

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

PRÁVNÍ ASPEKTY OŠETŘOVATELSKÉ PROFESE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zdeňka Máchová

Vedoucí práce: JUDr. Ludmila Rožnovská

Hradec Králové 2006

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, všechny citace řádně vyznačila v textu a veškeré použité prameny uvedla v seznamu literatury.

V Praze dne 20.4. 2006

Zdeňka Máchová

.....

Poděkování

Děkuji paní JUDr. Ludmile Rožnovské za odborné konzultace a cenné rady při zpracovávání tématu.

Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za ochotné vyplnění dotazníků.

OBSAH

1. ÚVOD	6
2. CÍL PRÁCE	7
3. TEORETICKÁ ČÁST	8
3.1 Základní pojmy	8
3.2 Postup lege artis	9
3.3 Povinná mlčenlivost	11
3.4 Zdravotnická a ošetřovatelská dokumentace.....	13
3.5 Odpovědnost při poskytování zdravotní péče.....	15
3.5.1 Odpovědnost obecně	15
3.5.2 Trestněprávní odpovědnost.....	16
3.5.3 Pracovněprávní odpovědnost.....	17
3.5.4 Občanskoprávní odpovědnost.....	18
3.6 První pomoc.....	19
3.7 Informovanost pacientů a jejich souhlas s léčbou.....	21
3.8 Ochrana osobnosti sestry.....	23
3.9 Podávání léků.....	24
3.10 Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.....	25
3.10.1 Stručná charakteristika zákona.....	25
3.10.2 Změny v získávání kvalifikace nelékařských zdravotnických pracovníků.....	26
3.10.3 Způsobilost k výkonu povolání.....	27
3.10.4 Druhy odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.....	27
3.10.5 Registrace sester.....	29
3.11 Sestra jako zaměstnanec.....	31
3.11.1 Vznik a ukončení pracovního poměru.....	31
3.11.2 Pracovní doba a doba odpočinku.....	32
3.11.3 Zvyšování kvalifikace.....	33

4.EMPIRICKÁ ČÁST	35
4.1. Cíl výzkumu.....	35
4.2 Metoda výzkumu.....	35
4.3 Místo a čas výzkumu.....	36
4.4 Rozbor výsledků dotazníku.....	36
5. ZÁVĚR	50
Seznam použité literatury.....	52
Přílohy.....	54
Seznam použitých zkratk.....	59

1. ÚVOD

Právní normy a jejich dodržování jsou součástí života každého člověka. Listina základních práv a svobod stanovuje, že každý může činit vše, co není zákonem zakázáno a nikdo nesmí být nucen činit to, co zákon neukládá. Jinak řečeno je dovoleno vše, co není zákonem zakázáno. Naopak to, co různé právní normy ukládají, je státem vynutitelné a v případě nedodržování následuje sankce.

Není v lidských silách, aby jedinec ovládal dopodrobna všechny právní normy. Každý by však měl mít alespoň povědomí o jejich existenci a dopadu na svůj život a práci, neboť platí zásada *ignorantia legis non excusat* neboli neznalost zákona neomlouvá.

To vše samozřejmě platí i pro výkon zdravotnického povolání. V současné době vzrůstá informovanost pacientů o svých právech a o povinnostech zdravotnických pracovníků vůči nim. Jakékoli pochybení ze strany zdravotníků je veřejností vnímáno velmi negativně a bývá ostře kritizováno. Přibývá žalob pro zanedbání péče a pochybení lékařů a středních zdravotnických pracovníků. „Vzhledem k tomu, že na celém světě představují sestry nejpočetnější skupinu zaměstnanců ve zdravotnictví a jejich různorodá práce zahrnuje péči u lůžka, management, klinický výzkum, edukaci pacientů, není divu, že pozornost médií a veřejnosti se začala zaměřovat nejen na chyby a omyly lékařů, ale v současné době také na pochybení sester“ (Škrla, 2005, str. 34). Z těchto důvodů se zdá být tato problematika v současné době stále více aktuálnější. Je také nutno si uvědomit, že úkolem zdravotnických pracovníků je starat se o lidský život a zdraví, tedy o zájmy chráněné státem. Zdravotničtí pracovníci jsou tedy téměř neustále vystaveni riziku vzniku trestněprávní nebo občanskoprávní odpovědnosti. Proto by nejen lékaři, ale i sestry, porodní asistentky a ostatní profese měli znát právní normy vztahující se k výkonu jejich povolání. Znalost této problematiky a její respektování slouží nejen ke zkvalitnění péče a ochraně pacientů, ale také k ochraně těch, kteří tuto péči poskytují.

2. CÍL PRÁCE

Název této práce je „Právní aspekty ošetrovatelské profese“. Většina legislativních norem z oblasti zdravotnictví se však především zaměřuje na výkon práce lékařů. V současnosti existuje pouze jeden zákon týkající se zdravotních sester a jiných zdravotnických pracovníků s výjimkou lékařů a to zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Vzhledem k úzké spolupráci mezi lékaři a středními zdravotnickými pracovníky však nelze ani v této problematice tyto profese zcela oddělit, a proto budou v této práci v některých případech zmíněni i lékaři. Cílem této práce je vysvětlit základní právní pojmy a popsat některé oblasti poskytování ošetrovatelské péče upravené legislativními normami. A to nejen z práva zdravotnického, ale i jiných odvětví práva, které s tímto povoláním souvisí. Protože je však tato problematika značně rozsáhlá, chtěla bych se věnovat především těm činnostem a legislativním normám, které se týkají práce zdravotní sestry u lůžka a v ambulanci. A to i z toho důvodu, že podle mých dosavadních zkušeností právě sestry na této úrovni mají nedostatečné znalosti týkající se dané problematiky.

Cílem empirické části mé práce bude zjištění právního povědomí zdravotních sester a také dodržování právních norem v praxi.

3. TEORETICKÁ ČÁST

3.1 Základní pojmy

Poskytování zdravotní péče stejně jako jakákoliv činnost ve společnosti je a musí být upravena a regulována řadou obecně závazných norem různé právní síly. Jsou to zejména normy právní, morální a etické, a tak se v řadě případů právo, morálka i etika vzájemně prolínají a doplňují (Vondráček, Ludvík, 2004, str. 7).

Právo je soubor všeobecně uznávaných pravidel chování, která jsou stanovena nebo uznána státem a jejich dodržování je právně vynutitelné.

Právní norma je všeobecně závazné pravidlo chování vynutitelné státem. Je základní složkou práva.

Subjektem práva je ten, o němž to právo stanoví, tedy adresát právní normy.

Platnost právní normy je dána jejím vydáním orgánem k tomu kompetentním a jejím uveřejněním stanoveným způsobem (např. zákony se vyhláší uveřejněním ve Sbírce zákonů, obecní vyhlášky na úřední desce atp.)

Účinnost právní normy je skutečností, která zakládá povinnost se touto normou řídit. Počátek účinnosti je uveden na konci předpisu.

Právní síla vyjadřuje význam právní normy. Platí zde hierarchické uspořádání, kdy právní norma nižší právní síly musí být vždy v souladu s právní normou vyšší právní síly.

Právní předpisy spolu s určitými mezinárodními smlouvami a výrokovými částmi rozhodnutí Ústavního soudu tvoří prameny práva v ČR.

Hierarchické uspořádání formálních pramenů práva v ČR:

1. Prameny práva s nejvyšší právní silou:
 - a) ústavní pořádek (Ústava ČR, Listina základních práv a svobod, ústavní zákony)
 - b) mezinárodní smlouvy dle čl. 10 Ústavy
2. Prameny práva s nižší právní silou:
 - a) zákony (tzv. běžné zákony)
 - b) zákonná opatření Senátu

c) nálezy Ústavního soudu rušící zákony či jiné právní předpisy, které nejsou v souladu s právem

3. Prameny práva s právní silou podzákonnou:

a) nařízení vlády

b) vyhlášky ministerstev a jiných správních úřadů

c) právní předpisy orgánů územní samosprávy

c1) vydané v přenesené působnosti (nařízení kraje, obce)

c2) vydané v samostatné působnosti (obecně závazné vyhlášky krajů, obcí a hlavního města Prahy)

Vedle právních norem existují i normy etické. Etická norma je pravidlo chování, které může být všeobecné nebo závazné pro určitou skupinu osob (např. Etický kodex sester). Její dodržování není vynutitelné státem, i přesto je však nezbytné při poskytování ošetrovatelské péče etické normy respektovat. A to nejen vzhledem ke kvalitě péče, ale i proto, že řada etických norem má svoji oporu v legislativě.

Právo lze dělit dle různých kritérií. Základní dělení je na právo soukromé a veřejné. Dále lze právo dělit dle toho, co upravuje a reguluje na právo občanské, obchodní, rodinné, pracovní, ústavní, správní, trestní a finanční. Zdravotnické právo, které upravuje poskytování zdravotní péče, způsobilost k poskytování zdravotnické péče a povinnosti zdravotnických pracovníků je součástí práva veřejného. S výkonem profese sestry však nesouvisí pouze legislativní normy týkající se výlučně poskytování zdravotní péče, ale i některé normy z práva pracovního, občanského, ústavního či trestního.

3.2 Postup lege artis

Jak již bylo zmíněno v úvodu, je pochybení při poskytování zdravotní péče veřejností vnímáno velmi negativně. Pochybení způsobuje následky jak pro poškozeného pacienta (např. ublížení na zdraví), tak i pro zdravotnického pracovníka, který pochybil (následuje sankce za ublížení na zdraví). Aby se tomu mohlo předcházet, je nezbytné vždy postupovat lege artis. Postup lege artis znamená postupovat v souladu s dostupnými poznatky vědy a se současnou praxí. Doslovně se tento výraz překládá jako „podle pravidel umění“, „podle zákona“ či „zákonným způsobem“. Není konkrétním právním předpisem upraven,

v některých případech však lze nedodržení postupu lege artis považovat za protiprávní jednání. Svoji oporu má tento postup v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, kde je stanoveno, že zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky vědy. Dále pak, že každý zdravotnický pracovník je povinen vykonávat své povolání v rozsahu a způsobem, pro něž zásady určuje ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi.

Další právní oporou pro výklad pojmu lege artis můžeme najít v občanském zákoníku, kde je stanoveno, že každý je povinen počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví. Podle trestního zákona je trestně odpovědný každý, kdo porušil povinnost vyplývající z jeho povolání a způsobil tím újmu na zájmu chráněném státem.

Postup opačný než je lege artis je označován jako non lege artis. „Ve výkonu zdravotnických služeb protiprávnost spočívá (v naprosté většině případů) v jednání, které není v souladu se současnými poznatky lékařské vědy – v postupu non lege artis“ (Štěpán, 1970). Dále se můžeme setkat s termínem vitilium artis, který je vykládán jako „selhání umění“ či „selhání lidského faktoru“.

Postup lege artis je závazný pro všechny kategorie zdravotnických pracovníků, tedy i pro zdravotní sestry. Za postup non lege artis je možno považovat např. přecenění vlastních schopností, nedostatečnou odbornost, nešetrné a nevhodné jednání s pacienty, špatné vedení zdravotnické dokumentace, přehlédnutí nebo výkon činností, k nimž nemá dotyčná osoba odbornou způsobilost. Došlo-li postupem non lege artis k poškození zdraví, může být sestra (ale i ostatní zdravotničtí pracovníci) volána k odpovědnosti a sankcionována podle zákoníku práce nebo trestního či přestupkového zákona a poškozený se může dovolávat sanace škody po zdravotnickém zařízení. V praxi je někdy obtížné určit, zda bylo postupováno lege artis či nikoliv, neboť nikde není předně definováno, co je a co naopak není postup lege artis. A jak již bylo zmíněno, postup lege artis znamená v souladu s dostupnými poznatky vědy a se současnou praxí. V této souvislosti pak vyvstává otázka, zda některé poznatky lze již považovat za dostatečně ověřené a použitelné v praxi. Využitelnost poznatků je také často podmíněna i jinými aspekty jako např. dostupnost, nákladnost či náročnost. Posouzení, co je a co není postupem lege artis přísluší tedy především medicíně, nikoli pouze právu

3.3 Povinná mlčenlivost

Každá zdravotní sestra se při výkonu povolání setkává s řadou informací o pacientovi, které mají důvěrný charakter. Je zcela přirozené, že si pacient přeje, aby tyto informace zůstaly utajeny před osobami, které nejsou přímo zúčastněny na jeho léčbě. Dodržování mlčenlivosti patří k základním pravidlům zdravotnické etiky. V etickém kodexu práv pacientů je stanoveno: Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Je také jedním ze základních předpokladů důvěry pacienta ke zdravotnickým pracovníkům. Jestliže by pacient nemohl očekávat, že informace, které lékaři či sestře sdělil zůstanou důvěrné, nemůžeme ani my očekávat, že nám pacient sdělí všechny informace, které od něj požadujeme. „Je třeba, aby pacient u zdravotnických pracovníků viděl jejich důvěryhodnost, která chrání důstojnost, osobnost a soukromí každého pacienta bez rozdílu“ (Císařová, Sovová, 2000, str. 68). Ochrana těchto informací není však dána pouze etickými normami, ale i řadou norem právních. Zákon č. 20/1966 Sb. stanovuje mezi jinými povinnostmi zdravotnických pracovníků i povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděli v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby nebo kdy byl této povinnosti zbaven v důležitém státním zájmu. Listina základních práv a svobod stanovuje v čl. 10 právo každého člověka na zachování jeho lidské důstojnosti, osobní cti, dobré pověsti a ochranu jeho jména. Dále pak právo na ochranu před zasahováním do soukromého a rodinného života. Každý člověk má též právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě. „Na toto ustanovení je třeba upozornit, neboť při tvorbě blanketů zdravotnické dokumentace jsou uváděny citlivé údaje, které nelze označit za údaje potřebné ke splnění stanoveného úkolu – to je k poskytování zdravotní péče“ (Vondráček, 2005, str. 13). Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanovuje, že každý má právo na respektování svého soukromého života v souvislosti s informacemi o jeho zdraví. Dále jsou práva pacienta tohoto charakteru chráněna podle §11 občanského zákoníku, kde je stanoveno právo fyzické osoby na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy a dále zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Předmětem povinné mlčenlivosti není jen zdravotní stav a léčebný postup, ale i např. rodinné a finanční poměry pacienta, jeho náboženské vyznání atp. Důležité je také upozornit, že povinnost mlčenlivosti nezaniká smrtí pacienta, ale nadále trvá. Z etického hlediska je to jistě zcela správné. Problémem se však tento fakt stává v situaci, kdy k úmrtí pacienta došlo ve zdravotnickém zařízení a rodina vysloví podezření, že léčebný postup nebyl správný, že došlo k pochybení či zanedbání ze strany zdravotníků. Podle současné legislativy nemá rodina právo nahlížet do příslušné dokumentace, přesto se toho často dožaduje a skutečnost, že jí není umožněno se osobně přesvědčit o záznamech v dokumentaci, v ní upevňuje přesvědčení, že nebylo postupováno správně.

Současná právní úprava řeší porušení povinné mlčenlivosti v trestním zákonu (§178 – kdo neoprávněně sdělí nebo zpřístupní údaje o jiném, získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, a poruší tím povinnost mlčenlivosti, může být potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem). Porušení mlčenlivosti může být řešeno také občansko-právní cestou - žalobou na ochranu osobnosti. Dále pak i podle přestupkového zákona s poukazem na přestupky proti občanskému soužití (§ 49).

