

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Bc. Tereza Behinová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

KOMPETENCE VŠEOBECNÝCH SESTER NA ARO A JIP

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Bejvančická

Plzeň 2014

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Tereza BEHINOVÁ**
Osobní číslo: **Z12N0010P**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Kompetence všeobecných sester na ARO a JIP**
Zadávatel katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- HEKELOVÁ, Zuzana. Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s. 2012. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. Historie ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing,a.s., 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- HERDMAN, Heather. NANDA - ošetrovateľské diagnózy - Definice a klasifikace 2009-2011. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
- FARKAŠOVÁ, Dana, a kol. Ošetrovatelství teorie. 1. vyd. Martin: Osvěta, 2006. 209 s. ISBN 80-8063-227-8.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina, a kol. Sestry v nouzi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 192. s. ISBN 978-80- 247-3174-2
- KILÍKOVÁ, Mária, JAKUŠOVÁ, Viera. Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 150 s. ISBN 978-80-8063-290-8.


Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Petra Bejvančíková**

Datum zadání diplomové práce: **16. března 2013**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2014**


Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan




Mgr. Lucie Kašová
vedoucí katedry

V Plzni dne 20. ledna 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2014

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Petře Bejvančické za cenné rady a věnovaný čas při vedení diplomové práce. Dále pak děkuji za podporu své rodině. Velké poděkování patří všem respondentům, bez kterých by výzkum nebyl možný.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Bc. Behinová Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kompetence všeobecných sester na ARO a JIP

Vedoucí práce: Mgr. Petra Bejvančická

Počet stran: číslované 108, nečíslované 22

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: intenzivní péče - kompetence sester - management - ošetrovatelství - vzdělávání sester

Souhrn:

Téma diplomové práce je Kompetence všeobecných sester na odděleních anesteziologicko-resuscitačních a jednotkách intenzivní péče.

Práce je rozdělena do dvou částí, části teoretické a části praktické. Teoretická část se nejprve zaměřuje na vzdělávání sester. Vzdělávání sester je zmíněno od historických počátků až do současnosti. Zahrnuje také nové požadavky na vzdělání nelékařského zdravotnického personálu a platnou legislativu, ze které vycházejí. Zmíněno je i specializační vzdělávání pro intenzivní péči. Se vzděláním dále souvisí vývoj ošetrovatelství, který je také popsán až do dnešní doby. Dále zde najdeme například kapitoly věnující se právní legislativě v ošetrovatelství, regulaci a registraci v sesternské profesi.

Obsáhlou kapitolu tvoří kompetence sester. Zde můžeme najít vysvětlení pojmů a zdůvodnění, proč bylo nutné je vytvořit. Jsou zde popsány jak kompetence sester všeobecných, tak kompetence sester se specializací SIP. Teoretická část je také zaměřena na management ošetrovatelského týmu. Obsahuje kapitoly, věnující se práci manažera, jeho osobnosti a hlavním činnostem, které jsou nezbytné pro dobrý chod a fungování ošetrovatelského týmu.

Praktická část se převážně věnuje zjišťování znalostí sester, v souvislosti s jejich kompetencemi na odděleních intenzivní péče. Zjišťuje, zda sestry své kompetence dodržují, jestli probíhají kontroly dodržování těchto kompetencí či zda jsou sestry pověřovány úkoly, mimo jejich kompetence.

ANNOTATION

Surname and name: Bc. Behinová Tereza

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The Competency of Nurses in the Anaesthesiology-Resuscitation
Departments and in the Intensive Care Units.

Consultant: Mgr. Petra Bejvančická

Number of pages: numbered 108, unnumbered 22

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 42

Key words: intensive care - competence of nurses - management - nursing - nursing
education

Summary:

The theme of the master's thesis is The Competency of Nurses in the Anaesthesiology-Resuscitation Departments and in the Intensive Care Units.

The thesis is divided into two parts, a theoretical and practical one. Firstly, the theoretical part is focused on education of nurses from the historical beginnings to the present which presents valid legislation that brought new requirements of education of paramedical personnel. The special education for intensive care is also mentioned.

The education is connected to development of nursing care which is also described until the present like new conception of nursing. The chapters of nursing care legislation, regulation and registration of nurse profession can be found in this part.

The nurse competency chapter contains definition of the term competency and explanation why the term had to be created. It includes the competency of general nurses as well as the competency of intense care nurses.

The theoretical part is also focused on management of nursing care. The work tasks, characters, and main responsibilities of the manager that are needed for the proper operation and functioning of the nursing team are presented.

The practical part is mainly devoted to indentifying knowledge of nurses regarding their competence in intensive care units whether nurses keep the competency, whether the checks competency compliance are carried or whether nurses work tasks are not beyond their competency.

OBSAH

ANOTACE.....	8
ANNOTATION.....	9
ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČECHÁCH Z HISTORICKÉHO POHLEDU	12
1.1 Počátky vzdělávání žen v českých zemích	12
1.1.1 Překonání předsudků	13
1.2 První česká ošetrovatelská škola.....	13
1.2.1 Vliv první české ošetrovatelské školy.....	14
1.2.2 Postavení ošetrovatelek v 19. století	15
1.3 Ošetrovatelství v období let 1918-1948.....	15
1.3.1 Ošetrovatelství v Československu před a po roce 1948	15
1.3.2 Pracovní podmínky ošetrovatelek v letech 1918-1945	17
1.3.3 Pracovní podmínky sester po roce 1945-1948	18
1.3.4 Osobnostní vlastnosti sestry	19
1.4 Ošetrovatelství od 20. století do současnosti	20
1.4.1 Nové pojetí ošetrovatelství.....	21
1.4.2. Významné kroky v ošetrovatelství.....	21
2 SESTRA 21. STOLETÍ	23
2.1 Ošetrovatelství v současnosti.....	23
2.1.1 Změny v ošetrovatelství ve 21. století.....	24
2.2 Regulace ve zdravotnické profesi	24
2.3 Registrace sester	25
2.3.1 Vznik registru u nás.....	26
2.4 Etický kodex	26
2.4.1 Etický kodex mezinárodní rady sester	26
2.4.2 Části kodexu.....	27
2.4.3 Postup podle lege artis.....	28
3 VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER DNES.....	29
3.1 Střední zdravotnické školy.....	29
3.2 Vyšší zdravotnické školy	29

3.3 Zdravotnická lycea.....	30
3.4 Vysokoškolské vzdělávání.....	30
3.5 Bakalářské a magisterské studium.....	31
3.6 Postkvalifikační možnosti studia	31
3.7 Povinné celoživotní vzdělávání	32
3.8 Vzdělávání v intenzivní péči.....	32
3.8.1 Intenzivní péče	34
4 KOMPETENCE	36
4.1 Vysvětlení termínu kompetence	36
4.2 Definice pojmu kompetence	36
4.3 Důvody vytvoření kompetencí.....	36
4.4 Legislativní normy, platné v současné době, pro výkon povolání nelékařských zdravotnických pracovníků.....	37
4.5 Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků	39
4.6 Kompetence sester se specializovanou způsobilostí a sester se zaměřením na intenzivní péči.....	41
4.6.1 Kompetence všeobecných sester se specializovanou způsobilostí	41
4.6.2 Kompetence všeobecných sester pro intenzivní péči	41
5 MANAGEMENT OŠETŘOVATELSKÉHO TÝMU.....	44
5.1 Specifika, ovlivňující práci manažerů ve zdravotnictví.....	44
5.2 Osobnost manažera-sestry	44
5.3 Hlavní činnosti manažera.....	45
5.3.1 Organizování	45
5.3.2 Řízení/vedení.....	47
5.3.3 Plánování	49
5.3.4 Kontrola.....	50
5.3.5 Komunikace	50
5.3.6 Time-management.....	51
5.4 Motivace	52
5.4.1 Typy motivace.....	53
5.4.2 Demotivovaný tým.....	53
PRAKTICKÁ ČÁST	54
6 FORMULACE PROBLÉMU	54

6.1 Hlavní problém	54
6.2 Dílčí problémy	54
7 CÍLE A ÚKOL VÝZKUMU	55
8 METODIKA PRÁCE	56
9 HYPOTÉZY	58
10 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	59
11 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ	60
11.1 Výsledky dotazníkového šetření	60
11.2 Výsledky rozhovorů.....	87
11.2.1 Shrnutí jednotlivých otázek.....	96
12 DISKUZE	98
ZÁVĚR.....	107
SEZNAM ZDROJŮ	109
SEZNAM GRAFŮ	113
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	114
SEZNAM PŘÍLOH	115

ÚVOD

Problematika znalostí a dodržování kompetencí všeobecných sester je v dnešní době často diskutované téma. Ve vztahu ke stále se rozvíjejícímu ošetrovatelství, jsou kladeny stále vyšší nároky na sestry a jejich práci. Aby mohla být ošetrovatelská péče poskytována kvalitně a efektivně, s co nejpříznivějším dopadem na klienty, je nutné si ujasnit, co, kdo, a jak bude vykonávat. Jedině tak je možné zajistit systematickou, profesionální, nejen ošetrovatelskou, péči od odborníků v různých odvětvích. Kompetence se pochopitelně netýkají pouze všeobecných sester.

K plnohodnotnému a efektivnímu využití kompetencí je však primární znát je a umět je využít v plném rozsahu. Hlavním cílem práce proto bude zmapovat a ověřit teoretickou znalost sester, ohledně kompetencí všeobecných sester na odděleních ARO a JIP. S tím souvisí vyhlášky, upravující tyto kompetence, které by měly sestry bezpečně znát a vycházet z nich při výkonu svého povolání. Dalším z cílů práce bude zjistit, kde sestry čerpají informace o svých kompetencích.

Kromě znalostí kompetencí a jim příslušných vyhlášek, bude dalším cílem práce poněkud choulostivá oblast, a tou je překračování kompetencí sester.

V ideálním světě by se jistě nic takového, jako překračování kompetencí sester nedělo. V reálném světě je však nutné k věcem přistupovat jinak. Je zjevné, že i přes veškerá opatření k tomuto procesu stále dochází. Snahou tedy bude odhalit, jak velká je míra překračování kompetencí a případné vymezení nejčastějších oblastí, ve kterých k překračování kompetencí dochází. Snahou bude také odhalit nejčastější příčiny, které vedou sestry k těmto krokům. Zjištěné příčiny můžeme považovat za klíčové, jelikož bez pádného důvodu by jistě k překračování kompetencí běžně nedocházelo. Sestry nemají bezdůvodnou potřebu jednat protiprávně, naopak, dodržování kompetencí by jim mělo přinést jistou právní ochranu.

V praxi je nezbytné provádět pravidelnou kontrolu sester v oblasti dodržování jejich kompetencí přímo na pracovišti. K případnému překračování by tak mělo docházet co možná nejméně. Z tohoto důvodu bude cílem práce zjistit, jak je tato kontrola, ze strany zaměstnavatele, zajištěna, tedy kdo kontroly provádí, jakým způsobem probíhají, kdo se na nich podílí, případně jaké hrozí sestrám postihy za překročení kompetencí.

Výstupem práce bude návrh semináře pro účastníky výzkumu a lékaře. Na semináři budou účastníci seznámeni s výsledky výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VZDĚLÁVÁNÍ SESTER V ČECHÁCH Z HISTORICKÉHO POHLEDU

Devatenácté století je obdobím, kdy se do povědomí lidí poprvé dostávají pojmy, jakými jsou hygiena a prevence onemocnění. S tím souvisí touha po poznání a vzdělávání v oblastech péče o druhé osoby. Možnost vzdělávání měly také ženy.

První zmínky o vzdělávání v ošetrovatelství souvisí s otevřením nemocnice v Praze Na Františku roku 1620. Tato nemocnice poskytovala péči pouze mužům. Při nemocnici Na Františku byla zřízena škola pro mnichy, kde získávali vzdělání v opatrovnické činnosti.

Na lékařské fakultě v Praze se konaly pravidelné přednášky, kterých se účastnili ranhojiči a porodní báby. Václav Joachim Vrabec se velice snažil prosadit na lékařské fakultě vyučování pro opatrovníky. Sám problematice věnoval a na fakultě vedl některé přednášky. Jeho výklad byl zaměřen převážně na dodržování hygieny pacientů, na důležitost čistoty lůžka, jeho okolí a pokojů pacientů, dále pak na správnou přípravu a servírování stravy a veškerým úkonům, které mohli opatrovníci vykonávat. Úkolem opatrovníka bylo zejména sledovat projevy nemoci, zvládnout podat léky a stravu pacientovi, komunikovat s ním, pomáhat mu při rekonvalescenci, a v případě potřeby polohovat na lůžku. Roku 1789 však byly přednášky zrušeny dvorským dekretem. (1, s. 15-18)

1.1 Počátky vzdělávání žen v českých zemích

Devatenácté století bylo v českých zemích považováno za počátek rozvoje emancipačního hnutí žena to i přes to, že skepse, ke vzdělávání žen, byla ve všeobecném mínění veliká. Nic však nezabránilo touze českých žen dosáhnout chtěného vzdělání. Povinností žen už nebylo jen provdat se a celý zbytek života pečovat o rodinu. Ty, které se rozhodly zasvětit svůj život péči o druhé, se mohly stát opatrovnicemi, pečovatkami nebo vychovatelkami dětí svých příbuzných. (2, s. 33)

Hlavním cílem emancipačního hnutí bylo dosáhnout potřebného vzdělání pro výkon povolání ošetrovatelky, za které by se jim dostalo finančního ohodnocení.

Výsledkem emancipačního hnutí bylo založení ženského výrobního spolku českého. Tento spolek byl založen v Praze roku 1871, zakladatelkou byla Karolína Světlá. V tomto spolku se uplatnily takové ženy, jako například Eliška Krásnohorská, která spolek z počátku vedla. Dále pak například Dora Hanušová a Eliška Lamblová, které se staraly o organizační a administrativní věci. Součástí spolku byla i škola. (3, s. 59-60)

Škola nabízela vzdělání v oblasti praktických předmětů. Mohly se zde vzdělávat dívky, pocházející z chudých poměrů. Škola se snažila připravit dívky na samostatný život, naučit je péči o vlastní domácnost, zdokonalit v ručních pracích a osvojit si nácvik péče o děti a jejich výchovu. (4, s. 22-23)

1.1.1 Překonání předsudků

Než byla otevřena první ošetrovatelská škola v Praze, bylo nutné překonat některé předsudky. Jedním z nich bylo podceňování inteligence žen. Ve všeobecném mínění se objevovaly názory, že ženy nemají právo se vzdělávat, jejich místo je klasicky v domácnosti u dětí. To, že má žena jiné touhy a přání, než je všeobecně interpretováno, bylo nemyslitelné. Částečně za to mohl fakt, že se společnost cítila ohrožena ženskou konkurencí.

Rozvoj medicíny částečně přispěl k tomu, že se začalo uvažovat o potřebě vzdělávání pomocného personálu. Pořád to ale mělo být tak, že ošetrovatelka bude podřízenou lékaře, nikoliv partnerkou, jako je tomu dnes.

Významným krokem bylo založení první ošetrovatelské školy v Praze. Zasloužila se o to Karolína Světlá, která se při zakládání školy obrátila, se žádostí o podporu jejího projektu, na Spolek lékařů.

Spolek lékařů vznikl roku 1862. V čele stál lékař Vítězslav Janovský, který Světlé přislíbil podporu. On, i někteří jeho kolegové, pak chodili učit studentky této školy. (3, s. 57-58)

1.2 První česká ošetrovatelská škola

Vznikla v Praze roku 1874. Tato škola byla první svého druhu v Rakousku-Uhersku. Založena byla ještě dříve, než škola ve Vídni. Tento fakt přispěl k pozvolnému rozvoji ošetrovatelství, jako samostatné profese. Bylo zřejmé, že vzdělávání ošetrovatelek je třeba stále zdokonalovat a to jak po stránce teoretické, tak po stránce praktické.

V ošetřovatelské škole bylo zajištěno bezplatné vzdělání formou kurzů. Kurzy měly jasně dané plány a osnovy. První kurz byl zahájen 1. června 1874 a trval půl roku. Kurzu se zúčastnilo 11 ošetřovatelek. Následující kurzy se konaly roku 1877, 1880 a dále pak roku 1881. (4, s. 24-25)

Praktické kurzy probíhaly v městském chorobinci v Praze na Karlově. Výuka byla nepravidelná a kurzy trvaly v délce od tří do sedmi měsíců. V teoretické části pak byly kurzy zaměřeny především na ošetřovatelství, první pomoc, péči o dítě, zdravotní vědu, chirurgii a péči o náhlá onemocnění.

Absolventky kurzu mohly poté pracovat jako domácí ošetřovatelky. Pro práci v nemocnici bylo nutné ještě doškolení přímo v nemocnici. Na konci kurzu skládaly studentky zkoušku, na základě které pak dostaly diplom. Kurzy se těšily velkému zájmu studentů. Výhodou byla i dostupnost pro chudší dívky. Platilo se jen něco málo peněz jako příspěvek na školní pomůcky. I přes přínos, který kurzy přinášely, byla škola roku 1881 uzavřena. Přesná příčina zániku není dosud známá. K možným důvodům mohl přispět například zákaz výkonu praxe v chorobinci nebo odchod přednášejících lékařů na postupně vznikající a rozvíjející se Karlovu univerzitu.

I přes své krátké působení měla škola velký význam. Nikdy předtím nebyla v zemích Rakouska- Uherska možnost získat organizované profesionální vzdělání v této oblasti. Navíc i lékaři si začali uvědomovat výhody, které přináší profesionál v oboru ošetřovatelství. V neposlední řadě škola umocnila emancipační hnutí žen, které v té době probíhalo. (3, s. 60-62)

1.2.1 Vliv první české ošetřovatelské školy

Úspěchem české ošetřovatelské školy se nechal inspirovat chirurg Theodor Billroth a roku 1882 založil ve Vídni ošetřovatelskou školu. První kurz uspořádal již v roce 1881. Setkal se však s nevolí úřadů, které nechtěly jeho nápad podpořit. Billroth si ale stál za svým a vyškolil první profesionální ošetřovatelky. Nemocnice je odmítly přijmout. Změna nastala až roku 1882, kdy se do města dostali zranění vojáci. Jedině vyškolené ošetřovatelky jim byly schopné poskytnout profesionální péči. O nutnosti vzdělávání ošetřovatelek tak byly nakonec přesvědčeny i úřady. Radnice poté uvolnila peníze, za které Billroth postavil ošetřovatelskou školu spolu s nemocnicí, kde se sestry mohly vzdělávat po praktické stránce. Nemocnice nesla název Rudolfinerhaus a její absolventky jsou dodnes nazývané jako „Rudolfinky“.

1.2.2 Postavení ošetřovatelek v 19. století

Povolání ošetřovatelky, stejně jako dnes nebylo snadné. Pracovní doba byla stanovena 1. čeledním řádem,

vydaným císařem Františkem Josefem I. Bylo dáno, že ošetřovatelka musí být k dispozici, dle potřeby lékaře a nemocných. V praxi to znamenalo neomezeně dlouhou dobu. O možných přestávkách během dne rozhodoval lékař. Pokud ošetřovatelka zanedbala péči, hrozil jí finanční postih, zákaz vycházek nebo propuštění. Ženy, které se rozhodly pro práci ošetřovatelky, nesměly být vdané. Jejich plat se pohyboval kolem 50 krejcarů za denní a 80 krejcarů za noční službu. Pokud ošetřovatelky sloužily nepřetržitě celý týden, jejich odměna činila 3 - 7 zlatých. (1, s. 19-21)

1.3 Ošetřovatelství v období let 1918-1948

Prudký rozvoj nemocnic nastal koncem devatenáctého století a pokračoval až do konce druhé světové války. Současně se vznikem nemocnic vznikaly také ošetřovatelské školy. Školy často vznikaly při nemocnicích a byly na nich hmotně závislé. Nemocnice zase poskytovaly uplatnění ošetřovatelkám. (5, s. 11-13)

Významná změna nastala až se vznikem Československé republiky. Po roce 1918 se v parlamentu začaly projednávat návrhy vzdělávání dívek. Poslanci, ale zejména poslankyně, si uvědomovaly důležitost a význam vzdělanosti žen. Důležitým zastáncem a podporovatelem vzdělávání žen byl prezident Tomáš G. Masaryk a jeho dcera Alice Masaryková. Díky nim došlo k rozvoji organizace Český červený kříž a následně také k rozvoji ošetřovatelské a sociální péče. (3, s. 65-66)

1.3.1 Ošetřovatelství v Československu před a po roce 1948

Po vzniku Československa byl rozvoj ošetřovatelství ovlivněn zejména převzatým právním systémem z Rakouska-Uherska. Roku 1913 zemská vláda rozhodla a nutnosti založit u všech nemocnic ošetřovatelské školy. Bylo nařízeno zřídit ošetřovatelské školy s jednotným obsahem učiva a organizační strukturou. Školy bylo nutno zřídit při nemocnicích, kde pak probíhala praktická výuka. Přijetí ke studiu bylo podmíněno absolvováním občanské školy a schválením komise.

Studium trvalo dva roky a na odbornou stránku dohlížel vedoucí lékař. Studentky ze studia vycházely jako diplomované ošetřovatelky. (4, s. 24-25)

Po vzniku Československé republiky byla založena Česká škola pro ošetřování nemocných. Ta za dobu svého fungování několikrát změnila název. Roku 1920 byla otevřena jako Česká škola pro ošetřování nemocných při Všeobecné nemocnici v Praze. V letech 1920 – 1931 byla škola pod správou Československého červeného kříže. Její název se změnil na Ošetřovatelskou školu ve správě Československého červeného kříže. A v letech 1931 – 1954 byl její název Česká státní ošetřovatelská škola v Praze. Tento název nesla až do roku 1954.

Zakladatelkou byla Františka Fajtová. Než došlo od příprav k realizaci, trvalo to celé dva roky. Důvodem byly události, které to celé zbrzdily. Zejména události válečné, dále pak nutnost získat dostatečné vybavení pro studium, zvelebení školní budovy a internátu. Bylo také nutné získat odborníky z řad lékařů a diplomovaných sester, kteří by se chopili výuky. Diplomované sestry byly pozvány až z Vídně. (1, s. 24-25)

Studiu bylo opět dvouleté. První rok byl věnován výuce teoretické a druhý rok výuce praktické. Absolventky byly po úspěšném studiu oprávněny užívat titul diplomované ošetřovatelky nemocných. Prvních deset absolventek úspěšně dokončilo studium roku 1918. Tento ročník měl, jako první, kompletní teoretické i praktické znalosti. Bylo normální, že v průběhu studia mohly být studentky propuštěny, pokud s nimi nebyly sestry spokojeny. Všechny studentky byly povinně ubytovány na internátu, který ke škole příslušel. Na internátu bydlely i učitelky. Tímto byly dány poměrně úzké vztahy studentek mezi sebou, ale i studentek k učitelkám. Učitelky měly neustále studentky na očích a mohly je hodnotit. To samé prováděly i studentky, které mohly hodnotit kvalitu výuky. To bylo v té době velmi pokrokové. Školy měly k dispozici velice kvalitní učební materiály, které jsou v osnovách používány dodnes. Zejména z oblasti porodnictví. (6, s. 20-22)

V roce 1920 měla škola již 90 absolventek. Absolventky nastupovaly na vybrané kliniky a tam pod vedením zkušené sestry pracovaly. Roku 1921 se datuje vznik Spolku diplomovaných sester, který usiloval o zvýšení počtu diplomovaných sester, požadoval prodloužení studia minimálně na tři roky a zdůrazňoval nutnost zřízení dalších ošetřovatelských škol.

V době, kdy byla škola pod správou Českého červeného kříže, byla v jeho čele Alice Masaryková. Ta zajistila příchod amerických ošetřovatelek, což mělo zvýšit odbornost a prestiž výuky. (3, s. 66-67)

V učebních osnovách došlo k menším změnám. Výuka byla rozšířena o historii ošetřovatelství a etiku. Důraz byl kladen na individuální přístup k nemocnému člověku a také na stránku duchovní. Americké ošetřovatelky se tímto zasloužily o povznesení ošetřovatelské profese v Čechách.

Roku 1923 skončily americkým sestrám smlouvy na této škole a ty byly nuceny vrátit se domů. Ředitelkou školy se stala Sylva Machartová, která byla zároveň ředitelkou německé ošetřovatelské školy. Významně se zasloužila o rozšíření školy. Vychovat sestry vysoce profesionální bylo jejím vytouženým cílem. Dbala na všeobecný rozhled svých žákyň. Mohla být hrdá na počet uchazeček o studium, který roku 1924 čítal něco kolem sto dvaceti děvčat.

Škola měla za celou dobu své existence veliký úspěch. Do roku 1931 prošlo školou na tisíc absolventek. Německá okupace však rozvoj školy zastavila.

Následně se dostávají na scénu další a další ošetřovatelské školy, které vznikaly a postupně zanikaly. Zejména ty řádové jako, například Česko – německá škola sv. Františka z Assisi, Ošetřovatelská škola Šedých sester III. Řádu sv. Františka, Ošetřovatelská škola Milosrdných sester. Postupem času došlo k rozvoji specializovaného vzdělávání, zaměřeného na dětské sestry a porodní asistentky.

Toto bylo jen něco málo z historie vzdělávání ošetřovatelek. Dále se budeme věnovat současnému vzdělávání všeobecných sester. (3, s. 69-74)

Za posledních 150 let prošlo povolání sester a ošetřovatelství obecně mnoha změnami.

Historicky se ošetřovatelství věnovaly pouze ženy. Nejprve fungovalo jako charitativní péče a trvalo dlouho, než bylo uznáno jako regulární profese, za kterou měla být vyplácena mzda. Podstatou však vždy byla ochota a snaha pomoci druhým.

1.3.2 Pracovní podmínky ošetřovatelek v letech 1918-1945

V roce 1918, po vzniku republiky, měly ošetřovatelky v nemocnicích velice nevyhovující podmínky. Pracovní doba byla dlouhá a mzdy nízké. Sestry, jak řeholní, tak civilní, zachovávaly celibát.

Otázka platového ohodnocení se začala řešit až později. Bylo rozhodnuto, že diplomovaná sestra, s pětiletou praxí, bude mít nárok na definitivu. Stejný nárok bude mít i sestra nediplomovaná, pokud kromě praxe, splní také přezkoušení.

Nezměnil se však čelední řád, který upravoval pracovní podmínky ošetřovatelek. Ten představoval, spíše než striktní seznam požadavků, jen jakousi úmluvu, či slib. Jeho obsahem bylo příslibení desetihodinové směny ošetřovatelek, příplatky za stravu, volno v délce jednoho měsíce, navýšení platu po odpracovaných dvou letech, příplatky sestřím, které vykonávají funkce jako vrchní či školící sestry a příplatky za obnošenou obuv. Výhodou byl nárok na služební byt, bezplatná péče v období nemoci a nárok na řasování a praní uniforem. Řádové sestry žily v ubytovnách přímo v areálu nemocnic. (4, s. 25-26)

Realita však byla trochu jiná. Pracovní doba sester trvala běžně 16 až 18 hodin denně. Volno měly zpravidla jen v neděli a to pouze jednou za měsíc. Výplata činila 80 korun za měsíc, předpokládalo se totiž, že sestry jsou obdarovávány pacienty a jejich příbuznými, tedy že mají jistě dost. Nebylo výjimkou, že většina ošetřovatelek pracovala jen za ubytování a jídlo.

Práce nebyla náročná pouze psychicky a fyzicky, vyžadoval se také etický přístup k pacientům. Sestry navíc pracovaly s pacienty často zanedbanými, vyhublými a zavšivenými. Hygiena byla v té době na velice špatné úrovni, zejména u nižších vrstev obyvatelstva, které tvořily převážnou část pacientů. Sestry byly zvyklé na ledaco a se vším si musely umět poradit. Vždy od nich byla vyžadována přísná kázeň a bezchybné poskytnutí péče.

Pokud se dopustily nějakého přestupku nebo neplnily dobře svůj úkol, byl jim udělen finanční postih ve výši, která odpovídala míře prohřešku. Vzhledem k malému platu si sestry nemohly dovolit sebemenší pochybení.

V pracovní hierarchii se v této době začíná rýsovat pozice hlavní a vrchní sestry. (3, s. 136-138)

1.3.3 Pracovní podmínky sester po roce 1945-1948

V období padesátých let dvacátého století stál v čele celého oddělení vždy vedoucí lékař, například primář. Sestry vedla vrchní sestra. Jednalo se o ženy zkušené a vzdělané. Vrchní sestra měla pod sebou sestry staniční, které zodpovídaly za dění na jednotlivých odděleních.

Staniční sestře bylo vždy přiděleno jedno oddělení, na kterém si sama vedla řádové sestry. Staniční sestra dohlížela na provedené úkony a na péči o pacienty.

Méně kvalifikovanou práci na oddělení odváděly elévky. Jejich úkolem bylo zejména stlaní postelí, úklid kolem lůžka a hygiena nemocných. Pokud nastal nedostatek kvalifikovaného personálu, vykonávaly elévky po zacvičení i odbornější výkony.

Odbornou práci, jako rozdávání léků, asistence lékaři, aplikace injekcí a příprava nemocných na vyšetření, vykonávaly diplomované sestry. (3, s. 138-139)

Práce v nemocnicích byla těžká, časově velice náročná s neadekvátním platovým ohodnocení.

Přestože bylo zákonem dáno, že služba má být pouze osmihodinová, pracovní doba byla většinou překračována. Do poloviny padesátých let bylo běžné, že sestry sloužily dvanáct hodin denně. Za svou službu měly nárok na dvě hodiny odpočinku. Ani nárok na odpočinek nebyl dodržován, jelikož v nemocnicích nebyly místnosti, kde by si sestry mohly odpočinout. Tyto skutečnosti často odrazovaly případné zájemce o studium zdravotnického povolání. Při studiu byly sestry ubytovány na internátních pokojích, určených pro bydlení většího počtu lidí. Odpočinek po náročné dvanáctihodinové směně v pokoji s dalšími spolubydlícími, z nichž měl každý jiný denní rytmus, bylo náročné a nedostačující.

Jediným zadostiučiněním pro sestry byla skutečnost, že si jejich péče a obětavosti pacienti velmi vážili.

Do nemocnic také docházely žákyně, které studovaly v přidružených zdravotnických školách u nemocnic. Ty chodily na praxi vždy s dozorem a trénovaly si odborné úkony, naučené ve škole.

Sestrám v padesátých letech byly přidělovány umístěnky, což znamenalo, že musely nastoupit do pracovního poměru pouze do určité vybrané nemocnice. Nemohly si samy rozhodnout, kam a kdy půjdou pracovat. Do roku 1957 ještě sestry dostávaly vojenské knížky s pokyny, co a jak mají dělat v případě vypuknutí války. (3, s. 139-140)

1.3.4 Osobnostní vlastnosti sestry

Profese sestry, dle mého názoru, patří mezi nejnáročnější povolání z hlediska osobnostní výbavy člověka. Být zdravotní sestrou je velice vyčerpávající, nejen po fyzické stránce. Každodenní setkávání se s lidským utrpením, bolestí a smrtí je velmi náročné na psychiku každého jedince. Vyrovnat se se vším vyžaduje od sestry velkou duševní sílu. Sestra musí být vždy pozitivní, bez ohledu na vlastní pocity a rozpoložení. Pacienta nezajímá, že má sestra také vlastní život a z něho vyplývající osobní problémy. Pacient

vždy očekává od sestry profesionální chování a bezchybné poskytnutí komplexní péče, bez ohledu na to, jak se sama sestra cítí.

Léty se proto požadavky na osobnostní výbavu sester téměř nemění, stejně jako se nemění přístup k pacientům. Vždy platilo a platí, poskytnout jim co nejlepší péči.

Už Florence Nightingalová ve své „Knize o ošetřování nemocných“ sepsala některé vlastnosti, kterými by měly sestry disponovat. Mezi tyto vlastnosti patřila spolehlivost a svědomitost, počestnost, střídmost, pokora a zbožnost, rozvážnost, klidná povaha, umění dobře pozorovat a odhalit potřeby nemocných, důvěryhodnost, dobrosrdečnost a především empatický přístup.

Florence Nightingalová vždy stavila do středu dění pacienta. Sestra by měla umět vyzorovat, jaký pacient je a co od ní očekává. Co pacient, to individuální osobnost, které je třeba se přizpůsobit a věnovat individuálně. Pro sestru by mělo být důležité získat si důvěru pacienta a mít úctu a respekt ke svému povolání.

Vzhledem k tomu, že sestra tráví s pacientem nejvíce času, může významně ovlivnit proces diagnostiky a léčby a zkrátit dobu hospitalizace. Z těchto důvodů jsou po sestrách vyžadovány také vlastnosti, jakými jsou inteligence, spolehlivost, přesnost a odborné znalosti, zejména při popisování příznaků onemocnění. V padesátých letech si lékaři začínají uvědomovat významnost sester a obtížnost jejich práce. (1, s. 21-25)

V období socialismu, v letech 1948-1989, patřila profese sestry k významné a to i přesto, že sestry neměly mnoho práv a byly nuceny poslouchat příkazy nadřízených. Povolání sestry získalo jistou stabilitu a váženost. Vedle k tomu i skutečnost postupné nezastupitelné pozice vedle lékaře. S rozvojem medicíny se pomalu rozšiřovaly sesterské kompetence, což souvisí s rozšiřováním a zvyšováním úrovně vzdělání.

1.4 Ošetřovatelství od 20. století do současnosti

Rozvoj medicíny kladl stále větší nároky i na nelékařský zdravotnický personál. Ošetřovatelství, za své hlavní cíle, klade povinnost přistupovat k člověku jako k bytosti bio-psycho-sociální. Preferuje převážně individuální přístup ke klientům a zaměřuje se na prevenci, podporu a udržení zdraví. Pro dosažení těchto cílů je důležitá spolupráce všech členů ošetřovatelského týmu.

Od všeobecných sester se očekává, že budou pružně reagovat na veškeré změny, související s vývojem léčby. Musí být schopny samostatné práce, mít dostatečné kritické

myšlení a vyžralou osobnost. Je nutné, aby se sestry vzdělávaly jak teoreticky, tak prakticky. Nezbytné je celoživotní doplňování a rozšiřování vzdělání. (4, s. 25-26)

1.4.1 Nové pojetí ošetrovatelství

Ošetrovatelství je bráno jako společensko-vědní disciplína. Je to samostatný obor, který doprovází lékařství a odvíjí se od něj. Veškeré nové informace jsou získávány na podkladě výzkumu.

