

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Martina Piškulová

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví N5345

Studijní obor: magisterský Intenzivní péče (MIP) 5345T024



Bc. Martina Piškulová

Kompetence sester na ARO

(Nursing Competencies in Critical Care)

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. et Mgr. Eva Prošková

Praha

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze

Souhlasím – ~~Nesouhlasím~~*

V Praze, 31. 3. 2010

Martina Piškulová

Poděkování:

Děkuji paní Mgr. et Mgr. Evě Proškové za odborné vedení, cenné připomínky a rady při vypracování této diplomové práce.

Děkuji všem bývalým i současným kolegyním a kolegům, kteří mi pomáhali s distribucí a sběrem dotazníků a v neposlední řadě těm, kteří dotazníky ochotně vyplnili.

Děkuji svojí rodině, především manželovi za trpělivost a podporu při studiu a pomoc při technickém zpracování diplomové práce.

V Praze, dne 31. 3. 2010

Identifikační záznam:

PIŠKULOVÁ, Martina. *Kompetence sester na ARO. [Nursing Competencies in Critical Care]*. Praha, 2010. 108 s., 3 přílohy, 69 tabulek. Diplomová práce (NMgr). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, ÚTPO. Vedoucí závěrečné práce Prošková, Eva.

Abstrakt v českém jazyce:

Diplomová práce je věnována problematice kompetencí sester pracujících na oddělení intenzivní medicíny. V teoretické části se zabývám kompetencemi stanovenými právními normami, systémem vzdělávání a získáváním kvalifikace pro výkon profese sestry. Snažím se zmapovat různé činitele ovlivňující rozsah jejich působnosti od regulace profese přes právní odpovědnost zdravotníků až po etickou stránku věci. Krátce se také dotýkám interpersonálních vztahů na pracovišti se zvláštním zaměřením na vztah sester a lékařů. Poslední kapitoly teoretické části se vztahují k některým konkrétním praktickým výkonům – jejich zakotvení v předpisech a jejich provádění ve skutečné praxi.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na analýzu průzkumu výše zmíněné problematiky. K získání dat jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu pomocí strukturovaného dotazníku. Snahou praktické části je zjistit rozpor či soulad mezi znalostmi kompetencí a praktickým výkonem práce sestry na ARO a odhalit důvody případného překračování sesterských kompetencí. A to z pohledu sester samotných i lékařů.

Klíčová slova:

Kompetence, sestra, výkon, ARO, vzdělání, kvalifikace, právní odpovědnost

Summary:

The Thesis submits the dilemmas of nursing competencies in critical care. In the theoretical Section the author concentrates first on nursing competencies given by legal regulation, secondly on education system, and lastly on gaining the nurse qualification. The author mapped various elements influencing the scope of powers of nurses, more precisely the regulation of their profession beginning at legal liability of medical staff and ending on their code of ethics. The author describes interpersonal relations at the workplace with focus on the relations between nurses and doctors. The last few chapters of the theoretical Section relate to some concrete nursing interventions – how they are provided and on their stipulation in law.

Practical Section hereof is focused on analyses of research regarding the above mentioned topic. The author used the quantitative method of research and structured questionnaire collecting data. Practical Section hereof aims to identify the grounds for the breach of or the compliance with the competencies of nurses in critical care. This Section finds the possible purposes why the competences are overranged from the point of view both of nurses and doctors.

Key Words:

Competences, Nurse, Outcome, Critical Care, Education, Qualification, Legal Liability

OBSAH

1 Úvod.....	7
2 Teoretická část	8
2.1 Kompetence.....	8
2.1.1 Charakteristika pojmů	8
2.1.2 Kompetence sester v ČR	8
2.1.3 Struktura kompetencí všeobecné sestry dle ICN	11
2.2 Vzdělání a kvalifikace sester.....	13
2.2.1 Kvalifikační studium	13
2.2.2 Specializační studium	14
2.2.3 Zvláštní odborná způsobilost	15
2.2.4 Celoživotní vzdělávání.....	16
2.2.5 Další podmínky výkonu zdravotnického povolání	17
2.2.6 Situace z pohledu Ministerstva zdravotnictví	17
2.3 Regulace profese sestry	19
2.4 Právní odpovědnost při výkonu sesterské profese	22
2.4.1 Trestněprávní odpovědnost	23
2.4.2 Občanskoprávní odpovědnost	25
2.4.3 Pracovněprávní odpovědnost	27
2.4.4 Správněprávní odpovědnost.....	28
2.5 Etika v práci sestry	30
2.5.1 Etika a faktory, které ji ovlivňují	30
2.5.2 Etické kodexy.....	31
2.6 Sestra versus lékař.....	33
2.7 Skutečná praxe	36
2.7.1 Podávání informací	36
2.7.2 Konkrétní odborné výkony	39
3 Praktická část	46
3.1 Cíle a pracovní hypotézy.....	46
3.1.1 Cíle práce:	46
3.1.2 Hypotézy:	46
3.2 Metodika	47
3.2.1 Sběr dat	47
3.3 Šetření	49
3.3.1 Charakteristika skupiny respondentů	49
3.4 Analýza výsledků	55
3.4.1 Dotazník pro sestry	55
3.4.2 Dotazník pro lékaře	81
3.5 Diskuze.....	95
4 Závěr	99
5 seznam použitých zkratk	101
6 Seznam literatury a pramenů.....	102
7 Seznam příloh a přílohy	107

1 ÚVOD

Laická i odborná veřejnost se dnes již bez výhrady shoduje na názoru, že práce, tedy výkon profese zdravotní sestry, je obtížná. Jak po stránce fyzické, tak i psychicky. Na specializovaných pracovištích intenzivní medicíny je to fakt nepochybný více než na odděleních jakékoli jiné zdravotnické péče. Práce sestry zde vyžaduje nejen specifické osobnostní kvality jako jsou schopnost nést velkou odpovědnost za svěřené pacienty, spolehlivost, psychická i emoční stabilita, ale i praktické dovednosti a s rozvojem medicíny a ošetrovatelství i čím dál hlubší odborné znalosti. Sestra disponuje velkými pravomocemi a to jí otevírá možnosti v uplatňování se v péči o nemocného v multidisciplinárním týmu. Nikdy však ve svých kompetencích nedosáhne na úroveň více vzdělaných, a pacienti tradičně s větší úctou a důvěrou přijímaných, lékařů. Často je neprávem odsouvána do pozadí a ze strachu či neznalosti svých kompetencí ochuzována o možnost většího profesního uplatnění.

Na druhé straně přibývá sester, které svým vzděláním nebo jen praktickými zkušenostmi mohou v některých situacích lékaře dokonce nahradit. Vycházím z vlastních zkušeností, když tvrdím, že mnoho sester pracujících na pracovištích anesteziologicko – resuscitační péče (dále jen ARO) již lékaře v mnohém zastupují. Ať už je to v souladu s danými předpisy či proti nim. Ať už je to s vědomím a souhlasem lékaře či bez nich. Mnohdy se tak děje jen na základě jakési zažitě tradice konkrétního oddělení nebo nedostatku právního vědomí na obou stranách.

Toto jsou však jen moje domněnky vzniklé na základě nedlouhých zkušeností při pobytu na těchto pracovištích. Proto si kladu otázky: Jak je vlastně regulována profese sestry? Jsou si sestry vědomy hranic, které určují rozsah jejich kompetencí? Znají sestry svá práva a povinnosti v této oblasti? Jsou ochotny se učit, případně podložit své praktické dovednosti náležitým teoretickým základem? Jak na jejich práci nahlíží nejbližší spolupracovníci – tedy lékaři? Cílem mé práce bude, alespoň částečně, zodpovědět tyto otázky.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Kompetence

2.1.1 Charakteristika pojmů

Kompetence znamená způsobilost nebo oprávnění. Je předpokladem úspěšného výkonu nějaké činnosti, práce nebo funkce. V našem případě jde o kompetence odborné (z hlediska personalistického) či kompetence jako svěřené pravomoci (z hlediska právního).¹ Sestra má oprávnění na základě své kvalifikace získané vzděláním vykonávat odborné činnosti spojené se zdravotnickou, v užším slova smyslu ošetrovatelskou, činností.

2.1.2 Kompetence sester v ČR

Všeobecná zdravotní sestra - Kompetencí všeobecné sestry při výkonu jejího povolání je tedy dle zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (dále jen „zákon o nelékařských zdravotnických povoláních“) „poskytování ošetrovatelské péče...a podílení se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.“² Z takto široké formulace však není možné konstatovat konkrétní činnosti, kterými má sestra povinnost se zabývat. Proto je její pracovní činnost více specifikována ještě dalšími předpisy. Především jde o vyhlášku číslo 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (dále jen „vyhláška o činnostech“), která již stanovuje konkrétní výkony, jež má sestra právo provádět. Lze také odvodit, že absence jiných odborných výkonů v tomto předpisu znamená, že konkrétní výkon není v kompetenci sestry. Podle ní všeobecná sestra „bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a

¹ *Kompetence* [online], poslední aktualizace 17. prosince 2009 18:43[cit. 20. 12. 2009], Wikipedie. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Kompetence>>

² Zákon č. 96/2004 Sb. § 5 odst. 2

specializovanou ošetrovatelskou péčí prostřednictvím ošetrovatelského procesu.³ Je zde samozřejmě rozlišeno, jaké výkony může provádět sestra pod odborným dohledem a sestra bez odborného dohledu. Vzhledem k problematice, kterou se zabývá tato práce, tedy oblast intenzivní a resuscitační péče, jde spíše o specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči a na tu se zaměřím. Stupně ošetrovatelské péče definuje také vyhláška o činnostech. Jednotlivými odbornými postupy, stejně jako podrobnějším rozbohem vyhlášky o činnostech, se budu zabývat podrobněji v následujících kapitolách. Budu se však věnovat pouze péči o dospělé pacienty. Práce pediatrické sestry by byla nad rámec této práce.

Podle zprávy z tiskové konference Ministerstva zdravotnictví ČR (dále jen MZ) zveřejněné na jeho webových stránkách v podobě letáku s názvem „Informace o realizaci stabilizačních opatření všeobecných sester“ dochází v současné době souvislosti s vývojem ošetrovatelské profese k revizi vyhlášky o činnostech. „Jsou zohledňovány některé specializované činnosti, které všeobecná sestra bude moci vykonávat bez odborného dohledu. Všeobecná sestra se stane, tak jak je běžné ve všech vyspělých zemích, nositelkou výkonu... je možné, aby sestra byla nositelkou až 250 výkonů.“⁴ Tímto chce MZ dosáhnout rozšíření kompetencí všeobecné sestry.

Sestra pro intenzivní péči - Vyhláška o činnostech specifikuje také kompetence sestry pro intenzivní péči.⁵ Jde o sestru se specializovanou způsobilostí. Její kompetence jsou tedy stejné jako u všeobecné sestry, navíc ovšem rozšířené o možnost péče o pacienty, kterým hrozí selhání základních životních funkcí, nebo se tak již děje.⁶ Sestra pro intenzivní péči „bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče, v oboru specializace.“⁷ Sestra specialista je způsobilá pečovat o dospělé pacienty a děti od 10 let věku.⁸ Poskytnout ošetření i dítěti mladšímu by mohla v případě krajní nouze.⁹ Péče o děti do 18 let s výjimkou

³ Vyhláška č.424/2004 Sb. § 4 odst. 1

⁴ Informace o realizaci stabilizačních opatření všeobecných sester [online]. [cit. 11. 12. 2009] Dostupné na WWW: <http://mzcr.cz>

⁵ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 48

⁶ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1

⁷ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 48

⁸ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1

⁹ Srov. zákon č. 40/1964 Sb. § 418 odst. 1 a zákon č. 40/2009 § 28 odst. 2

nedonošených dětí je vyhrazena dětské sestře se zaměřením na intenzivní péči v pediatrii.¹⁰ „Dětská sestra se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii vykonává... péči o novorozence a kojence, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí, včetně nedonošených dětí.“¹¹ Od 11. ledna 2010 je stanoven nový obor specializačního vzdělávání s názvem Intenzivní péče v pediatrii. Jelikož nařízení vlády¹², jež ho stanoví ještě není doplněno o konkrétní činnosti pracovníků, není zcela jasné, zda výše uvedené rozdělení kompetencí dětských sester bude nadále platit, nebo se změní.

Jak jsem již uvedla výše, dále se budu zabývat pouze problematikou péče o dospělé pacienty.

Zdravotnický záchranář je zdravotnickým pracovníkem, který je oprávněn pracovat na ARO. Vyhláška o činnostech neupravuje kompetence záchranářů na ARO, přestože již uplynuly téměř dva roky ode dne účinnosti novely příslušného zákona. Jeho role na ARO je tedy nejasná. Kompetence záchranáře v jiných oblastech zdravotnické péče nejsou tak široké, jako kompetence všeobecné sestry. Plně se však uplatňuje „v rámci specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu.“¹³ Zde jsou jeho kompetence shodné s kompetencemi všeobecné sestry – specialistky.

Konkrétní povinnosti zdravotnických pracovníků pracujících na specializovaných pracovištích určuje „pracovní náplň“, která se může v různých zařízeních lišit. V zásadě však není konkrétnější než ustanovení ve výše zmíněných předpisech.

¹⁰ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 51 odst. 5

¹¹ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 51 odst. 6

¹² Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí

¹³ Zákon č. 96/2004 § 18 odst. 3

2.1.3 Struktura kompetencí všeobecné sestry dle ICN

Mezinárodní rada sester (dále jen ICN), která zastřešuje profesní organizace sester v mnoha zemích světa, v rámci projektu specifikace kompetencí sestry v roce 2000 definovala odbornou způsobilost, ze které vycházejí kompetence zdravotní sestry jako „úroveň práce, v níž se projevuje účinné používání znalostí, dovedností a úsudku.“¹⁴

ICN vydala dokument „Struktura kompetencí všeobecné sestry“, který je určen pro jednotlivé národní organizace a země. Lze z něj vycházet při tvorbě národních pravidel tak, aby bylo možné dosáhnout mezinárodně srovnatelných kompetencí sestry ve všech zemích. Má sjednotit pohled na roli a povinnosti sestry, usnadnit volný pohyb sester do zahraničí, posílit jejich profesionální odpovědnost a upozornit na přínos práce sester v rámci multidisciplinárního týmu. „Struktury kompetencí proto mají široké využití v souvislosti s regulací profese, zajištěním kvality, revidováním systému vzdělávání, náborem a využíváním pracovních sil v ošetrovatelství.“¹⁵

Podle ICN mají kompetence všeobecné sestry odrážet tyto její vlastnosti: „znalosti, pochopení a úsudek, určitý rozsah dovedností – kognitivních, technických nebo psychomotorických a komunikačních, řadu osobních vlastností a postojů.“¹⁶ Praxe sestry má vycházet ze zákona: „Sestra pracuje v souladu s příslušnou legislativou...Dokáže rozpoznat porušení zákona v souvislosti s ošetrovatelskou praxí nebo kodexu profesionálního chování/kodexu praxe a jedná podle toho.“¹⁷ Vyjádření Rady sester se však nezaměřuje pouze na zákonem dané povinnosti, ale zdůrazňuje vedle něj také odpovědnost a etický rozměr práce sestry. Citují: „Sestra přijímá odpovědnost za vlastní profesionální úsudek a vlastní aktivity, dokáže

¹⁴ ALEXANDER, M. F. – RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*, str. 8

¹⁵ ALEXANDER, M. F. – RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*, str. 21 - 22

¹⁶ ALEXANDER, M. F. – RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*, str. 19

¹⁷ ALEXANDER, M. F. – RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*, str. 32

rozpoznat hranice vlastní role a vlastních kompetencí“. A dále: „Pracuje způsobem, který odpovídá Kodexu etického chování.“¹⁸

V tomto dokumentu je poukazováno na to, že zákony jednotlivých zemí, které definují kompetence sester jsou často překračovány a nejsou v souladu se skutečnou praxí.

¹⁸ ALEXANDER, M. F. – RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*, str. 32

2.2 Vzdělání a kvalifikace sester

Podle ustanovení zákona č. 20/1966 Sb. (dále jen „zákon o péči o zdraví lidu“) „mohou zdravotní péči provádět jen oprávnění zdravotničtí pracovníci.¹⁹“ Oprávnění pracovat na ARO má sestra pro intenzivní péči a zdravotnický záchranář a získávají ho na základě svého vzdělání absolvováním specializačního studia. Tím splní podmínky tzv. odborné způsobilosti. Tu si lze ještě prohlubovat a získávat zvláštní odbornou způsobilost. Také všeobecná sestra má oprávnění se podílet na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče, ovšem pouze pod odborným dohledem sestry se specializovanou způsobilostí.²⁰ Zdravotničtí pracovníci mají kromě získání kvalifikace na těchto úrovních ještě povinnost vzdělávat se po celý svůj profesní život.

Podmínky pro získání všech způsobilostí k výkonu zmíněných profesí stanovuje zákon o nelékařských povoláních.

2.2.1 Kvalifikační studium

Všeobecná sestra

Zmíněný zákon udává v § 5, že dnes je možné kvalifikaci všeobecné sestry získat absolvováním tříletého bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole. Profesi sestry mohou vykonávat také vysokoškolsky vzdělaní odborníci v oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetrovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy zahájených nejpozději v roce 2003/2004. V minulosti mohli toto oprávnění získat také absolventi dnes již zrušených oborů dětská sestra, sestra pro intenzivní péči či psychiatrii nebo porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách (dále jen VZŠ).²¹ Stejně tak se uznává kvalifikace absolventům obdobných

¹⁹ Zákon č. 20/1966 Sb. § 12 odst. 1

²⁰ Vyhláška č.424/2004 Sb. § 4 odst. 2

²¹ Zákon č. 96/2004 Sb. § 5 odst. 1 písm. a) – g)

oborů na středních zdravotnických školách (dále jen SZŠ) a oboru diplomovaná zdravotní sestra, které již také nefungují.

Stačí ale obory vychovávající „jen“ všeobecnou sestru svými osnovami a rozsahem a zaměřením praxe pro přípravu na práci na tak specializovaném pracovišti jako je ARO? Z logiky věci a osobních zkušeností sester vyplývá, že nikoli. Péče o nemocné v kritickém stavu, náročnost jednotlivých odborných výkonů, nutnost neustálé bdělosti personálu, práce se složitými technickými přístroji a další požadavky nutně vyžadují hlubší vědomosti a praktické dovednosti z oblasti akutní medicíny a tím vyvolávají požadavek na širší kompetence nelékařského personálu. Na ARO by tedy měla pracovat sestra, která je hlouběji vzdělaná v konkrétní problematice.

2.2.2 Specializační studium

Sestra pro intenzivní péči

Je to sestra se specializovanou způsobilostí, absolventka oboru specializačního vzdělávání v oblasti ošetrovatelské péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, která je odpovídajícím způsobem připravená k výkonu povolání na ARO.²² Na pracovištích intenzivní medicíny pracují často všeobecné sestry bez této specializace. Pokud nepracují pod odborným dohledem specialistky, překračují zákon.²³ Je častou praxí, že v případě všeobecných sester bez specializace, které absolvovaly vysokoškolské studium, zaměstnavatel doplnění specializace nepožaduje a zaměstnává sestru jako specialistku. Tím se také dopouští porušení předpisu. Pokud jde o zaměstnance bez specializace vzdělaného na VZŠ či jen SZŠ, je po něm zpravidla požadováno doplnění náležitého vzdělání. Obecně závazná povinnost k prohlubování kvalifikace je zakotvena v zákoníku práce a měla by platit i pro vysokoškolsky vzdělané sestry.²⁴ V takovém případě však není mnoho možností, jak požadavku zaměstnavatele dostát. Obor sestry pro intenzivní péči na VZŠ byl zrušen.

²² Vyhláška č. 462/2004 Sb. příloha

²³ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 2

²⁴ Zákon č. 262/2006 Sb., § 230 odst. 2

Vznikl obor vysokoškolského navazujícího magisterského studia,²⁵ který má však nesrovnatelně menší kapacitu studentů. Kromě formálního studia na vysoké škole pak zůstává další a poslední možností absolvování specializačního oboru na akreditovaném pracovišti (např. obor Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči v NCO NZO). Účast na takovémto vzdělávání se považuje za výkon práce a náklady platí zaměstnavatel. V případě finančně náročnější formy se zaměstnanec může na úhradě podílet.²⁶ Často je nutné uzavřít tzv. kvalifikační dohodu, jejíž součástí je závazek zaměstnance setrvat u zaměstnavatele po sjednanou dobu.²⁷ Domnívám se, že nutnost dlouhodobějšího závazku je pro mnoho sester nepřijatelná.

Zdravotnický záchranář

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních v § 18 stanovuje podmínky pro získání kvalifikace zdravotnického záchranáře. A to absolvováním bakalářského studia pro tento obor, nebo „nejméně tříletého studia v oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na VZŠ“. „Pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999“ mohl absolvent získat toto vzdělání také na SZŠ.²⁸

2.2.3 Zvláštní odborná způsobilost

Jde o získání oprávnění vykonávat úzce vymezené činnosti, které prohlubují získanou odbornou nebo specializovanou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, již však nemohou nahradit. Toto vzdělávání probíhá v tzv. certifikovaných kurzech, které jsou v kompetencích akreditovaného zařízení.²⁹ Výstupem je certifikát, který stanoví definované činnosti (např. katetrizace močového měchýře, zajištění průchodnosti dýchacích cest...), jež je absolvent oprávněn provádět a platí v celé ČR.

