**Sledování ošetřovatelského personálu při předávání služby zaměřené na pacienta s dodržováním kontrolního seznamu**

**– projekt na zvýšení kvality péče**

Předání služby zdravotních sester na jedné směně je důležité, protože má dopad na ukazatele péče, jako je bezpečnost, spokojenost, pacientů a kontinuita. Předávání sester bylo také kritizováno a označeno za nestrukturované a neúčinné. Pro zlepšení předávání a zapojení pacientů a jejich blízkých do tohoto procesu byl v Karolinské Univerzitní Nemocnici, Švédsko vytvořen model **předávání zaměřené na pacienta (PCH)** prováděné u lůžka nemocného. Tato studie informuje o dodržování kontrolního seznamu použitého pro nově zavedený motel PCH ze strany ošetřujícího personálu. Na dvou oddělení akutní péče bylo pozorováno 43 PCH za použití strukturovaného protokolu. Žádná ze sledovaných PCH neobsahovala všechny z dílčích bodů z kontrolního seznamu. Kontrolní seznam byl použit u 18 z pozorovaných předání. Statisticky, významně vyšší počet kontrolních bodů obsahovalo předání za použití kontrolního seznamu PCH (6,4 vs. 4,5 dílčích bodu, p <0,05). Průměrná doba strávená PCH byla 6 minut. U 56 % se pacienti aktivně účastnili předávání služby. Celkově je potřeba zlepšit dodržování kontrolního seznamu u ošetřujícího personálu. Z pozorování vyplívá, pokud dojde ke školení v komunikaci, bude předpoklad k vytvoření předávání zaměřené na osobu.

