

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Nikola Tomčalová

**Naplňování kompetencí všeobecných sester z hlediska řízení
času**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 11. července 2016

podpis

Děkuji vážené Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a lidský přístup při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a přátelům za podporu, kterou mi poskytovali v průběhu celého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Kompetence členů ošetrovatelského týmu při zajištění zdravotní péče

Název práce: Naplňování kompetencí všeobecných sester z hlediska řízení času

Název práce v AJ: Fulfilling the competencies of nurses in terms of time management

Datum zadání: 2016-01-29

Datum odevzdání: 2016-07-11

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Nikola Tomčalová

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce prezentuje přehled dohledaných poznatků o problematice řízení času všeobecných sester během organizování ošetrovatelské péče a

naplňování kompetencí všeobecných sester z hlediska časového vytížení. Dále uvádí rozdíl mezi časem, který sestra stráví péčí o pacienta v operativních a neoperativních oborech ovlivňující. Informace byly získány převážně z anglicky psaných odborných recenzovaných periodik. K dosažení efektivní organizace ošetrovatelské péče je podstatné, aby se všeobecné sestry řídily složkami organizace času a praktickými rady k využití času. Sestry tráví v průběhu pracovní směny nejvíce času přímou péčí o pacienta, komunikací a vedením ošetrovatelské dokumentace v papírové podobě. Moderní společnost klade na sestry stále vyšší požadavky a je potřeba, aby dokázaly nakládat s těmito překážkami. Všeobecným sestram jsou nabízeny možnosti využívání elektronické zdravotnické dokumentace, která má řadu výhod pro všeobecné sestry, tak i příjemce péče. V přehledové bakalářské práci jsou uvedeny pracovní činnosti a jejich časové rozvržení v z hlediska kompetencí sester na jednotlivých pozicích. Informace byly získány zejména z databází EBSCO, Proquest Nursing, Pubmed, Science Direct a Google Scholar.

Abstrakt v AJ: Overview thesis presents an overview of identified knowledge on the issue of time management nurses in the organization of nursing care and the fulfillment of the competencies of nurses in terms of time shortage. It also states the difference between the time a nurse spends patient care in operational and non-operational fields of influence. Information was obtained mainly from English-language peer-reviewed journals. To achieve effective organization of nursing care is essential that nurses manage folders time management and practical advice on the use of time. Nurses spend during the work shift most of their time on direct patient care, communications and leadership of nursing documentation in paper form. Modern society puts on nurses increasing demands and needs, so that they can deal with those obstacles. General nurses are offered the possibility to use electronic medical documentation, which has many benefits for nurses and the care recipient. In the review the thesis are given work and their timing in terms of competencies of nurses at individual positions. Information was obtained mainly from databases EBSCO, Proquest Nursing, Pubmed, Science Direct and Google Scholar.

Klíčová slova v ČJ: všeobecná sestra, řízení času, pracovní náplň, ošetřovatelský management, ošetřovatelství, ošetřovatelské intervence, časový snímek dne, kompetence všeobecných sester

Klíčová slova v AJ: time series analysis, workforce, time management, nursing workload, nursing intervention, health care, competency of nurses, management of nursing

Rozsah: 42 stran /0 příloh

OBSAH

ÚVOD	8
1 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE	10
2 ORGANIZACE ČASU V OŠETŘOVATELSTVÍ	12
2.1 Vliv časového managementu a organizace na kvalitu ošetrovatelské péče	15
2.2 Metodiky časových analýz v ošetrovatelství	18
3 NAPLŇOVÁNÍ KOMPETENCÍ SESTER Z HLEDISKA ČASOVÉHO VYTÍŽENÍ	20
3.1 Náplň práce sester manažerek	24
3.2 Časová náročnost práce sester v neoperativních oborech	26
3.3 Časová náročnost práce sester v operativních oborech	30
3.4 Význam a limitace dohledaných prostředků	32
ZÁVĚR	34
REFERENČNÍ SEZNAM	35

ÚVOD

Čas je pravděpodobně nejcennější zdroj k dispozici pro každého z nás. Má na rozdíl od jiných zdrojů velkou hodnotu, protože je rovnoměrně rozdělen, každý má stejně, 24 hodin denně. Stejně jako mnoho jiných zdrojů, je často brán jako samozřejmost (Mallidou et al., 2013, s. 1242). Jeho neproduktivní využití ve zdravotnických zařízeních je jedním ze současných trendů v globálním ošetrovatelství ve snaze po restrukturalizaci jednotlivých pracovišť a oddělení. České sestry manažerky vnímají nedostatek času zvláště citlivě (Škrlla a Škrlová, 2003, s. 67). Přitom řízení času se netýká jen hlavního manažera, nýbrž pracovníků všech stupňů. Řízení času zahrnuje složky organizace, jako jsou plánování, organizování, komunikace, vedení a delegování. Jsou hlavním ukazatelem dobrého manažera. Při nedodržení naplánovaných intervencí vzniká velká časová ztráta v nejčastěji v oblasti delegování. Efektivní řízení času může fungovat za podmínky, kdy každý člen ošetrovatelského týmu ví přesně, co má dělat (Ching, Feng-Ju, Tin-Tan, 2010, s. 275-284).

Práce sester je závislá na množství jejich času při poskytování ošetrovatelské péče. Ošetrovatelství se nachází v oblasti, která klade velký důraz na profesionální autonomii. Rozhodnutí v praxi vyžadují přidělení času k provedení jednotlivých intervencí. Techniky organizování času mohou mít za následek jednoduchou efektivní realizaci plánovaných intervencí, jiné způsobují zpoždění při poskytování péče, špatnou návaznost a chyby vztahující se k narušování průběhu péče. Ve výsledku neefektivní využití času má vliv na fyzické a psychické zkušenosti sester. Pokud intervence nejsou dobře koordinovány, mají vliv na následek vnímání časové tísně, proto je klíčové sjednání času mezi členy v organizaci ošetrovatelského týmu. Časové struktury jsou v praxi popsány objektivně, pomocí procesu, konceptu či písemného postupu (Jones, Yoder, 2015, s. 323 – 330).

V souvislosti s touto problematikou si lze položit otázku: Jaké existují poznatky o časovém vytížení všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péče.

Cílem přehledové bakalářské práce je sumarizace dohledaných a validních informací o organizaci časového managementu v ošetrovatelství, časové vytíženosti všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péče v praxi. Hlavní cíl přehledové bakalářské práce je specifikován v dílčích cílech:

CÍL 1

Sumarizace dohledaných informací o časovém managementu a organizaci péče v ošetrovatelství.

CÍL 2

Sumarizace dohledaných informací naplňování kompetencí všeobecných sester v praxi a jejich časovém vytížení.

Vstupní studijní literatura:

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.

HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*, 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 124 s. ISBN 978-802-440-324.

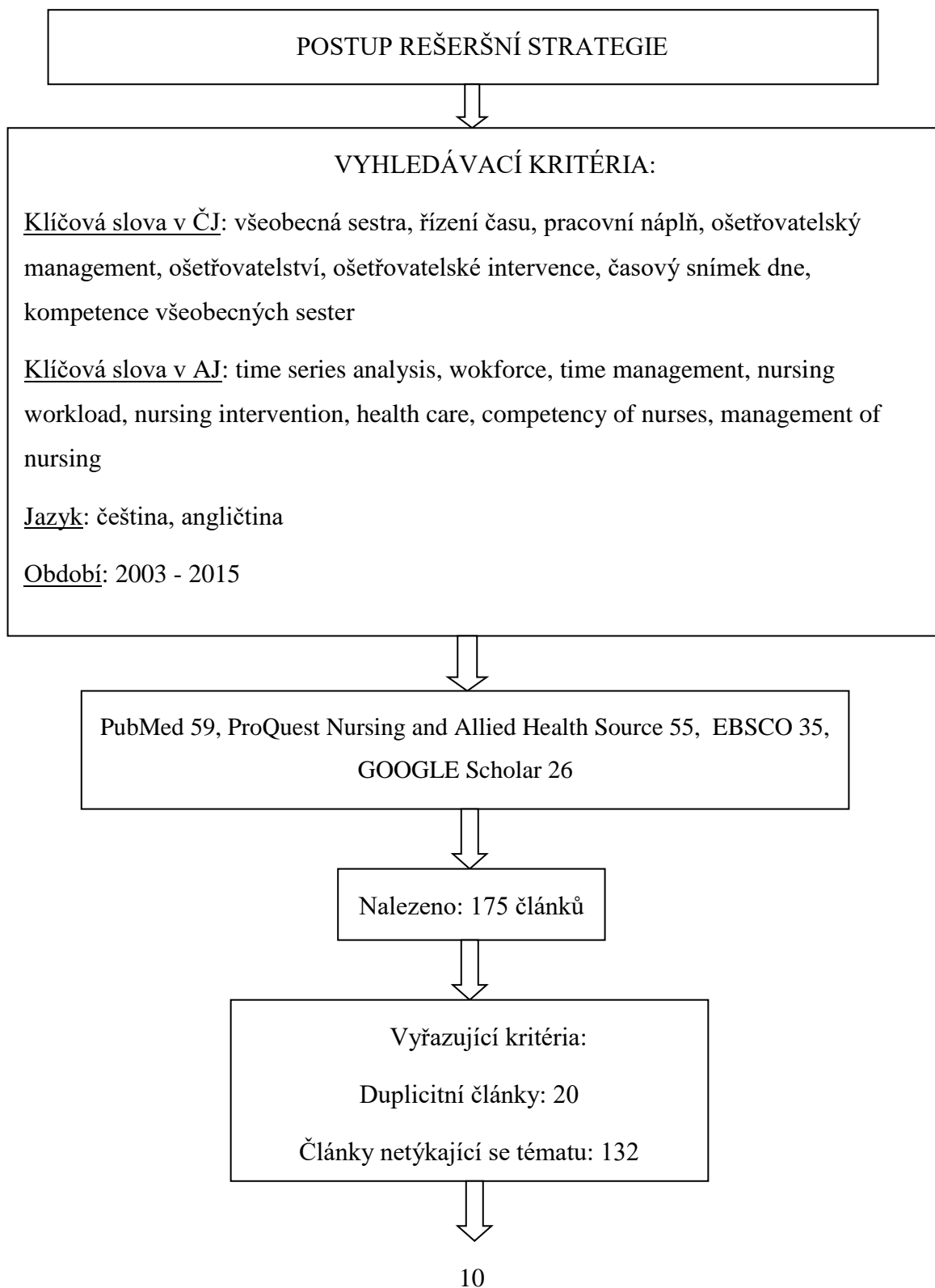
KOTRBA, Tomáš. *Časové studie práce vrchních a staničních sester*. In MendelNET, PEF 1. vyd. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně, 2009, s. 72-81. ISBN 978-80-7375-351-1.