²⁵ Zákon č. 96/2004 Sb. § 56 odst. 7

²⁶ Zákon č. 262/2006 Sb. § 230 odst. 3 a 4

²⁷ Zákon č. 262/2006 Sb. § 234 odst. 1

²⁸ Zákon č. 96/2004 Sb. § 18 odst. 1

²⁹ Zákon č. 96/2004 Sb. § 61 odst. 1 a 2

2.2.4 Celoživotní vzdělávání

Požadavky na „kvalitu“ sestry jako kvalifikovaného zaměstnance kvalifikačním a specializačním studiem nekončí. Povinnost udržovat své znalosti a vědomosti v souladu s postupujícím vývojem v oblasti medicíny i ošetrovatelství, nutí sestry kontinuálně se vzdělávat. Je to povinnost všech zdravotnických pracovníků.³⁰ Celoživotním vzděláváním zdravotnických pracovníků je zaručena kvalita péče. Aby mohla sestra samostatně pracovat, musí mít registraci. Což v praxi znamená vlastnit osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu,³¹ jež na individuální žádost každé jednotlivé sestry vydává Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ) na omezenou dobu. Po skončení tohoto období musí sestra doložit určitým počtem kreditů svoje odborné praktické i teoretické aktivity a na jejich základě je jí registrace obnovena.³² Výkonem povolání pod odborným dohledem je míněn výkon činností v rozsahu, který určí zdravotnický pracovník poskytující dohled při stálé dostupnosti jeho rady a pomoci. „Atributy této dostupnosti však určeny nejsou, protože se mohou lišit podle charakteru péče (např. v logopedii si lze představit dostupnost na telefonu, kdežto u intenzivní péče je nutná stálá přítomnost na pracovišti). Dostupnost je tedy nutné určit podle rizika, které hrozí pacientovi. Za výkon povolání pod přímým vedením se pak považuje výkon činností při stálé přítomnosti a podle pokynů „samostatného“ zdravotnického pracovníka.“³³

Podle již výše zmiňovaného zákona o nelékařských povoláních získává vysokoškolsky vzdělaná sestra první osvědčení na základě žádosti již po absolvování školy. Stejná praxe se týká i absolventů VZŠ. Absolventi SZŠ však musí pracovat tři roky pod odborným dohledem zkušenějších kolegyň, aby mohly své povolání provádět samostatně.³⁴ Mezi jednotlivé formy celoživotního vzdělávání, kterými si nelékaři prohlubují svou kvalifikaci, patří například: specializační vzdělávání, certifikované a inovační kurzy, odborné stáže, semináře a školicí akce absolvované

³⁰ Zákon č. 96/2004 Sb. § 53 odst. 2

³¹ Zákon č. 96/2004 Sb. § 66

³² Zákon č. 96/2004 Sb. § 54 odst. 8

³³ PROŠKOVÁ, E. *Analýza práce nelékařských zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství v systému zdravotní péče pro účely optimalizace jejich kompetencí a struktury*, str. 17

³⁴ Zákon č. 96/2004 Sb. § 5 odst. 2

v různých akreditovaných zařízeních, dále účast na konferencích, kongresech a sympoziích a publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost.³⁵

2.2.5 Další podmínky výkonu zdravotnického povolání

„Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních“ však kromě povinnosti odborného vzdělání stanoví ještě další podmínky. Těmi jsou zdravotní způsobilost a bezúhonnost.³⁶ Bezúhonnost se podle zákona prokazuje výpisem z rejstříku trestů. „Žadatel o zaměstnání musí splňovat všechny tři právním předpisem stanovené podmínky. Tento požadavek není diskriminační. Splnění uvedených požadavků zajišťuje kvalitu poskytované zdravotní péče, která je pacientům garantována. Požadavek na zdravotní způsobilost navíc působí preventivně při ochraně zdraví zaměstnanců.“³⁷

2.2.6 Situace z pohledu Ministerstva zdravotnictví

Složitost a nepřehlednost spolu s demotivujícími pracovními podmínkami odrazuje velkou část absolventů odborného studia od výkonu profese v oboru. To je také příčinou stále rostoucího nedostatku sester na všech pracovištích a potažmo nedostatku kvalifikovaného personálu na specializovaných ARO. Návrh zákona z dubna roku 2009 by měl změnit současný systém vzdělávání zdravotních sester, poněvadž je dle slov náměstkyně MZ pro zdravotní péči duplicitní.³⁸ V příslibu MZ z tiskové zprávy z 24. 4. 2009 se uvádí, že „probíhá revize vzdělávacích programů s cílem zkrátit délku specializačního vzdělávání, zohlednit současné vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělávání a zvýšit kompetence sester.“³⁹

³⁵ Zákon č. 96/2004 Sb. § 54 odst. 1 a 2

³⁶ Zákon č. 96/2004 Sb. § 3 odst. 1

³⁷ VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*, str. 61

³⁸ PAVLÍKOVÁ, O. Studium zdravotních sester se má zjednodušit. *Zdravotnické noviny*, roč. 58, č. 24, 2009, s. 30

³⁹ HELLEROVÁ, M. [online]. Zpráva z tiskové konference ke zdravotním sestřím 24. 4. 2009. [cit. 29. 11. 2009] Dostupné na WWW: <http://mzcr.cz>

V okamžiku dokončení této diplomové práce však ještě nebyly výše zmíněné návrhy MZ schváleny.

2.3 Regulace profese sestry

Pojmem „regulace“ (z lat. regula, pravidlo) jsou míněny řídicí či usměrňující činnosti a procesy.⁴⁰ Regulace ošetrovatelské profese v sobě konkrétně zahrnuje vymezení rámce pro přípravu a vzdělávání, pro ošetrovatelskou praxi a pro etické i pracovní standardy, jimiž je vyjádřena zodpovědnost příslušníků profese vůči veřejnosti a vůči sobě navzájem. Účelem regulace tedy je zajištění správné ošetrovatelské péče a ochrana veřejnosti, podpora rozvoje profese, dosažení odpovědnosti a odpovídajícího statusu sester včetně jejich ekonomického zajištění.⁴¹

Regulace je zajištěna čtyřmi mechanismy:

1) Základním nástrojem regulace je stanovování a vymáhání obecně závazných pravidel v nejširším slova smyslu, reprezentované příslušnými orgány veřejné moci. Míněny jsou veškeré důležité regulatorní činnosti státního sektoru, jenž bude pro zjednodušení dále označován jen jako „vládní sektor“ (byť do tohoto regulatorního mechanismu spadá i legislativa, na úrovni předpisů nejvyšší právní síly vykonávaná Parlamentem České republiky a teprve na úrovni podzákoných předpisů vykonávaná vrcholnými správními úřady, především Ministerstvem zdravotnictví).

Vládní sektor zajišťuje regulaci, jejímž cílem je ochrana veřejnosti a primárním nástrojem k dosahování cíle je tvorba právních předpisů. Tou definuje rámec sesterské praxe, stanoví normy pro vzdělávání, přehled způsobilosti ke konkrétním výkonům, odpovědnost, pracovní podmínky apod. Sekundárním úkolem vládního sektoru je ochrana práva profese na titul, na výkon praxe a na odměnu za práci. Vláda by dále měla být zodpovědná za zaručení přístupu ošetrovatelské profese k tvorbě zdravotní politiky (vytvoření ošetrovatelských rad, výborů a komisí, statutárního regulačního orgánu).⁴² Při tvorbě všech dokumentů je třeba dbát, aby byly dostatečně široké a poskytly flexibilitu ošetrujícímu personálu. Ale zároveň by měly být tak specifické a konkrétní, aby sloužily jako směrnice popisující úkoly a

⁴⁰ *Regulace*[online], poslední aktualizace 28. ledna 2010 06:27[cit. 28. 1. 2010], Wikipedie. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Regulace>>

⁴¹ MÁDLOVÁ, I. [online]. Regulace ošetrovatelské profese. [cit. 20. 11. 2009] Dostupné na WWW: <http://mpece.com>

⁴² MASTILÍÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl Systémový přístup*, s. 62 – 64

funkce sestry. Široké definice usnadňují změny role sestry, napomáhají k větší shodě právních aspektů se skutečnou praxí. To umožňuje sestřám rozšiřovat své kompetence a přitom je chrání před obviněním, že svou činností překročily zákon.⁴³

Mezi mechanismy regulačního systému prostřednictvím vládního sektoru patří také registrace (kontrola vstupu do odvětví, osvědčení předepsaných kvalifikačních požadavků). V ČR je tento akt nazýván jako vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání a je vymezen „zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních“. Příslušným správním úřadem pro vydání osvědčení je Ministerstvo zdravotnictví.

2) Druhým možným instrumentem je samoregulace prostřednictvím profesní organizace, která v našich podmínkách může vytvářet doporučující pravidla a reprezentovat zájmy svých pracovníků (uplatňovat vliv) ve výše zmíněných radách spolurozhodujících o legislativě.⁴⁴ Regulativní či alespoň komparativní význam ve vztahu k ošetrovatelské profesi mají i doporučující pravidla významných nadnárodních či zahraničních institucí a organizací, jako je např. ICN.⁴⁵ (Zde je ovšem nutno odlišit nezávazný, víceméně doporučující charakter činnosti nevládních mezinárodních profesních organizací od právně závazných mezinárodněprávních či komunitárních regulací v rámci WHO a Evropské unie, tedy entit disponujících veřejnou mocí přenesenou z úrovně členských států a spadajících logicky již do vládního sektoru – viz předchozí odstavec).

3) Dalším významným mechanismem, který má důležitou úlohu v regulaci prostředí, je činnost zaměstnavatelů / zdravotnických zařízení. Udávají požadavky pro přijetí zaměstnanců, určují jejich náplň práce, vytvářejí jim pracovní podmínky a umožňují kariérní postup.⁴⁶

4) Usměrnujícím mechanismem je podle Mastiliákové individuální autoregulace příslušníků profese. Regulační funkce jednotlivců spočívá v tom, že

⁴³ MÁDLOVÁ, I. [online]. Regulace ošetrovatelské profese. [cit. 20. 11. 2009] Dostupné na WWW: <http://mpece.com>

⁴⁴ MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl Systémový přístup*, s. 62 – 64

⁴⁵ MÁDLOVÁ, I. [online]. Regulace ošetrovatelské profese. [cit. 20. 11. 2009] Dostupné na WWW: <http://mpece.com>

⁴⁶ MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl Systémový přístup*, s. 62 – 64

svoji praktickou činnost vykonávají v souladu s přijatými standardy, kodexem a etikou a že usilují o prohlubování vlastní kvalifikace a kompetencí.⁴⁷

V odborných kruzích jsou všeobecně akceptovány následující cíle regulace:

- definovat profesi a její členy
- určit rozsah praxe (působnosti)
- stanovit standardy profesního vzdělání
- stanovit etické standardy
- stanovit standardy profesní způsobilosti (kompetence)
- vytvořit systémy odpovědnosti (právní normy)
- vytvořit pověřovací postupy⁴⁸

⁴⁷ MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl Systémový přístup*, s. 62 – 64

⁴⁸ MÁDLOVÁ, I. [online]. Regulace ošetrovatelské profese. [cit. 20. 11. 2009] Dostupné na WWW: <http://mpece.com>

2.4 Právní odpovědnost při výkonu sesterské profese

Rozsahem svých kompetencí se sestra stává při výkonu svého povolání potenciálním nositelem zvýšené právní odpovědnosti. Proto by měla znát práva a povinnosti svoje i všech ostatních osob podílejících se na zdravotní péči, včetně pacientů.

Odpovědnost v obecném smyslu je definována jako nutnost nést následky vlastního chování a jednání. Odpovědností právní se rozumí povinnost strpět následky stanovené právními normami v důsledku porušení práva (obecně závazného právního předpisu, vnitřního předpisu, smluvně převzatého závazku, právních zvyklostí, apod.).⁴⁹

Podmínkou nástupu právní odpovědnosti je naplnění základních předpokladů:

1) Došlo k jednání či opomenutí, které je protiprávní, tzn. v rozporu s povinnostmi zdravotnického pracovníka.

2) V důsledku zmiňovaného jednání byl navozen škodlivý následek, tzn. byly zasaženy nebo ohroženy zákonem chráněné hodnoty (život, zdraví, majetek, atd.).

3) Mezi protiprávním jednáním a škodlivým následkem je vztah bezprostřední příčinné souvislosti (bez daného jednání by škodlivý následek nenastal).

4) V případech odpovědnosti za zavinění (na rozdíl od zvláštních případů odpovědnosti objektivní) navíc přistupuje i prvek psychického vztahu rušitele k vlastnímu protiprávnímu jednání a způsobenému následku (lze rozlišit úmyslné a nedbalostní formy zavinění).⁵⁰

Zdravotnický pracovník je při své činnosti vázán nejen obecně závaznými právními předpisy (na úrovni zákonných a podzákonných norem), vnitřními předpisy zaměstnavatele (pracovní řád, organizační řád pracoviště, apod.) a smluvně převzatými závazky (pracovní smlouva a její doložky), ale i odbornými poznatky a uznávanými postupy v rámci lékařské vědy (jejichž souhrn je označován jako tzv. *lex*

⁴⁹ BOGUSZAK, J. – ČAPEK, J. *Teorie práva*, str. 146 a násl.

⁵⁰ STOLÍNOVÁ, J. – MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*, str. 24

artis). Neznalost v tomto směru je kvalifikována jako nedbalost. Zdravotnický pracovník je do značné míry zavázán rovněž disciplinárními pokyny v rámci služební subordínace (pokyny ošetřujícího lékaře zdravotnickému pracovníkovi v nelékařské profesi, apod.). Dle obvyklého výkladu „...za protiprávní jednání lze považovat i nedodržení postupu daného medicínským doporučením, nedodržení platných standardů nebo postupů *lege artis*, neuposlechnutí příkazu nadřízeného.⁵¹“ Současně ovšem skutečnost, že bylo postupováno *lege artis*, nemusí sama o sobě znamenat, že se tak děje v mezích práva. Definice pojmu *lex artis* přísluší medicíně, přičemž teoreticky může vzniknout situace, kdy názor lékařské vědy nebude dostatečně splňovat požadavky kladené právem.⁵²

Právní prostředí, v němž se zdravotnický pracovník pohybuje, a hrozící právní odpovědnost jsou tedy značně komplikované. Pro lepší přehlednost bude proto vhodné dále klasifikovat jednotlivé podskupiny právní odpovědnosti. Podle právního odvětví, velikosti a závažnosti následků protiprávního jednání a ještě dalších skutečností se rozlišuje: trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní a správněprávní odpovědnost.⁵³

2.4.1 Trestněprávní odpovědnost

Dle trestního zákona (dále jen „TZ“) je trestněprávně odpovědná pouze fyzická osoba, konkrétní zdravotnický pracovník.⁵⁴ (Tomuto druhu odpovědnosti tedy nepodléhá samotná instituce zdravotnického zařízení, jakožto právnická osoba; odpovědnost však může nastupovat u osob jednajících v konkrétním případě jménem takové právnické osoby).

⁵¹ VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*, str. 24

⁵² DOSTÁL, O. [online] Jak poučit pacienta: Teoretická východiska [cit. 11. 2. 2010], In: Juristic. Právo a medicína. Dostupné z WWW: <<http://medico.juristic.cz/164451>>

⁵³ VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*, str. 13

⁵⁴ Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění

V souvislosti s výkonem povolání sestry hrozí, že se svým jednáním může dopustit následujících typických trestných činů:

- usmrcení z nedbalosti - § 143 odst. 1 a 2 TZ,
- ublížení na zdraví z nedbalosti s následkem těžké újmy na zdraví - § 147 odst. 1 a 2 TZ (např. záměna podaného léku)
- ublížení na zdraví z nedbalosti - § 148 odst. 1 TZ (např. špatně aplikovaná injekce i. m. či infuze i. v.)
- neoprávněné nakládání s osobními údaji - § 180 odst. 1 a 2 TZ (např. poskytnutí zdravotnické dokumentace pacienta neoprávněné osobě)

Je-li újma na zdraví či smrt způsobená z nedbalosti spojena např. s neposkytnutím pomoci, je na ni pohlíženo přísněji, než když pracoval zdravotník podle svého nejlepšího vědomí a svědomí a přesto došlo k chybě.

„Povinností orgánů policie a státního zastupitelství je trestně stíhat pachatele trestných činů, a to i tehdy, když na ně nebylo podáno žádné trestní oznámení.⁵⁵“ V dnešní době se stává stále častěji, že nespokojený pacient (či jeho příbuzní) trestní oznámení na zdravotnického pracovníka podají. V trestním řízení nese důkazní břemeno strana obžaloby (reprezentovaná v přípravném řízení policejním orgánem, v řízení před soudem pak státním zástupcem) - musí obžalovanému jeho vinu dokázat.⁵⁶

Sankce podle trestního zákona:

Sazby hrozících trestů odnětí svobody v základních skutkových podstatách u žádného ze jmenovaných trestných činů nepřekračují rozmezí do tří let. Ovšem v případě kvalifikovaných skutkových podstat, jichž se vzhledem ke svému postavení (porušením důležité povinnosti v souvislosti s výkonem povolání) mohou dopouštět zdravotničtí pracovníci, reálně hrozí trestní sazby až 4 let odnětí svobody, resp. u zabití až 6 let. Vedle trestu odnětí svobody lze za podmínek ustanovení § 53 TZ ukládat i jiné druhy trestů, jako je zákaz činnosti, peněžitý trest, domácí vězení, obecně prospěšné práce, atd.

⁵⁵ STOLÍNOVÁ, J. – MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*, str. 28

⁵⁶ Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), v platném znění

Z hlediska použitelných liberačních důvodů je (vedle dalších existujících) v případě zkoumání odpovědnosti zdravotnického pracovníka významné zvážit následující okolnosti vylučující protiprávnost činu:

- Dle § 30 TZ trestný čin nespáchá, kdo jedná na základě svolení poškozeného (pacienta) k lékařským zákrokům, jsou-li tyto v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe. Svolení musí být dáno předem nebo nejpozději současně se zákrokem zdravotníka, dobrovolně, určitě, vážně a srozumitelně.
- Dále dle § 31 TZ je akceptováno přípustné riziko, jestliže ovšem zdravotníková činnost neohrozí život nebo zdraví člověka, aniž by jím byl dán k ní v souladu s jiným právním předpisem souhlas, nebo výsledek, k němuž směřuje, zcela zřejmě neodpovídá míře rizika, anebo provádění této činnosti zřejmě odporuje požadavkům jiného právního předpisu, veřejnému zájmu, zásadám lidskosti nebo se přiči dobrým mravům.⁵⁷

2.4.2 Občanskoprávní odpovědnost

Občanskoprávní odpovědnost sestry vyplývá z obecné právní úpravy dle občanského zákoníku (dále jen „OZ“).⁵⁸

Při výkonu profese sestry ve zdravotnickém zařízení nese toto zdravotnické zařízení odpovědnost za škody, jež sestra způsobí v souvislosti s jeho činností.⁵⁹ Zdravotnický pracovník (sestra) sám za škody takto způsobené nenese odpovědnost přímo vůči poškozenému (pacientovi), odpovídá však sekundárně vůči svému zaměstnavateli (zdravotnickému zařízení) v rámci postihů dle pracovněprávních předpisů (viz níže, přičemž konkrétní výše takových postihů dle pracovněprávních předpisů je za určitých okolností přímo odvislá od občanskoprávních náhrad hrazených zdravotnickým zařízením poškozenému).

⁵⁷ Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), v platném znění

⁵⁸ Zákon č. 40/1964 Sb. § 420 a násl.

⁵⁹ Zákon č. 40/1964 Sb. § 420 odst. 2

Je nutno si uvědomit, že škoda může vzniknout nejen na majetkových hodnotách (jejich ztrátou, poškozením, znehodnocením, zničením, znemožněním dosažení reálně očekávatelného zisku), ale – což je daleko závažnější - i na zdraví či na životě. Způsobené újmy se nahrazují uvedením do původního bezvadného stavu nebo poskytnutím tzv. relutární (peněžní) satisfakce. Při škodě na zdraví se poskytují

- a) jednak jednorázové odškodnění dle § 444 OZ (bolestné a náhrada za ztížení společenského uplatnění dle vyhláškových sazeb, v krajním případě náhrada pozůstalým za usmrcení pacienta dle zákonných sazeb),
- b) jednak pravidelně se opakující renty (důchody) nahrazující výpadek příjmů (výdělku) poškozeného pacienta za období pracovní neschopnosti (dle § 445 a § 446 OZ), jakož i za období po skončení pracovní neschopnosti nebo při invaliditě (rozdílové částky dle § 445 a § 447 OZ) v důsledku skutečnosti, že postižený pacient není schopen dále vykonávat své povolání a tím získávat plat či mzdu v původní výši,⁶⁰ v případě usmrcení se formou renty nahrazují náklady na výživu pozůstalých (dle § 448 OZ).

V souhrnu lze konstatovat, že vzhledem k povaze zdravotnických činností je charakteristický vznik velmi závažných škod, často s následnými dlouhodobými finančními nároky vůči odpovídajícímu zdravotnickému zařízení.

Odpovědnostní nároky uplatnitelné ze strany poškozeného vůči zdravotnickému zařízení jsou zásadně vázány na prokázané zavinění zdravotnickými pracovníky, přičemž důkazní břemeno nese poškozený (jakožto eventuelní žalobce).

Ovšem za zvláštní odpovědnostní případy, je nutno pokládat například škody způsobené okolnostmi majícími původ v povaze používaných přístrojů⁶¹ nebo škody na odložených věcech.⁶² Ve vyjmenovaných situacích jde o tzv. odpovědnost objektivní, nastupující bez ohledu na zavinění, jíž se lze ve skutečnosti jen zřídka zprostit. Na rozdíl od obecně platného pravidla nese v případech objektivní odpovědnosti důkazní břemeno ohledně svého vyvinění žalované zdravotnické

⁶⁰ STOLÍNOVÁ, J. – MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*, str. 82

⁶¹ Zákon č. 40/1964 Sb. § 421a

⁶² Zákon č. 40/1964 Sb. § 433

zařízení.⁶³ (Zde uvedené příklady objektivní odpovědnosti jsou typické pro zdravotnická zařízení).

2.4.3 Pracovněprávní odpovědnost

Základním předpisem, který upravuje tuto odpovědnost, je zákoník práce (dále jen jako „ZP“).⁶⁴

Sestra zaměstnaná v pracovním poměru odpovídá svému zaměstnavateli za škodu, kterou mu způsobí zaviněným porušením povinností při plnění pracovních úkolů. Hlavní obecnou povinností v tomto ohledu je plnit dobře roli zaměstnance. Má mimo jiné odvádět svědomitě kvalitní práci, dobře hospodařit se svěřenými prostředky, dodržovat dané zásady a pokyny svých nadřízených. Sestra v pozici vedoucího pracovníka by pak měla správně organizovat a řídit práci svých podřízených, zajišťovat odpovídající pracovní podmínky a samozřejmě dodržovat dané předpisy.⁶⁵

Zaměstnanec, který vlastní vinou způsobil škodu, je povinen nahradit zaměstnavateli skutečnou škodu (dle vlastní volby) uvedením v předešlý bezvadný stav nebo ve formě peněžní náhrady.⁶⁶ Výše požadované náhrady škody způsobené z nedbalosti nesmí přesáhnout u jednotlivého zaměstnance částku rovnající se čtyřapůlnásobku jeho průměrného měsíčního výdělku před porušením povinnosti, kterým způsobil škodu. (Toto zastropování ale neplatí, byla-li škoda zaměstnancem způsobena úmyslně, v opilosti, nebo po zneužití jiných návykových látek). Podíleli-li se na vzniku škody také jiní pracovníci téhož zaměstnavatele, hradí každý zaměstnanec jen poměrnou část škody podle míry svého zavinění.

V návaznosti na předchozí podkapitolu (o občanskoprávní odpovědnosti za škody způsobené v rámci činnosti zdravotnického zařízení poškozeným pacientům) nutno pro úplnost konstatovat, že reparable škodou vzniklou na straně zaměstnavatele jsou i zaměstnavatelem (zdravotnickým zařízením) vyplácené

⁶³ STOLÍNOVÁ, J. – MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*, str. 29

⁶⁴ Zákon č. 262/2006 Sb. § 250 a násl.

⁶⁵ Srov. VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*, str. 18 -19, viz. též nově dle zákona č. 262/2006 Sb. §103 a násl.

⁶⁶ Zákon č. 262/2006 Sb. § 257

náhrady, za něž sice zaměstnavatel samostatně odpovídá vůči pacientům v rámci občanskoprávní odpovědnosti, přičemž ale současně zaměstnavateli vzniká regresní nárok na reparaci takto vynaložených prostředků v rámci pracovněprávní odpovědnosti zaměstnance (zdravotnického pracovníka), který svým zaviněným jednáním škodu způsobil. Regresní náhradový nárok zaměstnavatele vůči zaměstnanci v případě typické nedbalostní škody je zastropován (ve výše uvedeném režimu) čtyřapůlnásobkem průměrného výdělku, naproti tomu u škod způsobených úmyslně, v opilosti nebo po zneužití návykových látek je zaměstnanec povinován náhradou škody v plné výši (ovšem důkazní břemeno ohledně úmyslného zavinění leží na zaměstnavateli).