K novému pohledu na ošetrovatelství přispěly hlavně směrnice, vydané Radou Evropy v šedesátých letech dvacátého století. Obsahem směrnic bylo sjednotit kvalifikaci a vzdělávání sester v určitých státech. Dohodu podepsalo dvanáct států Evropy. Hlavní náplní směrnice byla dohoda o vzdělávání sester, která byla později, roku 1995, doplněna o Role a vzdělávání sester. Cílem bylo sjednotit vzdělání sester ve státech Evropské unie, které mělo umožnit svobodný pohyb sester mezi jednotlivými státy při hledání zaměstnání. (3, s. 116-117)

1.4.2. Významné kroky v ošetrovatelství

Roku 1978 přijala WHO deklaraci, takzvanou Almaatskou, kde byly jasně vymezeny role nelékařského zdravotnického personálu. Lékař měl ve své kompetenci odpovědnost za primární léčbu a diagnostiku. Na ošetrovateli pak měla být sekundární ošetrovatelská péče a diagnostika.

Na evropské konferenci ve Vídni byl roku 1988 zpracován šestiletý plán pro rozvoj ošetrovatelství. Ten se vztahoval na roky 1990 – 1995. Kromě rozvoje ošetrovatelství také vyzdvihoval nepostradatelnost sester.

Výzkum v ošetrovatelství byl projednáván na konferenci v Maďarsku roku 1991. Spolu s tím se řešila koordinace změn v ošetrovatelství a mezinárodní spolupráce.

Na vzdělávání se zaměřila konference v Mnichově. Bylo to v roce 2000. Tématem byla kvalitní příprava sester na jejich povolání.

S rokem 1989, kromě politických změn, nastaly také změny v oblasti sociální a zdravotnické. Pohled na zdravotnictví se mění. Snahou bylo a stále je zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče, aby bylo zajištěno kvalitní zdraví. Po roce 1990 bylo nutné zajistit vzdělávání sester tak, aby odpovídalo požadavkům EU.

K velké změně došlo roku 1996. Střední a vyšší zdravotnické školy, které doposud spadaly pod správu MZČR, byly převedeny do správy MŠMT. Roku 2000 pak tyto školy přechází ke spravování pod krajskou samosprávu. (3, s. 116-118)

2 SESTRA 21. STOLETÍ

Kromě všech osobnostních vlastností, uvedených v předešlém textu, se dále od sestery v dnešní době vyžaduje laskavé jednání a chování, přívětivost a nekonečná míra pochopení. Samozřejmostí je přitom vysoká odbornost a celoživotní vzdělávání.

Sestra je srdcem a duší každého oddělení či ambulance. Převážně ona vytváří prostředí a atmosféru tam, kde se pacienti léčí. Podílí se na vytváření zázemí a má možnost upravovat prostředí tak, aby co nejlépe působilo na pacienty a co nejvíce vyhovovalo jejich individuálním potřebám. Aktivně komunikuje se členy rodiny a zapojuje je do péče o nemocného člena. Je významným článkem navození a udržení dobrých mezilidských vztahů nejen ve vztahu pacient sestry, ale i sestry mezi sebou. Dobrý pracovní kolektiv ve zdravotnickém zařízení má pozitivní vliv i na pacienty. (1, s. 58-59)

V péči o pacienty preferuje individuální přístup řešení problémů. Přitom by měla být kreativní a diskrétní ve všech záležitostech týkajících se pacienta. Veškeré problémy pacienta řeší po konzultaci s ním a s jeho následným souhlasem. Pacient je do péče aktivně zapojen, pokud to jeho zdravotní stav alespoň trochu umožňuje.

Sestra může působit jako podpora při komunikaci pacienta s lékařem. Dodává pacientovi odvalu, pokud se například jedná o choulostivé věci, se kterými je těžké se svěřit, pomáhá doplnit informace, či popsat příznaky. Poskytuje pacientovi i jeho rodině psychickou podporu.

Důležitou činností sestery je také edukace pacienta ve všech oblastech, které jeho stav vyžaduje. Na edukaci je vhodné vyšetřit si dostatečný čas, srozumitelně vše pacientovi vysvětlit tak, aby porozuměl. Následně se přesvědčit, například pacientovou praktickou ukázkou, že vysvětlovaný úkon správně pochopil.

Sestry by se měly aktivně zajímat o zvyšování své kvalifikace. Měly by si vyhledávat a navštěvovat odborné kurzy a semináře, zajímat se o nové poznatky a trendy v ošetrovatelství a uplatňovat je v rámci své profese. V pravidelných intervalech si prodlužovat registraci a podílet se na výzkumné či publikační činnosti v oblastech ošetrovatelství. (3, s. 124-144)

2.1 Ošetrovatelství v současnosti

V současné době patří ošetrovatelství k prestižním povoláním. Sestry působí jako manažerky, nezdržují se pouze na území nemocnice, působí například i na ministerstvu

a v různých zdravotnických organizacích. Veřejností je ošetrovatelství velice ceněno, stejně jako tomu bylo v dobách minulých.

2.1.1 Změny v ošetrovatelství ve 21. století

Zde bych ráda zmínila několik významných změn, které se v ošetrovatelství udály od konce dvacátého století do začátku dvacátého prvního století. Tyto změny vedly k vyzdvížení ošetrovatelství a ke zlepšení péče.

První pozitivní záležitostí, z hlediska kvality ošetrovatelské péče, jsou přesně vymezené kompetence, které zaručují, že nelékařský zdravotnický personál bude provádět péči jen do té míry, do které dosahuje jeho vzdělání. Nemělo by tak hrozit poškození pacienta. Tyto kompetence pocházejí z Evropské strategie WHO z roku 1998. Vychází z dokumentů o vzdělávání regulovaných nelékařských profesí. (4, s. 28-29)

Ošetrovatelství se zaměřuje zejména na prevenci zdraví. To přispívá ke snížení počtu nemocných. Neopomenutelný je také ošetrovatelský proces, který se neustále vyvíjí a zdokonaluje. Je založen na ošetrovatelských diagnózách, které se rovněž neustále doplňují a rozšiřují. Snahou je co nejlépe vystihnout potřeby klienta. (7, s. 54-55)

Kvalita ošetrovatelství neustále vzrůstá. Ruku v ruce s rozvojem medicíny.

Řadí se mezi vědní disciplíny a každý nelékařský zdravotnický pracovník by se měl nějakým způsobem na výzkumu v ošetrovatelství podílet, například vyhledáváním nových informací a jejich aplikací v praxi.

Součástí ošetrovatelské péče je, již výše zmíněná, edukace, která je nezastupitelná. Pomáhá klientům se zorientovat ve své nové životní situaci a nějakým způsobem se s ní vyrovnat. Informovaný klient je méně ve stresu a je s ním lepší spolupráce, jelikož ví, co a proč se s ním bude dít. (8, s. 20-24)

2.2 Regulace ve zdravotnické profesi

Zdravotnická profese spadá mezi takzvaná regulovaná povolání. Podstatou regulace je sjednotit podmínky pro vzdělávání nelékařského zdravotnického povolání pro všechny státy Evropské unie. Jak bylo již několikrát zmiňováno, jedná se o práci velice náročnou a zodpovědnou. Zdraví a život jsou ty nejcennější věci, které každý člověk má. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby vzdělání bylo důsledné, sjednocené a neustále se obnovovalo. V této profesi, více než v jiných, je velice důležité celoživotní vzdělávání. Neustále se

seznamovat s novými postupy a metodami. To vše je určováno zákonem, spolu s dalšími podmínkami, které vedou k získání oprávnění výkonu takovéto profese.

Z tohoto oprávnění plynou dané kompetence, které určují, co sestra smí a nesmí vykonávat v rámci svého povolání. (3, s. 125)

V současné době se regulace na národní úrovni řídí následujícími normami. Zákonem č. 105/2011Sb., kterým dochází ke změně zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách pro získání a uznání způsobilosti k výkonu NLZP a k výkonu dalších činností, které souvisí s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Věstník MZ ČR č. 9/2004, o koncepci ošetřovatelství. Vyhláška č. 4/2010 Sb., kterou se stanovuje kreditní systém pro vydání potřebného osvědčení pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu nebo přímého vedení. Vyhláška č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborníků. Vyhláška č. 413/2006 Sb., která stanovuje seznam nemocí, vad či stavů, které vylučují způsobilost k práci zubního lékaře, lékaře, farmaceuta a dalších zdravotnických pracovníků. Určuje také obsah, četnost a druhy lékařských prohlídek. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., které stanovuje obory specializačního vzdělání. Vyhláška č. 39/2005 Sb., která stanovuje minimální požadavky, které musí splňovat studijní programy pro získání způsobilosti pro výkon povolání nelékařského zdravotnického pracovníka. Centrální registrace porodních asistentek a všeobecných sester, která je prováděna prostřednictvím České asociace sester již od roku 2001. Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve správě a veřejných službách. (3, s. 64-65)

2.3 Registrace sester

Registrace byla zprvu pouze dobrovolná. O tom, že by bylo nutné zavést ji jako povinnost se poprvé začalo diskutovat v Thomayerově nemocnici roku 1971. Byl vytvořen projekt, který měl zmapovat úroveň vzdělanosti sester, které již opustily školu. Také se zkoumaly možnosti kdy a jak vzdělávání doplňovat. Z informací, které se v projektu nasbíraly, byl vytvořen plán kreditního systému, který by sestry zavazoval k tomu, aby své vzdělání neustále doplňovaly. Systém rovněž určoval, kolik kreditů sestry musí mít pro to, aby se mohly registrovat. Povinná registrace přišla až se schválením zákona číslo 96/2004 Sb.

K tomu aby sestry mohly být registrované, musí splnit určité podmínky kreditního systému dané vyhláškou 321/2008 Sb. Registrace vznikla hlavně z důvodu ochrany

pacienta. Pacient má jistotu, že je mu poskytnuta péče od profesionálů, kteří se neustále zdokonalují ve svých oborech. Péče by měla být co nejpokrokovější a nejmodernější, za využití nových postupů a pomůcek. Takto vzdělaní pracovníci, ať už všeobecné sestry, porodní asistentky nebo fyzioterapeuti, se tak stávají odborníky ve svých oborech.

Registrace by měla být nástrojem k motivaci pro pokračující vzdělávání. Jednotnost systému v Evropské unii pak napomáhá volnému pohybu, nejen sester, na poli pracovních možností mezi jednotlivými členskými státy. Podstatným bonusem je přehlednost nelékařského zdravotního personálu vzhledem k jeho odbornému zaměření nebo počtu pracovníků, kteří aktivně vykonávají svoje povolání. (3, s. 124-125)

2.3.1 Vznik registru u nás

V České republice byla zavedena povinná registrace na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví. Bylo tak učiněno 1. 5. 2004. Ten, kdo získal registraci, získal spolu s ní také oprávnění vykonávat činnosti bez odborného dohledu, vzhledem ke svému vzdělání a kvalifikaci. Registrovaný jedinec dále může působit jako vyučující teoretických i praktických studijních oborů, různých akreditovaných specializačních kurzů a podobně.

Zdravotnický pracovník s registrací však stále musí respektovat etické principy, zákony a při své práci postupovat v souladu s danými standardy příslušného zdravotnického zařízení.

2.4 Etický kodex

Etický kodex představuje jakýsi standard chování a vystupování NLZP ve vztahu k pacientům, jejich rodinám a příbuzným. Tento standard platí také pro chování ve vztahu s komunitou, či veřejností. Stanovuje pravidla, která vyjadřují, jaká morální pravidla a hodnoty by měly sestry a ostatní NLZP uznávat a řídit se jimi při své práci. (9, s. 63)

2.4.1 Etický kodex mezinárodní rady sester

Speciálně pro obor všeobecná sestra byl přijat etický kodex mezinárodní radou sester. Stalo se tak roku 1973. Tento kodex představoval předlohu i pro kodexy českých sester. (10, s. 11)

V České republice dnes platí etický kodex, vycházející ze schváleného kodexu ICN. U nás byl schválen Českou asociací sester a Etickou komisí. Jak již bylo uvedeno, můžeme ho najít ve Věstníku MZ částka 7/2004.

Sestry mají, mimo jiné, čtyři hlavní úkoly ve vztahu k pacientům. Patří sem péče o zdraví, prevence zdraví a předcházení nemocem, navrácení zdraví a v neposlední řadě zmírnění utrpení pacienta.

Při své práci je sestra nucena respektovat lidská práva, zejména právo na život, soukromí, důstojnost. Ošetrovatelská péče musí být poskytnuta každému člověku, který ji potřebuje, bez rozdílů. Kvalita ani dostupnost péče by neměla být ovlivněna věkem, pohlavím, národností, barvou kůže, mírou vzdělání, společenským postavením nebo společenským přesvědčením.

Ošetrovatelská péče je určena jak pro jednotlivce, rodiny tak i pro komunity. Důležitá je mezioborová spolupráce s jinými obory, jako například s obory v oblasti sociální.

Etický kodex byl důležitý pro tvorbu kompetencí sester, které jsou budovány na podkladě zachování lidských práv a úctě k člověku a jeho životu. (10, s. 11)

2.4.2 Části kodexu

Etický kodex má čtyři základní části. Každá část se věnuje jiné specifické oblasti.

První část popisuje vztah sestry a občana. Sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, při které respektuje práva pacientů. Dodržuje mlčenlivost, je diskrétní a uznává morální hodnoty. Na své okolí by měla působit preventivně v oblastech týkajících se zdraví. Měla by se zapojovat do preventivních programů pro občany a rizikové skupiny. Také by se měla snažit ovlivňovat veřejnost ke zlepšení životního prostředí a snažit se zabránit jeho dalšímu ničení.

Druhá část zahrnuje sestry a poskytování ošetrovatelské péče. Sestra je zodpovědná za to, aby poskytovala péči na co nejlepší úrovni. Stále si musí doplňovat vzdělání formou celoživotního vzdělávání. Je povinna pečovat o sebe tak, aby byla v celkové psychické a fyzické pohodě a mohla poskytovat ošetrovatelskou péči nemocným. Sestra jedná pouze v rámci slušného chování. Reprezentuje tak svoji profesi a dodává jí image. Při poskytování ošetrovatelské péče, založené na nových poznatcích formou nových technik, dbá na to, aby nedošlo k porušení některého z lidských práv. (9, s. 70-71)

Třetí část je vztah sestry a její profese. Sestra se podílí na výzkumu a zajišťuje zavádění nových poznatků v ošetrovatelství do praxe. Je významným článkem při utváření norem a při jejich zavádění do praxe. Samostatně, nebo ve spolupráci s příslušnou

organizací, podporuje spravedlivé zachování pracovních sociálních a ekonomických podmínek v oblasti ošetrovatelství.

Čtvrtá část zahrnuje vztah sestry a ostatních pracovníků. Sestra při výkonu své profese denně spolupracuje s různými specialisty, nejen z oboru ošetrovatelství.

V páté části je zachycena sestra a společnost. Sestra by měla na své okolí působit informativně, ohledně prevence a životního stylu. Měla by jít příkladem.

Je povinna zakročit, pokud péči o pacienta někdo ohrožuje, nemusí se jednat pouze o NLZP. (9, s. 70-71)

2.4.3 Postup podle lege artis

Na tom, aby byla zdravotní péče prováděna kvalitně, má zájem nejen pacient a poskytovatel péče, ale celá společnost. Proto jsou stanoveny postupy, které její kvalitu zaručují. Tento postup se nazývá lege artis, tedy post podle zákona. Ten vychází ze základních předpisů, které upravují poskytování zdravotní péče. Spadají sem však i předpisy nižší právní síly, jako interní předpisy konkrétních zdravotnických zařízení a ošetrovatelské standardy. V širším slova smyslu pojem lege artis značí poskytnutí péče v souladu s odbornými pravidly, nebo také v souladu s dostupnými poznatky z lékařství.

Pokud chceme provést výkon lege artis, je důležité, aby byl postup proveden na základě správné indikace, s přihlédnutím ke všem okolnostem, proveden u pacientů, kteří jsou o daném výkonu poučeni a souhlasí s ním. Postup by nebyl lege artis, pokud by ke všem výkonům nebyla vedena řádná dokumentace. Veškerá činnost, která se u pacienta provádí, v ní musí být zaznamenána.

Je nutno zdůraznit, že pokud po daném úkonu není dosaženo předpokládaných výsledků, nemusí se hned jednat o porušení postupu lege artis.

Non lege artis označujeme postup, kdy došlo k poškození pacienta, zejména nedbalostí personálu. Patří sem také případy, kdy pacient nebyl informován nebo poučen o výkonu nebo pokud s výkonem nesouhlasil. V takovém případě je výkon označován za špatný, i když výsledek může být dobrý. (11, s. 39-40)

3 VZDĚLÁVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER DNES

3.1 Střední zdravotnické školy

Na střední škole, ještě v devadesátých letech dvacátého století, bylo možno studovat čtyřleté specializované studijní obory, jako byl zdravotnický laborant, farmaceutický laborant, všeobecná sestra, či zubní technik. Počátkem 21. století však prošly obory podstatnými změnami. Největší změnu zaznamenal obor zdravotní sestra, dnes již nesoucí nový název všeobecná sestra. Obor Všeobecná sestra mohli studenti naposledy absolvovat roku 2007. Obor byl nahrazen oborem, nazývaným „Zdravotnický asistent“. Zdravotničtí asistenti nejsou oprávněni po dokončení studia pracovat samostatně. Jsou odkázáni na práci pod odborným dohledem sestry nebo jiného přiděleného, příslušně vzdělaného pracovníka. Do jejich pracovní náplně spadá podílet se na péči preventivní, diagnostické, rehabilitační nebo léčebné. Mají oprávnění tuto péči poskytovat dětem, starším tří let a samozřejmě dospělým osobám. Tak, jako byl vytvořen nový obor zdravotnický asistent, tak podobně se přeformuloval například obor asistent zubního technika nebo laboratorní asistent.

Ve školním roce 2004/2005 nastoupili do škol první studenti, kteří měli ukončit studium jako asistenti. Studium je v prvním a druhém ročníku zaměřeno především na oblasti společenských věd, přírodních věd a studia českého i cizího jazyka. Ve třetím a čtvrtém roce studia se postupně studenti začínají seznamovat s odbornou problematikou. Získávají znalosti v oblasti ošetrovatelství, první pomoci, ošetřování nemocných, psychologii a komunikaci. Do výuky je zahrnuta praktická složka. Nejdříve si studenti trénují praktické výkony ve specializovaných učebnách, za použití speciálních pomůcek. Tento trénink je pro praxi nezastupitelný. Po určité době jsou studenti připraveni na výkon praxe přímo ve zdravotnickém zařízení. Do zdravotnického zařízení docházejí vždy nejprve s učitelkou. Během studia studenti absolvují souvislou praxi v délce pěti týdnů. Toto čtyřleté studiu je zakončeno maturitní zkouškou. Maturitní zkoušku skládají všichni studenti povinně z předmětů psychologie a komunikace nebo somatologie, ošetrovatelství a praktickou zkoušku přímo u lůžka nemocného. (3, s. 119)

3.2 Vyšší zdravotnické školy

Vyšší odborné zdravotnické školy vznikly roku 1996. Tyto školy měly doplňovat vzdělání studentům, kteří vyšli ze střední zdravotnické školy. Nabízely další vzdělání

v oborech, jako například diplomovaná dětská sestra, diplomovaná všeobecná sestra, diplomovaná sestra pro intenzivní péči, diplomovaný radiologický asistent a další. Studium na těchto školách je dvouleté a důraz je kladen na prohlubování dosavadních znalostí, spolu s praktickým nácvikem. Vzdělávání probíhá ve formě seminářů a přednášek. Absolventi mají v praxi silnější pravomoci v oblasti odpovědnosti a rozhodování při poskytování péče. Studium je dále rozšířeno o problematiku právní a etickou ve vztahu k ošetřovatelství. Studenti jsou seznámeni se základy výzkumné činnosti a orientují se ve výzkumných poznatcích, jelikož výzkum se pomalu stává součástí profese sestry. Studium na VOŠ se blíží studiu na vysoké škole jak svým hodnocením, tak stylem výuky. Úspěšné absolvování studia je podmíněno úspěšným složením zkoušek a obhajobou závěrečné práce. Absolvent je pak označován jako diplomovaný specialista. S ohledem na evropskou unii a její vzdělávací systém, který má být v souladu s naším, obory na VOŠ zanikají. (1, s. 51)

3.3 Zdravotnická lycea

Od roku 2005 mají studenti, kteří se rozhodnou studovat střední školu se zdravotnickým zaměřením, novou možnost. Kromě středních zdravotnických škol se začala otvírat Zdravotnická lycea. Ta studenty připravují na následné studium na vysoké škole. Studenti získají předpoklad dále pokračovat na školách typu zdravotně-sociální fakulta, lékařská fakulta či pedagogická fakulta, kde by se studenti mohli v budoucnu uplatnit jako učitelé na zdravotních školách.

Studium je čtyřleté a za dobu jeho trvání získají studenti jak všeobecný přehled, tak znalosti v odborných předmětech, dle svého zaměření. Samozřejmostí je také studium jednoho či dvou cizích jazyků. Studium je zakončeno maturitní zkouškou.

3.4 Vysokoškolské vzdělávání

V souvislosti se stále probíhajícími výzkumy a pokroky, jak v oblasti lékařství, tak v oblasti ošetřovatelství, jsou nároky na lékaře i nelékařský zdravotnický personál větší a větší.

Ke změnám ve vzdělávání došlo přijetím zákona číslo 96/2004 Sb. Pro výkon samostatného nelékařského povolání bez odborného dohledu už nestačí pouze středoškolské vzdělání. Jelikož se jedná o práci velice náročnou a zodpovědnou, jsou sestry nuceny vzdělávat se v oborech bakalářských a později i magisterských, aby následně

mohly vykonávat práci bez odborného dohledu. Bez odborného dohledu mohou pracovat také absolventi tříletého vyššího odborného studia.

U nás bylo první vysokoškolské studium pro sestry založeno v Praze na Karlově univerzitě roku 1960. Byli jsme jeden z prvních států, který poskytoval takto ucelené vysokoškolské vzdělání pro sestry. (3, s. 148)

3.5 Bakalářské a magisterské studium

Bakalářské studium se u nás začalo rozvíjet zhruba v devadesátých letech dvacátého století. Na něj postupně navazovalo i studium magisterské. Do bakalářského studijního programu „Ošetřovatelství“ spadá studijní obor všeobecná sestra. Dále je možné studovat obory porodní asistentka, radiologický asistent a fyzioterapeut. Zájemci o další studium mohou po ukončení bakalářského vzdělání pokračovat v navazujícím magisterském studiu.

Bakalářské studium se zaměřuje na prohloubení poznatků ze středních škol. Zaměřuje se na předměty medicínské a ošetřovatelské. Student by měl získat i základní znalosti v oblasti etiky, filozofie a multikulturní problematiky. Studium je rovněž zaměřeno na rozšíření znalostí z historie ošetřovatelství a cizích jazyků.

U magisterského studia si již student může vybrat specializaci, které by se chtěl v budoucnosti věnovat. Pokud se bavíme o ošetřovatelství, mají studenti nejčastěji možnost výběru z oblasti chirurgie, interny nebo dětských pacientů. Tato zaměření se v průběhu studia dále zužují na konkrétnější problematiku.

Vzhledem k tomu, že magistersky vzdělané sestry mají předpoklady uplatnit se ve vedoucích funkcích zdravotnických zařízení, mají studium rozšířené o příslušné předměty. Kromě systematického prohlubování znalostí v oblastech ošetřovatelství, získávají studentky znalosti například v oblasti řízení lidských zdrojů, managementu, pojišťovnictví, ekonomiky nebo znalosti práce s počítačem. (3, s. 159)

3.6 Postkvalifikační možnosti studia

Po absolvování vysoké školy mohou sestry pokračovat ve studiu specializačním vzděláváním nebo navštěvovat certifikované kurzy. Zde má sestra šanci získat specializaci v určitém akreditovaném studijním programu, či projít přípravou ve specializovaném akreditovaném kurzu. Tyto kurzy stanovují příslušné legislativní předpisy pro způsob dalšího vzdělání zdravotnického personálu. (4, s. 34-35)

3.7 Povinné celoživotní vzdělávání

Je důležitou součástí sesterské profese. Bez toho by nemohla být poskytována péče na nejvyšší možné úrovni. Celoživotní vzdělávání seznamuje sestry s novinkami ve zdravotnictví. Rozšiřováním vzdělání je možné snížit výskyt pracovních pochybení a rizik spojených s poskytováním ošetrovatelské péče. (12, s. 25-26)

3.8 Vzdělávání v intenzivní péči

Vzdělání v oboru intenzivní péče lze získat například studiem navazujícího magisterského studia oboru Intenzivní péče. Studium je dvouleté a většinou se uskutečňuje v rámci lékařských fakult. Možnosti takového studia nabízí například Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě nebo 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Cílem tohoto vzdělání je připravit absolventy v rámci zákona č. 105/2011Sb. tak, aby byli schopni poskytovat specializovanou péči v oblasti intenzivní péče. Po absolvování tohoto studia je absolvent kompetentní vykonávat činnosti, které vyžadují značnou dávku samostatnosti a odbornosti. Pracuje v souladu s § 4, § 48, § 49 vyhlášky č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Všeobecná sestra, po získání tohoto navazujícího magisterského vzdělání, může provádět činnosti bez odborného dohledu a bez indikace. Zejména se podílí na vedení a řízení specializované péče u pacientů starších deseti let. Poskytuje péči pacientům, u kterých hrozí, nebo již došlo, k poruše základních životních funkcí, pacientům v kritickém stavu v rámci přednemocniční péče nebo i letecké záchranné služby. Může se podílet také na anesteziologicko-resuscitačních úkonech, na péči o pacienty s chronickou bolestí nebo zajištění péče o pacienty napojené dlouhodobě na umělou plicní ventilaci.

Forma studia může být dálková, prezenční či kombinovaná, záleží na poskytovateli vzdělání. Studium je zakončeno státní závěrečnou zkouškou. Pokud se jedná o státní školu, je studium bezplatné. (13)

Intenzivní péči lze studovat také v rámci specializačního vzdělávacího programu SIP, který nahradil dřívější program ARIP. Tento vzdělávací program je určen pro všeobecné sestry, které pracují na odděleních ARO nebo JIP. Mohou ho poskytovat zařízení, která získala akreditaci splněním podmínek vycházejících ze zákona 105/2011 Sb. Seznam takto akreditovaných pracovišť je k dispozici na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví. (14)

Studium je kombinované a je zakončeno atestační zkouškou, kterou musí studenti provádět na akreditovaných pracovištích, pod dohledem kontrolní atestační komise. Po úspěšném absolvování získávají studenti diplom. Studium se hraří, někdy je hrazeno ze strany zaměstnavatele. Cena může být různá, ale pohybuje se kolem částky 30.000,- Kč. Za absolvování studia účastníci získají určité množství kreditů. (15)

Podmínkou zařazení uchazeče do specializačního vzdělávání intenzivní péče je získání odborného zdravotnického vzdělání podle zákona č. 55/2011 Sb. Specializační vzdělávání není podmíněno současným výkonem povolání na oddělení intenzivní péče. Je však nutné, aby uchazeč, který se hlásí k atestační zkoušce, měl splněnu dobu výkonu praxe, dle zákona č. 55/2011 Sb. Část specializačního vzdělávání je možno absolvovat také distanční formou studia, například prostřednictvím e-learningu.

Doporučená doba pro délku trvání specializačního vzdělání je 18 – 24 měsíců. Tuto dobu lze prodloužit, či zkrátit, ale je nutné, aby daný počet hodin vzdělávacího programu zůstal zachován. Kvalita a úroveň vzdělání celodenní průpravy by však měla být stále stejná, bez ohledu na celkovou dobu studia. Obsahem vzdělání je, jak již bylo uvedeno, část teoretická i praktická. Celková doba studia zahrnuje 560 hodin, kdy nejméně 50 % celkového času pokrývá praktická výuka spolu s praxí na akreditovaných zdravotnických zařízeních.

Vzdělávací program se skládá z modulu základního a z modulů odborných, s příslušným počtem kreditů. Ukončení každého modulu je ohodnoceno určitým počtem kreditů dle dosažené úrovně výsledků vzdělání. Do odborných modulů se mohou přihlásit také zdravotničtí záchranáři a porodní asistentky. Těm jsou uvedené moduly započítány v rámci specializačního vzdělávání v Urgentní medicíně a Intenzivní péči v porodní asistenci.

Pro získání odborné způsobilosti v Intenzivní péči je nutné splnit následující podmínky, jako je zařazení do programu vzdělávání a výkon povolání v příslušném oboru, minimálně 1 rok z období šesti let, v rozsahu minimálně ½ stanovené týdenní pracovní doby nebo výkon povolání minimálně 2 roky v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby do data přihlášení se k atestační zkoušce. Dále absolvování teoretické výuky a odborné praxe v daném rozsahu vzdělávacího programu, získání stanoveného počtu kreditů a úspěšné složení atestační zkoušky. (16, s. 2-3)

Podobně, jako u navazujícího magisterského studia Intenzivní péče, je cílem vzdělání připravit všeobecné sestry na poskytování vysoce specializované péče v oblasti

intenzivní péče u pacientů starších deseti let a v případech, kdy hrozí, nebo již došlo k selhání jednoho či více orgánů a životních funkcí. Po absolvování programu je sestra kompetentní provádět přednemocniční péči, péči v rámci letecké záchranné služby, komunikačního střediska, vyhodnocovat telefonické výzvy, poskytovat instruktáže po telefonu, dohlížet na pacienty během transportu a podobně. Výuka je jak teoretická, tak praktická. (17)

3.8.1 Intenzivní péče

Vznik intenzivní péče u nás se datuje do doby po druhé světové válce, tedy zhruba do poloviny dvacátého století. Opět narážíme na vztah sestry a lékaře. Zde více, než v jiných oblastech, je sestra nepostradatelnou pomocnicí lékaře a oporou pacienta. Vzhledem k tomu, že péče je velice specializovaná, bylo nutné navýšit sestřím kompetence a umožnit jim rozšířené vzdělání v této oblasti. Rozvoj intenzivní péče velice úzce souvisí s rozvojem přístrojové techniky. Novinky, jako například umělá plicní ventilace, monitorace srdeční činnosti či dialýza, byly pro péči o pacienty velice přínosné. (18, s. 11-13)

Sestry tedy byly, jsou a budou v péči o nemocné vždy nepostradatelné. Před rozvojem technických vymožeností bylo v první řadě na nich odhalit a včas podchytit možné hrozící komplikace zdravotního stavu u pacientů. Po tom, co již byla k dispozici přístrojová technika, bylo opět na nich, naučit se s přístroji zacházet a číst je tak, aby pozitivně ovlivňovaly stav pacienta a bylo tak možné v případě potřeby včas zasáhnout. Je pravda, že nic z toho by se neobešlo bez potřebného vyššího vzdělání sester, navýšením jejich kompetencí a v té souvislosti i zvyšující se zodpovědnosti sester. (19, s. 2-6)

Sestra, pracující na intenzivní péči, musí kromě svých odborných znalostí disponovat také lidskostí, holistickým a individuálním přístupem ke všem klientům. Sestra působí jako edukátor pacientů a jejich rodin, vychovává v oblasti zdraví a zdravého životního stylu, organizuje a zajišťuje administrativní chod na pracovišti. Na druhou stranu je dobré, když si sestra udržuje od pacientů jistý profesní odstup.

Intenzivní péče se dělí podle úrovně poskytované péče na jednotku nižší a jednotku vyšší intenzivní péče. První v pořadí je intenzivní péče nižšího typu. Tyto jednotky mají funkci monitorovací. Zde dochází ke kontinuální monitoraci klienta a jeho základních životních funkcí. Je tu zvýšená péče sesterského personálu a v případě potřeby okamžitá možnost resuscitace. Pokud je na jednotce intenzivní péče možnost umělé plicní ventilace,

můžeme ji označit jako JIP – vyššího typu. Tím není myšleno oddělení anesteziologicko-resuscitační.

U jednotek vyššího typu se jedná o oddělení resuscitační a o oddělení s těžce nemocnými pacienty (orgánová selhání). Zde je možnost, kromě činností, které umožňuje nižší typ, provádět například invazivní monitoraci, dlouhodobou umělou plicní ventilaci, měření srdečního výdeje, dialýzu a poskytovat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči o kriticky nemocné (12, s. 19-20)

Na oddělení intenzivní péče bývají zpravidla přijímáni pacienti, u kterých hrozí nebo již došlo, k selhání orgánu nebo orgánů. Tato oddělení poskytují možnost sledovat pacienta dvacet čtyři hodin denně za pomoci přístrojové techniky. Je tak možné diagnostikovat a předcházet případnému multiorgánovému selhání. (20, s. 15-16)

Oddělení anesteziologicko-resuscitační je určeno pro pacienty, u kterých došlo k selhání základních životních funkcí nebo selhání hrozí. Na odděleních ARO je lékař přítomen nepřetržitě.

Veškeré úkony, vykonané u pacienta, se zaznamenávají do dokumentace, stejně jako na ostatních odděleních. Pacient také podepisuje všemožné informované souhlasy. V případě, že není schopen souhlasy podepsat, vyplňuje se příslušný dokument a zasílá se na obvodní soud. Ten rozhodne, jak dále bude s pacientem nakládáno.

Technické a personální vybavení těchto oddělení je specifické a odlišné od standardních oddělení. Jsou zde prováděny specifické výkony s bodovým ohodnocením, které je uvedeno ve vyhlášce číslo 493/2005 Sb. Uvedenou vyhláškou jsou rovněž dány specifické požadavky na technické a personální vybavení oddělení. Na každém oddělení se počet sester liší. Mělo by však platit, že na každého pacienta připadá jedna sestra, plus jedna sestra je na oddělení navíc, pomáhá ostatním a zařizuje potřebné věci. (12, s. 19)

4 KOMPETENCE

4.1 Vysvětlení termínu kompetence

Pojem kompetence bývá v dnešní společnosti používán zejména ve dvou významech. V prvním případě může být pojem kompetence chápána jako označení rozsahu působnosti, pravomoc nebo oprávnění k určité činnosti. Často bývá udělována autoritou nebo jí přímo náleží.

Oproti tomu druhý význam kompetence je chápán jako schopnost výkonu určité činnosti, mít k ní náležité vzdělání, kvalifikaci či předpoklad.

U prvního vysvětlení je patrné, že k výkonu činnosti potřebuje člověk něco, co je mu dáno zvenku. U druhého případu se jedná přímo o člověka. O jeho vnitřní kvality, možnost uplatnit schopnosti, které mohl získat na základě vlastní vůle a snažení, například vzděláním. (21. str. 11)

Kompetence mohou být jinak chápány odborníky a jinak laiky. Pro odborníky představují kompetence jistý soubor znalostí, zkušeností, dovedností, postupů, metod, které využívají při své práci a jsou pro ně závazné, z hlediska práva.