KOTRBA, Tomáš. *Metodické a praktické aspekty snímkování*. In PIROŽEK, Ekonomika a management organizací - výzkum, výuka a praxe. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s. 201-208. ISBN 978-80-210-5273-4.

KOTRBA, Tomáš. *Výzkum odhadů struktury pracovních činností v českých fakultních nemocnicích*. In Business Culture of Enterprises within European Communication Space. 1. vyd. Bratislava: EKONÓM, 2010, s. 66-74. ISBN 978-80-225-3134-4.

1 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Pro vyhledávání validních informací k tvorbě přehledové bakalářské práce byl použit standardní postup rešeršní strategie. Informace byly získány prostřednictvím elektronických informačních zdrojů za podpory vhodně zvolených klíčových slov.



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A VYHLEDANÝCH
POZNATKŮ:

EBSCO: 10 článků

Pubmed: 6 článků

GOOGLE scholar : 3 článků

ProQuest : 2 články

Science Direct: 2 články



SUMARIZACE VYUŽITÝCH PERIODIK:

Australian Critical Care	1 článek
American Medical Informatics Association	1 článek
Australian Nursing and Midwifery Journal	1 článek
BMC Health Services Research	2 články
International Journal of Nursing Studies	2 články
Indian Journal of Critical Care Medicine	1 článek
Journal of the American Geriatrics Society	1 článek
Journal of Advanced Nursing	2 články
Journal of Nursing Management	1 článek
Journal of Clinical Nursing	1 článek
Journal of Clinical Research & Governance	1 článek
Journa of Clinical Monitoring and Computing	1 článek
Kontakt	1 článek
Nursing & Health Sciences	1 článek
Nursingtimes	1 článek
NursingForum	1 článek
Nursing Management – UK	1 článek
Nursing standard	1 článek
Scandinavian Journal of Caring Sciences	1 článek
The Permanente Journal	1 článek



Pro přehled publikovaných poznatků bylo využito 23 článků

2 ORGANIZACE ČASU V OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství je založeno především na uspokojování bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb jednotlivce vedoucí k podpoře, udržení zdraví, zmírnění psychické a fyzické bolesti člověka v terminální fázi (Plevová, 2012, s. 31). Tradiční ošetřovatelství podle Florence Nightingalové bylo vymezeno na přímou ošetřovatelskou péči, emoční podporu, kontrolu a dohled. Moderní pojetí ošetřovatelství je složeno především z vědeckého hlediska, dostupných technologií, ošetřovatelské teorie, filosofie, etiky, komunikačních standardů a právně definovaných výkonů. Je kladen důraz na spolupráci a koordinaci mezi odděleními. V dnešní době se nepatrně mění kategorie intervencí, která může ovlivnit priority sester (Jones, 2010, s. 185-196). Aby péče mohla být poskytnuta kvalitně, je potřeba efektivně organizovat ze strany vedení. Kvalitní vedení produkuje pozitivní výsledky ošetřovatelské péče. Zdravotní péči se dle zákona 372/2011 Sb. Rozumí soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci či vady; udržení, obnovení, nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu; udržení a prodloužení života, zmírnění utrpení; pomoci při reprodukci a porodu; posuzování zdravotního stavu. Dále se zdravotní péči rozumí preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetřovatelské, nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky (Zdravotní služby ÚZ, 2014, s. 6).

Podle I. Gladkého lze management definovat jako proces, systematického provádění manažerských funkcí. Management lze chápat jako činnost, dovednost člověka, vedení organizace, ale i vědní disciplínu (Gladkij, 2003, s. 41). Jak uvádí Kotrba, preferovaný styl vedení sester, ať už na pozici sester manažerek, nebo řadových všeobecných sester je demokratický styl vedení, který nejvhodnější v oblasti zdravotnictví (Kotrba, 2010, s. 110, Grohar-Murray a DiCroce, 2003, s. 54). Klíčové principy managementu ošetřovatelské péče vychází z teoretických, praktických a charakterových vlastností všeobecné sestry, zahrnují schopnost jasně a stručně podávat informace, stanovení si priorit při poskytování ošetřovatelské péče, nebo využití kritického myšlení při řešení problémů (Runciman, 2003, s. 33).

Celá problematika organizace času v ošetřovatelství by měla být koordinována primárně ošetřovatelským managementem, ten, jak uvádí Plevová, spadá do řídicích funkcí

v ošetrovatelství. V ošetrovatelství existují různé pohledy na management v ošetrovatelství a ošetrovatelský management. Management v ošetrovatelství podle Plevové lze chápat jako aplikaci úrovní ošetrovatelství v praxi s využitím klasického managementu. Úrovně ošetrovatelství dělí Plevová stupně dle výkonu funkce ve zdravotnickém zařízení, patří mezi ně linová, střední a vrcholová úroveň. Ošetrovatelským management jsou činnosti, které vykonávají všeobecné sestry v liniové organizační úrovni, zahrnují řízení a aplikaci ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu (Plevová, 2012, s. 23). Časová organizace je soubor technik usnadňující lepší využití času. Vychází ze složek manažerských činností jako je komunikace, plánování, delegování a určování priorit cílů (Grohar-Murray a DiCroce, 2003, s. 283). Organizace ošetrovatelské péče staniční a vrchní sestře v rámci výkonu manažerské činnosti střední úrovně zabere až 2 hodiny času z pracovní doby (Kotrba, 2010, s. 45).

Koncepce času byla zformulována z oborů fyziky, psychologie a sociologie. Prostřednictvím těchto disciplín lze pochopit, jak je čas vnímán. Z fyzikálního hlediska je jednotka času veličina a je pro všechny jednotná. Z psychologického hlediska je čas vnímán individuálně, ze sociologického hlediska je čas považován za množství aktivit vykonaných v určitém čase týmovou prací, časovým harmonogramem, koordinací. Čas stojí peníze a je potřeba jej využívat efektivně, jinak ubíhá osobám čekajícím, nebo časově vytíženým. Týká se zejména těch, kteří péči poskytují, přijímají a těch co za ni platí (Jones, 2010, s. 187). Účelem Jonesovi studie bylo prozkoumat koncepci ošetrovatelského času a určit důsledky pro vývoj této teorie, klinické a administrativní praxe. Doba pro ošetrování je podle autora Jonese rozdělena na tři formy: fyzickou, psychickou a sociologickou. Tato studie se zaměřila především na určení fyzické doby pro ošetrování. Fyzický čas spotřebován při dokončení jednotlivé ošetrovatelské činnosti je sečten a vypočtený medián jakožto střední hodnota poté určí, kolik sestry potřebují času na určitý počet pacientů, nebo jednotlivce. Příklady s fyzickým časem pro ošetrování jsou uvedeny v plánech na ošetrovacích jednotkách. Tato určení berou v potaz pracovní dobu personálu, která na sledované ošetroující jednotce činí 8 hodin (Jones, 2010, s. 185-196).

Podle Grohar-Murrayové a DiCroce jsou časové zdroje specifikovány v oblastech komunikace, plánování, delegování a určování priorit cílů. Komunikace šetří čas díky správnému exportu informací a pochopení, měla by obsahovat jasné sdělení a zpětnou vazbu. Veškerá rozhodnutí by se měla dělat až poté, co jsou známy veškeré okolnosti a potřebné informace. Proces plánování mnohdy přesahuje čas požadovaný k realizaci. Základem

úsporného plánování, je vynaložení minimálního úsilí a spotřeby zdrojů. Delegování je efektivní využití času ze strany všeobecné sestry (Grohar-Murray a DiCroce, 2003, s. 286). Podobně také i Škrkla a Škrlová, delegování definují jako taktiku ušetření času vhodnou k převedení činnosti či úkolu na dalšího nelékařského pracovníka, je vhodná také jako motivace všeobecných sester (Škrkla, Škrlová, 2003, s. 145 – 148). Podle Hekelové je delegování charakterizováno přenesením zodpovědnosti na níže postavený kolektiv. Cílem je šetření času, aktivní zapojení, ale především poskytnutí důvěry kolegům. Delegující by měl mít na vědomí vhodnost této zodpovědnosti, co se týče kompetence pověřené osoby (Hekelová, 2012, s. 23). Určování priorit cílů je metodou, která je podle Grohar-Murrayové a DiCroce vhodná ke splnění jednotlivých cílů, úkolů, povinností, které lze prioritně seřadit od nejméně po nejvíce důležité. Tuto metodu následně lze použít v praxi při sestavování plánů péče, které obsahují cíle a s nimi související výsledná kritéria, u nichž se stanovují zejména časové údaje (Grohar-Murray a DiCroce, 2003, s. 286).

Autorka Hekelová se přiklání k těmto složkám manažerské činnosti, mezi které patří rozhodování jakožto nezbytné při problémových či konfliktních situacích, vytváření plánů volna a rozpisů služeb, s tím související plánování. Řízení neboli vedení zahrnuje motivaci, řízení pracovního výkonu a hodnocení. Podle Hekelové by systematické řízení pracovního výkonu mělo splňovat následující čtyři podmínky: definice pracovní náplně, stanovení cílů předem, oboustrannou zpětnou vazbu a systém odměn (Hekelová, 2012, s. 28).

Definice pracovní náplně by měla být jasná ve všech zdravotnických zařízeních. Usnadňuje komunikaci mezi nadřízeným a podřízeným a uvádí nové osoby do pracovního týmu (Hekelová, 2012, s. 28). Správným využitím času lze snížit osobní stres, podpořit kvalitnější životní styl, zlepšit analytický přístup řízení a motivovat ostatní kolegy. Co se týče ovlivnění času, ve smyslu zefektivnění ošetrovatelské praxe Škrkla a Škrlová zmiňují tyto složky: správné stanovování priorit, sledování času, užití osvědčených metod k zefektivnění času, delegování intervencí, flexibilní rozhodování, kladení důrazu na práci se směrnicemi, práce s relevantními dokumenty, vedení krátkých a efektivních poraden (Škrlovi, 2003, s. 145 – 148).

Nejdůležitějším pravidlem, kterým by se měly sestry v rámci vykonávání praxe řídit je, naučit se oddělovat jednotlivé priority na urgentní, důležité, běžné a ostatní. Čas sestry u lůžka, je velmi omezen, je nutné ho využít co nejehospodárněji, lze ho například ušetřit sestavením předběžného denního plánu činností, při přebírání služby. Malou analýzou může sestra odhalit prostor, kterému denně věnuje více času než je třeba méně podstatným činnostem. Jedná se například o telefonní hovory ve stylu přepojování, čekání, zdlouhavé

svačiny, neefektivní porady (Škrlovi, 2003, s. 145 – 148). Častými pomocníky jsou plánovací diáře a tabule k vedení čitelných poznámek pro všechny. Podle Škrly a Škrlové je klíčovou schopností sestry určovat priority, což může eliminovat neustálé odkládání činností. Škrlovi proto shrnuli praktické rady k lepšímu využití času, jako jsou uvědomění si hodnoty a nenávratnosti času, promyšlení úkolů na celý den, a to nejlépe ráno, dále každodenní určování priorit, připravenost na jakoukoli změnu i naplánovaného harmonogramu, vymezení určitého času na administrativu denně vždy ve stejnou dobu, dodržovat stanovené termíny, využití telefonu, utřídění pracovního prostředí, zejména stolků a především se naučit říkat ne (Škrlovi, 2003, s. 145-148).