Krajní sankcí za opakované porušování pracovní kázně či neuspokojivé pracovní výsledky je výpověď z pracovního poměru daná zaměstnavatelem dle § 52 ZP (resp. okamžité zrušení pracovního poměru v případě zvláště hrubého porušení pracovních povinností, nelze-li od zaměstnavatele spravedlivě požadovat další zaměstnávání pracovníka).⁶⁷ Případným mírnějším trestem může být odnětí osobního ohodnocení či jiné omezení finančního příjmu.⁶⁸

2.4.4 Správněprávní odpovědnost

Správněprávní odpovědnost je odpovědnost za porušení právních norem spadajících do oblasti správního práva. Zabývá se různými druhy deliktů. V souvislosti s prací zdravotnických pracovníků se nejčastěji jedná o specifický druh deliktu – přestupek. Přestupkem se rozumí zaviněné jednání, které porušuje nebo ohrožuje zájem společnosti, přičemž nejde o trestný čin, protože stupeň jeho společenské nebezpečnosti nedosahuje tak vysoké intenzity. Jde například o nedodržování hygienických předpisů nebo předpisů o zacházení s látkami omamnými, psychotropními a látkami škodlivými zdraví.⁶⁹

⁶⁷ Srov. STOLÍNOVÁ, J. – MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*, str. 31 a zákon č. 262/2006 Sb. § 55

⁶⁸ Zákon č. 262/2006 Sb. § 131

⁶⁹ VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*, str. 20

Do odvětví správního práva lze zahrnout rovněž disciplinární odpovědnost členů některých samosprávných profesních stavovských organizací, to však pouze v případech, kdy je příslušná stavovská organizace ze zákona nadána přeneseným výkonem veřejné moci (děje se tak např. v případě České lékařské komory, zřízené zvláštním zákonem⁷⁰). Naproti tomu v případě České asociace sester, tedy spolkového subjektu (občanského sdružení) s dobrovolným členstvím patrně vůbec nepřipadá v úvahu ukládání kárných opatření za disciplinární delikty spočívající v porušení stavovských předpisů (jakkoliv někteří autoři soudí odlišně⁷¹).

⁷⁰ Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, v platném znění.

⁷¹ VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*, str. 21

2.5 Etika v práci sestry

2.5.1 Etika a faktory, které ji ovlivňují

„Ošetrovatelskou etiku je možno definovat jako teorii o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání. Etika uvedená do praxe je pak nazývána morálkou. Morálka v ošetrovatelství je to, co se dotýká dobra a prospěchu, nebo škody a ublížení nemocnému či klientovi, protože všechny ošetrovatelské úkony mají vždy morální dopad.“⁷² Jednání sester při výkonu profese je, stejně jako u ostatních povolání, určováno i tím, co je dovoleno a nebo naopak sankcionováno z hlediska legislativy. Mnoho etických norem má oporu v zákoně.

Práci zdravotní sestry společnost tradičně spojuje s určitými morálními nároky. Aby sestry těmto požadavkům dostály, měly by disponovat určitými vlastnostmi. Především je to schopnost empatie. Chování a jednání sestry ovlivňuje několik faktorů, které se vzájemně prolínají. Mohli bychom je rozdělit na vnější a vnitřní. Mezi vnitřní patří především osobní vlastnosti, ideové a náboženské názory, postavení sestry ve společnosti a její vztahy s ostatními lidmi. Zmiňované osobnostní rysy jsou dané temperamentem, charakterem, rozumovou vyspělostí, vůlí, city aj. To, co člověk prožívá, pak ovlivňuje jeho chování navenek. Existuje tedy tzv. vnitřní motivace, což je vlastně naše svědomí. Kdo se nechová podle svého svědomí, není obvykle spokojen se tím, co dělá a ani se sebou samým. Velmi jednoduše vzato: Dobrá sestra jedná podle svého nejlepšího svědomí.

Mezi vnější faktory pak patří samotný výkon profese a povinnosti s ním spjaté. „Specializace, obor, funkce, kvalifikace, pracovní zařazení je to, co determinuje morálně pracovní situace. Z nich plynou i morální povinnosti... Ošetrovatelka je členka týmu, která má nezastupitelné, specifické povinnosti a jim odpovídající odpovědnost... čím vyšší nebo významnější funkce, tím i větší morální odpovědnost.“⁷³ V neposlední řadě práci sestry ovlivňuje i materiální vybavení a vědecko-technická úroveň pracoviště, na kterém sestra pracuje.

⁷² FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství: pomocný učební text*, str. 8

⁷³ FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství: pomocný učební text*, str. 16

2.5.2 Etické kodexy

Jak jsem uvedla výše, na sesterské povolání je kladeno mnoho požadavků, kterým by měla dobrá sestra dostát. Některé obecně platné mravní normy proto byly zformulovány do tzv. kodexů. Zde jsou zahrnuty obecné návody k chování a jednání v rozmanitých profesionálních situacích. „Vytváření těchto kodexů je považováno za součást profesionalizace. V některých zemích i na mezinárodní úrovni představuje jejich vznik transformaci základních hodnot ošetrovatelství, jako je autonomie, obhajoba práv pacienta a odpovědnost, do specifických povinností sestry.“⁷⁴

V ČR je pro sestry závazný Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. Ten se dotýká také problematiky, jíž jsem se zabývala ve výše uvedených kapitolách. Z hlediska kompetencí za určitých okolností připouští jako eticky potřebné poskytnutí zdravotní péče nad rámec daných kompetencí. „Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.“⁷⁵ Co se týká kvalifikace, je podle kodexu zdravotnický pracovník odpovědný za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání. Má aktivně usilovat o vlastní odborný růst po celou dobu svého profesionálního života. Při přebírání úkolu má zdravotník zodpovědně zvažovat svoji kvalifikaci a při pověřování úkolem kvalifikaci ostatních zdravotnických pracovníků. Z pohledu etického je také odpovědností zdravotníka aktivně prohlubovat znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržovat je.⁷⁶

Další etickou normou, kterou by se měly sestry řídit, je Kodex práv pacientů. Dodržování práv pacientů je neoddiskutovatelná povinnost všech zdravotnických pracovníků. Předpokládá se také, že pacient i jeho blízcí tato práva znají a budou se jich v případě potřeby domáhat. Ne vždy však tomu tak skutečně je.

⁷⁴ LEMON. Učební texty pro sestry a porodní asistentky, str. 32 -33

⁷⁵ Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. str. 13

⁷⁶ Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. str. 12

„Kodex Práv pacientů tak, jak je prezentován, nikdy nebyl a sám o sobě není právně vymahatelný. Kodex v podstatě vyjadřuje opodstatněná přání nemocných, která právě proto, že jejich opodstatnění uznává i většina zdravotníků, reprezentují mravní normu, vyzývající k důslednému naplňování... Je totiž koncipován tak, že většina ustanovení se nachází v komparativní formě i v zákonných ustanoveních.“⁷⁷

Získat si důvěru lidí, je velmi nesnadné, zvláště v oboru zdravotnictví, které je v naší zemi spíše haněno než chváleno, jak ze strany laiků tak profesionálů. O to snáze lze tuto těžce nabytou důvěru ztratit. Proto musí sestry dbát na to, je-li jejich práce opravdu založena na morálním základě.

⁷⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, str. 18

2.6 Sestra versus lékař

Dříve byla sestra považována za pouhou pomocnici lékaře. „Nesla důsledky handicapu svého pohlaví, nižšího věku a nižšího vzdělání. Už tato skutečnost ji sama o sobě znevýhodňovala a předurčovala k submisivnímu postavení ve zdravotnictví.⁷⁸“

Ve zdravotnické škole se sestra naučila, že její prvořadou povinností je plnit příkazy lékaře. Medikům bylo na přednáškách lékařských fakult sděleno to samé, případně se o sestřích pro jistotu nikdo nezmiňoval. Obě strany se řídily podle instrukcí, které jim byly nadiktovány a nikdo se nad ničím nepozastavoval. Sestra poslušně a bezmyšlenkovitě vykonávala ordinace lékaře a neprojevovala zájem o vlastní angažovanost v péči o pacienta.

„Také dnes je ošetrovatelství většinou ženská práce a proto má stejné charakteristické rysy jako každé jiné ženské povolání: nízký plat, nízké společenské postavení, nedostatek uznání, špatné pracovní podmínky, špatné vyhlídky na povýšení a nedostatečné vzdělání.“⁷⁹ Ale role sestry se mění. Sestra získává odbornější vzdělání a lepší kvalifikaci. Dochází tedy k tomu, že ani lékař ani sestry neví, jak se v nové situaci zachovat. Rozšiřování kompetencí sester na jedné straně vyvolává nevěru lékařů, kteří jim nedůvěřují. Sestry nejsou s omezováním rozsahu své působnosti spokojené, ale mají strach vyvolávat v týmu konflikty. Na druhé straně zas dochází k tomu, že sestry v návalu agilnosti vykonávají výkony, jež přísluší lékaři a tím překračují své kompetence s jeho tichým souhlasem. Jinde zase sestry překračují vlastní kompetence na příkaz lékaře s tím, že vlastně ani neví, jaký je rozsah jejich působnosti.

Dochází ke konfliktům mezi lékaři a sestrami. Jejich nejčastějšími důvody jsou:

⁷⁸MELLANOVÁ, A. Mění se mužská a ženská role a její vliv na kvalitu vztahu sestra – lékař. *Ošetrovatelství*, roč. 4, č. 1–2, 2002, str. 5

⁷⁹MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl Systémový přístup*, str. 27

1. Dominantní role lékařů daná tradicí a také tím že sestry nemají dostatečné vzdělání. S nárůstem jejich kvalifikační úrovně vzrůstá tak neochota sester tolerovat submisivní roli.

2. Malý respekt lékařů k ošetrovatelství. Mnoho lékařů vnímá sestry pouze jako vykonavatele svých příkazů a ordinací, kteří jim přináší zpětnou vazbu o výsledcích. Také nemocní se často domnívají, že sestra je zde pouze proto, aby plnila příkazy lékaře. Ovšem mají k ní spíše blíž a považují ji za prostředníka mezi sebou a lékařem při uspokojování veškerých (psychických i fyzických) potřeb.

3. Deficit ve znalostech a pochopení role "toho druhého". Lékaři a sestry vkládají rozdílné hodnoty do specifické části léčebného procesu.

4. Pacient přestává být prioritou sestry. Ošetrovatelská péče se posunuje směrem od pacienta k technickým úkolům a administrativním povinnostem, zvláště na ARO. To také narušuje vztahy mezi lékaři a sestrami.

5. Lékaři jsou zmateni skutečností, že sestry přichází na oddělení s takovým rozdílným znalostním základem, což je dáno rozdílnými programy přípravy sester na jejich povolání. Také pacienti nevědí, jak se mají postavit k problematice vzdělávání sester. Neví, zda je pro ně a jejich léčbu více vzdělaná sestry výhodou, nevýhodou či zbytečností.

6. Nedostatek profesionálního odevzdání se. Jak již bylo řečeno, většina sester jsou ženy. Lékaři vnímají jejich kariéru jako dočasnou, bez hlubších závazků. To dokazuje i vysoká fluktuace a následný nedostatek sester, jejich odchod na mateřskou dovolenou a s ním spojené ukončení či minimálně přerušování kariéry. Skutečnost, že ženy preferují osobní potřeby a potřeby rodiny nad svou kariérou snižuje respekt řady lékařů.

7. Nedostatek zdravotnického personálu buď na straně lékařů nebo sester, případně nedostatek obou profesí, vytváří nepříznivé pracovní podmínky a komplikuje interpersonální vztahy. Jedni nemohou vykonávat práci druhých.

Jak z této situace ven?

„Nejprve je asi třeba, aby sestra byla vysokoškolačka, stejně jako lékař, a teprve potom může prosadit i svoji nezávislou činnost. Pak i spolupráce s lékařem

bude na úrovni rovnoprávných partnerů.⁸⁰ Bylo by také dobré, kdyby příprava na jednu profesi neopomínala profesi druhou. Sestry si musí uvědomit, že lékař je ve zdravotnickém zařízení jejich nejbližší spolupracovník a naopak. Když lékaři pochopí smysl práce zdravotní sestry, přizpůsobí tomu své nároky na ně. Sestry si pak musí zorganizovat práci tak, aby byly schopné plnit všechno nezbytné, co po nich lékař požaduje.

Dle ustanovení zákona „mohou zdravotní péči provádět jen oprávnění zdravotničtí pracovníci.⁸¹“ a to „na základě spolupráce a účelné dělby práce při zachování jednoty odborné péče o zdraví člověka a osobní odpovědnosti za poskytovanou péči.⁸²“ Tuto spolupráci v multidisciplinárním týmu je třeba založit na partnerském vztahu. „Diagnostika a léčba chorob je primárně v kompetenci lékařů, sestry v této oblasti mají sekundární roli...Systematické ošetřovatelské zhodnocení, diagnostiku a stanovení priorit z hlediska ošetřovatelské péče sestra provádí...nezávisle na konkrétní lékařské diagnóze. Pouze v případě, kdy je ohrožen život pacienta, je cíl lékaře a sestry společný, a tím je záchrana života. V jiných situacích není pro sestru prioritní choroba jako taková, ale ty celostní reakce na neuspokojené základní životní potřeby, které jsou jejím důsledkem, a které nemocného nejvíce trápí, omezují či obtěžují.“⁸³

Podle Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj by bylo při nedostatku personálu vhodné přehodnotit rozsah kompetencí. „Vhodná změna rozložení odborných dovedností zdravotníků má potenciál co se týče snižování personálních nákladů, zvyšování produktivity práce a snížení omezení, která vyplývají z nedostatku určitého typu zdravotníků⁸⁴.

Nebude-li shoda mezi lékařem a sestrou, nebude fungovat léčebně-ošetřovatelský proces. Pokud si ujasní své role na pracovišti profesionálové, budou mít více jasno i laici.

⁸⁰ MELLANOVÁ, A. Mění se mužská a ženská role a její vliv na kvalitu vztahu sestra – lékař. *Ošetřovatelsví*, roč. 4, č. 1–2, 2002, str. 5

⁸¹ Zákon č. 20/1966 Sb. § 12 odst. 1

⁸² Zákon č. 20/1966 Sb. § 12 odst. 1

⁸³ MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelsví I.díl Systémový přístup*, str. 52

⁸⁴ OECD. *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům*, str. 76

2.7 Skutečná praxe

2.7.1 Podávání informací

Trendem současnosti je větší odpovědnost za vlastní život, potažmo zdraví a to zvláště u mladších lidí. Dnešní člověk chce vědět, v jaké situaci se nachází, co ho čeká, jaké jsou jeho povinnosti a především práva. Lehká dosažitelnost odborných informací týkajících se medicíny i ošetrovatelství zejména z médií a internetu může tuto potřebu saturovat. Do jaké míry jsou publikované informace věrohodné nebo správně interpretované v konkrétních případech, je jiná otázka.

Člověk, jenž se dostává do role pacienta či jemu blízké osoby, chce znát pravdu a mít dostatek informací. Nejvíce mu jich o vlastním zdravotním stavu v aktuální situaci mohou poskytnout samozřejmě zdravotníci, kteří o něj pečují. „Informovaný souhlas se stal důležitým nástrojem pro poskytování informací a považuje se za náležitý projev pacientovy vůle. Jeho faktický (nejen informační, ale i psychologický) a právní význam je mimořádný proto, že bez informovaného souhlasu není možné pacienta léčit.“⁸⁵

Komunikace je základním kamenem práce zdravotní sestry. Ona tráví (na rozdíl od lékaře) většinu pracovní doby u lůžka, kde se zákonitě setkává nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou a s dalšími osobami, které mají co do činění s pobytem nemocného ve zdravotnickém zařízení. Sestry se často setkávají s tím, že nemocný nebo jeho rodina kladou otázky týkající se diagnózy, průběhu či prognózy onemocnění jim. Buď tak činí proto, že je lékař dostatečně neinformoval, nebo si chtějí informace ověřit i z jiného zdroje. Na odděleních akutní medicíny, kde jsou nemocní ve vážném stavu je tato (oprávněná) potřeba příbuzných vědět co nejvíce vyjádřena mnohem naléhavěji. Často se stává, že jim pak sestra v dobrém úmyslu vyhoví a tak přestoupí své kompetence.

Kdo, koho a o čem tedy může informovat? „Zákon o péči o zdraví lidu“ v § 23 stanovuje, že zdravotnický pracovník má informovat pacienta, popřípadě další osoby...o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo

⁸⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, str. 22

léčebného výkonu a jeho důsledcích, alternativách a rizicích.⁸⁶ „Za kvalitu a rozsah informací poskytovaných nemocnému zodpovídá ošetřující lékař.⁸⁷“ Ten nemá právo tuto svoji informační povinnost delegovat na jiného zdravotnického pracovníka, tedy ani na sestru.

Z hlediska lékaře, ale také z hlediska etiky sestry, je nepřipustné, aby sestra mluvila s pacientem o povaze jeho onemocnění, potřebných výkonech, možných rizicích a prognóze. Odborná literatura (Stolínová a Mach) však připouští, že sestra s pacientem komunikovat musí. „Především je její povinností poučit pacienta, jaké výkony bude z pověření lékaře provádět ona sama a jak s ní má pacient spolupracovat. Nemůže odmítnat pacientovi odpovědět na otázku, jaké léky mu podává... Pokud pacient odmítne diagnostický nebo terapeutický výkon, nepřísluší zdravotní sestře vést s ním o tom diskusi, ani mu dávat poučení či vysvětlení... Takové jednání s pacientem přísluší vždy jedině lékaři.“⁸⁸ Ve skutečném provozu se tak ovšem neděje. Podle ICN je podávání informací ze strany sestry jedním z klíčových principů poskytování a managementu ošetrovatelské péče. Sestra „vystupuje jako zdroj informací pro jednotlivce, rodiny a komunity, když se musejí vyrovnat se změnami zdravotního stavu, postižením a smrtí“ a dále „poskytuje jasné a stručné informace“.⁸⁹ Je-li pacient informován lékařem o podstatných skutečnostech jako je diagnóza, plánovaná léčba či předpokládaný průběh jeho onemocnění a chce zjistit méně závažné podrobnosti týkající se např. technického provedení konkrétního vyšetření, pooperačním režimu či provozu oddělení, sestra mu jeho otázky zodpoví. I když je v její kompetenci (jako nelékařského zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu) poskytovat pouze informace „v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře, v rozsahu činností, ke kterým je způsobilá.“⁹⁰ Což v praxi znamená podávat informace týkající se výhradně ošetrovatelské péče. V kompetencích a povinnostech sestry je také edukace nemocného a jeho blízkých. I tuto oblast je nutné vnímat jako primární odpovědnost lékaře. Podle vyhlášky o činnostech všeobecná sestra edukuje

⁸⁶ Zákon č. 20/1966 Sb. ve znění zákona č. 111/2007 Sb. § 23 odst. 1

⁸⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*, str. 32

⁸⁸ STOLÍNOVÁ, J. – MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*, str. 203 - 4

⁸⁹ ALEXANDER, M. F. – RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*, str.

33

⁹⁰ Vyhláška č. 424/2004 § 3, odst. 1, písm. c)

pacienty, případně jiné osoby, v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály.⁹¹ V případě sestry specialistky jde o edukaci ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.⁹²

Dalším aspektem je ochrana osobních dat, na kterou je kladen velký důraz. Podle Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen „Úmluva o biomedicíně“) má každý právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdravotním stavu.⁹³ Tyto informace je možné podávat pouze se souhlasem pacienta.⁹⁴ Dříve se v mnoha případech stávalo (zvláště pokud šlo o infaustní prognózu), že rodinní příslušníci byli lépe informováni než samotný pacient. Dnes je rozhodnutí, kdo bude znát podrobnosti o jeho zdravotním stavu, výhradně v rukou nemocného. „Je to tedy sám pacient, který si určí, komu a v jakém rozsahu lze podávat o jeho zdravotním stavu informace. Pokud si pacient nepřeje, nelze podat informace ani nejbližším členům rodiny.“⁹⁵ Kromě toho mají zdravotničtí pracovníci ze zákona povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděli při výkonu svého povolání.⁹⁶ U kriticky nemocných na ARO, kteří nejsou schopni jakkoli komunikovat a vyjádřit svůj názor, se předpokládá jejich souhlas s podáváním informací osobám blízkým.⁹⁷ Velmi často se stává, že rodinní příslušníci požadují informace i při telefonickém rozhovoru. Podávání informací touto cestou je problematické. Je možné si s příbuzným dohodnout heslo pro případ, že se nedostaví osobně a bude chtít být informován o stavu svého blízkého po telefonu. V případě pochybností má zdravotník podle zákona právo požadovat, aby tato osoba prokázala svoji totožnost.⁹⁸

Z hlediska sestry je pak přípustné maximálně potvrdit či vyvrátit hospitalizaci nemocného na jejich pracovišti.

⁹¹ Vyhláška č. 424/2004 § 4 odst. 1 písm. j)

⁹² Vyhláška č. 424/2004 § 48 písm. b)

⁹³ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, čl. 10

⁹⁴ Zákon č. 20/1966 Sb. ve znění zákona č. 111/2007 Sb. § 67b odst. 12 písm. d)

⁹⁵ VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*, str. 65

⁹⁶ Zákon č. 20/1966 Sb. ve znění zákona č. 111/2007 Sb. § 55 písm. d)

⁹⁷ Zákon č. 20/1966 Sb. § 67b odst. 12 písm. d)

⁹⁸ Zákon č. 111/2007 Sb. § 67bb odst. 1

2.7.2 Konkrétní odborné výkony

V této podkapitole se chci zabývat rozporem mezi vykonáváním konkrétních odborných výkonů sestrami v praxi na ARO a tím, jak je jejich provedení stanoveno předpisy. Z vlastní zkušenosti vím, že na některých pracovištích jsou tyto normy, a tím i kompetence sester, překračovány.

Zaměřím se na provádění úkonů, u nichž jsem se setkala s nejistotou, do čí kompetence vlastně patří. Podle mého názoru se najde mnoho sester, které neví, zda mohou či nemohou vykonávat určité výkony. Jen to, že je tak na jejich pracovišti zvykem či proto, že je někdo pověřil, neznamena, že k této práci mají kompetenci. Či naopak to, že výkon na daném pracovišti tradičně náleží lékařům, neznamena, že by jej nemohla provádět sestra. Rozeberu problematiku rozsahu působnosti sester při resuscitaci nemocného, podávání léků a manipulace s některými invazivními vstupy.

Podle „Úmluvy o biomedicíně“ lze provést jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví pouze za podmínky, že k němu dala dotyčná osoba svobodný a informovaný souhlas. Pokud tento nelze momentálně získat a je nezbytné výkon pro prospěch zdraví postiženého provést, je možné to učinit i bez souhlasu.⁹⁹ „Toto ustanovení na jedné straně chrání zdravotnického pracovníka před nařčením, že nepostupoval *lege artis*, když neměl informovaný souhlas a výkon provedl, na straně druhé chrání zdraví a život pacienta tím, že umožňuje provést výkon bez prodlení, které by ohrožovalo život nebo zdraví. Sestra tedy může v nouzi provést ošetrovatelský výkon bez informovaného souhlasu pacienta...Ve zdravotnické dokumentaci musí být pečlivě a podrobně popsán zdravotní stav, kterým je zdůvodněna skutečnost, že pacient souhlas nemohl dát.“¹⁰⁰ Jinak je dle závažnosti výkonu souhlas dáván ústně nebo písemně. „V české literatuře se však nepředpokládá, že by sestra měla žádat o informovaný souhlas před čistě ošetrovatelskými intervencemi (tj. výkony, které jsou v její samostatné působnosti). Není tedy ani řešeno, co dělat v případě pacientova odmítnutí.“¹⁰¹ Pokud se pacient podrobí výkonu bez námitek (v případě, že je schopen komunikace), je to považováno za souhlas.

