	33	9,1
Celkový průměr						12	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 16 znázorňuje náměry u klientů po operaci TEP kyčle a TEP kolene. Tyto náměry jsou orientovány na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období, ale nesouvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný osobní hygieně 8 min/12 hod, aplikaci i. m. injekcí 4 min/12 hod, aplikaci s. c. injekcí 2 min/12 hod, asistenci při aplikaci transfúze 63 min/12 hod,

bandážím dolních končetin 4 min/12 hod, podávání léků pre os 6 min/12 hod, odběru biologického materiálu rutina 2 min/12 hod, sledování diurézy 6 min/12 hod, měření TK + P 4 min/12 hod, edukace klienta 6 min/12 hod, překlada pacienta 17 min/12 min, práci s dokumentací, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetrovatelského procesu 33 min/12 hod.

Tabulka 17 - Stp. TEP kyčle a TEP kolene

ČASOVÉ NÁMĚRY SOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	14.3.	15.3.	16.3.	17.3.	18.3.		
Aplikace i. v. injekcí	2	2	3	7	8	5	2,6
Aplikace infuzí		2	4	8	6	5	2,2
Hodinová diuréza							
Měření centrálního žilního tlaku							
Odsávání z dýchacích cest							
Převaz oper. rány	8	9	7	10	12	9	1,7
Sledování vitálních fcí á 1 hod		4	4	7	3	5	1,5
Odběr biologického materiálu - statim		2	2	3	2	2	0,4
TISS BODY		11	22	34	33		
Celkový průměr						5	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 17 znázorňuje časové náměry u klientů po operaci TEP kyčle a TEP kolene. Tyto náměry jsou orientované na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období a souvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný aplikaci i. v. injekcí 5 min/12 hod, aplikaci infuzí 5 min/12 hod, převazu operační rány 9 min/12 hod, sledování vitálních funkcí á 1 hod 5 min/12 hod, odběru biologického materiálu statim 2 min/12 hod.

Tabulka 18 - Stp. TEP kyčle a TEP kolene

ČASOVÉ NÁMĚRY NESOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	14.3.	15.3.	16.3.	17.3.	18.3.		
Osobní hygiena	6	8	7	6	12	8	2,2
Aplikace i. m. injekcí	2	2	4	4	5	4	1,2
Aplikace s. c. injekcí							
Asistence - transfúze							
Bandáže DK	4	4	4	3	5	4	0,6
Podávání léků per os	7	6	3	3	4	5	1,6
Polohování							
Zavedení PMK							
Odběr biologického materiálu - rutina							
Sledování diurézy	6	5	8	10	7	7	1,7
Měření TK + P	6	4	4	4	6	5	1
Edukace		8	10	9	10	9	0,8
Příjem							
Překlad		13	16	21	24	19	4,3
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	17	28	31	40	38	31	8,2
Celkový průměr						10	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 18 znázorňuje náměry u klientů po operaci TEP kyčle a TEP kolene. Tyto náměry jsou orientovány na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období, ale nesouvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný osobní hygieně 8 min/12 hod, aplikaci i. m. injekcí 4 min/12 hod, bandážím dolních končetin 4 min/12 hod, podávání léků pre os 5 min/12 hod,

sledování diurézy 7 min/12 hod, měření TK + P 5 min/12 hod, edukaci klienta 9 min/12 hod, překlada pacienta 109min/12 min, práci s dokumentací, zajištění žadanek, asistence při vizitě a dokumentace ošetrovatelského procesu 31 min/12 hod.

Tabulka 19 - Stp. TEP kyčle a TEP kolene

ČASOVÉ NÁMĚRY SOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	21.3.	22.3.	23.3.	24.3.	25.3.		
Aplikace i. v. injekcí	2	4	8	10	6	6	2,8
Aplikace infuzí	1	4	6	7	3	4	2,1
Hodinová diuréza							
Měření centrálního žilního tlaku							
Odsávání z dýchacích cest							
Převaz oper. rány	10	8	9	12	11	10	1,4
Sledování vitálních fcí á 1 hod	3	5	2	2	3	3	1,1
Odběr biologického materiálu - statim	2	4	2	2	2	3	0,8
TISS BODY	11	22	33	33	22		
Celkový průměr						5	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 19 znázorňuje časové náměry u klientů po operaci TEP kyčle a TEP kolene. Tyto náměry jsou orientované na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období a souvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný aplikaci i. v. injekcí 6 min/12 hod, aplikaci infuzí 4 min/12 hod, převazu operační rány 10 min/12 hod, sledování vitálních funkcí á 1 hod 3 min/12 hod, odběru biologického materiálu statim 3 min/12 hod.

Tabulka 20 - Stp. TEP kyčle a TEP kolene

ČASOVÉ NÁMĚRY NESOUVISEJÍCÍ S VÝKAZEM TISS BODŮ

NÁMĚRY ZA 12 HODIN ČINNOSTI	DATUM					Průměr	SD
	21.3.	22.3.	23.3.	24.3.	25.3.		
Osobní hygiena	8	9	10	10	9	9	0,7
Aplikace i. m. injekcí	2	2	1	1	2	2	0,5
Aplikace s. c. injekcí							
Asistence - transfúze			65	64	62	64	1,2
Bandáže DK	4	5	5	4	6	5	0,7
Podávání léků per os	3	4	5	5	4	4	0,7
Polohování							
Zavedení PMK							
Odběr biologického materiálu - rutina							
Sledování diurézy	2	4	6	6	8	5	2
Měření TK + P	2	4	6	6	8	5	2
Edukace	12	8	4	8	5	8	2,8
Příjem							
Překlad	28	16	10	12	9	15	6,9
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	42	39	33	41	32	38	4,1
Celkový průměr						16	

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 20 znázorňuje náměry u klientů po operaci TEP kyčle a TEP kolene. Tyto náměry jsou orientovány na činnosti, které sestra specialista vykonávala v pooperačním období, ale nesouvisí s výkazem TISS bodů. V tomto týdnu byl naměřen průměrný čas věnovaný osobní hygieně 9 min/12 hod, aplikaci i. m. injekcí 2 min/12 hod, asistenci při aplikaci transfúze 64 min/12 hod, bandážím dolních končetin 5 min/12 hod, podávání léků pre os 4 min/12 hod, sledování diurézy 5 min/12 hod, měření

TK + P 5 min/12 hod, edukaci klienta 8 min/12 hod, překlada pacienta 15 min/12 min, práci s dokumentací, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetrovatelského procesu 38 min/12 hod.

Tabulka 21 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

Celkový průměrný čas u jednotlivých výkonů souvisejících s výkazem TISS bodů

ČINNOSTI SOUVISEJÍCÍ S TISS body	Průměrný časový náměr za 5 dní					Průměr
	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden	5. týden	
Aplikace i. v. injekcí	2	3	3	3	2	3
Aplikace infuzí	3	4	3	3	2	3
Hodinová diuréza						
Měření centrálního žilního tlaku						
Odsávání z dýchacích cest						
Převaz oper. rány	7	3	6	7	4	6
Sledování vitálních fcí á 1 hod	4		6		4	5
Odběr biologického materiálu - statim	2	4	2		3	3

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 21 znázorňuje celkový průměrný čas za 5 dní ve sledovaném období pěti týdnů u klientů v pooperačním období. Celkový průměrný náměrový čas je orientován na činnosti, které sestra specialista vykonávala a jsou v souvislosti s vykazováním TISS bodů. Celkový průměrný čas za sledované období věnovaný aplikaci i. v. injekcí činil 3 min, aplikaci infuzí 3 min, převazu operační rány 6 min, sledování vitálních funkcí á 1 hod 5 min a odběru biologického materiálu statim 3 min.