2.1 Vliv časového managementu a organizace na kvalitu ošetrovatelské péče

V ošetrovatelství má jakákoli promarněná minuta vliv na kvalitu poskytované péče, ale především na stav pacienta. Kvalitu poskytované péče ovlivňuje koordinování činnosti týmu a jeho kontrolování ze strany manažera. Je proto stěžejní zajistit optimální strukturu pracoviště a využít potenciálu všech pracovníků. Individuálně přidělit pro každého pracovníka činnost určenou výhradně jemu. Tím se zaručuje spokojený a motivovaný tým, neboť každý pracovník se cítí více potřebný a důležitý (Hekelová, 2012, s. 24-38).

Pacientem vnímána kvalita ošetrovatelské péče může být dělena na funkční a technickou. Oblast funkční se vztahuje na přesnost ošetrovatelské diagnózy, intervence, ale především zdvořilost a respekt ze strany sester (Ching, Feng-Ju, Tin-An, 2010, s. 275 – 284).

Studie týkající se setření času sester v rámci kvality ošetrovatelské péče na JIP se zabývala dokumentací a administrativními činnostmi. Sestry měly k dispozici původně pouze papírovou formu dokumentace. Denně elektronická zdravotnická dokumentace (z anglického Electronic health record, dále jen EHR) ušetřila sestrám až 37 minut ve srovnání s papírovou dokumentací, které poté mohly věnovat přímé péči o pacienta. Následně bylo zjištěno, že forma počítačové dokumentace má jasně pozitivní význam na kvalitu poskytované péče, než předchozí papírová forma. Přestože začlenění počítačů do intenzivní péče se vyvíjelo téměř třicet let, počítačové informační systémy by podle autorů studie měly být zakomponovány do všech oblastí péče o zdraví. Výhodou EHR je získání a sdílení důležitých informací o

pacientovi u lůžka i mimo něj. Navíc databáze obsahují všechny informace, jako jsou diagnózy, medikace, iniciály, osobní parametry, veškeré vyšetření, hospitalizace a propuštění. Důvody, které přiměly zdravotnická zařízení k inovaci a aplikaci těchto počítačových systémů do praxe jsou ty, že většina papírových dokumentací v nejčastějších případech byla nečitelná, špatně zařazená a znesnadňovala tím přístup pro ostatní členy týmu (Donati et al., 2008, s. 31-36). S tím souhlasí i Škrála a Škrlová, že všeobecně známý „zloděj času“ dnes téměř všech sester jsou papírová administrativa. Škrlovi doporučují při nadbytku papírových dokumentů použít techniku manipulace s každým dokumentem jen jednou. Také dávají možnost vybrat si ze tří variant, a to okamžitá rozhodující reakce na obsah administrativy, archivace dokumentu k budoucímu užití, či zbavení se nepotřebných administrativ (Škrlovi, 2003, s. 159-160).

Podobněji šestiletá studie zkoumala vliv EHR. Skupina nemocnic se zavedenou EHR v severní a jižní Kalifornii, hodnotila především pacienty s rizikem pádu a dekubitů. Downing a jeho tým zjistil za pomoci hodnotících škál pro dekubity a rizika pádu, že, EHR má pozitivní vliv, neboť ve výsledcích bylo prokazatelné 13% snížení výskytu dekubitů, zatímco výsledky rizika pádů byly zanedbatelné. Dle této americké studie má zavedení EHR významný vliv především na zlepšení komunikace mezi členy týmu, zefektivnění organizace, plánování cílů a intervencí. Především EHR ale ušetří čas v oblasti administrativ, namísto toho se personál může více věnovat přímé péči.(Dowding et al., 2012, s. 615-620). Zatímco z australské studie prováděné Westbrookovým výzkumným týmem bylo zjištěno, že sestry preferují papírovou dokumentaci, která ale zabere až o 30 % celkového času více. Jedním z hlavních důvodů preferování papírové formy, namísto používání EHR byl ten, že personál nebyl dostatečně seznámen s možnostmi, které EHR nabízí. V případě podrobnějšího obeznámení s EHR se nabízí možnost, že sestry se budou moci věnovat ve větší míře přímé péči pacientům (Westbrook et al., 2011, s. 1-12).

Kvalitu péče vnímanou pacientem ovlivňuje časová tíseň, do které se sestry v praxi dostávají. Jsou na ně kladeny zvýšené požadavky týkající se poskytování kvalitní a bezpečné ošetrovatelské péče. Jedním z ukazatelů kvalitní péče, je například v této studii zmiňována opětná volba zdravotnického zařízení ze strany pacienta. Podle pacientů může časová tíseň sester při poskytování péče snížit jejich spolehlivost a odpovědnost. Časová tíseň omezuje schopnost provádět efektivní rozhodnutí a vytváří negativní emoce, zejména u sester je příčinou vyčerpání až syndromu vyhoření. Přitom poměry na tchajwanských ošetrovacích jednotkách jsou, jedna sestra na tři pacienty (Ching, Feng-Ju, Tin-An, 2010, s. 275-284). Co se týče poměru, na chirurgické jednotce intenzivní péče, kde je standardem pro zajištění

adekvátní péče poměr jedna sestra na jednoho pacienta. V mnoha jiných případech, ale tento poměr není dostačující, neboť taková množství personálu jsou nákladná pro zdravotnická zařízení. Nicméně nedostačující stav personálu může ohrozit kvalitu péče (Raj, Sen, John, 2006, s. 15-20). Dohled nad pacienty je důležitý nejen při zhoršení zdravotního stavu, ale zejména pro oblast poskytování bezpečné a kvalitní péče. Sestra provede průměrně u jednoho pacienta 10 intervencí a s nimi související kontroly za jednu hodinu. Dříve sestry postupovaly tak, že všechny intervence vykonaly nejlépe při jedné návštěvě u pacienta, a po zbytek času zůstali pacienti bez kontroly. Nyní se ukázalo se jako bezpečnější, rozvržení těchto intervencí v průběhu například celé hodiny, a tím zvýšit množství návštěv a zkvalitnit dohled nad pacientem (Westbrook et al., 2011, s. 1-12)

Za velmi rizikové bylo označeno vykonávání dvou činností souběžně. 25 % intervencí během poskytování ošetrovatelské péče je prováděno souběžně s dalšími intervencemi. Profesionální i neprofesionální komunikace byla jednou z nejčastějších příčin nesoustředění a následek přerušování při výkonu jiných činností. Více než třikrát za hodinu sestra přerušila svoji práci v důsledku komunikace netýkající se prováděné činnosti. Všechna tato přerušení vlivem nežádoucí komunikace navíc při výkonech měla přímou souvislost s četným pochybením při poskytování ošetrovatelské péče. Nejméně pochybení při vykonávání více činností najednou vykazovaly zkušené registrované sestry s letitou praxí 5 a více let (Westbrook et al., 2011, s. 1-12).

V Austrálii se od začátku roku 2000 stala hlavní problematikou pracovní zátěž všeobecných sester. Sestry argumentovaly tím, že nejsou schopny poskytnout adekvátní péči pro pacienty, neboť snižující se počet zaměstnanců způsobil jejich pracovní přetěžování. Australská vláda navrhla použít metodu NHPPD (z anglického Nursing hour per patient day, dále jen NHPPD). Metoda vyjadřuje, po jakou dobu denně se orientačně má sestra věnovat pacientovi. Úspěšně byla aplikována ve třech nemocnicích a charakterizuje náročnost pacienta, neboli jeho zdravotní stav, frekvenci intervencí, počet lůžek k poměru na oddělení konkrétně, pro intenzivní péči. Produktivita personálu po zavedení této metody trvale vzrostla o 3,6 %. Metoda NHPPD byla stanovena pomocí techniky EBP. Sestry mohly poskytovat pacientům více přímé péče od roku 2003 do 2004 činil rozdíl poskytované ošetrovatelské péče z 58 % na 69 % po aplikaci této metody do praxe. Tato studie demonstruje navýšení pracovních hodin pro sestry navržené z důvodu vzniklé krize v australském zdravotnictví, což i přesto zlepšilo řadu výsledků pro imobilní pacienty, zejména co se týče snížení úmrtnosti o 25%. Pacienti chirurgických oddělení měli nižší riziko CMP a pneumonie o 17 %,

gastroduodenálních vředů a krvácení z jícnových varixů jako sekundární komplikace. Nejsignifikantnější vliv na snížení kardiovaskulárních příhod měla první, ze zkoumaných nemocnic a to, o 51%, další nemocnice prezentovala snížený výskyt dekubitů o 49%. Nevýhodou použití této metody je neurčení odbornosti sestry, což se může odrazit ve výsledcích pacienta. (Twigg et al., 2011, s. 540-548).

2.2 Metodiky časových analýz v ošetrovatelství

Za časovou studii lze označit postupy, používány ke stanovení průměrné doby, která je potřebná ke splnění jednotlivých činností. Analýzy jsou prováděny za účelem identifikace a eliminace zbytečných činností, měří spotřebu času při práci. Například snímkování pracovníka je založeno na jeho nepřetržitém sledování. Snímky pracovních dnů a snímky výkonů jsou základní činnosti těchto metod pro sběr dat. Cílem měření je zjistit spotřebu práce, která je potřebná k vynaložení určitého výkonu za jistých organizačně-technických podmínek. Spotřeba práce bývá často ukazatelem organizace na pracovišti. V souvislosti se sběry dat ve zdravotnických zařízeních se používá metoda sbírání dat přímo, nebo nepřímo, tím pádem je nutné vytvořit dotazníky a formuláře pro sestry. Pro přímé měření slouží snímky pracovního dne, neboli směny sestry a snímek činnosti ve formě autosnímků, na základě rozhovoru či formuláře vyplněného se sestrou. Kontrolované měření v nemocničním prostředí za účasti výzkumného pracovníka nelze použít (Kotrba, 2010, s. 57-63).

Australská observační studie například použila k pozorování aktivit registrovaných sester (z anglického Registered nurse, dále jen RN) z časového hlediska u metodu *WOMBAT*. Metoda zaznamenávající časy a pohyby pomocí malých osobních digitálních asistentů (z anglického personal digital asistent), které RN po dobu dvou let užívaly k získání výsledků. Studie obsahovala deset předem stanovených hlavních kategorií pracovních činností na oddělení a ke každé kategorii měla stanoveny dílčí úkoly. Tato metoda byla již dříve použita v Austrálii na pohotovosti a v Kanadské studii na jednotce intenzivní péče. Pozorovány byly RN s letitou zkušeností. Pozorovatelům vyhodnocení spotřeby času trvalo téměř hodinu denně. Hodnotily se činnosti, zaznamenané z digitálních asistentů, které sestry nosily s sebou připevněné na paži (Westbrook et al., 2011, s. 1-12).