⁹⁹ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, čl. 5

¹⁰⁰ VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*, str. 17

¹⁰¹ PROŠKOVÁ, E. *Analýza práce nelékařských zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství v systému zdravotní péče pro účely optimalizace jejich kompetencí a struktury*, str. 45

2.7.2.1 Resuscitace

Oddělení anesteziologicko-resuscitační péče je pracovištěm, kde jsou hospitalizováni nemocní, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Často se tak stává, že je nutné nemocného resuscitovat. Na pracovištích technicky vybavených k tomuto účelu se jedná o tzv. rozšířenou resuscitaci. Tedy ožívování za použití náležitých pomůcek a současném podávání léků. Resuscitace zahrnuje řadu úkonů, mezi něž patří nepřímá srdeční masáž nebo defibrilace, zajištění dýchacích cest a již zmíněné podání léků. Je nezbytné, aby činnosti všech, kteří se na těchto výkonech podílejí, byly organizovány jednou kompetentní osobou. Zpravidla to bývá lékař, který udává pokyny a ordinuje léky. Sestry pak asistují při zajištění dýchacích cest, připravují nutné pomůcky a přístroje, připravují a aplikují léky a vše zaznamenávají do dokumentace. V případě, že lékař není okamžitě k dispozici, měla by jeho úlohu převzít zkušená sestra s odbornou specializací. Mnoho sester se této roli brání. V případě, že však jde o takto akutní situaci, nelze váhat. Domnívám se, že mnoho sester ani lékařů neví, že provádění kardiopulmonální resuscitace včetně defibrilace je v kompetenci sestry. A to (v případě sestry specialistky) bez indikace či odborného dohledu lékaře.¹⁰² Z formulace textu vyhlášky o činnostech, která tuto kompetenci stanoví, by se dalo usuzovat, že sestra může v rámci vedení resuscitace i ordinovat léky, neboť to je její součástí. To by však, podle mne, překračovala ustanovení¹⁰³ téhož předpisu o tom, že léky může sestra podat pouze na základě indikace lékaře (viz. následující podkapitola).

2.7.2.2 Indikace a aplikace léků

V naší zemi jsou sestry oprávněny podávat léky pouze na základě indikace lékaře. Podle § 2 vyhlášky o činnostech je indikací myšleno pověření k výkonu činnosti na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo předpisu lékaře¹⁰⁴ a je jeho odpovědností, jaký způsob aplikace určí a zda tento léčivý přípravek bude aplikovat

¹⁰² Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. a)

¹⁰³ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 3 písm. a)

¹⁰⁴ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 2 odst. 1 písm. f)

sám, či jím pověří sestru. Deleguje-li kompetenci na sestru, nese i v tomto případě odpovědnost on - nikoli sice za provedení výkonu, ale za indikaci výkonu.¹⁰⁵ Na odděleních intenzivní medicíny je nejčastějším způsobem podání léku intravenózní aplikace a to zejména do permanentních katétrů. „V ošetrovatelské praxi je již běžná nejen aplikace injekcí a infuzí do již zavedeného katétru, ale i zavádění permanentních katétrů do periferních žil i u dětí, a to nejen sestrami specialistkami... Sestry periferní žilní katétry kanyly samostatně zavádějí, samostatně aplikují léky podle ordinace lékaře... Zavádění centrálního žilního katétru je však v literatuře stále vnímáno jako výhradní kompetence lékaře. Sestry u něj pouze asistují.“¹⁰⁶

Všeobecná sestra bez specializované způsobilosti může podávat intravenózně léky jen na základě indikace lékaře a to s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak.¹⁰⁷ V případě podávání krevních derivátů a transfuzí nestačí pouhá indikace, ale je nutný (přímý) odborný dohled lékaře.¹⁰⁸ Indikace stačí pouze k ošetřování pacienta v průběhu aplikace a jejího ukončení.¹⁰⁹ Z textu předpisu vyplývá že, sestra pracující bez odborného dohledu může tyto činnosti provádět pouze pod dohledem sestry, která má registraci, či lékaře. V případě, že jde o sestru pro intenzivní péči, má v podávání léků a krevních derivátů stejné kompetence jako sestra bez specializace. Její uplatnění se rozšiřuje v případech intravenózních zásahů o možnost provádění punkce arterií k jednorázovému odběru krve nebo invazivní monitoraci krevního tlaku. Ovšem již pod přímým vedením lékaře¹¹⁰ nikoli pouze dohledem.

O možnosti podávat léky do epidurálního katétru, který se na ARO také používá, se vyhláška o činnostech konkrétně nezmiňuje. Uvádí pouze že, sestra pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii, může bez odborného dohledu na základě indikace anesteziologa provádět činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením metod léčby bolesti a podílet se na vedení anestezie pod přímým vedením

¹⁰⁵ PROŠKOVÁ, E. *Analýza práce nelékařských zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství v systému zdravotní péče pro účely optimalizace jejich kompetencí a struktury*, str. 51

¹⁰⁶ PROŠKOVÁ, E. *Analýza práce nelékařských zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství v systému zdravotní péče pro účely optimalizace jejich kompetencí a struktury*, str. 53

¹⁰⁷ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 3 písm. a)

¹⁰⁸ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 4 písm. a)

¹⁰⁹ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 4 písm. b)

¹¹⁰ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. d)

anesteziologa.¹¹¹ To se dá interpretovat jako kompetence pro podávání látek do epidurálního katétru a také by to znamenalo, že sestra bez této specializace tuto možnost nemá.

Z uvedeného vyplývá, že sestry nemohou bez vědomí lékaře sami ordinovat a z vlastní vůle podávat léky. Na ARO se však běžně stává, že zkušená sestra lék podá a pak teprve informuje lékaře. Děje se tak zpravidla v akutních případech, kdy není lékař okamžitě k dispozici. Z hlediska kompetencí uvedených ve výše zmíněném předpisu se jedná o jeho překročení.

Další otázkou je i ordinace léků po telefonu, a nebo případy, kdy sestra podává léky, které nejsou předepsány v dokumentaci, avšak lékař ji dopředu ústně poučil, jak se má zachovat v konkrétním případě. V těchto dvou případech vyvozují z její definice, že indikace není jen písemný předpis, ale že postačuje ústní pověření a tudíž se nejedná o porušení vyhlášky.

Dále vyvstává otázka rozsahu kompetencí sester při dávkování medikamentů. Z textu vyhlášky o činnostech vyplývá že, je-li látka indikována, je zároveň určeno i množství, které lze podat. Měnit dávky léků, které již lékař naordinoval, tedy sestře nepřísluší. Podle mého názoru by tak mohla činit pouze v případě, že by lékař stanovil rozsah či hranici množství podaného léku nebo uvedl, k jakému klinickému stavu pacienta má dávkování vést (např. hodnota krevního tlaku).

Veškeré indikované léky, jejich dávkování a způsob aplikace, musí být lékařem zaznamenány do zdravotnické dokumentace a to i zpětně v případě ústní indikace. Sestra pak svým zápisem potvrzuje její provedení. V případě, že léky aplikovány nebyly, zaznamenává důvody, proč se tak stalo. Pokud dojde v záznamu k chybě a je nutné ji opravit, musí být oprava autorizována, tzn., že musí být uvedeno, kdy a kdo opravu učinil.¹¹²

2.7.2.3 Invazivní vstupy

Pro vysoce specializovanou péči poskytovanou na ARO je k jejímu optimálnímu zajištění třeba uměle porušit pacientovu integritu. Zavádějí se vstupy do

¹¹¹ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 3 písm. b) a c)

¹¹² Zákon č. 200/1990 Sb. § 29 odst. 1 písm. d)

těla nemocného, které jsou svojí povahou klasifikovány jako invazivní. Mezi ty základní patří vstupy do žil a arterií za účelem podávání léků, měření fyziologických funkcí, získání vzorků krve, případně dalších sofistikovanějších výkonů. Dále je mnohdy nutné nahradit nedostatečnost ventilace nemocného pomocí přístroje a zavést proto vstup do dýchacích cest. Pro náležitou výživu se zavádějí sondy do gastrointestinálního traktu. Pro zjištění bilance tekutin se zavádí permanentní močový katétr. Po proběhlých operačních výkonech zpravidla zůstávají operační rány a zavedené drény. Všemi těmito vstupy se sestra v rámci ošetrovatelské péče zabývá. Do jaké míry může manipulovat s invazemi a tím defakto vstupovat do organismu nemocného není na mnoha pracovištích úplně jednoznačné. Na mnoha ARO se stává, že lékaři přenechávají sestřím pouze hygienickou péči a ošetření vstupů v rámci boje proti infekci, aniž tuší, že sesterské kompetence sahají dál. Přitom je mnoho výkonů, které mohou sestry vykonávat bez odborného dohledu lékaře pouze na základě jeho indikace. Lékaři sestřím zřejmě nedůvěřují. Přitom by přenecháním těchto zákroků ušetřili svůj čas a sestry by se naučily to, co mají ovládat. Na jiných pracovištích zase dochází k překračování sesterských kompetencí, kdy sestry provádějí výkony, jež jim nepřísluší za tichého souhlasu lékaře. Ten je rád, že má méně pracovních povinností a podstupuje tak riziko sankce, neboť jde o jeho odpovědnost.

V dotazníku, který je součástí výzkumu k této diplomové práci předkládám sestřím i lékařům některé výkony k posouzení. Chci si tak ověřit svoji hypotézu, že sestry ani lékaři neznají sesterské rozsah své působnosti rámci některých výkonů. V praktické části práce pak jejich odpovědi z praxe posoudím s danými předpisy. Otázky se týkají těchto „sporných“ výkonů:

- punkce arterie
- extrakce centrálního venózního katétru (dále jen CVK)
- bronchiální laváž u pacientů na UPV
- změna parametrů či ventilačních režimů při umělé plicní ventilaci (dále jen UPV)
- extubace endotracheální kanyly
- výměna tracheostomické kanyly
- zavádění nasogastrické či nasojejunální sondy

- katetrizace močového měchýře u mužů
- ošetření operačních ran a drénů

K jednotlivým výkonům:

Punkci arterie může provádět pouze sestra pro intenzivní péči a to k jednorázovému odběru krve nebo invazivní monitoraci krevního tlaku. Jak jsem již uvedla v podkapitole o podávání léků, může tak činit pouze pod přímým vedením lékaře¹¹³ nikoli pouze dohledem či na základě indikace.

Co se týká zavádění intravenózních vstupů, je samozřejmostí zajišťování periferní žíly sestrou. Jak již bylo také výše uvedeno, pro zavádění katétru do centrální žíly sestra kompetenci nemá. Otázkou je, zda může CVK odstranit. Zpravidla tak činí a to z indikace lékaře, bez jeho dohledu, což ovšem, podle mne, není v rámci její působnosti. Vyvozují tak z vyhlášky o činnostech a z obsahu vzdělávacího programu pro získání specializované způsobilosti v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči¹¹⁴, kde jsou uvedeny pouze možnosti sestry asistovat při zavádění CVK a měřit centrální venózní tlak.

V péči o zajištěné dýchací cesty má sestra široké pole působnosti. Podle vyhlášky o činnostech může všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace odsávat sekrety z horních cest dýchacích a tak zajišťovat jejich průchodnost.¹¹⁵ Bez odborného dohledu pouze na základě indikace lékaře pak provádí nejen ošetření, ale i výměnu tracheostomické kanyly.¹¹⁶ Sestra pro intenzivní péči má samozřejmě stejné kompetence jako všeobecná sestra a navíc pod dohledem lékaře provádí zajištění dýchacích cest dostupnými pomůckami, endobronchiální laváže a pod lékařovým přímým vedením extubuje tracheální rourku.¹¹⁷ Sestra pro intenzivní péči se zaměřením na péči v anesteziologii může dokonce pod přímým vedením anesteziologa provádět tracheální intubaci.¹¹⁸ Problematika manipulace s přístrojem zajišťujícím UPV již není tak jednoznačná. Změna parametrů či ventilačních režimů

¹¹³ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. d)

¹¹⁴ Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. *Věstník MZČR*, roč. 2006, č. 2, 2006. str. 5

¹¹⁵ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 1 písm. f)

¹¹⁶ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 3 písm. f)

¹¹⁷ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. d)

¹¹⁸ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 3 písm. c)

sestrou je na mnoha odděleních intenzivní medicíny běžnou praxí. Na základě indikace lékaře sestry na ventilátoru upravují zadané hodnoty, aby nedocházelo k interferenci funkce zařízení s ventilací nemocného, nebo aby se dosáhlo jeho kýženého klinického stavu. Oporu v právních předpisech ani specifikaci ve vzdělávacích programech pro sestry jsem však k těmto úkonům nenašla a konstatuji tedy, že sestra takovéto kompetence zřejmě nemá.

Optimální výživu je často u nemocných, jenž jsou v příjmu potravy omezeni svým stavem, možné zajišťovat pouze za pomoci sondy zavedené do gastrointestinálního traktu. Zde mluví předpis jednoznačně: „Všeobecná sestra... bez odborného dohledu na základě indikace lékaře... zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu.“¹¹⁹ Sestra specialista tyto výkony provádí navíc také u pacientů v bezvědomí.¹²⁰ Častou praxí ovšem je, že NJS se zavádí při endoskopickém vyšetření a v takovém případě tento výkon nemůže být prováděn sestrou.

Permanentní močový katétr je rutinní záležitostí nejen na ARO, ale i na běžných standardních odděleních. O zavedení tohoto katétru, včetně výplachů močového měchýře, u žen a dívek nad 10 let není žádných pochyb.¹²¹ Je v kompetenci sestry. Katetrizace močového měchýře u mužů je technicky náročnější a přináší s sebou i více komplikací. Proto byla dříve výsadou lékařů. Dnes tento výkon může provádět i sestra se specializací pro intenzivní péči a to bez odborného dohledu na základě indikace lékaře.¹²²

Ošetření operačních ran a drénů je také v působnosti sestry. O extrakci drénů již vyhláška v souvislosti její činností nehovoří. Odstranění tedy zůstává v kompetenci lékaře, nejčastěji chirurga.

¹¹⁹ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 3 písm. f)

¹²⁰ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. b) 2

¹²¹ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 3 písm. e)

¹²² Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. b)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle a pracovní hypotézy

3.1.1 Cíle práce:

Zjistit povědomí sester a lékařů pracujících na pracovištích ARO o rozsahu sesterských kompetencí. Zmapovat soulad mezi právním a faktickým stavem činnosti sester na těchto pracovištích, eventuální překračování jejich kompetencí a postoj lékařů k danému stavu.

3.1.2 Hypotézy:

Hypotéza č. 1: Domnívám se, že zdravotní sestry pracující na ARO neznají rozsah svých kompetencí, stanovených právními normami.

Hypotéza č. 2: Na základě první hypotézy se domnívám, že zdravotní sestry pracující na ARO překračují své kompetence.

Hypotéza č. 3: Domnívám se také, že nejvýznamnějším důvodem překračování sesterských kompetencí v praxi je neznalost právních norem.

Hypotéza č. 4: Sestry se, podle mého názoru, chtějí učit novým praktickým postupům a prohlubovat své teoretické znalosti.

Hypotéza č. 5: Myslím si, že většina lékařů pracujících na ARO nezná rozsah kompetencí sester, a proto jejich překračování toleruje.

3.2 Metodika

V praktické části se budu věnovat analýze aktuálních názorů sester a lékařů pracujících na ARO na problematiku sesterských kompetencí. Snahou je zjistit rozpor či soulad mezi znalostmi kompetencí a praktickým výkonem práce sestry na ARO a odhalit důvody případného překračování sesterských kompetencí. A to z pohledu sester i lékařů.

3.2.1 Sběr dat

K získání dat jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu pomocí strukturovaných anonymních dotazníků určených sestřám a lékařům (viz přílohy č. 1 a č. 2)

Výhody dotazníku vidím v naprosté anonymitě a v možnosti svobodného rozhodnutí respondenta, zda dotazník vyplní či nevyplní. Dále umožňuje získání informací od většího počtu respondentů v průběhu krátké doby. Jeho nevýhodou je na druhé straně nutnost zobecňování.

Dotazníky jsem sestavovala samostatně pod odborným vedením konzultantky diplomové práce. Dotazník pro sestry obsahoval celkem 19 otázek, z nichž bylo 13 uzavřených, 2 otázky byly polouzavřené a 4 otázky byly otevřeného typu. Prvních 6 otázek se týkalo charakteristiky výzkumného souboru. Otázky 7 – 13 se vztahovaly k stanoveným hypotézám a otázky 14 – 19 zjišťovaly názory a připomínky sester k dané problematice.

Dotazníky pro lékaře byly stručnější. Sestávaly z 6 otázek, z nichž bylo 5 uzavřených a 1 polouzavřená. Všechny se vztahovaly k hypotéze č. 5 a zjišťovaly postoje lékařů.

V úvodu dotazníku jsem uvedla, že lze označit libovolný počet možností odpovědi, které vyjadřují respondentův názor. Pro většinu odpovídajících byly položené otázky srozumitelné.

Dotazníky byly distribuovány v průběhu ledna a února 2010.

Dotazník jsem rozdělila do dvou částí:

1. Položky empirické, které zjišťují údaje týkající se problematiky kompetencí sester.
2. Položky zjišťující identifikační údaje.

Výzkum byl proveden v 11 různých nemocnicích (od okresních přes krajské až po fakultní). Sestrám bylo rozdáno celkem 80 dotazníků. Zpět jsem jich získala 71 a z nich bylo nutné 7 pro neúplnost odpovědí vyřadit. Analýzu dat jsem prováděla na základě 64 zcela vyplněných dotazníků. Celková návratnost sesterských dotazníků tedy byla 88,75 % a hodnotitelných jich bylo 80,00 %. Lékařům jsem rozdala 60 dotazníků, z nichž se mi vrátilo 43 vyplněných, což je 71,67% návratnost.

Vzhledem k počtu odpovědí bylo při zpracování výsledků možno použít pouze základní statistické metody, a to zejména standardní metody pro výpočet četnosti a relativní četnosti (%). Některé položky byly zpracovány ve vztahu k jiným.

3.3 Šetření

3.3.1 Charakteristika skupiny respondentů

Výzkumný soubor tvořily sestry a lékaři pracující na ARO, jejichž názory byly zdrojem informací pro další práci. Informace o respondentech jsem zjišťovala pouze v dotazníku určeném sestřám, který budu analyzovat jako první. U lékařů jsem se omezila jen na empirické položky.

Položka č. 1 „Věk“

zjišťovala stáří odpovídajících. Odpovědi jsem rozdělila do kategorií odstupňovaných po 5 letech. Výsledky udává tabulka 1.

Tab. 1. Odpovědi v položce věk

Věk	Absolutní počet	%
Do 20	16	25,00
21 - 25	27	42,19
26 - 30	12	18,75
31 - 35	3	4,69
36 - 40	4	6,25
41 a více	2	3,13
Celkem	64	100,00

Respondentů ve věku do 20 let odpovídající na můj dotazník bylo 16 (25,00 %). Věk 21 až 25 let zastupovala skupina 27 osob (42,19 %). Dotazovaných ve věku 26 až 30 let bylo 12 (18,75 %). Ve věku 31 až 35 jsou 3 (4,69 %) a ve věku 36 až 40 let 4 odpovídající (6,25 %). Pouze 2 osoby (3,13 %) se řadili do skupiny 41 až 45 let. Svůj věk uvedli všichni, kteří vyplňovali sesterský dotazník, což je 64 osob (100 %).

Položka č. 2 „Dosažené vzdělání“

byla dotazem na vzdělání, tedy kvalifikaci a příp. specializaci, respondenta. Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaká bude souvislost mezi dosaženou odborností a

následujícími otázkami vztahujícími se ke kompetencím. Výsledky srovnání uvedu u rozboru některých následujících identifikačních i empirických položek.

Tab. 2. Odpovědi z položky zjišťující dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní počet	%
SZŠ	16	25,00
VZŠ	7	10,94
VZŠ SIP	14	21,88
Záchranář	1	1,56
ARIP	14	21,88
Bc.	8	12,50
Bc.+ARIP	3	4,69
Mgr.	1	1,56
Celkem	64	100,00

Sester, které absolvovaly pouze SZŠ bylo 16 (25,00 %). Absolventek VZŠ bez specializace na JIP bylo 7 (10,94 %) a sester specializovaných pro práci JIP (SIP) bylo 14 (21,88 %). Jeden respondent (1,56 %) se přihlásil ke specializaci, kterou jsem do možností v dotazníku opomněla uvést, což je zdravotnický záchranář. Počet pracovníků uvádějících absolvování specializačního vzdělávání v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči (ARIP) bylo 14 (21,88 %). Vysokoškolské vzdělání v bakalářském oboru uvedlo 8 odpovídajících (12,50 %) a další 3 (4,69 %) k tomu disponují navíc i výše zmíněnou specializací ARIP. Jedna sestra má vysokoškolské vzdělání v magisterském oboru (1,56 %). Také v této otázce mi odpovědělo 100 % respondentů.

Položka č. 3 „Považujete svoji kvalifikaci/vzdělání za dostatečné pro práci na ARO?“

Tato položka zjišťovala subjektivní dojem respondentů na svoji kvalifikaci pro práci na ARO. Na výběr bylo z možností odpovědi: „Ano“ – považuji se za dostatečně kvalifikovanou, „Ne“ – nemám tento pocit a „Ne, ale hodlám se dále vzdělávat“. Výsledky této otázky, uvedené v tabulce 3, budu vztahovat k dalším.

Tab. 3. Odpovědi k subjektivnímu pocitu dostatečnosti vlastní kvalifikace

Odpověď	Absolutní počet	%
Ano	46	71,88
Ne	3	4,69
Dále vzdělávat	15	23,44
Celkem	64	100,00

Svoji kvalifikaci a dosažené vzdělání považuje za dostatečné 46 z 64 dotazovaných (71,88 %). Ostatní si připadají nedostatečně připraveni pro práci na ARO. 3 respondenti (4,69 %) uvádí pouze odpověď „Ne“. 15 pracovníků (23,44 %) se považuje za nedostatečně vzdělané a má potřebu, na rozdíl od předešlých, tento stav změnit.

V kontingenční tabulce 3.1 uvádím vztah mezi otázkou číslo 2 a 3. Tedy jaká je souvislost mezi vzděláním/kvalifikací a subjektivním pocitem připravenosti pro práci na ARO.

Tab. 3.1 Vztah dosaženého vzdělání a subjektivního pocitu z něj

	Ano	Ne	Dále vzdělávat
SZŠ	6	1	9
VZŠ	5	1	1
VZŠ SIP	14	0	0
Záchranář	1	0	0
ARIP	11	0	3
Bc.	5	1	2
Bc. + ARIP	3	0	0
Mgr.	1	0	0

Srovnání ukazuje, že se sestry se specializací, tedy SIP 14 (21,88 %), ARIP 11 (17,19 %) + Bc. + ARIP 3 (4,69 %) a záchranář 1 (1,56 %), logicky považují za dostatečně připravené pro práci na odděleních akutní medicíny. Stejný pocit má i většina absolventek VZŠ 5 (7,81 %) a magistra (1,56 %), i když z mého pohledu již ne tolik oprávněný. Z relativně vysokého počtu nespécializovaných středoškolaček 9 (14,06 %) nespokojených se svojí kvalifikací vyplývá, že průprava sester na SZŠ jistě není pro praxi na ARO dostačující.