Tabulka 22 - Stp. zlomenině krčku kosti stehenní

Celkový průměrný čas u jednotlivých výkonů nesouvisejících s výkazem
TISS bodů

ČINNOSTI NESOUVISEJÍCÍ S TISS body	Průměrný časový náměr za 5 dní					Průměr
	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden	5. týden	
Osobní hygiena	6	9	12	10	3	8
Aplikace i. m. injekcí	3	4	3	3	2	3
Aplikace s. c. injekcí	2	3	5	6	1	4
Asistence - transfúze	31	29	41		60	40
Bandáže DK	3	2	4	4	1	3
Podávání léků per os	3	6	6	2	2	4
Polohování	16					16
Zavedení PMK		7			8	8
Odběr biologického materiálu - rutina	2	3	3	2		3
Sledování diurézy	3	5	6	6	2	5
Měření TK + P	4	5	6	6	2	5
Edukace	4	8	7	6	7	7
Příjem		13			11	12
Překlad	9	10	8	12		10
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	14	16	14	17	13	15

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 22 znázorňuje celkový průměrný čas za 5 dní ve sledovaném období pěti týdnů u klientů v pooperačním období. Celkový průměrný náměrový čas je orientován na činnosti, které sestra specialista vykonávala a nesouvisí s vykazováním TISS bodů. Celkový průměrný čas za sledované období věnovaný osobní hygieně činil 8 min,

aplikaci intramuskulárních injekcí 3 min, aplikaci subkutánní injekci 4 min, asistenci při aplikaci transfúze 40 min, bandážím dolních končetin 3 min, podávání léků per os 4 min, polohování klientů 16 min, odběru biologického materiálu rutinně 3 min, měření diurézy 5 min, měření TK + P 5 min, edukaci klienta 7 min, příjmu pacienta 12 min, překlady klienta 10 min, čas věnovaný dokumentaci, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetřovatelského procesu činil 15 min.

Tabulka 23 - Stp. TEP kyčle a TEP kolene

Celkový průměrný čas u jednotlivých výkonů souvisejících s výkazem TISS bodů

ČINNOSTI SOUVISEJÍCÍ S TISS body	Průměrný časový náměr za 5 dní					Průměr
	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden	5. týden	
Aplikace i. v. injekcí	6	6	5	5	6	6
Aplikace infuzí	5	5	5	5	4	5
Hodinová diuréza	3					3
Měření centrálního žilního tlaku						
Odsávání z dýchacích cest						
Převaz oper. rány	16	13	10	9	10	12
Sledování vitálních fcí á 1 hod	5	4	4	5	3	4
Odběr biologického materiálu - statim	2	3	3	2	3	3

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 23 znázorňuje celkový průměrný čas za 5 dní ve sledovaném období pěti týdnů u klientů v pooperačním období. Celkový průměrný náměrový čas je orientován na činnosti, které sestra specialista vykonávala a jsou v souvislosti s vykazováním TISS bodů. Celkový průměrný čas za sledované období věnovaný aplikaci i. v. injekcí činil 6 min, aplikaci infuzí 5 min, měření hodinové diurézy 3 min, převazu operační rány 12 min, sledování vitálních funkcí á 1 hod 4 min a odběru biologického materiálu statim 3 min.

Tabulka 24 - Stp. TEP kyčle a TEP kolene

Celkový průměrný čas u jednotlivých výkonů nesouvisejících s výkazem TISS bodů

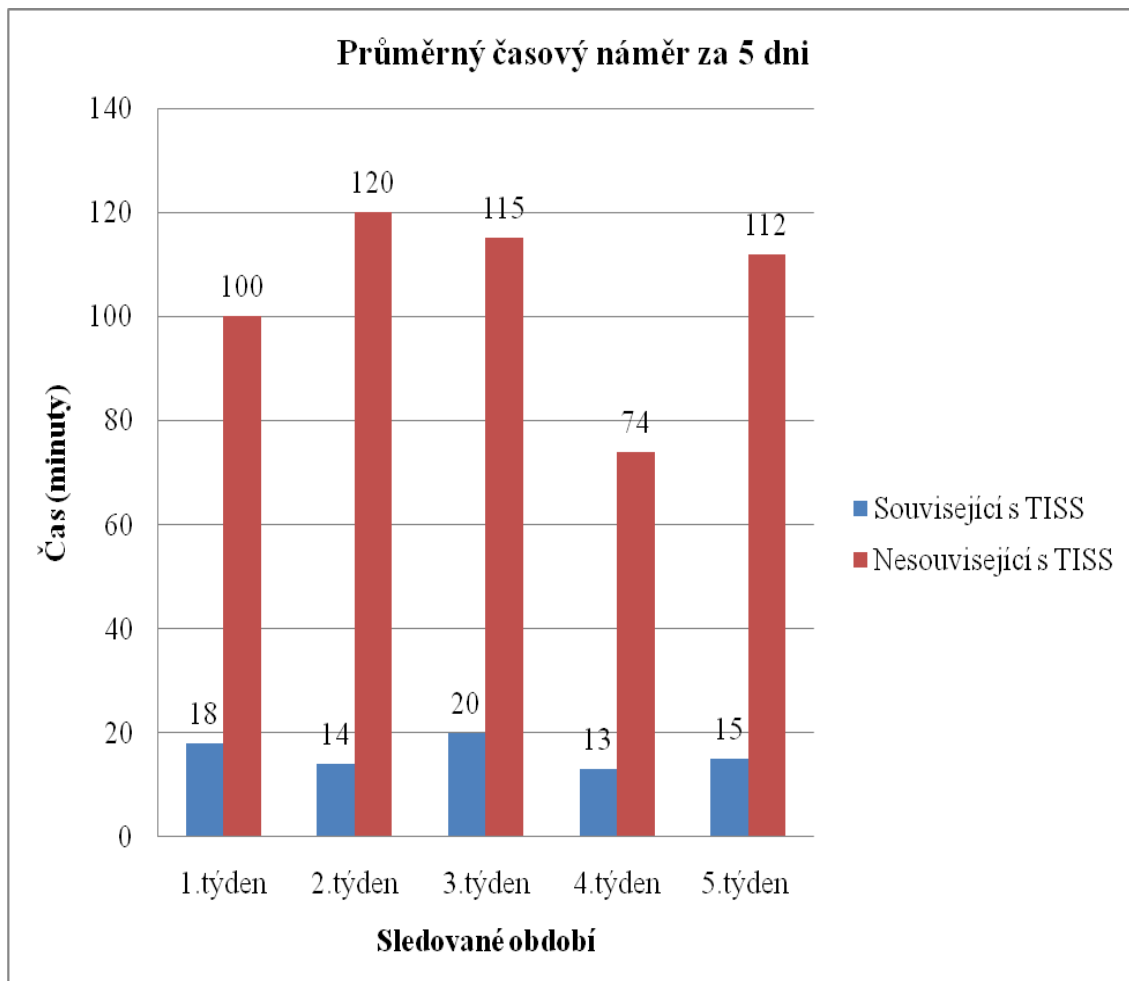
ČINNOSTI NESOUVISEJÍCÍ S TISS body	Průměrný časový náměr za 5 dní					Průměr
	1. týden	2. týden	3. týden	4. týden	5. týden	
Osobní hygiena	11	13	8	8	9	10
Aplikace i. m. injekcí	3	3	4	4	2	3
Aplikace s. c. injekcí	1	1	2			2
Asistence - transfúze		31	63		64	53
Bandáže DK	4	6	4	4	5	5
Podávání léků per os	7	7	6	5	4	6
Polohování						
Zavedení PMK						
Odběr biologického materiálu - rutina	1	2	2			2
Sledování diurézy	8	9	6	7	5	7
Měření TK + P	10	7	4	5	5	6
Edukace	5	8	6	9	8	7
Příjem						
Překlad	14	14	17	19	15	16
Dokumentace (vizita, žádanky, oš. proces)	29	38	33	31	38	34

průměrný čas zaokrouhlený na celé minuty

Tabulka 24 znázorňuje celkový průměrný čas za 5 dní ve sledovaném období pěti týdnů u klientů v pooperačním období. Celkový průměrný náměrový čas je orientován na činnosti, které sestra specialista vykonávala a nesouvisí s vykazováním TISS bodů. Celkový průměrný čas za sledované období věnovaný osobní hygieně činil 10 min,