Švédská časová studie, která byla prováděna ve vlastním sociálním prostředí zaměřena na péči o seniory. Jednotlivé intervence, které byly časově měřeny RN od 4 do 30 minut byly sbírány pomocí webového VIPS modelu často užívaném ve Švédsku. RN byly proškoleny a seznámeny s obsahem modelu pro sběr časových údajů. Celkem 6138 webových modelů bylo zahrnuto a vyplněno pomocí 62 RN (Norel, Zeigert, Kihlgren, 2013, s. 388-395).

Podle další studie existuje používaný nástroj zvaný TAWS (z anglického time at work survey), skládá se z částí, jako jsou zvyky, chování. Cíl studie je jasně zachytit charakter typického pracovního dne sestry.(Jones, Yoder, 2015, s. 323 – 330).

3 NAPLŇOVÁNÍ KOMPETENCÍ SESTER Z HLEDISKA ČASOVÉHO VYTÍŽENÍ

Existuje mnoho definic kompetencí, ale žádná z nich není univerzálně platná, jsou jasně dané právní normou, také ale vycházejí z vrozených vlastností a získaných dovedností člověka neboli vnitřních kompetencí. Jejich porušení nebo nedodržení vede k právnímu postihu jedince. (Runciman, 2003, s. 8). Kompetence všeobecných sester se opírají o Etický kodex sester a Mezinárodní rady sester (z anglického International Council of Nurses, dále jen ICN). Ve vztahu k pracovním rolím existují tři úrovně kompetencí. První, ústřední neboli generické kompetence očekávané od všech nezávisle na postavení či organizaci, druhé úrovně kompetence, které jsou vyžadovány dle výkonných pozic a specifické kompetence (Runciman, 2008, s. 18). Podle ICN, jsou kompetence rozděleny do třech skupin z důvodu nedostatečné specifičnosti v rámci jednotlivých zemí s ohledem na současnou legislativu a rozsah praxe. Kompetence jsou složeny z profesionální, etické a zákonné praxe, managementu péče či profesionálního rozvoje (Runciman, 2003, str. 24-30).

Činnost všeobecných sester je právně regulována, činnost jako výkon povolání fyzická osoba vykonává v daném místě a čase, nelze tak zplnomocnit jinou fyzickou osobu. Regulovaná činnost spočívá v podmínkách, jako je dosažený stupeň vzdělání, délka praxe, věk, zdravotní způsobilost a bezúhonnost (Brůha, Prošková 2011 s. 34). Náplní práce všeobecných sester pracujících bez odborného dohledu je především poskytování základní a specializované ošetrovatelské péče, prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Na základě indikace lékaře všeobecná sestra připravuje příjemce péče k diagnostickým a léčebným výkonům. Při poskytování vysoce specializované péče musí být všeobecná sestra pod dohledem sestry, nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, pokud výkon není v souladu s diagnózou lékaře. Jen pod dohledem lékaře, může aplikovat nitrožilní deriváty (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.). Všeobecná sestra může podle vyhlášky 2/2016 Sb., se kterou se mění vyhláška 55/2011 Sb. také analyzovat, zajišťovat a hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče; provádět opatření při řešení krizových a mimořádných událostí, v neposlední řadě může edukovat jedince, rodinu či komunitu k přijetí zdravého životního stylu včetně sebezpečí (Vyhláška MZ ČR 2/2016 Sb.).

Zákon 96/2004 Sb., upravuje podmínky k získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu včetně celoživotního vzdělávání všech nelékařských zdravotnických pracovníků. Dělí zdravotnické pracovníky vykonávající povolání bez přímého vedení a odborného dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením. Všeobecná sestra bez odborného dohledu je

sestra, která absolvovala čtyřleté střední odborné vzdělání do roku 2003 až 2004, nyní je možné získat tuto pozici pouze bakalářským studiem v programu ošetrovatelství a vyšším odborným vzděláním (Zákon MZ ČR 96/2004 Sb.).

Činnosti všeobecných sester jsou ve zdravotnických zařízeních děleny dle kvalifikace personálu. V zahraničí rozdělení činností dle kvalifikace funguje podstatně lépe, než v ČR. Všeobecné sestry v ČR vykonávají celou škálu činností, do nichž patří i takové, které nespádají do jejich odborné způsobilosti (Kotrba, 2010, s. 45- 150). Jak uvádí Mikšová a kolektiv, činnosti, které spadají do kompetence všeobecné sestry mnohdy vykonávají pracovníci, jako jsou zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé, nebo dokonce sanitáři. Výzkum dokazuje že, 43,3 % všeobecných sester v ČR nejčastěji překračuje své kompetence na základě žádosti lékaře, například v oblasti chirurgické péče a administrativních činností. Mezi činnosti spadající do kompetencí níže postaveného personálu, které všeobecné sestry nejčastěji vykonávají je poskytování komplexní hygienické péče, krmení pacienta a doprovod pacienta na vyšetření. Důvodem může být nedostatečné množství personálu na pozicích zdravotnických asistentů a ošetrovatelů pro výkon těchto činností (Mikšová et al., 2014, s. 108-118).

Podle Kotrby, bylo v českých zdravotnických zařízeních, převážně lůžkových, v roce 2010 79,5 % všeobecných sester se středoškolským vzděláním. Sester s vyšším odborným vzděláním bylo 16,3 % a s vysokoškolským vzděláním 4,1 %. Zatímco sestry z řad vrchních a staničních ve stejném roce měly vzdělání středoškolské v 76,5%, s vyšším odborným vzděláním 15 % a s vysokoškolským vzděláním bylo 8,6 % sester (Kotrba, 2010, s. 107).

V Austrálii se mezi ošetrovatelský personál řadí RN, sestry se specializací a nižší pomocný personál, který se obecně nazývá health asistent (Westbrook et al., 2011, s. 1-12). Velká Británie má čtyři regulátory vzdělávání: Anglii, Skotsko, Wales a Severní Irsko, které spadají pod Radu sester a porodních asistentek (z anglického Nursing and midwifery council NMC). Cílem NMC je zajištění způsobilosti k výkonu povolání sestry. Po ukončení vysokoškolského studia musí sestra získat platnou registraci v NMC, aby mohla používat označení RN (NMC, 2015).

Podobně jako v Británii Grohar-Murrayová a DiCrocce specifikovali roli sestry v USA, jako absolventku dvou, tří nebo čtyřletého pomaturitního studia s úspěšným vykonáním národní licenční zkoušky, která uděluje titul a licenci RNNCLEX (National Council Licensure Examination – Registered Nurse). Na rozdíl od praktické sestry s licenci (z anglického Licenced practical nurse, dále jen LPN), která absolvovala jen jednoleté

pomaturitní studium a složila licenční zkoušku, pracuje pod dohledem RN. LPN je způsobilá poskytovat základní ošetrovatelskou péči včetně aplikací injekcí s výjimkou intravenózních. V českém překladu pod pojmem NP (z anglického Nurse practitioner, dále jen NP) se rozumí sestra s rozšířenou způsobilostí. NP je populární zejména v Americe, musí absolvovat magisterské vzdělání v oborech pediatrie, geriatricke, psychiatrie, anesteziologie a péče o dospělého (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 13 – 14, Kateřina Listopad, 2010)

Po absolvování bakalářského titulu v oboru ošetrovatelství (z anglického the Bachelor of Science degree in Nursing, BSN), studijní program trvá čtyři roky, poté mohou získat magisterský stupeň vzdělání (z angl. the Master of Science in Nursing, MSN), navíc lze studovat i doktorandský program (Gardner et al., 2010, s. 2160 – 2169). NP má všechny kompetence RN, pracuje s diagnostickými testy, ordinuje léčbu a stanovuje lékařské diagnózy (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 13 – 14). NP je specializována zejména pro primární péči, ve spolupráci s praktickými lékaři může pracovat samostatně a z hlediska financování primární péče je podstatně ekonomičtější, navíc může mít na starosti další sestry v primární péči (Bryce, Foley a Reeves, 2015, s. 29). Podle doktorky Rafael Silvasové, tyto sestry mohou hodnotit stav pacienta, rozhodovat o krátkodobé akutní hospitalizaci a mohou vyjíždět k pacientům do terénu. Mnohé z nich jsou najímány nemocnicemi a ambulancemi, jako podpora k lékařům. Mohou předepisovat určité typy léčiv, toto omezení se liší v závislosti na státu. Čím dál více zahraničních států následuje rozsah kompetencí NP v USA (Learn how to become, 2015).

Analytička Keith Hurstová ve spolupráci s britskými univerzitami uvedla, kolik RN stráví času u lůžka s pacientem přímou péčí. Výsledky se liší stupněm kvalifikací sester a velikostí oddělení. Celková doba strávena přímou péčí o pacienta se pohybuje od 35 % do 61 %, vypočtený medián činil 47 %. Čím je oddělení více specializované v oblasti intenzivní péče, tím klesá procento poskytování přímé ošetrovatelské péče. Data pocházela ze 793 oddělení (viz tab. 1) a byla rozdělena na ošetrovatelské činnosti do těchto 4 kategorií: činnosti přímé péče zahrnující osobní kontakt sestry a pacienta tzv. face to face, tato péče zabere více než polovinu práce, další nepřímá péče směřující k lůžku pacienta, včetně zajištění převozu, vyšetření, podání informací příbuzným činí 22%, dále činnosti související s ne odbornými úkoly mimo kompetence, a v nakonec osobní neboli neproduktivní čas jako jsou přestávky, obědy, odpočinek znamenají 13% (Hurst, 2010, s. 14).

Problematika nejednoho oddělení JIP spočívá v příliš rozsáhlém dokumentování péče, což je zahrnuto v nepřímé péči, jenomže pro kompletní poskytnutí ošetrovatelské péče je nezbytné

taktéž vedení ošetrovatelské dokumentace, neboť co není zaznamenáno, není považováno za splněné, a tak by sestry mohly být právně stíhány při jejím nedodržení (Hurst, 2010, s. 14).