I přesto, že je povinnost mlčenlivosti upravena legislativou, dochází v některých situacích k jejímu porušování. Jde o situace, kdy se rodina či přátelé dotazují na zdravotní stav svého blízkého. Každý pacient, pokud to jeho stav dovoluje, by měl dát písemný souhlas s podáváním informací o svém zdravotním stavu určitým osobám a pouze těmto osobám by měly být informace podány. Může zde také uvést, že si nepřeje poskytovat informace nikomu. V praxi se ovšem velmi často stává, že se zdravotníci příliš nezajímají o to, zda se jedná o osobu, kterou pacient uvedl ve svém souhlasu s podáváním informací. Obdobným problémem je sdělování informací telefonicky. I když jde především o problém lékařů, protože podávání informací o zdravotním stavu je v jejich kompetenci, týká se však i zdravotních sester. I pouhá odpověď na otázku, zda je pacient po operaci, kdy bude propuštěn, nebo jestli byl přeložen na jiné oddělení či do jiného zdravotnického zařízení lze považovat za sdělení skutečností, o nichž jsme se dozvěděli v souvislosti s výkonem povolání a které by tudíž měly být považovány za důvěrné

3.4 Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace

V minulosti nebylo vedení zdravotnické dokumentace upraveno žádnou legislativní normou. „Již záhy si lékaři uvědomovali, že pečlivě vedená, podrobná zdravotnická dokumentace je dokladem toho, že jejich postup byl postupem lege artis, tedy že kvalitní dokumentace lékaře chrání před nařčením z nedbalosti nebo neznalosti“ (Vondráček, Kurzová, 2004, str. 90). V současné době vedení zdravotnické dokumentace a nakládání s ní upravuje zákon č.20/1966 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Tento právní předpis stanovuje povinnost všech zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci, která musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy, dále pak informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče. Slouží tedy k poskytnutí informací o pacientovi, je dokladem toho, že péče byla poskytována lege artis. Mimo jiné slouží také jako podklad pro finanční vyúčtování zdravotní péče.

Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení zdravotnického zařízení, které ji vystavilo. Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně, má být průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Opravy ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem s uvedením dne a času opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam musí zůstat čitelný.

Lze říci, že veškerá zdravotnická dokumentace podléhá povinné mlčenlivosti. Zákon stanovuje, které osoby jsou oprávněny do ní nahlížet. Bez souhlasu pacienta jsou to ošetřující a konziliární lékař, sestra a rehabilitační pracovnice, revizní lékaři, soudní znalci a členové znaleckých komisí. Předložení dokumentace jiným osobám musí být opatřeno písemným souhlasem pacienta. Osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání smí nahlížet do dokumentace v rozsahu nezbytně nutném, a to také pouze se souhlasem pacienta. Pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě.

Neoddělitelnou součástí zdravotnické dokumentace je dokumentace ošetrovatelská. Ta prochází v současné době rychlým vývojem a je neustále zdokonalována s cílem zlepšit díky ní kvalitu ošetrovatelské péče. Přibývají nové formuláře, dokumentace je stále podrobnější a je v ní shromažďováno stále více údajů. Je však otázkou, jakým způsobem a zda vůbec tato podrobnější dokumentace kvalitu péče ovlivní. Některé z těchto údajů snad ani nelze považovat v souvislosti poskytováním péče za důležité, ba právě naopak. Jde spíše o neoprávněné zasahování do soukromí nemocného. V současné době je jedním z diskutabilních údajů náboženské vyznání pacienta. Především ošetrovatelská anamnéza obsahuje mnoho intimních údajů. Pacient by proto měl mít právo některé odpovědi odmítnout. Protože při řešení sporných situací je neúplně vyplněná dokumentace hodnocena negativně, bylo by účelné uvést například, že pacient si nepřeje tyto údaje sdělit.

Povinnost vést ošetrovatelskou dokumentaci ukládá sestrám např. Koncepce ošetrovatelství z roku 2004 a zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. Stejně jako v případě lékařů je dobře vedená, přesná a přehledná ošetrovatelská dokumentace dokladem, že sestra postupovala lege artis. „Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace svědčí o úrovni profesionální praxe, je vizitkou kvalifikovaného odborníka a efektivním způsobem může ovlivnit ošetrovatelskou praxi“ (Millerová, Pátá a kol., 2004, str.1). Při tvorbě blanketů ošetrovatelské dokumentace by však mělo být bráno v úvahu, jaký čas bude potřebný k jeho vyplnění a jaký bude jeho přínos, aby opravdu přispívala k efektivitě ošetrovatelské péče. Mnoho sester totiž zastává názor, že stále se zvyšující rozsah ošetrovatelské dokumentace nevede ke kvalitnější péči, spíše naopak. K vyplnění dokumentace potřebují stále více času a zbývá jim proto méně času na ošetrování pacienta.

Zdravotnická dokumentace slouží nejen k záznamu vývoje stavu pacienta, provedených vyšetření, léčebných a ošetrovatelských výkonů, ale také k zajištění kontinuity péče, a to především při předávání pacienta na jiné oddělení nebo do jiného zdravotnického zařízení. „Překlady pacientů jsou příležitostí pro vytvoření „trhlin“ v procesu kontinuity péče. Může jít o ztrátu důležitých informací či přerušeni péče, což může v některých případech ohrozit zdravotní stav pacienta“ (Škrla, 2005, str. 38). Tomuto problému můžeme předcházet kvalitním a úplným vyplněním překladové zprávy.

Legislativa ukládá povinnost vést zdravotnickou dokumentaci, dále pak její obsah a pokyny k zacházení s ní. Konkrétní forma dokumentace je však ve zdravotnických zařízeních odlišná. Formuláře různých zdravotnických zařízení určené pro stejnou činnost jsou často velmi odlišné, dokonce někdy i na různých odděleních jednoho zdravotnického zařízení. Podrobný způsob vedení záznamů v dokumentaci je stanoven vnitřním předpisem zdravotnického zařízení. Kontrolovat vedení ošetrovatelské dokumentace jsou oprávněny vrchní a staniční sestry. Podle výsledku kontroly pak mohou přijímat potřebná opatření.

3.5 Odpovědnost při poskytování zdravotní péče

3.5.1 Odpovědnost obecně

Obecně je odpovědnost definována jako povinnost strpět sankce za protiprávní jednání. Protiprávní jednání vzniká porušením povinnosti uložené platným právním předpisem, popř. smlouvou. Protiprávní jednání může být aktivní (osoba koná něco, co je v rozporu s platným předpisem) nebo pasivní (osoba neučiní to, co jí platný předpis ukládá). „Za protiprávní jednání lze považovat i nedodržení postupu daného metodickým doporučením, nedodržení platných standardů nebo postupů lege artis, neuposlechnutí příkazu nadřízeného“ (Vondráček, L., Vondráček, J., 2003, str. 24).

Aby mohla být osoba volána k odpovědnosti, musí být splněny základní podmínky odpovědnosti a to protiprávní jednání, škodlivý následek a tzv. příčinná souvislost, neboli vztah mezi tímto jednáním a následkem. Aby se jednání stalo protiprávním, musí být zaviněné, tzn. provedeno vědomě a dobrovolně. Zavinění se rozděluje na úmyslné a nedbalostní. Úmysl se rozlišuje na přímý, kdy pachatel věděl, že porušuje zákon a škodlivý následek způsobit chtěl a nepřímý, kdy pachatel věděl, že zákon porušuje, škodlivý následek způsobit nechtěl, byl však s jeho případným vznikem srozuměn. Příkladem úmyslného trestného činu spáchaného v souvislosti s výkonem zdravotnického povolání je např. trestný čin euthanasie. Nedbalost vědomá znamená, že pachatel věděl o možnosti vzniku škodlivého následku, ale bez přiměřeného důvodu předpokládal, že se tak nestane. Příkladem je jednání sestry, která při převazech operační rány nepostupovala sterilně a v důsledku toho pak došlo ke vzniku infekce v ráně a tím k prodloužení doby hospitalizace. Nedbalost nevědomá vzniká v případě, že pachatel nevěděl, že jedná protiprávně a nechtěl

způsobit škodlivý následek, ale vědět to mohl a měl vzhledem ke svému vzdělání a pracovnímu zařazení. Příkladem může být pochybení sestry, která při převazu rány s roztokem persterilu použila koncentrovaný roztok připravený v lékárně. Nevěděla, že musí tento roztok před použitím na ránu ještě naředit. Postupovala tedy nedbale, protože ředění roztoku měla znát a také měla možnost se s ním bez problémů seznámit. V důsledku jejího pochybení došlo k poškození kůže v okolí rány a zvětšení bolestí pacienta. „Je třeba upozornit, že neznalost je kvalifikována jako nedbalost nevědomá, a proto neznalost neomlouvá, ale pouze vysvětluje (Vondráček, L., Vondráček, J., 2003, str. 25). Škodlivý následek může mít charakter hmotný (poškození konkrétní věci), ale i nehmotný (poškození zdraví, dobrého jména...).

Za pochybení při výkonu ošetrovatelské profese může být sestra podle druhu a závažnosti provinění odpovědna podle předpisů pracovněprávních, občanskoprávních, pracovněprávních, trestněprávních nebo správněprávních.

3.5.2 Trestněprávní odpovědnost

Trestněprávní odpovědnost se týká vždy pouze osoby fyzické, nikoli právnické. Týká se tedy vždy konkrétního zdravotnického pracovníka. Tuto odpovědnost upravuje zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon. Trestný čin je takový čin, který je pro společnost nebezpečný a jehož znaky jsou uvedeny v trestním zákoně. V případě poskytování lékařské a ošetrovatelské péče jsou nejčastějšími důvody volání k odpovědnosti tyto trestné činy: ublížení na zdraví z nedbalosti, ublížení na zdraví z nedbalosti s následkem těžké újmy na zdraví nebo smrti, neposkytnutí pomoci a neoprávněné nakládání s osobními údaji. K těmto trestným činům může docházet různými způsoby a může je spáchat kterýkoli člen zdravotnického týmu. „Vzhledem k tomu, že se na péči o pacienta zpravidla podílí více osob, nabývá na významu rozlišení odpovědnosti jednotlivých pracovníků, přičemž zavinění každého z nich musí být prokázáno“ (Prudil, 2004, str. 57).

3.5.3 Pracovněprávní odpovědnost

Základním právním předpisem upravujícím pracovněprávní vztahy je zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, upravuje vzájemnou odpovědnost mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem. Stanovuje jejich povinnosti, pracovní podmínky a odpovědnost při vzniku škody. Dle tohoto zákona odpovídá zaměstnanec zaměstnavateli za škodu, kterou mu způsobil zaviněným porušením povinností při plnění pracovního úkolu nebo v přímé souvislosti s ním. Je povinen nahradit zaměstnavateli skutečnou škodu, a to v penězích nebo uvedením v původní stav. Výše náhrady škody způsobené z nedbalosti nesmí přesáhnout u jednotlivého zaměstnance částku rovnající se čtyřapůlnásobku jeho průměrného měsíčního výdělku před vznikem škody. Toto omezení neplatí, byla-li škoda způsobena v opilosti nebo pod vlivem jiné návykové látky. Jedná-li se o škodu způsobenou úmyslně, může zaměstnavatel požadovat náhradu i jiné škody. V případě, že byla škoda způsobena také porušením povinností ze strany zaměstnavatele, odpovědnost zaměstnance se poměrně sníží. Zaměstnanec má také odpovědnost za ztrátu svěřených předmětů (nástrojů, ochranných pracovních pomůcek atd.), které od zaměstnavatele převzal proti písemnému potvrzení a dále odpovídá za schodek na svěřených hodnotách, které je povinen vyúčtovat.

S ohledem na náplň své pracovní činnosti může být sestra nejčastěji stíhána za škodu a za ztrátu svěřených předmětů. Při neplnění svých pracovních povinností a úkolů může být zaměstnavatelem volána k odpovědnosti podle § 73 zákoníku práce, který stanovuje základní povinnosti zaměstnanců. Zaměstnavatel je v tomto případě oprávněn uložit finanční sankce (snížení osobního ohodnocení, nepřiznání mimořádné odměny) nebo za zákonem stanovených podmínek ukončit pracovní poměr.

Dodržovat pracovní předpisy, které se vztahují k výkonu povolání je povinností každého pracovníka, tedy i zdravotní sestry i bez ohledu na to, zda s nimi byla seznámena či nikoliv, neboť jak již bylo zmíněno – neznalost zákona neomlouvá. Každý se proto musí s těmito předpisy nějakým způsobem seznámit. Pokud tak neučiní zaměstnavatel, měla by se zdravotní sestra seznámit s těmito předpisy sama. Možností je pracovní smlouva – je-li odkaz na pracovní předpisy její součástí, nebo zákoník práce. Rozdílná je situace u ostatních předpisů vztahujících se k výkonu povolání, jako např. nařízení ředitele nemocnice nebo hlavní sestry, či platné standardy ošetrovatelské péče. V těchto případech

je zdravotní sestra povinna je dodržovat, jen byla-li s nimi prokazatelně seznámena. V tomto směru hrají důležitou roli vedoucí pracovníci, tzn. staniční a vrchní sestry. Dokladem, že sestra byla s předpisem seznámena, bývá obvykle její podpis.

Již zmíněný zákoník práce však neukládá pouze povinnosti zaměstnanců, ale i zaměstnavatelů a také poskytuje zaměstnancům řadu práv. O této problematice bude ještě pojednáno v samostatné kapitole.

3.5.4 Občanskoprávní odpovědnost

Občanskoprávní odpovědnost je upravena především v občanském zákoníku. Tato odpovědnost může vzniknout jak osobě právnické, tak i fyzické. Ve vztahu k výkonu profese sestry je z této právní normy důležitá především odpovědnost za škodu na zdraví a škodu na vnesených a odložených věcech. Škoda na zdraví může vzniknout nejen postupem non lege artis, ale i bez zavinění zdravotnického pracovníka a to provozní činností nebo věcí použitou při činnosti. V obou případech má nemocný právo na odškodnění. Může požadovat odškodnění zahrnující bolestné, snížení společenského uplatnění, náhradu nákladů na léčení a ušlý zisk. Odpovědnost nese provozovatel, a proto požaduje-li poškozený pacient odškodnění, může se obracet přímo, a to formou mimosoudního řešení, nebo v případě neúspěchu v občanskoprávním řízení, na zdravotnické zařízení, nikoli na konkrétního zaměstnance. Zdravotnické zařízení pak může od zaměstnance požadovat náhradu škody podle pracovněprávních vztahů. To však neplatí v případě, že ke vzniku škody došlo z objektivních důvodů – tedy bez zavinění pracovníka, při dodržení postupu lege artis.

Za škodu na věcech vnesených a odložených odpovídá tak jako v prvním případě provozovatel. To však platí pouze v případě, že věci byly odloženy na místě k tomu určeném nebo na místě, kam se obvykle ukládají. Tento problém je řešen nejčastěji v čekárnách ambulancí, ale lze se s ním setkat i na lůžkových odděleních.

V čekárnách ambulancí často nejsou přímo určena místa nebo místnosti k odkládání oděvů. Ve většině případů jsou zde věšáky s upozorněním, že za odložené věci se neručí. Toto je však v rozporu s právem. Pokud provozovatel nemá jiné místo určené k odkládání věcí, např. svlékací box mezi čekárnou a ambulancí, je povinen škodu vzniklou v čekárně

uhradit. Vhodným opatřením chránícím provozovatele může být např. vyvěšení cedule v čekárně s upozorněním, která místa jsou k odkládání určena, nebo že pacient je povinen si vzít své věci s sebou do ordinace.