Laická veřejnost má kompetence spojené nejčastěji s vlivem a mocí, která často bývá připisována významné autoritě. (22, s. 20)

4.2 Definice pojmu kompetence

Tento pojem původně vychází z latinského jazyka, konkrétně ze slova *competere*. Výraz značí souhlas nebo shodu. (22, s. 20)

Kompetence můžeme chápat jako jedinečnou schopnost člověka úspěšně vykonávat práci, řešit dané situace a rozvíjet potenciál na základě vlastních zdrojů, v kontextu různých životních situací a úkolů. Kompetence jsou dále spojeny s ochotou nést důsledky svých činů, které jsme se rozhodli udělat na základě vlastních rozhodnutí. Učí nás mimo jiné zodpovědnosti. (23, s. 27)

Pojem kompetence bývá často v literatuře označován jako synonymum slov *norma*, *standard*. (24, s. 18)

4.3 Důvody vytvoření kompetencí

Otevřením celosvětového trhu práce a volný pohyb pracovních sil všech profesí, tedy i zdravotníků, po celém světě, vedl k nutnosti vytvoření kompetencí pro všeobecné

sestry. Kompetence jasně definují úkoly sestry po ukončení určitého stupně vzdělání a následného nástupu do praxe. (24, s. 5)

Vstupem České republiky do Evropské unie vznikla nutnost vypracovat právní předpisy, upravující kompetence nejen všeobecných sester.

Účelem právních předpisů je především sjednocení a nastavení vzdělávacích systémů, vymezení profesních kompetencí, specifikování jednotlivých profesí, zformulování standardů etických a standardů způsobilosti k dané profesi.

Povolání všeobecných sester bylo zásadně ovlivněno novými legislativními normami. V dnešní době je zcela nezbytné a zároveň běžné systematické sebevzdělávání a rozšiřování osobní kvalifikace každé sestry.

Česká republika byla vstupem do Evropské unie nucena vytvořit systém vzdělávání a způsobilosti k výkonu specificky regulovaných zdravotnických povolání, a to včetně nutnosti a potřeby vzájemného uznávání kvalifikací v zemích Evropské unie. Legislativní norma, upravující právní formu, zabývající se především studijními programy, profesními kompetencemi, celoživotním vzděláváním, kritérii na získávání odborné způsobilosti a požadavky na určitou kvalifikaci pro výkon povolání nelékařského zdravotnického personálu, byla vypracována dle doporučení a požadavků týmu evropských poradců. (22, s. 22-23)

4.4 Legislativní normy, platné v současné době, pro výkon povolání nelékařských zdravotnických pracovníků

U zákona číslo 96/2004 Sb. bylo nutné zajistit novelizaci. Hovoří se o takzvané malé a velké novelizaci.

Dne 22. 4. 2011 vstoupil v platnost a nabyl účinnosti zákon číslo 105/2011 Sb., kterým se mění zákon číslo 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání nelékařských zdravotnických pracovníků a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon je označován jako malá novela.

Cílem bylo zvýšení kompetencí NLZP, zajištění stability jejich profesí ve zdravotnictví, zjednodušení administrativní náročnosti, například při podávání žádosti o prodloužení registrace. Záměrem bylo také snížení poplatků při podání žádosti o vydání osvědčení k výkonu povolání nebo jeho prodloužení.

Změny se týkají zejména výkonu zdravotnického povolání, dále pak registrace a celoživotního vzdělávání. Došlo ke změně podmínek pro výkon povolání sanitáře, zdravotnického asistenta a zdravotnického záchranáře. Platnost registrace byla prodloužena na období deseti let. Došlo také k upřesnění norem, týkajících se celoživotního vzdělávání. (25)

Při přípravě velké novely se nejdříve počítalo s tím, že bude stačit pouze novelizace dosavadního zákona. V průběhu novelizace se však ukázalo, že změny budou tak rozsáhlé, že bude lepší vytvořit zákon nový. Ve velké novele se připravují změny, týkající se změn podmínek odborného dohledu, úpravy podmínek pro výkon povolání NLZP, přehodnocení podmínek pro kvalifikační i specializační vzdělávání. Novelizace v registraci a stanovení určitého počtu nelékařských povolání. Tento zákon se však ještě připravuje. V platnost by měl vejít během roku 2014. (26)

Koncepce ošetřovatelství, zakotvená ve Věstníku ministerstva zdravotnictví České republiky číslo 9/2004. (3, s. 124)

Činnost zdravotnických pracovníků je dána vyhláškou č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Specializační způsobilost je náplní nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou působností. Specializační vzdělávání lze získat pouze v akreditovaných zařízeních. Nové vzdělávací programy nabízejí rozšíření znalostí například v oblastech intenzivní péče, perioperační péče, ošetřovatelské a intenzivní péče v chirurgických a interních oborech. (27)

Celoživotním vzděláváním se zabývá vyhláška č. 4/2010, která stanovuje kreditní systém pro možnost vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání, bez odborného dohledu, ve znění vyhlášky č. 321/2008. Kreditní systém zajišťuje celoživotní vzdělávání sester.

To, aby studijní a vzdělávací programy splňovaly potřebné normy, zajišťuje vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou jsou stanovené minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, ve znění vyhlášky č. 129/2010 Sb.

Standardy pro vzdělávací programy všeobecných sester a porodních asistentek jsou podrobně zpracovány ve Věstníku č. 6/2008 pro všeobecné sestry a pro porodní asistentky jsou sepsány ve Věstníku č. 3/2009. (27)

Dále je tu vyhláška č. 413/2006 Sb., kterou je stanoven seznam nemocí nebo stavů, které vylučují zdravotní způsobilost k výkonu povolání farmaceuta, zubního lékaře, zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka. Stanovuje podmínky pro lékařské prohlídky, jako je druh a četnost prohlídek, sloužících k určení způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

Zdravotnická zařízení jsou povinna mít určitý minimální počet zaměstnanců. Tato podmínka je uvedena ve vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb. (27)

Pro všechny NLZP je na národní úrovni závazný Etický kodex, ten se nachází ve Věstníku MZ částka 7/2004.

V poslední době proběhlo mnoho novelizací daných dokumentů až do nynější podoby. Je tedy zřejmé, že ošetrovatelství je velmi dynamický obor, který se stále více vyvíjí.

4.5 Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Kompetence, které jsou závazné pro veškerý NLZP jsou sepsané ve vyhlášce 55/2011 Sb. Tato vyhláška vešla v účinnost dne 14. března 2011.

První část vyhlášky vymezuje pojmy z oblasti ošetrovatelství. Je v ní popsáno, co je to ošetrovatelská péče, komu je určena základní ošetrovatelská péče, komu je určena specializovaná a vysoce specializovaná ošetrovatelská péče. Dále jsou tu vysvětleny pojmy, jako například specializované postupy či standardy.

V části druhé jsou uvedeny činnosti zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost. Týká se to zdravotnických zaměření uvedených v paragrafu 4 až 29. Část druhá popisuje výkony, které mohou tito pracovníci vykonávat, bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v rozsahu, který jim určuje jejich odborná způsobilost. Ve zkratce lze říci, že druhá část upravuje například, jak má být poskytována ošetrovatelská péče. Zdůrazňuje důležitost používání a vedení zdravotnické dokumentace. Upozorňuje na poskytování informací pacientům, ohledně jejich zdravotního stavu, jen v takovém rozsahu, v jakém je daný pracovník kompetentní je poskytnout. Pracovníci, uvedení v paragrafech již výše zmíněných, by se měli podílet na pedagogické činnosti na odborných školách nebo v akreditovaných zařízeních. Rovněž by se měli podílet na tvorbě standardů. Mezi povolání, která sem spadají, patří povolání všeobecné sestry, porodní

asistentky, radiologického asistenta, fyzioterapeuta, zdravotně-sociálního pracovníka, zdravotnického laboranta, ortoptisty, optometristy a tak dále. (28, s. 3-5)

Ve třetí části jsou popsány činnosti jiných odborných pracovníků s odbornou způsobilostí. Sem patří pracovníci, uvedení v paragrafu 45 až 53. Je psáno, že tito pracovníci vykonávají práci pod odborným dohledem nebo jsou přímo vedeni zdravotnickým pracovníkem, který je způsobilý poskytovat a vykonávat zdravotní péči. Určený pracovník poskytuje péči v rozsahu, jaký získal po absolvování studijního programu. V úvodu třetí části jsou zaznamenány povinnosti těchto pracovníků a to jak již bylo zmíněno, správná práce s dokumentací, podílení se na pedagogické činnosti, informovanost pacienta dle kompetencí, vyplývajících ze způsobilosti dotyčného pracovníka. Tato část zahrnuje kompetence určené absolventům magisterských studijních oborů. Zejména se to týká oborů psychologie, logopedie a absolventů, kteří mají nebo vystudovali speciální pedagogiku. Také sem patří například zaměření přírodovědné, či elektrotechnické. (28, s. 40-43)

Část čtvrtá se věnuje činnostem, které jsou oprávněni dělat pracovníci, kteří získali specializovanou způsobilost k výkonu povolání. Činnosti jsou rozděleny podle toho, zda je pracovník oprávněn je vykonávat bez odborného dohledu, s odborným dohledem, bez indikace lékaře či s indikací lékaře. Vzhledem k tomu, že toto je důležitá část mé práce, ráda bych se této problematice více věnovala v samostatné kapitole.

V této části vyhlášky jsou specifikované činnosti pro všeobecné sestry, uvedené v paragrafech 55 až 67. Patří sem všeobecné sestry se specializací pro perioperační péči a intenzivní, dětskou sestru, dětskou sestru v intenzivní péči, komunitní sestru, sestru specializovanou v interních oborech. Také pro sestry se specializací v chirurgických oborech, sestry zabývající se nukleární medicínou, audiologické sestry, sestry pro psychiatrickou péči a další.

Dále se vyhláška zaměřuje na detailnější rozbor kompetencí odborníků se specializovanou způsobilostí v oborech jako porodní asistentka, ergoterapeut, zdravotnický záchranář, laborant, zubní technik, farmaceutický asistent, asistent pro ochranu a podporu veřejného zdraví, nutriční terapeut. Ještě jsou zde rozebírány specializované kompetence pro obory psycholog, biomedicínský technik, zrakový terapeut, logoped, fyzioterapeut, odborník v laboratorních metodách, radiologický fyzik, biomedicínský inženýr, organizace a řízení ve zdravotnictví. (28, s. 43-50)

Poslední, šestá část, obsahuje seznam zrušovacích a závěrečných ustanovení.

4.6 Kompetence sester se specializovanou způsobilostí a sester se zaměřením na intenzivní péči

V této kapitole bych se ráda podrobněji zaměřila a rozebrala sesterské kompetence. Chtěla bych zmínit, jaké jsou kompetence všeobecných sester, které mají specializovanou způsobilost a dále také sester, specializovaných přímo na intenzivní péči.

4.6.1 Kompetence všeobecných sester se specializovanou způsobilostí

Tyto kompetence můžeme najít ve čtvrté části vyhlášky č. 55/2011 Sb., § 54.

Paragraf se vztahuje ke všem oborům, uvedených v § 55 až § 67, pokud získají specializovanou způsobilost pro výkon činností, uvedených v § 4. Specializované sestry pak poskytují a organizují ošetrovatelskou péči, mimo jiné i vysoce specializovanou péči v oboru specializace či zaměření. Zejména mohou vykonávat následující činnosti, které budou rozděleny podle toho, zda je u nich potřeba indikace nebo odborný dohled lékaře.

Bez indikace a odborného dohledu jsou sestry kompetentní k tomu, aby edukovaly a informovaly klienty, a případně i jejich rodinné příslušníky, o specializovaných ošetrovatelských výkonech. Mohou také vytvářet informační materiály ohledně daných výkonů. Dále mohou sledovat a hodnotit stav pacienta, předcházet komplikacím a zhoršení stavu a napomáhat při řešení případných problémů. V rámci své specializace jsou kompetentní ke koordinaci práce členů týmu. Mohou hodnotit kvalitu, s jakou je ošetrovatelská péče poskytována, vykonávat ošetrovatelský výzkum a podílet se na tom, aby byly výsledky využité v praxi. Mohou vytvářet specializované standardy, v rozsahu své kvalifikace nebo se podílet na vzdělávací činnosti, v rámci své specializace.

Další oblastí jsou činnosti, které smí sestra vykonávat na základě indikace lékaře. Sem patří například úkony, spojené s přípravou pacienta na specializovaná léčebná a diagnostická vyšetření. Během nich je sestra oprávněna asistovat lékaři. Poté vykonává potřebnou monitoraci stavu a potřebnou péči o klienty po vyšetřeních. Je také oprávněna edukovat klienty, i jejich rodinné příslušníky, o specializovaných léčebných a diagnostických postupech. (28, s. 41-43)

4.6.2 Kompetence všeobecných sester pro intenzivní péči

Tyto kompetence vycházejí z § 55 vyhlášky č. 55/2011 Sb., a vztahují se k sestram pro intenzivní péči v rámci intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu. Sestry, vykonávají příslušné činnosti podle § 54 při poskytování péče u klientů

starších deseti let, u kterých hrozí selhání základních životních funkcí, nebo k takovému selhání již došlo.

Sestra je oprávněna provádět níže uvedené úkony bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Patří sem sledování stavu a analýza údajů o zdravotním stavu pacienta, sledování a zaznamenání základních životních funkcí, hodnocení celkového stavu pacienta, sledování výsledků elektrokardiogramu.

Sestra je kompetentní zahájit a provést kardiopulmonální resuscitaci, spolu se zajištěním dýchacích cest, s využitím veškerého potřebného a dostupného technického vybavení. Rovněž je oprávněna použít elektrický výboj k defibrilaci srdce, po kontrole srdeční činnosti. Může také pečovat o dýchací cesty klientů, kteří jsou napojeni na umělou plicní ventilaci, což zahrnuje i odsávání z dolních cest dýchacích. U klientů, se zajištěnými dýchacími cestami, je kompetentní provádět tracheobronchiální laváže. Mezi důležité věci, ke kterým je sestra také oprávněna, patří zajištění technického chodu oddělení, ve smyslu funkčnosti lékařských přístrojů. Sestra je povinna pravidelně kontrolovat funkčnost přístrojů (defibrilátor, laryngoskop) a zajišťovat dostatek ošetrovatelského materiálu a léků na pracovišti. Případné poruchy přístrojů je povinna hlásit, aby byla zajištěna náhrada či oprava. Samozřejmostí je schopnost umět číst a hodnotit záznamy, které poskytují přístroje, zajišťující péči o klienta. (28, s. 41-43)

Na základě indikace lékaře, bez odborného dohledu, je sestra oprávněna používat specializovanou přístrojovou techniku i invazivní metody při měření a analýze fyziologických funkcí u pacientů. Může zavádět žaludeční sondy, jak gastrické, tak duodenální, u pacientů, kteří jsou v bezvědomí, smí zavádět močový katetr mužům. U pacientů se zajištěnými dýchacími cestami je kompetentní provést výplach žaludku. Pokud je klient postižen akutním nebo chronickým selháním ledvin, může uplatnit dostupné prostředky pro dosažení vyčištění jeho krve. Pečuje o dlouhodobou plicní ventilaci. Ta může být aplikována i u klientů doma. Zde zajišťuje poučení klienta i jeho rodiny, jak s přístrojem zacházet. Podílí se také na léčbě bolesti. Vykonává úkony, ohledně přípravy, průběhu a ukončení aplikací kroků, které vedou v léčbě bolesti. Provádí přípravu na anestezii, je přítomna při jejím průběhu, asistuje, a po jejím ukončení dohlíží na pacienta. Smí provádět invazivní kroky při odběrech krve, i kanylaci k invazivnímu měření tlaku krve, kromě arterie femorális.

Pod odborným dohledem lékaře může podávat transfuzní přípravky, extubovat tracheální kanylu, či vykonávat externí kardiostimulaci.

V rámci přednemocniční neodkladné péče nebo letecké záchranné služby poskytují sestry specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle § 17. Ten se vztahuje ke kompetencím zdravotnického záchranáře.

V zaměstnání však není tolik podstatné, jaké má sestra dosažené vzdělání, a z něj vyplývající kompetence. Rozhodující je pracovní náplň v pracovní smlouvě. Tedy, na jaké pozici je sestra zaměstnána. Často se totiž stává, že například sestra s magisterským vzděláním, je přijata na pozici sestry bakalářky. S pracovní náplní v pracovní smlouvě se musí plně seznámit a dodržovat její obsah. (29, s. 13)

5 MANAGEMENT OŠETŘOVATELSKÉHO TÝMU

5.1 Specifika, ovlivňující práci manažerů ve zdravotnictví

Vzhledem k tomu, že zdravotnictví a poskytování zdravotnických služeb je velice specifická oblast, je i management v těchto oblastech odlišný. Vysoké nároky jsou tak kladeny zejména na manažery, kteří zajišťují chod jednotlivých úseků. Ti zase vyžadují plné pracovní nasazení svých podřízených, aby tak došlo k naplnění potřeb klientů, a byla jim zajištěna adekvátní zdravotní péče. Mezi specifika zdravotnického managementu můžeme zařadit následující výčet oblastí. (30, s. 14-17)

V ošetřovatelství jde především o zdraví, které není zboží a nelze s ním nakládat, stejně, jako s jiným typem zboží nebo služby. Je nutné čelit náročným a různorodým etickým úskalím. Typy služeb a pomoci v ošetřovatelství jsou velice specifické. Kvalitu péče hodnotí přímo konzument=klient. V managementu ošetřovatelství je třeba zohlednit rovněž ekonomické, společenské a politické vlivy. Ve zdravotnictví je, mnohem více než v jiných oborech, znát výrazná feminizace pracovních míst. Práce ve zdravotnictví je velice náročná na psychickou a stresovou odolnost pracovníků a v té souvislosti se zde mnohem častěji setkáváme se syndromem vyhoření. Je kladen velký důraz na komunikaci, nejen mezi zdravotníky a klienty, také na komunikaci pracovníků mezi sebou. Mnoho změn přinesla reforma školství, která zasáhla vzdělávání NLZP. (31, s. 9)

5.2 Osobnost manažera-sestry

Z mnohaletých zkušeností a průzkumů je zjevné, že se ve zdravotnictví pohybují lidé nadprůměrně introvertní a citliví. To je pochopitelné. V této sféře jsme neustále ve styku s lidmi, kteří potřebují pomoc, péči a podporu. Jistá osobnostní vybavenost, v tomto smyslu, je zde proto vítána. Na druhou stranu mohou tyto vlastnosti nést i svá rizika. (32, s. 334-335)

Emotivnost a citlivost sester může vést k nedostatku racionálně-pragmatického uvažování. Tato přecitlivělost se pak může odrazit při práci a komunikaci v rámci ošetřovatelského týmu. Hádkám, konfliktům a kritice se může přikládat větší vážnost, než ve skutečnosti je, což může narušit vztahy v týmu. Může docházet k situacím kdy, sestra nezvládne zachovat si k pacientům jistý odstup a začne se více osobně angažovat v jejich problémech. Pokud má sestra situaci pod kontrolou a zvládá ji, ještě není důvod se znepokojovat. Problém může nastat v okamžiku, kdy sestra své emoce nezvládne. Pak je

třeba, aby vedoucí pracovník vnesl do týmu logické myšlení a úvahy a situaci usměrnil a uklidnil. Jen tak je možné korigovat práci týmu, správně ho vést a dosahovat potřebných výsledků. Vedoucí pracovník by měl, spíše než na emoce, dát na fakta. Měl by být jakýmsi racionálním dohledem nad emocionálními kolegy, kteří svojí práci odvádí velice dobře, ale občas potřebují nasměrovat právě na logický úsudek. (33, s. 13-14)

5.3 Hlavní činnosti manažera

Náplň práce manažera se z velké části skládá z následujících oblastí, které na sebe navazují a vzájemně se ovlivňují. Patří sem organizování, řízení/vedení, plánování a kontrola. Tyto čtyři oblasti jsou ještě ve vzájemné interakci s komunikací a time-managementem. Pojem time-management chápeme jako řízení času a nakládání s ním. Komunikace a time-management se prolínají všemi složkami, uvedenými výše, a podstatně je ovlivňují, protože manažer, při výkonu své činnosti, vždy potřebuje komunikovat se svým okolím a všechny úkoly musí zvládnout v jistém časovém období. (31, s. 17)

5.3.1 Organizování

Pod pojmem organizování si lze představit další manažerské činnosti, jakými jsou rozhodování, delegování, zajištění vhodné struktury pracoviště a koordinace týmu.

Rozhodování je u sestry na denním pořádku. Mnohdy si ani nestihne uvědomit, co vše musela za svůj den rozhodnout. Denně řeší situace, jako například rozpis služeb sester, plánování dovolených, realizace nutných změn, komunikace s pacienty, konfliktní situace, krizové situace. Neustále činí menší či větší rozhodnutí, která se pak odrážejí v dalších navazujících situacích. Rozhodnutí je často třeba provést okamžitě. Nedostatek času a nutnost se okamžitě rozhodnout sestry uvádí do stresových situací, jelikož situace, které řeší, mnohdy souvisí se záchranou lidského života. Přitom sestry vědí, že sebemenší pochybení může mít vážné následky. (34, s. 18-20)

Delegování patří také pod oblast organizování. Delegování znamená přenesení určitého úkolu a zodpovědnosti za jeho splnění na podřízeného pracovníka. Delegování má hned dvě výhody. Manažerovi ušetří čas s řešením problému a podřízenému pracovníkovi nabízí možnost rozvoje. Může se podílet na nevhodných úkolech a dokázat tak své kvality či schopnosti. (35, s. 159)

Předtím, než se manažer rozhodne daný úkol delegovat na jiného pracovníka, je dobré zhodnotit, zda je daný úkol vůbec vhodný na delegování. Manažer musí posoudit,

zda má na oddělení vhodného pracovníka, kterého by úkolem pověřil, jaké jsou výhody a nevýhody případného delegování a zvolit vhodnou formu delegování. Teprve po zhodnocení těchto kritérií je vhodné přejít k vlastnímu delegování.

I přes to, že je delegování považováno za jeden z klíčových způsobů, jak přispět k osobnímu rozvoji zaměstnanců, ne vždy je dostatečně využíváno. Představuje totiž jistá úskalí, jak pro manažera, tak pro zaměstnance. Manažer se například může obávat, že ztratí kontrolu nad daným úkolem. Často se manažeři obávají toho, že jim zaučení a vysvětlení úkolu podřízenému pracovníku zabere více času, než když si úkol splní sami. Manažer může mít pocit, že daný úkol nikdo nesplní lépe než on. Roli může hrát i špatná zkušenost z již delegovaných úkolů. V rámci pocitu vlastní nenahraditelnosti raději nikoho úkolem nedeleguje.

Podřízený se pak může potýkat s nedostatečnou sebedůvěrou, v souvislosti se splněním delegovaného úkolu. Může pociťovat strach z toho, že úkol nesplní dle přání manažera, nebo že bude kritizován za to, jak úkol vykonal. Někdy může být problém to, že pověřený pracovník nemá o zadaném úkolu dostatečné informace. Není obeznámen, například s jeho důležitostí, a ostatními souvislostmi, které z úkolu vyplývají. Není výjimkou, že se podřízení do úkolů nehrnou také proto, že by museli udělat práci navíc. Raději se, z pouhé lenosti či nedostatku motivace, úkolu neujmou

Pokud manažer zváží a zhodnotí všechny výše uvedené body, ještě před tím, než daný úkol deleguje, usnadní mu to rozhodování a hlavně rychleji a efektivněji vyřeší daný problém.

Manažer, který se nedokáže smířit s tím, že i jeho podřízení jsou schopni výborných výkonů, co nesnese pomyslení na to, že by neměl nad vším stoprocentní kontrolu, je často vystresovaný, přepracovaný a mrzutý. Nepřispívá to k dobré atmosféře na pracovišti, jelikož podřízení to mohou chápat tak, že jim manažer nedůvěřuje, což může negativně ovlivnit autoritu manažera u ostatních členů ošetrovatelského týmu. (31, s. 23)

Zajištění vhodné struktury pracoviště. Tento odstavec se bude týkat využití potenciálu podřízených pracovníků. K tomu, aby byl zachován chod oddělení, je zapotřebí mít kromě odpovídajícího vybavení, především kvalitní personál. Toho by měl být na oddělení dostatek, aby byla zajištěna adekvátní péče o všechny pacienty a na druhou stranu i pohoda sester, které nebudou zbytečně přetěžovány nadměrným množstvím služeb a úkolů, které je nutné stihnout splnit v pracovní době. Skutečnost je bohužel taková, že, zejména z finančních důvodů, si nemocnice nemohou dovolit zaměstnávat tolik různě

kvalifikovaného personálu. Nabízí se tedy otázka, jak zajistit potřebný chod oddělení s omezeným počtem personálu. Většinu úkolů, musí být schopni plnit všichni pracovníci stejně. U některých je však vhodné, svěřit je pracovníkům, kteří k nim mají blíže, než ostatní. (35, s. 187-188)

Manažer by měl mít o svých podřízených přehled. Měl by znát jejich silné a slabé stránky, v čem vynikají, co je baví a jaké mají specifické schopnosti a vlastnosti. Většinou má každý jedinec co nabídnout. Někdo má talent na organizování, jiný se zase rád podělí o své odborné znalosti, někdo je dobrý komunikátor. Takové rozlišovací schopnosti manažera umožní efektivní využití lidských zdrojů a umožní tak přiřadit každému takový úkol, ve kterém se jedinec dokáže úspěšně realizovat. Kvalitní manažerské vedení pozitivně působí jak na samotné pracovníky, tak na pacienty a samozřejmě vnáší pozitivní ladění do celého týmu.

Strukturální změny na pracovišti je vhodné uskutečnit v souvislosti s jinou změnou. Může se jednat například o přijetí nového pracovníka, odchod pracovníka, změnu pracovních pozic. (36, s. 83-87)

Struktura pracoviště s maximálním využitím pracovníků „na míru“ velice úzce souvisí s delegováním. Přístup vedoucích pracovníků by měl podporovat jednotlivce i skupiny podřízených. Dobře odvedená práce jednotlivce zlepšuje výsledky práce celého týmu. Upevňují se tak vztahy na pracovišti, přispívá to ke zlepšení atmosféry a to opět pozitivně ovlivňuje pacienty. (31, s. 25)

Koordinace týmu je nepřetržitý proces. To, že se jednou sestaví funkční tým, neznamená, že to tak bude fungovat věčně. Tým je jako živý organismus. Neustále v něm dochází ke změnám a interakcím. Na manažerovi je, aby tyto změny sledoval a zaznamenával a podle nich se snažil tým koordinovat. (35, s. 161)

5.3.2 Řízení/vedení

Nejprve by bylo vhodné vysvětlit si oba výrazy, aby nedocházelo k nedorozumění. Oba výrazy se totiž v této oblasti běžně užívají. Patří k nim také označení pro osoby, které tuto činnost vykonávají, tedy manažer/vedoucí (leader).

Nejedná se o dvě osoby. Vlastnosti a rysy obou stránek člověka se nacházejí u každé osoby ve vedoucí pozici. Rozdíl je pouze v míře, jak je jedna či druhá stránka v člověku zastoupena. Zda převažuje spíše manažer nebo vedoucí. Pro manažera je důležité uplatňovat obě stránky své osobnosti. Obě jsou totiž pro jeho práci

nepostradatelné. Řízení a vedení zahrnují tři hlavní složky. Patří sem motivace, hodnocení a řízení výkonu pracovníků a řízení lidských zdrojů. (37, s. 45-48)

Motivace představuje jednu ze základních věcí, díky kterým se kolektiv stává úspěšným. Pouze manažer, který má vysokou sebmotivaci, může úspěšně motivovat druhé. Pokud by byl sám demotivován, nemůže kvalitně řídit a motivovat své podřízené.

Vnitřní motivace u pracovníků mohou ovlivňovat faktory, které motivaci zlepšují, nebo naopak zhoršují. Vliv má například aktuální zdravotní stav, momentální nálada na pracovišti, temperament a povahové rysy, nálada a osobní život. (31, s. 26-30)

Motivace je velice důležitá, ovšem neobešla by se bez řádného systematického řízení pracovního výkonu. Systematickým řízením se manažer snaží zajistit, aby byly splněny všechny podmínky, pro správné řízení pracovního výkonu. Předem je dobré vyjasnit si přesnou definici náplně práce, stanovit si cíle, zajistit zpětnou vazbu na pracovní výkon a stanovit si motivační systém, kterým budou zaměstnanci odměňováni za svou práci. (32, s. 143)

Definice výkonů, které smějí sestry vykonávat, jsou popsány v pracovní náplni v pracovní smlouvě. Každá sestra je s nimi při nástupu do práce seznámena, podepisuje, že je obeznámena s tím, co smí a nesmí dělat a tato náplň práce je pro ni závazná. Při výkonu svého povolání by se měla pohybovat pouze v rozsahu, který jí náplň práce udává.

Cíle by se měly stanovovat předem. Při výběru vhodného cíle se často uplatňuje způsob SMART, který stanovuje kritéria, která by měl cíl splnit. Podle tohoto pravidla by měl být cíl hlavně specifický, měřitelný, akceptovatelný, reálný a měl by být splněn v určitém časovém úseku. Jedná se o cíle, které, pokud se hodnotí komplexně, mohou pojmut celý pracovní výkon. Patří sem odbornost, schopnost komunikace a chování a ochota stále na sobě pracovat. Okruhy jsou řazeny od těch běžnějších po méně běžné. Odbornost lze prokouknout již při prvním styku se zaměstnancem. Chování v sobě zahrnuje prvky, jako motivaci a ochotu, celkový přístup k práci a plnění úkolů a dodržování časového harmonogramu při jejich plnění. V dnešní době je také běžné, že sestry vzdělávají po celou dobu výkonu svého povolání. Celoživotní vzdělávání je nedílnou součástí života sestry. Důležitá je tedy i ochota, s jakou ke vzdělávání pracovník přistupuje.

Pokud nejsou cíle a kritéria hodnocení pracovního výkonu komplexně stanovena a pokud s nimi není zaměstnanec plně seznámen, ztrácejí další dva kroky (zpětná vazba, odměna) smysl. U pracovníků chybí motivace k odvádění kvalitnějších a lepších výkonů.

Při zpětné vazbě na pracovní výkon rozlišujeme dva typy a to neformální zpětnou vazbu a formální. Do neformální zpětné vazby se zahrnují projevy všedního dne nad odvedenou prací. Reakce může být pozitivní a negativní. Je důležité si uvědomit, že zaměstnanec potřebuje pochvalu za odvedený výkon, aby se udržela patřičná motivace. Vždy je tedy dobré, vyzdvihnout něco, co se mu opravdu povedlo. Kritizovat dokáže každý. V praxi by měla být minimálně vyváženost mezi oběma stranami.

Za formální zpětnou vazbu se považují rozhovory mezi manažerem a podřízeným. Od zaměstnanců bývají přijímány spíše pozitivně, ovšem najdou se i tací, co z nich mají strach. Pro kvalitní řízení pracovníků na pracovišti jsou však klíčové. (31. s, 26-32)

Po dobře odvedené práci by měla také následovat adekvátní odměna. Zdravotnictví nejspíš nikdy nebude trpět nadbytkem financí, ale i přes to je důležité ukázat zaměstnancům, že si jsme vědomi, jak dobře pracují. Proto je důležité, aby vedoucí pracovník měl možnost odlišit finančně výkony nadprůměrné od těch podprůměrných. Jde to však uskutečnit jen těžko, pokud nemá mzda pohyblivou a pevnou složku a manažer možnost s pohyblivou složkou hýbat, dle svého uvážení. Možnosti manažerů takto se mzdou pracovat, se v rámci České republiky liší. V praxi se ale ukazuje, že i malé změny v pohyblivé části platu, jak směrem nahoru tak i dolů, se na zaměstnanci odrazí. Pokud jde o navýšení částky, motivace se zvedá přímo úměrně, s výší částky. (32, s. 278-280)

Důležité je také řízení lidských zdrojů. Manažer by se měl systematicky věnovat personální práci se svými podřízenými, nestačí jen nárazová řešení. Není to míněno tak, že by měl manažer přebírat práci za personální oddělení, ale měl by s ním aktivně spolupracovat. Měl by znát dobře své kompetence i kompetence personálního útvaru, plánovitě se podílet na činnostech, jako jsou přijímání a propouštění zaměstnanců, na zajištění vzdělávání a rozvoji zaměstnanců a dohlížet na řízení pracovních výkonů svých podřízených. (31, s. 32-33)

5.3.3 Plánování

Strategické plánování a strategie rozvoje instituce či oddělení by mělo být jedním z nejdůležitějších úkolů manažera na kterémkoliv manažerském postu. Tyto cíle by měly vznikat nejdříve na místech vyšších a postupně prostupovat do pozic nižších. (38, s. 26)

Musíme počítat s tím, že ve zdravotnictví nám nemusí vyjít všechno, co si naplánujeme. Jde o, obor, neustále se měnících situací. Většinu z těchto změn nemůžeme předvídat. I přes to je dobré mít alespoň nějaké plány, které lze za provozu měnit

a přizpůsobovat. Existence, například rámcových plánů, vnáší do profese pocit určité jistoty pro zaměstnance. I když je univerzálně nemůžeme použít vždy a všude, jejich části si můžeme napasovat na individuální situaci a přizpůsobit si ji. Pracovník má k dispozici určitou šablonu, která mu výkon může usnadnit a zrychlit. Mezi nejčastější plány, užívané ve zdravotnických zařízeních, patří například: Plán komunikace, Plán řízení změn, Plán řízení rizik, Marketingové plány, Plány poskytování zdravotní péče.

Plány také můžeme dělit podle toho, na jakou dobu se vztahují. Například operativní plány jsou plány na dobu kolem jednoho roku, taktické zhruba od jednoho do tří let a strategické na období tří a více let. Aktivita manažerů se mění v souvislosti s druhem plánu a s fází, ve které se patřičný plán nachází. (31, s. 34-36)

U plánů operativních by měl manažer zaujímat roli aktivní. Měl by se aktivně podílet na tvorbě těchto plánů. Participační a iniciativní roli by měl manažer zaujímat zejména u plánů taktických. Zde se jedná, z jeho strany, hlavně o participaci na tvorbě plánů a také na iniciativě při jejich vymýšlení a realizaci. U plánů strategických je role manažera převážně informativní. Manažer by měl mít přehled a být informován o tom, kam směřuje strategické plánování příslušného zdravotnického zařízení.