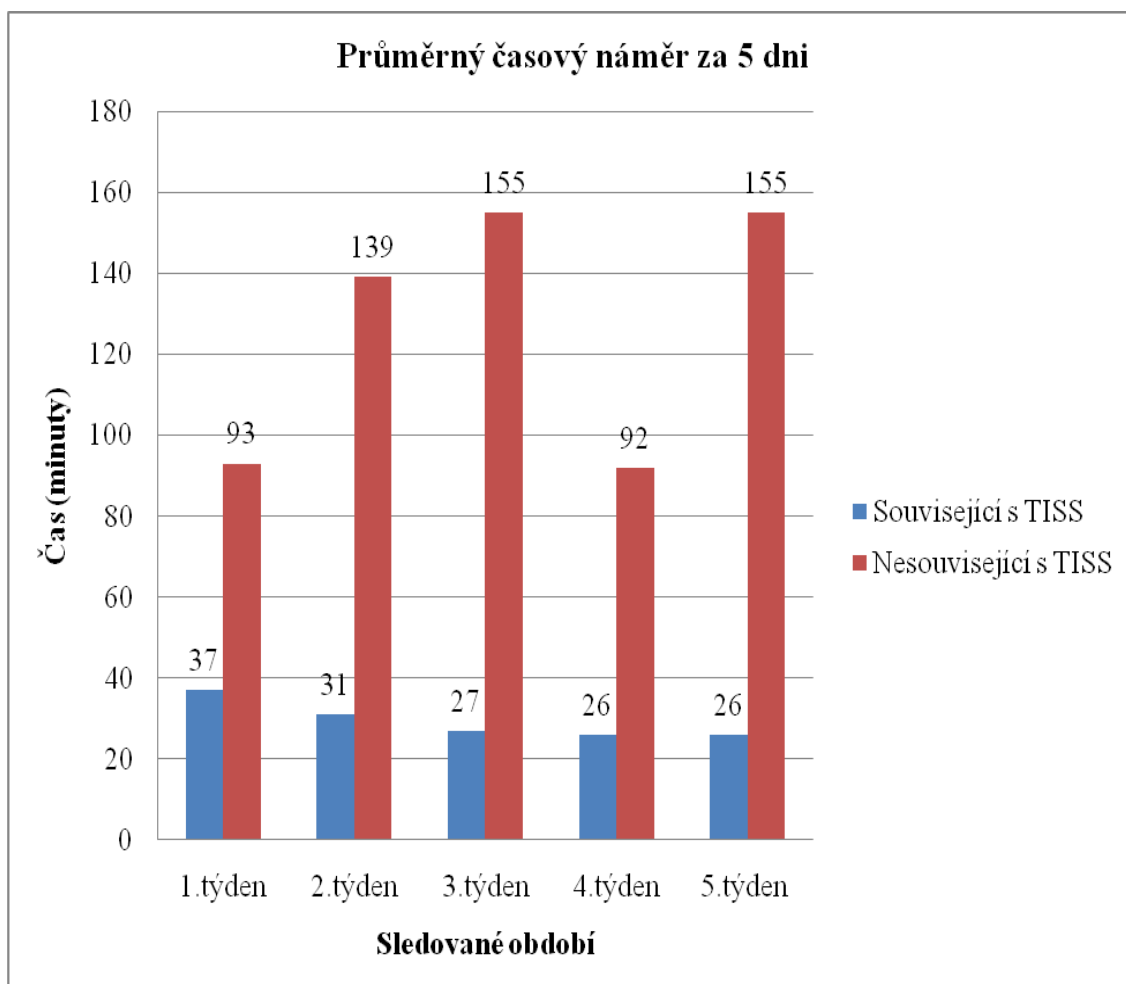
aplikaci intramuskulárních injekcí 3 min, aplikaci subkutánní injekci 2 min, asistenci při aplikaci transfúze 53 min, bandážím dolních končetin 5 min, podávání léků per os 6 min, odběru biologického materiálu rutinně 2 min, měření diurézy 7 min, měření TK + P 6 min, edukaci klienta 7 min, překladu klienta 16 min, čas věnovaný dokumentaci, zajištění žádanek, asistenci při vizitě a dokumentaci ošetrovatelského procesu činil 34 min.

Graf 1 – Celkový průměrný čas za 5 dní v období 5 týdnů k dg. Stp. zlomenině krčku kosti stehenní



Graf 1 znázorňuje průměrné časové náměry za 5 dní ve sledovaném období 5 týdnů, které souvisejí s TISS systémem a které s tímto systémem nesouvisejí. Průměrný časový náměr související s TISS body v 1. týdnu činil 18 min/5 dní, ve 2. týdnu 14 min/5 dní, ve 3. týdnu 20 min/5 dní, ve 4. týdnu 13 min/5 dní a v 5. týdnu 15 min/5 dní. Průměrný časový náměr nesouvisející s výkazem TISS bodů v 1. týdnu byl 100 min/5 dní, ve 2. týdnu 120 min/5 dní, ve 3. týdnu 115 min/5 dní, ve 4. týdnu 74 min/ 5 dní a v 5. týdnu 112 min/ 5 dní.

Graf 2 – Celkový průměrný čas za 5 dní v období 5 týdnů k dg. Stp. TEP kyčle a TEP kolene



Graf 2 znázorňuje průměrné časové náměry za 5 dní ve sledovaném období 5 týdnů, které souvisejí s TISS systémem a které s tímto systémem nesouvisejí. Průměrný časový náměr související s TISS body v 1. týdnu činil 37 min/5 dní, ve 2. týdnu 31 min/5 dní, ve 3. týdnu 27 min/5 dní, ve 4. týdnu 26 min/5 dní a v 5. týdnu 26 min/5 dní. Průměrný časový náměr nesouvisející s výkazem TISS bodů v 1. týdnu byl 93 min/5 dní, ve 2. týdnu 139 min/5 dní, ve 3. týdnu 155 min/5 dní, ve 4. týdnu 92 min/ 5 dní a v 5. týdnu 155 min/ 5 dní.

5. Diskuze

Podkladem pro tuto práci byla metoda kvantifikace ošetrovatelské péče od autorů Pochylých z roku 1999. Od té doby došlo v České republice k rapidním změnám ve zdravotnictví. Zásadní změnu zaznamenala ošetrovatelská péče, co se týče legislativy zdravotnického nelékařského povolání. Další změnou jsou stále nové a nové přístrojové techniky a očekává se další jejich rozvoj v budoucnu. Nedílnou součástí této změny je vzdělání ošetrovatelského personálu, které je v dnešní době na vysoké úrovni a jistě se bude v budoucnu nadále zvyšovat. Práce sestry specialistky patří mezi velice náročné povolání, co se týká odpovědnosti, náročnosti a psychické zátěže. Se stárnoucí populací a zvyšující se délkou lidského života stoupá počet hospitalizovaných pacientů, kteří potřebují kvalitní a speciální ošetrovatelskou péči. Ta je náročná jak po stránce finanční tak i personální.