Při přijetí pacienta na lůžkové oddělení má sestra povinnost poučit ho o možnosti úschovy cenností v ústavním trezoru. Dokladem toho, že sestra tuto povinnost splnila, je podpis pacienta na příslušném formuláři, který je součástí ošetřovatelské dokumentace. Pokud sestra na lůžkových zařízeních převezme do úschovy cennosti či oděvy, je za ně odpovědný provozovatel zařízení. Je vždy účelné pořídit písemný záznam o tom, jaké věci a v jakém stavu byly do úschovy převzaty. Příkladem pochybení může být např. tato situace: Pacient, který měl být plánovaně po operaci přeložen na jednotku intenzivní péče si chtěl dát doklady, peníze a mobilní telefon do úschovy. Sestra věci řádně sepsala a převzala. Neuložila je však ihned do trezoru, ale nechala je položené na stole s tím, že je uloží později. Když je pak chtěla uložit, věci tam již nebyly. Pacientovi tím tedy vznikla škoda, ale protože věci byly řádně převzaty, bylo zdravotnické zařízení povinno škodu uhradit. Sestra tím tudíž způsobila svému zaměstnavateli škodu a ten pak mohl požadovat její náhradu po sestře podle pracovněprávních předpisů, jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole. Pokud by věci řádně uložila, nebyla by za případnou ztrátu zodpovědná, neboť úroveň úschovy je věcí provozovatele.

3.6 První pomoc

„Neposkytnutí potřebné první pomoci je posuzováno jako trestný čin, pokud první pomoc neposkytne laik, ale jako závažný, zavrženíhodný trestný čin, pokud se ho dopustí zdravotnický pracovník“ (Vondráček, Ludvík, 2004, str. 59). Rozdíl mezi zdravotníkem a laikem je mimo jiné také ve výši trestu za tento čin. Zdravotník bude potrestán přísněji, neboť povinnost poskytnout první pomoc vychází z jeho povolání (může být potrestán odnětím svobody až na dva roky nebo zákazem činnosti, laik může být potrestán odnětím svobody až na jeden rok). Poskytnutí první pomoci zdravotníkem je společností vnímáno jako samozřejmost a tou by také být mělo. Pro zdravotníka není omluvou neposkytnutí pomoci pro zanedbanost a zápch postiženého nebo obava z nakažení infekční chorobou. Jako neposkytnutí pomoci může být také hodnocena situace, kdy by sestra pacienta

přicházejícího do ordinace např. s krvácejícím poraněním odeslala jinam s tím, že lékař není právě přítomen. Sestra musí provést alespoň základní ošetření a dle stavu pacienta případně i zajistit prevoz k další léčbě. Není také možné bránit se tím, že sestra neměla dostatečné znalosti a dovednosti, protože vzdělávání v oblasti poskytování první pomoci je jedním ze základů vzdělávání všech zdravotnických pracovníků. V případě zdravotnických pracovníků je za trestný čin považováno neposkytnutí pomoci i v případě, kdy jejím neposkytnutím nedošlo k žádné škodě. Trestní odpovědnost však nevznikne v případě, že sestra neprovedla zákrok, který přesahuje její kvalifikaci (je pouze kvalifikací lékaře) a v případě, že tím ohrozí sebe nebo jiné osoby (nemusí zachraňovat tonoucího, jestliže sama neumí plavat).

V praxi pak vyvstává otázka, zda je vzhledem ke stavu postiženého nutno již pomoc poskytnout či nikoliv. Při takovýchto pochybnostech je vždy lepším řešením péči poskytnout. V jiných situacích může pomoc poskytující osoba váhat, zda poskytování první pomoci má smysl vzhledem k závažnosti stavu postiženého a k mizivé šanci úspěšnosti první pomoci. „Povinnost zakročit vzniká i tehdy, jestliže postiženému již není pomoci, zdraví nebo život již zachránit nelze, ale je možno přispět k zmírnění útrap postiženého. Tento výklad, který pod „poskytnutím pomoci“ zahrnuje i tišení bolesti a uklidnění pacienta, vychází z hlubokých etických zásad a je přijímán vcelku jednoznačně“ (Stolínová, 1990, str. 28).

Problém poskytování první pomoci se však týká i běžného provozu v lůžkových zdravotnických zařízeních. Poměrně často dochází k situacím, kdy v průběhu noční služby dojde ke zhoršení zdravotního stavu pacienta. Sestra zhodnotí jeho stav a přivolá lékaře. Obzvláště při těchto službách se bohužel stává, že lékař odmítne bez vážnějšího důvodu k pacientovi přijít. I to může být hodnoceno jako neposkytnutí pomoci. V takovém případě musí sestra poskytnout pacientovi potřebnou pomoc v rozsahu svých pravomocí, znalostí a zkušeností, jinak by se i ona sama dopustila trestného činu neposkytnutí pomoci, neboť pouze fakt, že volala k pacientovi lékaře nelze podle mého názoru považovat za poskytnutí potřebné pomoci. Vše je samozřejmě nutno zaznamenat do dokumentace pacienta. Na druhou stranu dochází i k situacím, kdy sestra předpokládá odmítavou a podrážděnou reakci ze strany lékaře, a proto ho nepřivolá a sama činí rozhodnutí, která přísluší pouze

jemu. V tomto případě bude zcela jistě za případné následky odpovědná ona, neboť odůvodnění, že si lékař nepřál být buzen ji odpovědnosti nezprostí.

3.7 Informovanost pacientů a jejich souhlas s léčbou

V současné době stále vzrůstá zájem pacientů o informace týkající se jejich zdravotního stavu, možnostech léčby, nadstandardní péče, ale i o úrovni péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Důvodem mohou být rychle se rozvíjející nové metody léčby i měnící se vztah poskytovatelů zdravotní péče a pacienta. Pacient, dříve pasivní příjemce zdravotní péče, se nyní stává jejím aktivním účastníkem. Právo pacienta na informace je nezpochybnitelné. Informace jsou povinni podávat všichni členové zdravotnického týmu, každý však pouze v rozsahu své působnosti.

„I když na komunikaci s pacientem se podílejí též ostatní pracovníci (sestry, psychologové), oprávnění seznamovat pacienta s důležitými odbornými skutečnostmi a závěry o jeho zdravotním stavu svěřuje zákon výslovně lékařům“ (Stolínová, 1990, str. 11). Pouze v kompetenci lékaře však nejsou jen informace o zdravotním stavu, ale i poučení nemocného o některých diagnostických a léčebných metodách. V dnešní době se jako doklad o poučení a souhlasu nemocného s daným postupem vyplňuje tzv. informovaný souhlas (pozitivní reverz). Informovaný souhlas se u nás začal objevovat na počátku 80. let minulého století a jeho původní smysl byl v rovině etické. Připojením České republiky k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně v roce 2001 se stala zásada informovaného souhlasu právní normou, kterou je třeba respektovat. Informovaný souhlas tedy slouží jako právní ochrana před některými stížnostmi nemocného. V tomto dokladu je uvedeno, jakého výkonu či postupu se týká a jeho možné komplikace. Ten pak podepíše informující lékař i pacient. Mnohokrát jsem se ve své praxi setkala s tím, že lékař formulář vyplní a předá ho sestře, aby „to pacientovi vysvětlila a dala podepsat“. Tím se sestra dostává do nepříjemné situace, jelikož splní-li pokyn lékaře, přesahuje své kompetence. Jestliže ho nesplní, neuposlechne lékaře a dostává se s ním do konfliktu. Může však prostřednictvím staniční nebo vrchní sestry požadovat, aby lékaři tuto svoji povinnost na sestry nepřenašeli.

„Sestra je oprávněna, ale i povinna poučit pacienta o postupu při konkrétním zdravotnickém výkonu, který sama v rámci své působnosti oprávněně provádí“

(Vondráček, Ludvík, 2004, str. 32). To znamená, že sestra informuje o významu a postupu ošetrovatelského výkonu, eventuálně edukuje např. o dietě, hygienické péči nebo životosprávě. Dále může sestra pacienta informovat např. o návštěvních hodinách, provozu oddělení atp. I v těchto případech je vhodné pořizovat písemný záznam o informacích podaných pacientovi. Ten by měl být opět opatřen podpisem sestry i pacienta a je součástí ošetrovatelské dokumentace. Včasným a správným poučením nemocného můžeme předejít mnoha nedorozuměním a konfliktům mezi ošetřující a ošetřovanou osobou. Správně vedená dokumentace slouží jako doklad, že informace byly skutečně podány. Jestliže například sestra edukuje pacienta po operaci trávicího ústrojí o nutnosti a významu dodržování příslušné diety, přesto pacient tato dietní omezení poruší a dojde ke vzniku pooperačních komplikací, je jeho podpis v edukačním záznamu dokladem, že sestra svoji povinnost nezanedbala a vznik komplikací tudíž není její vinou.

Požadujeme-li od pacienta kvalifikovaný a svobodný souhlas, musí být splněno několik podmínek. Základní podmínkou je dostatek informací podaných pacientovi srozumitelně, přiměřeně jeho věku a znalostem. Vysvětlení situace pouze pomocí odborných výrazů např. pacientovi se základním vzděláním a nedostatkem jakýchkoli zkušeností s touto problematikou nelze považovat za dostatečné. Jestliže nerozumí obsahu podaných informací, nemůže se svobodně rozhodnout. Další podmínkou je způsobilost k právním úkonům a to nejen obecně, ale i v době udělení souhlasu. Souhlas daný pod vlivem některých léků, alkoholu, drog či po podání premedikace může být zpochybněn. Obdobná situace je i u lidí se stařeckou demencí, kteří však nebyli zbaveni způsobilosti k právním úkonům. V případě závažných rozhodnutí je vhodné situaci konzultovat s rodinnými příslušníky. V posledních letech nabývá na významu také udělení souhlasu cizincem plynoucí z nejistoty, zda věci vzhledem k jazykové bariéře porozuměl. Proto je vhodné, aby mělo zdravotnické zařízení vypracované písemné poučení pacienta např. o anestézii nebo invazivních výkonech i v příslušném jazyce. V případě, že pacient byl uznán nezpůsobilým k právním úkonům, dává za něj souhlas jeho zákonný zástupce. Stejně je tomu u dětí do 18 let věku, kdy jejich zástupci jsou oba rodiče a to i v případě, že jsou rozvedení, nebo spolu nežijí. „Domníváme se, že i nezletilý pacient má být poučen o navrhované léčbě přiměřeně své rozumové vyspělosti a lékař si má vyžádat jeho souhlas. Tento souhlas není právně závazný, avšak je plně v souladu s etickými pravidly, zejména s kodexem práv pacienta“

(Císařová, Sovová, 2000, str. 52). Poslední podmínkou, která by měla být dodržena (dovoluje-li to situace), je dostatek času na učinění rozhodnutí. Vyžadovat po pacientovi souhlas v časové tísní také není ideálním postupem.

V praxi se někdy setkáváme se situacemi, kdy pacient i přes náležité poučení výkon odmítne. V takovém případě pak musí lékař pořídít písemný záznam, tedy tzv. negativní revers. Ten musí být opatřen podpisem pacienta, lékaře a svědka (dalšího lékaře nebo sestry). Pokud odmítne pacient péči od zdravotní sestry, je sestra povinna učinit písemný záznam o události do dokumentace pacienta a co nejdříve informovat lékaře, který výkon ordinoval. Také v tomto případě je vhodné požádat pacienta o podepsání záznamu, neboť jeho podpis je dokladem o tom, že péči skutečně odmítl.

3.8 Ochrana osobnosti sestry.

V naší společnosti je obecně rozšířen názor, že pacienti mají právo se dovolávat ochrany proti neetickému chování zdravotníka. Méně je však přijímána skutečnost, že stejné právo má i zdravotník vůči pacientovi. „Zastánci pacientů argumentují tím, že nevhodné chování pacienta bývá ovlivněno jeho zdravotním stavem nebo obavou o pacienta, pokud je hrubý doprovod pacienta, a proto tato nevhodná chování pacientů mají zdravotničtí pracovníci tolerovat a omlouvat“ (Vondráček, Ludvík, 2004, str. 44). V mnoha případech bychom jim mohli dát za pravdu. Vlivem onemocnění, velmi silných bolestí, či obavami o svůj život se často chování pacientů mění a mohou ztrácet kontrolu nad svým chováním. Starší pacienti, postižení např. některým typem demence, bývají často dezorientovaní a někdy i velmi agresivní. Ne všechny útoky pacientů na zdravotníky, ať verbální nebo brachiální, však lze těmito důvody omluvit. Verbální útoky nejsou ze strany pacientů vzácností. Mnohokrát jsem se setkala i se slovním napadením zdravotníka z důvodu jeho jiné státní příslušnosti či národnosti. Výhrady pacientů nechápu, neboť tito zdravotníci se chovali stejně profesionálně jako ostatní. S verbálními útoky se mnohem častěji setkávají sestry a jiní střední zdravotničtí pracovníci. Snad proto, že lékaři se těší vyšší společenské prestiži a respektu. I přes rozšířený názor mezi pacienty, že oni mají práva a sestry povinnosti, jsou si sestra a pacient podle všech právních norem o lidských právech a svobodách rovni. Proto, dojde-li k verbálnímu či brachiálnímu napadení sestry resp. zdravotnického

pracovníka pacientem, mohou se oni, stejně jako pacient, dovolávat ochrany své osobnosti, a to s odvoláním na občanský zákoník, trestní či přestupkový zákon, v nichž je ochrana osobnosti zakotvena. Dojde-li při brachiálním napadení pracovníka pacientem k poškození zdraví, je toto hodnoceno jako pracovní úraz. Za vzniklou škodu odpovídá zaměstnavatel, který je povinen poskytnout poškozenému zdravotnickému pracovníkovi náhradu škody za ztrátu na výdělků, bolest a ztížení společenského uplatnění a účelně vynaložené náklady spojené s léčením. Tato povinnost zaměstnavatele samozřejmě platí i při vzniku pracovního úrazu z jiných důvodů.

3.9 Podávání léků

Do náplně činnosti zdravotní sestry patří mimo jiné i podávání léků. Sestra však není oprávněna tyto léky ordinovat, podává tedy léky na základě písemné ordinace lékaře. U každé ordinace léku musí být uveden název léku, jeho množství a způsob aplikace, u opiátů i podpis lékaře. V případě, že je některý z těchto údajů špatně čitelný nebo chybí, měla by si nejdříve sestra ujasnit s lékařem ordinaci, požadovat dopsání chybějícího údaje a poté ordinaci splnit. Podání jiného, než naordinovaného léku, nebo jiný způsob aplikace může být hodnoceno jako protiprávní a špatná čitelnost záznamu není pro tuto chybu omluvou. Sestra však může prostřednictvím staniční, případně vrchní sestry požadovat, aby lékaři zapisovali své ordinace čitelně a náležitým způsobem.