**Úvod**

Klinická výměna informací je nezbytnou součástí zdravotní péče, zvyšování kvality, kontinuitu, bezpečnosti, týmové práce a soustředění na pacienta (1–3). Předání zdravotnického personálu bylo popsáno jako „přenesení odpovědnosti za některé aspekty péče o pacienta nebo skupinu pacientu na jiného zdravotníka nebo skupinu na dočasnou nebo trvalou bázi“ (4). Ošetřovatelské „služba službě“, předání služby jsou uznány za složité a často přehlížené části výměny informacích, což může mít dopad na bezpečnost, spokojenost pacientů a také kontinuitu péče a další klinické výsledky (5). Ošetřovatelské předávání služby bylo silně kritizováno za to, že jsou nestrukturované, neúčinné, časově náročné a nesoustředěné na pacienty (6–8). Nejčastěji využívaný model sester je (1) ústní nebo písemné předání služby, které jsou často prováděny na sesterně bez možnosti účasti pacienta nebo jejich blízkých. Předání služby u lůžka je fyzické předání s účastí pacienta, jejich blízkými, pokud jsou přítomni a sestrami (9). Dva systematické průzkumy hodnotily různé modely předání (10,11). Autoři obou recenzí dospěli k závěru, že nelze doporučit žádný konkrétní model předávání služby sester oproti jiným. Bylo však doporučeno, aby předávání služby zahrnovalo výměnu informací a zapojení pacientů, také strukturovanou dokumentaci a dostatečné IT možnosti na podporu postupů (10). Tradiční pohled na pacienta jako pasivního příjemce péče byl zpochybněn výsledky výzkumu a také nedávnou legislativou v mnoha zemích (12–15). Navzdory tomu nedávné švédské zprávy naznačují nedostatečnou účast pacientů (16,17). V literatuře se často zaměňují pojmy jako účast a zapojení pacienta. Cahill však ve své koncepční analýze představuje tříúrovňový hierarchický model, přičemž první úroveň je jednosměrný proces, kde pohled pacienta je přehlížený. V druhém stupni je obousměrný proces, kdy každý přispívá do procesu péče. Nejvyšší žádoucí úroveň je partnerský model, kdy pacient a zdravotníci mají uzavřenou ústní nebo písemnou dohodu. Aktivní účast pacientů je uváděna pouze prostřednictvím vzájemných vztahů a společného rozhodování mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče (18). Flink et kol. (19) také popisuje tři různé úrovně účasti pacientů. V tomto modelu 1 je úroveň pacienta pasivní, zatím co zdravotnický personál má vedoucí úlohu. V druhém modelu podle Flink et kol. je vzájemný vztah pacient a zdravotník, sdílejí odpovědnost a vyměňují si podstatné informace, které jsou přínosem pro pacienta i personál. Flink et kol. (19) a Cahill (13) poukazují na přínos aktivní účasti pacientů na předáních služby. Předání služby mohou pacienti využít k získání informací a diskutovat s personálem o jakýchkoli záležitostech o zdraví. Pro personál to může být každodenní příležitost, získat informace o pacientech z první ruky, včetně preferencí, a tím zlepšit soustředění na pacienta. Péče zaměřená na pacienta (PCC) má zajistit, aby pacienti a poskytovatelé zdravotní péče byli v péči rovnocennými partnery, partnerství je proto považováno za klíčovou složku. Maatta et kol. (20) diskutuje o pojmu partnerství a možných obtíží z důvodu nejasnosti samotného pojmu, pokud jde o provádění PCC. Podle Ekmana a kol. (21) partnerství v PCC je založeno na vzájemné dohodě mezi zúčastněnými stranami a přesunu moci ve prospěch pacienta. Toto lze dosáhnout začleněním pacientů a jejich blízkých do rozhodování o péči, přičemž jde o odborníky na jejich vlastní život v kooperaci se zdravotníky zajišťující co nejlepší výsledek. Zodpovědností každého zdravotníka je nabádat pacienty, aby se ujali aktivní role, a současně brát zřetel na individuální schopnosti, práva a osobní hodnoty (21). Intervence podporující PCC prokázaly pozitivní vliv na spokojenost pacientů (22,23) bezpečnost (24) a‚ část pacientů (17,25). Na onkologickém oddělení Univerzitní Nemocnice Karolinska (26), vyvinuli, realizovali a vyhodnotili předání mezi zdravotníky zaměřené na pacienty PCH. Model PCH se skládá z pěti skupin A. příprava, B. úvod, C. výměna informací, D. zapojení pacienta, E. bezpečnostní kontrola) na základě standardního operačního postupy pro předání u lůžka (27) a SBAR (situace, původ, hodnocení, doporučení) komunikační protokol (28). SBAR, který byl původně vytvořen pro mezi profesní komunikaci, prokázal výhody při předání směn mezi sestrami a přispěl ke zvýšení struktury, formy, komplexnosti a aktivní účasti pacientů (29,30). Byl vytvořen kontrolní seznam, který má pomoci zdravotníkům zajistit strukturovanou a standardizovanou výměnu informací během PCH. Model PCH poté byl opraven pro nový účel. Realizace byla zahájena opakovanými přednáškami, workshopy a hraním rolí (jednodenní školení pro všechny zaměstnance oddělení). Během těchto dnů mohli zaměstnanci diskutovat, vznášet obavy a vyzkoušet si různé role v modelu PCH. Kontrolní seznam a informační leták byly ve spolupráci se zaměstnanci oddělení upraveny tak, aby vyhovovali novému účelu. Průběh projektu se projednával na měsíčních pravidelných schůzkách (účastnil se alespoň jeden výzkumný pracovník) během celé fáze plánovaní a průběhu. Připomínky PCH byly dalším krokem v průběhu s cílem najít slabá místa, která vyžadují další akce/školení. Model byl poté realizován a vyhodnocen na dvou odděleních centra pro gastrointestinální onemocnění ve stejné nemocnici, ve spolupráci studijní skupiny s vedením oddělení. Richer et kol. (3) popisuje význam přizpůsobení postupů předávání konkrétnímu kontextu pro větší úspěch provedení, včetně souladu s novým modelem. Doba přidělená pro přípravu PCH byla přibližně půl hodiny (pro čtení elektronické dokumentace, ERH).