Tab. 1: Čas stráven přímou péčí na jednotlivých odděleních

Všech 793 oddělení	47%	Oddělení se samostatnými pokoji	45%
Geriatric- psychiatrie	61%	Chirurgie	45%
Intenzivní péče	56%	Hospicové	44%
Vysoká závislost	55%	Infekční	44%
Cerebrovaskulární	55%	Příjmové	44%
Geriatric - akutní	54%	Revmatologické	44%
Dětská intenzivní péče	54%	Urgentní příjem, pohotovost	43%
Nefrologické	53%	Ortopedie	43%
Rehabilitace	50%	Dětské	43%
Novorozenecké	49%	Traumatologie	42%
Neurologie	49%	Jednodenní	41%
Geriatric- dlouhodobé	48%	Gynekologie	40%
Kardiologie	46%	Koronární	39%
Záchranná služba	46%	ORL	36%
Onkologie	45%	Oční	35%

Zdroj: Hurst, 2010, s. 14

Podobně jako v předchozí studii, také na JIP v Austrálii RN věnují pacientovi nejvíce času v podobě přímé péče s více než 40 % a nepřímé péče 30 %. V neposlední řadě čas stráven osobními činnostmi a spolu souvisejícími aktivitami měl 27 %. Intenzivní péči mohou v Austrálii poskytovat pouze RN. Při zkoumání bylo taktéž zjištěno, že RN prováděly ve 43% dvě činnosti současně, což může mít negativní dopad na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Přitom na tomto oddělení měly RN k dispozici papírovou formu dokumentace. Studie se rovněž zabývá vztahem pacienta a sestry v poměru 1:1 (Abbey, Chaboyer, Mitchel, 2012, s. 13 – 22). Na rozdíl od JIP jsou v Austrálii standardní lůžková oddělení počítačově vybavena, nicméně dokumentaci RN vedly především v papírové formě. RN strávily přibližně třetinu svého času při 8,5h službě s pacienty. Podle studie spokojenost RN souvisí s časem stráveným přímou péčí o pacienta. Oproti tomu stojí míra nespokojenosti, která je spojena s množstvím administrativních činností, ztrátou času způsobenou hledáním dokumentace a objednáváním dalších odborníků pro pacienta. Bylo by vhodné umožnit sestřím se věnovat plně péči a spokojenosti pacientů, z čehož plyne i pozitivní vliv na udržení pracovníků. RN

vykonala průměrně 72 činností za 1 hodinu Po dobu tří let připadlo pacientům bez změny 37 % času. Při 8,5 hodinových směnách připadlo 3,1 hodiny péče přímo na pacienty. Z celkového času stráveného s pacienty, zabrala přímá ošetrovatelská péče 25 % času, nepřímá ošetrovatelská péče 16 % a odborné ošetrovatelské činnosti 21 %. Komunikace se snížila z 24 % na 19 % a vedení pouze papírové dokumentace se mírně snížil z 10 % na 7 %. Obě tyto změny jsou v přímé souvislosti se sníženou potřebou komunikovat. Zejména u RN pracující přesčasy, včetně práce s množstvím dokumentace napříč častějšího používání elektronické dokumentace. Studie konstatuje, že bylo málo času na důsledné předání informací o pacientech (Westbrook et al., 2011, s. 1-12).

3.1 Náplň práce sester manažerek

Jaká je náplň práce sestry v manažerské pozici? Každá všeobecná sestra je jistým způsobem manažerka, nejčastěji podřízených pracovníků, nebo svá osobní. Důležité faktory jsou komunikace, nakládání s časem u lůžka, činnosti spojeny s péčí o pacienta a administrativními záležitostmi. Souvisejícími manažerskými činnostmi jsou organizování, vedení, delegování, plánování a kontrolování. Všechny tyto činnosti vyžadují zodpovědnost a smysl pro organizaci (Hekelová, 2012, s. 17). Nejen vrchní či staniční sestra by měla být schopna řídit pracovní tým, do kterého patří všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé a sanitáři. Práce ve zdravotnickém zařízení je organizována hierarchicky dle úrovně zodpovědnosti a dosaženého vzdělání. (Grohar-Murray a DiCroce, 2003, s. 152). Při poskytování ošetrovatelské péče jedinci, rodině či komunitě musí sestry aplikovat základní manažerské funkce, jako jsou plánování, organizování, komunikování, rozhodování a kontrola. Jejich pracovní činnosti jsou definovány v náplni práce. Při nástupu zdravotnického pracovníka do zaměstnání mu společně s náplní práce jsou přiděleny konkrétní kompetence (Jarošová, 2006, s. 8). Plevová ve své publikaci uvádí orientační příklady kompetencí sester vedoucích pozicí. Kompetence staničních sester dělí na odborné, zahrnující například, edukaci pacientů, ošetření chronických ran, aplikaci chemoterapií, zavádění katétrů a asistence u vybraných výkonů. Kompetence manažerské, zajišťující odborný dohledu pracovníků provádějící výkony pod odborným dohledem, sestrám bez registrací, školení nových pracovníků, audit v rámci oddělení, nebo v rámci zdravotnického zařízení, podílení se na

činnostech vedoucí ke zvýšení kvality ošetrovatelské péče a mentorování. Kompetence vrchních sester se podle Plevové liší nepatrně oproti staničním sestřím, a to v manažerské oblasti určování náplně práce a hodnocení podřízených. Z manažerských kompetencí hlavních sester se liší stanovením strategie a koncepce ošetrovatelské péče, přípravou k realizacím projektů týkající se podpory zdraví, celoživotního vzdělávání, zaváděním a kontrolou systému kvality a bezpečnosti, spolupráci na výzkumech do klinické praxe, organizací a koordinací nelékařských zdravotnických pracovníků, zahájení, řízení a ukončení adaptačních procesů (Plevová, 2012 s. 36). Podle Kotrby se kompetence sester na manažerské pozici liší oproti Plevové v tom, vykonávají kromě manažerských a odborných ošetrovatelských také personální a administrativní činnosti. Ve výjimečných případech zastávají pomocné neodborné činnosti a práce přesčas (Kotrba, 2010, s. 45- 150). Kotrba ve své práci shrnul skupiny pracovních činností vrchních a staničních sester v průběhu pracovní doby. Z pracovních činností sester manažerek, jako jsou vrchní a staniční sestry nejvíce času zabraly manažerské a personální činnosti od 30 % do 35%, zahrnující kontroly, vizity, porady, organizace týmu a chodu oddělení, plánování, personální činnosti či řešení interpersonálních konfliktů. Administrativní činnosti trvaly 21 % z pracovní doby a zahrnovaly veškerou administrativu, objednávání zdravotnického materiálu, zaškolení členů do týmu, pracovní telefonáty a korespondence. Odborné ošetrovatelské činnosti vrchním sestřím zabraly 32 %, zatímco staničním sestřím paradoxně trvaly jen 24 %, do této kategorie Kotrba zařazuje sebevzdělávání a studium, odborné výkony, komunikace s ošetřujícím týmem, edukace personálu a pacientů. Další skupinou jsou ostatní činnosti s množstvím od 15 % až 19 % obsahující kontrolu vlastních pracovních úkolů, komunikace se zevním prostředím, ostatní ztrátový čas, pomocné práce či neodborné ošetrovatelské činnosti. Do poslední skupiny je zařazena práce přesčas necelými 3 %. Nejfrekventovanější činností u obou pozic byla účast na vizitách. Administrativní práce, která trvá přibližně 100 minut denně, trvala oběma typům sester stejnou dobu (Kotrba, 2010, s. 45-150). Sestry na těchto pozicích musejí znát podrobně pracovní činnosti, které mají všeobecné sestry na jednotce uvedeny v náplni práce. Podle Twigga a kolektivu je jedním z nedůležitějších personálních činností sester manažerek, určit nejvhodnější počet sester, tak aby bylo možné zkombinovat ostatní zdravotnický personál, který by mohl poskytnout bezpečnou a kvalitní péči v rámci svých kompetencí (Twigg, 2011, s. 540-548).

Castille a Robinson píší, že nejefektivnější se zdá být zavedení nové náplně práce, která by upravovala optimální procento času, které by sestra měla strávit s pacientem. Pro sestry u

lůžka by mělo platit, že 80 % pracovního času by mělo být zaplněno ošetrovatelskými činnostmi z původních 51 %. Pro sestry manažerky je určen poměr 40 % pro odborné ošetrovatelské činnosti z původních 31 % u vrchních a 58 % u staničních, neboť sestry manažerky by neměly zanedbávat důležité činnosti týkající se organizace a koordinace oddělení a personálu (Castille, Robinson, 2011, s. 14 – 20).

Studie zjistila, že příliš rychle prováděné výkony vedou k většímu počtu chyb, naproti tomu pomalu prováděné výkony přispívají ke snížení výkonnosti. Jedním z předpokládaných důvodů vedoucích ke snížení výkonnosti je rychlá změna činnosti zapříčiněná přesunem pozornosti na následující činnost a to může omezit výkonnost prováděné činnosti. Je prokázáno, že přesun pozornosti je vnímán jako negativní jev a vyskytuje se bez ohledu na přístup či míru nacvičení daného výkonu (Westbrook, 2011, s. 1-12).

3.2 Časová náročnost práce sester v neoperativních oborech

Druhy zdravotní péče zákona 372/2011 podle §5 jsou rozděleny podle časové naléhavosti a podle účelu poskytnutí zdravotní péče. Podle časové naléhavosti dělíme zdravotní péči neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou. U lůžkové péče je nezbytná hospitalizace příjemce péče, standardně na dobu delší než 24 hodin. Péče je poskytována v nepřetržitém provozu a dle zákona je lůžková akutní péče, dále rozdělena formou intenzivní péče je poskytována u ohrožení, nebo selhávání základních životních funkcí. Standardní péči pacientovi lze poskytnout v případě provedení zdravotních výkonů a u náhlého zhoršení chronické nemoci, které nevedou k selhání základních životních funkcí (ÚZ, Zdravotní služby, 2014, s. 6-7).

Podle Australské observační studie na standardním lůžkovém oddělení sestry vykonávají činnosti, které jsou rozděleny do kategorie přímé a nepřímé ošetrovatelské péče. Přímá péče je spojena s pacientem jako osobou, nebo jeho rodinou, sestra poskytuje osobní hygienu, odborné ošetrovatelské výkony jako jsou převazy, odběry biologického materiálu, zajištění žilní linky, fyzikální vyšetření či posouzení pacienta. Nepřímá péče zahrnuje stanovení ošetrovatelských cílů a kritérií, plánování ošetrovatelské péče, hygienu rukou, kontrolu dokumentace, zajišťování převozu na jednotlivé vyšetření, sepsání a kontrolu osobních věcí. Kotrba nepřímou péči definuje jako činnosti vykonané mimo dosah pacienta,

kteřé s ním úzce souvisí. Na rozdíl od předchozí studie do nepřímé péče patří příprava léčiv, činnosti týkající se organizace, jako je předání služby, příjem a skladování materiálu. Mezi další podpůrné aktivity se zahrnují porady, kurzy vzdělávání, zaškolení nového člena týmu a v neposlední řadě osobní čas na pauzy, výjimkou jsou neplacené přestávky na obědy (Kotrba, 2010, s. 42, 144). Podle Westbrooka k činnostem nepřímé péče, které sestry vykonávají, patří také vedení, kontrola dokumentace o medikaci včetně přípravy léčiv a jejich aplikace. Vedení administrativ v podobě papírové a elektronické dokumentace, která obsahuje průběžné zápisy všech změn informací týkající se pacienta. Další podstatnou činností z nepřímé péče je profesionální komunikace mezi týmem či jiným oddělením, týkající se předání pacienta. Telefonování činnosti spojeny s chodem oddělení, příjmem pacientů. V neposlední řadě supervize a mentorování. Mezi osobní činnosti se řadí neprofesionální komunikace, přestávky, osobní telefonáty (Westbrook, 2011, s. 1-12).