Sestra není oprávněna měnit množství, způsob nebo čas aplikace ordinovaného léku. Jestliže by sama změnila ordinaci léku nebo ordinaci bez vážného důvodu nesplnila, může být toto chování kvalifikováno jako hrubé porušení pracovní kázně a to i v případě, že nedošlo k poškození zdraví pacienta. Pokud by sestra nepodala ordinovaný lék např. v situaci, kdy pacient udává alergii na tento lék, postupovala by zcela správně. Musí však poté informovat lékaře a učinit písemný záznam do dokumentace. Pro aplikaci intravenózních léků a infúzí musí mít sestra písemné pověření vydané primářem oddělení, či jiným lékařem stanoveným vnitřním předpisem zdravotnického zařízení. Transfúzní přípravky nesmí podávat samostatně, ale pouze v přítomnosti lékaře po provedení příslušných zkoušek a jejich kontrole lékařem.

Často diskutovaným problémem je ordinování léků lékařem po telefonu. Sestra by měla plnit pouze písemné ordinace lékaře a lékař by neměl ordinovat léky, aniž by pacienta viděl. Bohužel ne vždy je možné, aby se lékař ihned na oddělení dostavil a pacienta vyšetřil. A jedná-li se u pacienta o akutní stav nebo hrozí-li nebezpečí z prodlení, je možno ordinace po telefonu připustit. Sestra musí lékaři sdělit všechny zjištěné informace o aktuálním stavu pacienta, do dokumentace zaznamenat co lékaři sdělila, co lékař ordinoval. Nesmí chybět časové údaje a podpis sestry. Je-li to možné, měl by záznam podepsat také svědek události. Je nutné, aby lékař dodatečně ordinaci potvrdil svým podpisem. Jedním z problémů těchto ordinací je odpovědnost v případě výskytu nežádoucích účinků, vzniku alergické reakce nebo zhoršení zdravotního stavu pacienta po podání léku. Odpovědnost za podání léku nese sestra. Proto by vždy měla na základě svých zkušeností posoudit rizika podání léku, ujistit se, že pacient není alergický apod.

3.10 Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních

3.10.1 Stručná charakteristika zákona

Dne 1.4.2004 vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon vznikl v souvislosti se vstupem naší země do Evropské unie a to pro potřebu sladění s normami platnými v EU. Shoda je nutná pro volný pohyb nelékařských zdravotnických pracovníků mezi jednotlivými státy. Tento důvod však nebyl jediný. Již dlouho bylo zdůrazňováno, že současný systém vzdělávání neodpovídá novým trendům v poskytování ošetrovatelské péče. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních byl dlouho a netrpělivě očekáván, řada sester si od něj mnohé slibovala. Především snad efektivnější rozdělení jednotlivých činností mezi zdravotníky s různým druhem a stupněm vzdělání, event. i možné zvýšení svých kompetencí. Přesněji řečeno, že se sestry budou moci věnovat pouze odborné činnosti a „nekvalifikované“ práce, jako hygienickou péči a jiné neodborné úkony za ně bude provádět pracovník s nižším vzděláním. Snad také doufaly, že bude jejich profese konečně plně oceněna.

Tento zákon upravuje podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání, celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků a podmínky uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání pro státní příslušníky členských států EU. V současnosti zákon platí dva roky a je bohužel často přijímán negativně. Mezi hlavní důvody jistě patří nízká úroveň znalostí tohoto zákona, nejasný výklad některých ustanovení, nejasnost realizace zákona v praxi a také nepochopení důvodu nového systému vzdělávání mezi zdravotnickou i laickou veřejností. V odborných časopisech vyšla celá řada článků s tímto tématem. Většinou šlo však pouze o charakteristiku zákona a vysvětlení základních pojmů. Nebyly zde odpovědi na nejčastější dotazy sester a porodních asistentek, jako například kam vlastně který zdravotnický pracovník patří, zda je získání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu povinné a jakým způsobem je možné jej získat, kdo může vykonávat odborný dohled a podobně.

3.10.2 Změny v získávání kvalifikace nelékařských zdravotnických pracovníků

Ve vzdělávání, tedy získávání kvalifikace pro výkon povolání zdravotní sestry a ostatních středních zdravotnických pracovníků, došlo vydáním tohoto zákona k zásadním změnám. Dříve bylo získání kvalifikace pro výkon profese zdravotní sestry podmíněno ukončením studia na střední zdravotnické škole. Od školního roku 2004/2005 může být kvalifikační příprava sester uskutečňována pouze na vyšších zdravotnických a vysokých školách. Po absolvování střední zdravotnické školy získá sestra způsobilost k výkonu povolání jen pokud bylo její studium zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. V případě zahájení studia po tomto roce získá student absolvováním této školy kvalifikaci „zdravotnický asistent“. Odbornou způsobilost pro tento obor lze získat i absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu po získání úplného středoškolského vzdělání.

Tento zákon mění i získávání kvalifikace jiných zdravotnických pracovníků. Porodní asistentky mohou v současnosti získávat kvalifikaci pouze v bakalářském studijním programu. Kvalifikace porodní asistentky po absolvování studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách jim bude uznána pouze v případě, že studium prvního ročníku bylo zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Získat

kvalifikaci dětské sestry je možno specializačním vzděláváním navazujícím na již získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání.

Tyto změny ve vzdělávání jsou přijímány většinou negativně. A to jak veřejností, tak i samotnými zdravotníky. Převažuje názor, že tento nový způsob vzdělávání je naprosto zbytečný a středoškolské vzdělání zdravotních sester a ostatních pracovníků bylo naprosto dostačující. Objevují se i obavy, zda díky novým podmínkám získání kvalifikace nevznikne nedostatek zdravotních sester. Především vzhledem k délce a náročnosti studia a nízkému finančnímu a společenskému ohodnocení.

3.10.3 Způsobilost k výkonu povolání

Mimo jiné zákon č. 96/2004 Sb. stanovuje tři podmínky způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického pracovníka. Těmi jsou odborná způsobilost dle tohoto zákona, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Zákon rozeznává tři druhy odborné způsobilosti a to odbornou způsobilost k výkonu povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu, dále způsobilost pracovat pod odborným dohledem a způsobilost pracovat pod přímým vedením. Zdravotní způsobilost zjišťuje a vydává o ní lékařský posudek praktický lékař, u zaměstnanců závodní lékař preventivní péče. Za bezúhonného označuje tento zákon toho, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče nebo ten, na něhož se hledí, jako by nebyl odsouzen. Dokladem bezúhonnosti je výpis z evidence Rejstříku trestů ne starší tří měsíců.

3.10.4 Druhy odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání

Jak již bylo zmíněno, zákon rozděluje nelékařské zdravotnické pracovníky podle odborné způsobilosti k výkonu povolání. První kategorií je odborná způsobilost zdravotnického pracovníka bez přímého vedení nebo odborného dohledu. Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu se dle tohoto zákona považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci

lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Tento zákon též stanoví spolu s prováděcími předpisy činnosti, které může zdravotnický pracovník vykonávat i bez indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Do této kategorie patří zdravotní sestry, porodní asistentky, nutriční terapeuti apod., kteří získali toto oprávnění. Výjimku tvoří zdravotní sestry a porodní asistentky, které získaly způsobilost k výkonu povolání na SZŠ a své povolání vykonávají méně než 3 roky. Do doby tří let musí vykonávat toto povolání pouze pod dohledem.

Za výkon povolání pod odborným dohledem se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický nebo jiný odborný pracovník způsobilý nebo ke kterým způsobilost získává a to při dosažitelnosti rady a pomoci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí. Způsobilost vykonávat ošetrovatelskou činnost pod odborným dohledem má mimo jiné i již zmiňovaný zdravotnický asistent, zdravotní sestra, která nezískala osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, nutriční asistent apod.

Za výkon povolání pod přímým vedením se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník způsobilý, nebo ke kterým způsobilost získává, při stálé přítomnosti a podle pokynů zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento pracovník určí.

Toto dělení je jedním z častých témat rozhovorů sester v praxi. Řada z nich neví, kam který zdravotnický pracovník patří, mnohdy ani nevědí, kam zařadit sebe. Také se velmi liší názory na spolupráci sester a zdravotnických asistentů a vlastně všech těchto tří kategorií při poskytování ošetrovatelské péče. Především jak bude tato spolupráce vypadat a jakou kdo ponese odpovědnost. „Míra dohledu příp. vedení jiného zdravotnického pracovníka bude mít vliv i na odpovědnostní vztahy, které se vytváří v rámci vztahů pracovněprávních“ (Prudil, 2004, str.44). Tyto nejasnosti způsobuje především nedostatečné seznámení sester s touto právní normou. Činnost jednotlivých zdravotnických pracovníků upravuje vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

3.10.5 Registrace sester

Jednou z podmínek kvalitní ošetrovatelské péče je kontinuální vzdělávání osob, které tuto péči poskytují. V případě zdravotních sester je toto vzdělávání kontrolováno centrální registrací. Změny v registraci sester přinesl zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Registrace v tomto případě znamená získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Hlava VI tohoto zákona stanovuje podmínky pro vydání, prodloužení, zamítnutí a odejmutí tohoto osvědčení. Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Registr je veřejně přístupný, s výjimkou údajů o rodném čísle a trvalém bydlišti. Získáním osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se získává oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu a k vedení praktického vyučování ve studijních oborech a v akreditovaných kvalifikačních kurzech, ve specializačním vzdělávání a v certifikovaných kurzech. Osvědčení je obvykle vydáváno na dobu šesti let. Zdravotnický pracovník, který osvědčení získal může ke svému označení odbornosti připojit též označení „Registrovaný/á“. „Registrovaná sestra nebo porodní asistentka je pro širokou veřejnost synonymem té „která se průběžně vzdělává, a proto může pracovat samostatně, neboť současně s registrací získala osvědčení k práci bez odborného dohledu.“ (Pochylá, 2004, str. 6). Jednou z podmínek získání osvědčení pro samostatný výkon povolání je dosažení určitého počtu kreditních bodů. Tyto body lze získat studiem na VŠ a VZŠ, absolvováním inovačních kurzů, odborných stáží, konferencí, seminářů a aktivní účastí na těchto akcích a také autorstvím odborných článků v časopisech. Kreditní systém pro vydávání osvědčení stanoví vyhláška č.423/2004 Sb. Aby byla sestře přiznána patřičná kvalifikace, musí získat 40 kreditních bodů za období 6 let. Tato povinnost mnoho zdravotních sester značně zatěžuje. Vyžaduje totiž po nich obětování volného času a také nemalé finanční prostředky jako poplatky za kurzy a semináře. Ve snaze získat potřebné body mnoho sester navštěvuje vzdělávací akce s různým zaměřením, často velmi vzdáleným jejich oboru. Bylo by vhodné vytvořit příznivější podmínky pro vzdělávání a také volit odbornost dalšího vzdělávání podle skutečných potřeb tak, aby tyto poznatky mohly být využity na pracovišti. Účast na seminářích tématicky vzdálených těm, které by sestra mohla využít na svém pracovišti pouze z důvodu získání bodů, ke zvýšení kvality péče určitě nepřispívá.

Mnoho zdravotních sester se mylně domnívá, že získat osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu je povinnost plynoucí pro ně z tohoto zákona. Tato povinnost v něm však nikde výslovně stanovena není. Zákon tedy ukládá povinnost registrace pouze pro zdravotní sestry a porodní asistentky pracující zcela samostatně (bez odborného dohledu). To se týká především sester pracujících v ambulancích praktických nebo odborných lékařů, v agenturách domácí péče apod. Dále je získání tohoto osvědčení nutné pro vedoucí pracovníky, tedy staniční a vrchní sestry. Další otázkou je, kdo může vykonávat odborný dohled. Jak již bylo zmíněno, může zdravotnický pracovník vykonávat svoji činnost pod dohledem osoby, která získala osvědčení k samostatnému výkonu povolání. Zdravotní sestra tedy může pracovat pod dohledem jiné sestry, která toto osvědčení získala. Lékař může poskytovat odborný dohled pouze, jedná-li se o diagnostické nebo léčebné výkony, nikoli pro ošetrovatelskou péči. Není tedy možné, aby sestra pracující na lůžkovém oddělení nebo v domácí péči pracovala pouze pod dohledem lékaře. Pokud by sestra v samostatné ordinaci lékaře spolupracovala pouze při diagnostických a léčebných výkonech, toto osvědčení by nepotřebovala. Pokud však provádí výkony i bez přítomnosti lékaře, nebo vykonává nějaký druh ošetrovatelské péče (např. samostatnou návštěvní službu u pacientů), musí být oprávněna k výkonu povolání bez odborného dohledu. Zda je sestra povinna toto oprávnění získat, souvisí také s náplní její pracovní činnosti.

Převážná většina sester však pracuje v různých nemocničních zařízeních. Na nich zákon žádné osvědčení ani zápis do registru nepožaduje, neboť výkon jejich povolání odpovídá definici kategorie pracující pod dohledem. Je tedy na nich, zda se budou snažit toto osvědčení získat. Jestliže ale bude sestra zařazena do kategorie pracující pod odborným dohledem a jestliže pracuje v zařízení, kde při odpoledních nebo nočních směnách slouží pouze jedna sestra, může být přeřazena např. pouze na ranní směny, aby byla splněna podmínka výkonu práce za přítomnosti osoby, která může zastávat odborný dohled.

3.11 Sestra jako zaměstnanec

3.11.1 Vznik a ukončení pracovního poměru

Podmínky pro vznik a ukončení pracovního poměru a práva a povinnosti z něj vyplývající jsou pro zdravotnické pracovníky stejná jako pro všechny ostatní zaměstnance. Základním předpokladem pro vznik pracovního poměru je uzavření písemné pracovní smlouvy mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem, která musí obsahovat druh práce, na kterou je zaměstnanec přijímán, místo výkonu práce, den nástupu do práce, rozsah úvazku, pracovní dobu a dobu odpočinku, délku dovolené a mzdu za vykonanou práci. Součástí pracovní smlouvy je odkaz na pracovní a bezpečnostní předpisy a pracovní náplň v písemné formě. Před uzavřením pracovní smlouvy je zaměstnavatel povinen seznámit zaměstnance s právy a povinnostmi, které by pro něho z pracovní smlouvy vplynuly a s pracovními a mzdovými podmínkami, za nichž má práci konat. Zaměstnavatel je také povinen zajistit, aby se zaměstnanec podrobil před uzavřením smlouvy zdravotní prohlídce.

Pracovní poměr může být ukončen dohodou, výpovědí, okamžitým zrušením a zrušením ve zkušební době. Mezi nejčastější důvody, pro které může zdravotnické zařízení se sestrou ukončit pracovní poměr patří závažné porušení pracovní kázně, jako např. nesprávné vedení zdravotnické a ošetrovatelské dokumentace, práce pod vlivem omamných látek, chybné vedení evidence opiátů apod. Dále může být se sestrou rozváznán pracovní poměr, jestliže opakovaně porušuje pracovní kázeň např. tím, že nedodržuje platné standardy péče, chová se nevhodně, nerespektuje příkazy nadřízeného atd. Zaměstnavatel nesmí dát výpověď v době, kdy je zaměstnanec uznán dočasně neschopným práce pro nemoc nebo úraz, při povolání ke službě v ozbrojených silách, v době, kdy je zaměstnankyně těhotná, nebo když čerpá mateřskou nebo rodičovskou dovolenou.