V praxi většinou platí, že čím je sestra ve vyšší pozici, tím by se její pozornost měla ubírat více od operativy ke strategické stránce věci. (35, s. 157-158)

5.3.4 Kontrola

Průběžná kontrola práce zaměstnanců by měla být jednou z hlavních náplní práce manažera. Kromě pravidelné kontroly by měl manažer provádět případnou korekci a vést zaměstnance tak, aby výsledek odpovídal jeho požadavkům.

Kontroly mají dvojí formu. Literatura uvádí formu proaktivní a moderní. Proaktivní forma zahrnuje spíše nenápadnou kontrolu, pravidelnou a včasnou, aby nedošlo k vážným problémům. Naproti tomu forma moderní, upřednostňuje přímý přístup k podřízeným. Manažer nabízí pomoc a podporu při překonání překážek. Pomáhá podřízeným v rozvoji. Přístup je spíše partnerský. Manažer by měl vždy mít jasně stanovenou míru tolerance. (31, s. 35)

5.3.5 Komunikace

Komunikace je nedílnou součástí každé profese. U vedoucích pracovníků to platí dvojnásob. Komunikaci ve zdravotnictví můžeme rozdělit například na interní, komunikaci

s klienty a externí komunikaci. Interní komunikace zahrnuje komunikaci se členy týmu na všech úrovních. Komunikace s klienty zahrnuje komunikaci zdravotníků s pacienty, popřípadě s jejich rodinnými příslušníky. Do externí komunikace se zahrnuje komunikace s médii, pojišťovnami, úřady, laickou veřejností a také komunikace prostřednictvím různých výročních zpráv. Na komunikaci ve zdravotnictví jsou kladeny mnohem větší nároky. Je to hlavně z důvodu, že zdravotníci jednají s lidmi nemocnými, kteří jsou často ve stresu, mají strach, bolest, mohou jednat afektovaně. Prostředí je často velice ovlivněno emocemi a jednání je tak často pod jejich tlakem. To vše může ve výsledku působit jako stresová situace pro obě komunikující strany. Od vedoucího pracovníka se požaduje, aby byl zběhlý v efektivní komunikaci, protože jenom tak může pomoci s komunikací i svým zaměstnancům. (35, s. 66-70)

5.3.6 Time-management

Veškeré úkony, jak manažera, tak zaměstnanců, se odehrávají v určitém časovém rozmezí. Čas měří pro všechny stejně, není možné si ho koupit, ani ho prodat. Pro manažera je tedy důležité, aby uměl s časem efektivně nakládat. Jenom tak může dlouhodobě dosahovat kvalitních pracovních výsledků, což platí i pro jeho tým. Efektivní nakládání s časem však není nic jednoduchého. V současné době se na toto téma pořádají školicí kurzy.

K tomu, abychom čas využili co možná nejlépe, je dobré uplatnit následující čtyři fáze - zanalyzovat situaci, učinit kroky ke změně, zhodnotit situaci a využít efektivně získaný čas. (31, s. 38-40)

Pokud chceme něco změnit, je vhodné se zamyslet, co a proč nám vadí, a jak by bylo možné to změnit. U analýzy času bychom si měli rozebrat jednotlivé činnosti a zamyslet se nad tím, jak je provádět efektivněji a lépe. Jednou z metod je například určit činnosti, které nám zbytečně „žerou“ čas. Manažer by si měl vytvořit seznam těchto činností. Může sem patřit například konání zbytečně dlouhých porad, neefektivní komunikace se zaměstnanci, mnoho zbytečných telefonátů a podobně. Ze seznamu těchto činností pak vybereme ty, které můžeme ovlivnit. Co s nimi, bude popsáno v kapitole kroky ke změně. (32, s. 145-150)

Čas můžeme ušetřit také rozdělením úkolů mezi své zaměstnance. Vždy je však důležité vybrat ke splnění úkolů vhodného pracovníka, určit způsob a časový rozsah.

Přednostně by se měly řešit úkoly neodkladné a až po nich úkoly, které nevyžadují okamžité řešení.

Analýzu času také můžeme provádět pomocí časové mapy. Jedná se o nejpodrobnější způsob rozboru našeho denního časového harmonogramu. Časovou mapu je vhodné, vytvářet podrobně jeden až dva týdny. Zaznamenávají se veškeré denní činnosti spolu s časem, kdy proběhly, s jejich dobou trvání a komentářem zda byla činnost vůbec nutná, zda nemohla trvat kratší dobu a podobně. (35, s. 283)

Jak provést kroky ke změně. Je několik možností, jak naložit s položkami, které nám čas berou a které chceme změnit. První z možností je eliminace činnosti, tedy ukončení vykonávání dané činnosti. Dále máme možnost činnost redukovat. Řešením je také, jak již bylo řečeno, delegovat daný úkol na jiného pracovníka. U činností, které jsou příliš zdlouhavé, zajistíme jejich zrychlení. Čas také ušetříme, pokud si správně stanovíme priority daných úkolů. Nestane se nám potom, že úkoly méně důležité budeme řešit dříve a úkoly důležité, později, ve stresu. Uvedené možnosti se mohou také kombinovat.

Na zhodnocení změn, které jsme provedli, se často zapomíná. Pod tlakem povinností a úkolů, které musíme splnit, se už neohlížíme, jestli změny, které jsme provedli, jsou efektivní a přináší nám to, co jsme očekávali. Je proto důležité, občas se ohlédnout a zhodnotit změny. (31, s. 39-42)

Ještě před tím, než učiníme všechny předešlé kroky, je důležité určit si, proč vlastně potřebujeme čas ušetřit. Jak naložíme s tím časem, který získáme. Můžeme ho brát jako odměnu za vynaložené úsilí. (31, s. 41)

5.4 Motivace

Jelikož si myslím, že ke správnému fungování a dobře odvedené práci týmu, jakožto i k dodržování kompetencí, velice přispívá vhodná motivace, rozhodla jsem se do své práce tuto kapitolu samostatně zahrnout.

Motivace představuje hnací sílu pro to, abychom vykonávali určitou činnost, která je po nás buď vyžadována, nebo ji sami chceme vykonat. Vzbuzuje v nás vidinu, že po odvedené práci přijde odměna, za kterou stojí bojovat. V praxi je takovouto odměnou hlavně finanční ohodnocení. Je jasné, že u každého je hodnotový žebříček jiný a ne vždy jsou peníze na prvním místě. Ovšem ve většině případů tomu tak opravdu je. Pracovní nasazení bývá většinou přímo úměrné platovému ohodnocení. Na druhou stranu, kdo by se v zaměstnání dřel, kdyby věděl, že jeho snaha nebude nijak oceněna. (35, s. 200-203)

5.4.1 Typy motivace

Motivaci dělíme na motivaci finanční a nefinanční a dále na vnitřní a vnější.

Finanční motivace je v pracovním poměru klíčová. Manažer tak může rozlišit nadprůměrné pracovníky od těch podprůměrných.

Na nefinanční motivaci se často zapomíná, je však mnohdy stejně efektivní, jako ta finanční. Všichni pracovníci ocení pochvalu, uznání, pocit sounáležitosti s týmem, dodržení slibů, dobré vztahy na pracovišti, zajímavou práci, možnost seberealizace, šanci na pracovní postup a podobně.

Motivace vnitřní vychází z nitra člověka. Člověk sám od sebe má chuť se neustále posouvat dál, překonává překážky a stanovuje si další a další cíle. Bývá v práci velice aktivní.

U vnější motivace se jedná spíše o to, že je člověk okolnostmi donucen vykonávat nějakou činnost. Musí pracovat, protože na tom například závisí jistota udržení si zaměstnání. Činnost mu nepřináší radost. Faktory, které ho posouvají, jsou vnějšího charakteru. (39, s. 31-31)

5.4.2 Demotivovaný tým

Vzhledem k důležitosti motivace je dobré zaměřit se také na situaci, kdy dojde k nedostatku motivace nebo až k demotivaci týmu. To představuje dlouhodobější nespokojenost a sníženou produktivitu zaměstnanců. Není žádný univerzální návod, jak situaci napravit, jelikož příčin může být mnoho. Tým je složen z individuálních jedinců, kdy každý jedinec vyžaduje jiný přístup.

Ráda bych zmínila několik možností, jak s demotivovaným týmem pracovat. Řešením může být například změna komunikace. Manažer by se měl snažit komunikovat se členy s ohledem na jejich osobnostní specifika. Využívat hodnotících pohovorů, kdy může odhalit konkrétní příčiny nespokojenosti a probrat kroky k nápravě. Demotivace může pramenit ze stereotypu na pracovišti. Není tedy od věci, probrat se zaměstnanci, co by bylo vhodné změnit. Manažer by měl více chválit a vyzvedávat to dobré, co se týmu povedlo. Je také vhodné, zavést určité pozitivní rituály, které mohou přispět ke stmelení týmu a odreagování od pracovních povinností (například oslavy narozenin, svátků, významných okamžiků, pracovních výročí a podobně). (31, s. 73-76)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Kompetence všeobecných sester jsou určovány legislativou České republiky. Ta v posledních letech prošla několika změnami, z nichž vyplynuly nové požadavky na profesi všeobecné sestry. Často diskutovanou otázkou jsou kompetence sester.

Ne každá sestra je v této oblasti dostatečně informována a všemu rozumí. Vyhlášky mnohdy působí nepřehledně, což může případné zájemce o informace odradit. Proto jsem se ve své práci snažila, situaci osvětlit.

6.1 Hlavní problém

V mé diplomové práci je hlavním problémem zjišťování teoretické znalosti sester ohledně jejich kompetencí na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Dále jsem se zaměřila na rozdíl kompetencí všeobecných sester bez specializace a se specializací SIP (ARIP).

6.2 Dílčí problémy

V současné době jsou kompetence sester jasně dány a rozděleny podle dosaženého vzdělání a specializace. Nabízí se tedy otázka, zda sestry znají své kompetence a zda je řádně dodržují. Pokud ne, tak jak a proč vznikají situace, kdy jsou sestry nuceny své kompetence překračovat. Pokud k překročení kompetencí dojde, tak jaké postihy za překračování kompetencí sestřám hrozí?

Podstatné u této práce je tedy zjistit, kde sestry čerpají informace o svých kompetencích. Jaké vhodné odborné zdroje k tomu využívají, při jakých situacích a řešení jakých problémů dochází nejčastěji k překračování kompetencí a kdo a jakým způsobem v praxi ve zdravotnických zařízeních provádí kontroly dodržování kompetencí.

7 CÍLE A ÚKOL VÝZKUMU

Hlavní cíl 1: Zmapovat a ověřit teoretickou znalost sester ohledně kompetencí všeobecných sester na odděleních ARO a JIP.

Dílčí cíl 1: Zjistit, kde sestry čerpají informace o svých kompetencích.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda sestry při výkonu praxe své kompetence překračují.

Dílčí cíl 3: Zjistit, kdo z vedoucích pracovníků kontroluje dodržování kompetencí sester na odděleních ARO a JIP.

Dílčí cíl 4: Zjistit od vedoucího managementu, jak probíhají kontroly dodržování kompetencí.

8 METODIKA PRÁCE

Ve své práci jsem využila výzkum kvantitativní i kvalitativní.

Jako formu kvantitativního výzkum jsem si zvolila sběr dat pomocí dotazníku. Dotazník je v kvantitativním výzkumu velice rozšířenou a oblíbenou metodou. Jeho výhodou je možnost získat velké množství informací, od rozsáhlého vzorku respondentů. Také vyhodnocení může být jednodušší, pokud má dotazník určitou strukturu. Další výhodou je rovněž anonymita dotazovaných, která je u této formy výzkumu velmi častá. Jistou nevýhodou je fakt, že data, získaná z dotazníku, jsou jen holými fakty, uvedenými respondenty ve výpovědích. V dotazníkovém šetření již není možné se dodatečně respondentů na danou problematiku hlouběji vyptat, pokud nejsou získané informace uspokojivé. Dotazníkové šetření vyžaduje ochotu respondentů spolupracovat. Dotazník je nutné nejen vyplnit, ale také odevzdat zpět.

Dotazník by měl splňovat některá zásadní kritéria. Samozřejmostí je uvést, k jakému účelu dotazník slouží, zda je anonymní, kdo jej vypracoval a z jakého důvodu ho rozdává. Respondent musí dát své svolení, se zpracováním výsledků vyplněného dotazníku k uvedeným účelům.

Dotazník by neměl být příliš rozsáhlý, aby respondenta nenudil. Otázky musí být jednoznačně formulované, ne příliš dlouhé, možnosti odpovědí musí být jasné. (40, s. 41)

Pro svou práci jsem vytvořila vlastní dotazník tak, aby odpovídal potřebám mé práce. Dotazník byl určen pro všechny všeobecné sestry pracující na odděleních intenzivní péče. Hlavním zaměřením dotazníku bylo získat informace o znalosti sester ohledně jejich kompetencí. Dotazník jsem rozdávala v tištěné podobě. V úvodu jsem ve zkratce uvedla údaje o své osobě, důvody, kvůli kterým provádím daný výzkum, na jakou cílovou skupinu dotazovaných je výzkum zaměřen a že se jedná o dotazník anonymní. Povinně jsem připojila poučení respondentek o nutnosti udělit mi souhlas se zpracováním poskytnutých údajů, které poslouží pouze jako podklad k mé práci. Dále jsem připojila pokyny k jeho vyplnění a kontaktní email, pro případ dotazů. Pokud nebylo v otázce uvedeno jinak, měly respondenty vybrat pouze jednu odpověď.

Dotazník obsahoval celkem 25 otázek. Jednalo se o otázky uzavřené, polouzavřené a filtrační.

Úvod byl věnován otázkám na oddělení, kde respondenty pracují a údajům o jejich nejvyšším dosaženém vzdělání. Následující otázky se zajímaly o případné

specializační vzdělávání SIP a jeho přínos do praxe. Několik otázek bylo znalostních, zaměřených na příslušnou Vyhlášku o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Následovaly otázky, týkající se znalosti výkonů, ke kterým jsou nebo nejsou sestry kompetentní, v rámci svého vzdělání. Část otázek zjišťovala, zda někdy sestry překročily své kompetence, popřípadě zjišťovala oblast, ve které k překročení došlo. Poslední otázky byly věnovány kontrole sester na pracovišti ve vztahu k dodržováním jejich kompetencí.

Pro kvalitativní výzkum jsem si zvolila rozhovor. Jeho výhodou je možnost probrání témata do hloubky, rozebrat a ujasnit si veškeré nejasnosti. Pokud se nám podaří navázat s tazatelem přátelský vztah, komunikace je mnohem otevřenější, upřímnější. Nevýhodou je však značná časová náročnost, jak na vlastní rozhovor, tak i na jeho zpracování a vyhodnocení. Do rozhovoru se může promítnout subjektivní názor posluchače, který může výsledek rozhovoru ovlivnit. Rozhovor by měl být veden v klidném prostředí, bez rušivých faktorů. Na rozhovor si vyšetříme dostatečný čas. (40, s. 38)

Pro potřeby mé práce jsem si vytvořila vlastní strukturovaný rozhovor. Nutno podotknout, že rozhovor byl veden se sestrami v řídicí funkci (staniční sestry, vrchní sestry, hlavní sestry). Pro rozhovor byly stanoveny tři výzkumné otázky. První otázka zjišťovala, jakým způsobem probíhá v nemocnicích kontrola dodržování kompetencí všeobecných sester, především na odděleních ARO a JIP. Druhá otázka byla zaměřena na zjištění, zda jsou sestry obeznámeny s tím, že jejich kompetence plynou z jejich pracovní náplně v pracovní smlouvě, nikoliv z dosaženého vzdělání. Dále zjišťovala, jak probíhají doškolení při změnách legislativy a kdo a jakým způsobem tato doškolení provádí. Třetí otázka byla věnována zkušenostem manažerů s problematikou překračování kompetencí všeobecných sester.

9 HYPOTÉZY

Hypotéza 1 – Sestry se specializací SIP (ARIP) znají bezpečně své kompetence.

Kritérium: Hypotéza 1 bude potvrzena, pokud alespoň 50 % dotazovaných sester se specializací SIP (ARIP) zodpoví správně všech 5 otázek týkajících se kompetencí sester se specializací (v dotazníku se bude jednat o otázky číslo 14, 15, 16, 17, 21).

H2 – Sestry znají dokumenty, které stanovují jejich kompetence.

Kritérium: Hypotéza 2 bude potvrzena, pokud alespoň 80 % respondentek zodpoví správně minimálně 3 z 5 otázek týkajících se příslušné vyhlášky (v dotazníku se bude jednat o otázky číslo 6, 7, 8, 9, 21).

H3 - Sestry získaly potřebné znalosti o kompetencích studiem Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Kritérium: Hypotéza 3 bude potvrzena, pokud více než 50 % sester uvede, že získalo informace o svých kompetencích přímo z Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

H4 – Sestry při výkonu praxe překračují své kompetence.

Kritérium: Hypotéza 4 bude potvrzena, pokud více než 70 % dotazovaných sester uvede, že někdy překročilo své kompetence.

H5 – Sestry nejčastěji překračují své kompetence v oblasti aplikace léků bez ordinace lékaře.

H6 – Kontroly dodržování kompetencí při práci sester na příslušných odděleních provádí staniční sestry.

Kritérium: Hypotéza 6 bude potvrzena, pokud nejvíce dotazovaných sester uvede jako kontrolora kompetencí staniční sestru.

10 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU

Pro získání dat do své diplomové práce jsem byla nucena obrátit se na několik nemocnic s žádostí o provedení výzkumu na jejich pracovištích. Z oslovených nemocnic s mým výzkumným šetřením souhlasily pouze dvě nemocnice a to: Krajská zdravotní nemocnice Děčín a Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa.

Výzkum se skládal z části kvantitativní a kvalitativní. Jako metodu kvantitativní jsem si zvolila dotazník. Dotazník byl určen pro všeobecné sestry, pracující na odděleních intenzivní péče. V rámci pilotní studie jsem rozdala dvacet dotazníků mezi sestry na intenzivní péči v Nemocnici Děčín. Na základě vyhodnocení dotazníků tohoto vzorku bylo provedeno několik změn. Teprve upravený dotazník byl použit pro sběr dat do diplomové práce.

Celkem bylo, v obou nemocnicích dohromady rozdáno 135 dotazníků. Návratnost byla 129 (96 %) dotazníků. Z vrácených dotazníků bylo bohužel několik dotazníků nedostatečně vyplněných, proto jsem byla nucena je vyřadit. Vhodných ke zpracování zbylo 122 dotazníků. Dotazníky jsem vyhodnotila s pomocí programu Microsoft Excel a z vyhodnocených dat jsem vypracovala grafy.

Ve kvalitativním výzkumu jsem se rozhodla pro sběr dat pomocí rozhovorů. Ty byly vedeny se sestrami ve vedoucích funkcích. V nemocnici Děčín mi rozhovor poskytla hlavní sestra, vrchní sestra chirurgie a staniční sestra chirurgické jednotky intenzivní péče. V nemocnici v České Lípě to bylo obdobné. Rozhovor mi poskytla hlavní sestra, dále pak vrchní sestra anesteziologicko-resuscitačního oddělení a staniční sestra multioborové jednotky intenzivní péče. Rozhovory jsem zaznamenávala pomocí diktafonu a následně přepsala do textu.

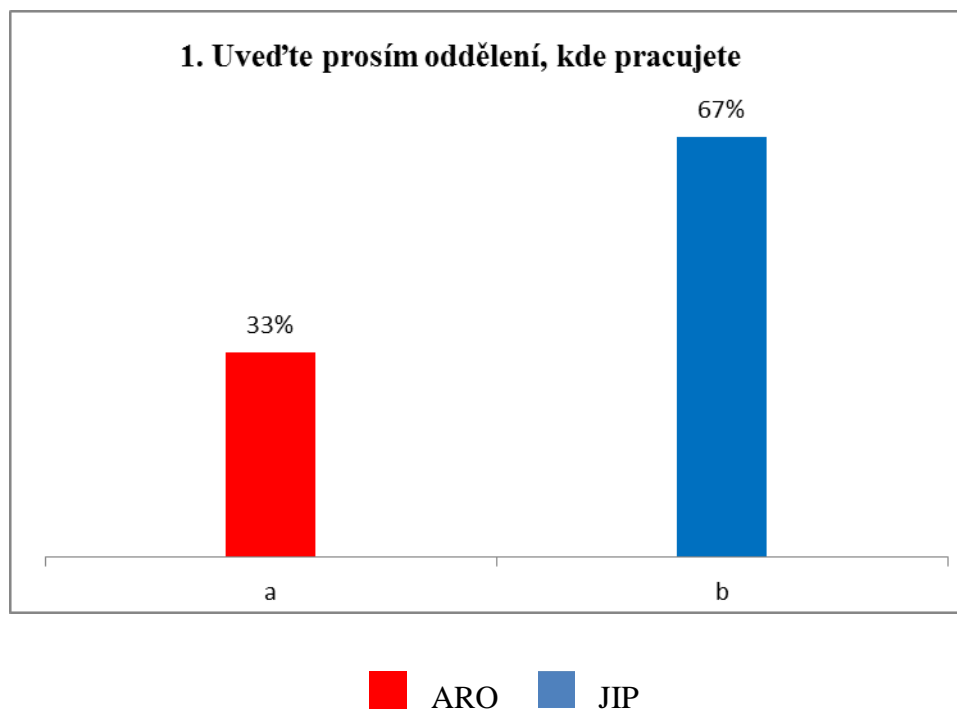
11 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ

V následující kapitole bych ráda uvedla výsledky dotazníkového šetření. Data byla pořízena z celkového počtu 122 dotazníků. Data jsou zobrazena pomocí grafů, ve kterých je přehledně zobrazena relativní četnost jednotlivých odpovědí. Čísla v závorkách pak označují absolutní četnost, tedy počet sester, které zvolily příslušnou odpověď.

11.1 Výsledky dotazníkového šetření

Hned v úvodu dotazníku jsem zjišťovala oddělení, kde respondentky pracují.

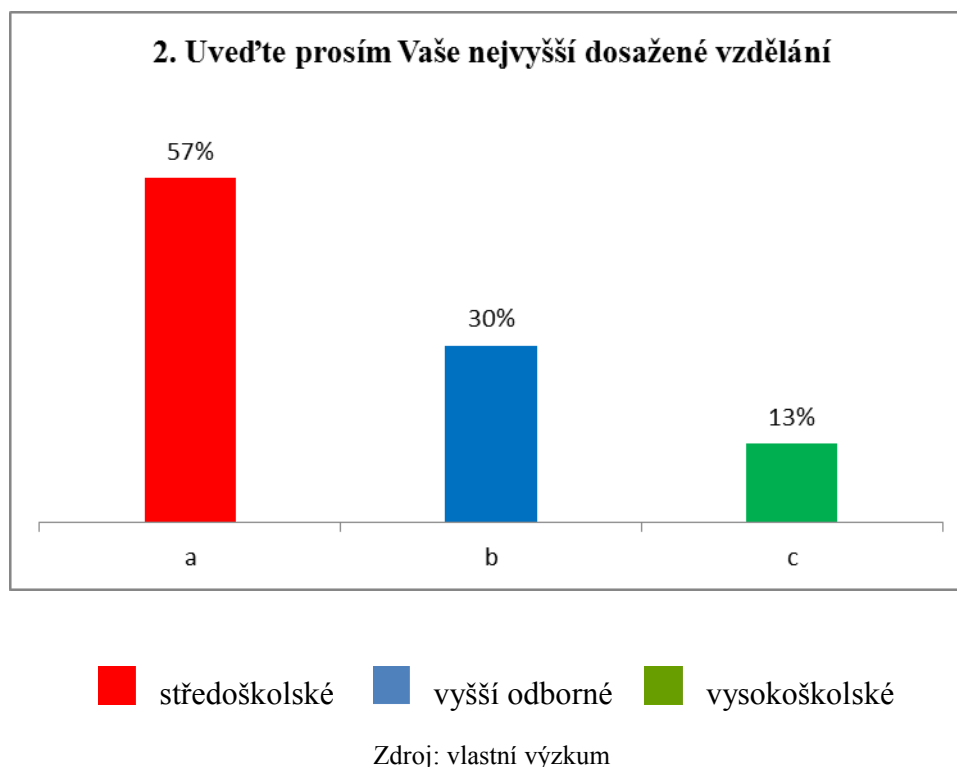
Graf 1 Otázka číslo 1



Zdroj: vlastní výzkum

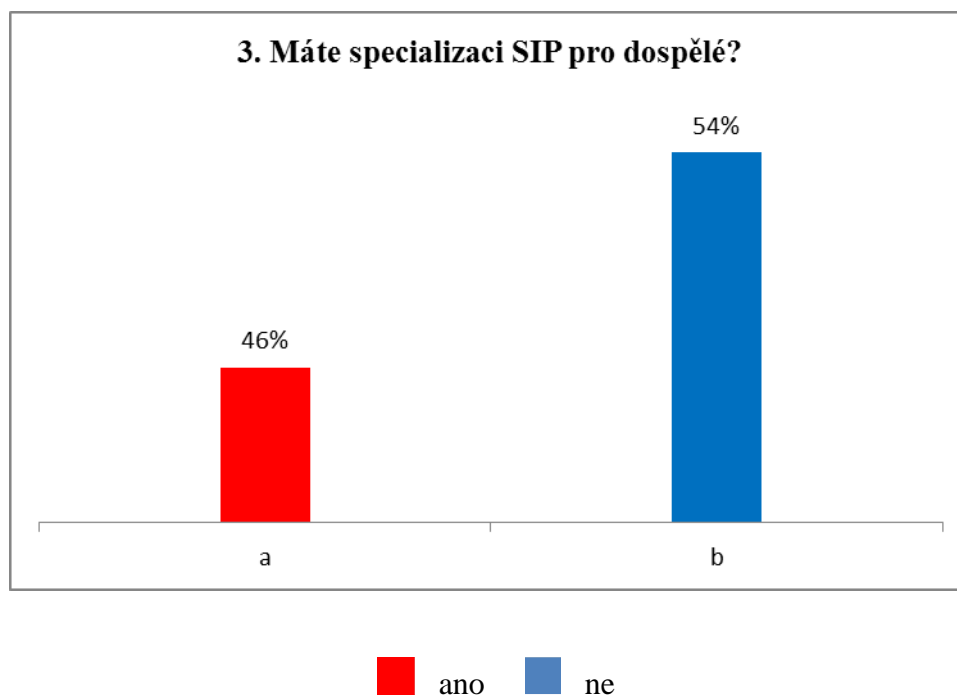
První otázka byla otevřená. Stačilo jen stručně dopsat příslušné oddělení. Dotazník vyplnilo 33 % (tj. 40) sester, pracujících na oddělení ARO a 67 % (tj. 82) sester pracujících na oddělení JIP.

Graf 2 Otázka číslo 2



Následující zjišťovanou položkou, bylo nejvyšší dosažené vzdělání sester. Celých 57 % (tj. 70) respondentek za své nejvyšší dosažené vzdělání uvedlo vzdělání středoškolské, 30 % (tj. 36) uvedlo vzdělání vyšší odborné a jen 13 % (tj. 16) respondentek označilo vzdělání vysokoškolské.

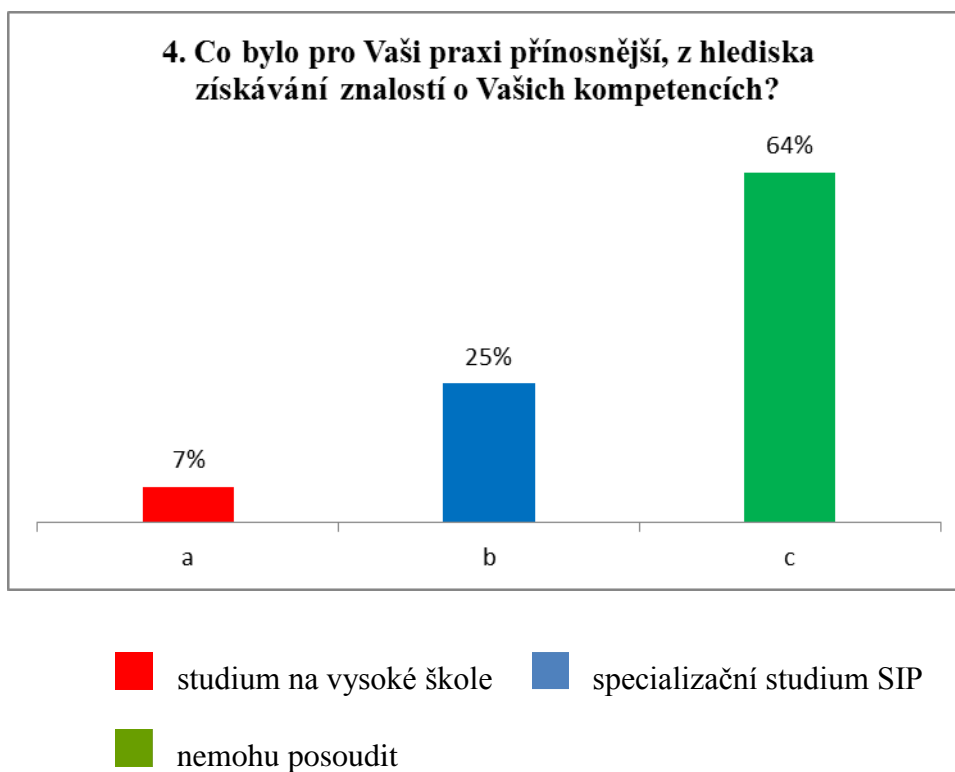
Graf 3 Otázka číslo 3



Zdroj: vlastní výzkum

V následující otázce jsem zjišťovala, kolik respondentek má odbornou specializaci SIP (dříve ARIP). Z grafu je patrné, že 46 % (tj. 56) respondentek specializační vzdělání má. Bez tohoto vzdělání je 54 % (tj. 66) sester.

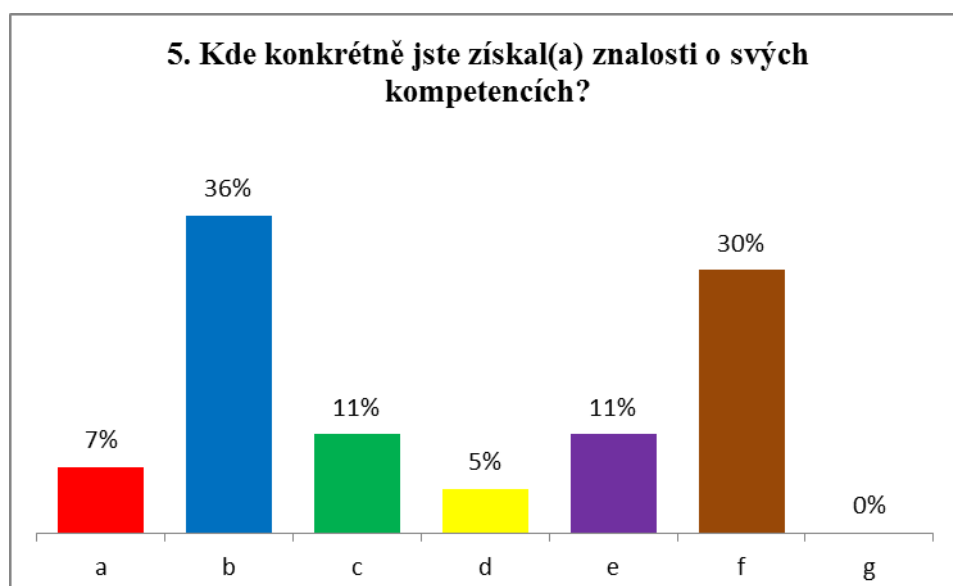
Graf 4 Otázka číslo 4



Zdroj: vlastní výzkum

Z následující otázky můžeme vyčíst, že pro 7 % (tj. 8) sester byla nejpřínosnější z hlediska získání znalostí o jejich kompetencích vysoká škola, 25 % (tj. 31) sester uvedlo specializační studium SIP a 64 % (tj. 78) nemohlo posoudit, co bylo pro ně přínosnější z hlediska získání znalostí o jejich kompetencích.

Graf 5 Otázka číslo 5



- | | | |
|---|--|---|
| ■ studiem příslušné vyhlášky | ■ školením na pracovišti | ■ na internetu |
| ■ při studiu na vysoké škole | ■ při specializačním studiu ARIP | |
| ■ v pracovní náplni v pracovní smlouvě | ■ jinde | |

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka číslo pět zjišťuje, kde přesně respondentky získaly znalosti o svých kompetencích. U této otázky mohly respondentky označit více možností. Celkový počet odpovědí byl 100 % (tj. 162). Studium příslušné vyhlášky bylo označeno v 7 % (tj. 12), školení na pracovišti bylo označeno nejvíce a to ve 36 % (tj. 58) případů. V 11 % (tj. 18) případů respondentky označily variantu, získání informací na internetu. Získání znalostí na vysoké škole bylo označeno v 5 % (tj. 8). Specializační studium SIP (ARIP) bylo označeno v 11 % (tj. 18) případů. Na druhém místě, s nejvíce označenou odpovědí, skončila odpověď - získání informací o kompetencích v pracovní náplni v pracovní smlouvě a to ve 30 % (tj. 48) označení dané možnosti.