Následná lůžková péče je poskytována stabilizovaným pacientům, u kterých zdravotní stav vyžaduje doléčení a rehabilitaci, ale také u pacientů závislých plně i částečně na podpoře životních funkcí. Dlouhodobá lůžková péče (LDN, hospic) poskytuje pacientům zejména ošetrovatelskou péči, u kterých zdravotní stav nelze zlepšit léčebně. Zdravotní péče, poskytována ve vlastním sociálním prostředí pacienta je tvořena návštěvní zdravotní službou, domácí péčí, kterou zahrnuje zejména ošetrovatelskou a paliativní péči (Zdravotní služby, 2014, s. 6-7). Co se týče péče, řazené do neoperativních oborů určené seniorům RN vedou ošetrovatelský tým. Pracovníci podílející se na péči o seniory jsou lékaři, RN pro lůžkovou péči a jiný necertifikovaný zdravotnický personál. Předními oblastmi pro zdejší model ošetrovatelské péče je zejména podpora zdraví. S tím souvisí zajištění vhodného prostředí, edukace a informovanost, či dohled nejen při podání léčiv a koordinaci péče. Časová tíseň je v této oblasti vysoká, přesto že RN mají možnost ovlivnit každodenní pracovní situace a určit priority. RN určují intervence, na které mají přidělené množství času. Určení priorit ovlivňuje to, o jaký typ bydlení pacienta se jedná. Zda senior žije ve vlastním bydlení, nebo v zařízení dlouhodobé lůžkové péče pro seniory. Prioritně navštívení příjemci péče jsou senioři žijící sami ve vlastním sociálním prostředí. RN především koordinují způsob péče a delegují intervence dalším nelékařským pracovníkům. Tyto činnosti vyžadují vhodné komunikační dovednosti a znalosti administrativní oblasti. Při propuštění seniora ze zdravotnického zařízení, nejčastěji z důvodu operace, musí být koordinace péče úspěšná. Zahrnuje spolupráci sociálních a jiných nelékařských pracovníků, neboť senioři jsou polymorbidní a průměrně mají sedm diagnóz, péče u nich je multioborová. Nejčastější onemocnění jsou charakteru

kardiovaskulárního, endokrinologického, neurologického a psychiatrického. Z důvodu snížené fyzické a kognitivní schopnosti pacienta, je nutné, aby pacient znal celý tým, který o něj pečuje. Ve Švédsku funguje poskytování ošetrovatelské a sociální péče prostřednictvím agentur či organizací. Pacient žádá sám o umístění do zařízení dlouhodobé lůžkové péče pro seniory, kde jsou zaměstnanci po celý den k dispozici. Většina ale žije ve vlastním sociálním prostředí. Důvodem proč pacienti žádají o přesun do domova pro seniory je, že pocítují nejistotu a bezmocnost, protože není možné zajistit kontrolu po celé hodiny kontrolu u něj doma. Byl zjištěn rozdíl, u pacientů v domově pro seniory, kde byl zaznamenán pokles nemocnosti. Namísto toho nebyl pozorován rozdíl týkající se funkčního stavu v závislosti na typu bydlení. Každé intervenci bylo přiděleno množství času od 4 do 30 minut. Intervence s nejkratší dobou trvání byly například výměna náplasti. Paradoxně nejvíce času na ošetrovatelské výkony bylo přiděleno pacientům pobývajícím v domově s pečovatelskou službou. Oproti tomu pacientům v domácím prostředí bylo více času věnováno v oblasti podpory zdraví a edukace. Pouze 38 % všech ošetrovatelských intervencí bylo prováděno RN, zbylých 62 % intervencí vykonávali ostatní zdravotničtí pracovníci (Norell, Ziegert a Kihlgren, 2013, s. 388-395).

Stárnutí populace způsobuje nárůst plně nesoběstačných obyvatel v dlouhodobě lůžkových zařízeních pro seniory s pečovatelskou službou. Informovanost týkající se této problematiky je důležitá pro rozdělení úkolů, plánování a hodnocení výkonů. Pracovníci strávili téměř 70 % svého času výhradně péčí o pacienta, tyto činnosti byly rozděleny do čtyř kategorií. Potřebné množství času vynaloženo přímou péčí a trvalo ž části 31 %, nepřímou péčí 18%, hodnocení rizika infekce 6 %, a dokumentováním se 4 %. Zvláště byly počítány přestávky 15 % (Qian S-Y, 2012, s. 1-8).

Anastasia Mallidou a její tým zjistili že, práce zdravotnických asistentů v lůžkových zařízeních pro seniory s ošetrovatelskou službou vykazuje vynikající výsledky, týkající se sníženého výskytu dekubitů, infekce močových cest a pádů. Asistenti standardně pracují v osmihodinových směnách. Většinu jejich pracovní doby stráví osobní péčí o pacienta v celých 52 %. Pracovní náplň zdravotnických asistentů je zaměřena především na fyzickou péči o pacienta. Potřebují však dostatek času, aby mohli poskytovat komplexní a kvalitní péči, tyto činnosti byly děleny do osmi kategorií. Počínaje osobní péčí trvající 52 %, dopomocí při jídle 8 %, socializací pacienta 1 %, pomocí se zapojením pacienta do běžných aktivit, papírovou administrativní činností 4 %, prací s elektronickou dokumentací 6 %, osobním časem 6 % a jinými činnostmi s 23 %. Asistenti pro vykonání jedné činnosti mají od 1 do 5

minut. Problematikou je jejich pracovní vytížení. V popředí péče bývá především navázání přátelského kontaktu s pacienty a jejich příbuznými, nicméně pracovníci udávali, že není čas ani na návštěvu toalety v průběhu směny. V důsledku vysokého pracovního nasazení, zdravotničtí asistenti nemají náladu naslouchat či dokonce komunikovat s pacienty. Podle studie na jednoho zdravotnického asistenta připadá asi 8 pacientů, zatímco k jedné registrované sestře připadne 15 asistentů. Zdravotničtí asistenti oponovali, že měli příliš mnoho práce a málo času nato, aby mohli ovlivnit efektivnější využití času. Tým Mallidou také zjistil časté přerušování mezi prováděnými výkony, což má souvislost prodloužení doby potřebné k výkonu. Nejčastějším podnětem k přerušení výkonu bylo odcházení od výkonu zejména pro materiál, které asistenty obvykle zdrželo na 1 až 3 minuty při vykonávání jedné činnosti. Mnoho času lze ušetřit, efektivnějším plánováním, eliminací neustálého odbíhání od výkonů, hledáním vybavení či zdlouhavým zajišťováním přepravy obyvatel. Navíc usnadněním některých výkonů, čímž lze zlepšit odbornost a zamezit stereotypním způsobům poskytované péče. Reorganizováním a eliminací těchto přerušování, lze zkvalitnit poskytovanou péči (Mallidou et al., 2013, s. 1229-1289). Podobně jako zdravotničtí asistenti byly sledovány NP v Nursing Homes, zajišťující ošetrovatelskou a pečovatelskou službu. Bylo zjištěno, že pacienti věnují 35 % času přímé péči a 25 % nepřímé péči. Na administrativní práci NP mají 20 %, chůzi po jednotce stráví 10 %, na přestávky a odpočinek zbývá 7 % a jiné činnosti 7 %. Z celkového času na směně NP tráví 46 % ve spolupráci s personálem z celého pracoviště. Činnosti, které mají v náplni práce, jsou komunikace a edukace, podpora životních funkcí, primární péče a péče o příbuzné (Kane et al., 2001, s. 1530-1534). Zavedením zdravotnických asistentů především v ambulantní péči má za následek přerozdělení činností RN z dříve nejdůležitější přímé péče na koordinaci a kontrolu (Jones, 2010, s. 188). Ambulantní péče je dělena na primární výhradně poskytovanou za účelem preventivním, diagnostickým, léčebným, posudkovou péčí a konzultací. Primární ambulantní péče zahrnuje, ambulance praktického lékaře pro dospělé, pro děti a dorost, zde navíc je součástí návštěvní služba v domácnosti, dále ambulance stomatologické a gynekologické. (ÚZ, Zdravotní služby, 2014, s. 6-7)

3.3 Časová náročnost práce sester v operativních oborech

Operativní obory Jarošová dělí na oddělení chirurgie, ortopedie, gynekologie, urologie, transplantační a ORL (Jarošová, 2008, s. 79). V Belgii RN stráví ošetrovatelskými činnostmi na chirurgickém oddělení 47,5 %, interním 46,4 % a geriatrickém 51 %. Z těchto výsledků přímou péčí stráví RN 32,2 % a nepřímou péčí 36,7% (Myny et al., 2010, s. 92 – 102).

Indická Studie, která byla provedena na chirurgické JIP se zabývala časem, který v průběhu 24 hodin RN věnovaly pacientům. Čas byl rozdělen na rutinní ošetrovatelskou péči zahrnující hygienu, oblékání, polohování, podávání stravy. Ošetrovatelské intervence, mezi které patří obsluha perfuzomatů, péče o žilní linky, tracheostomie, endotracheální intubace a hrudní drenáž. Monitoring, který má součástí záznamu hemodynamických, neurologických a respiračních parametrů a podávání léčiv trvá průměrně 180minut, hodnocen byl vždy čas po dobu 24 hodin od přijetí pacienta. U pacientů, kteří byli přijati na plánované operace, sestry strávily méně času kolem 800 minut, než u těch, u kterých byla provedena operace z vitální indikace 1000 minut. Oproti pacientům přijatých z urgentního příjmu či pohotovosti péče trvala 1200 minut. Nejnáročnější péče kolem 1100 minut je pro sestru je u pacientů s UPV. Oproti tomu u extubovaných pacientů péče trvala 600 minut. Sestry stráví 53 % z celkové doby na jednotce péči o tyto pacienty s UPV přijaté z vitální indikace, jejichž počet se pohybuje kolem 79 %. Extubovaní pacienti s nižší závislostí na intenzivní péči po plánované operaci, vyžadují sledování 9 hodin 18 minut proto, je adekvátní poměr jedna sestra pacient na dva až tři pacienty. Na druhou stranu u pacienta závislého na UPV je poměr jedna sestra a jeden pacient povinný, navíc lze se dožádat další sestry k dopomoci. Pro určení náročnosti péče o pacienta jsou sestaveny bodovací systémy TISS (z anglického Therapeutic intervention scoring systém, dále jen TISS) sloužící k určení druhů a množství vykonaných intervencí, na základě tohoto určení se stanovuje náročnost intenzivní péče a dále její nákladovost. Je zde porovnáván věk, pohlaví, diagnózy, druh ventilace. Další hodnotící systém TOSS (z anglického Time oriented scoring systém, dále jen TOSS). Množství poskytované ošetrovatelské péče ovlivňuje věk pacienta, onemocnění a druh intervencí, které jeho stav vyžaduje. Průměrná doba strávena sestrou u 1 pacienta byla průměrně 967 minut z 24 hodin. Monitoring pacienta průměrně trval od 140 do 300 minut za 24 hodin. Nejčastější intervence sestry na chirurgické JIP je péče o hrudní drenáž, žilní linky, tracheostomie, endotracheální intubace. (Raj, Sen a John, 2006, s. 15-20).