**Cíl**

Cílem tohoto projektu bylo zvýšit kvalitu poskytované péče, popsat a zhodnotit zdravotnický personál (RN, nurse assistants, NA)

**Metody**

Projekt na zvýšení kvality péče byl uskutečněn na dvou odděleních univerzitní nemocnice. Zaměstnanci obou oddělení měli stejný pracovní plán se službami 8–8,5 hodiny a někteří zaměstnanci pracovali v nočních službách (10 hodin směna). Obě oddělení se specializují na chirurgii dutiny břišní, hepatologii, intenstinální chirurgii. Také poskytují nepřetržitou chirurgickou a lékařskou péči dospělým pacientům. Příjem pacientů je akutní nebo plánovaný. V tabulce 1 je uveden počet lůžek, medián délky hospitalizace pacienta, index pracovní zátěže, poměr zaměstnanců, počet sester (s délkou praxe, roky). V důsledku zavedení PCH nebyli provedené žádné změny ve službách personálu – předání probíhala při překrývání služeb mezi ranní a noční službou. Pozorování byla prováděna v náhodných dnech v intervalu po třech měsících, tři až sedm měsíců po zavedení PCH. Dny byli vybírány tak, aby se zamezilo pozorování ve stejný pracovní den a také ve státní a jiné svátky, které nejsou vhodné k výzkumu. Například jsme se vyhnuli pozorování na stejném oddělení více dní po sobě, protože hrozilo vysoké riziko již pozorovaných pacientů. Strategií projektu, byla úzká spolupráce mezi třemi výzkumníky, a managementem (vrchními sestrami, hlavní sestrou) a klinickými pracovníky. Všichni pracovníci byli zapojeni do každé části procesu výzkumu.

 *Pozorování*

 Údaje z pozorování byli shromažďovány prostřednictvím přímých a strukturovaných pozorování. Pozornost byla zaměřena na dodržování kontrolního seznamu ošetřujícím personálem během PCH. Každé pozorování se řídilo stejnou strukturou uvedenou v pozorovacím protokolu, který vypracovala výzkumná skupina. Protokol pokrýval model PCH. To zahrnovalo 13 položek rozdělených do 5 bodů a pod bodů (A1 příprava, B1–2 úvod, C1–3 výměna informací, D1–3 zapojení pacientů, E1–6 bezpečnostní kontrola). Tabulka 2. provedené složky PCH spolu s vyhotovenými poznámkami (čas potřebný pro každou část, počet zúčastněných osob, zda byl použit kontrolní seznam PCH (ano/ne), počet a důvod přerušení) byli zadokumentovány do sledovacího protokolu PCH výzkumníků. Do sledování nebyl zahrnutý personál agentury. Úroveň účasti pacientů byla podle Flink a kol. (19) zařazena do kategorií „pasivní pacient, personál s vedoucí úlohou“ (D1), „trpělivý a personál sdílející odpovědnost, výměna informací“ (D2) nebo „aktivní pacient s vedoucí úlohou (D3)“. Všechna pozorování prováděla stejná odborná sestra, která měla předchozí zkušenosti s PCH. Byla přítomna, jako součást ošetřujícího týmu, během celého sezení PCH, aniž by zasahovala do pozorování. Tato sestra byla stálým zaměstnancem a byla obeznámena s rutinou a organizací. Byla však zaměstnána na jiném nemocničním oddělení, což znamená, že osobně neznala personál ani pacienty na odděleních, kde pozorování prováděla. Žádný pacient nebyl pozorován více než jednou. Pozorovatel vedl seznam pozorovaných pacientů, který obsahoval pouze iniciály pacientů, rok narození, oddělení a datum pozorování. Tento seznam byl uložen v zamčené skříni a po celou dobu byl k dispozici pouze pozorovateli. Po ukončení sběru dat pozorovatel seznam pacientů skartoval.

*Etické úvahy*

V rámci tohoto projektu zvyšování kvality, byly údaje shromažďovány pozorováním, což je totožná metoda, která se používá pro sběr údajů pro jiné ukazatele kvality, jako jsou výstupy citlivé na zdravotní sestry. Pravidelně je například pozorována interakce pacienta se zdravotní sestrou v souvislosti s podáváním léků, v souladu se švédskými národními pokyny pro kvalitu péče. V obou případech jde spíše o odborníky než o pacienty. V důsledku toho nebyly v rámci tohoto projektu shromážděny žádné údaje o charakteristikách pacientů. Model PCH byl vytvořen již před sběrem údajů a tvořil základy pro hodnocení. Při přijetí však všichni pacienti obdrželi písemnou informaci popisující PCH, včetně odstavce o dobrovolnosti a možnosti se odhlásit. Tato informace zahrnovala také rodinu pacienta, pokud byli přítomni při předání. Ošetřující personál dal před každým pozorováním svůj ústní souhlas. Navzdory neexistenci postupu informovaného souhlasu, byla během pozorování přijata veškerá opatření na ochranu pacienta. Formální etické schválení nebylo nutné, protože projekt byl součástí hodnocení standardního postupu péče. Projekt byl schválen vedoucím odboru.