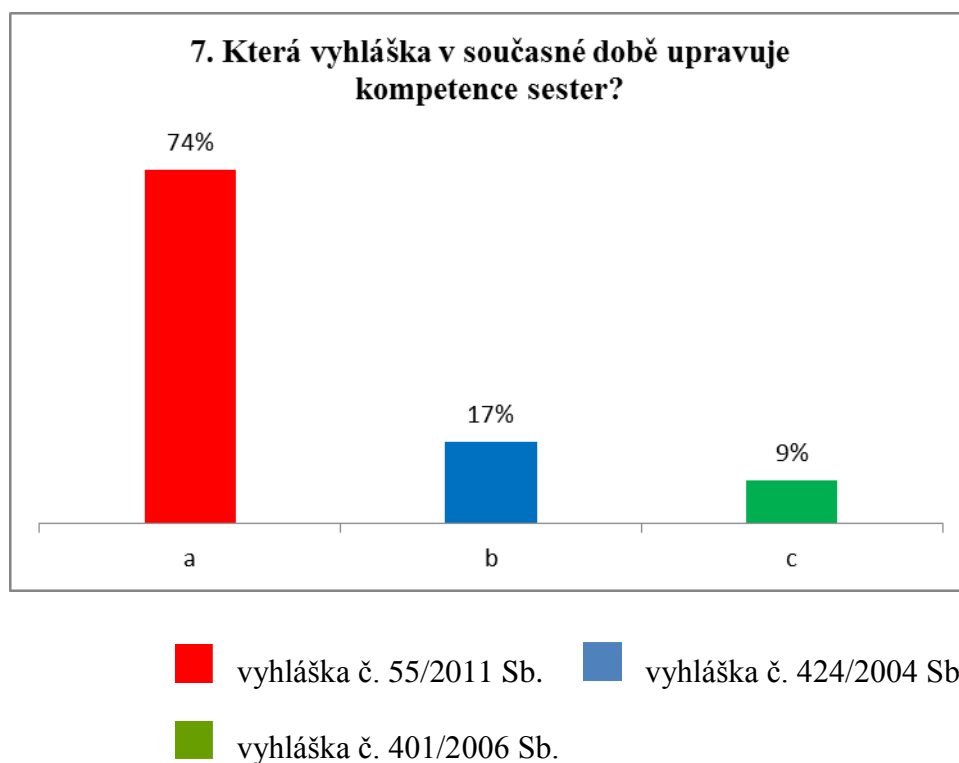
Graf 6 Otázka číslo 6



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že si 47 % (tj. 57) sester studovalo příslušnou vyhlášku. A více jak polovina, přesně 53 % (tj. 65) sester přiznalo, že příslušnou vyhlášku nestudovalo.

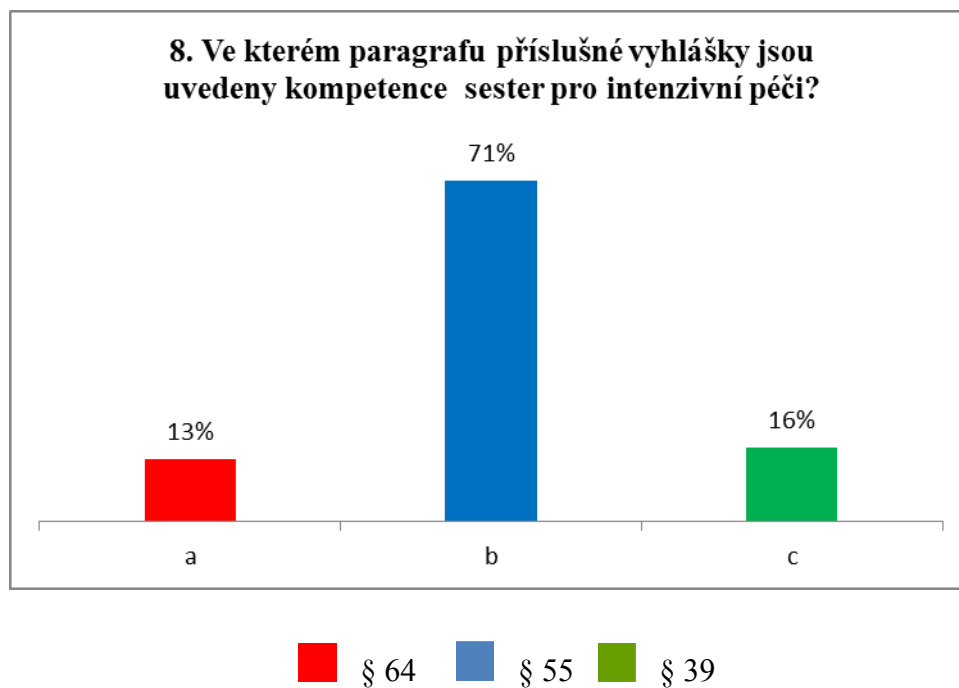
Graf 7 Otázka číslo 7



Zdroj: vlastní výzkum

Správnou vyhlášku zvolilo 74 % (tj. 90) sester. Druhou odpověď nesprávně označilo 17 % (tj. 21) a třetí možnost také nesprávně volilo 9 % (tj. 11) sester.

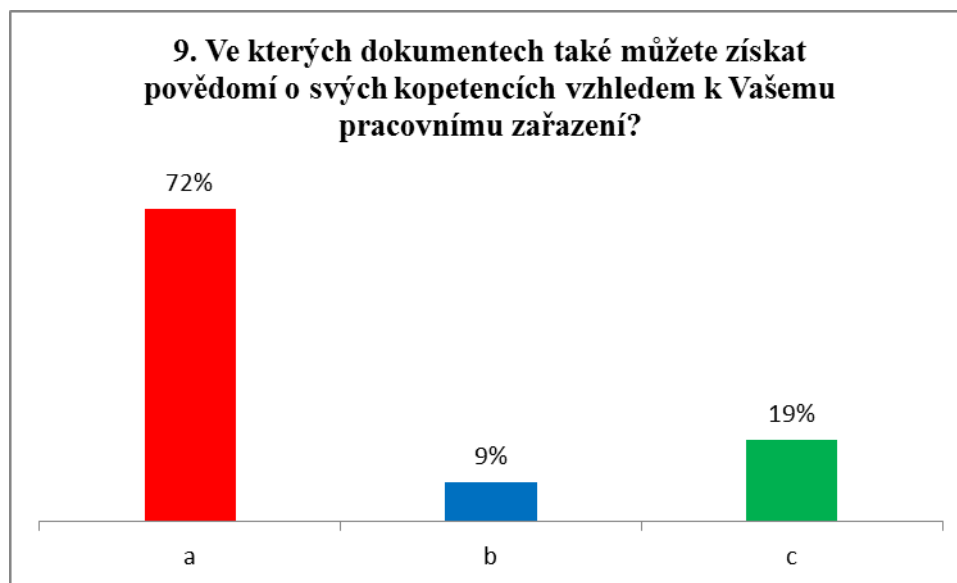
Graf 8 Otázka číslo 8



Zdroj: vlastní výzkum

Chybně označilo první možnost 13 % (tj. 16) respondentek, správnou možnost označilo 53 % (tj. 65) respondentek, třetí variantu volilo 16 % (tj. 19) sester.

Graf 9 Otázka číslo 9

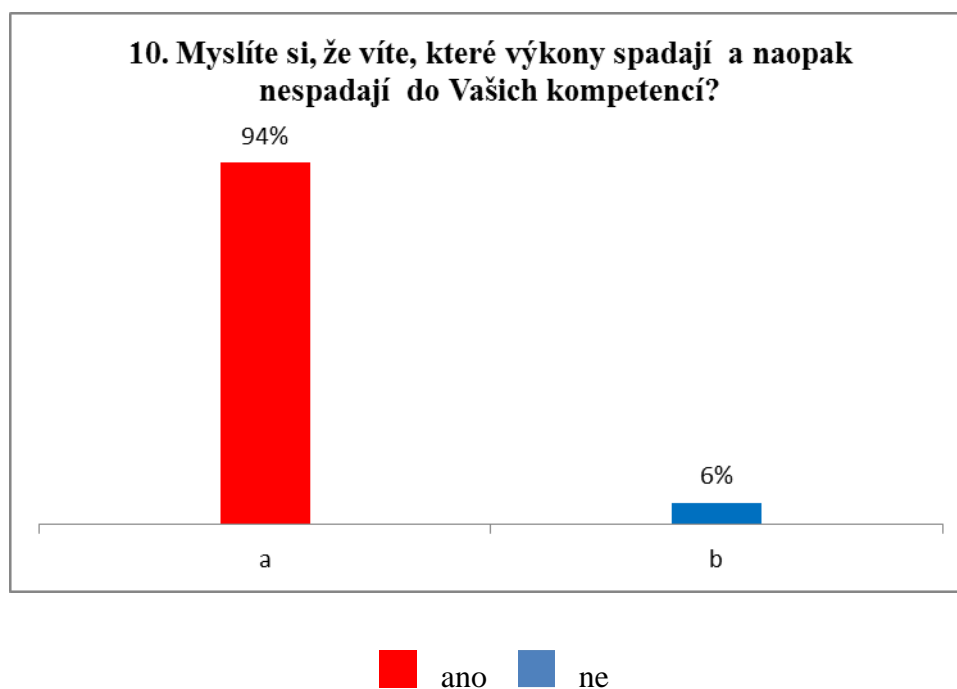


- pracovní náplň v pracovní smlouvě
- pouze ve Sbírce předpisů České republiky
- standard daného zdravotnického zařízení

Zdroj: vlastní výzkum

Jako možné dokumenty, k dohledání své kompetence, označilo správně 72 % (tj. 88) respondentek. Ostatní odpovědi byly chybné.

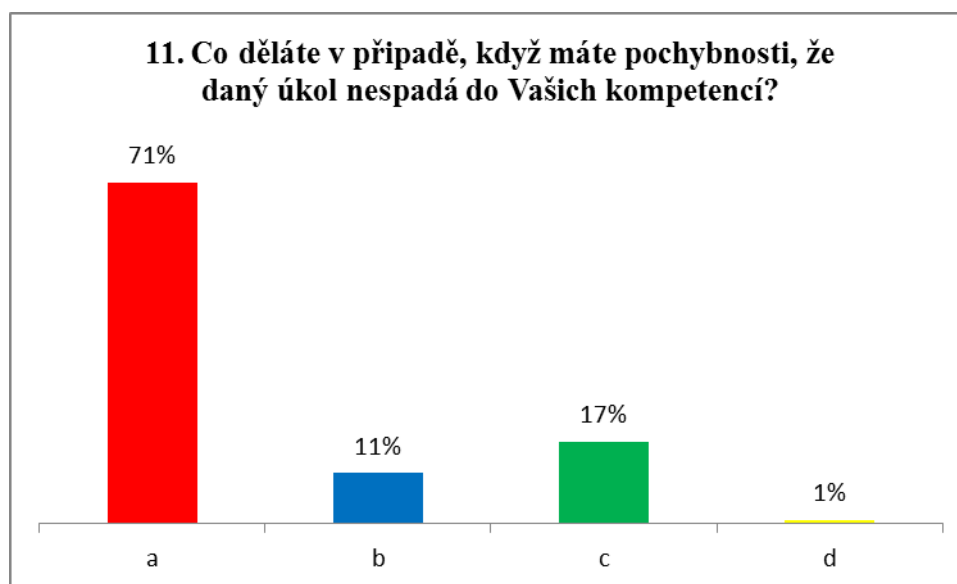
Graf 10 Otázka číslo 10



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu sester si 94 % (tj. 115) je jisto, že znají výkony, které spadají do jejich kompetencí. Pouze 6 % (tj. 7) respondentek uvedlo, že si není jisto výkony, které spadají do jejich kompetencí.

Graf 11 Otázka číslo 11

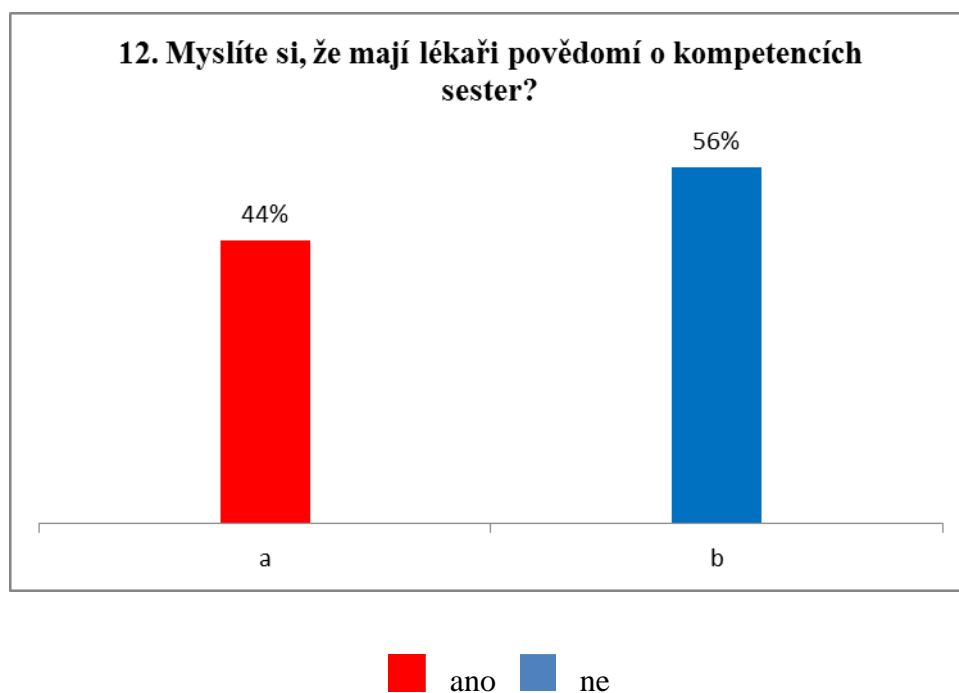


- zeptám se nadřízeného pracovníka
- vyhledám si příslušnou vyhlášku
- raději vykonám úkol bez dalšího řešení
- jiné

Zdroj: vlastní výzkum

Následující otázka mapuje, kde sestry hledají informace, pokud si nejsou jisty, zda daný úkol spadá do jejich kompetencí. Nejvíce sester volilo možnost pomoci nadřízeného pracovníka, celých 71 % (tj. 87). Příslušnou vyhlášku by si šlo vyhledat 11 % (tj. 13) respondentek. Bez dalšího řešení, by daný úkol vykonalo 17 % (tj. 21) sester a jedna sestra zvolila volnou výpověď, kde uvedla, že by si informace vyhledala na intranetu nemocnice.

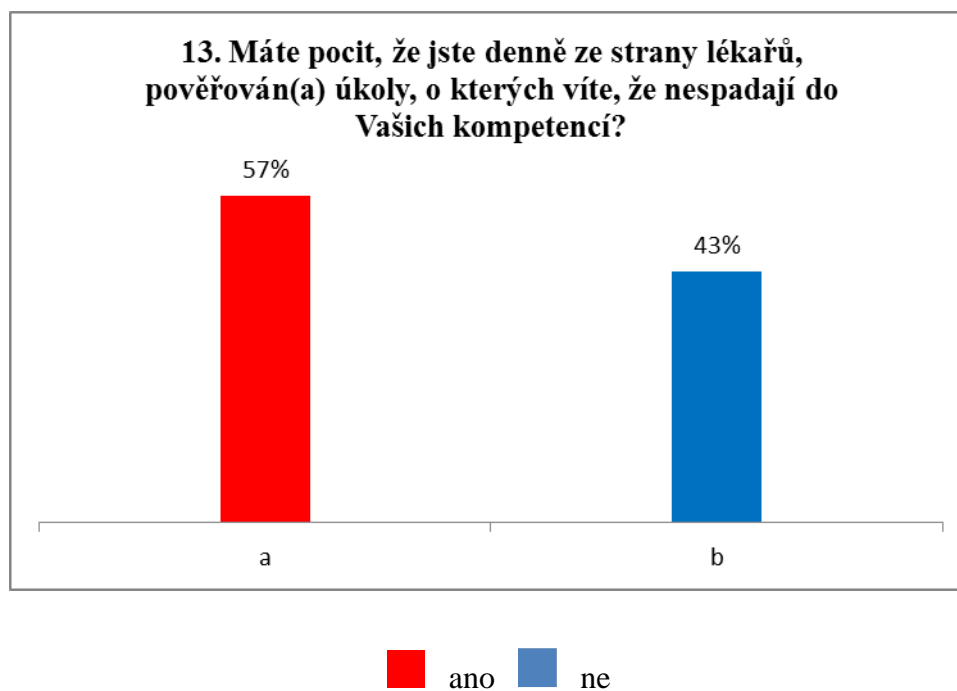
Graf 12 Otázka číslo 12



Zdroj: vlastní výzkum

Následující graf, vypovídá o tom, že pouze 44 % (tj. 54) sester si myslí, že lékaři mají povědomí o jejich kompetencích. Až 56 % (tj. 68) respondentek je toho názoru, že lékaři příslušné povědomí nemají.

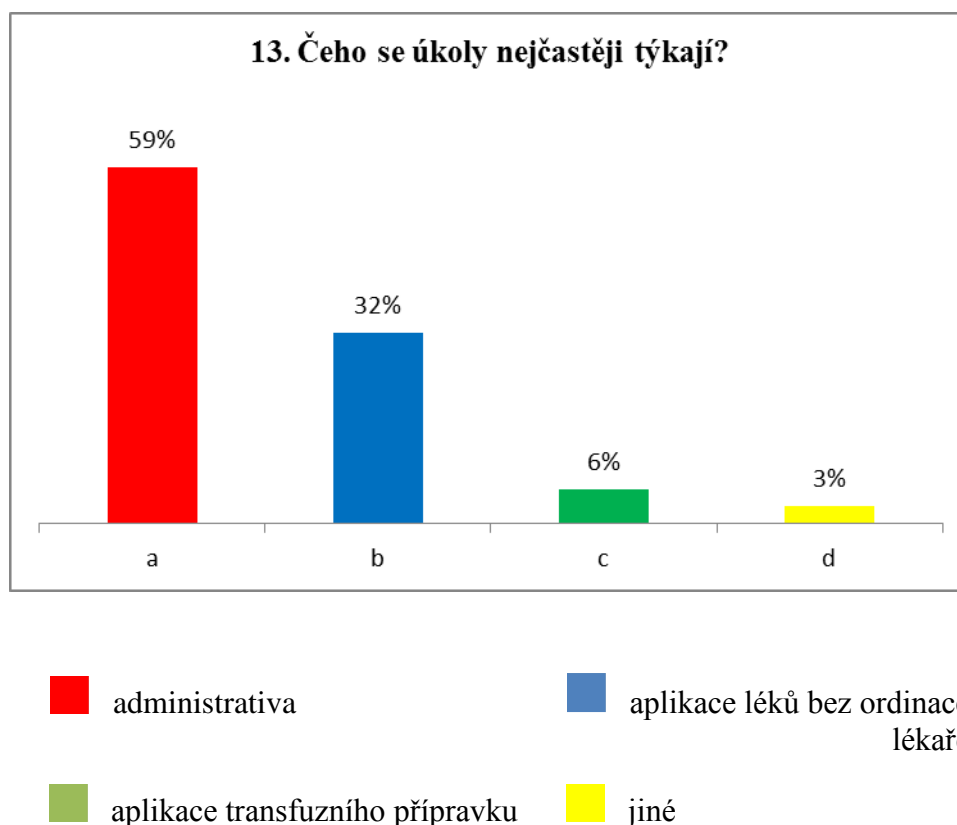
Graf 13 Otázka číslo 13 a)



Zdroj: vlastní výzkum

Zajímavým zjištěním je, že 57 % (tj. 69) sester má pocit, že jsou denně ze strany lékařů pověřovány úkoly, které jim nenáleží. Jen 43 % (tj. 53) sester se s tímto problémem nesetkalo.

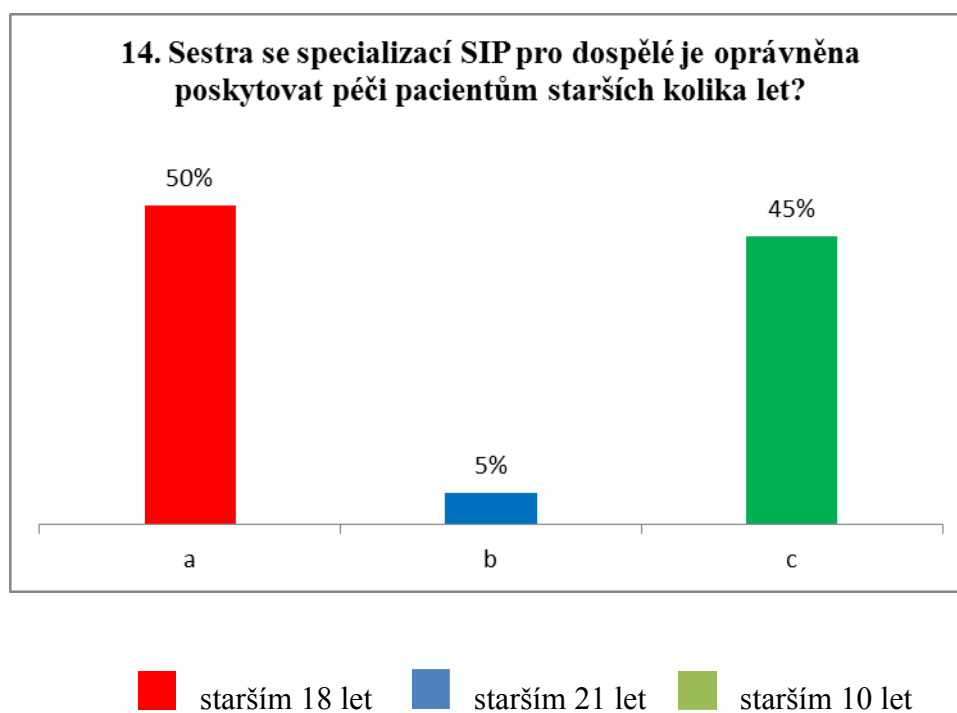
Graf 14 Otázka číslo 13 b)



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf souvisí s otázkou číslo 13. Pokud sestry v předešlé otázce uvedly, že se setkávají s přidělováním, jim nepříslušícím úkolům, měly označit oblasti, čeho se úkony nejčastěji týkají. Data tedy vycházejí z celkového počtu 100 % (tj. 69). Nejvíce sester 59 % (tj. 41) uvedlo úkony administrativní. Aplikaci léků bez ordinace lékaře označilo 32 % (tj. 22) sester. Aplikaci transfuzního přípravku vybralo 6 % (tj. 4) sester. Za určitých podmínek smí sestra aplikovat transfuzní přípravky, ovšem ve většině případů by měl u tohoto podání být přítomen lékař, zejména při zahájení podávání transfuzního přípravku. Možnost volné výpovědi využily 3 % (tj. 2) sester, obě sestry uvedly, že byly nuceny řešit ordinace lékaře po telefonu.

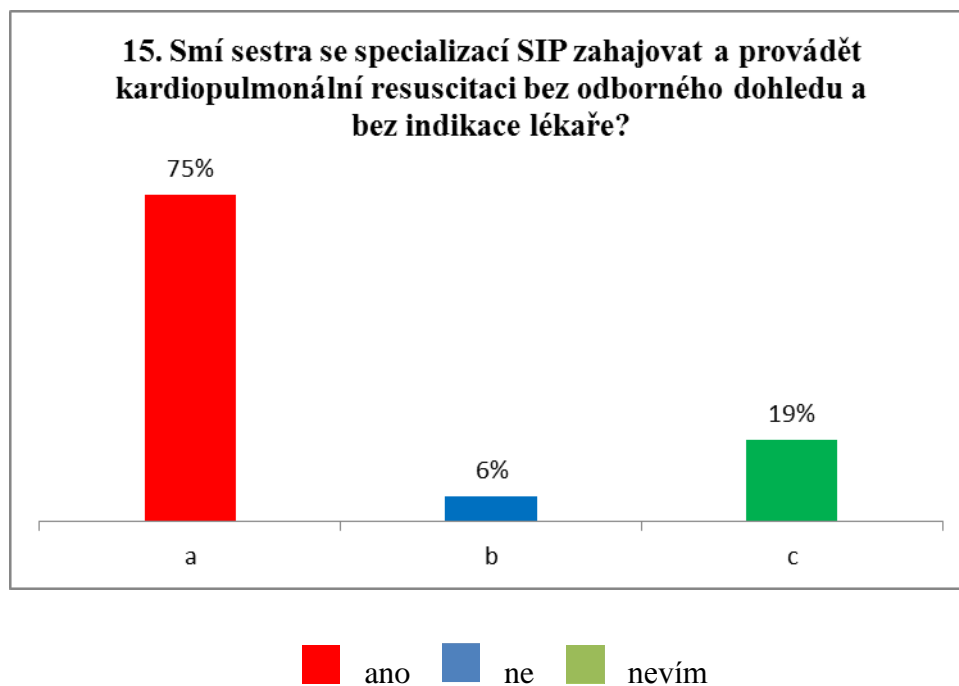
Graf 15 Otázka číslo 14



Zdroj: vlastní výzkum

Sestra se specializací SIP je oprávněna starat se o pacienty starší 10 let. Tuto odpověď správně zvolilo 45 % (tj. 55) respondentek. Více jak polovina označila odpověď špatnou. Celých 50 % (tj. 61) respondentek označilo věk plnoletosti.

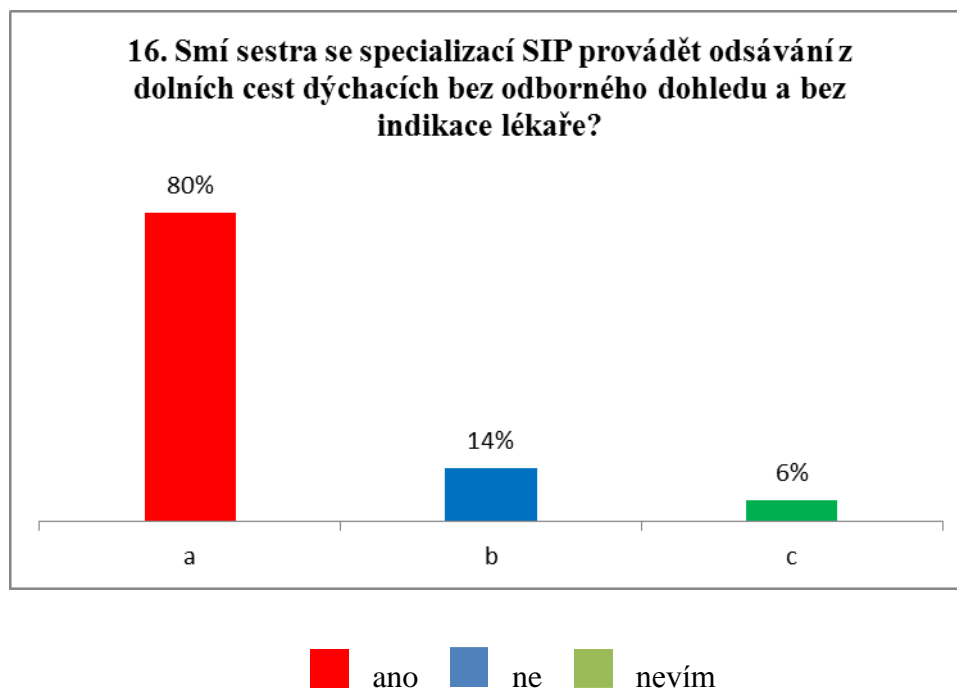
Graf 16 Otázka číslo 15



Zdroj: vlastní výzkum

Následující vědomostní otázku správně zodpovědělo 75 % (tj. 92) sester, chybně odpovědělo 6 % (tj. 7) a odpověď nevím, zvolilo 19 % (tj. 23) sester.

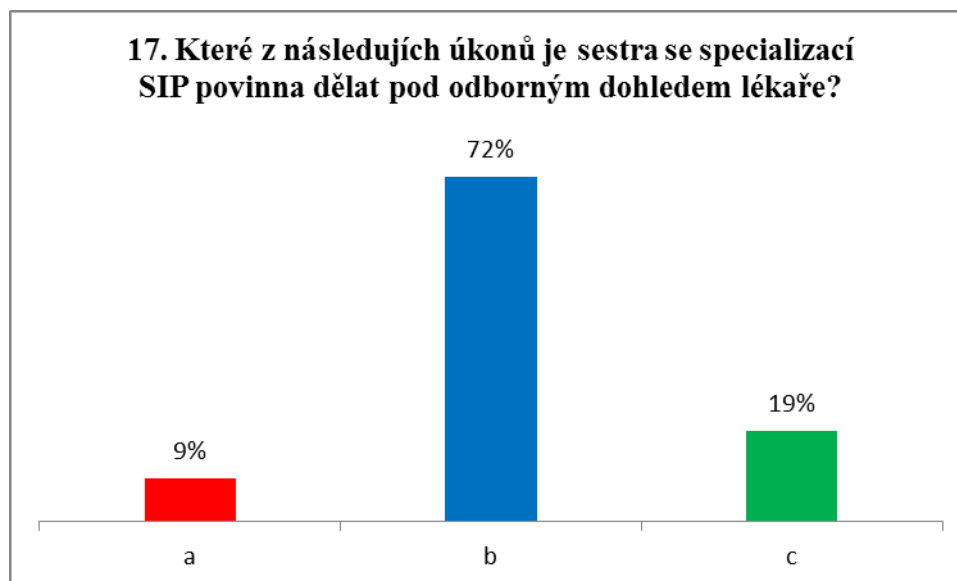
Graf 17 Otázka číslo 16



Zdroj: vlastní výzkum

Tuto vědomostní otázku správně zodpovědělo 80 % (tj. 98) sester, neznalost prokázalo 14 % (tj. 17) sester a 6 % (tj. 7) respondentek nevědělo, jaká je správná odpověď.

Graf 18 Otázka číslo 17

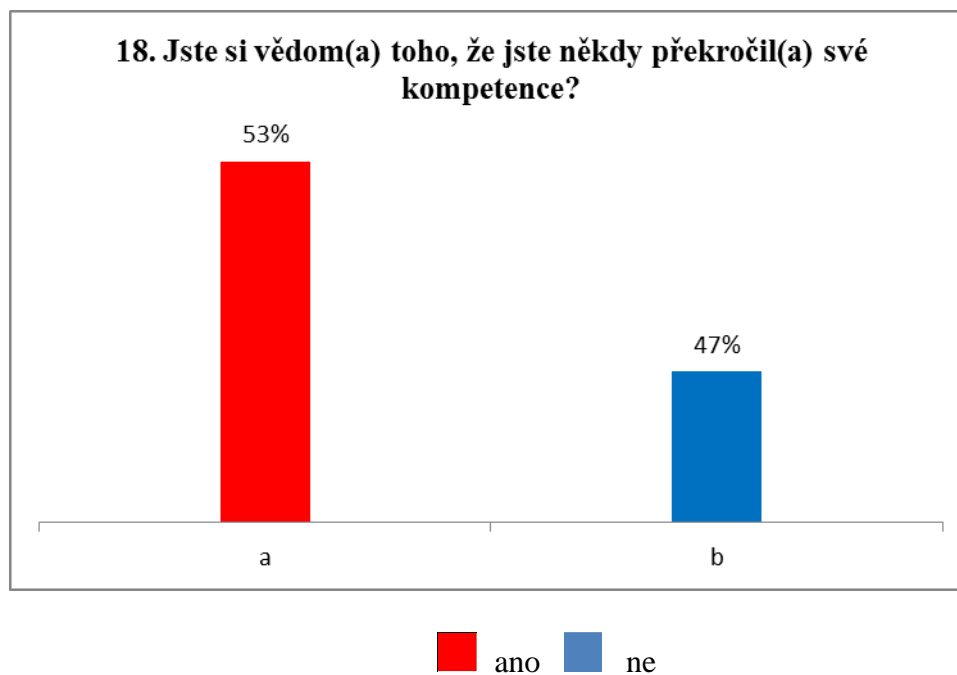


- provádět katetrizaci močového měchýře u mužů
- provádět extubaci tracheální kanyly
- provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami

Zdroj: vlastní výzkum

Pod odborným dohledem lékaře, není sestra povinna provádět katetrizaci močového měchýře. Tuto špatnou odpověď vybralo 9 % (tj. 11). Odborný dohled lékaře je však nutný u provádění extubace tracheální kanyly. Správně odpovědělo 72 % (tj. 88) sester. Celých 19 % (tj. 23) označilo poslední možnost, která byla chybná.

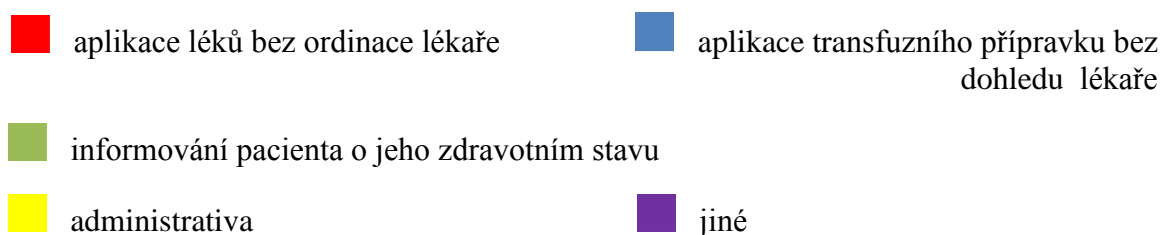
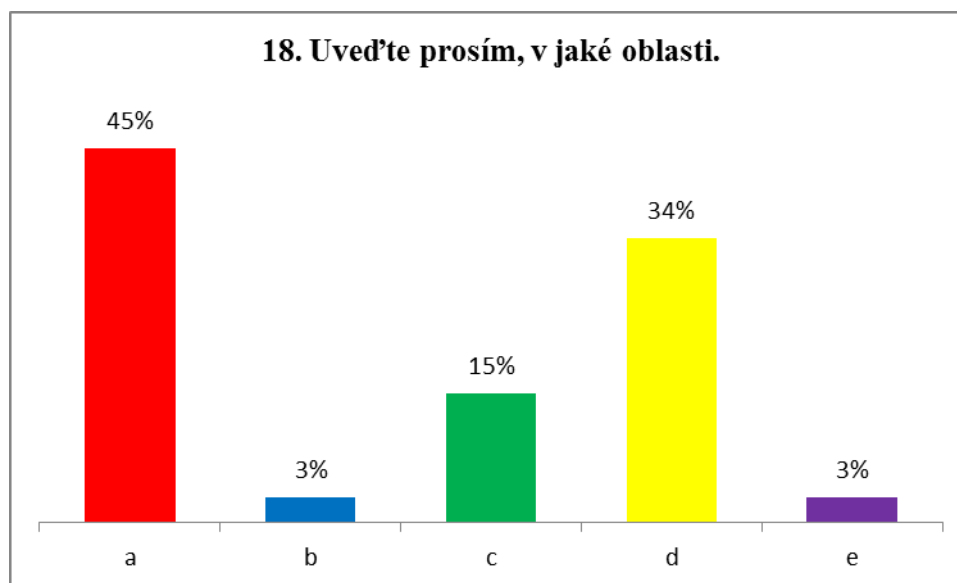
Graf 19 Otázka číslo 18 a)



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že 53 % (tj. 65) sester někdy překročilo své kompetence. O tom, že kompetence nepřekročily, je přesvědčeno 47 % (tj. 57) sester.