Cílem práce bylo stanovit průměrnou časovou náročnost pro výkony základní ošetrovatelské péče a pro výkony speciální ošetrovatelské péče. Do speciální péče byly zařazeny výkony, které souvisejí s metodou TISS (Therapeutic Intervention Scoring System). Sledováno bylo celkem pacientů, kteří byli dále rozděleni na pacienty po zlomenině krčku kosti stehenní a na pacienty po TEP kyčle a TEP kolene. Časové náměry byly prováděny po dobu pěti týdnů a zaznamenávány do záznamových listů (Příloha 1).

Základním kamenem pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu je sledování časové náročnosti poskytované ošetrovatelské péče. V České republice zdravotní pojišťovny dle principu TISS systému stanovily minimální počty zdravotnických pracovníků na JIP a ARO. Principem systému je přiřazování bodů jednotlivým pacientům dle složitosti a časové náročnosti diagnostických, terapeutických a monitorovacích výkonů. Počet bodů je v rozmezí od jedné do čtyř. Autoři Pochylých ve své Metodě kvantifikace ošetrovatelské péče píšou, že na základě analýzy bylo zjištěno, že tato metoda bere v úvahu činnosti sestry specialistky pouze jako vykonavatelky ordinací lékaře a sestra je brána jako vykonavatelka pasivní ošetrovatelské péče. Nevýhodou TISS metody je, že nezahrnuje činnosti intenzivního

ošetřovatelství a nebere v úvahu novou roli sestry v moderním ošetřovatelství. Předpokládá se, že kvalifikovaná sestra zvládne 40 – 50 bodů za 24 hodin. Výsledkem analýzy je, že metoda TISS nepřihlíží k základní ošetřovatelské péči, která je zvláště u klientů hospitalizovaných na JIP velmi náročná a důležitá. Není zde též zohledněna oblast psychiky, spolupráce a komunikace s klientem tak i e jeho rodinou. Práce sestry na jednotkách intenzivní péče je náročná jak po fyzické stránce, tak i stránce psychické. Jsou vystaveny zátěžovým situacím, které mohou dojít až k vyčerpání organismu.

Časové náměry byly prováděny u dvou nejčastějších diagnóz hospitalizovaných na tomto oddělení. Jednou z nich je stp. zlomenině krčku kosti stehenní a druhou stp. TEP kyčle a TEP kolene. Mezi výkony speciální ošetřovatelské péče byly zařazeny příprava a aplikace intravenózní injekce, příprava a aplikace infuzní terapie, měření hodinové diurézy, měření centrálního žilního tlaku, převaz operační rány, odsávání z dýchacích cest, odběry biologického materiálu statim, měření vitálních funkcí á 1 hodina. Mezi výkony základní ošetřovatelské péče byly zařazeny aplikace intramuskulárních a subkutánních injekcí, osobní hygiena, asistence při aplikace transfúze, bandážování dolních končetin, příprava a podávání léků per os, polohování klienta, zavedení permanentního močového katetru, odběr biologického materiálu rutinně, měření diurézy v naordinovaných intervalech se zápisem do zdravotnické dokumentace, měření TK+P dle naordinovaných intervalů též se zápisem do dokumentace, edukce klienta, příjem klienta na JIP (pouze u zlomenin krčku kosti stehenní), překlád klienta z operačního sálu nebo na jiné oddělení a práce s dokumentací. U všech těchto výkonů byly prováděny časové náměry, které byly zaznamenávány do záznamových listů (Příloha 1).

Celková průměrná časová náročnost pro výkon aplikace intravenózních injekcí je 3 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 21) a 6 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 23). Nejčastější i. v. aplikací byla antibiotika. Celkový průměrný čas je ovlivněn přípravou aplikovaného léčiva z originálního balení, rozpuštěním daného léku a jeho aplikací se zachováním aseptického postupu. Průměrná doba podávání činila cca 48 hodin u jednoho klienta po

operaci krčku kosti stehenní. U klientů po TEP totálních endoprotéze je doba podávání cca 72 hod a odvíjí se od toho, kdy byl extrahován Redon drén.

Dalším měřeným výkonem byla aplikace infuzní terapie, jejíž celková průměrná časová náročnost pro výkon je 3 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 21) a 5 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 23). Celkový čas je ovlivněn druhem infuzního roztoku, dále pak rychlostí podávání roztoku, případně druhem a množstvím přidávaných léků (např. krystalický inzulin, KCl 7,45%).

Měření hodinové diurézy, jejíž celková průměrná časová náročnost je 3 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 23) se provádí dle ordinace lékaře, a proto tento výkon, vzhledem k tomu, že nebyl ve sledovaném období prováděn u klientů po operaci krčku kosti stehenní, není uveden.

Celková průměrná časová náročnost pro výkon převaz operační rány je 6 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 21) a 12 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 23). Celkový čas je ovlivněn zejména tím, zda šlo pouze o převaz rány s výměnou sterilního krytí, nebo měl klient zaveden Redon drén a ten byl v rámci převazu extrahován a konec odeslán na mikrobiologické vyšetření. Samozřejmostí je provádění převazů za dodržování aseptických podmínek. Provedení převazu zaznamenáváme do ošetřovatelské dokumentace.

Sledování a monitorování vitálních funkcí á 1 hod - jak je uvedeno v Kapounové, monitorováním rozumíme opakované nebo trvalé sledování vitálních funkcí klienta (5). V tomto případě byl použit kombinovaný monitoring, který zahrnuje jak monitor u lůžka nemocného, tak i centrální monitor. Naměřené výsledky byly zaznamenávány do dokumentace klienta. Nejčastěji je tento výkon prováděn u klientů v prvních 24 hodinách po operaci. Celková průměrná časová náročnost pro výkon je 5 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 21) a 4 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 23).

Celková průměrná časová náročnost pro výkon odběr biologického materiálu statim byla vypočítána na 3 min/ 5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní

(Tabulka 21) a 3 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 23). Odběr je sestra povinna provádět dle standardu daného zdravotnického zařízení. Statim odběr byl prováděn cca 2 hodiny po přivezení klienta z operačního sálu. Nejčastějším odběrem byl krevní obraz.

Výše uvedené výkony jsou ty, které souvisí s výkazem TISS bodů, a jedná se o výkony speciální ošetrovatelské péče. Tyto výkony jsou propláceny zdravotními pojišťovnami dle příslušného počtu bodů za ošetrovací den.

Proto, aby klientovi byla poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče, je nutné také zajistit základní ošetrovatelskou péči, která není bodově ohodnocena dle TISS systému. Tato péče je náročná jak po časové stránce, tak i po stránce fyzické. Zpravidla je dokonce z obou hledisek náročnější než ošetrovatelská péče speciální.

Celková průměrná časová náročnost pro výkon osobní hygieny je 8 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 10 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). Jak uvádí Kelnarová a kolektiv, ležící nemocný je odkázán na pomoc nebo úplnou pomoc druhých (6). Péče o čistotu těla patří mezi základní lidskou potřebu kulturního člověka. Do hygienické péče zahrnujeme péči o osobní hygienu a ložní prádlo, péči o dutinu ústní a chrup, ranní a večerní toaletu, celkovou koupel s mytím vlasů, ošetření znečištěného klienta, prevenci a ošetření proleženin a opruzenin. Kapounová uvádí, že u nemocného člověka by sestra měla určit stupeň závislosti a dle toho převzít jen tu část osobní hygieny, kterou není schopen vykonávat sám (5). Při pomoci by měla sestra vždy podporovat klientovu nezávislost v maximální možné míře. Stupeň závislosti posuzujeme dle Barthelova testu základních všedních činností, který by měl být součástí ošetrovatelské dokumentace každého zdravotnického zařízení.