Položka č. 4 „Kolik let pracujete jako sestra?“

byla, stejně jako položka „věk“, otevřená. Odpovědi jsem rozdělila do několika skupin, které nejsou rovnoměrné a to záměrně, kvůli dalšímu srovnání s položkou týkající se registrace. Výsledky ukazuje tabulka 4.

Tab. 4 Délka praxe

Délka praxe v letech	Absolutní počet	%
Do 3	9	14,06
4 - 5	11	17,19
6 - 10	24	37,50
11 - 15	10	15,63
16 - 20	3	4,69
21 a více	7	10,94
Celkem	64	100,00

I v této položce byly dotazníky vyplněny kompletně – 64 odpovědí (100,00 %). Nejvíce byla zastoupena skupina pracovníků s praxí od 6 do 10 let počtem 24 (37,50 %). Začínající sestry do 3 a sestry do 5 let praxe s podobnými četnostmi – 9 (14,06 %) a 11 (17,19 %) měly téměř shodné zastoupení mezi respondenty jako sestry s pracovními zkušenostmi od 11 do 15 let s počtem 10 (15,63 %). Nejméně pak bylo pracujících od 16 do 20 let, tedy 3 (4,69 %). Více než 21 let praxe udávalo 7 odpovídajících. Průměrná odpracovaná doba všech respondentů je 9,66 let.

Položka č. 5 „Kolik let pracujete na ARO?“

zjišťovala délku zkušenosti se specifickým pracovištěm, které je předmětem mého zájmu. Odpovědi jsem rozdělila do stejných skupin jako u předešlé otázky a to z obdobných důvodů. Výsledky shrnuje tabulka 5.

Tab. 5 Délka praxe na ARO

Délka praxe na ARO	Absolutní počet	%
Do 3	24	37,50
4 - 5	12	18,75
6 - 10	16	25,00
11 - 15	5	7,81
16 - 20	5	7,81
21 a více	2	3,13
Celkem	64	100,00

Opět odpověděli všichni respondenti. Nejvíce bylo odpovídajících s nejkratší praxí. Praxi pod 3 roky včetně uvedlo 24 osob (37,50 %). 4 až 5 let pracuje na ARO 12 respondentů (18,75 %). 16 osob (25,00 %) má 6 až 10letou zkušenost. Stejný počet, tj. 5 (7,81 %), je pak pracovníků v kategorii 6 až 10 let a 11 až 15 let. 2 sestry (3,13 %) uvedly, že na ARO pracují 21 a více let. Průměrná doba odpracovaná mými respondenty na ARO je 6,73 let.

Položka č. 6 „Jste registrovaná/ý?“

s vysvětlujícím dodatkem: „máte Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu dle zákona č. 96/2004 Sb.)?“ byla položena jako uzavřená otázka s možností odpovědi: „Ano“, „Registraci vyřizují“ nebo „Ne“. Tato otázka je důležitá z hlediska výkonu kompetencí v praxi. Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 6.

Tab. 6 Registrace

Registrace	Absolutní počet	%
Ano	59	92,19
Vyřizuje	2	3,13
Ne	3	4,69
Celkem	64	100,00

Z celkového počtu 64 odpovídajících (100,00 %) je 59 (92,19 %) registrováno, 2 osoby (3,13 %) si již o registraci požádaly a 3 (4,69 %) pracují pod odborným dohledem dle „zákonu o nelékařských zdravotnických povoláních“.

Srovnáme-li výsledky položky č. 6 a č. 2, zjistíme, že všichni pracovníci, kteří dosud nemají osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, mají pouze středoškolské vzdělání. Pokud výsledky položky č. 6 porovnáme s výsledky položky č. 4 dojdeme k závěru, že všichni respondenti s celkovou praxí nad 6 let, tj. 44 osob (68,75 %), pracují bez odborného dohledu. Ze skupiny zahrnující respondenty se zkušenostmi 4 až 5letými nemají registraci ještě 2 z 11, což je (3,13 %) z celkového počtu. Začínající sestry do 3 let praxe zastupuje 2/3 skupina registrovaných. Viz. kontingenční tabulky 6.1 a 6.2 v příloze č. 3.

Tolik k charakteristice skupiny respondentů, kteří odpovídali na sesterský dotazník.

3.4 Analýza výsledků

Nyní následuje zhodnocení výsledků dalších položek v dotazníku určeného sestřám a celého dotazníku pro lékaře.

3.4.1 Dotazník pro sestry

Položka č. 7 „Dostáváte se při výkonu povolání do situací, kdy je Vaše jednání v rozporu se stanovenými kompetencemi?“

U této uzavřené otázky měli respondenti 4 možnosti odpovědi: „Ano“, „Spíše ano“, „Spíše ne“ a „Ne“. Souhrn odpovědí je uveden v tabulce 7.

Tab. 7 Rozpor kompetencí

Rozpor kompetencí	Absolutní počet	%
Ano	19	29,69
Spíše ano	18	28,13
Spíše ne	21	32,81
Ne	6	9,38
Celkem	64	100,00

Také na otázku č. 7 odpovědělo 100% respondentů. Rozdíly v náhledu na výkon profese v souvislosti s rozsahem kompetencí jsou minimální v prvních 3 položkách. „Ano, dostávám se do rozporu se stanovenými kompetencemi“ označilo 19 odpovídajících (29,69 %). Stejným tvrzením si není zcela jisto 18 osob (28,13 %), avšak přiklání se k němu více než k opačnému. Že se do rozporu s kompetencemi nedostává, si myslí pouze 6 (9,38 %) respondentů z 64. 21 (32,81 %) volí ne tolik zásadní, ale více méně stejné, tvrzení.

Položka č. 8 „Z jakého důvodu se dostáváte do těchto situací?“

U této poloze uzavřené otázky měli dotazovaní možnost výběru několika důvodů, způsobujících rozpor ve výkonu jejich práce se stanovenými kompetencemi. Byly to tyto:

- a) Lékař mě nutí překračovat moje kompetence
- b) Nadřízená sestra/kolegyně mě nutí překračovat moje kompetence
- c) Jde o zvyklost našeho pracoviště
- d) Stanovené kompetence považuji za nízké a proto si je sama zvyšuji
- e) Jiný důvod.

Někteří z odpovídajících označili i více než jednu z předkládaných možností. Předpokládala jsem, že z navrhovaných možností si vyberou pouze respondenti, kteří u předchozí položky odpověděli kladně. Nebylo tak tomu zcela, jak ukazuje tabulka 8.

Tab. 8 Důvod překračování kompetencí

Důvod	Absolutní počet	%
Lékař	11	16,67
Sestra	1	1,52
Oddělení	41	62,12
Sama	3	4,55
Jiné	4	6,06
Neodpovědělo	15	22,73

Nejčastější odpovědí byla varianta, kdy tázaní připouštěli, že pracovat v rozporu s danými sesterskými kompetencemi je běžnou praxí na jejich pracovišti. Tuto možnost si zvolilo 41 osob (32,12 %). Druhou nejčastější, avšak téměř čtvrtinovou, odpovědí byla možnost, že k takovýmto postupům nutí sesterský personál nadřízení lékaři – 11 (16,67 %). Pouze jeden tázaný (1,52 %) udával tlak ze strany kolegyně. Pracovníci, kterým se jejich kompetence zdají nedostatečné, co do rozsahu a proto si je sami zvyšují, byli 3 (4,55 %). Neodpovědělo pouze 15 osob (22,73 %), což rozhodně není celkový počet těch, kteří v předchozí otázce odpověděli záporně. Z toho vyplývá, že i respondenti, kteří se nedostávají, či spíše nedostávají do rozporu kompetencí, uvedli některý z důvodů, proč ve skutečnosti takovým konfliktům čelí. 4 z dotazovaných (6,06 %) uvedli jiný důvod, který je vede k překračování kompetencí. Byly to tyto důvody:

Tab. 8.1 Jiné důvody

Důvod	Absolutní počet
Nepřítomnost lékaře	3
Krajní situace	1
Celkem	4

Položka č. 9 „Omezuje Vás Váš zaměstnavatel v kompetencích Vám určených?“

Možnost odpovědí u této uzavřené otázky byly následující: „Ano“, „Spíše ano“, „Spíše ne“ či „Ne“. Výsledky uvádím v tabulce 9.

Tab. 9 Omezení kompetencí zaměstnavatelem

Omezení kompetencí	Absolutní počet	%
Ano	4	6,25
Spíše ano	4	6,25
Spíše ne	18	28,13
Ne	38	59,38
Celkem	64	100,00

Pokud se zaměstnanci cítí omezení v své působnosti při výkonu povolání, jistě to není z důvodu omezování jejich kompetencí zaměstnavatelem. Jak vyplývá z tabulky, k této variantě se přiklonilo pouze 8 dotazovaných – 4 „ano“ a 4 „spíše ano“ (6,25 + 6,25 %). Ostatní, 18 osob (28,13 %), se domnívají, že je zaměstnavatel v kompetencích spíše neomezuje, nebo neomezuje vůbec – 38 respondentů (59,38 %).

Položka č. 10

Pod tuto položku spadaly dvě tabulky, v nichž si měli dotazovaní vybrat z nabízených možností a označit je křížkem. Obě tabulky byly shodné a vypočítávaly některé konkrétní výkony, jež by mohly být potenciálně diskutabilní stran kompetencí osoby, která je provádí. V tabulce a) měli respondenti uvést, zda si myslí, že uvedené výkony spadají do jejich působnosti či nikoli a za jakých podmínek. Jestliže v případě, že je mohou vykonávat, jde o výkon pouze z indikace lékaře či pod jeho přímým vedením.

V tabulce b) měli oslovení uvést, zda ve skutečnosti zmiňované výkony provádějí, bez ohledu na to, jestli k nim mají či nemají kompetence.

Obě tabulky analyzují současně a uvádím srovnání jejich výsledků. Tabulka a) byla nadepsána: „**Jsem oprávněn/a provádět tento výkon?**“ a měla odhalit znalosti kompetencí sestry u jednotlivých výkonů. Tabulka b) byla nadepsána: „**Provádím tento výkon?**“ a zjišťovala, jak jsou výkony prováděny ve skutečné praxi, bez ohledu na znalosti působnosti sestry.

Výkon: Punkce arterie

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.1a a 10.1b

Tab. 10.1a Punkce arterie – kompetence podle respondentů

Punkce arterie	Absolutní počet	%
Ano z indikace	15	23,44
Ano pod vedením	9	14,06
Ne	39	60,94
Neodpověděl	1	1,52
Celkem	64	100,00

Tab. 10.1b Punkce arterie – skutečný výkon kompetence

Punkce arterie	Absolutní počet	%
Ano z indikace	29	45,31
Ano pod vedením	1	1,56
Ne	34	53,13
Celkem	64	100,00

Více než polovina dotázaných 39 (60,94 %) se domnívá, že k punkci arterie nemá kompetence. Ve skutečnosti nepunktuje arterii o 5 lidí méně – 34 (53,13 %). Že tuto kompetenci má a výkon může provádět z indikace lékaře, si myslí 15 osob (23,44 %), ale ve skutečné praxi provádí punkci arterie z indikace lékaře 29 respondentů (45,31 %). 9 odpovídajících (14,06 %) se domnívá, že tak může činit pouze pod lékařovým přímým vedením a prakticky jej provádí 1 tázaný (1,56 %) Jeden respondent neodpověděl na v otázce názoru.

Jak jsem již uvedla výše v teoretické části v kapitole 2.7.2, punkci arterie může provádět pouze sestra pro intenzivní péči a to k jednorázovému odběru krve

nebo invazivní monitoraci krevního tlaku a to jen pod přímým vedením lékaře¹²³ nikoli dohledem či na základě indikace. Sestra, která nemá specializaci by tento výkon mohla provádět v případě přímého vedení lékaře a navíc pod odborným dohledem sestry specialistky.

Z toho vyplývá, že v názorech na tuto kompetenci se mýlí všichni, kteří udávají možnost „Ano z indikace“ (23,44 %). To jsou podle kontingenční tabulky 10.1.1, která srovnává tuto položku s položkou č. 2 – Vzdělání a která je umístěna v příloze č. 3, 1 sestra VZŠ, 4 sestry s VZŠ SIP, 6 s ARIP, 1 bakalář, 2 bakaláři s ARIP a magistra. Svoje kompetence v praxi překračují taktéž všichni, kteří udávají možnost „Ano z indikace“ (45,31 %), viz. tab. 10.1.2 v příloze č. 3.

Výkon: Extubace tracheální kanyly

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.2a a 10.2b

Tab. 10.2a Extubace tracheální kanyly – kompetence podle respondentů

Extubace	Absolutní počet	%
Ano z indikace	13	20,31
Ano pod vedením	23	35,94
Ne	28	43,75
Celkem	64	100,00

Tab. 10.2b Extubace tracheální kanyly – skutečný výkon kompetence

Extubace	Absolutní počet	%
Ano z indikace	23	35,94
Ano pod vedením	17	26,56
Ne	24	37,50
Celkem	64	100,00

Z celkového počtu 64 respondentů (100,00 %) si 13 (20,31 %) myslí, že extubaci tracheální kanyly může provádět na základě indikace lékaře a 23 osob (35,94 %) se domnívá, že může extubovat pod dohledem lékaře. V praxi ji provádí 23 dotazovaných (35,94 %) z indikace lékaře a 17 (26,56 %) pod jeho přímým

¹²³ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. d)

vedením. O této kompetenci není přesvědčeno 28 odpovídajících (43,75 %) a skutečně ji neprovádí 24 osob (37,50 %).

Podle vyhlášky o činnostech má kompetenci odstranit zavedenou endotracheální kanylu jen sestra pro intenzivní péči a to pod lékařovým přímým vedením.¹²⁴

Takže se opět mýlí všichni, jenž se domnívají, že tuto činnosti mohou provádět z pouhé indikace, tj. 20,31 % – 1 sestra se SZŠ, 1 sestra s VZŠ SIP, záchranář, 5 sester s ARIP, 4 bakaláři a 1 bakalář s ARIP (viz. tab. 10.2.1 v příloze č. 3). Mýlí se také specialistky, které se domnívají, že tuto kompetenci nemají, tj. 6 sester s VZŠ SIP, 4 s ARIP a 1 bakalářka s ARIP (17,19 %). Svoje kompetence pak překračují při neoprávněném výkonu ti, kteří odpověděli „Ano z indikace“ (35,94 %) – viz. tab. 10.2.2 v příloze č. 3.

Výkon: Katetrizace močového měchýře u mužů

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.3a a 10.3b

Tab. 10.3a Katetrizace močového měchýře u mužů

– kompetence podle respondentů

Katetrizace m. m.	Absolutní počet	%
Ano z indikace	28	43,75
Ano pod vedením	3	4,69
Ne	33	51,56
Celkem	64	100.00

Tab. 10.3b Katetrizace močového měchýře u mužů

– skutečný výkon kompetence

Katetrizace m. m.	Absolutní počet	%
Ano z indikace	25	39,06
Ano pod vedením	1	1,56
Ne	28	43,75
Neodpovědělo	10	15,63
Celkem	64	100,00

¹²⁴ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. d)

Odpovědi těch, kteří si myslí, že kompetence mají jsou zastoupeny téměř stejným počtem, jako u těch, jenž si to nemyslí. Malý rozdíl je v těchto dvou skupinách také u praktického provádění výkonu. Z indikace by katetrizaci močového měchýře u mužů provádělo 28 respondentů (43,75 %) a v praxi to uvádí 25 odpovídajících (39,06 %). O působnosti v této oblasti pod vedením lékaře jsou přesvědčeni 3 respondenti (4,69 %), ale ve skutečnosti tak jedná pouze 1 osoba (1,56 %). 33 dotazovaných (51,56 %) se domnívá, že výkon provádět nesmí a 28 (43,75 %) se podle toho řídí. Ve srovnání s ostatními položkami je u této v oblasti praxe velký počet vynechaných odpovědí, tedy 10 respondentů (15,63 %). Není možné určit, z jakého důvodu se k výkonu kompetencí vyjádřili v předchozí tabulce a), která zjišťovala znalosti rozsahu kompetencí a v následující se zdrželi odpovědi.

Katetrizaci močového měchýře u mužů může provádět sestra se specializací pro intenzivní péči a to bez odborného dohledu na základě indikace lékaře.¹²⁵

Z toho vyplývá, že na omylu co do rozsahu kompetencí jsou všechny specialistky, které se domnívají, že výkon je třeba provádět pod dohledem či vůbec ne, tj. 7 sester s VZŠ SIP, 1 záchranář, 9 sester s ARIP a 1 bakalář s ARIP - dohromady 28,13 %. Pletou se také pracovníci bez specializace, kteří se naopak domnívají, že výkon provádět mohou, 8 sester se SZŠ, 4 sestry s VZŠ, 4 bakaláři a magistra, tj. 26,56 % respondentů (viz. tab. 10.3.1 v příloze č. 3). Rozsah své působnosti při provádění tohoto výkonu překračují všechny sestry bez specializace, které výkon provádí. Takže 9 sester se SZŠ, 6 s VZŠ, 2 bakaláři a magistra, tj. 18 dotazovaných (28,13 %) -viz. tab. 10.3.2 v příloze č. 3.

Výkon: Zavádění NGS

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.4a a 10.4b

Tab. 10.4a Zavádění NGS – kompetence podle respondentů

Zavádění NGS	Absolutní počet	%
Ano z indikace	56	87,50
Ano pod vedením	4	6,25
Ne	4	6,25
Celkem	64	100,00

¹²⁵ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. b)

Tab. 10.4b Zavádění NGS – skutečný výkon kompetence

Zavádění NGS	Absolutní počet	%
Ano z indikace	57	89,06
Ano pod vedením	4	6,25
Ne	3	4,69
Celkem	64	100,00

U této položky jsou výsledky více méně jednoznačné. 56 z 64 tázaných (87,50 %) je přesvědčeno, že tato kompetence náleží sestřám z indikace lékaře. 57 respondentů (89,06 %) tak skutečně činí. Pouze 4 dotazovaní (6,25 %) by požadovali a v praxi požadují při zavádění NGS vedení lékaře. Další 4 (6,25 %) by tento úkon neprováděli a 3 odpovídající (4,69 %) to opravdu nedělají.

NGS může podle předpisu¹²⁶ zavádět všeobecná sestra bez odborného dohledu i specialista z indikace lékaře.

Na základě toho usuzuji, že chybně odpověděli pouze respondenti uvádějící výkon pod vedením a úplnou absenci této kompetence v rukou sestry. Tedy 2 sestry se SZŠ, 1 s VZŠ SIP, 3 s ARIP a 1 bakalář, což je 10,94 % (viz. tab. 10.4.1 v příloze č. 3)

Výkon: Zavádění NJS

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.5a a 10.5b

Tab. 10.5a Zavádění NJS – kompetence podle respondentů

Zavádění NJS	Absolutní počet	%
Ano z indikace	7	10,94
Ano pod vedením	3	4,69
Ne	54	84,38
Celkem	64	100,00

¹²⁶ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 3 písm. f)

Tab. 10.5b Zavádění NJS – skutečný výkon kompetence

Zavádění NJS	Absolutní počet	%
Ano z indikace	5	7,81
Ano pod vedením	5	7,81
Ne	53	82,81
Neodpovědělo	1	1,56
Celkem	64	100,00

Také u této položky jsou odpovědi jednoznačné, avšak úplně opačné oproti předchozí. Pouze 7 respondentů (10,94 %) zahrnuje zavádění nasojejunální sondy do působnosti sestry, a to z indikace. V praxi se tím řídí 5 tázaných (7,81 %). 3 oslovení (4,69 %) by NJS zavedlo s vedením lékaře a 5 (7,81 %) to takto skutečně dělá. 54 dotazovaných (84,38 %) si myslí, že tomu tak být nemá a výkon by přenechali lékaři. V praxi sondu nezavádí 53 odpovídajících (82,81 %). V položce týkající se skutečné praxe chyběla 1 odpověď (1,56 %).

Vyhláška o činnostech určující rozsah kompetencí sester zahrnuje NSJ do stejné kategorie jako NGS. Podmínky k provedení tohoto výkonu a zdůvodnění je tedy stejné jakou předchozí položky. Na výsledcích u této položky je ale patrný výše zmiňovaný fakt, že NJS se často zavádí při endoskopiích. Proto jsou odpovědi respondentů tak odlišné od odpovědí z předchozí položky týkající se zavádění NGS.

Takže na omylu je celých 67,19 % respondentů, když uvádí názor na možnost zavádění NJS pouze pod vedením nebo vůbec ne. Jsou to: 15 sester se SZŠ, 7 sester s VZŠ, 13 sester s ARIP, záchranář, magistr a 8 bakalářů, včetně 2 s ARIP – podle tab. 10.5.1 z přílohy č. 3.

Výkon: Změna dávky katecholaminů dle aktuálního stavu pacienta

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.6a a 10.6b

Tab. 10.6a Změna dávky katecholaminů dle aktuálního stavu pacienta

– kompetence podle respondentů

Katecholaminy	Absolutní počet	%
Ano z indikace	48	75,00
Ano pod vedením	4	6,25
Ne	12	18,75
Celkem	64	100,00

Tab. 10.6b Změna dávky katecholaminů dle aktuálního stavu pacienta

– skutečný výkon kompetence

Katecholaminy	Absolutní počet	%
Ano z indikace	56	87,50
Ano pod vedením	3	4,69
Ne	5	7,81
Celkem	64	100,00

Že je indikace lékaře dostatečným pověřením pro změnu dávky katecholaminů sestrou při jejich i. v. podávání, se domnívají celé $\frac{3}{4}$ odpovídajících, což je 48 osob (75,00 %). Celých 87,50 %, tedy 56 respondentů, tak v praxi skutečně jedná. Vedení lékaře by požadovali 4 lidé (6,25 %) a 3 (4,69 %) to dělají. 12 respondentů (18,75 %) z 64 si myslí, že tuto kompetenci nemá a pouze 5 z nich (7,81 %) dávky katecholaminů skutečně nemění.

Z výše uvedeného v podkapitole 2.7.2.2 o indikacích a podávání léků vyplývá, že sestra by, podle vyhlášky o činnostech, mohla manipulovat s dávkou medikamentu pouze v případě, že lékař stanoví rozsah či hranici množství podaného léku nebo uvede, k jakému klinickému stavu pacienta má dávkování vést. Jinak by se jednalo o indikaci ze strany sestry a ta je nepřípustná. Poněvadž byla otázka v dotazníku položena bez specifikace těchto podmínek, nelze její výsledky hodnotit. Kontingenční tabulky 10.6.1 a 10.6.2 jsou i přesto pro zajímavost uvedeny v příloze č. 3.