Okamžitým zrušením může být pracovní poměr opět ukončen ze strany zaměstnavatele i zaměstnance. Ze strany zaměstnavatele může být pracovní poměr ukončen, poruší-li sestra pracovní kázeň zvláště hrubým způsobem a to např. nepravdivým vedením zdravotnické dokumentace nebo způsobí-li závažné poškození zdraví pacienta v důsledku např. nepodání léků. Zdravotnický pracovník může okamžitě ukončit pracovní poměr jestliže podle lékařského posudku nemůže konat sjednanou práci, např. v důsledku poškození jeho zdraví

a nebyl-li do 15 dnů ode dne předložení posudku převeden na jinou práci, nebo neobdržel-li mzdu do 15 dnů po uplynutí její splatnosti.

3.11.2 Pracovní doba a doba odpočinku

Pracovní doba je doba, v níž je zaměstnanec povinen konat práci pro svého zaměstnavatele. Její délka závisí na tom, zda zaměstnanec pracuje v jednosměnném či vícesměnném provozu. Jedná-li se o jednosměnný provoz, činí týdenní pracovní doba 40 hodin. Převážná většina zdravotních sester však pracuje ve dvousměnném či trojsměnném provozu. Pak je délka pracovní doby 38,45 a 37,5 hodin týdně. Zaměstnavatel je povinen poskytnout zaměstnanci přestávku na jídlo a oddech v trvání nejméně 30 minut nejdéle po šesti hodinách nepřetržité práce. Při práci zdravotní sestry mohou nastat situace, kdy je čerpání této doby odpočinku problémem. Obzvláště při nepřetržitém provozu v lůžkových zdravotnických zařízeních nebo pohotovostních službách. Při směnách, kdy je ve službě více sester, jsou tyto přestávky většinou rozvrženy vedoucími pracovníky a plně využívány. Při odpoledních a nočních směnách je ale zcela běžné, že na oddělení pracuje pouze sama jedna sestra. Je vyloučeno, aby na dobu třiceti minut opustila oddělení. Ani jestliže na oddělení zůstane, není možné, aby po tuto dobu nebyla stále k dispozici pacientům. V důsledku toho je pak třicetiminutová pauza dělena do mnoha, někdy pouze několikaminutových přestávek, což nelze považovat za přiměřený odpočinek, a to i přesto, že je to v souladu se zákoníkem práce (ten stanoví: Jde-li o práce, které nemohou být přerušeny, musí být zaměstnanci i bez přerušení provozu nebo práce zajištěna přiměřená doba pro oddech a jídlo)

Nepřetržitý odpočinek mezi dvěma směnami musí činit alespoň 12 hodin. V nepřetržitých provozech může být zkrácen až na 8 hodin za podmínky, že následující odpočinek bude o dobu zkrácení tohoto odpočinku prodloužen. Ženám však může být nepřetržitý odpočinek zkrácen pouze na 11 hodin. Toto je další problém směnného provozu ve zdravotnictví. Není neobvyklé, že sestry nastupují po odpolední směně následující den na ranní směnu. Doba odpočinku tak činí většinou osm až deset hodin. Tím dochází k porušování zákoníku práce. I když se o tomto problému se ví, není snaha o jeho nápravu.

Práci přesčas může zaměstnavatel nařídit ve výjimečných případech, jde-li o vážné provozní důvody. Nařízená práce přesčas nesmí přesáhnout osm hodin týdně a 150 hodin v kalendářním roce. Tato hranice hodin práce přesčas bývá u pracovníků ve zdravotnictví poměrně často překročena. Důvodem je většinou nedostatek pracovníků. S prací přesčas nad 150 hodin však již musí zaměstnanci souhlasit. Často jsou slyšet stížnosti sester na neustálou práci přesčas. Přesto jsem se ještě nesetkala s tím, že by sestra tuto práci odmítla. Důvody mohou být různé. Možná se jedná pouze o plané stížnosti a práce přesčas nad uvedený rámec jim nevádí do té míry, aby ji zaměstnavateli odmítly, nebo se ji z různých důvodů odmítnout bojí. Mnohé možná ani nevědí, že existuje hranice, nad kterou práci přesčas už zaměstnavatel nemůže nařídit a mohou ji konat jen pokud samy chtějí. Tato doba však nesmí přesáhnout v průměru osm hodin týdně, tj. 416 hodin ročně.

3.11.3 Zvyšování kvalifikace

Podle zákoníku práce jsou zaměstnanci, tedy i zdravotní sestry povinni soustavně si prohlubovat, udržovat a obnovovat kvalifikaci. Zaměstnavatelé jsou oprávněni uložit zdravotnickému pracovníkovi účast na školení k prohloubení kvalifikace. Mohou jim při tom poskytnout pracovní úlevy a hmotné zabezpečení, je-li prohloubení kvalifikace zdravotní sestry v jejich zájmu. Mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem může být uzavřena dohoda, kdy se sestra zavazuje ke zvýšení kvalifikace a zaměstnavatel k poskytování pracovních úlev a hmotného zabezpečení. Pro zdravotnické pracovníky vždy platila povinnost celoživotního vzdělávání. S ohledem na vydání zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, kde jsou stanoveny nové kategorie zdravotnických pracovníků, je v současné době vzdělávání pro zdravotní sestry mnohem aktuálnější. Většina z nich totiž usiluje o získání osvědčení pro výkon povolání bez odborného dohledu. Nejen k získání, ale i k obnovení tohoto osvědčení je nutno doložit záznam o absolvovaných vzdělávacích akcích ohodnocených určitým počtem kreditních bodů. Dle mých dosavadních zkušeností mnozí zaměstnavatelé zájem na vzdělávání svých sester nemají nebo po svých zaměstnankyních získání již zmíněného osvědčení požadují, ve vzdělávání je však již nijak nepodporují. S tímto problémem jsem se setkala především u kolegyň pracujících v malých lůžkových nebo soukromých zdravotnických zařízeních. Pro sestru

pracující v ambulantní praxi s pravidelnou pracovní dobou po všechny pracovní dny je pak velice obtížné získat potřebné kreditní body. A právě po těchto sestrách zákon osvědčení ve většině případů požaduje. Bohužel i zdravotní sestry pracující ve velkých zdravotnických zařízeních často nejsou zaměstnavatelem ve vzdělávání podporovány. Na vzdělávací akce jsou dle mých zkušeností obvykle vysílány převážně staniční a vrchní sestry. Sestry však většinou mohou tyto akce navštěvovat ve svém volném čase. Je s podivem, že část zdravotnických zařízení nemá zájem o profesní růst středních zdravotnických pracovníků. Možná to nepovažují za potřebné, možná nechtějí vynakládat finanční prostředky. Jsou však i zdravotnická zařízení, např. fakultní nemocnice, která se o vzdělávání svých pracovníků starají a pořádají pro ně řadu seminářů, přednášek, školení apod.

Zákon umožňuje zaměstnavateli uložit zaměstnanci účast na školení, neukládá mu však povinnost vyhovět jeho žádosti o umožnění vzdělávání, které on sám považuje za důležité k prohloubení své kvalifikace. Je zcela logické, že zaměstnavatelé neumožňují vzdělávání, které není v jejich zájmu. Jestliže mají potřebný počet kvalifikovaných pracovníků, podporovat další ve zvýšení jejich kvalifikace pro ně znamená neúčelné vynakládání finančních prostředků. Pro mnohé zdravotnické pracovníky je však tento přístup v současné době velkou nevýhodou, neboť jestliže zdravotní sestra nezíská osvědčení k samostatnému výkonu povolání, znamená to pro ni nižší finanční ohodnocení a v některých případech omezení při výběru zaměstnání. Např. zdravotní sestra, která nezískala osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu při práci v nemocničním zařízení, nemůže ihned po ukončení tohoto pracovního poměru začít pracovat v agentuře domácí péče, kde je osvědčení pro samostatný výkon povolání základní podmínkou.

4. EMPIRICKÁ ČÁST

V teoretické části této práce jsem se snažila definovat základní právní pojmy, popsat některé oblasti poskytování ošetrovatelské péče upravené legislativou, charakterizovat zákon o nelékařských zdravotnických povoláních a také se zmínit o některých ustanoveních z pracovního práva, které považuji za důležité. Mou snahou také bylo, abych do této práce zahrнула činnosti, které jsou každodenní součástí práce zdravotních sester. Na základě tohoto souhrnu jsem sestavila dotazník, který by byl jakýmsi průřezem daného tématu. Vzhledem k rozsahu dotazníku jsem zde nezařazovala otázky týkající se základních právních pojmů a některých druhů odpovědnosti. Dotazník má 23 otázek, z toho se 3 otázky týkají vzdělání, délky praxe a věku, dále jsou zde dotazy na seznamování se s právními předpisy a zbytek otázek je zaměřen na znalosti a dodržování právních norem v praxi (viz. příloha č. 1). Vyplnění dotazníku bylo zcela anonymní a dobrovolné, dotazované osoby měly označit jednu nebo více odpovědí, které považují za správné, případně mohly označit odpověď „nevím“, která byla k dispozici u všech otázek zjišťujících znalosti. Ve dvou otázkách jsem žádala stručnou slovní odpověď.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu bylo zjištění právního povědomí zdravotních sester a také jeho závislost na věku a dosaženém vzdělání.

4.2 Metoda výzkumu

Jako metoda výzkumu byl použit dotazník, který byl rozdán zdravotním sestřám prostřednictvím kolegyně z bakalářského studia a vrchních sester příslušných klinik. Nebyla zvolena žádná konkrétní cílová skupina, respondenti byli voleni zcela náhodně. Bylo rozdáno celkem 110 dotazníků, z toho se jich vyplněných vrátilo 99.

4.3 Místo a čas výzkumu

Dotazníky byly vyplňovány na chirurgické klinice Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze a ve Fakultní nemocnici Hradec Králové na klinikách: interní, gerontometabolická a ORL. Část dotazníků byla vyplněna také mými kolegyněmi ze 4. ročníku bakalářského studia v Hradci Králové a studentkami 1. ročníku bakalářského studia na 1. LF UK v Praze. Dotazníky byly vyplňovány v průběhu tří týdnů v únoru 2006.

4.4 Rozbor výsledků dotazníku

Struktura respondentů

Jak již bylo zmíněno, byli respondenti voleni zcela náhodně. První 3 otázky v dotazníku se týkaly jejich věku, vzdělání a délky praxe, proto budou respondenti hodnoceni podle těchto kritérií. Jejich zastoupení v jednotlivých skupinách ukazují následující tabulky.

Tab. č. 1

Věk respondentů	19-23 let	24-30 let	31-40 let	41 a více let
Počet osob	28	29	24	18
Procentuelní zastoupení	28,28	29,29	24,24	18,18

Z uvedeného vyplývá, že zastoupení respondentů v jednotlivých skupinách je poměrně rovnoměrné. Nejvíce je zastoupena skupina ve věku 24 -30 let a hned po ní následuje skupina ve věku 19 – 23 let.

Tab. č. 2

Vzdělání respondentů	SŠ	VOŠ	OS	VŠ
Počet osob	63	11	21	4
Procentuelní zastoupení	63,63	11,11	21,21	4,04

Při tomto dělení jsou patrné mnohem větší rozdíly v zastoupení jednotlivých skupin než v prvním případě. Převahu zde mají respondenti se středoškolským vzděláním – 63 %, naopak nejméně je zastoupena skupina sester v vysokoškolském vzděláním – pouhá 4 %.

Tab. č. 3

Délka praxe	3 roky	3-8 let	9-15 let	16 let a více
Počet osob	27	28	24	20
Procentuelní zastoupení	27,27	28,28	24,24	20,20

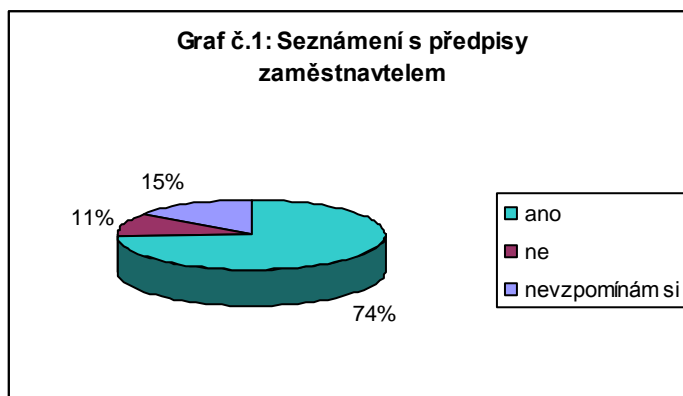
Srovnáme-li zastoupení respondentů podle věku v tabulce č. 1 a podle délky praxe v tabulce číslo 3, jsou si tyto údaje velmi podobné. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla hodnotit výsledky pouze v závislosti na prvních dvou údajích, tedy na věku a vzdělání a upustit od hodnocení výsledků v závislosti na délce praxe.

Hodnocení otázek dotazníku

Otázky č. 4 a 5 byly zaměřeny na seznamování se s právními předpisy týkajícími se výkonu povolání.

Otázka číslo 4 – **Byl/byla jste v zaměstnání seznámena vedoucím pracovníkem s právními předpisy vztahujícími se k výkonu Vašeho povolání?**

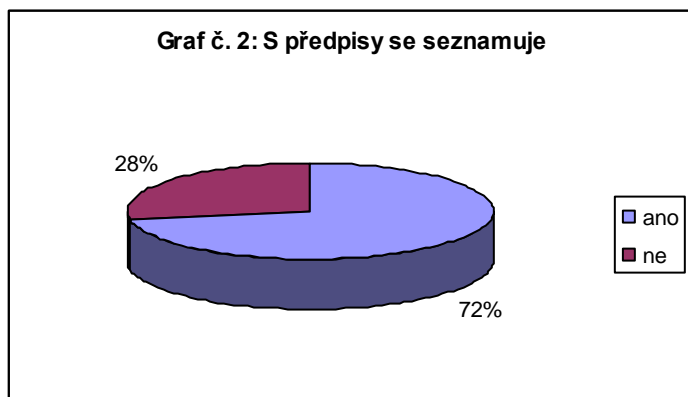
73 % odpovědělo, že ano. Pouze 11 % odpovědělo záporně a 15 % si nevzpomíná. Vzhledem k tomu, že každý pracovník má být s pracovními předpisy seznámen a je povinen se jimi řídit, je toto jistě příznivý výsledek. Stále však zbývá mnoho sester, které se s těmito předpisy musí nějakým způsobem seznamovat samy. V zájmu zdravotnických zařízení by mělo podle mého názoru být, aby procento poučených pracovníků



bylo ještě vyšší, neboť to vede ke zvýšení kvality péče a také k prevenci vzniku případné občanskoprávní odpovědnosti, kterou má zdravotnické zařízení vůči pacientům.

Otázka číslo 5 – Seznamujete se sám/sama s právními předpisy vztahujícími se k výkonu Vašeho povolání?