*Analýza dat*

Byla shrnuta a popsána četnost a podíly sledovaných kontrolních složek PCH, míra účasti pacienta a další položky protokolu sledování. Byly provedeny nespárované t-testy, které testovaly rozdíly v použití kontrolních seznamů (ano/ne) v čase potřebném pro PCH u lůžka (s kontrolním seznamem nebo bez něj) a v počtu provedených složek (A-E) během PCR (s kontrolním seznamem nebo bez něj).

**Výsledky**

Během března až května 2016 bylo provedeno celkem 43 pozorování PCH. Rozdíly mezi odděleními, pokud jde o počet lůžek, délku pobytu, pracovní zátěž, poměr zaměstnanců, úroveň vzdělání všeobecných sester (RN) a roky praxe, jsou uvedeny v tabulce 1. Žádné ze 43 sezení PCH nezahrnovalo všech 13 dílčích složek kontrolního seznamu PCH. Kontrolní seznam byl použit na všech sledovaných sezeních s výjimkou dvou, zatímco na oddělení X vůbec ne. Statisticky vzato byl při použití kontrolního seznamu pozorován vyšší počet bodů zahrnutých do PCH sezení (6,4, SD 1,7 vs. 4,5 bodů, SD 1,3, p <0,05). Průměrná doba strávená pozorováním PCH u lůžka byla 6 minut (v rozmezí 2 až 13 minut). Při použití kontrolního seznamu byla průměrná doba 6,7 minuty, SD 2,1 oproti 4,8, SD 1,3, pokud kontrolní seznam nebyl použit (p <0,005). Provedené součásti každé schůze PCH (A, B, C a E s bod bodmi) jsou uvedeny na obr. 1a (oddělení X) a 1b (oddělení Y). Výsledky pro komponentu D a bod bodu E3 jsou uvedeny v tabulce 2. Většina pacientů (91 %) nebyli informováni, nebo jim nebylo připomenut postup předání před pozorováním PCH (složka A). Ve většině případů byly úvody (komponenta B1-2) provedeny podle kontrolního seznamu. Počet zúčastněných pracovníků se během předání pohyboval od 3 do 8 zdravotníků. Údaje o přítomném personálu a jeho blízkých, době strávené nad PCH B-E, přítomnosti kontrolních seznamů PCH a počtech přerušených PCH na oddělení jsou uvedeny v tabulce 2. Soulad se složkou C (výměna informací) byl různý, vyšší soulad u „plánovaných ošetřovatelských činností“ (C1) a „vyvarování se žargonů“ (C2), ale u shrnutí sestrouC3). U šesti pod bodech E, kontrola bezpečnosti, byli zjištěny podstatné rozdíly a byly vyšší při použití kontrolního seznamu (2.3 vs. 1.1). Nejvyšší shoda byla zjištěna u úkolů zaměřených na přiřazení (kontrola náramků pro ID, E1 a probíhající infuze, E3). V 9 (21 %) sezeních PCH pacienti podstoupili pokračující infuze. Pět z nich (56 %) nebylo zkontrolováno podle pokynů lékaře (ID, obsah, dávka, rychlost), tabulka 2. Jen některé z těchto pozorování zahrnovalo komunikaci, například kontrolu, zda pacient nebo jeho blízcí mají nějaké otázky/obavy s podáním léků (E5), nebo zda si všimli nějakého rozdílu (E6). U 25 (58 %) pozorování v rámci PCH byla míra účasti pacientů zařazena do stupně 2, například „pacienti a zdravotníci sdílející odpovědnost“ (tabulka 2). Sezení 2. úrovně (D2) trvala přibližně o minutu déle (průměrně 6,1 minuty, SD 1,4) než sezení 1. úrovně (D1 = 5,1 minuty, SD 3,6) a 3. úrovně (D3 = 4,8 minuty, SD 1,0). Nenašli jsme žádnou spojitost mezi počtem provedených složek PCH a mírou účasti pacientů.