Zefektivněním ošetrovatelské péče v rámci odborných ošetrovatelských výkonů, činností souvisejících s chodem oddělení a neodborných činností se zabývala studie na chirurgických odděleních. Výzkumná oddělení jsou definována, jako oddělení s nižší potřebou přímé ošetrovatelské péče o pacienty. Studie byla provedena v rozmezí dvou let, na každém oddělení 7 dnů. 33 zúčastněných oddělení mělo 57 % RN, vysokoškolský titul BSN mělo 41 % sester a MSN pouhé 2 %. Studie zvolila tři hlavní cíle, vedoucí ke zkvalitnění ošetrovatelské péče, a to v oblastech dokumentace, podávání léčiv a koordinace péče. Byly provedeny změny v oblasti technologií, pracovních procesů a rozvržení výkonů, které napomohly umožnit lepší využití času. RN a LPN poskytující zejména přímou péči, byly vybaveny malým osobním digitálním asistentem. Toto zařízení měly dobrovolně umístěno na paži po dobu směny. Zařízení samo vyhodnocovalo a zaznamenávalo vše, kde se sestry pohybovaly. Následně přeneslo informace do EHR, které sestra případně upravila a doplnila. Studie se skládala ze čtyř základních protokolů dle písmen A, B, C, D.

Protokol A obsahoval informace související s elektronickou dokumentací, které zapisuje RN vykonávající činnost. Obsahuje informace od přijetí pacienta, posouzení, výpisy žádanek, plány péče, administrativa spojená s léčiv, informované souhlasy a propouštěcí ošetrovatelské zprávy. Do protokolu B, RN udávala vykonávanou činnost v průběhu služby, tím se zajistilo přesné odhadnutí pracovní činnosti. Protokol C hodnotil pohyb a místo, pomocí digitálního asistenta. Zjistilo se, že doba potřebná k přesunu po hodnocených chirurgických odděleních je v průměru 30 sekund. Nejčastěji se RN pohybovala na sesterně v 39 %, na pokoji pacientů 31 %, v prostorách oddělení 24 % a mimo oddělení 7 %. Protokol D hodnotil fyziologickou odpověď sestry, především stresovou zátěž, teplotu kůže, vzdálenost a rychlost chůze, pulz a energetický výdej. Výsledky z protokolu D ukazují, že v pracovní době RN ušly průměrně 5 km. Za plýtvání času bylo označeno čekání, hledání, transport materiálu, doručování. Nejvíce času strávily sestry na chirurgických odděleních vedením ošetrovatelské dokumentace s 35 %, manipulací a podávání léčiv 17 %, koordinací péče 21 %, činnostmi odborné ošetrovatelské péče v 19 % a posouzením pacienta včetně fyziologických funkcí 7,2 %. Sestry a ostatní personál mnohokrát musejí přepisovat informace v dokumentacích, tímto stráví hodně času a přispívají k chybám při transkripci. Papírová dokumentace je navíc často mezi oddělení duplicitní, z důvodu nedostatku místa pro značení ošetrovatelských problémů individuálně u každého pacienta. Výsledkem pak je roztržitá péče. Ze stran vedení jsou vkládány naděje, že používání pouze EHR zlepší výsledky péče. Celkové výsledky ukazují, že sestry věnovaly značný podíl času dokumentaci, podávání léčiv, koordinaci péče, ale méně

samotnému pacientovi. Současným trendem je vytvořit efektivnější pracovní prostředí, které hladce podporuje činnosti přímé péče o pacienty. Navrhovaná technologická opatření spočívají v bezdrátové síti a dodání přenosných elektronických zařízení v podobě tabletů, pro aktuální vkládání informací o pacientech. (Hendrich, 2008, s. 25 – 34).

Průřezový průzkum byl prováděn v USA na chirurgických intenzivních jednotkách, kde by se RN chtěly více zaměřit na přímou péči o pacienta. Na chirurgii se RN nejčastěji setkávají s intervencemi jako je aplikace intravenózních katétrů, kontrola vitálních funkcí, ošetření ran, nebo podávání léčiv. Autonomie a koordinace práce RN je ale charakterizována nedostatečnou časovou dotací a přísným dodržováním termínů časového harmonogramu. Vlivem tohoto průzkumu se zvýšilo povědomí o tom, jak čas důležitý k uspokojení potřeb pacienta (Jones, Yoder, 2015, s. 323 – 330).

3.4 Význam a limitace dohledaných prostředků

Časová tíseň je vnímána rizikově v oblasti ošetrovatelské péče přesto mají sestry možnost jejich každodenní pracovní činnosti ovlivnit a učinit priority (Norell, Ziegert, Kihlgren, 2013). Současným trendem je vytvořit efektivnější pracovní prostředí, které podporuje činnosti přímé péče o pacienty (Hendrich, 2008, s. 25 – 34). K tomu aby sestry mohly poskytovat více přímé péče, je potřeba i ušetřit čas v jedné z oblastí, a to buď administrativní, oblasti osobních činností, manažerských případně ošetrovatelských. Problematika by měla být koordinována ze strany vedení (Jones, 2010, s. 185-196).

Existuje několik technik, které lze využít při strategii lepšího využití času. Paretovo pravidlo, které zjednodušeně ukazuje, že při dobrém řízení času lze s menším asi 20% úsilím dosáhnout většího 80% výsledku. Vytvářením rozvrhů pracovních činností podle způsobilosti a kvalifikace personálu lze také ušetřit čas (Kotrba 2010, s. 49). Zdroje poznatků jsou limitovány z několika důvodů. V ČR nejsou prováděny adekvátní studie mimo bakalářských a magisterských prací, které nejsou dostatečně prověřeny. Důležité je tedy ujasnění priorit od úkolů, které snesou odklad (Plevová, 2012, s. 261- 265). Využití strategie časového managementu praktická metoda k šetření času, strukturalizaci a splnění cílů (Grohar- Murray a DiCroce, 2003, s. 185). Proto je klíčové sjednání času mezi členy v organizaci ošetrovatelského týmu. (Jones, Yoder, 2015, s. 323 – 330). Časová tíseň negativně ovlivňuje

schopnost sestry, ty mohou zvážit způsoby, jak omezí počet telefonátů za službu, které zabírají sestřím mnoho času sestřím. Další limitací byla nejasná specifikace všech pracovníků a pozic sester z hlediska náplně práce a jejich kompetencí. Dle dalšího doporučení by mohl být navýšen počet RN na ošetrovacích jednotkách (Ching, Feng-Ju, Tin-An, 2010, s. 275-284). Pouze 38 % všech ošetrovatelských intervencí je prováděno RN, zbylých 62 % vykonávají ostatní zdravotničtí pracovníci. Doporučuje se do péče zapojit rodinu. (Norell, Ziegert a Kihlgren, 2013, s. 388-395). Odhaduje se, že sestry zaměstnané na lůžkovém oddělení stráví více než 20 % času v pracovní směně koordinací péče (Jones, Yoder, 2015, s. 323 – 330). Čas stráven sestrami přímou péčí o pacienta byl stanoven jako zásadní ve zlepšení výsledné péči o pacienta a neměl by překračovat množství nepřímé péče (Westbrook at al., 2011, s. 1-12). Jako problematické se jeví provádění dvou činností současně, které bylo zjištěno až ve 43 %, což se odráží na kvalitě péče (Abbey, Chaboyer, Mitchel, 2012, s. 13-22).

Pro zkvalitnění péče nejen na JIP je nutné, učinit změny v technologiích a pracovních procesech, neboť sestry na oddělení ujdou více než 5 km v průběhu pracovní doby. Doporučuje se využívat bezdrátové komunikace a možnosti EHR, která ušetří až 37 minut ve srovnání s papírovou dokumentací (Mallidou et al., 2013, s. 1229-1289). Dohledané poznatky jsou limitovány nepříliš známým tématem ve zdravotnictví. Studie jako největší problém vidí nedostatek personálu v řadách zdravotnických asistentů, kterých by na jednu sestru mělo připadat 15, a z toho na jednoho zdravotnického asistenta 8 pacientů. Osobně považuji dohledané poznatky jako podnět ke studii ve zdravotnických zařízeních ČR, neboť zjištění aktuální situace o naplňování kompetencí všeobecných sester z hlediska času, by mohlo mít pozitivní vliv na aplikaci individuálně vytvořených technik k ušetření času v praxi. Byla by vhodná spolupráce pro vytvoření podobného průzkumu z řad ošetrovatelských a ekonomických pracovníků ve zdravotnictví. Vytvořené techniky by napomohly sestřím tím, že by v budoucnu mohly čas trávit skutečně přímou péčí, kterou mají zakotvenou ve svých kompetencích, ne jen s pacientem v dokumentech. Navíc takové množství času stráveno administrativními činnostmi namísto věnování se pacientovi mu sestra již nikdy nevrátí.

ZÁVĚR

Prvním cílem přehledové bakalářské práce bylo doložit poznatky o organizaci časového managementu sester a prezentovat dohledané informace se zaměřením na zlepšení časové organizace sester v praxi a s tím související kvality poskytované ošetrovatelské péče. V práci je zmíněna i část ošetrovatelského managementu, neboť úzce souvisí s problematikou řízení času v ošetrovatelství. Primárně by složky efektivní organizace a určování priorit měly vycházet z kompetencí členů týmu ve vedoucích pozicích, jako jsou vrchní a staniční sestry. Všeobecné sestry na úrovni liniového managementu mají stejně tak jako výše postavené sestry, manažerské kompetence a každá sestra v závislosti na druhu oddělení má jiné možnosti pro organizaci času. Praktické rady k ušetření času v praxi sester lze obecně využít k zefektivnění práce. Pro naplnění prvního cíle jsem využila české bibliografické i elektronické zdroje, které jasně shrnuly problematiku cíle a doporučení ke zlepšení organizace. Zároveň je v prvním cíli věnována kapitola zabývající se časovými analýzami. Rozdílné techniky či škály pro analýzu času pracovních činností sester mají v každém zdravotnickém zařízení jiné.