V této otázce jsem žádala kromě odpovědi ano či ne také stručnou odpověď, jakým způsobem se s předpisy seznamují a jestliže ne, z jakého důvodu. 72 % odpovědělo, že se s předpisy vztahujícími se k výkonu povolání samo seznamuje. Mezi nejčastější odpovědi

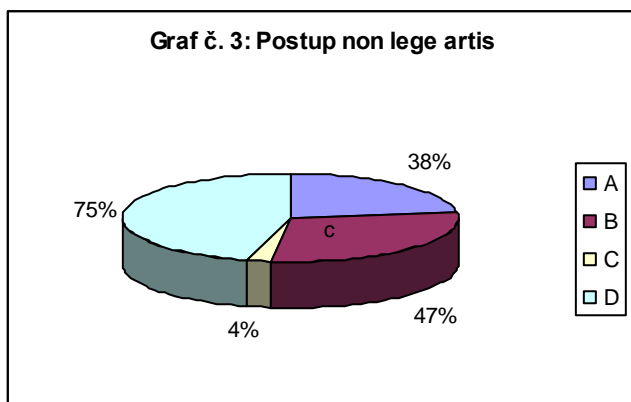


na otázku jak patřily tyto způsoby: prostřednictvím médií (noviny, časopisy, televize, internet), dále pak různá literatura, zákoník práce, směrnice a oběžníky vydané zdravotnickým zařízením, semináře a informace od starších kolegů. Z tohoto usuzuji na poměrně vysoký

zájem zdravotních sester o právní předpisy vztahující se k výkonu jejich povolání. Pravděpodobně si uvědomují svoji velkou odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče. Z výčtu možností, jakými způsoby se s předpisy seznamují, také vyplývá, že tyto informace jsou poměrně dobře dostupné, což považuji za velmi důležité a pozitivní.

28 % naopak uvedlo, že se s právními předpisy neseznamuje. Odpovědi byly také velmi různorodé. Nejčastěji sestry svůj nezájem zdůvodňovaly tím, že je to nikdy nenapadlo, nebo že to dosud nepotřebovaly. Objevily se i důvody, že nevědí, kde tyto předpisy hledat, či že jsou často psány pro ně špatně srozumitelnou formou.

Otázka číslo 6 – Který z těchto postupů lze podle Vás považovat za postup non lege artis.

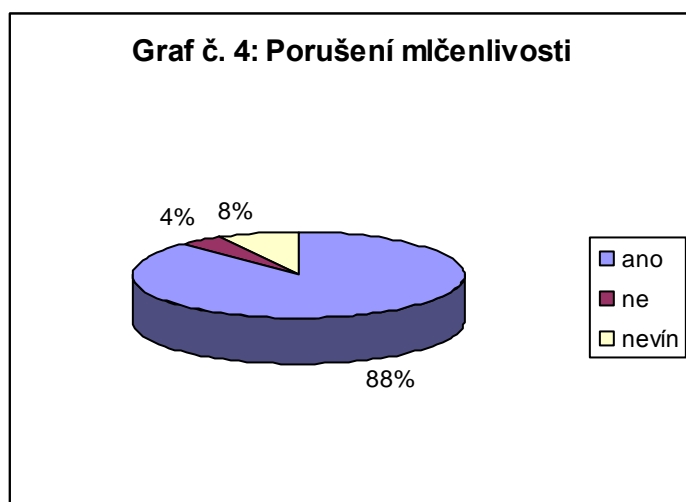


artis.

Zde byly dány dotazovaným čtyři možnosti, z toho bylo několik správných. Dotázané v odpovědích kombinovaly různé možnosti. 74 % uvedlo, že za postup non lege artis

považují možnost D – provedení výkonu, k němuž nemá dotyčná osoba odbornou způsobilost, 38 % sester označilo možnost A – špatné vedení zdravotnické dokumentace. Jak bylo již zmíněno v teoretické části, není nikde stanoven seznam co je a co není lege artis. Tyto dva příklady však jistě non lege artis jsou. Sporná je možnost B - nevhodné a nešetrné jednání s pacienty. Někteří ho považují za postup non lege artis, jiní toto chování považují pouze za etický problém. Tuto možnost označilo 47 % dotázaných, což je jistě dobře, neboť i etika má v ošetrovatelské péči nezastupitelné místo. Jedinou možnost, kterou nelze dle mého názoru považovat za zmíněný postup – odpověď C – odmítnutí zdravotní sestry podat pacientovi informaci o jeho zdravotním stavu, zvolila pouze 4 % respondentů.

Otázka číslo 7 – Je porušení povinné mlčenlivosti trestným činem?

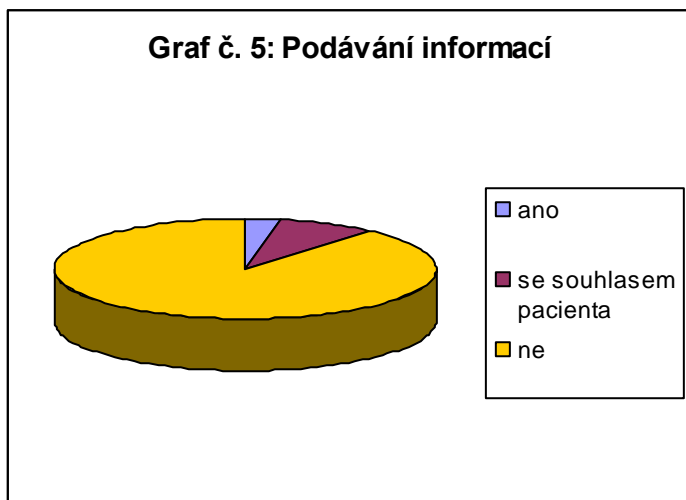


Tato otázka měla druhý nejvyšší počet správných odpovědí ze všech otázek položených v tomto dotazníku a to 88 %. Toto vysoké procento je dáno buď tím, že zachování povinné mlčenlivosti je asi jediným předpisem, se kterým jsou seznamovány už žákyně zdravotních škol před vstupem do zdravotnického

zařízení, nebo také proto, že jde pravděpodobně o nejznámější předpis vztahující se k výkonu zdravotnického povolání. Pouze 4 % dotázaných uvedla, že porušení mlčenlivosti trestným činem není a 8 % odpovědělo „nevím“. Ve skupinách sester starších 40ti let, s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním odpověděly správně všechny, tedy 100 %. Odpověď „ne“ volily nejčastěji sestry ve věku do 23 let a to 11 % z nich.

Otázka číslo 8 – Pokud jste si jist/a, že hovoříte s nejbližšími příbuznými pacienta, poskytnete jim informace o zdravotním stavu pacienta?

V této otázce jsem chtěla zjistit, zda si zdravotní sestry uvědomují, jaké informace smí poskytovat ony a co je již v kompetenci lékaře. 89 % sester uvedlo možnost c – ne, tyto

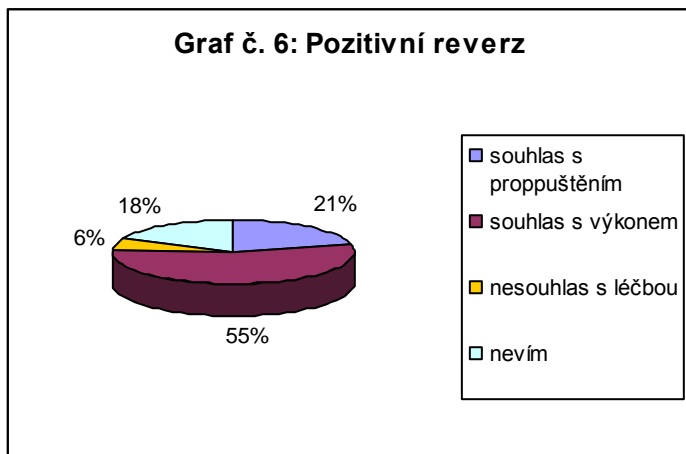


informace poskytuje pouze lékař. 8 % sester odpovědělo, že informace sděluje pouze s výslovným souhlasem pacienta a 3 % uvedla, že tyto informace poskytují. Z toho vyplývá, že většina sester si je hranice svých kompetencí v této oblasti vědoma a přesahuje je pouze 11 % sester, z toho 8 % se souhlasem pacienta.

Tyto informace nepodávají především sestry s vysokoškolským vzděláním (100 %) a sestry ve věku do 23 let (96 %). Se souhlasem pacienta informují příbuzné nejvíce sestry ze dvou nejstarších věkových skupin.

Otázka číslo 9 – Co je to „pozitivní revers“?

Cílem této otázky byla snaha o zjištění, zda sestry vědí, co je to pozitivní revers. Přestože vyplnění tohoto dokumentu je v současné době záležitostí lékařů, sestry se s ním při své

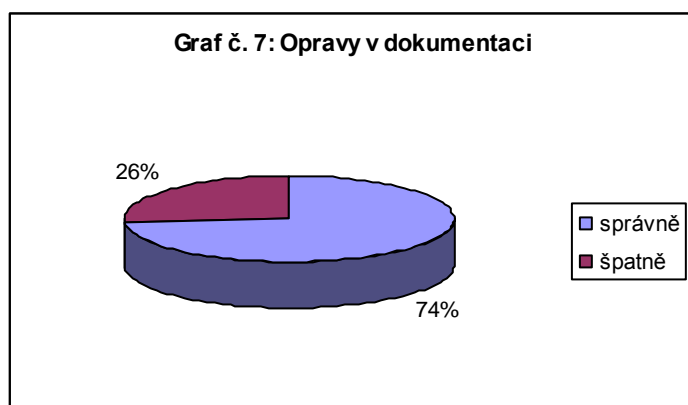


práci běžně setkávají a není vyloučeno, že v budoucnosti budou i ony s pacienty pozitivní reversy týkající se ošetřovatelských výkonů pořizovat. Proto je zarážející, že správně odpovědělo pouze 55 %. 18 % tento pojem nezná a zbytek

ho zaměňuje s negativním reversem, tedy dokumentem opačným. Částečnou omluvou by mohla být skutečnost, že v praxi je častěji používán výraz informovaný souhlas. U této otázky se patrně nejvíce projevuje závislost správných odpovědí na vzdělání. Zatímco ze středoškolsky vzdělaných sester znalo správnou odpověď pouze 46 %, u sester s vyšším odborným vzděláním to bylo 63 %, s odbornou specializací 66 %, u vysokoškolsky vzdělaných sester je to 100 %. Nejméně tento výraz znají sestry ve věku 24 – 30 let, z nichž správně odpovědělo pouze 41 %.

Otázka číslo 10 – Pokud učiníte chybný zápis do dokumentace, opravu provedete...

Důvodem zařazení této otázky byla skutečnost, že zdravotnická dokumentace je dokladem poskytované péče a slouží jako právní ochrana zdravotníka v případě soudního sporu. To si



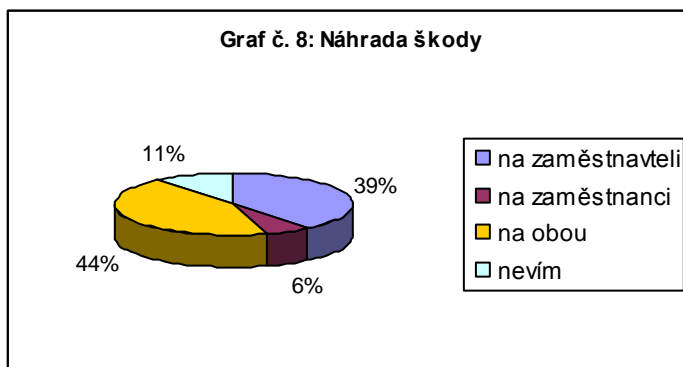
uvědomuje a opravy správně provádí 73 % dotázaných. Ostatní, tedy 26 %, chyby v dokumentaci opravují způsobem, který by při případném řešení sporu svědčil proti nim. I v tomto případě se uplatňuje vzdělání. Ze sester se středoškolským vzděláním provádí

opravy správným způsobem 65 %, zatímco s vysokoškolským vzděláním 100 %. Nejhorší situace je opět u sester ve věku 24-30 let, z nichž správně postupuje pouze 55 %. Náprava těchto nedostatků je především v rukách staničních a vrchních sester, které jsou oprávněny vedení dokumentace kontrolovat a přijímat potřebná opatření.

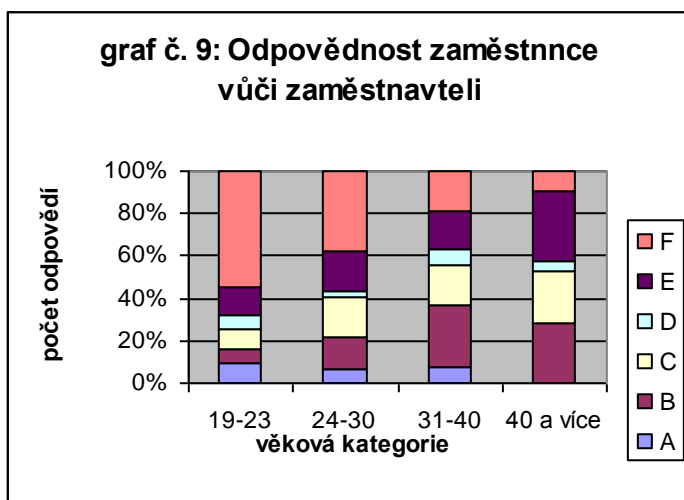
Otázka číslo 11 – Pokud zdravotnický pracovník způsobil škodu, která je poté řešena v občanskoprávním řízení, může poškozený pacient požadovat úhradu škody na ...

Na tuto otázku odpovědělo správně – na zaměstnavateli, tedy na zdravotnickém zařízení – pouze 39 %. Nejvíce sester a to 43 % si myslí, že náhradu škody může poškozený pacient požadovat jak na

zaměstnanci, tak i na zaměstnavateli. Procento správných odpovědí rostlo úměrně s věkem. Zatímco ve věku 19 -23 znalo správnou odpověď 21 %, ve věku 40 let a více to bylo 61 %. Podle dosaženého vzdělání měly nejlepší znalosti sestry s vyšším odborným vzděláním (54%) a s odbornou specializací (57%).



Otázka číslo 12 – Jestliže způsobíte svému zaměstnavateli nějakou škodu porušením povinností při plnění pracovních úkolů, může po Vás zaměstnavatel požadovat úhradu škody ...

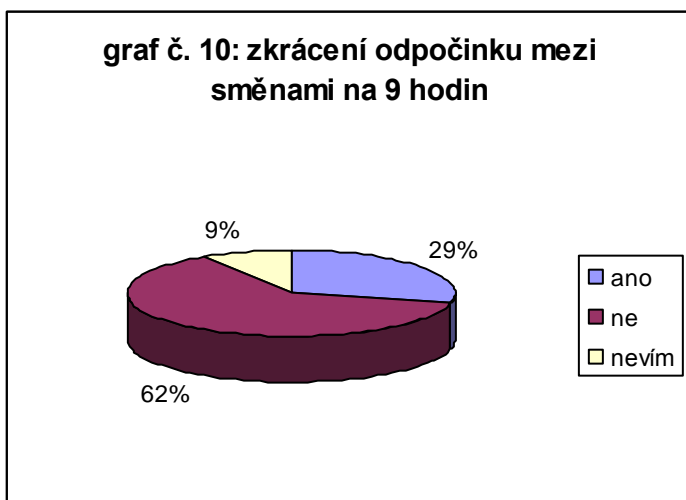


Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda sestry znají svoji odpovědnost vůči zaměstnavateli. V nabídce odpovědí byly 3 správné možnosti. Tuto kombinaci zvolila pouze jedna sestra a to z věkové skupiny nad 40 let s odbornou specializací. Nejvíce respondentek zvolilo odpověď „nevím“ a to

36 %. Z ostatních sester, které zvolily alespoň jednu ze správných možností, se správné odpovědi opět zvyšovaly s věkem a s dosaženým vzděláním.

Z odpovědí na otázky č. 11 a 12 je patrné, že úroveň znalostí odpovědnostních vztahů je poměrně nízká. Důvodem by mohla být skutečnost, že se většina sester do takovýchto sporných situací zatím nedostala a proto se těmito otázkami nezabývala.