Pro výkon aplikace intramuskulárních injekcí byla vypočtena celková průměrná časová náročnost 3 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 3 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). Nejčastější aplikací byla analgetika. Průměrný čas je dán počtem aplikovaných injekcí dle intenzity akutní

bolesti v pooperačním období. Každý klient snáší bolest jinak. V Trachtové je uvedeno, že bolest ovlivňuje několik faktorů např. věk, nemoc, osobnost člověka, výchova, etnografické vlivy, chlad nebo teplo (23). Ke zjištění intenzity byla v rámci výzkumu používána analogová škála obličejů s mimikou.

Aplikace subkutánních injekcí – zde se jednalo o aplikaci nízkomolekulárního heparinu jako prevenci tromboembolické nemoci (TEN) a aplikaci insulinu. Celková průměrná časová náročnost pro tento výkon byla 4 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 2 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). Výsledný průměrný čas je dán počtem aplikovaných injekcí. V dnešní době jsou již nízkomolekulární hepariny dodávány rovnou s daným množstvím v předpřipravených injekčních stříkačkách, takže se již nemusí jako dříve složitě počítat jednotky a mililitry a aplikace je zpravidla prováděna 1x denně. Insuliny byly aplikovány nejčastěji z insulinových per, které si klient přinesl z domova. Celkový čas u klientů po totální endoprotéze je dán tím, že jako prevenci TEN je podáváno Xarelto tbl. Ve sledovaném období byl pouze u jednoho klienta aplikován 1x denně Fraxiparin s. c.

Celková průměrná časová náročnost pro výkon asistence u aplikace transfúze je 40 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 53 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). Celkový průměrný čas je dán počtem transfuzí za směnu. Kapounová uvádí - součástí aplikace transfúze je písemný souhlas klienta s podáváním transfuzí, který je podepisován při příjmu na oddělení. Před každým podáním transfuzní jednotky sestra změří klientovi TK+P, TT a pošle moč na chemické vyšetření, zdali není přítomna bílkovina. Výsledky zapíše do razítka ve zdravotnické dokumentaci. To samé sestra provede po dokapání transfúze. Dále před podáním transfúze je potřeba dle Kapounové opětovná identifikace klienta, jeho krevní skupiny, čísla krevní konzervy, krevní skupiny a data expirace krevní konzervy. Tuto kontrolu provádí sestra, která transfuzní přípravek připravuje k podání, další kontrola je provedena ještě lékařem i sestrou (kontrola čtyř očí) těsně před provedením předtransfuzního vyšetření pomocí diagnostických sér anti-A a anti-B. Výsledek testu musí prokázat shodu krevních skupin dárce a příjemce. Každé podání krevní konzervy

s sebou přináší provedení biologického pokusu, který spočívá v rychlém podání 20ml = 300 kapek transfúze, kterou poté zpomalíme na 3 min. Toto se 2x zopakuje. Po provedení biologického pokusu se rychlost transfúze nastaví tak, aby transfúzní jednotka vykapala za cca 45 – 60 minut. Po dokapání je vak spolu s transfúzním setem uložen do určeného boxu v lednici po dobu 24 hodin z důvodů potransfúzních reakcí. Vak musí být řádně označen jménem klienta, datem podání a časem ukončení transfúze (5).

Při provádění dalšího výkonu, jímž je bandážování dolních končetin je především kladen důraz na správné provedení bandáže, kdy se začíná přiložením obinadla od prstů, nejvíce je obinadlo utaženo kolem kotníku a pokračuje ke kolenu klienta. Celková průměrná časová náročnost pro tento výkon je 3 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 5 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24).

Pro podávání léků per os je celková průměrná časová náročnost výkonu 4 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 6 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). Průměrný čas je dán frekvencí a množstvím chronické medikace. Léky podáváme zpravidla 3x denně 7 – 13 – 18 hodin. Vzhledem k tomu, že zlomenina krčku kosti stehenní je nejčastějším úrazem u lidí ve stáří, většina klientů bere chronickou medikaci. Někdo pár léků, ale někdo také až 10 tabletek denně, což má vliv na přípravu léků a jejich podání. Někdo je schopen spolknout všechny léky najednou, někdo postupně. Léky jsou podávány z originálního balení a připraveny přímo na pokoji před klientem.

Průměrná časová náročnost pro výkon polohování klienta je 16 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22). Polohování je prevencí imobilizačního syndromu. Kapounová uvádí, že potřeba základní ošetrovatelské péče nabývá na významu, když je onemocnění spojeno s omezením pohybu klienta (5). Toto omezení u klientů po zlomenině krčku kosti stehenní pochopitelně nastává. Polohování je důležité jako prevence dekubitů. Při příjmu klienta je potřeba zhodnotit riziko vzniku dekubitů, které by mělo být součástí ošetrovatelské dokumentace. Nejčastěji užívanou

škálou je hodnocení podle Nortonové. Kapounová uvádí i hodnocení podle Brandena nebo hodnocení podle Waterlowa. Dle Brandena se hodnotí 6 položek: senzitivní vnímání, vlhkost pokožky, aktivita, mobilita, výživa a tření a střížná síla. Podle závažnosti se připisují body od 1 do 4. Hodnocení dle Waterlowa je v rozsahu 0 – 7 bodů a obsahuje 11 položek, jako jsou pohlaví, věk, stavba těla, pohyblivost, kontinence, výživa, kůže, velké operační výkony, speciální riziko, medikace a neurologická onemocnění (5). Polohování je náročné zejména po stránce fyzické, z důvodu nedostatku nižšího zdravotnického personálu většinou polohování provádějí dvě sestry, což je pro ně velice namáhavé, zejména pokud se jedná o imobilního a obézního klienta.

U 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní byla pro výkon zavedení permanentního močového katetru naměřena a vypočtena celková průměrná časová náročnost 8 min/5 dní (Tabulka 22). U žen provádí katetrizaci močového měchýře sestra. Dle § 55 vyhlášky č. 55/2011 může sestra pro intenzivní péči na základě indikace lékaře bez odborného dohledu provádět katetrizaci močového měchýře u mužů. Na oddělení, kde byl prováděn výzkum, sestra specialista zavádí močový katetr pouze u žen, u mužů lékař.

Pro odběr biologického materiálu rutina je celková průměrná časová náročnost 3 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 2 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). Způsob odběru je určen metodikou a technickým vybavením laboratoří, ve kterých se provádí rozbor materiálu. Povinností sestry je dodržení nařízení příslušné laboratoře při odběru materiálu. Do tohoto výkonu bylo zařazeno i měření glykémie glukometrem.

U sledování diurézy v časových intervalech dle ordinace lékaře činila celková průměrná časová náročnost pro výkon 5 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 7 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). U každého klienta hospitalizovaného na JIP je nutno sledovat příjem a výdej tekutin. Celkový čas potřebný pro výkon je ovlivněn mimo jiné i časovými intervaly mezi sledováním a s tím souvisejícím celkovým množstvím diurézy.

Celková průměrná časová náročnost pro měření TK+P v naordinovaných časových intervalech je 5 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 6 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). Ve směrnici ředitele č. 25 Nemocnice Písek a.s. je uvedeno, že na lůžkách JIP provádí sestra specialista monitorování TK+P v rozsahu určeném lékařem. Frekvence monitorování je každých 6 hodin, není-li uvedeno jinak (7). Celkový čas je ovlivněn tím, že první pooperační den se TK+P sleduje v častějších intervalech dle ordinace lékaře.

Při edukaci klienta byla naměřena a vypočtena průměrná časová náročnost 7 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 7 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). Tento časový údaj je ovlivněn zejména celkovým zdravotním stavem klienta, hlavně u seniorů dochází při změně prostředí k akutní zmatenosti. Nejčastější edukací byl pooperační režim, poloha operované končetiny, aplikace antibiotik, dále pak prevence dekubitů a TEN.