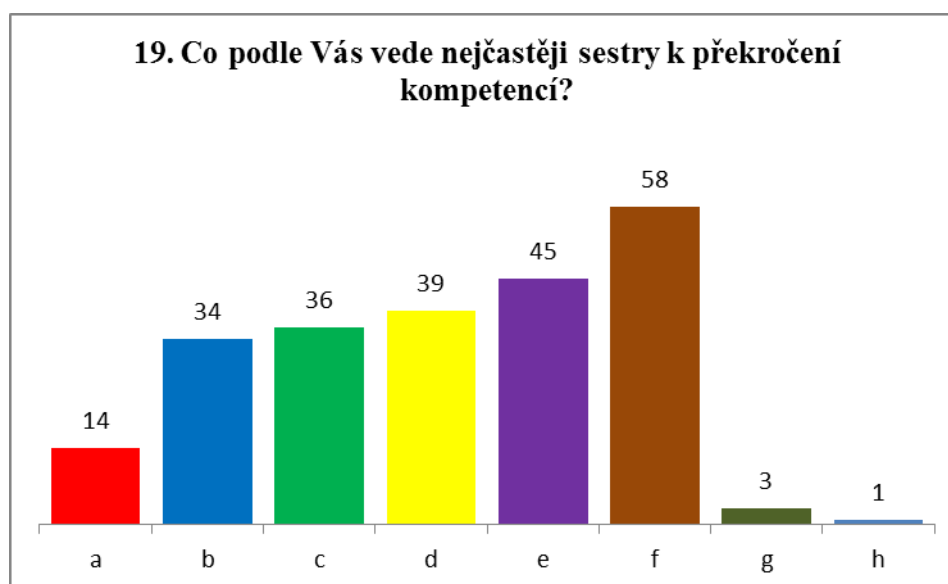
Graf 20 Otázka číslo 18 b)



Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf se také váže k otázce číslo 18. Pokud v předešlé otázce, sestry uvedly, že porušily své kompetence, měly uvést, o jakou oblast se jednalo. Kladně v předešlé otázce odpovědělo 65 respondentek, to představuje 100 %. Z tohoto počtu nejvíce volily respondenty možnost aplikace léků, bez ordinace lékaře a to ve 45 % (tj. 29). Druhou nejčastější aktivitou byla administrativa 34 % (tj. 22). Naopak nejméně respondenty označovaly odpověď ohledně aplikace transfuzního přípravku bez dohledu lékaře 3 % (tj. 2). Stejnou měrou je také zastoupena možnost volné výpovědi, kde respondenty uvedly například edukaci pacienta o vyšetření.

Graf 21 Otázka číslo 19

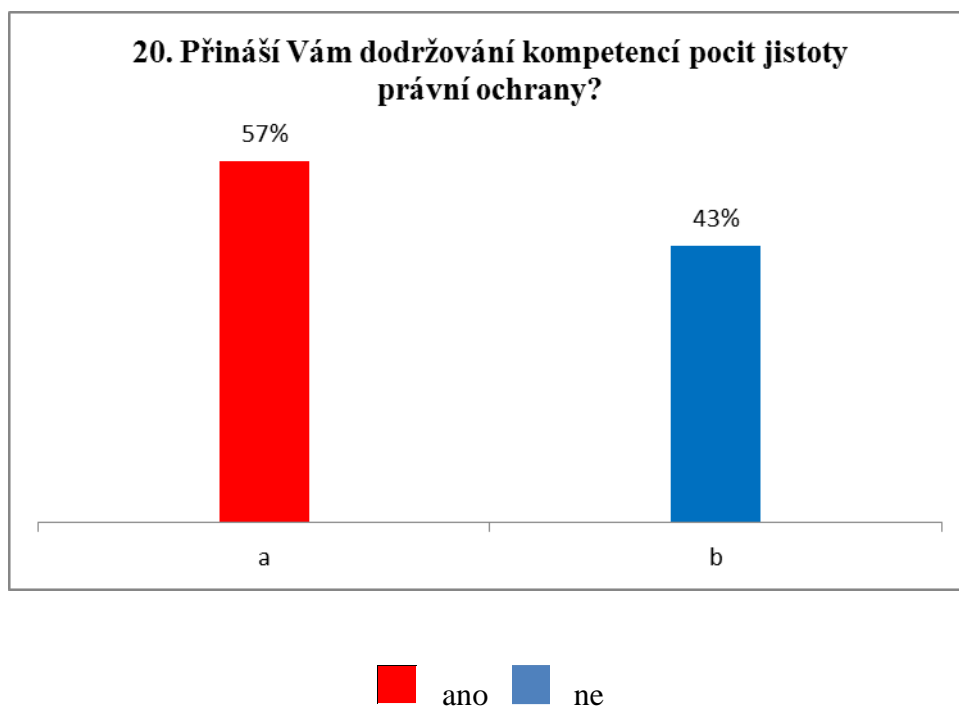


- | | |
|--|--|
| ■ neznalost kompetencí | ■ nedostatek zaměstnanců s potřebnou kvalifikací |
| ■ nedostatek času | ■ úkol je směřován od nadřízeného pracovníka |
| ■ nepřítomnost lékaře na oddělení | ■ potřeba rychlého vyřešení situace |
| ■ vědomí, že daný úkol bez problémů zvládnou | |
| ■ nechci obtěžovat s tak „snadným“ výkonem lékaře | |

Zdroj: vlastní výzkum

U této otázky bylo opět možné, aby jedna respondentka označila až tři odpovědi. Celkový počet odpovědí byl 100 % (tj. 230). Z odpovědí vyplývá, že nejčastěji vede sestry k překročení kompetencí, potřeba rychlého vyřešení aktuální situace. Tato odpověď získala 25 % (tj. 58) označení. Dalším nejčastějším důvodem je nepřítomnost lékaře na oddělení a to ve 20 % (tj. 45), úkol je směřován od nadřízeného pracovníka 17 % (tj. 39). Nejméně byly označovány možnosti „nechci obtěžovat s tak snadným úkolem lékaře“, odpověď zvolena jednou a „vědomí, že daný úkol bezpečně zvládnou 1 % (tj. 3).

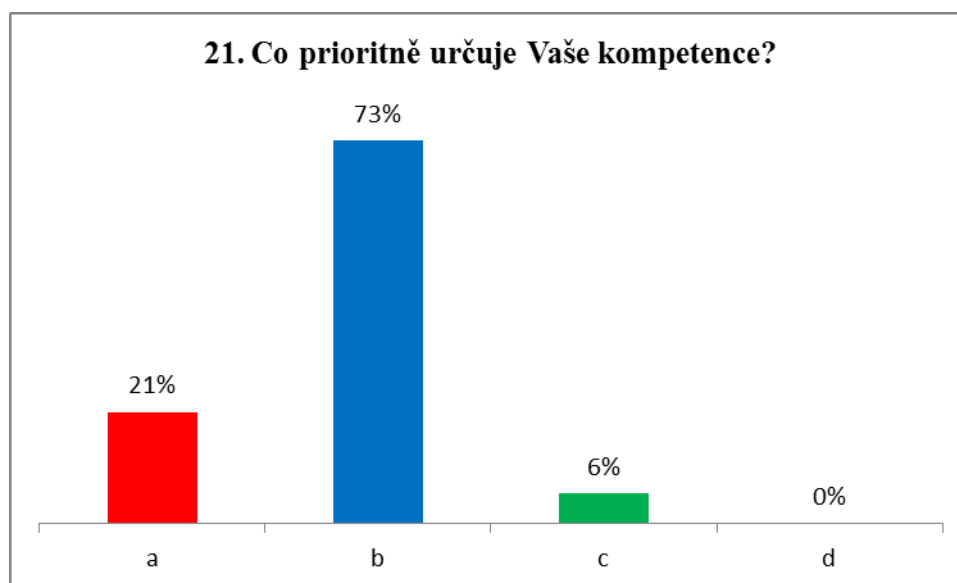
Graf 22 Otázka číslo 20



Zdroj: vlastní výzkum

Kompetence nepřinášejí pocit jistoty právní ochrany 43 % (tj. 53) sester. Naopak 57 % (tj. 69), sester uvedlo, že pociťuje právní ochranu při jejich dodržování.

Graf 23 Otázka číslo 21

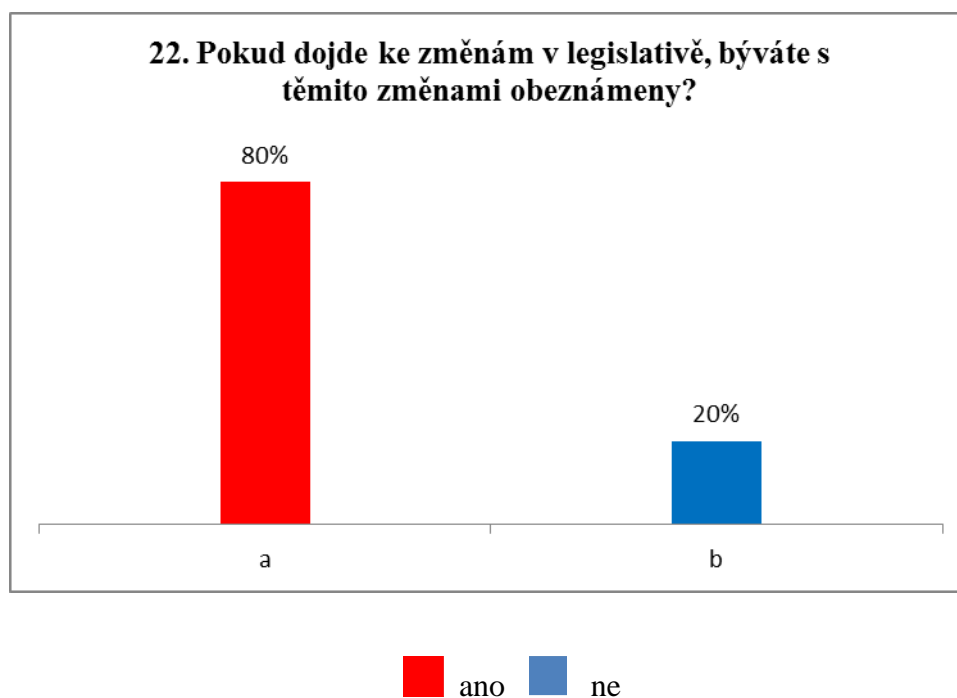


■ výše dosaženého vzdělání ■ náplň pracovní smlouvy ■ nevím ■ jiné

Zdroj: vlastní výzkum

S faktem, že je náplň pracovní smlouvy prioritní při určování kompetencí sester v rámci výkonu povolání, je seznámeno 73 % (tj. 89) sester. Ostatní označily špatnou odpověď, tedy že se jedná o výši dosaženého vzdělání 21 % (26) nebo odpověď neznají a to v 6 % (tj. 7) případů.

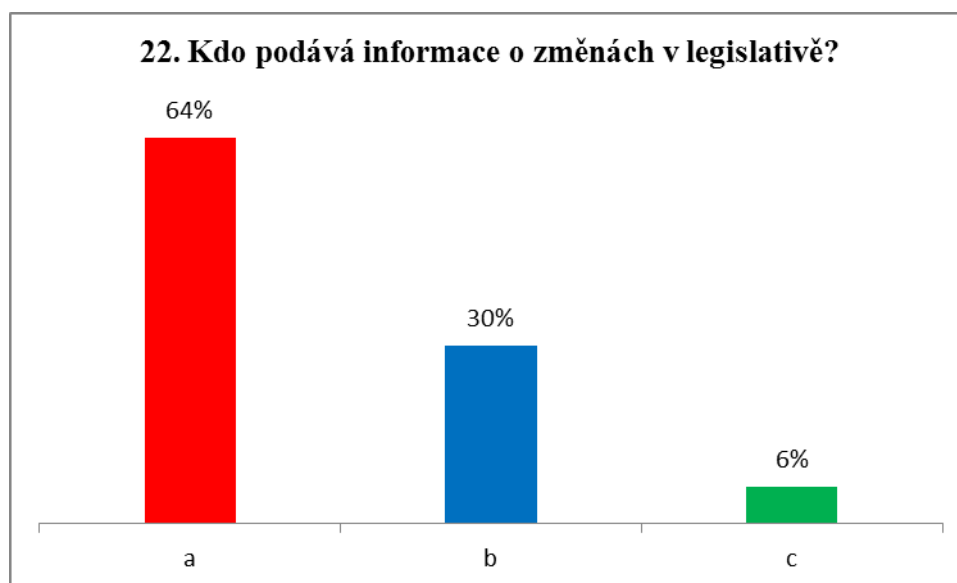
Graf 24 Otázka číslo 22 a)



Zdroj: vlastní výzkum

V případě, že dojde ke změnám v legislativě je s nimi v rámci pracoviště seznámeno 80 % (tj. 98) sester. Méně sester pak uvádí, že o změnách informovány nejsou 20 % (tj. 24).

Graf 25 Otázka číslo 22 b)

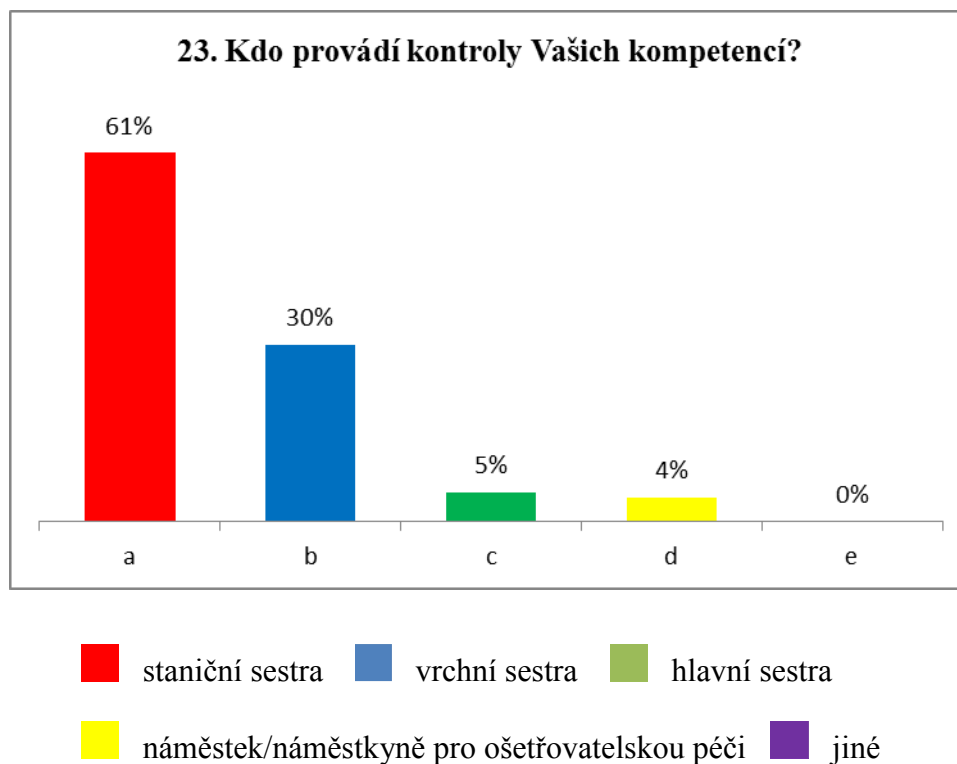


- informace předává staniční sestra
- informace předává vrchní sestra
- informace předává náměstek/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Zdroj: vlastní výzkum

Tento graf opět navazuje na předešlou otázku číslo 22. Respondentky, které uvedly, že jsou se změnami v legislativě obeznámeny, byly vyzvány k určení osoby, která je o změnách informuje. Data byla zpracována ze vzorku 98 respondentek, což představuje 100 %. Ve většině případů informace podává staniční sestra 64 % (tj. 63), méně často pak vrchní sestra 30 % (tj. 29). Náměstka nebo náměstkyni pro ošetrovatelskou péči označilo jen 6 % (tj. 6) sester.

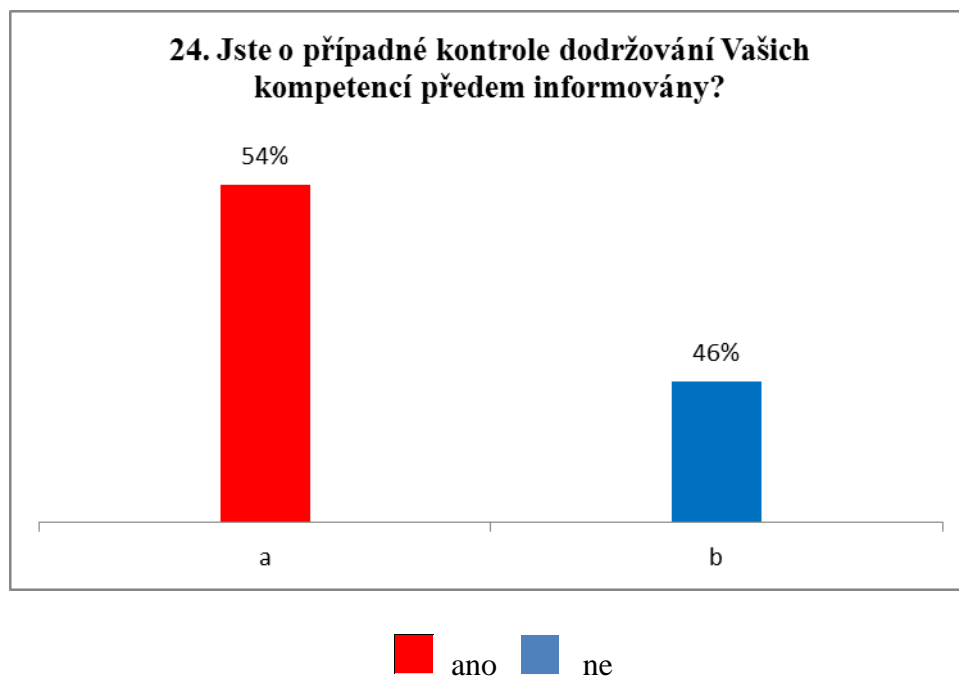
Graf 26 Otázka číslo 23



Zdroj: vlastní výzkum

Kontroly dodržování kompetencí ve většině případů provádějí staniční sestry 61 % (tj. 75), méně často pak sestry vrchní 30 % (tj. 36). Hlavní sestra jako kontrolorka dodržování kompetencí byla volena v 5 % (tj. 6). Náměstka či náměstkyni pro ošetrovatelskou péči uvedla jen 4 % (tj. 5) respondentek.

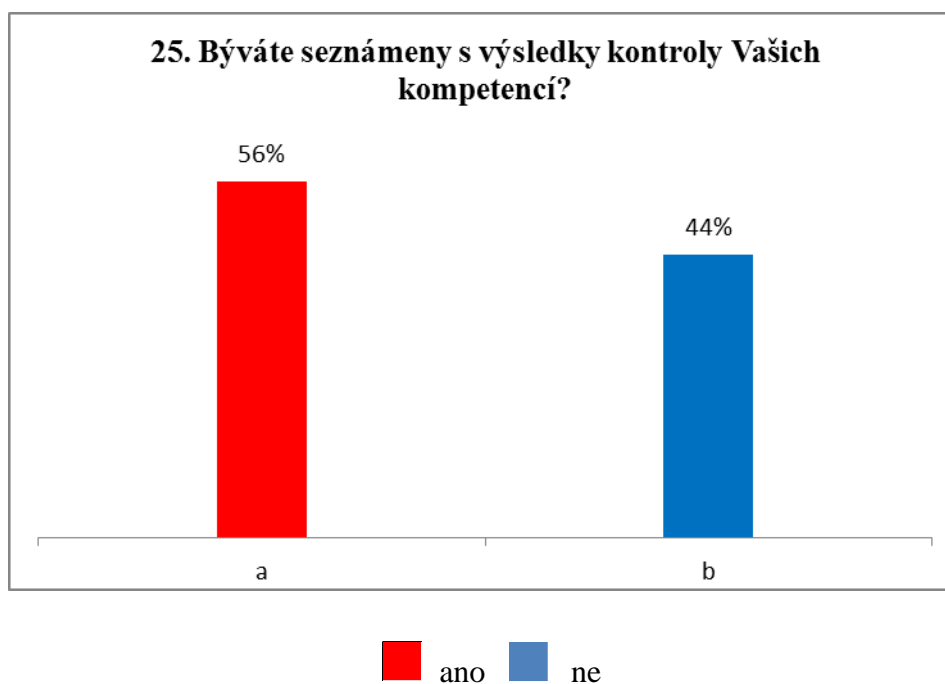
Graf 27 Otázka číslo 24



Zdroj: vlastní výzkum

Předběžnou informovanost o případné kontrole kompetencí uvádí 54 % (tj. 66) respondentek. Respondentek, které tvrdí, že předběžně o kontrole kompetencí informovány nejsou je 46 % (tj. 56).

Graf 28 Otázka číslo 25



Zdroj: vlastní výzkum

S výsledkem kontroly dodržování kompetencí bývá seznámeno 56 % (tj. 68) sester, 44 % (tj. 54) sester uvedlo, že výsledky kontrol neznají.

11.2 Výsledky rozhovorů

K rozhovorům bylo stanoveno několik výzkumných otázek, které manažerky zodpověděly volnou formou výpovědí. Otázky se zaměřovaly zejména na způsob probíhání kontrol kompetencí v jednotlivých nemocnicích, zejména na odděleních ARO a JIP. Dalším tématem rozhovory bylo, zda jsou sestry seznámeny s tím, že jejich kompetence plynou z jejich pracovní náplně v pracovní smlouvě, nikoliv z dosaženého vzdělání. Hovořily jsme i to tom, zda a jakým způsobem jsou sestry doškoleny v případě, že dojde ke změnám v legislativě, případně kdo toto proškolení provádí. V neposlední řadě bylo při rozhovoru snahou zjistit, jaké jsou zkušenosti jednotlivých manažerů s danou problematikou.

Nemocnice Děčín

Rozhovor 1

Hlavní sestra

1. Jakým způsobem probíhá ve vaší nemocnici kontrola dodržování kompetencí všeobecných sester, především na odděleních ARO a JIP?

„Kontrola probíhá v rámci oddělení spíše staniční a vrchní sestrou. Na to já, jako hlavní sestra, nemám časové možnosti. Pořádáme množství vzdělávacích akcí, kde jsou sestry poučovány o tom, aby nedělaly nic, co nespadá do jejich kompetencí. Uvádí se i praktické příklady soudních sporů, kdy sestra udělala něco, co dělat neměla nebo lékař řekl sestře, ať podá určitý lék, ta mu špatně rozuměla, podala jiný a došlo k poškození pacienta. Toto máme například popsané ve směrnici telefonické ordinace, jak má správně probíhat ordinování léků po telefonu, pokud se lékař nemůže ihned dostavit na oddělení, například když je na operačním sále. Sestra zopakuje, co jí lékař nadiktoval, zapíše do dokumentace, že se jedná o telefonickou ordinaci a musí si pohlídat, aby jí lékař ordinaci podepsal ihned, jak se vrátí ze sálu.

Sestry se v podstatě bojí dělat něco navíc a chrání samy sebe.

Máme tu také případy, v souvislosti s nedostatkem pracovních míst, že lidé vezmou nižší pracovní pozici, než na jakou mají vzdělání. Například muži, kteří u nás pracují jako sanitáři, ale vzdělání mají jako zdravotnický asistent. Těm ale zdůrazňuji a dbá na to i staniční a vrchní sestra aby ten člověk dělal opravdu to, co má v pracovní náplni. Nesmí jít například aplikovat lék, jelikož to nemá v náplni své práce.“

2. Jsou sestry obeznámeny s tím, že jejich kompetence plynou z jejich pracovní náplně v pracovní smlouvě, nikoliv z dosaženého vzdělání? Probíhají nějaká doškolení při změnách legislativy? Kdo, jakým způsobem?

„Zaměstnanec při nástupu dostává pracovní náplň, kterou podepisuje a je povinen se jí držet. Jsou tam specifikované činnosti, které může vykonávat bez odborného dohledu, které s odborným dohledem, které vycházejí z vyhlášky o činnostech NLZP.

Změny v legislativě nám hlídá právní oddělení. Vypisuje je na sdílené prostředí na intranetu, kde si všichni mohou přečíst vyhlášky i s komentářem právního oddělení. Co se týče ošetrovatelské legislativy, tak dvakrát do roka organizuje odbor vědy a vzdělávání Ministerstva zdravotnictví porady hlavních sester a tam nás informují například jaké

legislativy se připravují, můžeme se k tomu vyjádřit. Tedy víme dopředu, jaký zákon nebo vyhláška vyjde. Anebo se dozvíme, co už vyšlo, na poradě. Já to potom aplikuji do našeho prostředí a informuji o tom vrchní sestry a ty to zajistíš na svých odd. Vrchní sestry poté kontrolují, zda bylo dosaženo změn. Myslím si, že by si nikdo z vrchních sester nedovolil změny neprovést. Z mé pozice probíhá kontrola spíše tak, že se ptám, zda všemu rozuměly a zda dané změny provedly. Pokud by došlo k porušení kompetencí, je staniční sestra povinna informovat vrchní sestru a ta pak informuje mně. Já si s danou sestrou sjednám pohovor, danou situaci probereme, co bylo špatné a proč. Záleží, jak závažné pochybení to bylo. Pokud se jedná o závažnou věc, píše se danému zaměstnanci vytýkácí dopis. Ten připravují personalisté, dbají na správnou citaci zákoníku práce a informují dotyčného, čeho se dopustil a co by mu hrozilo, kdyby v tom pokračoval. Druhou možností je přehodnocení výše osobního ohodnocení zaměstnance na základě kvality a rozsahu vykonávaných činností, které se dělá jednou ročně. Hodnocení se skládá z více položek, například komunikace v pracovním týmu, ošetrovatelská péče atd. Zaznamenává se ve kterých oblastech by se měl zaměstnanec zlepšit. Zaměstnanci jsou s těmito výsledky posléze seznámeni.“

3. Jakou máte zkušenost s touto problematikou?

„Bohužel je to tak, že někdy dělají sestry i nějakou práci za lékaře. Ale myslím si, že jsou natolik vzdělané a poučené o tom, že pokud něco udělají, tak za to také nesou zodpovědnost. Tedy sestry sebe samy chrání tím, že nedělají vyšší činnosti, než mají dané v pracovní náplni. „

Rozhovor 2

Vrchní sestra chirurgie Děčín

1. Jakým způsobem probíhá v nemocnici kontrola dodržování kompetencí všeobecných sester, především na odděleních ARO a JIP?

„Já sama chodím neplánovaně na namátkové kontroly nejméně dvakrát týdně. Skrytě pozoruji práci sester při velké vizitě. Další kontroly probíhají formou auditu. Rozpis auditů se dělá vždy na celý rok dopředu. Sestry jsou tedy předem informovány, kdy audit proběhne a čeho se bude týkat. Mohou se tedy předem připravit. Audit dělají vždy sestry z jiných oddělení, které jsou proškolené auditorky.

Pokud si při svých kontrolách všimnu nedodržování kompetencí, ihned to příslušné sestře ústně vytknu a znovu ji proškolím, ohledně daného výkonu, spolu s několika doplňujícími otázkami, abych si byla jista, že sestra všemu porozuměla. Pokud se u téže sestry v budoucnu objeví stejný problém, zadám jí zpracovat dané téma jako seminární práci, kterou pak musí přednést na veřejném semináři. Tyto semináře se konají dvakrát ročně a jsou přístupny všem sestřím a lékařům z nemocnice. Pokud ani to nepomůže, poslala bych vytykáací dopis a byla nucena celou situaci řešit více důrazně. Ovšem tak daleko jsem se za dobu svého výkonu funkce nikdy nedostala.

Při svých namátkových kontrolách na oddělení si vedu záznamy o jednotlivých sestřích a jejich znalostech. V případě, že zjistím nedostatek, vracím se za danou sestrou tak dlouho, dokud jej neodstraní a znalosti si nedoplní.

V případě novelizací v legislativě obeznámím se změnami staniční sestru a deleguji ji, aby dané informace předala sestřím na JIP. Na oddělení se vede deník, kde jsou všechny novelizace zaznamenány a sestry po proškolení se vždy podepíší do deníku, aby bylo zřejmé, že jsou s novinkami seznámeny. Dále jsou pak novinky vyvěšeny na nástěnce na oddělení. Sestry mají vždy určitou dobu, dle charakteru požadavku, aby učinily potřebné změny. Ty kontroluje především sestra staniční. Já docházím na kontroly po uplynulé lhůtě také. Pokud nejsou úpravy provedeny, nebo si všimnu, že sestry nerespektují nová pravidla, vytykám to jak staniční sestře, tak i konkrétní sestře, která novelizaci nerespektuje.“

2. Jsou sestry obeznámeny s tím, že jejich kompetence plynou z jejich pracovní náplně v pracovní smlouvě, nikoliv z dosaženého vzdělání? Probíhají nějaká doškolení při změnách legislativy? Kdo, jakým způsobem?

„Veškeré novelizace se řeší na poradách vrchních sester, které se konají jednou měsíčně. Informuje o nich hlavní sestra. Tyto informace poté předávám staničním sestřím na poradě staničních sester. Staniční sestry jsou povinny seznámit se změnami sestry na oddělení a dohlédnout na provedení požadovaných změn. Ručí za ně.

Sestry s náplní jejich pracovní smlouvy seznamuji ihned při přijetí do zaměstnání. Dávám jim k dispozici jak náplň smlouvy, tak příslušnou vyhlášku, upravující jejich kompetence. Vždy se ptám, zda je jim všechno jasné a nabízím pomoc ve vyjasnění příslušných neznalostí.“

3. Jakou máte zkušenost s touto problematikou?

„Občas se nám stává, že jsou sestry ze strany lékařů, delegovány úkoly, které jim nepřísluší. Snažím se tuto situaci vždy řešit. Lékaře na to upozorňuji, aby na sestry nesvalovali svoje povinnosti. Sestry mají za úkol mě informovat vždy, když se jim něco takového stane. Ihned se snažím situaci řešit. Většinou se jedná o činnosti ohledně podepisování souhlasu s operací nebo cévkování mužů sestrami, které nemají specializaci.

Bohužel jsou sestry také nuceny dělat věci, které jsou v kompetencích nižšího zdravotnického personálu. To je však dáno nedostatkem financí a tedy i nedostatečným počtem personálu. Například na oddělení JIP není k dispozici ošetřovatelka ani sanitář po celou směnu. Oba dochází pouze na zavolání ke konkrétním případům. Sestry tak musí občas suplovat i jejich práci.“

Rozhovor 3

Staniční sestra (Chirurgie JIP)

1. Jakým způsobem probíhá v nemocnici kontrola dodržování kompetencí všeobecných sester, především na odděleních ARO a JIP?

„Jelikož jsem se sestrami denně, sleduji jejich práci každý den. Namátkově je zkouším ze všeho, co by měly znát. V případě, že zjistím nedostatky, jsou sestry povinny si informace dostudovat. Pokud zjistím, že něco je opakovaným problémem, upozorním na to sestry veřejně a znovu celou problematiku vysvětlím.“

2. Jsou sestry obeznámeny s tím, že jejich kompetence plynou z jejich pracovní náplně v pracovní smlouvě, nikoliv z dosaženého vzdělání? Probíhají nějaká doškolení při změnách legislativy? Kdo, jakým způsobem?

„Pokud dojde k novelizacím v legislativě, dostávám informace od vrchní sestry na poradě. Porady se konají jednou za měsíc. Mou povinností je seznámit s nimi sestry na oddělení v co nejkratší době a zajistit potřebné změny. Na úpravu máme vždy vymezen určitý čas. Poté kontroloju sestry, jak nové věci dodržují. Na kontrolu také dochází i vrchní sestra. Novelizace jsou vždy na oddělení k dispozici také v tištěné podobě. Co se týče náplně práce, tak tu sestry dostanou ihned při přijetí do zaměstnání a jsou seznámeny s tím, že je nutné se jí řídit.“

3. Jakou máte zkušenost s touto problematikou?

„Zatím jsem se neseetkala s hrubým porušením kompetencí. Vždy se jednalo spíše o drobné provozní záležitosti, které bylo vždy možno vyřešit domluvou nebo případným znovu proškolením.

Lékaři mají někdy tendence úkolovat sestry tím, co jim nepřísluší. To se však snažím co nejvíce omezit. Stává se to pouze ve výjimečných případech. Zejména z důvodu velkého časového vytížení lékařů.“

Nemocnice Česká Lípa

Rozhovor 4

Hlavní sestra, Česká Lípa

1. Jakým způsobem probíhá v nemocnici kontrola dodržování kompetencí všeobecných sester, především na odděleních ARO a JIP?

„Kontrolu kompetencí provádí vedoucí pracovník daného oddělení. Většinou se jedná o staniční či vrchní sestru. Kontroly jsou prováděny průběžně a jsou plně v kompetencích vedoucích pracovníků.“

2. Jsou sestry obeznámeny s tím, že jejich kompetence plynou z jejich pracovní náplně v pracovní smlouvě, nikoliv z dosaženého vzdělání? Probíhají nějaká doškolení při změnách legislativy? Kdo, jakým způsobem?

„Jednou ročně dochází, spolu s hodnocením zaměstnance, k přehodnocení kompetencí. Tím jsou i seznámeni s novinkami v legislativě. Kontroly jsou plně v kompetencích vedoucích pracovníků. Kompetence vrchních sester přehodnocuje hlavní sestra ve spolupráci s primářem daného oddělení.

S pracovní náplní v pracovní smlouvě zaměstnance seznamuji ihned při nástupu.“

3. Jakou máte zkušenost s touto problematikou?

„Nikdy jsem se neseetkala s hrubým porušením kompetencí. Vždy se dala situace řešit domluvou s tím, že si pak zaměstnanec určitou dobu více hlídá. Zaměstnanci jsou neustále proškoleni. Veškerá školení stvrzují podpisem, tedy se předpokládá, že mají potřebné znalosti.“

Rozhovor 5

Vrchní sestra ARO

1. Jakým způsobem probíhá v nemocnici kontrola dodržování kompetencí všeobecných sester především na odděleních ARO a JIP?