Výkon: Zvyšování dávek tlumení u pacientů v umělém spánku

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.7a a 10.7b

*Tab. 10.7a Zvyšování dávek tlumení u pacientů v umělém spánku
– kompetence podle respondentů*

Tlumení	Absolutní počet	%
Ano z indikace	44	68,75
Ano pod vedením	4	6,25
Ne	16	25,00
Celkem	64	100,00

*Tab. 10.7b Zvyšování dávek tlumení u pacientů v umělém spánku
– skutečný výkon kompetence*

Tlumení	Absolutní počet	%
Ano z indikace	53	82,81
Ano pod vedením	4	6,25
Ne	7	10,94
Celkem	64	100,00

Až po sběru dotazníků jsem si uvědomila, že možnost odpovědi uvedená v tabulce, je špatně formulovaná. Správně by měla znít: „ Změna dávky látek tlumících vědomí u pacientů v umělém spánku. Jak vyplývá z tabulek, odpovědi byly následující: 44 tázaných (68,75 %) si myslí, že pro výkon tohoto zásahu sestrou stačí indikace a 53 (82,81 %) se podle toho řídí v praxi. 4 respondenti (6,25 %) by dávku měnili pod vedením lékaře, což je stejný počet jako v praxi. 16 odpovídajících (25,00 %) je přesvědčeno, že tyto kompetence nemá. Ve skutečnosti však tento úkon neprovádí jen 7 dotázaných (10,94 %).

Otázka u tohoto výkonu byla položena stejně chybně jako u předchozího, tedy bez specifikace situace, za které by se tak dělo. Jelikož jde o stejnou problematiku z hlediska provádění, nemohu výsledky, stejně jako u předešlé, hodnotit. Opět alespoň uvádím tab. 10.7.1 a 10.7.2 v příloze č. 3.

Výkon: Změna parametrů či ventilačních režimů při UPV

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.8a a 10.8b

Tab. 10.8a Změna parametrů či ventilačních režimů při UPV

– kompetence podle respondentů

UPV	Absolutní počet	%
Ano z indikace	17	26,56
Ano pod vedením	5	7,81
Ne	42	65,63
Celkem	64	100,00

Tab. 10.8b Změna parametrů či ventilačních režimů při UPV

– skutečný výkon kompetence

UPV	Absolutní počet	%
Ano z indikace	24	37,50
Ano pod vedením	8	12,50
Ne	32	50,00
Celkem	64	100,00

Nadpoloviční většina respondentů, tj. 42 (65,63 %) se domnívá, že měnit parametry či režimy při UPV nemůže. Z toho 17 dotazovaných (26,56 %) by tak činilo z indikace lékaře a 5 (7,81 %) pod jeho vedením. Ve skutečném provozu je to 24 osob (37,50 %), které do ventilace zasahují z indikace a 8 (12,50 %) pod vedením lékaře. Těch, kteří parametry či režimy u UPV nemění je v praxi méně, přesná polovina, tj. 32 dotazovaných (50,00 %)

V právních předpisech ani ve vzdělávacích programech pro sestry tyto úkony zmiňovány nejsou, konstatují tedy, že sestra (ani specialistka) takovéto kompetence zřejmě nemá.

Z toho by pak plynulo, že špatně odpověděli všichni, kteří uvedli, že měnit hodnoty na ventilátoru mohou. Jsou to 4 sestry se SZŠ, 3 s VZŠ, 4 s VZŠ SIP, 7s ARIP, 3 bakaláři a magistr, tedy 22 osob (34,38 %) z 64 respondentů – dle tab. 10.8.1 v příloze č. 3. V praxi tak svoje kompetence překračují, ti kdo udali stejnou odpověď: 4 sestry se SZŠ, 5 sester s VZŠ, 10 sester s VZŠ SIP, 8 s ARIP, 4 bakaláři, z toho 1 s ARIP a magistr. Dohromady polovina všech respondentů – 32 (52,00 %).

Výkon: Bronchiální laváž u pacientů na UPV

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.9a a 10.9b

Tab. 10.9a Bronchiální laváž u pacientů na UPV

– kompetence podle respondentů

Laváž dýchacích cest	Absolutní počet	%
Ano z indikace	40	62,50
Ano pod vedením	8	12,50
Ne	16	25,00
Celkem	64	100,00

Tab. 10.9b Bronchiální laváž u pacientů na UPV

– skutečný výkon kompetence

Laváž dýchacích cest	Absolutní počet	%
Ano z indikace	39	60,94
Ano pod vedením	6	9,38
Ne	18	28,13
Neodpovědělo	1	1,56
Celkem	64	100,00

Že je laváž dýchacích cest u pacientů napojených na UPV v kompetencích sestry, si myslí $\frac{3}{4}$ respondentů odpovídajících na tuto položku – 40 z indikace (62,50 %) a 8 pod vedením (12,50 %). V praxi pak tento výkon provádí 39 odpovídajících (60,94 %) z indikace a 6 (9,38 %) pod vedením. Naopak 16 dotazovaných (25,00 %) kladný názor nesdílí a 18 (28,13 %) laváž skutečně neprovádí. K problematice skutečné praxe se jeden respondent (1,56 %) nevyjádřil.

Podle vyhlášky o činnostech může všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace odsávat sekrety z horních cest dýchacích.¹²⁷

Vzhledem k tomu, že možnost samostatného sesterského výkonu bez indikace lékaře nabyta v dotazníku nabídnuta, nelze vyhodnotit správnost odpovědí. Tuto svoji chybu mohou jen nahradit interpretací, která předpokládá, že správná odpověď v názorech na kompetence je z daných alternativ jakékoli „Ano“ nebo spíše „Ano bez vedení, tedy z indikace“. Tak by mělo pravdu 40 respondentů (62,50 %). Podle kontingenční tabulky uvedené v příloze č. 3 je to: 7 sester se SZŠ, 3 s VZŠ, 10 s VZŠ

¹²⁷ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 1 písm. f)

SIP, záchranář, 11 sester s ARIP, 5 bakalářů a všichni 3 bakaláři s ARIP. Kompetence v tomto případě nepřekročí žádná sestra, která laváž provádí, má-li Osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Výkon: Výměna tracheostomické kanyly

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.10a a 10.10b

Tab. 10.10a Výměna tracheostomické kanyly

– kompetence podle respondentů

Výměna tracheostomie	Absolutní počet	%
Ano z indikace	9	14,06
Ano pod vedením	9	14,06
Ne	46	71,88
Celkem	64	100,00

Tab. 10.10b Výměna tracheostomické kanyly

– skutečný výkon kompetence

Výměna tracheostomie	Absolutní počet	%
Ano z indikace	6	9,38
Ano pod vedením	8	12,50
Ne	49	76,56
Neodpovědělo	1	1,56
Celkem	64	100,00

Ve srovnání s hodnocením předchozího výkonu jsou výsledky v názorech téměř opačné. 9 respondentů (14,06 %) se domnívá, že může vyměňovat tracheostomickou kanylu na základě indikace lékaře. Stejný počet pak pod vedením. V praxi tak však činí pouze 6 respondentů (9,38 %) z indikace a 8 (12,50 %) pod vedením lékaře. 46 osob (71,88 %) si myslí, že tento výkon provádět nemůže a 49 (76,56 %) jich to skutečně nedělá. Také u této položky chybí jedna odpověď stran praxe.

Podle vyhlášky o činnostech může všeobecná sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádět nejen ošetření, ale i výměnu tracheostomické kanyly.¹²⁸

Pravdu tedy nemají ti, kteří míní, že je při výměně tracheostomické kanyly nutné přímé lékařovo vedení nebo ti, kdo si myslí, že kompetence k tomuto výkonu jim nenáleží. Což je podle srovnávací tabulky 10.10.1 uvedené v příloze 14 sester se SZŠ, všech 7 sester s VZŠ a všech 14 sester s VZŠ SIP, záchranář, 10 sester s ARIP, 6 bakalářů a všichni 3 bakaláři s ARIP. Dohromady 55 respondentů (85,94 %). Kompetence tedy nejsou, za předpokladu, že jde o registrovaného pracovníka, překračovány nikým, kdo výkon provádí.

Výkon: Nitrožilní aplikace krevních derivátů po kontrole lékařem

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.11a a 10.11b

Tab. 10.11a Nitrožilní aplikace krevních derivátů po kontrole lékařem – kompetence podle respondentů

Transfuze	Absolutní počet	%
Ano z indikace	52	81,25
Ano pod vedením	8	12,50
Ne	4	6,25
Celkem	64	100,00

Tab. 10.11b Nitrožilní aplikace krevních derivátů po kontrole lékařem – skutečný výkon kompetence

Transfuze	Absolutní počet	%
Ano z indikace	52	81,25
Ano pod vedením	9	14,06
Ne	3	4,69
Celkem	64	100,00

Mezi výsledky odpovědí u této položky co do názoru na kompetence a výsledky co do výkonu v praxi panuje vzácná shoda. Stejný počet respondentů, tedy

¹²⁸ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 3 písm. f)

52 (81,25 %) si myslí a také skutečně při své práci provádí nitrožilní aplikaci krevních derivátů po kontrole lékařem.

8 respondentů (12,50 %) si myslí, že je nutné vedení a 9 tázaných (14,06 %) tak v praxi pracuje. Pouze 4 odpovídající (6,25) si nemyslí, že tento výkon spadá do jejich kompetence a 3 (4,69 %) to skutečně nedělají.

V případě podávání krevních derivátů a transfuzí nestačí pouhá indikace, ale je nutný (přímý) odborný dohled lékaře.¹²⁹ Indikace stačí pouze k ošetřování pacienta v průběhu aplikace a jejího ukončení.¹³⁰

Chybné odpovědi v názorech na rozsah působnosti sestry v tomto případě uvedli ti, kdo označili možnosti „Ano indikace“ a „Ne“. Podle tabulky 10.11.1 v příloze č. 3 je to 13 sester se SZŠ, 5 sester s VZŠ, všech 14 sester s VZŠ SIP, záchranář, 13 sester s ARIP, 9 bakalářů, z toho 3 s ARIP a magistr, což je celých 87,50 % respondentů. Svoji působnost pak neprávem rozšiřují ti, kdo provádí výkon z indikace. Jsou to tito: 10 sester se SZŠ, všech 7 sester s VZŠ, všech 14 sester s VZŠ SIP, záchranář, 13 sester s ARIP, 5 bakalářů a 2 bakaláři s ARIP, tedy 52 odpovídajících (81,25 %) – viz. tab. 10.11.2 v příloze č. 3.

Výkon: Defibrilace v případě ohrožení života

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.12a a 10.12b

Tab. 10.12a Defibrilace v případě ohrožení života

– kompetence podle respondentů

Defibrilace	Absolutní počet	%
Ano z indikace	38	59,38
Ano pod vedením	12	18,75
Ne	13	20,31
Celkem	64	100,00

¹²⁹ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 4 písm. a)

¹³⁰ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 4 písm. b)

Tab. 10.12b Defibrilace v případě ohrožení života

– skutečný výkon kompetence

Defibrilace	Absolutní počet	%
Ano z indikace	36	56,25
Ano pod vedením	11	17,19
Ne	17	26,56
Celkem	64	100,00

Více než polovina respondentů, tj. 38 (59,38 %) si myslí, že sestry mohou provádět defibrilaci v případě ohrožení života z indikace. V praxi defibrilaci provádí samostatně 36 respondentů (56,25 %). 12 dotazovaných (18,75 %) se domnívá, že tak může činit pouze pod vedením a 11 (17,19 %) jich tak skutečně pracuje. 13 osob (20,31 %) si myslí, že tyto kompetence nemá. Že defibrilaci nepravidelného srdečního rytmu u pacientů vůbec neprovádí, uvedlo 17 osob (26,56 %).

Provádění kardiopulmonální resuscitace včetně defibrilace je v kompetenci pouze sestry specialistky a to bez indikace či odborného dohledu lékaře.¹³¹ Je to logické, neboť v případě bezprostředního ohrožení života, kdy rozhodují vteřiny a lékař není přítomen, se nedá na indikaci čekat.

Zde opět nastává situace, kdy jsem položila otázku špatně - bez možnosti samostatného sesterského výkonu bez indikace či vedení lékaře. Odpovědi tedy budu hodnotit jako u položky Bronchiální laváž dýchacích cest, tedy s předpokladem, že správná odpověď v názorech na kompetence je z daných alternativ ta „nejsamostatnější“ co do výkonu sestry, tj. „Ano z indikace“. Podle kontingenční tabulky 10.12.1 uváděné v příloze by tak neměli pravdu stran názoru na rozsah kompetencí ti pracovníci bez specializace, kteří si myslí, že defibrilovat mohou a specialisti, kteří by vyžadovali vedení či se k výkonu vůbec nehlásí. Jsou to tito: 10 sester se SZŠ, 4 sestry s VZŠ, 7 bakalářů, magistra, 5 sester s VZŠ SIP, 4 sestry s ARIP a 1 bakalář s ARIP, což je přesná polovina respondentů - 32 osob (50,00 %). Kompetenci překročí výkonem defibrilace sestra bez specializace. Z osob, které odpovídali v tomto šetření to je: 11 sester se SZŠ, 6 sester s VZŠ, 6 bakalářů a magistr, tedy 24 respondentů (37,50 %).

¹³¹ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. a)

Výkon: Extrakce centrálního venózního katétru

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.13a a 10.13b

Tab. 10.13a Extrakce centrálního venózního katétru

– kompetence podle respondentů

CVK	Absolutní počet	%
Ano z indikace	49	76,56
Ano pod vedením	5	7,81
Ne	10	15,63
Celkem	64	100,00

Tab. 10.13b Extrakce centrálního venózního katétru

– skutečný výkon kompetence

CVK	Absolutní počet	%
Ano z indikace	61	95,31
Ano pod vedením	3	4,69
Ne	0	0,00
Celkem	64	100,00

Názory na odstranění zavedeného centrálního venózního katétru sestrou jsou vcelku jednoznačné. Dohromady 54 osob se domnívá, že tento výkon patří do působnosti sestry – z toho 49 lidí (76,56 %) z indikace a 5 (7,81 %) pod vedením lékaře. V praxi ji pak skutečně odstraňuje 61 dotázaných (95,31 %) z indikace a 3 (4,69 %) pod dohledem lékaře. 10 respondentů (15,63 %) si myslí, že tato kompetence náleží lékaři, ale v práci se tím nikdo neřídí.

Ve vyhlášce o činnostech a v obsahu vzdělávacího programu pro získání specializované způsobilosti v oboru ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči¹³² jsou uvedeny pouze možnosti sestry asistovat při zavádění CVK a měřit centrální venózní tlak, toho vyvozují, že extrakce CVK není v působnosti sestry.

Zhodnotím-li nyní odpovědi dle tabulky 10.13.1 z přílohy č. 3, dochází k názoru, že pravdu mají pouze respondenti, kteří uvedli odpověď „Ne“, což je pouhých 10 tázaných (15,63 %). Svoje kompetence pak překračují všichni, kdo

¹³² Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. *Věstník MZČR*, roč. 2006, č. 2, 2006. str. 5

výkon provádějí. Dle tabulky 10.13.2 z výše zmíněné přílohy to jsou všichni respondenti, kteří vyplnili můj dotazník (100,00 %)

Výkon: Ošetření operačních ran a drénů

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.14a a 10.14b

Tab. 10.14a Ošetření operačních ran a drénů

– kompetence podle respondentů

Drény	Absolutní počet	%
Ano z indikace	60	93,75
Ano pod vedením	3	4,69
Ne	1	1,56
Celkem	64	100,00

Tab. 10.14b Ošetření operačních ran a drénů

– skutečný výkon kompetence

Drény	Absolutní počet	%
Ano z indikace	59	92,19
Ano pod vedením	4	6,25
Ne	1	1,56
Celkem	64	100,00

Zde se setkáváme s téměř jednoznačnou shodou v názorech a činech. Pouze 1 respondent (1,56 %) ze sesterské obce by přenechal ošetření ran a pooperačních drénů lékařům a tak se děje i v praxi. Všichni ostatní dotazovaní si myslí, že jde o práci sestry, tedy 60 osob (93,75 %) by tento výkon provádělo na základě indikace lékaře a 3 (4,69 %) pod jeho vedením. Z indikace pak o drény a operační rány pečují ve skutečnosti 59 dotazovaných (92,19 %), pod vedením lékaře 4 (6,25 %).

Ošetření operačních ran a drénů je podle předpisu v působnosti sestry. Při výkonu této činnosti tak sestry své kompetence nepřekračují a v názorech se mýlí pouze 1 sestra se SZŠ, která se domnívá, že tuto kompetenci nemá (viz. tab. 10.14.1 v příloze 3).

Výkon: Plnění ordinací lékaře po telefonické domluvě

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 10.15a a 10.15b

Tab. 10.15a Plnění ordinací lékaře po telefonické domluvě

– kompetence podle respondentů

Telefon	Absolutní počet	%
Ano z indikace	35	54,69
Ano pod vedením	2	3,13
Ne	27	42,19
Celkem	64	100,00

Tab. 10.15b Plnění ordinací lékaře po telefonické domluvě

– skutečný výkon kompetence

Telefon	Absolutní počet	%
Ano z indikace	56	87,50
Ano pod vedením	2	3,13
Ne	6	9,38
Celkem	64	100,00

Velký rozdíl je zřejmý mezi názory na kompetence sester při plnění ordinací lékaře po telefonu a jejich skutečným výkonem v praxi. Ve srovnání těchto dvou tabulek je velmi vysoké procento těch, kteří plní indikaci lékaře po telefonu samostatně, tedy 56 osob (87,50 %) a 35i respondenty (54,69 %), kteří si myslí, že tak mohou činit. Počet dotazovaných, kteří tak si myslí, že je nutné lékařovo vedení a v praxi se tím skutečně řídí je stejný – 2 (3,13 %). Nevím, jak tento výsledek interpretovat, neboť přímé vedení lékaře, který není fyzicky přítomen, si nedokážu představit. Rozdíl v počtu těch, kteří ve skutečnosti ordinace po telefonu neplní, tj. 6 respondentů (9,38 %) a kteří si pouze myslí, že se to dělat nemá, tj. 27 odpovídajících (42,19 %), je relativně vysoký.

Z definice indikace uvedené ve vyhlášce o činnostech¹³³ jsem v teoretické části vyvodila, že indikace není jen písemný předpis, ale že postačuje ústní pověření. Z toho vyplývá, že plněním indikace po telefonické domluvě s lékařem sestra nepřekračuje svoje kompetence.

¹³³ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 2 odst. 1 písm. f)

Za chybnou odpověď považují „Ano pod vedením“ a „Ne“. Takto odpověděly 4 sestry se SZŠ, 2 s VZŠ, 5 s VZŠ SIP, 9 s ARIP, 5 bakalářů, všichni 3 bakaláři s ARIP a také magistr, což je 25 respondentů (45,31 %).

Položka č. 11 „Máte v úmyslu se výkony, které neprovádíte, v budoucnu učit?“

Možnost odpovědi u této uzavřené otázky byly „Ano“ a „Ne“. Výsledky uvádím v tabulce 11.

Tab. 11 Ochota učit se nové výkony

Ochota učit se	Absolutní počet	%
Ano	37	57,81
Ne	27	42,19
Celkem	64	100,00

Pouze 37 respondentů (57,81 %) uvedlo, že mají v úmyslu se výkony, které neprovádí, učit a 27 osob (42,19 %) tento úmysl popřelo.

Položka č. 12 „Podáváte nemocným informace o jejich zdravotním stavu?“

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda sestry zastupují lékaře v oblasti podávání informací. Možnosti odpovědi u této položky byly: „Ano“, „Jen z ošetrovatelského hlediska“ a „Ne“. Odpovědi jsou shrnuty v tabulce 12.

Tab. 12 Podávání informací o zdravotním stavu nemocným

Informace	Absolutní počet	%
Ano	0	0,00
Ošetrovatelské	43	67,19
Ne	21	32,81
Celkem	64	100,00

Z celkového počtu 64 respondentů podává pacientům informace 43 dotazovaných (67,19 %) a to pouze z ošetrovatelského hlediska. Žádné, tedy ani

informace o ošetrovatelské problematice, nepodává svým nemocným 21 tázaných (32,81 %).

Položka č. 13 „Podáváte informace o zdravotním stavu pacienta jeho příbuzným?“

Potenciální překračování kompetencí při komunikaci s blízkými nemocného zjišťovala položka č. 13. Možnosti odpovědi byly stejné jako u předchozí otázky. Výsledky uvádí tabulka 13.

Tab. 13 Podávání informací o zdravotním stavu příbuzným

Informace	Absolutní počet	%
Ano	0	0,00
Ošetrovatelské	35	54,69
Ne	29	45,31
Celkem	64	100,00

Také u této položky odpovědělo všech 64 respondentů. 35 z nich (54,69 %) uvedlo, že podává rodinným příslušníkům pouze informace týkající se ošetrovatelské stránky péče o jejich příbuzného. 29 odpovídajících (45,31 %) uvedlo, že informace nepodává.

Položka č.14 „Máte pocit, že sestry na ARO by měly mít větší kompetence při výkonu své práce?“

Odpovědi na tuto otázku uvádím v tabulce 14.

Tab. 14 Sestry by měly mít větší kompetence

Kompetence	Absolutní počet	%
Ano	32	50,00
Ne	32	50,00
Celkem	64	100,00

32 osob (50,00 %) po rozšíření své působnosti netouží. Vzhledem k tomu, že odpověděli všichni respondenti, na ostatních 32 odpovídajících (50,00 %) zůstává logicky kladná odpověď.

Položka č. 15 „Co by sestřám zvýšení jejich kompetencí přineslo?“

Tato položka byla určena jak pro ty, kteří u předchozí otázky odpověděli kladně, tak i pro respondenty udávající zápornou odpověď. Otázka byla polozavřená a kromě nabízených alternativ umožňovala také navrzení vlastní možnosti v posledním bodu. Možnosti odpovědi, ze kterých si mohli dotazovaní libovolný počet, byly následující:

- a) Vyšší prestiž profese
- b) Osobní uspokojení
- c) Respekt pacientů
- d) Respekt lékařů
- e) Více odpovědnosti
- f) Více pracovních povinností
- g) Jiné:

Výsledky zhodnocení uvádí tabulka 15.

Tab. 15 Přínos zvýšení kompetencí

Přínos kompetencí	Absolutní počet	%
Vyšší prestiž	25	39,06
Osobní uspokojení	15	23,44
Respekt pacientů	6	9,38
Respekt lékařů	15	23,44
Více odpovědnosti	30	46,88
Více povinností	36	56,25
Jiné	2	3,13
Neodpovědělo	8	12,50

Vyšší prestiž profesi sestry by přineslo zvýšení jejich kompetencí podle 25 respondentů (39,06 %). 15 dotazovaných (23,44 %) označilo odpovědi „Osobní uspokojení“ a „Respekt lékařů“. 6 osob (9,38 %) se domnívá, že by zvýšení kompetencí přineslo sestřám větší respekt u pacientů. Možnost „Více odpovědnosti“

si vybralo 30 respondentů (46,88 %). Více než polovina dotazovaných – 36 (56,25 %) si (logicky) myslí, že širší kompetence přináší „Více povinností“. 8 lidí (12,50 %) si nevybralo žádnou možnost a na moji otázku neodpovědělo a pouze 2 (3,13 %) navrhli jinou možnost. A oba se shodli na názoru, že rozšíření kompetencí by sestře přineslo „Více problémů“, které již bohužel nijak nespecifikovali.

Položka č. 16 „Co je, podle Vás, spíše důležitější pro zvýšení kompetencí sester na ARO?“

Možnosti odpovědí byly dány: „Vyšší vzdělání“, „Délka praxe“ nebo „Obojí“. Četnost odpovědí uvádí tabulka 16.