Při příjmu klienta na jednotku intenzivní péče, kde probíhalo měření, byla celková průměrná časová náročnost pro výkon 12 minut/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22). Výkon v sobě zahrnuje od počátku přivezení klienta na JIP, provedení celkové koupele s mytím vlasů, oholení operačního pole a uložení klienta na lůžko.

Na překlád klienta z operačního sálu nebo na jiné oddělení v rámci zdravotnického zařízení bylo v průměru potřeba 10 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 16 min/5 dní u 29 klientů po TEP kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). Tento výkon začíná přijetím informace z operačního sálu, pokračuje cestou sestry pro klienta, jeho převzetím od anesteziologické sestry a převozem zpět na JIP. Překlad na jiné oddělení sestává z fyzického přeložení klienta na jiné lůžko a jeho odvozu na příslušné oddělení. Toto probíhá zpravidla za asistence sanitáře. Časový údaj může být ovlivněn mírou mobility klienta.

Časová náročnost pro výkon práce s dokumentací je průměrně 15 min/5 dní u 8 klientů po operaci krčku kosti stehenní (Tabulka 22) a 34 min/5 dní u 29 klientů po TEP

kyčle a TEP kolene (Tabulka 24). Náročnost administrativních úkonů se odvíjí zejména od aktuálního zdravotního stavu klienta, množství naordinovaných vyšetření a dalších faktorů, které musí být zaznamenány. Dokumentace se vede jak v písemné, tak i v elektronické podobě a jedním z účelů kvalitně zpracované dokumentace je ochrana zdravotnického personálu před případnými právními důsledky jejich konání. Podle mých osobních zkušeností stráví sestra specialista nejvíce času dokumentací ošetrovatelského procesu.

Graf 1 a graf 2 znázorňuje průměrný časový náměr souhrnu speciální a základní ošetrovatelské péče u sledovaných diagnóz a ve sledovaném období. Při prvním pohledu na graf je patrné, že nejvíce času sestře zabere právě základní ošetrovatelská péče. Tato péče bohužel zahrnuje výkony, které vychází z ordinací lékaře, např. aplikace intramuskulárních injekcí, podávání léků per os, ale které nejsou zahrnuty do TISS systému. Jak je patrné z tabulek 22 a 24 velkou časovou náročností je práce s dokumentací klienta jako např. žádanky, zajištění konsilia, vedení ošetrovatelského procesu. V sousední Spolkové republice Německo jsou do TISS systému zahrnuty některé činnosti intenzivního ošetrovatelství, které v naší republice spadají do „ostatní ošetrovatelské péče“. (Příloha 6).

6. Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit průměrnou časovou náročnost základní a speciální ošetrovatelské péče na JIP. Tento cíl byl splněn. Jak je patrné z výsledků, základní ošetrovatelská péče je po stránce časové náročnější než péče speciální. Tyto výsledky se vztahují ke konkrétnímu oddělení a do budoucna by bylo na místě provést výzkum ve větším rozsahu a tedy s větší vypovídací hodnotou výsledků. Nicméně z výsledků této práce vyplývá podstatná nevýhoda v tom, že zdravotní pojišťovny používají pro výpočet úhrad ošetrovatelské péče TISS systém, který nezahrnuje úkony základní ošetrovatelské péče. Přitom právě tato péče je časově náročnější a vyžaduje rovněž mnoho fyzických i psychických sil. Ta však přesto není do tohoto systému zahrnuta, a tím ani hrazena, na rozdíl např. od sousední Spolkové republiky Německo (Příloha 6). Podle mého názoru, některé výkony ze základní péče by měly být zařazeny do systému TISS, protože výrazně zatěžují sestru specialistku jak po stránce časové, tak i psychické a fyzické. Navíc je nezbytné tuto péči provádět v dostatečné kvantitě i kvalitě, neboť na ní závisí z velké části zdravotní stav klientů a tedy úspěch celého léčebného procesu, přesto z hlediska systému TISS tato péče „neexistuje“.

Závěrem tedy mohu jen doporučit, aby byl někdy v budoucnu obdobný výzkum proveden na větším počtu oddělení a klientů, a na základě jeho výsledků bylo navrženo a provedeno přepracování způsobu vykazování ošetrovatelské péče pro zdravotní pojišťovny.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMCZYK, R. *Vzdělávání sester v 21. století*. Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha 6/2010. ISSN 1210-0404.
2. DRÁBKOVÁ, J. *Rozhraní kompetence lékař/sestra v intenzivní medicíně*. Florence 4/2008. Praha, s. 164-167. ISSN 1801-464X.
3. GUČKOVÁ, M. *Fyzická zátěž sester*. Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha 6/2007. ISSN 1210-0404.
4. JIRÁNEK, P. *Sborník přednášek a abstrakt II. anesteziologické dny Vysočiny*. 1. vydání: Medical systems management Příbram, 2002. ISBN 80-902583-5-2.
5. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, dotisk 2010. 352+16s. ISBN 978-80-247-1830-9.
6. KELNAROVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, 240+4s. ISBN 978-80-247-2830-8.
7. KŮRKOVÁ, V., SOMROVÁ, J. *Vedení zdravotnické dokumentace*. Směrnice ředitele Nemocnice Písek a.s.: Písek 2010, verze 04, č. 25, 21s. ISSN neuvedeno.
8. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vydání Praha: Karolinum, 2003, 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
9. *Nářízení vlády ČR č. 31/2010 Sb.* Dostupné z WWW:
<http://nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=b1f575f4-01a1-4b07-bd5c-41618d0537f4&groupId=11063>
10. NĚMCOVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, P., ERTLOVÁ, F., SELINGEROVÁ, R. *Specializační vzdělávání. Specializace ARIP a perioperační péče*. Florence 7-8/2006. Praha, s. 15-17. ISSN 1801-464X.

11. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství. Koncepce českého ošetřovatelství. 2.* přepracované vydání, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
12. POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení optimálního počtu ošetřovatelského personálu*, 1. vydání, Brno: IDV ZP, 1999, 48 s. ISBN 80-7013-290-6.
13. POCHYLÁ, K. *Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR registrační číslo 3192-3 „Stanovení metody pro určení optimalizace pracovního času sester lůžkových oddělení vybraných klinických oborů“.* Brno: IDVPZ, 1997. 124 s.
14. PŘIKRYLOVÁ, L.: *Registrace nelékařských zdravotnických pracovníků po 1. dubnu 2006.* Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha 2/2006. ISSN 1210-0404.
15. *Sborník abstrakt XII. kongres ČSARIM*, 1. vydání, Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-353-2.
16. SNOPKOVÁ, I. *Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření.* Sestra, odborný časopis pro zdravotní sestry. Praha 7-8/2007. ISSN 1210-0404.
17. SÝKOROVÁ, V. *Nejlepším monitorem na chirurgické JIP je sestra.* Diagnóza v ošetřovatelství. Praha 2/2010. s. 6-7. ISSN 1801-1349.
18. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetřovatelství.* 1. vydání Praha: Karolinum 2002. 275 s. ISBN 80-246-0477-9.
19. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J., et al. *Intenzivní medicína.* 2. vydání Praha: Galén 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
20. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management.* 1. vydání, Praha: Advent-Orion 2003. ISBN 80-7172-841-1.

21. ŠTIKAR, J. a kol., *Psychologie práce ve světě*. 1. vydání, Praha: Karolinum 2003. 462 s. ISBN 80-246-0448-5.
22. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1.
23. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
24. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 472/2009 Sb.* Dostupné z WWW: <<http://sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb09472&cd=76&typ=r>>
25. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 55/2011 Sb.* Dostupné z WWW: <<http://sbirka.cz/POSL4TYD/NOVE/11-055.htm>>
26. ZACHAROVÁ E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
27. *Zákon č. 105/2011 Sb.* Dostupné z WWW: <http://nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=04dba689-b394-40ad-bfd8-4c70a3be5b2e&groupId=11063>
28. *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí*. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. NCONZO Brno 2006. 208 s. ISBN 80-7013-449-6.