**Diskuse**

Zjistili jsme, nedostatečný soulad s kontrolním seznamem pro předání v tomto projektu zvýšení kvality. Celkem 43 ošetřovatelských sezení u lůžka, žádné ze sledovaných sezení PCH nezahrnovalo všechny kontrolní pod body. Důležitým zjištěním bylo, že kontrolní seznam pro předání byl použit pouze u 18 (44 %) sledovaných PCH, což je překvapivé vzhledem k tomu, že pozorování byla provedena relativně brzy po zavedení nového modelu předání služby. Zjistili jsme také, že pokud byl použit kontrolní seznam, bylo zahrnuto více dílčích bodů, ale nedosáhli ani na polovinu z celkového množství, což ponechalo prostor pro zásadní zlepšení. Philpin (31) upozorňuje na důležitost používání podpůrného nástroje při předávání pacienta. Ve své kvalitativní studii zjistila, že sestry na JIP považují tabulku pozorování za užitečnou pro složitou výměnu informací při předání pacienta a popisují ji jako důležitý nástroj při organizaci a struktuře předání. Tobiano a kol. (32) ve své kvalitativní studii dospěli k závěru, že standardizovanější postup by sestrám pomohl překonat bariéry, které vnímaly při předávání pacientů. K této struktuře by mohl přispět kontrolní seznam pro předání pacienta. Sexton a kol. (6) naznačují, že stupeň struktury při předávání pacientů by mohl mít kromě spokojenosti s prací dopad i na kvalitu péče. Bylo také uvedeno, že pacienti považovali použití dokumentů sestrami při předání za uklidňující (13). Neužití kontrolního seznamu PCH může zvýšit riziko, že se ze sesterny na lůžko přenese pouze tradiční verze předání, a nikoli předání zaměřené na osobu.

 Pouze 9 % pacientů bylo předem informováno, že se bude konat PCH předání (složka A), a mělo tedy možnost vědět, co se od nich očekává. Lze důvodně předpokládat, že to mělo negativní důsledky na aktivní účasti pacientů. Další studie o klinickém předání zdůrazňují význam toho, aby pacienti a jejich současní blízcí jasně chápali účel, aby se očekávala aktivní účast (8, 19, 32). Cahill (13) studoval vnímání pacientek při předání a uvedl, že si přály lépe porozumět roli, kterou měly zastávat. To podpořili i Timonen a Sihvonen (33), kteří zjistili, že třetina pacientů se domnívala, že účel předání pacientů je určen pro komunikaci mezi sestrami a pacientem, přitom necítili se být aktivně zapojeni.