„Vyhodnocování kompetencí se provádí jednou ročně. Dělá se kontrolní přehodnocení a hodnocení daného úseku, jak lidé pracovali. Jednou ročně. Zaměstnance hodnotím já a staniční sestra. První kontrolou je staniční sestra, protože je s nimi denně v kontaktu. Já tam chodím každý den na vizitu, na kontroly činnosti, audity. Také tam docházím na plánované kontroly. Vždy si určím konkrétní den a činnost, jako například kontrola hygieny rukou, kontrola hygienických režimů, dekubity, zdravotnická dokumentace, kterou budu kontrolovat. Audity jsou velké a nemocniční, tyto kontroly spadají k nemocničnímu auditu a sestry jsou předem informovány o tom že, taková kontrola proběhne. Nemám ve zvyku neočekávaně vtrhnout na oddělení a koukat sestram přímo pod ruce, zkoušet je a zdržovat je od práce. To mi přijde jako špatný postup. Lidé by o tom měli být informovaní. Pokud se však při svých návštěvách na oddělení rozhodnu zmapovat některé ze znalostí, vybírám si pracovníky, kteří zrovna nejsou zaneprázdněni. Tyto kontroly probíhají celý rok a jednou ročně máme shrnutí a vyhlášení. A ještě máme vyhlášený plán auditů, který se vypisuje vždy dopředu. Sem zahrnuji jak nové věci, tak věci, u kterých si všímám, že moc nefungují a je třeba znovu je se sestrami probrat. A sestry si musí dané informace znovu nastudovat, před následnou mojí kontrolou. Na každý audit jsou auditní listy, na každém je 6 otázek o dané problematice, staniční sestra na něj vypíše jméno sestry a zhodnotí odpovědi. Pokud se zjistí nějaké nesrovnalosti, tak to řeším já.

Celý rok se sbírají informace, u každého zaměstnance a jednou ročně se to vyhodnocuje.

Po vyhodnocení je vždy zaměstnanec s výsledkem seznámen a musí podepsat příslušný auditní list. Pokud je výsledek špatný, je znovu proškolení. Většinou ale žádné problémy nejsou, sestry mají na přípravu 3 měsíce a nevidím důvod, proč by se na audit nemohly připravit. Tím je vlastně tlačím k tomu, aby se neustále vzdělávaly. Vždy vybírám témata, u kterých vidím, že je třeba trochu problém.“

3. Jsou sestry obeznámeny s tím, že jejich kompetence plynou z jejich pracovní náplně v pracovní smlouvě, nikoliv z dosaženého vzdělání? Probíhají nějaká doškolení při změnách legislativy? Kdo, jakým způsobem?

„S pracovní náplní jsou zaměstnanci seznámeni již u hlavní sestry. Samozřejmě jim také zdůrazňuji její závaznost, ale je na každém jak si ji nastuduje.

Pokud je novelizace, mohou si ji sestry najít na intranetu, kde jsou takovéto informace k dosahu, na to je upozorním v rámci měsíčních provozních porad, zde se také řeší změny na oddělení, změny léků, zdravotnických prostředků a právě i kompetencí. Veškeré informace se zaznamenávají do zápisu. Jinak své kompetence mají v náplni práce, které dostávají každý rok nové náplně práce, kde mají znovelizované informace ohledně svých kompetencí. A také to mají na intranetu. I na oddělení vytištěné.“

4. Jakou máte zkušenost s touto problematikou?

„Vzhledem k veškerým opatřením se téměř nesetkáváme s porušováním kompetencí. Když přijdu na to, že někdo neplní své věci dle norem, tak to probereme veřejně na provozní poradě, kde je zaměstnanec upozorněn na nedostatek a upozorněn na to aby chyby odstranil. Pokud toto nepomůže, píšeme vytýkáci dopis. Ten se ukládá do osobní karty. Pak má zaměstnanec půl roku na odstranění nedostatků, a pokud je vše ok, tak to zruším. Pokud se jedná o velmi závažné věci, jako nevzbudila lékaře, podala špatný lék, nezhodnotila včas situaci, to se nedá vymazat. Po třech pochybeních může být i výpověď. Finanční postihy nemáme, jelikož nemáme finance. Sestry mají pouze základ platu, co mají podle tabulky a nemají osobní ohodnocení.

Provozní porady jsou povinné pro všechny zaměstnance, ti, kteří se jí nemohou z vážných důvodů zúčastnit, si musí přečíst a podepsat zápis z dané porady. Aby se s novinkami seznámili, alespoň tímto způsobem. I tato účast nebo neúčast se zahrnuje do zaměstnancova hodnocení za celý rok. Trvám na tom, aby zaměstnanci na poradě aspoň několikrát za rok přišli.“

Rozhovor 6

Staniční sestra Multioborová JIP Česká Lípa

1. Jakým způsobem probíhá v nemocnici kontrola dodržování kompetencí všeobecných sester, především na odděleních ARO a JIP?

„Já vždy dohlížím na to, aby na směně byla jedna sestra s ARIP, zkušenější sestra a k ní přidávám sestru na oddělení novou nebo méně kompetentní. Zkušenější sestry si berou k výkonům sestry nové a postupně je zaučují a pomáhají jim seznámit se s chodem oddělení. Po půl roce se u nových sester dělá adaptační proces, kdy zhodnotím celkovou práci sestry a zda už je připravena na práci samostatně.“

2. Jsou sestry obeznámeny s tím, že jejich kompetence plynou z jejich pracovní náplně v pracovní smlouvě, nikoliv z dosaženého vzdělání? Probíhají nějaká doškolení při změnách legislativy? Kdo, jakým způsobem?

„Zaměstnance s náplní práce seznamuje hlavní nebo vrchní sestra. Tomu já se již nevěnuji.“

Informace o novelizacích většinou získávám na poradě s vrchní sestrou a svým sestrám je sděluji ústně. Informace jsou také k dispozici na intranetu a také si vedeme záznamový blok, kde jsou sepsány informace z porad. Sestry jsou povinny si je přečíst a následně podepsat, že byly s novelizací seznámeny. Pokud jsou změny, které jsou třeba učinit hned, informuje mě o nich vrchní sestra a já zajistím jejich uvedení do provozu, v co nejkratší možné době. Sestry mají vždy vymezený čas na to, aby se se změnou seznámily a přizpůsobily se jí. V této době je pravidelně kontroluji a společně se snažíme dosáhnout požadovaných výsledků.“

3. Jakou máte zkušenost s touto problematikou?

„S porušováním kompetencí se setkávám minimálně, jsem se sestrami v neustálém kontaktu, a tedy je mám pod neustálým dozorem. Pokud si všimnu nějakých nedostatků nebo porušení kompetencí, ihned jdu za příslušným pracovníkem a řeším to na místě. Vysvětlím dané sestře, co udělala špatně, situaci si rozebereme, vysvětlíme a ve většině případů se tak problém odstraní. Samozřejmě, že když vím, že některá sestra dělá chyby, zaměřím se na ni více. Do té doby, než chyby neodstraní. Musím říct, že sestry jsou opravdové profesionálky a opravdu se snaží dodržovat vše, co po nich chci. Pokud samozřejmě by se jednalo o závažný prohřešek, musela bych přistoupit k vytýkácímu

dopisu. Naštěstí musím říci, že takto daleko jsme se ještě nikdy nedostali. Vždy stačilo pouze ústní vysvětlení.“

11.2.1 Shrnutí jednotlivých otázek

1. Jakým způsobem probíhá v nemocnici kontrola dodržování kompetencí všeobecných sester, především na odděleních ARO a JIP?

Z rozhovorů je patrné, že ve většině případů je kontrola dodržování kompetencí převážně v roli staniční sestry. Ta je na oddělení denně, má tedy sestry pod neustálou kontrolou. Hodnocení zaměstnanců celkově, nejen ohledně dodržování kompetencí, také probíhá jednou ročně, jak uvedla například vrchní sestra v nemocnici v České Lípě.

Vrchní sestry na kontroly docházejí nepravidelně, či plánovaně nebo také v rámci různých auditů. Nemohou si z časových důvodů dovolit, být denně na oddělení. Staniční sestry je však informují, pokud dojde na oddělení k nějakým problémům. Hlavní sestry osobně takovéto kontroly také neprovádí, jsou informovány od svých podřízených, jak to na oddělení funguje. V případě přestupků, které není schopna vyřešit sestra staniční nebo vrchní řeší tyto záležitosti hlavní sestra. Pokud se jedná o závažný přestupek, řeší tento problém opět hlavní sestra. Hlavní sestra má tedy roli spíše v řešení problémů, než jako kontrolorka.

2. Jsou sestry obeznámeny s tím, že jejich kompetence plynou z jejich pracovní náplně v pracovní smlouvě, nikoliv z dosaženého vzdělání? Probíhají nějaká doškolení při změnách legislativy? Kdo, jakým způsobem?

S tím, že kompetence sester vycházejí převážně z náplně práce, bývají obeznámeny všechny sestry. S tímto faktem bývají seznámeny zpravidla ihned při nástupu do zaměstnání. Jako první je na to upozorní hlavní sestry. S novelizací v legislativě bývají zaměstnanci také pravidelně seznamováni. Většinou jim informace předává staniční nebo vrchní sestra. Tyto novelizace se řeší na pravidelných schůzích personálu a informace o nich se šíří od vedoucího pracovníka k podřízeným. Následně jsou novelizace k dispozici i na intranetu či v tištěné podobě na oddělení.

3. Jakou máte zkušenost s touto problematikou?

Zkušenosti s danou problematikou porušování kompetencí jsou podobné. Obě zařízení se je snaží eliminovat, ovšem je pravdou, že přes veškeré úsilí k překračování

kompetencí občas dojde. Nikdo z oslovených však neuvedl, že by se někdy setkal se zvláště hrubým porušením kompetencí. Vždy bylo možné situaci vyřešit domluvou, či mírnějším trestem. V obou zdravotnických zařízeních je patrné, že postih se trestá dle své závažnosti a v několika stupních. Prvotně se manažeři snaží situaci řešit domluvou s následnými kontrolami, které slouží ke zjištění, zda zaměstnanec nedostatky odstranil. Pokud se po delší době situace nezlepší, volí se forma finančního postihu. V nejtěžších případech manažeři uvádějí možnost vytykácího dopisu s následnou výpovědí z pracovního poměru. Nikdo z nich zatím nebyl nucen k tak radikálnímu kroku.

Důvodem, který byl zmíněn v otázce překračování kompetencí je například fakt, že sestry jsou nuceny dělat některé úkony za lékaře. Hlavní sestra z nemocnice Děčín uvádí: “*Bohužel je to tak, že někdy dělají sestry i nějakou práci za lékaře. Ale myslím si, že jsou natolik vzdělané a poučené o tom, že pokud něco udělají tak za to také nesou zodpovědnost.*” (Rozhovor 1)

Dále pak také vrchní sestra z nemocnice Děčín uvádí: “*Bohužel jsou sestry také nuceny dělat věci, které jsou v kompetencích nižšího zdravotnického personálu. To je však dáno nedostatkem financí a tedy i nedostatečným počtem personálu.*” (Rozhovor 2)

12 DISKUZE

Vypracování této práce nebylo lehkým úkolem. Jelikož se jednalo o problematiku poněkud choulostivou, ihned od počátku výzkumu nastaly komplikace. Hlavní komplikací se stal fakt, že první oslovená zdravotnická zařízení odmítala povolit provedení výzkumu na jejich pracovištích. To značně ztížilo a ohrozilo výzkum. Nakonec se však podařilo oslovit zdravotnická zařízení, která s výzkumem souhlasila. Se zvyšujícím se počtem získaných dat a informací se úkol jevil snadněji a zajímavěji.

Hlavním cílem bylo zmapovat a ověřit teoretickou znalost sester ohledně kompetencí všeobecných sester na odděleních ARO a JIP. Součástí bylo zaměřit se na sestry se specializací SIP, u kterých je předpoklad, že pro ně by měla být znalost kompetencí samozřejmostí. Z celkového počtu 122 respondentek jich 46 % (tj. 56) uvedlo, že mají specializační vzdělání SIP (dříve ARIP).

K tomuto cíli byla stanovena první hypotéza, která předpokládala, že sestry se specializací SIP znají bezpečně své kompetence. Pro to, aby se hypotéza potvrdila, bylo stanoveno kritérium, že alespoň 50 % sester, které mají specializační vzdělání SIP, zodpoví správně všech 5 otázek týkajících se kompetencí sester se specializací. Konkrétně se jednalo o otázky číslo 14, 15, 16, 17, 21. Tyto otázky byly zaměřeny na vědomosti sester. Byla zde například otázka specifikující věk pacienta, o kterého je oprávněna sestra se specializací SIP pečovat, další otázky směřovaly na odborné výkony a potřebu odborného dohledu a indikace lékaře při jejich výkonu. Všech pět daných otázek správně zodpovědělo pouze 37,5 % sester specialistek. Čtyři otázky správně zodpovědělo 30,36 %, tři otázky 19,64 %, dvě otázky byly správně zodpovězeny v 8,93 % a jednu správnou odpověď mělo 3,57 % respondentek. Graf zobrazující data k této hypotéze je umístěn v Příloze 4.

Respondentky nejčastěji neznaly minimální věk pacienta, o kterého může sestra se specializací SIP pečovat. Až 50 % (tj. 61) respondentek uvedlo chybnou odpověď 18 let. Často také chybovaly v otázkách, kde bylo nutné určit, zda k danému výkonu je či není třeba indikace nebo dohled lékaře. Například u otázky týkající se kompetentnosti sester se specializací SIP odsávat z dolních cest dýchacích bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, se 14 % respondentek chybně domnívalo, že sestry se SIP k tomuto výkonu oprávněny nejsou. Celých 19 % respondentek specialistek také chybně označilo, že výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami, výkon musí sestra se SIP provádět pod odborným dohledem lékaře.

První hypotéza nebyla potvrzena, jelikož správně zodpovědělo všech 5 vybraných otázek pouze 37,5 % sester se specializací SIP.

Kurfürstová ve své práci řešila podobnou otázku. Také její výzkum byl zaměřen na znalosti kompetencí všeobecných sester pracujících na odděleních anesteziologicko-resuscitačních a jednotkách intenzivní péče. Vycházel z míry znalostí sester všeobecných spolu se sestrami se specializací SIP, kterých bylo v jejím výzkumu 53,06 %. Z výzkumu vyplynulo, že své kompetence, hodnoceno na základě kontrolních otázek znalo pouze 44 % respondentů, i když v dotazníkové otázce zjišťující subjektivní znalost kompetencí, celých 55,10 % respondentů ve své odpovědi tvrdilo, že své kompetence zná. (22, s. 69).

I výzkum Kotlárové ukázal, že více jak polovina dotazovaných všeobecných sester si myslí, že zná své kompetence. Konkrétně 52,5 %. (41, s. 60)

Traxmandlová uvádí subjektivní názory všeobecných sester na znalost svých kompetencí takto: 68,85 % sester si je jisto, že zná své kompetence přesně. Částečnou znalost kompetencí uvádí 24,59 % sester a 6,56 % nedokáže svoji znalost kompetencí posoudit. (42, s. 52)

Je tedy patrné, že subjektivní názor sester o znalosti jejich kompetencí a realita se rozcházejí. Je překvapující, že stále, i přes veškerou informovanost o tom, jak je důležité kompetence znát a dodržovat, je jejich neznalost poměrně vysoká. Dle mého názoru sestry po nástupu do praxe zapadnou do zajetých kolejí na pracovišti a dělají věci tak, jak to od nich vyžadují spolupracovníci. Ne všude je již znát nový trend a hlavně možnost dělat vše tak, jak kompetence dané zákonem vyžadují. Roli hraje nedostatek personálu na odděleních, finanční důvody a také například vytíženost lékařů. To vše ruku v ruce brání tomu, aby se nastolil nový a lepší systém rozvržení práce mezi zaměstnance dle jejich kompetencí.

Na druhé straně z informací, které byly zjištěny, prostřednictvím rozhovorů s manažery v řídicích funkcích vyplývá, že sestry jsou se svými kompetencemi opakovaně seznamovány, několikerými způsoby. Ihned po nástupu do zaměstnání podepisují pracovní smlouvu, kde jsou kompetence popsány v náplni práce. Dále jsou pak sestry povinny účastnit se pracovních schůzí, kde bývají seznámeny s veškerou novelizací. I zde tedy mohou čerpat informace o svých kompetencích. Ve většině případů jsou kompetence sester k dispozici na pracovišti i v tištěné či elektronické formě. Z toho můžeme soudit, že problém nebude v nedostupnosti informací. Jak již bylo uvedeno výše, je potřeba zbavit se starých stereotypů a přejít na nový systém. Pokud bude na každém oddělení dostatek

ošetřovatelského personálu s potřebnou kvalifikací a dostatek lékařů, lze předpokládat, že pak každý bude vykonávat pouze úkony, spadající do jeho kompetencí a nebude nutné, aby například výše postavený pracovník suploval pracovníka na nižší pozici a naopak. Dá se ovšem předpokládat, že to bude dlouhý proces.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, kde sestry čerpají informace o svých kompetencích. K tomuto cíli byla stanovena druhá hypotéza, která měla za úkol odhalit, zda sestry znají potřebné dokumenty, které určují jejich kompetence. Zaměření nebylo jen na dokumenty obecně, ale také na konkrétní vyhlášku a paragraf. Pro to, aby se hypotéza potvrdila, bylo nutné, aby alespoň 80 % respondentek, zodpovědělo správně minimálně 3 z 5 vybraných otázek. Konkrétně se jednalo o otázky 6, 7, 8, 9, 21. Z celkového počtu 122 respondentek tuto podmínku splnilo 80 % z nich. Míra zastoupení jednotlivých odpovědí, vztahující se ke druhé hypotéze, je podrobněji znázorněna v Příloze 5.

Zjistili jsme, že vyhlášku upravující kompetence zdravotnických pracovníků, tedy vyhlášku č. 55/2011 Sb., znalo 74 % respondentek. Z výzkumu Kurfürstové vyplynulo, že příslušnou vyhlášku znalo pouze 34,69 % respondentů. (22, s. 46) Kotlářová se ve své práci zabývala podobnou otázkou. Konkrétně se ve svém dotazníku tázala, co je obsahem vyhlášky 424/2004 Sb. (dnes 55/2011 Sb.). Na tuto otázku dokázalo správně odpovědět pouze 33,5 % z jejích respondentů. (41, s. 43)

Otázka 8 zjišťovala znalost paragrafu příslušné vyhlášky, určující kompetence sester pro intenzivní péči. Zde správně odpovědělo 71 % respondentek. Také u otázky číslo 21, která zjišťovala prioritní dokumenty, určující kompetence v pracovním poměru, bylo vysoké zastoupení správných odpovědí - 73 %. Z těchto jednotlivých položek můžeme soudit, že orientace sester v dokumentech, určujících jejich kompetence, je poměrně vysoká. Ovšem znalost sester ohledně jejich kompetencí tomu neodpovídá. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem můžeme druhou hypotézu považovat za potvrzenou.

Třetí hypotéza zjišťovala, kde sestry získaly potřebné znalosti o svých kompetencích. Předpokládali jsme, že to bude ve více než 50 % z Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Otázka číslo 5 zjišťovala, kde konkrétně respondentky informace o kompetencích získaly. Celých 36 % respondentek získalo informace školením na pracovišti a 30 % sester přinesla nejvíce informací o kompetencích náplň práce v pracovní smlouvě. Zisk informací při specializačním studiu SIP byl označen v 11 %, stejně jako odpověď zisk informací prostřednictvím internetu. Studium příslušné vyhlášky označilo jako zdroj informací o kompetencích pouze 7 %

respondentek. Zajímavé je, že na vysoké škole získalo informace o kompetencích minimum respondentek- pouze 5 % všech dotazovaných.

Kurfürstová se ve své práci tázala respondentů, kde byli seznámeni s obsahem vyhlášky 55/2011 Sb. Nejvíce respondentů (48,98 %) se s obsahem vyhlášky seznámilo během své práce ve zdravotnictví. Druhou nejčastější byla možnost zisku informací během studia, tu volilo 32,65 % sester. Jako třetí nejčastější možnost zisku informací byla uvedena možnost zisku informací prostřednictvím internetových stránek Ministerstva zdravotnictví ČR. (22, s. 48)

Oba výzkumy se shodují v tom, že sestry nejvíce informací získávají právě na pracovišti. Dále se již názory rozcházejí. V mém výzkumu například respondentky uvádějí, že studiem získalo potřebné znalosti pouze 16 % z nich, pokud zahrnu studium na vysoké škole a specializační studium SIP. Kurfürstová uvádí, že školským a specializačním studiem získalo potřebné informace 32,65 % sester.

Otázka číslo 6 se tázala přímo na studium Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Respondentky uvedly, že vyhlášku nikdy nestudovalo 53 % z nich. Tento fakt je velice zneklidňující. Přece jen se jedná o jeden z klíčových dokumentů pro sestry, určující jejich kompetence. Je tedy předpoklad, že každý NLZP obětuje svůj čas a alespoň si přečte ty části, které se ho v této vyhlášce přímo týkají. Jelikož vyhlášku studovalo pouze 47 % sester, třetí hypotéza se nepotvrdila.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda sestry při výkonu praxe překračují své kompetence. K tomuto cíli se vztahuje čtvrtá hypotéza, kde jsme se domnívali, že více než 70 % sester někdy překročilo své kompetence. Ze 122 respondentek celých 53 % přiznalo, že někdy překročily své kompetence, ostatní dotazované tento fakt popřely. Čtvrtá hypotéza se nepotvrdila, jelikož jsme si stanovili kritérium, že překročení kompetencí potvrdí více než 70 % respondentek. Toto kritérium bylo zvoleno za účelem porovnání výsledků výzkumu s výsledky výzkumu Traxmandlové. Z jejího výzkumu vyplynulo, že kompetence často překročilo 3,28 % sester, výjimečně 63,93 % respondentů a nikdy nepřekročilo 31,15 % sester, 1,64 % respondentů uvedlo, že neví. (42, s. 65)

Kurfürstová ve své práci došla k následujícím výsledkům. Celých 22,45 % respondentů uvedlo, že své kompetence překračují často, 10,20 % sester své kompetence překračuje občas. Své kompetence nepřekročilo 67,35 % dotazovaných. (22, s. 57). Zde jsou jednotlivé výsledky výzkumů odlišné. Můžeme však říci, že minimálně ve dvou výzkumech došlo ke zjištění, že k překročení kompetencí došlo u více než 50 %

respondentů. Otázkou zůstává, zda respondenti vůbec mohou posoudit, jestli své kompetence překračují nebo ne, když 62,5 % specialistek své kompetence ani bezpečně nezná. Je tedy možné, že počet respondentů, překračujících kompetence, může být ve skutečnosti ještě vyšší.

Je tedy zřejmé, že problematika překračování kompetencí je aktuální problém, se kterým se sestry denně potýkají. Jelikož přetrvává i přes veškerá opatření, která se snaží tento problém eliminovat, je otázkou, jestli už se nestal jistou nechtěnou, ale dílčí součástí sesterské profese.

V rámci čtvrté hypotézy je zajímavé, podíváme-li se také na vyhodnocení otázky číslo 13, která zjišťovala, zda mají sestry pocit, že jsou denně ze strany lékařů pověřovány úkoly, které jim z hlediska kompetencí nenáleží. Celých 57 % sester přiznává, že jsou denně takovými úkoly zaměstnávány. Mezi nejčastější úkony, které jsou sestry nuceny plnit nad rámec svých kompetencí, patří administrativa v 59 %.

Traxmandlová hodnotila podobnou otázku. Zkoumala, jak často jsou sestry žádány o provedení výkonů, které nespádají do jejich kompetencí. Běžně je o tyto výkony žádáno 18,03 % sester, občas 60,66 % sester. Nikdy o úkon, spojený s překročením kompetencí, nebylo požádáno pouze 21,31 % sester. (42, s. 62) Dále pak ve své práci vyhodnotila údaj, kde 87,50 % sester uvádí, že nejčastěji jsou o úkoly, které jim nepřísluší, žádány právě lékaři. (42, s. 63)

Pátá hypotéza zjišťovala oblast, ve které sestry nejčastěji své kompetence překračují. U 65 respondentek, které přiznaly, že v praxi někdy překročily své kompetence, bylo dále zjišťováno, v jakém směru či oblasti nejčastěji k překročení kompetencí dochází. Domnívali jsme se, že to bude oblast podání léku bez ordinace lékaře a výsledky výzkumu tento předpoklad potvrdily. Nejvíce respondentek (45 %) za oblast překročení svých kompetencí uvedlo právě aplikaci léků bez ordinace lékaře. Druhou nejčastější je vyřizování administrativních záležitostí, tuto skutečnost uvedlo 34 % respondentek. Jako třetí nejčastější překročení kompetencí uvedly respondentky informování pacienta o jeho zdravotním stavu (15 %). Pátá hypotéza se potvrdila.

Kurfürstová má ve své práci závěr následující. Sestry bez indikace lékaře nejčastěji prováděly změny dávek katecholaminů aplikovaných lineárními dávkovači dle fyziologických hodnot pacienta a to ve 41,11 %. Dále pak měnily dávky analgosedace u pacientů na ventilátoru dle fyziologických funkcí a stavu vědomí a to ve 21,11 %, v 18,89 % aplikovaly léky na bolest. (22, s. 58) Je ale pravdou, že sestry na odděleních

intenzivní péče mají lékařem stanovena rozmezí, ve kterých mohou regulovat dávkování katecholaminů (dle hodnot fyziologických funkcí pacienta) a analgosedace, toto rozmezí by neměly překračovat. To samé se vztahuje k lékům na bolest, jejichž podání se musí odvíjet od ordinace lékaře, sestra je nesmí samovolně podávat bez jeho vědomí. I zde je možnost určité samostatnosti, např. úprava v čase podání ordinovaného analgetika dle zhodnocení stavu a stupně bolesti udané pacientem. Ze své zkušenosti mohu říci, že jsem se v praxi nejčastěji setkala s nedodržením kompetencí v oblasti podávání léků.

Otázka 19 zjišťovala, co nejčastěji vede sestry k překročení kompetencí, bylo možno označit více možností. Jako nejčastější důvod překročení kompetencí se ukázala potřeba rychlého vyřešení aktuální situace. Tato možnost byla označena ve 25 %. Je pravda, že v praxi je rychlé rozhodování velice důležité a mnohdy pro ohroženého pacienta rozhodující. Sestra by si ale měla vždy uvědomit také druhou stránku věci a to jsou její kompetence. Tedy to, zda je opravdu oprávněna učinit určité kroky i přes to, že k nim není kvalifikovaná. Druhým nejčastějším důvodem byla nepřítomnost lékaře na oddělení, odpověď zvolena ve 20 %. V dalších 17 % bylo důvodem, že je úkol směřován od nadřízeného pracovníka. Tento poznatek je zarážející. Nadřízení pracovníci by podle mého názoru rozhodně měli být znalí toho, co jejich podřízení mohou a nemohou vykonávat. Že tomu tak není, dokazuje i to, že se 56 % respondentek domnívá, že lékaři nemají povědomí o kompetencích sester. Také Traxmandlová ve své práci tuto problematiku zmiňuje, 28,69 % jejích respondentů je toho názoru, že lékaři neznají kompetence sester. (42, s. 57)

Problém nedostatku času byl označen v 16 % a nedostatek zaměstnanců s potřebnou kvalifikací v 15 %. Neznalost kompetencí vede k překročení kompetencí v 6 % případech.

Traxmandlová ve své práci řeší důvody, které vedou sestry k překročení kompetencí. Nejčastěji je v jejím výzkumu jako příčina označena nenadálá situace (23 %). Dále pak následuje v 18 % pracovní vyčerpání lékaře, ve 14 % nedostatek personálu na oddělení, dále pak neznalost kompetencí (12 %). (42, s. 66)

Domnění sester, že lékaři neznají jejich kompetence, se v obou výzkumech mírně liší. Zatímco z mého výzkumu vyšlo, že se takto domnívá 56 % respondentek, u Traxmandlové to bylo pouze 28,69 % sester. Téměř shodně však vyšly některé z položek, týkající se důvodů, proč sestry své kompetence překračují. Potřebu rychlého vyřešení situace či nenadálou situaci označilo u mého výzkumu 25 % respondentek, u výzkumu Traxmandlové to bylo 23 % sester. Dále pak možnost vyčerpání lékaře či jeho nepřítomnost

na oddělení volilo v mém výzkumu 20 % respondentek, u Traxmandlové takto odpovědělo 18 % sester. I varianta nedostatku zaměstnanců s potřebnou kvalifikací vyšla podobně. V mém výzkumu tuto odpověď volilo 15 % specialistek, u Traxmandlové takto odpovědělo 14 % sester. Neznalost kompetencí v mé práci uvedlo 6 % respondentek, u Traxmandlové 12 %. Je tedy patrné, že důvody vedoucí sestry k překračování kompetencí, jsou dosti podobné v různých zařízeních a vycházejí ze stejných nedostatků. Nejčastěji tedy panuje dojem, že lékaři neznají kompetence sester. Dále pak kritické situace, které vyžadují okamžité řešení, tlačí sestry do překračování kompetencí. V neposlední řadě je to velká vytíženost, případně rovnou nepřítomnost lékařů na odděleních. Významným problémem je i nedostatek personálu, potřebný k pokrytí všech výkonů, které se na daném oddělení provádějí.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, kdo z vedoucích pracovníků kontroluje dodržování kompetencí sester na odděleních ARO a JIP. V šesté hypotéze byl předpoklad, že tyto kontroly bude převážně provádět staniční sestra. V dotazníku se k této hypotéze vztahuje otázka číslo 23. Z výzkumu je patrné, že 61 % respondentek má zkušenost, že jako kontrolor jejich kompetencí na pracovišti opravdu působí staniční sestra. Jako kontrolor kompetencí byla uvedena i sestra vrchní a to ve 30 % případů. Hlavní sestru uvedlo 5 % respondentek a 4 % sester uvedly náměstkyni/náměstkyni pro ošetrovatelskou péči.

Šestá hypotéza se potvrdila, jelikož staniční sestru jako kontrolora uvedlo nejvíce respondentek. Tuto hypotézu můžeme porovnat také s výsledky rozhovorů. Obě oslovené staniční sestry uvedly, že přímá denní kontrola dodržování kompetencí sester je v jejich náplni práce. Pravdou také je, že na kontroly kompetencí docházejí i sestry vrchní, ovšem není v jejich možnostech být denně na každém oddělení. Proto jsou jejich namátkové nebo plánované kontroly méně časté.

K této hypotéze se také vztahují další dvě otázky. Otázka číslo 24 zjišťovala, zda jsou sestry o případné kontrole dodržování svých kompetencí předem informovány a 54 % respondentek potvrdilo, že ano. Další otázka zjišťovala, zda jsou sestry následně s výsledkem kontroly seznámeny. Souhlasně se vyjádřilo 56 % respondentek, s výsledky kontroly nebývá seznámeno 44 % respondentek.

Z rozhovorů s řídicími pracovníky však vyplynulo, že v obou zařízeních sestry s výsledky kontrol a s jejich celkovým hodnocením seznamují.

Zkoumanou oblastí bylo také to, zda bývají sestry seznámeny se změnami v legislativě. Případně, kdo je s těmito změnami seznamuje. Celých 80 % respondentek

potvrdilo, že bývá obeznámeno se změnami v legislativě, ve většině případů toto zajišťuje staniční sestra - uvedlo 64 % respondentů.

Hlavním cílem rozhovoru bylo od vedoucích pracovníků zjistit, jak probíhají kontroly dodržování kompetencí. Výhodou je, že obě zařízení mají stejnou hierarchii řídicího managementu v ošetrovatelské sféře. Navíc, jak jsem z rozhovoru zjistila, obě se řídí velice podobnými postupy. Pokud bych měla shrnout celý rozhovor, bylo by vhodné zaměřit se postupně na linie managementu.

Hodnocení jsem zvolila od vrcholného managementu směrem dolů. Hlavní sestry fyzicky kontrolují dodržování kompetencí na oddělení spíše výjimečně. Je to dáno jejich značnou pracovní vytížeností a nedostatkem času. Podrobnosti o chodu oddělení zjišťují spíše přes své podřízené, kterými jsou sestry vrchní. Pokud však u některých zaměstnanců dochází k opakovanému nedodržování kompetencí či jiným pracovním problémům, řeší situaci hlavní sestry.

Hlavní sestra nemocnice Děčín například uvádí: *„Pokud by došlo k porušení kompetencí, je staniční sestra povinná informovat vrchní sestru a ta pak informuje mě. Já si s danou sestrou sjednám pohovor, danou situaci probereme, co bylo špatně a proč. Záleží, jak závažné pochybení to bylo. Pokud se jedná o závažnou věc, píše se danému zaměstnanci vytykáací dopis. Ten připravují personalisté, dbají na správnou citaci zákoníku práce a informují dotyčného, čeho se dopustil a co by mu hrozilo, kdyby v tom pokračoval. Druhou možností je přehodnocení výše osobního ohodnocení zaměstnance na základě kvality a rozsahu vykonávaných činností, které se dělá jednou ročně.“* (Rozhovor 1)

Z pozice vrchních sester probíhají kontroly dodržování kompetencí sester již o něco častěji, vrchní sestry chodí denně na oddělení v rámci vizit. Také chodí namátkově i plánovaně na kontrolu určitých, předem stanovených činností. Sestry jsou ve většině případů předem obeznámeny s tím, že vrchní sestra přijde na kontrolu v rámci menšího či většího auditu. Mají tedy šanci se připravit a zjistit si potřebné informace o problematice. Pokud si vrchní sestra všimne pochybení nebo jiné nesrovnalosti, řeší situaci ihned na místě. V obou rozhovorech je patrné, že se vrchní sestry snaží řešit situace spíše domluvou, ve většině případů nejsou nuceny k radikálním řešením. V případě, že by vrchní sestra nebyla schopna adekvátně situaci řešit nebo by dotyčný nebyl ochoten odstranit nedostatky, oznámí situaci hlavní sestře. Ta má na výběr několik možností, jak situaci řešit. Může použít kroky jako domluva, poté vytykáací dopis a následně finanční postih. Krajním řešením je výpověď.

Z kontrol a auditů si sestry vedou záznamy, podle kterých následně mohou hodnotit zaměstnance. Z těchto záznamů mohou také vyčíst, která oblast se stále jeví jako problematická a je nutné ji znovu personálu osvětlit. Zaznamenávají si i zaměstnance, s jejichž postupy či vědomostmi nebyly spokojeny a opětovně se k nim vrací, dokud nedostatky neodstraní. Pravidelně, většinou jednou ročně dochází k hodnocení zaměstnanců. Zde je shrnuta jejich práce za celý rok. S tímto hodnocením bývají sestry seznámeny. Vrchní sestry slouží jako jakýsi mezičlánek v přenosu informací mezi sestrami hlavními a staničními.

Staniční sestry jsou v kontrolování kompetencí jasně na prvním místě. Jsou se sestrami denně na pracovišti v přímém kontaktu. Dohlíží proto na dodržování kompetencí a také na to, aby například lékaři nedelegovali sestry úkoly, které jim nepřísluší. Z rozhovorů je totiž patrné, že lékaři mají k takovému chování sklony. Staniční sestry zajišťují, aby veškeré novelizace v ošetrovatelství byly zavedeny do praxe v co nejkratším čase.