8. Klíčová slova

Jednotka intenzivní péče (JIP)

Kvantifikace ošetrovatelské péče

Speciální ošetrovatelská péče

Základní ošetrovatelská péče

9. Přílohy

Příloha 1 Záznamový list

Příloha 2 TISS body – seznam výkonů s komentářem

Příloha 3 Minimální personální vybavení OD intenzivní péče nižšího stupně

Příloha 4 Minimální technické vybavení OD resuscitační a intenzivní péče o dospělé -
OD intenzivní péče nižší stupeň o pacienta s TISS 15-19 body

Příloha 5 Minimální technické vybavení OD resuscitační a intenzivní péče o dospělé -
OD intenzivní péče nižší stupeň o pacienta s TISS 9-14 body

Příloha 6 Činnosti intenzivního ošetřovatelství zahrnuté do TISS v Německu

Příloha 1

ZÁZNAMOVÝ LIST

Datum:

Speciální ošetrovatelské a diagnosticko-terapeutické výkony (zahrnuje přípravu, vlastní provedení až po dokončení výkonu, včetně asistence lékaři)

6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
------	------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Související s TISS

Aplikace i. v. injekcí												
Měření CŽT												
Odběr biol. materiálu statim												
Odsávání z DC												
Převaz oper. rány												
Aplikace infuzí												
Měření hodinové diurézy												
Sledování vitálních fci á 1 hod												

Nesouvisející s TISS

Aplikace i. m. injekcí												
Aplikace s. c. injekcí												
Asistence- transfúze												
Bandáže DK												
Edukace												
Osobní hygiena												
Podávání léků per os												
Polohování												
Příjem												
Překlad												
Sledování diurézy												
Měření TK+P												
Zavedení PMK												
Dokumentace												
Odběr biol. materiálu rutina												

Zdroj: vlastní

Příloha 2

TISS body - seznam výkonů s komentářem

Skupina 4 body

1. srdeční zástava a/nebo urgentní defibrilace během posledních 48 hodin – lze vykázat ve dvou po sobě jdoucích dnech
2. řízená ventilace (ventilace je plně zajišťována přístrojem)
3. aplikace pronační polohy u řízené ventilace (možno kombinovat s výše uvedeným kódem)
4. balónková tamponáda varixů nebo masivní krvácení do gastrointestinálního traktu s četnými stolicemi. Krvácení je doložené výsledkem urgentního endoskopického vyšetření GIT a záznamem klinického stavu s prokázanými známkami hypovolemického šoku ve zdravotnické dokumentaci, výsledkem KO a odůvodněnou spotřebou aplikovaných krevních derivátů.
5. transport nemocného s podporou životní funkce mimo ošetrovací jednotku. Platí jen pro situace, kdy je pacient již přijat na lůžko JIP nebo ARO – neplatí tedy pro situace transportu nemocného z jiného pracoviště ZZ, např. ze sálu, apod., k přijetí na ošetrovací jednotku, resp. na lůžko JIP nebo ARO.
6. podání krve a krevních derivátů nebo náhradních roztoků přetlakem (nejméně 4 transfuzní jednotky/30 minut)
7. Swan-Ganzův katetr
8. použití eliminační techniky, včetně peritoneální dialýzy 1x denně. Platí pro všechny druhy eliminačních technik (např. plasmaferesy, amunoabsorbce atd.). Tuto položku je nutno vykázat i při použití kódu 78813 (CVVH).
9. kardiostimulace, včetně chronického kardiostimulátoru, je-li aktivní

10. indukovaná hypotermie – pod 33 st. C
11. ošetřování pacienta s morbidní obezitou (hmotnost 40% a více náležité tělesné hmotnosti)
12. monitorování nitrolebního tlaku
13. transfuze krevních destiček
14. intraaortální balónková kontrapulsace
15. neodkladné operační výkony v předchozích 24 hod. – rozumí se náhlé příhody všech etiologií
16. laváž GIT (tj. výplach žaludku a enterální dialýza) u krvácení a intoxikací – 1/24 hod
17. urgentní endoskopie
18. vazoaktivní látky – více než 1 lék. Tzn. léčivé přípravky, které ovlivňují systémový krevní tlak (ne např. Piracetam, xantiny, apod.)

Skupina 3 body

1. parenterální výživa do centrální žíly (všechny kombinace cukrů s aminokyselinami), včetně výživy při renálním, jaterním nebo srdečním selhání
2. neaktivní kardiostimulátor (ve stavu pohotovosti) – záznam o přezkoušení stimulace 1/24 hodin. Platí i pro ICD.
3. drenáž tělní dutiny vyžadující aktivní sání – s výjimkou Redon drenáže. Lze také u pacientů s 3 a více drény, včetně mnohočetné drenáže především s jímovým odpadem a bilancování, bez aktivního sání.

4. ostatní druhy ventilační podpory, včetně non-invazivních technik (např. kontinuální pozitivní tlak v dýchacích cestách, ventilace s tlakovou podporou, atd.)
5. invazivní kontinuální měření oxymetrie v oblasti bulbus v. jugularis
6. infuze koncentrovaných roztoků kalia do centrální žíly – alespoň 80 mmol/24 hodin. Není zásadní množství, ale fakt, že je dodržena podmínka kontinuální aplikace dávkovačem koncentrovaného roztoku kalia – tj. 7,5% roztoku.
7. intubace během posledních 24 hodin. Vykázání je správné v případě: 1) jde-li o intubaci prováděnou na lůžku JIP nebo ARO nikoliv jde-li o intubaci mimo ošetrovací jednotku (tj. např. při transportu mimo nebo na ošetrovací jednotku) nebo 2) jde-li o výměnu tracheostomické kanyly na lůžku.
8. odsávání z trachey naslepo při zajištění dýchacích cest intubační nebo tracheostomickou kanylou
9. hodinová diuréza
10. četná statimová vyšetření (odběry) – více než 4 za 24 hodin. Vedle frekvence musí být splněna základní podmínka bodu 15 Kapitoly 2 Seznamu zdravotních výkonů, podle kterého jde o výkon statim v případě, že nedílnou součástí této indikace je záznam ve zdravotnické dokumentaci a výkon je indikován pouze z důvodů zdravotních, nikoliv technicko organizačních.
11. časté převody krevních derivátů – více než 5/24 hodin. Nelze vykazovat spolu s úkonem přetlakové transfúze za 4 body.
12. bolusové i. v. podání léků mimo plánované ordinace. Musí se skutečně jednat o bolusové podání, které musí mít odůvodnění v záznamech ve zdravotnické dokumentaci vyplívajících z náhlé změny zdravotního stavu vyžadující aplikaci daného léčiva.