 Druhým bodem zasedání PCH byl „Úvod“ (B1-2). Zatímco většina sledování (93 %) zahrnovala pod bod B2 (pacient měl možnost říci vše co souviselo s hospitalizací), mnohem méně sledování (77%) zahrnovalo B1 (personál se při předání představí pacientovi i jeho rodině). Podíl pozorovaných PCH, při nichž nebyla zahrnuta B1 (23 %), byl překvapivě vysoký vzhledem k tomu, že se jedná o úkol, který se provádí rychle a snadno a měl by být jasným začátkem efektivního a uctivého procesu předání. Zatímco všechny sledované PCH relace zahrnovaly C2 (vyhneme se nemocničním termínům), 86 % zahrnovalo pod bod C1 (plánovaní péče na příštích 24 hodin probírané s pacienty a blízkými) a pouze 7 % zahrnovalo C3 (přebírající sestra službu shrne veškeré informace a potvrdí je s pacientem a kolegy). Jedná se o jedne z pod bodů, které vyžadují pokročilé komunikační schopnosti a znalost postupů. Skutečnost, že toto závěrečné shrnutí nejčastěji chybělo, může bránit účinné výměně informací a vytvářet překážku pro aktivní účast pacientů. Další překážkou by mohlo být, že rovné partnerství, popsané jako klíčová složka PCC (nejvyšší a nejžádanější úroveň účasti pacientů) podle Cahilla (12), nebylo zavedeno. Maatta kol. (20) se ptá, zda je žádoucí nebo dokonce možné rovnocenné partnerství mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče. Ve srovnání s jinými studiemi (34, 35) se zdá, že podíl sezení v rámci PCH, při nichž účast pacientů dosáhla sdílené odpovědnosti a výměny informací (D2), je vyšší (58 %). Jedním z vysvětlení by mohlo být, že účelem nového modelu předání bylo zvýšit aktivní účast pacientů s kontrolním seznamem PCR vyzývajícím pacienta k hlášení jakýchkoli záležitostí souvisejících s péčí (B2). Poměrně vysoký podíl (42 %) předání, u nichž nebyla pozorována sdílená odpovědnost, mohl mít rovněž negativní dopad na spoluúčast pacientů. Nejhůře byla provedena také poslední složka PCH, bezpečnost (E1-6). Ve srovnání s komunikačními bezpečnostními pod body (E2, E4-6) byly častěji prováděny dva specializované bezpečnostní kontroli (identifikace pacienta a kontrola probíhajících infuzí, E1 a E3). Chen a kol. (36) ve své kvalitativní studii rovněž zjistili, že sestry v akutní péče upřednostňují praktičtější úkoly. Stejní autoři docházejí k závěru, že se jednalo o překážku účinné komunikace a promarněnou příležitost ke zlepšení bezpečnosti i každodenní účasti pacientů. Krátké časové rozmezí mezi zavedením PCH a pozorováními může případně vysvětlovat stanovení priorit. To může být důvodem trvale nižší výkonnosti všech dílčích složek vyžadujících komunikaci. Komunikační dovednosti sester jsou klíčovou složkou, kterou lze rozvíjet a zlepšovat vzděláním a zkušenostmi. Jak Drach-Zahavy, tak Shilman (35) a Tobiano a kol. (32) došli k závěru, že je třeba zlepšit komunikační dovednosti zdravotních sester, aby se usnadnila účast pacientů při předání pacienta. Drach-Zahavy a Shilman (35) také zjistili, že výměna informací se zlepšila, pokud byli přítomni blízcí pacientů. Ve studii porovnávající preference pacientů a zdravotní sestry bylo uvedeno, že přítomnost blízké osoby během předání byla pro pacienty důležitá, ale mezi zdravotními sestrami nebyla považována za důležitou (37). V naší studii pouze 9 % pacientů mělo svého blízkého. Možnou cestou ke zlepšení komunikace by proto bylo motivovat rodinu, nebo další blízké, aby se zde aktivně zapojili. Průměrný čas strávený na každém PCH sezení v naší studii byl 6 minut. Timonen a Sihvonen (33) pozorovali ve své studii z chirurgických oddělení nemocnice průměrnou dobu 3 minuty, zatímco Philpin (31) pozorovala 15 minut u sezení při předání pacientky v její studii z oddělení intenzivní péče. Předání pacientů u lůžka bylo popsáno jako časově náročné i efektivní (7, 24). Předchozí předání ošetřovatelské péče na sesterně obvykle trvalo 1 hodinu. Vzhledem k tomu, že na těchto odděleních má sestra běžně na starosti maximálně 6 pacientů. Sestra má také 30 minut pro přípravu předání služby, byl by celkový čas strávený na PCH přibližně stejný.

 S lepšími komunikačními schopnostmi by sestry měly možnost strávit větší část sezení PCH u lůžka, zejména pokud je využita dostupná IT podpora (např. notebook dostupný v pokoji pacienta během PCH pro přístup k EHR včetně digitálních instrukcí k léčbě), jak doporučuje Smeulers et al. (10). Náš předchozí výzkum (26) ukázal, že i když jsou sezení v rámci PCH relativně krátká (konají se pouze jednou denně), pacienti zaznamenají pozitivní rozdíl (výrazně vyšší podíl při výměně informací) ve srovnání s tradičním předáním služby.

Silné a slabé stránky

Mnoho ošetřovatelských zásahů se provádí bez důkladného hodnocení. To zahrnuje dodržování různých složek intervence, což ztěžuje hodnocení (5, 28, 38). Tobiano a kol. ve svém systematickém zkoumání (39) dospívají k závěru, že pro lepší pochopení souvisejících procesů je důležité hodnotit projekty na zlepšení kvality v hlášení u lůžka pacienta. Toto hodnocení nám pomohlo lépe porozumět procesům spojeným s PCH, jejich silným a slabým stránkám, poskytlo nám důležité znalosti o tom, jak zlepšit kvalitu předání služby.