Druhým cílem bylo předložit dohledané informace o naplňování kompetencí všeobecných sester z hlediska času. Z hlediska kompetence a dosaženého vzdělání má každý zdravotnický pracovník jinou roli. Větší množství přímé péče proto poskytují zdravotničtí asistenti, kterých má mít sestra v poměru na jednoho asistenta patnáct. Nejvíce přímé péče proto sestry a zbytek personálu věnovaly seniorům, z chirurgických oborů to byli pacienti zajištění UPV. Například aby byla zajištěna kvalitní péče ze strany RN s využitím jejich kompetencí, musel by být na JIP poměr jedna sestra na jednoho pacienta. Poměr je dodržován v závislosti na typu JIP, nicméně by se RN měla vždy dožádat pomoci další RN. Poskytováním přímé péče v průměru sestry strávily téměř polovinu pracovní doby, což je vhodné k naplnění ošetrovatelských odborných kompetencí. Využití EHR si v budoucnu najde své místo, neboť je ekonomická a nebylo zjištěno mnoho negativních zkušeností. Nejdiskutovanější důvod nepoužívání EHR byl ten, že sestry nebyly dostatečně informovány a možnostech a funkcích používání EHR. Oba cíle byly naplněny.

REFERENČNÍ SEZNAM

ABBEY, M; CHABOYER, W; MITCHELL, M. Understanding the work of intensive care nurses: a time and motion study. *Australian Critical Care: Official Journal Of The Confederation Of Australian Critical Care Nurses*. Australia, 25, 1, 13-22, Feb. 2012. ISSN: 1036-7314. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731411001378>

ALEXANDER, Margaret F. a Phyllis J. RUNCIMAN. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-392-9.

BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. ISBN 978-80-7357-661-5.

BRYCE, Julianne, Elizabeth FOLEY a Julia REEVES. In celebration of Nurse Practitioners. *Australian Nursing and Midwifery Journal* [online]. 2015, vol. 23, no. 4, s. 29. ISSN 22027114. Dostupné z: <http://search.proquest.com/nahs/docview/1759300828/8CD6ED2987654092PQ/2?accountid=16730>

CASTILLE, K; ROBINSON, J. Balancing quality with productivity. *Nursing Management - UK*. 18, 2, 14-20, May 2011. ISSN: 13545760. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=54fbbf8b-aa4d-441a-9e28-80ed2caa226a%40sessionmgr4003&hid=4101>

ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 14. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244. Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 3. března 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. In: Sbírka zákonů České republiky. 2004, částka 30, s. 1452-1480. ISSN 1211-1244. Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=30&typeLaw=zakon&what=Cislo_castky.

DONATI A. et al. The impact of a clinical informatics system in an intensive care unit. *Journal of Clinical Monitoring and Computing* (2008) 22:31–36 DOI: 10.1007/s10877-007-9104-x. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10877-007-9104-x>
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18038184>

DOWNING, W. et al., *The impact of an electronic health record on nurse sensitive patient outcomes: an interrupted time series analysis*, American Medical Informatics Association, 2012;19:615-620. doi:10.1136/amiajnl-2011-000504. Dostupné z: <http://jamia.oxfordjournals.org/content/19/4/615.short>

GARDNER G., GARDNER A., MIDDLETON S., DELLA P., KAIN V. & DOUBROVSKY A. The work of nurse practitioners. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66(10), s. 2160–2169. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05379.x. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05379.x/abstract>

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 280 s. ISBN 80-7226-996-8.

GHOLIZADEH, M., et al., (2014). How Do Nurses Spend Their Time in The Hospital?. *Journal Of Clinical Research & Governance*, 3(1), 27-33.

Doi: <http://dx.doi.org/10.13183/jcrg.v3i152>

GROHAR-MURRAY, Mary Ellen a Helen R DICROCE. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Přeložil Jana HEŘMANOVÁ, přeložila Věra TOPILOVÁ. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. 317 s. ISBN 80-247-0267-3

HENDRICH, A; et al. A 36-hospitaltime and motion study: how do medical-surgical nurses spend their time?. *The Permanente Journal*. United States, 12, 3, 25-34, 2008. ISSN: 1552-5767. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3037121/> –

HUNTINGTON, A. et al. Is anybody listening? A qualitative study of nurses' reflections on practice. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2011, 20(9-10), 1413-1422. [cit. 7. 11. 2012]. ISSN1365-2702. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03602.x/pdf>.

HURST, Keith. How much time do nurses spend at the bedside?. *Nursing Standard (through 2013)*. 2010, vol. 24, no. 52, s. 14. ISSN 00296570.

Dostupné

z: <http://search.proquest.com/docview/751423511/AE78457D734543C2PQ/1?accountid=16730>

CHING-I, T; FENG-JU, H; TIN-AN, C. Nurse-perceived time pressure and patient-perceived care quality. *Journal of Nursing Management*. 18, 3, 275-284, Apr. 2010. ISSN: 09660429. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=f0cc40e4-181e-40ad-8dfa-ae8d6f1e0374%40sessionmgr105&hid=107>

JAROŠOVÁ, Darja. *Základy managementu ve zdravotnictví* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006b, 34 s. [cit. 2010-09-26]. Dostupné z WWW: <<http://projekty.osu.cz/mentor/II-management%20v%20ošetřovatelství.pdf>>.

JAROŠOVÁ, Darja. *Organizace a řízení ve zdravotnictví*. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-605-5.

JONES, T. L,R.N., PhD. A Holistic Framework for Nursing Time: Implications for Theory, Practice, and Research. *Nursing Forum* [online]. 2010, vol. 45, no. 3, s. 185-96. ISSN 00296473.:10.1111/j.1744-6198.2010.00180.x. Dostupné z:<http://search.proquest.com/nahs/docview/746766752/7729B9F2C9CA4737PQ/1?accountid=16730>

JONES, T. L,YODER, LINDAH, Dimensions of nurse work time: Progress in instrumentation , *Nursing & Health Sciences*,2015, Vol. 17.,Issue 3, s. 323 - 330.doi.org/10.1111/nhs.12191, Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nhs.12191/abstract;jsessionid=B3A04B37562EFD02CFA96959A012DBDB.f01t01>

KANE. R. L., et al. How Ever Care nurse practitioner spend thei rtime. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2001, Volume 49, Issue 11, pages 1530–1534, November 2001. 2001 DOI: 10.1046/j.1532-5415.2001.4911249.x. Dostupné z:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1532-5415.2001.4911249.x/abstract;jsessionid=E19773A22CF163E07110FAD19A32CCB8.f01t02>

KOTRBA, Tomáš. *Struktura pracovních a manažerských činností zdravotních sester v řídicích funkcích*. Brno, 22. 2. 2010 [02_04_2016]. Dostupnost, disertační práce. Provozně ekonomická fakulta, Mendelova Univerzita. Vedoucí kvalifikační práce: Prof. Ing. Pavel Tomšík, CSc.

LEARN HOW TO BECOME: How to become a nurse practitioner: Nurse practitioner programs and careers [online].: 2015 [cit. 19-1-2015]. Dostupné z<http://www.learnhowtobecome.org/nurse/nurse-practitioner/>

LIDSTOPAD Kateřina: Vzdělání Registrovaných sester ve Spojených státech amerických [online]. Sestra, Zdraví euro : 2010 [cit. 19-1-2016]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vzdelavani-registrovanych-sester-rn-ve-spojonych-statech-americky-450428>

MADAR, Jiří a kolektiv. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení: vážně i nevázně k prosperitě nemocnic a spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 248 s. ISBN 80-247-0585-0

MALLIDOU, AA; et al. Health care aides use of time in a residential long-term care unit: A time and motion study. *International Journal of Nursing Studies*. Netherlands, 50, 9, 1229-1239, Sept. 2013. ISSN: 0020-7489. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912004373>

MIKŠOVÁ Z., ŠAMAJ. M., MACHÁLKOVÁ L., IVANOVÁ K. *Full filling the competencies of members of a nursing team*. *Kontakt 2014; 16(2): e108–e118*. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1212411714000208>

MYNY.D. , VAN GOUBERGEN D. , LIME` RE V. , GOBERT M. , VERHAEGHE S. & DEFLOOR T. (2010) Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset. *Journal of Advanced Nursing* 66(1), 92–102.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05152.x. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=ff2de57d-534c-485d-9924-0fb764c92cb2%40sessionmgr4004&hid=4101>

NMC: Becoming a nurse [online]. Nursing a Midwifery Council: 2015 [cit. 19-1-2016]. Dostupné z: <https://www.nmc.org.uk/education/becoming-a-nurse-or-midwife/becoming-a-nurse/>

NORELL, M; ZIEGERT, K; KIHLOGREN, A. Care priorities- Registered Nurses' clinical daily work in municipal elderly care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27, 2, 388-395, June 2013. ISSN: 02839318. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=3ba35b84-dcdd-482f-ae87-1108255102ae%40sessionmgr4001&hid=4109>

PLEVOVÁ, Ilona. Et al. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

QUIAN SI-YU et al. The Work Pattern of Personal Care Workers in Two Australian Nursing Homes: A Time-Motion Study. *BMC Health Services Research* 12 (2012): s. 1-8.305. PMC.;12:305. doi:10.1186/1472-6963-12-305. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3470967/>

RAJ, JP; SEN, N; JOHN, KR. Factors influencing nursing care in a surgical intensive care unit. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. Vol. 10, isme 1, 15-20, Jan. 2006. ISSN: 09725229. Dostupné z: <http://www.ijccm.org/article.asp?issn=0972-5229;year=2006;volume=10;issue=1;spage=15;epage=20;aulast=Raj> článek 24

Sbírka předpisů České Republiky, *Vyhláška 2/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vyhlasaka-c2/2016-sb-kterou-se-meni-vyhlasaka-c55/2011-sb-o-cinnostech-zdr_11250_2439_11.html

ŠKRLOVI, Petr a Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. Vyd. 1. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1

Úplné znění, ÚZ č. 1044 – *Zdravotní služby: redakční uzávěrka*. Ostrava: Sagit, a.s., 2014, s. 256. ISBN 978-80-7488-070-4.

TWIGG, D; et al. The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data. *International Journal Of Nursing Studies*.2011.England vol., 48,issue 5, s. 540-548, May 2011. ISSN: 1873-491X. Dostupné z:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748910002415>

WESTBROOK, J. I. et al.How much time do nurses have fo rpatients? a longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interaction swith health professionals. *BMC Health Serv Res*. 2011 Nov 24;11:319. doi: 10.1186/1472-6963-11-319. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/319/prepub>**ČLÁNEK 9**

WRIGHT, S., MCSHERRY, W., How much time do nurses on patient care? [online]. *Nursing times*, 2013, 109 issue, s. 5 [cit. 2016-06-01]. Dostupné z:
<http://www.nursingtimes.net/Journals/2013/08/09/h/h/q/140813-How-much-time-do-nurses-spend-on-patient-care.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

BSN	Bachelor of science in nursing
EHR	Electronic health rekord
MSN	Master of science in nursing
NHPPD	Nursing hour per patient day
RN	Registreted Nurses
LPN	Licensed practitional nurses
NP	Nurse practitioner
EHR	Electronic health rekord
JIP	Jednotka intenzivní péče