13. vazoaktivní lék – 1 preparát. Tzn. léčivé přípravky, které ovlivňují systémový krevní tlak (ne např. Piracetam, xantiny, apod.)
14. kontinuální infuze antiarytmik
15. kardioverze pro arytmie
16. použití pomůcek na aktivní ovlivnění tělesné teploty (chlazení i ohřívání) nebo fyzikální metody terapie hyperpyrexie – nelze kombinovat s indukovanou hypotermií (za 4b)
17. arteriální katetr
18. akutní digitalizace do 48 hod. – lze vykázat ve dvou po sobě jdoucích dnech
19. měření srdečního vývoje libovolnou metodou včetně neinvazivních metod
20. podpora diurézy při přetížení tekutinami podáním diuretik nebo osmoticky aktivních látek i. v. v množství adekvátní alespoň 1mg Furosemidu/kg váhy/24 hodin event. 0,25g 20% Manitolu/kg váhy/24 hod.
21. aktivní léčení metabolických poruch (acidózy – alkalózy) podáním koncentrovaných roztoků
22. urgentní punkce hrudníku, perikardu – při drenáži lze kombinovat s „drenáží tělních dutin“ (za 3b)
23. aktivní koagulační léčba v prvních 48 hodni (včetně Rheodextranu a nízkomolekulárních heparinů). Lze i pacientů s chronickou antikoagulace, u kterých náhle změna zdravotního stavu vyžaduje změnu dávkování nebo typu antikoagulační léčby
24. monitorování nitrobřišního tlaku minimálně á 6 hod
25. krytí pacienta více než 2 i. v. antibiotiky

26. léčení křečí či metabolické encefalopatie (48 hod od nástupu) – lze vykázat ve dvou po sobě následujících dnech
27. komplikovaná ortopedická trakce. Lze u klinických stavů, kde je odůvodněná při ošetřování pacienta aktivní účast více než jedné osoby a minimálně 1 lékaře, např. u haló trakce, závěsu na pánev, apod.

Skupina 2 body

1. měření centrálního žilního tlaku minimálně á 6 hod
2. 2 periferní i. v. katétrů
3. hemodialýza u pacienta v chronickém dialyzačním programu
4. svodná kontinuální analgezie (alespoň 8 hodin) včetně péče o katetr
5. spontánní ventilace endotracheální nebo tracheostomickou kanylou
6. sondová výživa do všech částí zažívacího traktu nutričně definovanou stravou
7. náhrada velké ztráty tekutin – infuze nad udržovací potřebu v celkové výši alespoň 4500ml/24hod. všech parenterálně podaných tekutin
8. parenterální chemoterapie
9. monitorace hodnot vitálních funkcí po 1 hod., včetně neurologického stavu se záznamem glasgowské škály bezvědomí nebo Ramsey score, velikosti a reakce zornic
10. četné převazy, tj. více než 4/24 hodin nebo převazy s použitím speciálních krycích materiálů

Skupina 1 bod

1. monitorace EKG nebo SaO₂
2. monitorace vitálních funkcí po 1 hodině
3. 1 periferní i. v. katetr, nebo lze vykázat při péči o centrální katetr
4. chronická antikoagulační terapie
5. standartní měření příjmu a výdeje – 4x/24 hod.
6. statimová laboratorní vyšetření (odběry), musí být splněna základní podmínka bodu 15 Kapitoly 2, podle kterého jde o výkon statim v případě, že nedílnou součástí této indikace je záznam ve zdravotnické dokumentaci a výkon je indikován pouze z důvodů zdravotních, nikoliv technicko organizačních.
7. intermitentní i. v. podávání léků podle ordinace (ne samotné infuzní roztoky)
8. rutinní převazy – není určeno pro úkony, pro které jsou uvedeny ve skupině úkonů za 1 a 2 body specifické úkony (péče o dekubitus, tracheostomie, apod.)
9. standardní ortopedické trakce, např. extenze a další, co nelze zahrnout pod komplikovanou trakci (úkon za 3 body)
10. péče o tracheostomii
11. péče o dekubitus (nepočítá se prevence)
12. permanentní močový katetr, nebo jde-li o péči o cystostomii
13. oxygenoterapie
14. podávání 1 až 2 antibiotik i. v.
15. fyzioterapie hrudníku – prováděná fyzioterapeutem nebo pracovníkem s příslušným certifikátem opravňujícím k jejímu provádění (vykáže si pracoviště)

intenzivní péče pouze v případě, že fyzioterapeut nebo SZP s certifikátem je jeho kmenovým zaměstnancem)

16. rozsáhlé výplachy, tamponády, kolostomie, včetně laváže dutiny břišní

Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 472/2009 Sb.

Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb09472&cd=76&typ=r>

Příloha č. 3

Minimální personální vybavení OD intenzivní péče nižšího stupně

pracovník	kvalifikace	úvazek
vedoucí lékař	specializovaná způsobilost	0,5 na stanici denně přítomen
ošetřující lékař	odborná způsobilost s certifikátem	0,2 na lůžko
lékař ÚPS	odborná způsobilost s praxí delší než 24 měsíců	pokud zajišťuje i ÚSP pro standardní lůžka, tak nejméně 2,0 celkem
staniční sestra ZPBD	ZPDB + ARIP	1,0 na stanici
sestra – ZPBD event. ZPOD	Z toho ARIP alespoň jedna, ne v hematologii	1,4 na lůžko
ZOPD bez maturity		0,1 na lůžko

Minimální personální vybavení OD intenzivní péče nižšího stupně

V každé směně musí být přítomen jeden ZPBD se specializovanou způsobilostí ARIP

Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 472/2009 Sb.

Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb09472&cd=76&typ=r>

Příloha č. 4

Minimální technické vybavení OD resuscitační a intenzivní péče o dospělé - OD intenzivní péče nižší stupeň o pacienta s TISS 15-19 body – podmínkou jsou minimálně tři lůžka a přístrojové vybavení

přístroj	počet
centrála monitorovací	1 na stanici
dávkovač injekční stříkačkový	2 na 1 lůžko
defibrilátor	1 na stanici
EKG přístroj alespoň tříkanálový	1 na stanici
kardiostimulátor jednodutinový externí	1 na stanici
lůžko resuscitační	1 na 1 lůžko
monitor EKG, NIBP	1 na 1 lůžko
nebulizátor	1 na 2 lůžka
odsávačka	1 na 2 lůžka
oxymetr pulzní	1 na 2 lůžka
pumpa infuzní	1 na 1 lůžko
ventilátor	1 na stanici

Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 472/2009 Sb.

Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb09472&cd=76&typ=r>

Příloha č. 5

Minimální technické vybavení OD resuscitační a intenzivní péče o dospělé - OD intenzivní péče nižší stupeň o pacienta s TISS 9-14 body – podmínkou jsou tři lůžka na pracovišti a přístrojové vybavení

přístroj	počet
centrála monitorovací	1 na stanici
dávkovač injekční stříkačkový	1 na 1 lůžko
defibrilátor	1 na stanici
EKG přístroj alespoň tříkanálový	1 na stanici
lůžko resuscitační	1 na 1 lůžko
monitor EKG, NIBP	1 na 1 lůžko
nebulizátor	1 na 3 lůžka
odsávačka	1 na 2 lůžka
oxymetr pulzní	1 na 3 lůžka
pumpa infuzní	1 na 1 lůžko
ventilátor	1 na stanici

Zdroj: Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 472/2009 Sb.

Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb09472&cd=76&typ=r>

Příloha 6

Oblast OOP	Činnosti intenzivního ošetrovatelství zahrnuté do TISS
Pohyb	mobilizace intubovaného mimo lůžko - 3 body mobilizace při hemiparéze - 3 body transport neintubovaných - 2 body transport u ventilovaných - 3 body
Osobní hygiena	péče o uši, oči, nos - 1 bod stlaní, mytí 2 silami - 2 body péče o dutinu ústní u intubovaných - 2 body
Stravování	pomoc při jídle - 1 bod úplné krmení - 2 body
Vyprazdňování	inkontinence - 3 body
Dekubity - prevence	polohování á 2 hod - 3 body
Spolupráce s pacientem	rozhovory s pacientem a příbuznými - 1 bod dezorientovaný - 2 body ošetrovatelské péče při hemiparéze - 2 body

Zdroj: POCHYLÁ, K. *Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR registrační číslo 3192-3 „Stanovení metody pro určení optimalizace pracovního času sester lůžkových oddělení vybraných klinických oborů“*. Brno: IDVPZ, 1997. 124 s.