Vedení oddělení a ošetřovatelský tým se shodli na plánu, že studii využijí k zjištění, zda zdravotníci dodržují předpisy daného oddělení. Scheidenhelm a Reitz (40) také zjistili, že ošetřovatelský tým zřídka dodržuje předání pacienta u jeho lůžka. Po jejich analýze SWOT (silné stránky, slabé stánky, příležitosti a hrozby) a po změně strategie, byly znovu zavedeno předání pacienta u lůžka. Hodnocení (namátková pozorování) vykázala jasná zlepšení s podstatně vyšší mírou dodržování předpisů. Podobný postup byl naplánován pro další oddělení v naší studii. Výzkum založený na pozorování byl popsán jako možnost zachycení verbální komunikace v klinickém prostředí, například při předávání u lůžka (41). V rámci tohoto projektu byl zaznamenán relativně malý počet ošetřovatelských předání. Předchozí výzkum (42) však ukazuje, že k zachycení rozdílů v klíčových složkách předávacích relací je zapotřebí přibližně 20 epizod. Projekt se omezil na kontrolu toho, zda zdravotní sestry dodržují kontrolní seznam PCH, vyjma informací o výkonnosti, jako je řeč těla, tón hlasu a také zkušenosti. Údaje o zkušenostech pacientů i sester (43) z PCH byly shromážděny z onkologického oddělení (kde byl PCH původně vytvořen). Pro komplexnější pochopení účinku modelu PCH bude třeba zabývat se oběma těmito hledisky. Protože se jednalo o observační studii, neshromažďovali jsme údaje o kultuře/klimatu pracovního místa. Výzkum ukázal, že kultura na pracovišti může ovlivnit úspěch projektů na zlepšení kvality (44).

 Pozorování v klinickém prostředí lze vnímat jako rušivější ve srovnání například s dotazníky. Navíc hrozí, že sledované osoby, v tomto projektu zdravotní sestry, změní své chování jen proto, že vědí, že jsou sledovány. Pozorování však mohou zachytit činnosti a komunikační dovednosti, které by jinak bylo obtížné zachytit pomocí jiných typů sběru údajů, které jsou citlivější na společenskou potřebnost (vlastní zprávy). To může být důvodem, proč se pozorování často používají pro měření ukazatelů kvality péče. V tomto projektu byl pozorovatel obeznámen s prostředím, postupem PCH a personálem. Domníváme se, že tyto okolnosti přispěly k tomu, že pozorování byla vnímána jako méně ohrožující, než kdyby byla provedena vnějším pozorovatelem.

Abychom zajistili co nejvyšší spolehlivost, použili jsme strukturovaný protokol o sledování, který pokrývá všechny komponenty PCH. Pozorovatelkou byla odborná sestra s předchozí zkušeností s použitím modelu PCH. Byla vyškolena k provádění pozorování s dvěmi zkušenými výzkumníky v ošetřovatelství. Všechny sestry na obou odděleních byly alespoň jednou pozorovány a pozorování byla prováděna v náhodně zvolených dnech, aby se zohlednily rozdíly ve skladbě personálu a v pracovním vytížení.

**Závěr**

Toto hodnocení (provedené krátce po zavedení PCH) ukazuje, že dodržování kontrolního seznamu pro předání sestrami vyžaduje zlepšení a zdůrazňuje potřebu většího zaměření na úkoly zaměřené na komunikaci během předávání. Větší pozornost je třeba věnovat osobní výměně informací mezi pacienty a ošetřujícím personálem. Použití kontrolního seznamu PCH přispívá ke standardizovanějšímu a komplexnějšímu postupu předání, v němž sestry motivují pacienty i jejich blízké k aktivní roli.

**Poděkování**

Rádi bychom poděkovali všem pacientům a pracovníkům zapojeným do této studie. Zejména bychom chtěli poděkovat Camilla Hultberg, vrchní sestře, za její podporu a pozitivní přístup během projektu.