Otázka číslo 13 – Může zaměstnavatel nařídit zdravotní sestře (ženě) po odpolední směně končící ve 21:00 hodin nastoupit na ranní směnu začínající v 6:00 hodin následujícího dne?



Touto otázkou jsem hledala odpověď na to, zda sestry znají alespoň některá svá práva plynoucí pro ně ze zákoníku práce. Správnou odpověď „ne“ zvolilo celkem 62 %. Nejlepšího výsledku dosáhla věková skupina 24-30 let (72 %) a sestry s vysokoškolským vzděláním (75 %). Odpověď „ano“ zvolilo 29 % dotázaných. Nejčastěji takto odpovídaly sestry ve věku 31-40

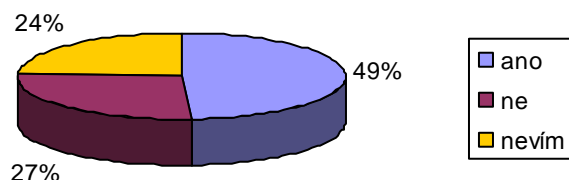
let (37 %) a se středoškolským vzděláním (33 %). Toto poměrně vysoké procento špatných odpovědí může být dáno tím, že v běžném provozu jsou směny často takto rozepisovány i přesto, že je to v rozporu se zákoníkem práce. Mnoho sester tak patrně odpovědělo na základě své vlastní zkušenosti.

Otázka číslo 14 – Je nutný písemný souhlas Vašeho zaměstnavatele k výkonu Vaší jiné výdělečné činnosti, pokud je tato shodná s předmětem činnosti u Vašeho zaměstnavatele?

Správně na tuto otázku odpovědělo 49 %. O souhlas by však svého zaměstnavatele nepožádalo 27 %. Zbýlých 24 % by nejspíš požádalo někoho o radu. V počtu správných odpovědí se pravděpodobně uplatňují zkušenosti s vedlejší činností, neboť sestry ve věku do 23 let odpověděly správně pouze ve 29 %, zatímco ve věkové skupině nad 40 let to bylo

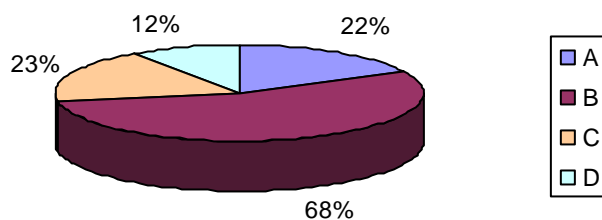
72 %. Vliv může mít i vzdělání. U sester se středoškolským vzděláním odpovědělo správně pouze 35 %, zatímco vysokoškolsky vzdělané sestry byly 100 % úspěšné.

graf č. 11: souhlas zaměstnavatele s jinou výdělečnou činností



Otázka číslo 15 – **Zdravotní sestra ztrácí způsobilost k výkonu povolání jestliže ...**

graf č. 12: Ztráta způsobilosti k výkonu povolání



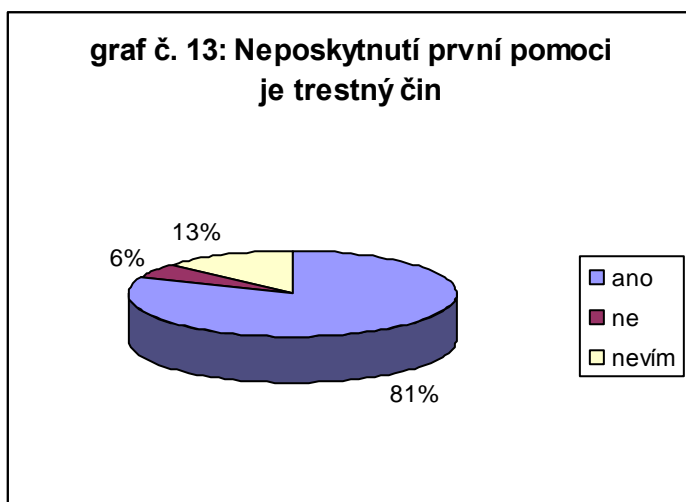
Přestože ve výběru odpovědí byla pouze jedna správná, řada sester volila více možností. 68 % správně uvedlo, že sestra ztrácí způsobilost k výkonu povolání odsouzením pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. 22 % si myslí, že odsouzením za jakýkoli úmyslný trestný čin. Důvodem může být

skutečnost, že v původním znění zákona o nelékařských zdravotnických povoláních tomu tak bylo. Překvapujících je ovšem 23 % odpovědí, že sestra ztrácí způsobilost k výkonu povolání pro nedbalostní trestný čin spáchaný bez souvislosti s poskytováním péče. Nevím, zda si tyto sestry zadání jen špatně přečetly, nebo zda si opravdu myslí, že způsobilost ztratí i např. když způsobí dopravní nehodu a tím tedy škodu na majetku či zdraví.

Nejnižší procento správných odpovědí bylo ve skupině sester do 23 let (43%) a u sester se středoškolským vzděláním (53 %), ostatní výsledky byly vcelku vyrovnané.

Otázka číslo 16 – **Neposkytnutí první pomoci je posuzováno jako trestný čin. Je neposkytnutí první pomoci zdravotníkem trestným činem i v případě, že neposkytnutím pomoci nedošlo k žádné škodě?**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda si jsou sestry vědomy své odpovědnosti v poskytování první pomoci. Je potěšující, že 81 % z nich tuto odpovědnost zná, jen 6 % tento případ za



trestný čin nepovažuje a 13 % neví. Můžeme se proto pouze dohadovat, zda by těchto 19 % dotázaných první pomoc poskytlo. V této skupině jsou nejvíce zastoupeny sestry ve věku nad 40 let a to 34 % z jejich počtu. Příjemně překvapily sestry se středoškolským vzděláním, u nichž počet správných odpovědí

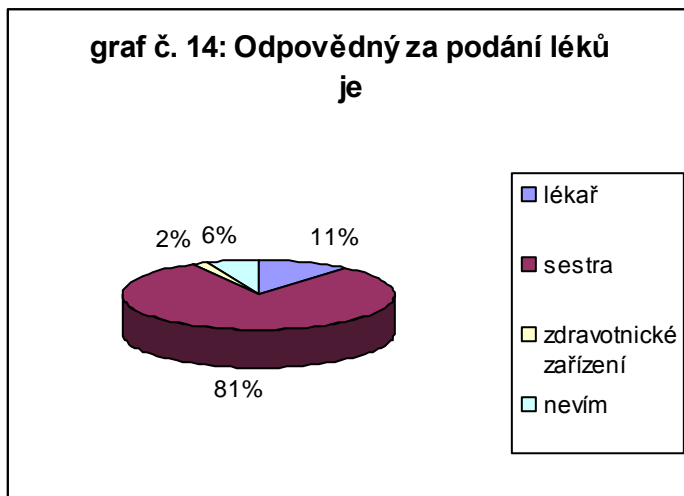
činí 84 %, což je druhý nejlepší výsledek po 100 % úspěšnosti sester s vysokoškolským vzděláním.

Následující 3 otázky se týkají jedné z nejčastějších činností sester, která však sebou neustále přináší řadu problémů a tou je podávání léků.

Otázka číslo 17 – **Každá sestra se jistě setkala s ordinováním léků lékařem po telefonu. Odmítla jste někdy takto ordinovaný lék aplikovat?**

Otázka číslo 18 – **Pokud sestra aplikuje lék pouze na základě telefonické ordinace lékaře, kdo nese případnou právní odpovědnost?**

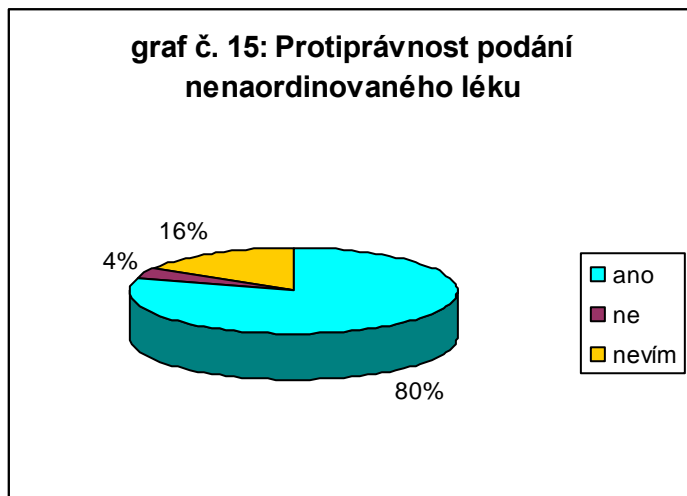
81 % dotázaných správně odpovědělo, že odpovědná za podání léku je sestra. Přesto 60 % sester nikdy neodmítlo takto ordinovaný lék podat. Jako důvod mě napadají dvě možnosti, a to že se možná sestry této odpovědnosti nebojí nebo se bojí odmítnout ordinaci lékaře splnit. Pouze 40 % sester uvedlo, že ordinaci splnit odmítlo. Zajímalo mě z jakého důvodu. Nejčastěji uváděné příčiny byly tyto: Jednalo se o aplikaci opiátů a transfúzních přípravků, nedůvěřovaly lékařům nebo na základě vnitřního nařízení mají zakázáno takto ordinované



léky aplikovat. Ptala jsem se také, zda mělo jejich odmítnutí nějaké následky. Několik jich odpovědělo, že důsledkem byly negativní komentáře ze strany lékaře, většina však uvedla, že jejich odmítnutí žádné následky nemělo. Proto nechápu, že sestry nejsou schopny splnění takovéto ordinace odmítnout, neboť tím

chrání samy sebe. Nejvíce těchto sester má vysokoškolské vzdělání (100%), nebo jsou ve věku 31 – 40 let (67 %). Svoji odpovědnost za takto ordinovaný lék si nejvíce uvědomují sestry ve věku do 23 let (89 %) a se středoškolským vzděláním (83 %). 11 % všech dotázaných si myslí, že za lék ordinovaný po telefonu je zodpovědný lékař, 2 % si myslí, že zdravotnické zařízení a 6 % neví, kdo tuto zodpovědnost nese.

Otázka číslo 19 – Myslíte si, že podání jiného než naordinovaného léku zdravotní sestrou je protiprávní, i když nebyly způsobeny žádné komplikace?



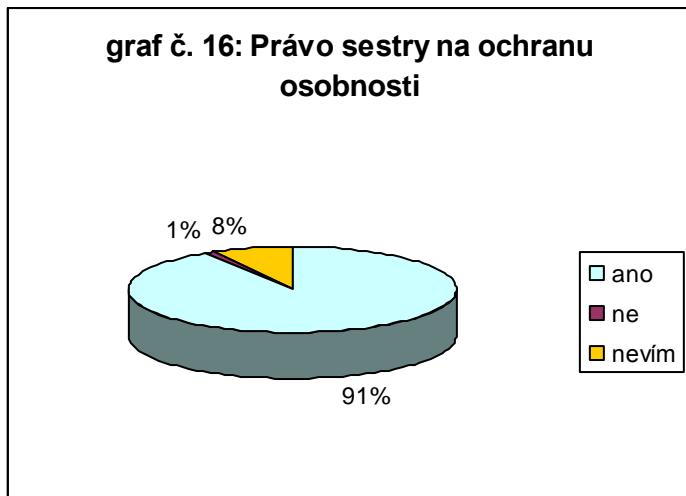
Správnou odpověď „ano“ zvolilo 80 % sester. Ze sester starších 40ti let takto odpověděly všechny a sestry s vyšším odborným vzděláním odpověděly správně v 91 %. Podání nenaordinovaného léku za protiprávní nepovažují sice pouze 4 % dotázaných, 16 % však neví. Dohromady je to tedy 20 % sester, které by asi nenaordinané

léky podat neváhaly, nebo je možná podávají. Nejvíce jich je ve věku 31 -40 let (29 %) a s vysokoškolským vzděláním (25 %).

Následující 2 otázky měly za úkol zjistit, zda si sestry kromě svých povinností vědomy také svých práv.

Otázka číslo 20 – **Dojde-li k verbálnímu či brachiálnímu napadení sestry pacientem, má sestra právo dovolávat se ochrany své osobnosti?**

Otázka číslo 21 – **Došlo-li při napadení sestry pacientem k ublížení na zdraví sestry ...**

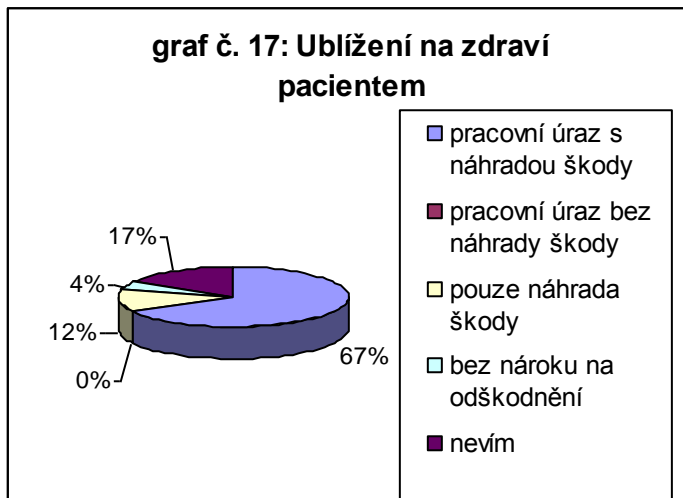


Z odpovědí vyplývá, že si sestry jsou svých práv vědomy, neboť ochrany své osobnosti by se případně dovolávalo 91 % dotázaných. 67 % také ví, že pokud by došlo při útoku k ublížení na zdraví, bylo by to posuzováno jako pracovní úraz a měly by tudíž právo na náhradu škody. 12 % by to nepovažovalo

za pracovní úraz, ale domáhalo by se náhrady škody, 4 % by neuplatňovalo žádné nároky a 17 % by asi požádalo o radu.

Lepší znalosti těchto svých práv prokázaly sestry s vyšším věkem a vzděláním.

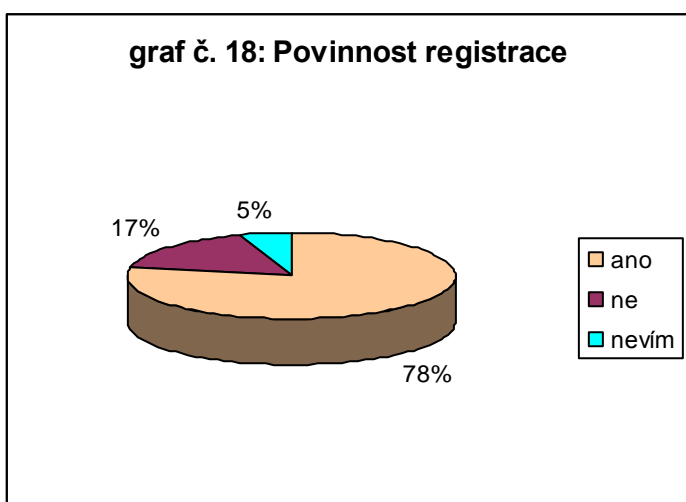
Ze své zkušenosti vím, že někteří pacienti kladou na zdravotnické pracovníky nároky, které oni nejsou vždy schopni splnit. Svoji nespokojenost pak dávají najevo různými způsoby. Často se sestry musí starat o pacienty pod vlivem alkoholu a jiných návykových látek nebo s vědomým porušením z jiných příčin, kteří bývají velmi agresivní. Proto je dobře, že většina sester zná svá práva, která mohou uplatňovat v těchto náročných situacích.