Tab. 16 Význam pro zvýšení kompetencí

Význam zvýšení kompetencí	Absolutní počet	%
Vyšší vzdělání	0	0,00
Délka praxe	15	23,44
Obojí	49	76,56
Celkem	64	100,00

Že by stačilo „pouhé“ vyšší vzdělání k tomu, aby mohla mít sestra vyšší kompetence si nemyslí nikdo z mých respondentů. 15 dotazovaných (23,44 %) zvolilo jako cestu k širší působnosti délku praxe a více než $\frac{3}{4}$ odpovídajících, tedy 49 osob (76,56 %) z celkového počtu 64 se domnívá, že jedno bez druhého je nedostatečné a označilo odpověď „Obojí“. Jak uvádějí kontingenční tabulky 16.1 a 16.2 uvedené v příloze č. 3, nemá ani dosažené vzdělání ani délka praxe na ARO vliv na poměr odpovědí. Ty jsou rovnoměrně rozděleny do všech kategorií.

Položka č. 17 „Myslíte si, že by lékaři uvítali zvýšení sesterských kompetencí?“

Tato otázka zjišťovala subjektivní názor sester, který si jistě vytvořily na základě zkušeností a spolupráce s lékaři. Možnosti odpovědi zněly: „Ano“, „Ne“ nebo „Nevím“. Výsledky jsou shrnuty v tabulce 17.

Tab. 17 Lékaři by uvítali zvýšení sesterských kompetencí

Uvítali	Absolutní počet	%
Ano	31	48,44
Ne	7	10,94
Nevím	26	40,63
Celkem	64	100,00

Velké procento respondentů, 26 (40,63 %), se nedokázalo do role lékaře vžít a nevědělo, jak by lékaři reagovali. Téměř polovina dotazovaných, tj. 31 osob (48,44 %) ze své zkušenosti usuzuje, že lékaři by rozšíření působnosti sester uvítali. Pouze 7 odpovídajících (10,94 %) ze všech 64 si myslí, že by lékaři zvýšení sesterských kompetencí nepřijali kladně.

Položka č. 18 „Jak hodnotíte spolupráci s lékaři?“

Odpovědi na tuto otázku měly dokreslit obraz spolupráce mezi sestrou a lékařem, jejich vzájemný vztah. Možnosti odpovědí byly dané: „Velmi dobrá“, „Uspokojivá“, „Problematická“ nebo „Špatná“. Na rozdíl od lékařů, kteří při vyplňování dotazníku u obdobné otázky udávali více možností, se sestry omezily na volbu jedné odpovědi. Výsledky udává tabulka 18.

Tab. 18 Spolupráce s lékaři

Spolupráce	Absolutní počet	%
Velmi dobrá	13	20,31
Uspokojivá	39	60,94
Problematická	9	14,06
Špatná	3	4,69
Celkem	64	100,00

Je potěšující, že valná většina respondentů uvedla první dvě nabízené možnosti. Jako velmi dobrou označilo spolupráci s lékaři 13 dotazovaných (20,31 %) a jako uspokojivou dokonce celých 39 (60,94 %). Problematický vztah uvádí 9 respondentů (14,06 %). Pouze 3 odpovídající (4,69 %) z celkového počtu 64 uvedli, že s lékaři se jim spolupracuje špatně.

Položka č. 19 „Pokud máte k tomuto tématu připomínku, nad kterou bych se měla pozastavit, prosím, napište ji.“

Otevřená položka měla dát možnost respondentům vyjádřit se k dané problematice. K mému údivu měly z 64 osob, které můj dotazník vyplňovaly, připomínky pouze dvě a to shodné. Označily dotazník za nesrozumitelný a k tématu se dále nevyjádřily. I přesto však na předešlé otázky odpovídali a při hodnocení výsledků jsem shledala, že položené otázky pochopily.

3.4.2 Dotazník pro lékaře

Nyní následuje analýza odpovědí z dotazníků určených lékařům (viz. příloha č. 2).

Položka č. 1 „Souhlasíte s rozšiřováním kompetencí sester na ARO?“

Možnosti odpovědí byly následující: „Ano“, „Ne“ nebo „Nevím“. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 19.

Tab. 19 Rozšiřování kompetencí sester

Rozšíření kompetencí	Absolutní počet	%
Ano	31	72,09
Ne	5	11,63
Nevím	7	16,28
Celkem	43	100,00

Na první otázku odpověděli všichni respondenti – 43 lékařů (100,00 %). Celých 72,09 %, tedy 31, respondentů se domnívá, že by sestry měly mít širší působnost ve své práci. S rozšiřováním sesterských kompetencí nesouhlasí pouze 5 lékařů (11,63 %). 7 dotazovaných (16,28 %) neví, jak se k problematice postavit.

Položka č. 2 „Provádí sestry na Vašem pracovišti výkony nad rámec svých kompetencí?“

Alternativy odpovědí byly stejné jako u té předchozí. Výsledky uvádí tabulka 20.

Tab. 20 Sestry překračují kompetence

Překračují	Absolutní počet	%
Ano	16	37,21
Ne	18	41,86
Nevím	9	20,93
Celkem	43	100,00

16 odpovídajících (37,21 %) udává, že sestry na jejich ARO překračují při výkonu profese svoje kompetence. Že tak sestry nečiní, se domnívá 18 respondentů

(41,86 %). Přehled o práci sester a jejím rozsahu zřejmě nemá 9 lékařů (20,93 %) ze všech, kteří vyplnili můj dotazník.

Pokud srovnáme první dvě otázky, shledáme, že drtivá většina těch, kteří tvrdí, že sestry překračují svoje kompetence si také myslí, že tyto by měly být širší. A myslí si to také ti, kdo překračování popírají. Výsledky ukazuje kontingenční tabulka 20.1.

Tab. 20.1 Sestry překračují kompetence : Rozšiřování kompetencí sester

	Ano	Ne	Nevím
Ano překračují	11	2	3
Nepřekračují	15	2	1
Nevím	5	1	3

Položka č. 3 „Jak na tuto skutečnost reagujete?“

Odpovědi na otázku byly nabídnuty. Jsou to tyto:

- a) Dostávám se do konfliktu
- b) Toleruji to
- c) Jsem rád/a, že jsou sestry schopné

Výsledky uvádí tabulka 21.

Tab. 21 Reakce lékařů na překračování kompetencí sestrami

Reakce	Absolutní počet	%
Konflikt	4	9,30
Tolerance	8	18,60
Schvaluji	24	55,81
Neodpovědělo	7	16,28
Celkem	43	100,00

Počet 4 respondentů (9,30 %) uvádějící, že se v situaci, kdy sestra překračuje svoje kompetence, lékař dostává do konfliktu s ní, považují za velmi nízký. Toto číslo ovšem koreluje s počtem lékařů, kteří nesouhlasí s rozšířením rozsahu sesterské práce uvedeném v tabulce 19. Možnost „Tolerance“ pokládám za odpověď ve smyslu: „příliš se mi to nelíbí, ale nezasahuji proti tomu“. Takto odpovědělo 8 lidí (18,60 %). Více než polovina lékařů, tj. 24 (55,81 %) z ARO překračování

kompetencí sestrami schvaluje. 7 respondentů (16,28 %) neodpovědělo. Z toho jde o 6 lékařů odpovídající ve druhé otázce „Ne“ a 1 u předchozí otázky nevěděl, zda sestry kompetence překračují (dle tab. 21.1 v příloze č. 3)

Položka č. 4 „Pokud sestry překračují své kompetence, z jakého důvodu tak, podle Vás, čini?“

Odpovědi byly opět nabídnuty, ale s možností uvedení vlastní alternativy v posledním bodu:

- a) Jde o zvyklost našeho pracoviště
- b) Vyžadují to po nich
- c) Sestry své kompetence považují za nízké, a proto si je samy zvyšují
- d) Jiné

Někteří odpovídající zvolili i více možností současně. Odpovědi shrnuje tabulka 22.

Tab. 22 Důvody překračování kompetencí sestrami

Důvody	Absolutní počet	%
Oddělení	17	39,53
Lékař	4	9,30
Sama	11	25,58
Jiné	4	9,30
Neodpovědělo	16	37,21

17 dotazovaných (39,53 %) uvedlo, že sestry se neřídí předpisy, protože je to běžnou praxí na jejich pracovišti. 4 lékaři (9,30 %) napsali, že to po sestrách vyžadují. 11 tázaných (25,58 %) se domnívá, že sestry tak činí z vlastní iniciativy, protože své kompetence považují za nízké. Jiné varianty byly 2 a shodli se na nich 4 respondenti (9,30 %). Uvádím je v tabulce 22.1. Na položenou otázku neodpovědělo 16 osob (37,21 %) a byly z těch, kteří si myslí, že sestry kompetence nepřekračují.

Tab. 22.1 Jiné z důvodů překračování kompetencí sestrami

Důvody	Absolutní počet
Nedostatek personálu	3
Neschopnost lékaře	1
Celkem	4

Položka č. 5 „Jak vnímáte spolupráci se sestrami na vašem oddělení?“

Stejně jako v sesterském dotazníku zjišťovala tato otázka úroveň vzájemných vztahů mezi lékaři a sestrami na pracovišti. Možnosti odpovědí byly následující: „Velmi dobrá“, „Uspokojivá“, „Problématická“ nebo „Špatná“. Na rozdíl od sester, které volily vždy jen jednu odpověď, udávali lékaři více možností. Výsledky udává tabulka 23.

Tab. 23 Spolupráce se sestrami

Spolupráce	Absolutní počet	%
Velmi dobrá	24	55,81
Uspokojivá	19	44,19
Problématická	4	9,30
Špatná	0	0,00

Výsledky v této tabulce jsou, stejně jako u dotazníků vyplňovaných sestrami v obdobné otázce, potěšující. 24 lékařů (55,81 %) označilo spolupráci se sestrami jako velmi dobrou. Uspokojivá je vzájemná spolupráce podle 19 respondentů (44,19 %). Za problématickou ji označili pouze 4 dotazovaní (9,30 %). Odpověď „Špatná“ ne zvolil nikdo.

Srovnám-li výsledky analýzy této položky s výsledky stejné položky ze sesterského dotazníku (položka č. 18) docházím ke konstatování, že vzájemná spolupráce se mnohem pozitivněji jeví lékařům. Kladně, tedy jako velmi dobrou či uspokojivou, ji hodnotí 100,00 % lékařů, ale jen 81,25 % sester. Spíše záporně (problématicky) se pak jeví pouze 9,30 % lékařů. (Jak jsem uvedla výše, lékaři označili i více odpovědí současně a tak je počet odpovědí v jejich dotaznících vyšší než celkový počet respondentů.) Problématická a dokonce i špatná připadá spolupráce s lékaři 18,75 % sester.

Položka č. 6 Který z uvedených výkonů přenecháváte kompetencím sester, případně jej provádějí pod přímým vedením lékaře, a který z výkonů zůstává nadále výhradně v kompetenci lékaře.

Pod touto položkou, která zjišťovala povědomí lékařů o kompetencích sester, byla v lékařském dotazníku uvedena totožná tabulka jako v sesterském. V té si měli dotazovaní vybrat z nabízených možností a označit je křížkem. Byly zde vypočítány stejné výkony, jež by mohly být potenciálně diskutabilní stran kompetencí osoby, která je provádí. Jak je zřejmé ze znění otázky, měli respondenti uvést, zda si myslí, že uvedené výkony spadají do jejich působnosti či nikoli a za jakých podmínek.

Výkon: Punkce arterie

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.1.

Tab. 24.1 Punkce arterie z pohledu lékařů

Punkce arterie	Absolutní počet	%
Lékař	20	46,51
Sestra	10	23,26
Vedení	12	27,91
Neodpověděl	1	2,33
Celkem	43	100,00

Téměř polovina lékařů, kteří odpověděli, tj. 20 (46,51 %), si myslí, že punktovat arterii má pouze lékař. 10 dotazovaných (23,26 %) přenechává výkon na odpovědnosti sestry a 12 respondentů (27,91 %) sestry při výkonu vede. 1 osoba (2,33 %) se nevyjádřila.

Jak bylo již výše zmiňováno, punkci arterie může provádět pouze sestra pro intenzivní péči a to k jednorázovému odběru krve nebo invazivní monitoraci krevního tlaku a to jen pod přímým vedením lékaře¹³⁴ nikoli dohledem či na základě indikace. Takže za pravdu lze dát pouze 27,91 % respondentům.

¹³⁴ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. d)

Výkon: Extubace tracheální kanyly

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.2.

Tab. 24.2 Extubace tracheální kanyly z pohledu lékařů

Extubace	Absolutní počet	%
Lékař	16	37,21
Sestra	5	11,63
Vedení	22	51,16
Celkem	43	100,00

Podle názoru 16 lékařů (37,21 %) může tento výkon provádět pouze lékař. Jen 5 dotazovaných (11,63 %) si myslí, že jde o kompetenci sestry. Nejvíce, tedy 22, respondentů (51,16 %) si myslí, že sestra by měla být při výkonu vedena.

Podle vyhlášky o činnostech má kompetenci odstranit zavedenou endotracheální kanylu jen sestra pro intenzivní péči a to pod lékařovým přímým vedením.¹³⁵ Takže povědomí o rozsahu práce sester má podle této tabulky polovina (51,16 %) lékařů.

Výkon: Katetrizace močového měchýře

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.3.

Tab. 24.3 Katetrizace močového měchýře z pohledu lékařů

Katetrizace m.m.	Absolutní počet	%
Lékař	15	34,88
Sestra	23	53,49
Vedení	5	11,63
Celkem	43	100,00

15 lékařů (34,88 %) se domnívá, že výkon má zůstat v jejich kompetenci. Více než polovina – 23 (53,49 %), si myslí, že výkon může provádět sestra a 5 dotazovaných (11,63 %) požaduje vedení.

Dle vyhlášky o činnostech může katetrizaci močového měchýře u mužů provádět sestra se specializací pro intenzivní péči a to bez odborného dohledu na

¹³⁵ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. d)

základě indikace lékaře.¹³⁶ Takže lékaři tento výkon mohou specialistkám s klidným svědomím přenechat i bez osobního dohledu.

Výkon: Zavádění NGS

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.4.

Tab. 24.4 Zavádění NGS z pohledu lékařů

NGS	Absolutní počet	%
Lékař	2	4,65
Sestra	38	88,37
Vedení	3	6,98
Celkem	43	100,00

Výsledky analýzy odpovědí na tuto otázku jsou jednoznačné. Pouze 2 dotazovaní (4,65 %) zavádějí NGS sami. Dalších 38 respondentů (88,37 %) přenechává výkon sestřím a 3 lékaři (6,98 %) sestry při výkonu vedou.

NGS může podle předpisu¹³⁷ zavádět všeobecná sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, což znamená, že valná většina (88,37 %) lékařů v této oblasti kompetence sestry zná.

Výkon: Zavádění NJS

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.5.

Tab. 24.5 Zavádění NJS z pohledu lékařů

NJS	Absolutní počet	%
Lékař	29	67,44
Sestra	9	20,93
Vedení	3	6,98
Neodpověděli	2	4,65
Celkem	43	100,00

Vysoký počet lékařů, tj 29 (67,44 %), kteří považují zavádění NJS za svoji kompetenci koreluje s výsledky odpovědí týkající se stejného výkonu v sesterském

¹³⁶ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. b)

¹³⁷ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 3 písm. f)

dotazníku. Sestře by přenechalo výkon 9 dotazovaných (20,93 %) a 3 (6,98 %) by tak činili s vedením. 2 respondenti (4,65 %) na otázku neodpověděli.

Stejně jako NGS může všeobecná sestra zavádět i NJS na základě indikace lékaře. Jak jsem již výše zmínila rozdíl v odpovědích u obou těchto položek je dán zkušenostmi z praxe, kdy se NJS zavádí pod endoskopickou kontrolou, což logicky není v kompetenci sestry.

Výkon: Změna dávky katecholaminů dle aktuálního stavu pacienta

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.6.

Tab. 24.6 Změna dávky katecholaminů z pohledu lékařů

Katecholaminy	Absolutní počet	%
Lékař	3	6,98
Sestra	31	72,09
Vedení	9	20,93
Celkem	43	100,00

Pouze 3 oslovení (6,98 %) uvedli, že měnit dávky katecholaminů v průběhu jejich podávání může pouze lékař. Ostatní manipulaci s dávkou nechávají na sestře. 31 lékařů (72,09 %) by zřejmě pouze indikovalo, 9 (20,93 %) by sestru vedlo.

Jak jsem již výše uvedla a zdůvodnila, z vyhlášky o činnostech vyvozují, že sestra může měnit dávky katecholaminů dle aktuálního stavu nemocného z indikace lékaře, ovšem pouze za předpokladu specifikace situace. Z výsledku odpovědí u této otázky tak zřejmě soudí i většina lékařů (72,09 %).

Výkon: Zvyšování dávek tlumení u pacientů v umělém spánku

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.7.

Tab. 24.7 Změna dávky tlumení z pohledu lékařů

Tlumení	Absolutní počet	%
Lékař	10	23,26
Sestra	11	25,58
Vedení	20	46,51
Neodpověděli	2	4,65
Celkem	43	100,00

10 respondentů (23,26 %) reguluje dávky medikamentu tlumícího vědomí samo, ostatní to přenechávají sestřám. 11 lékařů (25,58 %) při výkonu této činnosti sestře popřeje samostatnosti. Necelá polovina všech odpovídajících, tedy 20 osob (46,51 %), vyžaduje kontrolu v podobě vedení.

Změnu dávky tlumících látek zahrnuji do stejné problematiky jako manipulaci s dávkou katecholaminů a také ji stejně hodnotím. Výsledky v tabulce u této položky však s tím, co vyvozují z vyhlášky o činnostech, nesouhlasí. Ukazují, že lékaři by si raději tento úkon, na rozdíl od předchozího nechali přece jen pod svojí kontrolou i v případě, že by jej prováděla sestra.

Výkon: Změna parametrů či ventilačních režimů při UPV

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.8.

Tab. 24.8 Změna parametrů UPV z pohledu lékařů

UPV	Absolutní počet	%
Lékař	32	74,42
Sestra	1	2,33
Vedení	10	23,26
Celkem	43	100,00

Také v tomto případě lze vidět neochotu lékařů ponechávat zasahování do UPV sestře. 32 z nich (74,42 %) se domnívá, že výkon spadá do jejich působnosti. Pouhý 1 oslovený (2,33 %) změnu parametrů či ventilačních režimů zcela svěřuje sestře a 10 (23,26 %) tak činí s vlastním vedením.

Jak jsem se zmínila v teoretické části i u analýzy stejné otázky ze sesterského dotazníku, sestra kompetence manipulovat takto s ventilátorem zřejmě nemá a reakce lékařů vyplývající z této tabulky je naprosto opodstatněná.

Výkon: Bronchiální laváž u pacientů na UPV

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.9.

Tab. 24.9 Bronchiální laváž z pohledu lékařů

Laváž	Absolutní počet	%
Lékař	19	44,19
Sestra	19	44,19
Vedení	4	9,30
Neodpověděl	1	2,33
Celkem	43	100,00

V odpovědích u této otázky se lékaři rozdělili ve svých názorech do dvou téměř stejně zastoupených táborů, které mají odlišný názor. 19 z nich (44,19 %) si myslí, že bronchiální laváž je výhradně jejich práce. Dalších 19 (44,19 %) tento výkon považuje za kompetenci sesterskou. 4 dotazovaní (9,30 %) v případě, že sestra laváž provádí, chtějí vést. A jeden respondent (2,33 %) se k této problematice nevyjádřil.

Všeobecná sestra může podle předpisu provádět bronchiální laváž bez indikace či vedení a tak nelze souhlasit se všemi lékaři, kteří sestry k tomuto výkonu vůbec nepouštějí (44,19 %), nebo vyžadují dohled (9,30 %) nad jejich prací.

Výkon: Výměna tracheostomické kanyly

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.10.

Tab. 24.10 Výměna tracheostomické kanyly z pohledu lékařů

Tracheostomie	Absolutní počet	%
Lékař	27	62,79
Sestra	7	16,28
Vedení	9	20,93
Celkem	43	100,00

Většina lékařů, tj. 27 (62,79 %), si myslí, že vyměňovat tracheostomickou kanylu je výhradně v jejich kompetenci. 7 oslovených (16,28 %) přenechává výkon sestram. 9 (20,93 %) z celkového počtu 43 respondentů se domnívá, že sestry mohou tento výkon provádět pod vedením lékaře.

Podle vyhlášky o činnostech může provádět výměnu tracheostomické kanyly všeobecná sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře.¹³⁸

Tudíž nesouhlasím s lékaři, kteří se domnívají, že je nutné sestru při výkonu vést (20,93 %) či nesvěřit ji tuto kompetenci vůbec (62,79 %). Dlužno ovšem dodat, že podobné názory na provádění tohoto výkonu panují i mezi sestrami (srov. tab. 10.10a)

Výkon: Nitrožilní aplikace krevních derivátů po kontrole lékařem

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.11.

Tab. 24.11 Nitrožilní aplikace krevních derivátů z pohledu lékařů

Transfuze	Absolutní počet	%
Lékař	3	6,98
Sestra	32	74,42
Vedení	8	18,60
Celkem	43	100,00

O i. v. podávání krevních derivátů není mezi sestrami a lékaři sporu. Pouze 3 respondenti z řad lékařů (6,98 %) považují tento výkon pouze za svoji kompetenci. Většina – 32 (74,42 %) se jich pak domnívá, že jde o práci sestry. 8 odpovídajících (18,60 %) uvedlo, že výkon může sestra provádět pouze pod vedením.

Tato shoda mezi oběma profesemi bohužel nemá oporu v předpisu určujícím rozsah práce sestry. Vyhláška o činnostech říká, že krevní deriváty a transfuze může sestra aplikovat pod (přímým) odborným dohledem lékaře, tedy vedením.¹³⁹ Indikace by postačovala pouze k ošetřování pacienta v průběhu aplikace a jejího ukončení.¹⁴⁰

¹³⁸ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 3 písm. f)

¹³⁹ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 4 písm. a)

¹⁴⁰ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 4 odst. 4 písm. b)

Výkon: Defibrilace v případě ohrožení života

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.12.

Tab. 24.12 Defibrilace z pohledu lékařů

Defibrilace	Absolutní počet	%
Lékař	7	16,28
Sestra	29	67,44
Vedení	7	16,28
Celkem	43	100,00

Při analýze odpovědí na tuto otázku mě překvapila emancipovaná reakce lékařů, i když sestry odpovídaly obdobně. Výsledky jsou jistě ovlivněny bohatými zkušenostmi právě z pracoviště, kde se defibrilace provádí častěji, než na jiných odděleních. Jen 7 lékařů (16,28 %) sestrám defibrilaci nesvěřuje. Dalších 29 z nich (67,44 %) tento úkon klidně sestrám přenechává. Vedení při defibrilaci nepravidelného rytmu v rámci záchrany nemocného požaduje 7 lékařů (16,28 %), pokud ji provádí sestra.

Jak jsem již uvedla výše, kardiopulmonální resuscitace včetně defibrilace spadá do kompetence sestry specialistiky a to bez indikace či odborného dohledu lékaře.¹⁴¹ Dávám tedy za pravdu 67,44 % lékařů reagujících na tuto otázku. Volba jiných možností odpovědi v tomto případě však také může znamenat, že lékaři spolupracují se sestrami, které nejsou specializované pro práci na ARO, a tudíž kompetenci k defibrilaci nemají.

Výkon: Extrakce centrálního venózního katétru

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.13.

Tab. 24.13 Extrakce CVK z pohledu lékařů

CŽK	Absolutní počet	%
Lékař	3	6,98
Sestra	35	81,40
Vedení	5	11,63
Celkem	43	100,00

¹⁴¹ Vyhláška č. 424/2004 Sb. § 49 odst. 1 písm. a)

Velká většina respondentů, tj. 35 (81,40 %), přenechává odstranění zavedeného CVK sestřím. Pouze 3 lékaři (6,98 %) by tento výkon raději provedli sami. 5 oslovených (11,63 %) sestry při výkonu vede.