Případné neshody či nedostatky se řeší opět ihned na místě. Staniční sestra vždy požaduje odstranění nedostatků. V případě, že by se jednalo o závažný čin, je povinna informovat vrchní sestru. Ta dále situaci řeší.

Výsledky rozhovorů na mě zapůsobily opravdu dobrým dojmem. Je zřejmé, že všichni manažeři, přistupují k problematice dodržování kompetencí velice zodpovědně. Zcela jistě si uvědomují důležitost této problematiky a snaží se působit zejména preventivně proti překračování kompetencí. To je dle mého názoru klíčové.

Další navazující výzkum by měl být zaměřen na možnosti řešení problematiky překračování kompetencí sester v oblastech, které z výzkumu vyšly jako stěžejní. Je nutný rozbor problematiky pověřování sester úkoly, které jim nepřísluší, ze strany lékařů. Také by bylo vhodné zefektivnit předávání informací sestram tak, aby došlo, ze strany sester, k hlubšímu zapamatování si a následnému uplatnění nových informací a poznatků v praxi. Sestry dokumenty, které stanovují jejich kompetence, znají, ale jejich obsah nedokáží plně využít v každodenní praxi a neuvědomují si, jak vážné následky by mohlo jejich nezodpovědné jednání mít.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zmapovat a ověřit teoretickou znalost sester ohledně kompetencí všeobecných sester na odděleních ARO a JIP. První hypotéza vztahující se k hlavnímu cíli tvrdila, že sestry se specializací SIP znají bezpečně své kompetence. Jako kritérium jsme si stanovili, že alespoň 50 % sester se specializačním vzděláním SIP, zodpoví správně všech 5 otázek, týkajících se kompetencí sester se specializací. Bezpečná znalost kompetencí byla prokázána u 37,5 % respondentek, 62,5 % respondentek podmínky nesplnilo. První hypotéza nebyla potvrzena.

Dílčím cílem bylo zjistit, kde sestry čerpají informace o svých kompetencích. Hypotéza číslo dvě, vztahující se k tomuto cíli, měla za úkol odhalit, zda sestry znají potřebné dokumenty, které určují jejich kompetence. Pro potvrzení hypotézy bylo nutné, aby alespoň 80 % respondentek zodpovědělo správně minimálně 3 z 5 vybraných otázek. Tuto podmínku splnilo 80 % z nich. Hypotéza číslo dvě, se potvrdila. K danému cíli byla stanovena také hypotéza číslo tři, která uváděla předpoklad, že sestry získaly potřebné znalosti o kompetencích ve více než 50 % studií Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Vzhledem k tomu, že příslušnou vyhlášku nikdy nestudovalo 53 % respondentek, hypotéza se nepotvrdila.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda sestry při výkonu praxe své kompetence překračují. K tomuto cíli se vztahuje čtvrtá hypotéza, kde jsme se domnívali, že více než 70 % sester někdy překročilo své kompetence. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že své kompetence někdy překročilo 53 % respondentek. Čtvrtá hypotéza se tedy nepotvrdila. Pátá hypotéza, vztahující se také k tomuto cíli, se zaměřovala na oblast, ve které sestry překračují své kompetence nejčastěji. Předpokladem bylo, že k tomu dochází nejvíce v oblasti aplikace léků bez ordinace lékaře. Výsledky výzkumu ukázaly, že nejvíce respondentek (45 %) překračuje své kompetence právě v této oblasti. Hypotéza se potvrdila.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, kdo z vedoucích pracovníků kontroluje dodržování kompetencí sester na odděleních ARO a JIP. V šesté hypotéze byl předpoklad, že tyto kontroly bude nejčastěji provádět staniční sestra. Z výzkumu je patrné, že nejvíce (61 %) respondentek má zkušenost, že jako kontrolor jejich kompetencí na pracovišti působí staniční sestra. Šestá hypotéza se potvrdila.

Poslední dílčí cíl souvisí s cílem, který byl dán k výzkumnému šetření pomocí rozhovoru. Tímto cílem bylo zjistit od vedoucího managementu, jak probíhají kontroly dodržování kompetencí sester. Z rozhovorů vyplynulo, že převážnou část kontrol kompetencí pokryjí sestry staniční. Je to dáno tím, že mají možnost být denně se sestrami na pracovišti. Vrchní sestry docházejí na kontroly kompetencí také, ovšem ne tak často jako sestry staniční. U sester vrchních se jedná spíše o namátkové či plánované kontroly. Hlavní sestry mají funkci v tomto ohledu spíše vedlejší. Z časových důvodů nechodí pravidelně přímo kontrolovat své podřízené, ale účastní se například auditů. Dodržování kompetencí sledují přes své podřízené (vrchní a staniční sestry), které jsou povinny hlásit veškerá pochybení či problémy na pracovišti. Ty pak může dle závažnosti řešit právě sestra hlavní.

Stanovené cíle pro tuto práci byly splněny.

Výstupem pro praxi bude návrh semináře pro všeobecné sestry a lékaře. Seminář, spolu s výsledky výzkumu, bude nabídnut hlavní sestře Krajské zdravotní nemocnici Děčín a hlavní sestře Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa.

Seminář bude určen sestřám a lékařům ve zdravotnických zařízeních, kde byl výzkum prováděn. Účastníci budou seznámeni s výsledky výzkumného šetření, s důrazem na problematiku části výzkumu. Součástí budou také návrhy řešení daných situací.

Na závěr semináře bude zařazena diskuze, kde se budou moci posluchači vyjádřit k dané problematice. Za pomoci brainstormingu bude snahou najít vícero řešení problémových situací. Návrh semináře najdeme v Příloze 3.

Celkové shrnutí práce vychází z poznatků získaných z dotazníkového šetření určeného všeobecným sestřám pracujícím na odděleních intenzivní péče a rozhovorů se sestrami manažerkami z těchto pracovišť. Byla zjištěna účast sester manažerek na průběžné kontrole dodržování kompetencí a informování podřízených sester o novelizacích v legislativě, které se jich týkají.

Diplomová práce přináší zmapování teoretických znalostí kompetencí sester se specializací SIP. I přes to, že jsou sestry v dostatečné míře informovány o svých kompetencích, k jejich překračování stále dochází. Byly vymezeny nejčastějších důvody, které sestry k překračování kompetencí vedly. S tím souvisí fakt, že 57 % sester je denně lékaři pověřováno úkoly, které jim nepřísluší. Z toho vyplývá, že je důležité identifikovat a odstranit faktory, které vedou sestry k překračování kompetencí, protože jedině tak je možné, aby došlo ke zlepšení situace.

SEZNAM ZDROJŮ

1. PLEVOVÁ, Ilona a kol., *Ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
2. BRUNÁTOVÁ, Nikola. *Jak se měnila role sestry od počátku 20. století po současnost*. Plzeň, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetřovatelství.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3224-4.
4. FARKAŠOVÁ Dana a kol., *Ošetřovatelství teorie*. 1. vyd. Osveta, Martin 2006. ISBN 80-8063-182-4.
5. KRAUSOVÁ, Kateřina. Historie českého ošetřovatelství do roku 1989, *Florence*. 2010, **6** (3), 11-13. ISSN 1801-464X.
6. HUBOVÁ, Vilma. Historie vzdělávání všeobecných sester, *Sestra*. 2012, **22** (2), 20-22. ISSN 1210-0404.
7. HERDMAN, Heather. *NANDA Ošetřovatelské diagnózy – Definice a klasifikace 2009-2011*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3423-1.
8. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, HUŠKOVÁ, Martina, MATOUŠOVIC, Karel. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0477-9.
9. IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-442-9.
10. BÁRTLOVÁ, Sylva, HAVELKOVÁ, Hana, JIČÍNSKÁ, Kateřina a kol., *Role sestry specialistky*, Brno, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 2 vyd. ISBN 978-80-7013-488-7.
11. VONDRÁČEK, Lubomír, WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.
12. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
13. Studijní obor. *Intenzivní péče*. [online]. Masarykova univerzita. ©1996-2014. [cit. 01. 01. 2014]. Dostupné z: http://www.muni.cz/study/fields/18143/graduates_employmen
14. Obecné informace. *V Oblastní nemocnici Kolín, a.s., probíhá „Specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v oboru Intenzivní péče – „Sestra*

- pro intenzivní péči*“. [online]. Oblastní nemocnice Kolín a.s., ©2010. [cit. 08. 01. 2014]. Dostupné z: <http://www.nemocnicekolin.cz/obecne-informace/>
15. Informace o akreditacích. *Specializační vzdělávání*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ©2010. [cit. 16. 01. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/specializacni-vzdelavani_1765_2999_3.html
 16. Všeobecná sestra – Intenzivní péče. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru INTENZIVNÍ PÉČE*. [online]. Fakultní nemocnice v Motole. © 2012. [cit. 03. 03. 2014]. Dostupné z: http://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/1/804/vs_-_intenzivni_pece.pdf
 17. Vzdělávací akce. *Specializační vzdělání v oboru Intenzivní péče*. [online]. Odbor vzdělávání VFN. ©2012 [cit. 18. 01. 2014]. Dostupné z: http://www.vzdelavani-vfn.cz/intenzivni_pece.html
 18. MÁLEK, Jiří a kol., *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. ISBN 978-80-247-3642-6.
 19. ŠEDÝ, Jiří. Historie vzniku ARO. *Statim – odborná příloha časopisu Infolisty*, 2014, (1), 2-5. ISSN 1803-1072.
 20. ČAPKOVÁ, Dagmar. *Profese sestry pro intenzivní péči z pohledu laické veřejnosti a všeobecných sester pracujících v podmínkách intenzivní péče*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství.
 21. PROCHÁZKOVÁ, Lenka. *Využití kompetenčních modelů při řízení lidských zdrojů*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Ekonomicko-správní fakulta. Katedra podnikového hospodářství.
 22. KURFÜRSTOVÁ, Lucie. *Kompetence sester na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a jednotkách intenzivní péče*. Zlín, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav ošetřovatelství.
 23. VETEŠKA, Jaroslav, TURECKIOVÁ, Michaela. *Kompetence ve vzdělávání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1770-8.
 24. ALEXANDER, Forbes, Margaret, RUNCIMAN, Phillis. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-392-9.
 25. ŠMÍDOVÁ, Alena. „Malá novela“ zákona č. 96/2004. [online]. Publikováno 13. 6. 2011. [cit. 18. 12. 2013]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/mala-novela-zakona-c-96-2004-sb-460336>.

26. ŠKUBOVÁ, Jarmila. *Zdravotníci nelékaři se obávají nového zákona*. [online]. Publikováno 22. 11. 2012. [cit. 11. 12. 2013]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/28510>
27. Nové vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. *Vzdělávací programy specializačního vzdělávání v oboru INTENZIVNÍ PÉČE*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ©2010. [cit. 18. 12. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/nove-vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky-dle-narizeni-vlady-c-sb_4225_941_3.html
28. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Vyhláška č. 55/2011*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 2011. [cit. 22. 12. 2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-ktou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasce-c-sb_4763_949_3.html
29. VONDRÁČEK, Lubomír, VONDRÁČEK, Jan. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2006, 1. vyd. ISBN 80-247-1919-3.
30. BÁRTLOVÁ, Sylva. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice, *Sestra*. 2007, **17** (3), 14-17. ISSN 1210-0404.
31. HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4032-4.
32. ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN – 80-7172-841-1.
33. KELLY, Patricia. *Nursing Leadership & Management*. 3. vyd. Delmar: Cengage Learning, 2011. ISBN 10-1- 11-30668-0.
34. MARQUIS, Bessie, HUSTON, Carol. *Leadership Roles and Management Functions in Nursing: Theory and Application*. 6. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. ISBN 13: 978-0-7817-7246-4.
35. GROHAR-MURRAY, Marry Ellen, DICROCE, Helen. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0267-3.
36. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol., *Sestry v nouzi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80- 247-3174-2.

37. KILÍKOVÁ, Mária, JAKUŠOVÁ, Viera. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-290-8.
38. MADAR, Jiří a kol., *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s. 2004. ISBN 80-247-0585-0.
39. VAVROUŠKOVÁ, Martina. Metody hodnocení manažerských kompetencí, *Sestra*. 2012, **22** (9), 31-32. ISSN 1210-0404.
40. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2009, 1. vyd. ISBN 978-80-247-2713-4.
41. KOTLÁROVÁ, Zuzana. *Kompetence všeobecných sester, zákon versus skutečnost*. Brno, 2008. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství.
42. TRAXMANDLOVÁ, Markéta. *Kompetence všeobecných sester v současnosti*. Plzeň, 2011. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Otázka číslo 1	60
Graf 2 Otázka číslo 2	61
Graf 3 Otázka číslo 3	62
Graf 4 Otázka číslo 4	63
Graf 5 Otázka číslo 5	64
Graf 6 Otázka číslo 6	65
Graf 7 Otázka číslo 7	66
Graf 8 Otázka číslo 8	67
Graf 9 Otázka číslo 9	68
Graf 10 Otázka číslo 10	69
Graf 11 Otázka číslo 11	70
Graf 12 Otázka číslo 12	71
Graf 13 Otázka číslo 13 a).....	72
Graf 14 Otázka číslo 13 b).....	73
Graf 15 Otázka číslo 14	74
Graf 16 Otázka číslo 15	75
Graf 17 Otázka číslo 16	76
Graf 18 Otázka číslo 17	77
Graf 19 Otázka číslo 18 a).....	78
Graf 20 Otázka číslo 18 b).....	79
Graf 21 Otázka číslo 19	80
Graf 22 Otázka číslo 20	81
Graf 23 Otázka číslo 21	82
Graf 24 Otázka číslo 22 a).....	83
Graf 25 Otázka číslo 22 b).....	84
Graf 26 Otázka číslo 23	85
Graf 27 Otázka číslo 24	86
Graf 28 Otázka číslo 25	87
Graf 29 Míra zastoupení jednotlivých odpovědí H 1	127
Graf 30 Míra zastoupení jednotlivých odpovědí H 2	128

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARIP – anesteziologie-resuscitace-intenzivní péče

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

č. - číslo

EU – Evropská unie

ICN - International Council of Nurses

JIP – jednotka intenzivní péče

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

Sb. – sbírky

SIP – specializační vzdělávání v intenzivní péči

VOŠ – vyšší odborná škola

WHO – World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Příloha 3: Návrh semináře pro všeobecné sestry a lékaře

Příloha 4: Graf znázorňující míru správně zodpovězených otázek vztahujících se k první hypotéze.

Příloha 5: Graf znázorňující míru správně zodpovězených otázek vztahujících se ke druhé hypotéze.

Příloha 6: Souhlasy s provedením výzkumu

Příloha 1 Dotazník

Vážené kolegyně.

Jsem studentkou magisterského studia na Fakultě zdravotnických studií v Plzni. Ráda bych prostřednictvím dotazníku shromáždila data do své diplomové práce, a proto Vás prosím o jeho vyplnění. Tento dotazník je určen pro všechny všeobecné sestry pracující na odděleních ARO a JIP. Dotazník je anonymní. Je zaměřen na znalosti sester ohledně jejich kompetencí. Vaše data budou použita pouze pro mou diplomovou práci s názvem Kompetence všeobecných sester na ARO a JIP. Vyplněním dotazníku berete toto na vědomí a souhlasíte se zpracováním těchto informací. Pokud není uvedeno jinak, označte prosím vždy jen jednu odpověď. V případě dotazů mě můžete kontaktovat prostřednictvím emailové adresy: t.behinova@seznam.cz.

Velice Vám děkuji za spolupráci a vyplnění dotazníku.

Bc. Tereza Behinová

1. Uved'te prosím oddělení, kde pracujete (stačí obecně – interna JIP...):

.....

2. Uved'te prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

3. Máte specializaci SIP (dříve ARIP) pro dospělé?

- a) ano
- b) ne

4. Co bylo pro Vaši praxi přínosnější, z hlediska získání znalostí o Vašich kompetencích?

- a) studium na vysoké škole
- b) specializační studium SIP
- c) nemohu posoudit

5. Kde konkrétně jste získal(a) znalosti o svých kompetencích (zde můžete označit více možností)?

- a) studiem příslušné vyhlášky
- b) školením na pracovišti
- c) na internetu
- d) při studiu na vysoké škole
- e) při specializačním studiu ARIP
- f) v pracovní náplni v pracovní smlouvě
- g) jinde

6. Studoval(a) jste si někdy Vyhlášku o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků?

- a) ano
- b) ne

7. Která vyhláška v současné době upravuje kompetence sester?

- a) vyhláška č. 55/2011 Sb.
- b) vyhláška č. 424/2004 Sb.
- c) vyhláška č. 401/2006 Sb

8. Ve kterém paragrafu příslušné vyhlášky jsou uvedeny kompetence sester pro intenzivní péči?

- a) § 64
- b) § 55
- c) § 39

9. Ve kterých dokumentech také můžete získat povědomí o svých kompetencích vzhledem k Vašemu pracovnímu zařazení?

- a) pracovní náplň v pracovní smlouvě
- b) pouze ve Sbírce předpisů České republiky

c) standard daného zdravotnického zařízení

10. Myslíte si, že víte, které výkony spadají a naopak nespádají do Vašich kompetencí?

a) ano

b) ne

11. Co děláte v případě, když máte pochybnosti, že daný úkol nespadá do Vašich kompetencí?

a) zeptám se nadřízeného pracovníka

b) vyhledám si příslušnou vyhlášku

c) raději vykonám úkol bez dalšího řešení

d) jiné

12. Myslíte si, že mají lékaři povědomí o kompetencích sester?

a) ano

b) ne

13. Máte pocit, že jste denně ze strany lékařů pověřován(a) úkony, o kterých víte, že nespádají do Vašich kompetencí?

a) ano

b) ne

V případě, že ano, uveďte prosím, čeho se úkony nejčastěji týkají:

a) administrativa

b) aplikace léků bez ordinace lékaře

c) aplikace transfuzního přípravku

d) jiné

14. Sestra se specializací SIP (ARIP pro dospělé) je oprávněna poskytovat péči pacientům starším kolika let?

a) starším 18 let

- b) starším 21 let
- c) starším 10 let

15. Smí sestra se specializací SIP zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci bez odborného dohledu a bez indikace lékaře?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

16. Smí sestra se specializací SIP provádět odsávání z dolních cest dýchacích bez odborného dohledu a bez indikace lékaře?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17. Které z následujících úkonů je sestra se specializací SIP povinna dělat pod odborným dohledem lékaře?

- a) provádět katetrizaci močového měchýře u mužů
- b) provádět extubaci tracheální kanyly
- c) provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami

18. Jste si vědom(a) toho, že jste někdy překročila své kompetence?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, uveďte prosím, v jaké oblasti:

- a) aplikace léků bez ordinace lékaře
- b) aplikace transfuzního přípravku bez dohledu lékaře
- c) informování pacienta o jeho zdravotním stavu
- d) administrativa
- e) jiné.....

19. Co, podle Vás, vede nejčastěji sestry k překročení kompetencí (možno označit max. 3 body)?

- a) neznalost kompetencí
- b) nedostatek zaměstnanců s potřebnou kvalifikací
- c) nedostatek času
- d) úkol je směřován od nadřízeného pracovníka
- e) nepřítomnost lékaře na oddělení
- f) potřeba rychlého vyřešení aktuální situace
- g) vědomí, že daný úkol bez problémů zvládnou
- h) nechci obtěžovat s tak „snadným“ výkonem lékaře
- i) jiné

20. Přináší Vám dodržování kompetencí pocit jistoty právní ochrany?

- a) ano
- b) ne

21. Co prioritně určuje Vaše kompetence?

- a) výše dosaženého vzdělání
- b) náplň pracovní smlouvy
- c) nevím
- d) jiné

22. Pokud dojde ke změnám v legislativě, býváte s těmito změnami obeznámeny?

- a) ano
- ne) ne

Pokud ano, uveďte prosím, kdo informace předává:

- a) informace předává staniční sestra
- b) informace předává vrchní sestra
- c) informace předává náměstek/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

d) informace jsou volně na oddělení k dispozici

e) jinak.....

23. Kdo provádí kontroly Vašich kompetencí?

a) staniční sestra

b) vrchní sestra

c) hlavní sestra

d) náměstek/náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

e) jiné

24. Jste o případné kontrole dodržování Vašich kompetencí předem informováni?

a) ano

b) ne

25. Býváte seznámeni s výsledky kontroly Vašich kompetencí?

a) ano

b) ne

Příloha 2 Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

55

VYHLÁŠKA

ze dne 1. března 2011

o činnostech zdravotnických pracovníků

a jiných odborných pracovníků

§ 54

Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí

Všeobecná sestra uvedená v § 55 až 67 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
2. sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení,
3. koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace,
4. hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,
5. provádět ošetrovatelský výzkum, zejména identifikovat oblasti výzkumné činnosti, realizovat výzkumnou činnost a vytvářet podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru,
6. připravovat standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
7. vést specializační vzdělávání v oboru své specializace;

b) na základě indikace lékaře

1. provádět přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázet je a asistovat během výkonů, sledovat je a ošetřovat po výkonu,
2. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

§ 55

Sestra pro intenzivní péči

(1) Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí.

Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu, hodnotit závažnost stavu,
2. zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,
3. pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
4. zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení; sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je;

b)

bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
2. provádět katetrizaci močového měchýře mužů,
3. zavádět gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí,

4. provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
5. vykonávat činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,
6. vykonávat činnosti v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči, včetně poučení o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků pacienta a jím určených osob,
7. vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,
8. vykonávat činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie,
9. provádět punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis;

c)

pod odborným dohledem lékaře

1. aplikovat transfuzní přípravky¹⁴) a přetlakové objemové náhrady,
2. provádět extubaci tracheální kanyly,
3. provádět externí kardiostimulaci.

(2) Sestra pro intenzivní péči v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle § 17. (28)

Příloha 3 Návrh semináře pro všeobecné sestry a lékaře

<p>„Výsledky výzkumu znalostí kompetencí všeobecných sester pracujících na odděleních intenzivní péče“ seminář pro sestry a lékaře z oddělení intenzivní péče</p>		
Název	Poznámky	Časová dotace
Zahájení semináře, uvítání účastníků		5 minut
Seznámení účastníků semináře s výsledky výzkumu		15 minut
Vyzdvihnutí výsledků stěžejních částí výzkumu:		
Míra znalostí kompetencí všeobecných sester pracujících na oddělení ARO a JIP: Shrnutí kompetencí všeobecných sester a sester se specializací SIP. Zdůraznit posluchačům nutnost, prostudovat si Vyhlášku o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.	Rozdat posluchačům studijní materiály obsahující příslušnou vyhlášku.	20 minut
Problematika překračování kompetencí: Zdůraznit sestram, z čeho vyplývají jejich kompetence. Jaké jim hrozí postihy při překračování kompetencí.		10 minut
Přestávka		10 minut
Oblasti překračování kompetencí: Upozornit na oblasti, kde nejčastěji dochází k překračování kompetencí. Vyzvat sestry k eliminaci těchto výkonů.		15 minut
Důvody překračování kompetencí: Vymezit nejčastější důvody vedoucí k překračování kompetencí. Apelovat na sestry, aby se vyvarovaly takovýchto činů.	Pokusit se najít prostředky k nápravě – zajištění přítomnosti lékaře na oddělení intenzivní péče 24 hodin denně.	20 minut
Znalost lékařů, ohledně kompetencí sester: Problematika delegování nepřislušných úkolů z lékařů na sestry. Zdůraznit lékařům nutnost nedelegovat na sestry úkony, které jim nepřísluší. Vymezit postihy lékařům pro případ, že se nadále budou těchto činů dopouštět.	Již v první části semináře, budou lékaři seznámeni s kompetencemi sester.	15 minut
Diskuze, brainstorming	Prostor pro vlastní názor na problematiku. Navržení řešení, která lze uplatnit v konkrétním zařízení.	15 minut

Cílová skupina: Všeobecné sestry pracující na odděleních ARO a JIP, lékaři pracující na odděleních ARO a JIP. Seminář je určen pro zdravotnická zařízení - Krajská zdravotní nemocnici Děčín a o Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa.

Časová dotace: 125 minut (včetně přestávky)

Cílem semináře bude seznámit posluchače s výsledky výzkumu. Upozornit na stěžejní oblasti výzkumu. Zdůraznit nutnost nastudování Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Upozornit na fakt, že kompetence určuje primárně pracovní náplň v pracovní smlouvě. Vymezit nejčastější oblasti, ve kterých dochází k překračování kompetencí. Uvést nejčastější důvody, které vedou sestry k překračování jejich kompetencí. Lékaři budou mít povědomí o kompetencích sester.

Výukové cíle:

- Posluchači znají své kompetence
- Posluchači znají výsledky výzkumu a jeho stěžejní oblasti
- Posluchači se zorientují ve vyhlášce určující jejich kompetence
- Posluchači ví, že jejich kompetence vycházejí z pracovní náplně v pracovní smlouvě.
- Posluchači znají nejčastější oblasti, ve kterých dochází k překračování kompetencí.
- Posluchači znají nejčastější důvody, které vedou sestry k překračování kompetencí.
- Lékaři mají povědomí o kompetencích sester.

Výukové metody:

- Výklad
- Uvedení praktických příkladů pro znázornění
- Diskuze

Výukové formy:

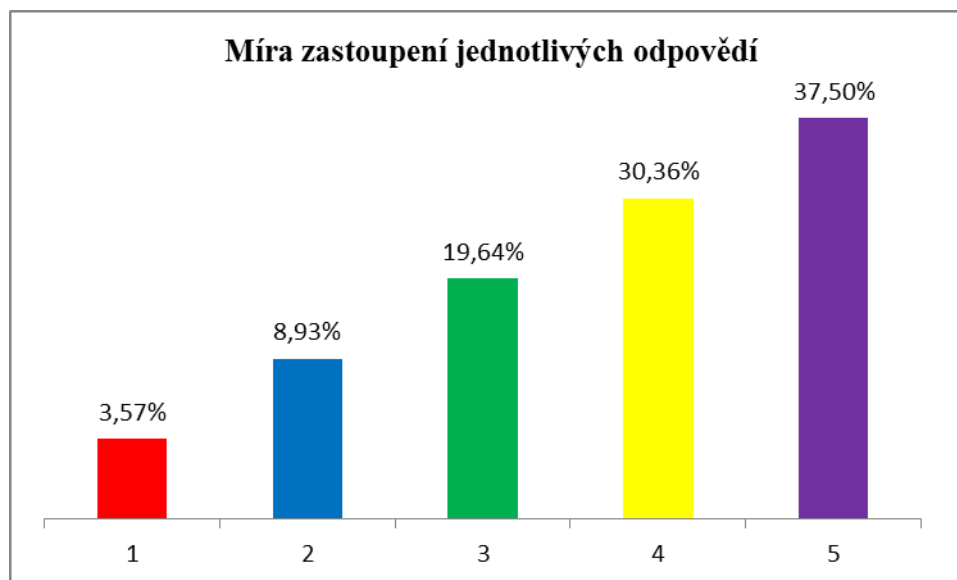
- Výuka frontální
- Seminární místnost
- Seminář

Didaktické pomůcky:

- Odborné materiály - Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- Poznámkový sešit
- Psací potřeby
- Hodnocení: Zpětná vazba

Příloha 4 Graf znázorňující míru správně zodpovězených otázek vztahujících se k první hypotéze.

Graf 29 Míra zastoupení jednotlivých odpovědí H 1



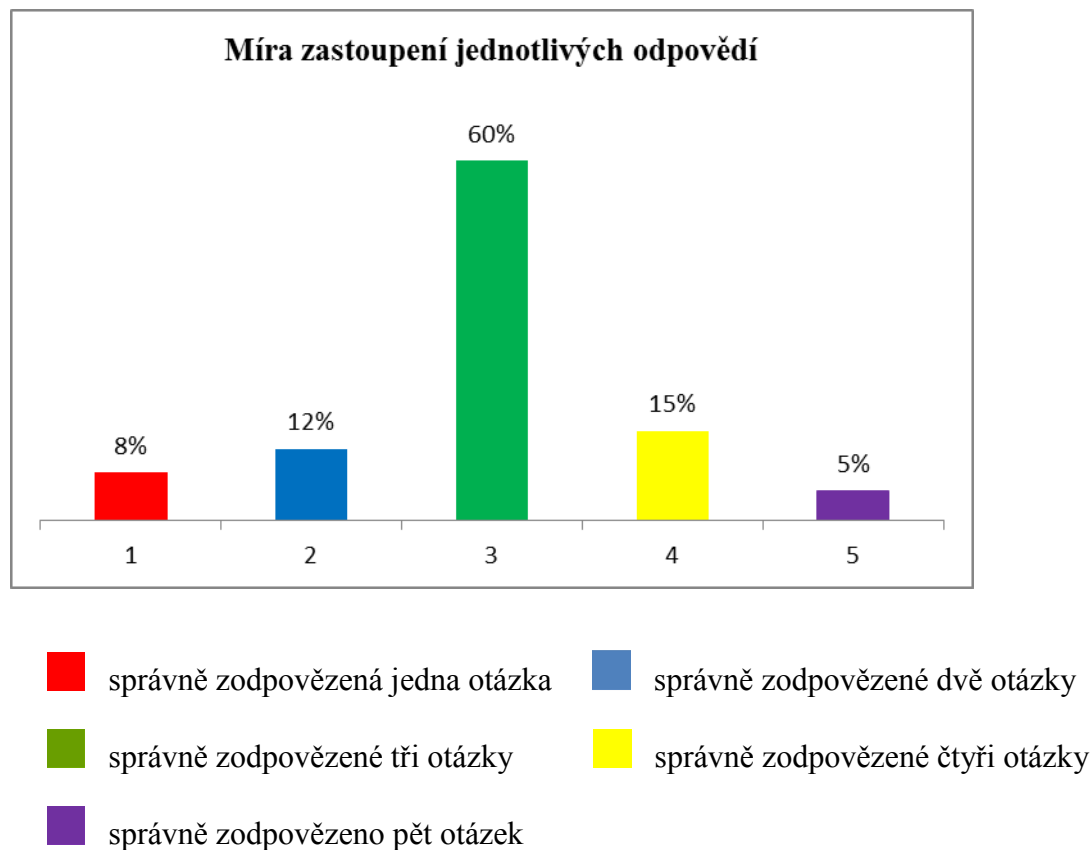
- správně zodpovězená jedna otázka
- správně zodpovězené dvě otázky
- správně zodpovězené tři otázky
- správně zodpovězené čtyři otázky
- správně zodpovězeno pět otázek

Zdroj: vlastní výzkum

Graf nám znázorňuje, kolik bylo správných odpovědí, z pěti požadovaných odpovědí, které byly brány jako znalost sester ohledně jejich kompetencí v první hypotéze. Z grafu je patrné, že jednu z pěti odpovědí znalo 3,57 % (tj. 2) respondentek. Dvě správné odpovědi uvedlo 8,93 % (tj. 5) sester, 19,64 % (tj. 11) respondentek správně zodpovědělo tři odpovědi a 30,36 % (tj. 17) respondentek zvládlo dobře odpovědět na čtyři otázky. Všech pět správných odpovědí zvolilo 37,50 % (tj. 21) sester se specializací SIP.

Příloha 5 Graf znázorňující míru správně zodpovězených otázek vztahujících se k druhé hypotéze.

Graf 30 Míra zastoupení jednotlivých odpovědí H 2



Zdroj: vlastní výzkum

Graf znázorňuje, v jaké míře byly zastoupeny správné odpovědi u druhé hypotézy. U druhé hypotézy bylo nutno zodpovědět správně minimálně 3 z 5 daných otázek. Z grafu je patrné, že jednu správnou odpověď znalo 8 % (tj. 9) respondentek, dvě správné odpovědi uvedlo 12 % (tj. 15) respondentek. 60 % (tj. 73) specialistek správně odpovědělo na tři otázky, 15 % (tj. 18) specialistek znalo 4 otázky a 5 % (tj. 7) respondentek znalo odpověď na všech pět otázek.

Příloha 6 Souhlasy s provedením výzkumu

Mgr. Barbora Mudrová

Hlavní sestra

Nemocnice Děčín, o.z.

V Děčíně dne 26.11.2013

Vážená paní magistro Mudrová.

Jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Píši diplomovou práci na téma „Kompetence všeobecných sester na odděleních ARO a JIP“.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o souhlas s výkonem výzkumného šetření v Nemocnici Děčín, o.z. Výzkumné šetření by probíhalo formou dotazníku, směřovaného na všeobecné sestry pracující na odděleních ARO a JIP. Dotazníkové šetření bych ráda uskutečnila v období prosince 2013 – ledna 2014.

Plánuji výzkumné šetření rovněž formou rozhovoru, a to s vrchní sestrou z oddělení chirurgie, vrchní sestrou z oddělení ARO a staničními sestrami z oddělení JIP.

Velice by mě potěšilo, pokud mi i Vy poskytnete krátký rozhovor.

Děkuji Vám.

Bc. Tereza Behinová

V Děčíně dne 28.11.2013

Vážená paní Bc. Behinová,

souhlasím s realizací výzkumného šetření v předloženém rozsahu.

Mgr. Barbora Mudrová, hlavní sestra

KZ, a.s. - Nemocnice Děčín, o.z.

Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Děčín, o.z.	11
U Nemocnice 1, 405 99 Děčín II IČ: 25488627, DIČ: CZ25488627 tel: 412 705 111, fax: 412 527 016	KZ

Bc. Blanka Hodinková, DiS.

Hlavní sestra

Nemocnice Česká Lípa

V Děčíně dne 3.12.2013

Vážená paní Hodinková.

Jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech. Píši diplomovou práci na téma „Kompetence všeobecných sester na odděleních ARO a JIP“.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o souhlas s výkonem výzkumného šetření v Nemocnici Česká Lípa. Výzkumné šetření by probíhalo formou dotazníku, směřovaného na všeobecné sestry pracující na odděleních ARO a JIP. Dotazníkové šetření bych ráda uskutečnila v období prosince 2013 – ledna 2014.

Plánuji výzkumné šetření rovněž formou rozhovoru, a to s vrchní sestrou z oddělení chirurgie, vrchní sestrou z oddělení ARO a staničními sestrami z oddělení JIP.

Velice by mě potěšilo, pokud mi i Vy poskytnete krátký rozhovor.

Děkuji Vám.

Bc. Tereza Behinová

V České Lípě dne 19.12.2013

Souhlasím s realizací výzkumného šetření v předloženém rozsahu.

Bc. Blanka Hodinková, DiS, hlavní sestra

Nemocnice Česká Lípa

Bc. Blanka Hodinková, DiS.
Hlavní sestra
Tel.: 487 954 005 mobil: 739 500 430
e-mail: blanka.hodinkova@nemcl.cz