Již dříve jsem uvedla, že dle mého názoru není extrakce CVK v působnosti sestry. Konstatuji tedy, že většina lékařů, stejně jako sestry, neznají rozsah sesterských kompetencí.

Výkon: Ošetření operačních ran a drénů

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.14.

Tab. 24.14 Ošetření drénů a ran z pohledu lékařů

Drény	Absolutní počet	%
Lékař	0	0,00
Sestra	32	74,42
Vedení	11	25,58
Celkem	43	100,00

K ošetřování operačních ran a pooperačních drénů se lékaři vůbec neznají. Valná většina z nich, tedy 32 osob (74,42 %), zařazuje tuto činnost do sesterských kompetencí. 11 lékařů (25,58 %) při ošetřování sestry vede.

Ošetření operačních ran a drénů je podle předpisu v působnosti sestry. Konstatuji tedy, že, stejně jako sestry, mají lékaři v tomto ohledu co do kompetencí jasno.

Výkon: Plnění ordinací lékaře po telefonické domluvě

Výsledky šetření u této položky uvádí tabulka 24.15.

Tab. 24.15 Plnění ordinací po telefonu z pohledu lékařů

Telefon	Absolutní počet	%
Lékař	2	4,65
Sestra	34	79,07
Vedení	4	9,30
Neodpověděli	3	6,98
Celkem	43	100,00

Nesprávná formulace této otázky způsobuje špatnou hodnotitelnost výsledků jejích odpovědí. I tak se domnívám, že většina lékařů porozuměla tomu, co jsem touto položkou chtěla zjistit. Správně položená otázka by zněla: Je podle Vás přípustné, aby sestra prováděla výkony na základě telefonické indikace? 2 lékaři (4,65 %) označili možnost „Lékař“ a jeden z nich připsal poznámku, že plnění indikací po telefonu je ze strany sestry „nepřípustné“. 34 respondentů (79,07 %) označilo možnost „Sestra“. Tuto odpověď interpretuji jako souhlas s tím, že sestra vykonává práci po telefonické domluvě s lékařem. Možnost „vedení“ v tomto případě není prakticky realizovatelná a 4 odpovídající (9,30 %) řadím mezi ty, jež otázku nepochopili tak, jak jsem ji měla správně formulovat. 3 respondenti se k položce nevyjádřili.

Jak jsem již uvedla v předchozím textu, plněním indikace po telefonické domluvě s lékařem sestra, podle mne, nepřekračuje svoje kompetence. A za pravdu mi dává 79,07 % lékařů odpovídajících na můj dotazník.

3.5 Diskuze

Charakteristiku respondentů mohu shrnout do následujících dat. Nejvíce zastoupena byla skupina sester ve věku od 21 do 25 let počtem 27 osob. Zastoupení respondentů v sousedních dvou skupinách, tedy věk 20 let a méně a 26 až 30 let, je v porovnání s ostatními podobné. Z mého pohledu jsou tyto výsledky logické vzhledem k charakteru práce na ARO. Starší zaměstnanci odchází (většinou z rodinných důvodů) na pracoviště s menší zátěží. Pracovat na oddělení intenzivní medicíny ve věku 45 a 47 let, což byl případ respondentek z poslední skupiny, považuji za obdivuhodné z hlediska fyzické i psychické kondice. Věkový průměr respondentů je 25,31 let.

Co se týká vzdělání, téměř polovinu pracovníků, kteří vyplňovali můj dotazník, tvoří sestry se specializací pro práci na ARO (SIP 21,88 % + záchranář 1,56 % + ARIP 21,88 % + Bc.+ARIP 4,69 %). Překvapilo mne, že celá čtvrtina sester (25,00 %) má pouze středoškolské vzdělání bez specializace. Také jsem neočekávala tak vysoký podíl vysokoškolsky vzdělaných sester. Bakalářek a magister mezi mými respondenty bylo dohromady 18,75 %. Z případu 3 oslovených (4,69 %), které uvedly jak bakalářský titul, tak specializaci, není bohužel zřejmé, v jakém pořadí odbornost získávaly. Zda šlo o již specializované pracovnice, které si chtěly doplnit vysokoškolské vzdělání, nebo o vysokoškolačky, jež okolnosti donutily doplnit si specializaci. Opomenutí uvést do výběru možností i profesi zdravotnického záchranáře považuji za svoji významnou chybu. Neboť nyní již není možné zjistit, zda vzdělání specifikovali a můj nedostatek doplnili všichni respondenti, kterých se to týkalo, nebo zůstali skryti pod kolonkou VZŠ či Bc. Dále mohu konstatovat, že většina osob (71,88 %) odpovídajících na můj dotazník považuje svoji kvalifikaci a dosažené vzdělání za dostatečné. I když je tento pocit oprávněný pouze u specialistek, kterých už je jen 45,31 %.

Průměrná odpracovaná doba všech respondentů je 9,66 let. Průměrná doba odpracovaná na ARO je 6,73 let. 92,19 % všech, kteří odpovídali na položené otázky má Osvědčení o výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Analýza obou dotazníků přinesla následující výsledky:

Více než polovina sester (57,82 %) uvádí, že se při výkonu své profese dostává do rozporu se stanovenými kompetencemi a to převážně z toho důvodu, že je to běžnou praxí na jejich pracovišti. Překračování sesterských kompetencí vypadá v očích lékařů poněkud jinak. 37,21 % lékařů, si myslí, že sestry tak jednají a to ze stejného důvodu, který uvedly sestry. 20,93 % lékařů pak vůbec nemá přehled o rozsahu práce sester. Více než polovina lékařů (55,81 %) z ARO překračování kompetencí sestrami schvaluje.

Při analýze názoru na kompetence u konkrétních výkonů a jejich provádění ve skutečné praxi se pak jasně ukázalo, zda sestry svoje pravomoci znají a zda podle toho opravdu jednají. A zda je znají také lékaři.

Kompetence při punkci arterie nezná 23,44 % sester a 69,77 % lékařů. 45,31 % sester při provádění tohoto výkonu překračuje kompetence.

Působnost sestry při extubaci tracheální kanyly uvádí v omyl 37,50 % sester a 48,84 % lékařů. Svoje kompetence v praxi překračuje 35,94 %.

Kompetence sester u katetrizace močového měchýře u mužů nevede v patrnosti 54,69 % sester a 46,51 % lékařů. 28,13 % sester tento výkon provádí neoprávněně.

Zavádění NGS je jasné většině respondentů. Kompetence nezná pouze 10,94 % sester a 11,63 % lékařů. Žádná ze sester svoje kompetence v tomto případě nepřekračuje, neboť jsou plně kompetentní výkon provádět.

O zavádění NJS co do rozsahu působnosti sestry nemá správné mínění 67,19 % sester a 74,42 % lékařů. Ovšem, stejně jako u předchozího výkonu, své kompetence nepřekračuje nikdo.

Změna dávky katecholaminů. Poněvadž byla otázka v dotazníku položena bez specifikace podmínek, za kterých je možno provádět výkon z indikace, nelze její výsledky hodnotit.

Obdobná problematika dávkování léku, tentokrát tlumícího vědomí, vyvolává poněkud odlišné reakce. Stejná chyba při formulaci otázky však činí výsledky nehodnotitelnými.

Kompetence sestry při změně parametrů či ventilačních režimů při UPV nezná 34,38 % z nich a 25,59 % lékařů. Ovšem celých 52,00 % sester podle svých znalostí nejedná a pracuje nad rámec svých kompetencí.

O kompetencích při provádění bronchiální laváže u pacientů na UPV nemá správné povědomí 37,50 % sester a 55,81 % lékařů. Sestry při tomto výkonu v praxi svoje kompetence neporušují.

Výměna tracheostomické kanyly je výkon, u jehož provádění je na omylu, stran kompetencí sester, 85,94 % z nich a 83,72 % lékařů. Kompetence však sestry nepřekračují.

O správném rozsahu působnosti sester při nitrožilní aplikaci krevních derivátů po kontrole lékařem nemá představu 87,50 % sester a 81,40 % lékařů. Celých 81,25 % sester, které odpovídaly v dotazníku, překračuje při aplikaci transfuze rámec svých kompetencí.

Defibrilace v případě ohrožení života jakožto téma kompetence sester uvádí v omyl 50,00 % sester a 32,56 % lékařů. Kompetenci při defibrilaci překročí 37,50 % sester.

Kompetence sester při extrakci centrálního venózního katétru nezná 84,37 % sester a 81,40 % lékařů. Kompetence překračují všechny dotazované sestry.

Na působnost sester při ošetření operačních ran a drénů nemá správný názor pouze 1,56 % sester a 25,58 % lékařů. Sestry kompetence nepřekračují.

Plnění ordinací lékaře po telefonické domluvě uvádí v oblasti kompetencí sester v omyl - 45,31 % sester a 25,58 % lékařů. Nikdo ze sesterských respondentů rozsah svojí působnosti nepřekračuje.

67,19 % sester podává informace pacientům pouze z ošetrovatelského hlediska. Žádné, tedy ani informace o ošetrovatelské problematice, nepodává svým nemocným 32,81 %. Tuto skutečnost si lze vyložit jako nepochopení položené otázky, nebo jako smutný fakt, že sestry s pacienty vůbec nekomunikují. Pouze 54,69 % sester podává informace rodinným příslušníkům a to jen ty, které se týkají ošetrovatelské stránky péče. 45,31 % uvedlo, že informace nepodává, tedy zřejmě nechává komunikaci s rodinou v rukou lékaře. Ze strany mých respondentů nedochází k překračování kompetencí tím, že by hovořily s nemocným na téma, které jim nepřísluší.

Domnívala jsem se, že sestry jsou ochotné učit se novým věcem. Výsledky mého šetření tomu ale nenavštědčují. Pouze 57,81 % uvedlo, že má v úmyslu se výkony, které neprovádí, učit. Na druhou stranu by to ovšem nemuselo znamenat, že

sestry se nechtějí zdokonalovat ve své práci, ale to, že nepovažují za nutné učit se prakticky provádět něco, co není v jejich kompetenci. Dále jsem si myslela, že na základě hlubšího teoretického vzdělání a rozsáhlejších praktických dovedností budou očekávat také zvýšení svých kompetencí. Procento těch respondentů, kteří po rozšíření své působnosti netouží, je podle mne vysoké 50,00 %. Ovšem 48,44 % ze své zkušenosti usuzuje, že lékaři by rozšíření kompetencí sester uvítali. A lékaři v dotazníku reagují 72,09 % hlasů pro.

Více než polovina dotazovaných sester – 56,25 % si (logicky) myslí, že širší kompetence přináší více povinností, 39,06 % hlasuje pro vyšší prestiž profese sestry a podle 46,88 % se zvyšuje odpovědnost.

Že by stačilo „pouhé“ vyšší vzdělání k tomu, aby mohla mít sestra vyšší kompetence, si nemyslí nikdo. 76,56 % se domnívá, že vzdělání bez praktických zkušeností je pro dosažení širší působnosti sestry nedostatečné.

Vzájemná spolupráce mezi sestrami a lékaři je ze strany sester hodnocena jako velmi dobrá ve 20,31 % a jako uspokojivá dokonce v 60,94 % odpovědí sester. A lékaři označují spolupráci se sestrami jako velmi dobrou v 55,81 % a uspokojivá se jeví 44,19 %.

4 ZÁVĚR

Cílem této závěrečné práce bylo zjistit povědomí sester a lékařů pracujících na pracovištích ARO o rozsahu sesterských kompetencí. Další úkol, který jsem si stanovila, bylo zmapovat soulad mezi právním a faktickým stavem činností sester na těchto pracovištích, eventuální překračování jejich kompetencí a postoj lékařů k danému stavu. Domnívám se, že stanovené cíle jsem splnila vyhodnocením dotazníků a analýzou výsledků uvedenou v předchozí kapitole.

Hypotéza č. 1, která vyjadřovala moje přesvědčení, že zdravotní sestry pracující na ARO neznají rozsah svých kompetencí stanovených právními normami, se nepotvrdila. Chybných odpovědí ohledně kompetencí sester bylo z jejich strany jen 46,46 %.

Hypotéza č. 2 o tom, že zdravotní sestry pracující na ARO překračují své kompetence, se taktéž nepotvrdila. Ani v tomto případě to nebyla ani polovina respondentů (48,25 %), kteří uvedli překračování svých kompetencí.

Hypotéza č. 3 založená na předpokladu, že nejvýznamnějším důvodem překračování sesterských kompetencí v praxi je neznalost právních norem, se potvrdila. Necelá polovina respondentů, kteří projevíli nepřesnou znalost rozsahu kompetencí sester, tak dle mého názoru činila na základě toho, že nejsou dobře obeznámeni s předpisy, jimiž se tyto otázky řídí.

Hypotéza č. 4, která tvrdila, že sestry se, podle mého názoru, chtějí učit novým praktickým postupům a prohlubovat své teoretické znalosti, se rovněž nepotvrdila. 57,81 % sester se sice hodlá učit výkony, které ještě neumí (podle výsledků analýzy položky č. 11). Ale pouze 23,44 % považuje svoje vzdělání za nedostatečné pro práci na ARO a chce se dále vzdělávat (dle položky č. 3).

Hypotéza č. 5: „Myslím si, že většina lékařů pracujících na ARO nezná rozsah kompetencí sester, proto jejich překračování toleruje“, se nepotvrdila. Nejde o většinu, ale pouze polovinu (50,70 %) lékařů, kteří v dotazníku odpověděli na kladené otázky stran sesterských kompetencí chybně.

Většina hypotéz, s nimiž jsem jako zpracovatelka vstupovala do tohoto projektu, nebyla přesvědčivě potvrzena či vyvrácena. Za těchto okolností nelze

ovšem zjednodušeně vyslovit ani kritické hodnocení v tom smyslu, že by mé původní představy o povědomí zdravotnického personálu o rozsahu práce sester na ARO byly neadekvátní nebo snad přímo mylné. Převážná většina empirických zjištění totiž neumožňuje vyslovit jednoznačné závěry, pohybuje se na hranici mezi pozitivním a negativním stanoviskem k předestřeným hypotézám.

Praktickou část práce je nutno vnímat jako ilustrativní doplnění k části teoretické. Fakta, která jsem uvedla v první polovině svého textu, jsou totiž daná a určující, zatímco vypovídací schopnost praktického zkoumání je nutně zatížena omezenými možnostmi průzkumu. (Definování reprezentativních souborů dat vědeckou metodou a shromáždění jejich dostatečného množství zohledňující příslušné statistické odchylky bohužel překračuje možnosti jediného zpracovatele i obvyklý rozsah diplomové práce. Nutno tedy připustit, že v případě oslovení jiného vzorku respondentů – co do pracoviště, věku, vzdělání, délky praxe – mohlo být vyznění částečně odlišné). I přesto ovšem vnímám předložené výsledky jako indikativní pro podání základní představy o reálné situaci v terénu.

5 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod. – a podobně

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

CVK – centrální venózní katétr

č. - číslo

ČAS – Česká asociace sester

i. m. – intramuskulárně

i. v. - intravenózně

ICN - International Council of Nurses – Mezinárodní rada sester

m. m. – močový měchýř

MZ – ministerstvo zdravotnictví ČR

např. – například

násl. - následující

odst. – odstavec

OZ – občanský zákoník

SZŠ – střední zdravotnická škola

Tab. - tabulka

tzn. – to znamená

TZ – trestní zákoník

tzv. – tak zvaný/á/é

UPV – umělá plicní ventilace

Úmluva o biomedicině - Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské
bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

Vyhláška o činnostech - vyhláška číslo 424/2004 Sb. o činnostech zdravotnických
pracovníků a jiných odborných pracovníků

VZŠ – vyšší zdravotnická škola

Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních - Zákon č. 96/2004 Sb. o
nelékařských zdravotnických povoláních

Zákon o péči o zdraví lidu - Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu

ZP – zákoník práce

6 SEZNAM LITERATURY A PRAMENŮ

1. ALEXANDER, M. F. – RUNCIMAN, P. J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9
2. ARMOSTRONG, M. *Personální management*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. 963 s. ISBN 80-7169-614-5
3. BOGUSZAK, J. – ČAPEK, J. *Teorie práva*. 1. vyd. Praha: CODEX, 1997. 258 s. ISBN 80-85963-38-8
4. DOSTÁL, O. [online] Jak poučit pacienta: Teoretická východiska [cit. 11. 2. 2010], In: Juristic. Právo a medicína. Dostupné z WWW: <http://medico.juristic.cz>
5. DOUGLAS, M. L. - BEVIS, O. E. *Nursing management and leadership in action*. St. Louis: Mosby Company, 1996. 427 s. ISBN 0-8016-1450-3
6. DRÁBKOVÁ, J. Rozhraní kompetence lékař/sestra v intenzivní medicíně. *Florence*. 2008, roč. 4, č. 4, s. 164 – 167. ISSN 1801-464X
7. DRÁBKOVÁ, J. Statistika oboru anesteziologie a resuscitace ARO, KAR Česká republika 2008. *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*. 2009, Sv. 56, č. 2, s. 93 – 100. ISSN 1212-3048
8. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. *Věstník MZČR*, roč. 2004, č. 7, 2004. s. 12 – 13. ISSN 1211-0868
9. Etický kodex ČAS
10. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství: pomocný učební text*. 1. vyd. Brno : IDVPZ, 1996. 60. s.
11. GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-966-8
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas*. 1. vyd. Praha : Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
13. HELLEROVÁ, M. [online]. Zprava z tiskové konference ke zdravotním sestřím 24. 4. 2009. [cit. 29. 11. 2009] Dostupné na WWW: <http://mzcr.cz>
14. JEŽEK, M. Jak se žije sestřím na ARO. *Zdravotnické noviny*. 2007, roč. 56-III, č. 24, s. 13 - 15. ISSN 0044-1996

15. JURÁSKOVÁ, D. aj. Kvalita ošetrovatelské péče a management rizik. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 3, s. 18 – 20. ISSN 1212-0404
16. JURÁSKOVÁ, D. [online]. Zákon č. 96/2004 Sb. a jeho vliv na ošetrovatelskou praxi. [cit. 20. 11. 2009] Dostupné na WWW: <http://mpece.com>
17. *Kompetence* [online], poslední aktualizace 17. prosince 2009 18:43 [cit. 20. 12. 2009], Wikipedie. Dostupné na WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Kompetence>>
18. LÁLOVÁ, I. *Kompetence sester na JIP*. Praha, 2006. 76 s. Univerzita Karlova v Praze 1. Lékařská fakulta. Vedoucí diplomové práce Jurásková D.
19. LEMON. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. Brno, IDV PZ 1996 – 1997. 3. sv.
20. MÁDLOVÁ, I. [online]. Regulace ošetrovatelské profese. [cit. 20. 11. 2009] Dostupné na WWW: <http://mpece.com>
21. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl Systémový přístup*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. (187) ISBN 80-246-0429-9
22. MELLANOVÁ, A. Mění se mužská a ženská role a její vliv na kvalitu vztahu sestra – lékař. *Ošetrovatelství*, roč. 4, č. 1 –2, 2002, s. 5 – 8. ISSN 1212-723X
23. Metodický list č. 3: kompetence RZP – metodické doporučení výboru SPNP a MK, *Anesteziologie a neodkladná péče*. 1998/ 3, s. 2 – 3.
24. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí
25. Nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí
26. OECD. *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy : IZPE, 2004. 96 s. ISBN 80-86625-18-4
27. OTRUBOVÁ, L. *Kompetence všeobecných sester v praxi*. Praha, 2005. 96 s. Univerzita Karlova v Praze 1. Lékařská fakulta. Vedoucí diplomové práce Jurásková D.

28. PAVLÍKOVÁ, O. Studium zdravotních sester se má zjednodušit. *Zdravotnické noviny*, roč. 58, č. 24, 2009, s. 30. ISSN 0044-1996
29. Práva pacientů ČR. [online]. [cit. 2. 1. 2009] Dostupné na WWW: <http://mpsv.cz>
30. PROŠKOVÁ, E. *Analýza práce nelékařských zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství v systému zdravotní péče pro účely optimalizace jejich kompetencí a struktury*. Olomouc, 2004. 88 s. Univerzita Palackého v Olomouci Lékařská fakulta. Vedoucí diplomové práce Ivanová K.
31. PROŠKOVÁ, E. *Právní regulace zdravotnických povolání*. Olomouc, 2009. Univerzita Palackého v Olomouci Právnická fakulta. Vedoucí diplomové práce Lukáš Prudil
32. Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. *Věstník MZČR*, roč. 2006 , č. 2, 2006. s. 2 – 15 ISSN 1211-0868
33. *Regulace*[online], poslední aktualizace 28. ledna 2010 06:27[cit. 28. 1. 2010], Wikipedie. Dostupné z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Regulace>>
34. SOCHOROVÁ, M. *Vnímaní image sestry laickou veřejností*. Brno, 2004. 78 s. Masarykova univerzita v Brně Lékařská fakulta. Vedoucí bakalářské práce Hermanová M.
35. STOLÍNOVÁ, J. – MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd. Praha : Galén, 1998. 352 s. ISBN 80-85824-88-4
36. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky 4. Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky. Praha : MZČR, 118 s., 2002 ISBN 80-85047-23-3
37. Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky. Praha : MZČR, 95 s., 2000 ISBN 80-85047-20-9
38. Transformace specializačního vzdělávání zdravotníků. *Florence*, roč. 5, č. 9, 2009, s. 6. ISSN 1801-464X
39. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. [online]. [cit. 20. 1. 2010] Dostupné na WWW: <http://juristic.zcu.cz>

40. VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha : Grada, 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5
41. VONDRÁČEK, L. – VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 68 s. ISBN 80-247-1919-3
42. VONDRÁČEK, L. Bezúhonnost. *Florence*, roč. 1, č. 1, 2005, s. 46. ISSN 1801-464X
43. VONDRÁČEK, L.- LUDVÍK, M. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I. České ošetrovatelství*. 12. sv. 1. vyd. Brno : IDV PZ, 2003. 74 s. ISBN 80-7013-376-7
44. VONDRÁČEK, L.- LUDVÍK, M. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II. České ošetrovatelství*. 13. sv. 1. vyd. Brno : NCONZO, 2003. 67 s. ISBN 80-7013-388-0
45. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2
46. VONDRÁČEK, L. Zdravotní způsobilost. *Florence*, roč. 2, č. 1, 2006, s. 59. ISSN 1801-464X
47. Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání
48. Vyhláška 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb., vyhlášky č. 64/2007 Sb. a vyhlášky č. 187/2008 Sb.
49. Vyhláška č. 189/2009 Sb., o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (dříve stejná materie ve vyhlášce č. 394/2004 Sb.)
50. Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků, ve znění vyhlášky č. 321/2008 Sb. a vyhlášky č. 4/2010 Sb.
51. Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 401/2006 Sb.
52. Zákon č. 111/2007 Sb., změna zákona o péči o zdraví lidu a změna dalších zákonů, v platném znění

53. Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), v platném znění
54. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění
55. Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v platném znění
56. Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, v platném znění.
57. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění
58. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění
59. Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění
60. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění

7 SEZNAM PŘÍLOH A PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro sestry

Příloha č. 2 – Dotazník pro lékaře

Příloha č. 3 – Doplnující tabulky