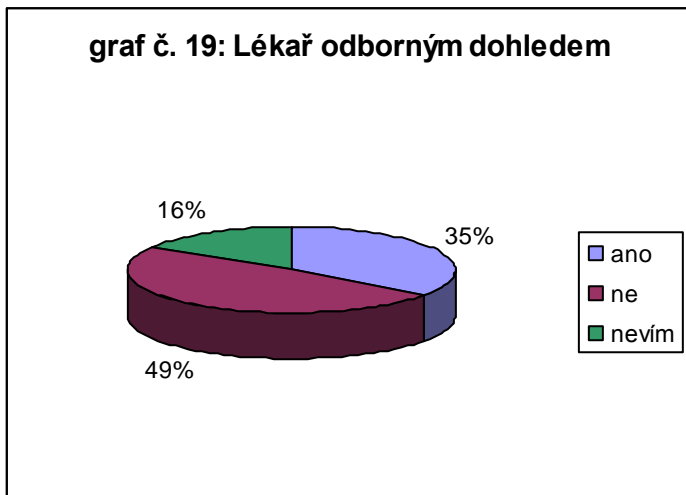
Poslední dvě otázky se týkaly zákona, který vnesl do ošetrovatelské profese celou řadu změn, a to zákona o nelékařských zdravotnických povoláních.

Otázka číslo 22 – **Povinnost tzv. registrace, tedy získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, ukládá zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Je tato povinnost uložena zákonem všem zdravotním sestram?**

Otázka číslo 23 – **V případě, že zdravotní sestra nezískala toto oprávnění a musí proto pracovat pod odborným dohledem, může pracovat pod odborným dohledem lékaře?**



názoru nejasný a často mylný výklad některých ustanovení tohoto zákona. V důsledku toho



sestrách. Velká část z nich může o toto osvědčení usilovat jen pokud sama chce.

Vyhodnocení těchto dvou otázek mě velmi překvapilo, neboť procenta správných odpovědí byla velmi nízká. Výjimku tvoří skupina vysokoškolsky vzdělaných sester, u nichž byla správnost odpovědí na obě otázky 100 %. Nejmenší znalosti zde ukázaly sestry se středoškolským vzděláním a ve věku do 23 let. Důvodem nízkého počtu správných odpovědí je dle mého

78 % sester odpovědělo, že získat jmenované osvědčení je povinností každé z nich. Pouze 17 % ví, že tomu tak není a 5 % si není jisto. Podíl na této situaci jistě mají zaměstnavatelé a vedoucí pracovníci, kteří získání osvědčení po sestrah požadují a často argumentují tím, že to zákon přikazuje. Zákon však požaduje toto osvědčení pouze po některých

Další nejasnou otázkou je, kdo vlastně může vykonávat onen odborný dohled. Protože lékař patří mezi vyšší zdravotnické pracovníky, 35 % sester si myslí, že odborným dohledem může být i on. Ten však nemá pro ošetrovatelskou činnosti kvalifikaci, a proto nemůže činit odborný dohled při poskytování ošetrovatelské péče. To ví 49 % dotázaných.

Myslím si, že by zdravotní sestry měly být s tímto zákonem obeznámeny mnohem lépe, neboť je velmi pro ně důležitý. Otázkou však zůstává, jakým způsobem se ale s ním mají seznámit. V odborných časopisech jsem četla celou řadu článků, které se týkaly tohoto předpisu. V žádném z nich jsem však odpověď na tyto dvě otázky nenašla.

Počet správných odpovědí na jednotlivé otázky ve zvolených skupinách je uveden v tabulkách č. 4 a 5.

Tab. č: 4 – procenta správných odpovědí ve zvolených věkových skupinách

Věk	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	19	20	21	22	23	Celkový průměr
19-23	89	96	50	71	21	0	64	29	43	82	89	82	89	50	18	36	57 %
24-30	83	93	41	55	38	0	72	45	83	86	76	72	86	69	21	55	61 %
31-40	83	79	71	88	46	0	42	58	71	83	75	71	92	67	8	42	61 %
41 a více	100	83	61	88	61	6	67	72	78	66	83	100	100	89	22	67	71 %

Tab.č:5 – procenta správných odpovědí ve skupinách podle dosaženého vzdělání

Vzdělání	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	19	20	21	22	23	Celkový průměr
SŠ	83	89	46	65	30	0	60	35	53	84	83	78	92	63	8	43	57 %
VOŠ	100	91	63	81	54	0	54	56	73	82	82	91	82	75	18	64	67 %
OS	95	86	66	90	57	5	67	76	76	67	76	81	90	67	29	48	67 %
VŠ	100	100	100	100	50	0	75	100	75	100	75	75	100	100	100	100	84 %

5. ZÁVĚR

Při tvorbě této práce jsem se zamýšlela nad tím, které právní předpisy souvisí s výkonem profese sestry, a které by tudíž měla zdravotní sestra znát a řídit se jimi. Zjistila jsem, že je jich celá řada, neboť kromě právních předpisů, které se týkají přímo výkonu ošetrovatelské péče, je zde ještě řada legislativních norem, které upravují její odpovědnost, způsobilost k výkonu povolání a práva a povinnosti plynoucí z pracovního poměru.

Zdravotní sestra při výkonu svého povolání pečuje o lidský život a zdraví a nese stejně jako lékař zodpovědnost za své pacienty. Je také téměř neustále vystavena riziku vzniku právní odpovědnosti. Toto riziko je možno snížit znalostí a dodržováním právních předpisů, a proto by měli být všichni zdravotničtí pracovníci seznamováni alespoň s těmi nejdůležitějšími právními předpisy již při přípravě na své povolání. V současné době bohužel tato problematika není vyučována na zdravotnických školách v samostatném předmětu a v bakalářském studijním programu je vyučována pouze v rámci volitelných předmětů. To se projevilo i ve výsledku empirické části této práce, kdy sestry z nejmladší hodnocené kategorie a tedy s nejkratší délkou praxe, vykazovaly nejmenší znalosti této problematiky.

V empirické části jsem se snažila zjistit úroveň znalostí zdravotních sester v jednotlivých oblastech. Zastoupení zdravotních sester, které se zúčastnily mého výzkumu, v jednotlivých skupinách je sice nerovnoměrné, domnívám se však, že vcelku odpovídá složení sester v našem zdravotnictví. Je zde velký nepoměr mezi sestrami se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Vlivem změn v systému vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků by však mělo postupně docházet i ke změnám tohoto poměru.

Výsledky výzkumu byly v jednotlivých oblastech velmi odlišné. Za dobré považuji znalosti sester, které se týkají přímo výkonu jejich činnosti. V otázkách týkajících se povinné mlčenlivosti, podávání informací o zdravotním stavu, provádění oprav v ošetrovatelské dokumentaci nebo odpovědnosti za podání léků, byla procenta správných odpovědí vysoká. Také v otázkách týkajících se práv sester jsou jejich znalosti uspokojivé. Velmi nízké jsou však znalosti sester týkající se občanskoprávní a především pracovněprávní odpovědnosti. Otázky týkající se této oblasti výrazně snížily průměrné procento správných odpovědí při celkovém hodnocení. Znalosti pracovněprávní odpovědnosti sice nejsou podstatné pro

poskytování ošetrovatelské péče, jsou však důležité v situaci, kdy dojde ke vzniku nějaké škody. Je přeci v zájmu sestry, aby věděla, kdy a do jaké výše je povinna škodu uhradit, ale také to, kdy zaměstnavatel není oprávněn náhradu škody požadovat.

Za alarmující považuji znalosti sester týkající se zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. Pravděpodobné příčiny již byly popsány v empirické části. Budeme-li však brát v úvahu, že výzkum byl proveden ještě v tzv. přechodném období, kdy některé části tohoto zákona ještě nenabýly účinnosti, lze předpokládat, že nyní, po skončení tohoto období, se bude jeho znalost zlepšovat.

Závěrem je možno říci, že znalosti zdravotních sester týkající se legislativy se zvyšují s věkem a dosaženým vzděláním. Nejlepší znalosti prokázaly bezesporu zdravotní sestry s vysokoškolským vzděláním, u nichž často počet správných odpovědí činil 100 %. Ovšem vzhledem k jejich velmi malému zastoupení v celkovém počtu respondentů, se domnívám, že v tomto případě nelze zjištěné závěry zobecnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Císařová, D., Sovová, O.: Trestní právo a zdravotnictví, Orac, Praha, 2000, 1. vydání
- Vondráček, L., Ludvík, M.: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I, NCONZO, Brno, 2004, 1. vydání
- Vondráček, L., Ludvík, M.: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II, NCONZO, Brno, 2004, 1. vydání
- Vondráček, L., Kurzová, H.: Zdravotnické právo, Nakladatelství Karolinum, Praha, 2004, 1. vydání
- Prudil, L.: Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví, NCONZO, Brno, 2004, 3. vydání
- Škrla, P.: Především neublížit, NCONZO, Brno, 2005, 1. vydání
- Vondráček, L., Ludvík, M., Nováková, J.: Ošetrovatelská dokumentace v praxi, Grada Publishing, a.s., Praha, 2003, 1. vydání
- Vondráček, L., Vondráček, J.: Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče, Grada Publishing, a.s., Praha, 2003, 1. vydání
- Štěpán, J.: Právní odpovědnost ve zdravotnictví, Avicenum, Praha, 1970
- Stolínová, J.: Etika a právo v lékařské praxi, Avicenum, Praha, 1990, 1. vydání
- Vondráček, L.: Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry, Grada Publishing, a.s., Praha, 2005, 1. vydání
- Fišerová, J.: Etika v ošetrovatelství, IDVPZ, Brno, 2001

PERIODIKA

- Pochylá, K.: Postgraduální vzdělávání pracovníků ošetrovatelství, Odborný rádce zdravotní sestry, 8/2004
- Mullerová, N., Pátá, M. a kol.: Jednotný postup při vedení ošetrovatelské dokumentace, Odborný rádce zdravotní sestry, 2/2004
- Prudil, L.: Několik poznámek k zákonu o nelékařských zdravotnických povoláních, Zdravotnické právo v praxi, 2004, č.2
- Uhrová, J.: Podmínky výkonu povolání zdravotní sestry dle současné legislativy, Odborný rádce zdravotní sestry, 7/2004

PRÁVNÍ PŘEDPISY

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění

Zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, v platném znění

Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, v platném znění

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

Koncepce ošetrovatelství in Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, září, 2004

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

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

INTERNETOVÉ STRÁNKY

www.clk.cz

www.nconzo.cz

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Grafy

Příloha č. 1

Dobrý den, jmenuji se Zdeňka Máchová a jsem studentkou 4. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství na lékařské fakultě v Hradci Králové. Nyní píši bakalářskou práci na téma „Právní aspekty ošetrovatelské profese“. Proto bych Vás chtěla touto cestou požádat o spolupráci – vyplnění tohoto dotazníku. Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné. Získané údaje budou použity výhradně pro účely mé bakalářské práce.

Vámi vybranou odpověď prosím zakroužkujte. V některých otázkách můžete zakroužkovat více správných odpovědí. V otázkách č.5 a 17 vypište prosím stručnou odpověď. Předem mnohokrát děkuji za Vaši spolupráci.

1. Jaký je váš věk?

- a) 19-23 let
- b) 24-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41 a více let

2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) odborná specializace
- d) vysokoškolské

3. Jaká je délka vaší pracovní praxe?

- a) méně než 3 roky
- b) 3-8 let
- c) 9-15 let
- d) 16 let a více

4. Byla jste v zaměstnání seznámena vedoucím pracovníkem s právními předpisy vztahujícími se k výkonu Vašeho povolání?

- a) ano
- b) ne
- c) nevzpomínám si

5. Seznamujete se sama/sám s právními předpisy vztahujícími se k výkonu Vašeho povolání?

- a) ano
Jakým způsobem?
- b) ne
Proč?

6. Který z těchto postupů lze podle Vás považovat za postup non lege artis?

- a) špatné vedení zdravotnické dokumentace
- b) nevhodné a nešetrné jednání s pacienty
- c) odmítnutí zdravotní sestry podat pacientovy informace o jeho zdravotním stavu
- d) provedení výkonu, k němuž nemáte odbornou způsobilost

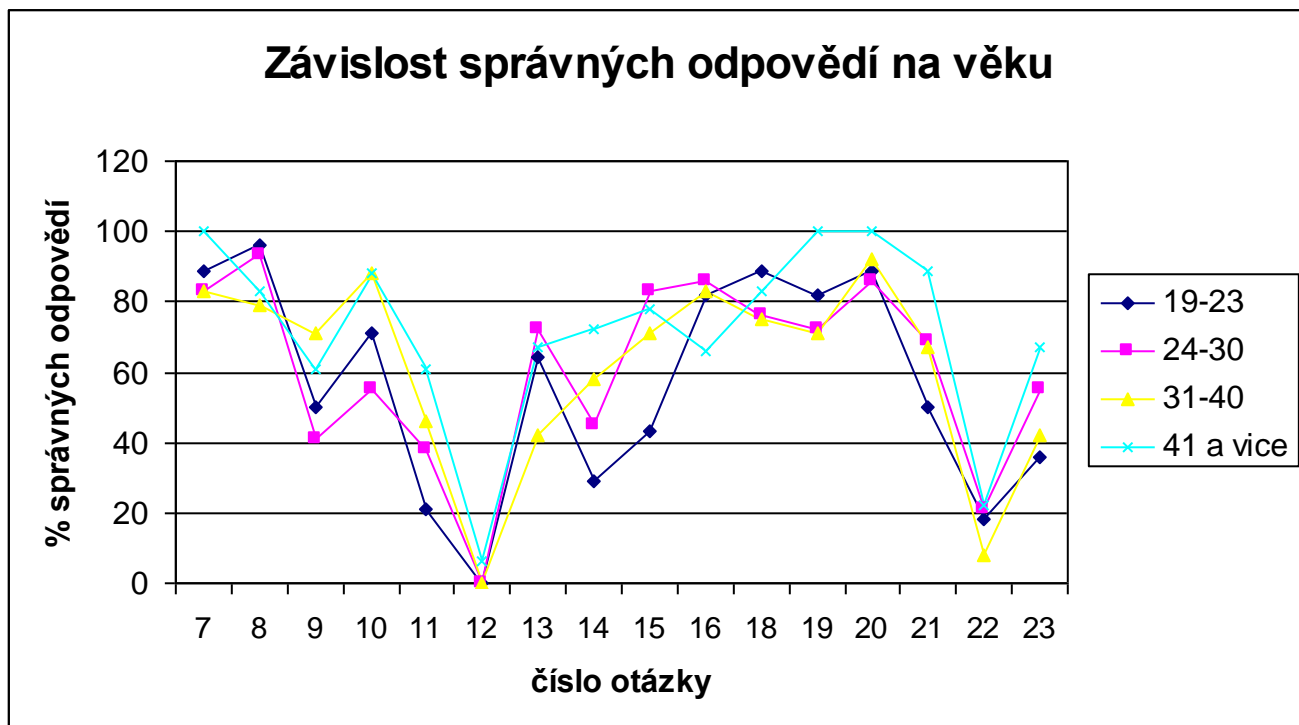
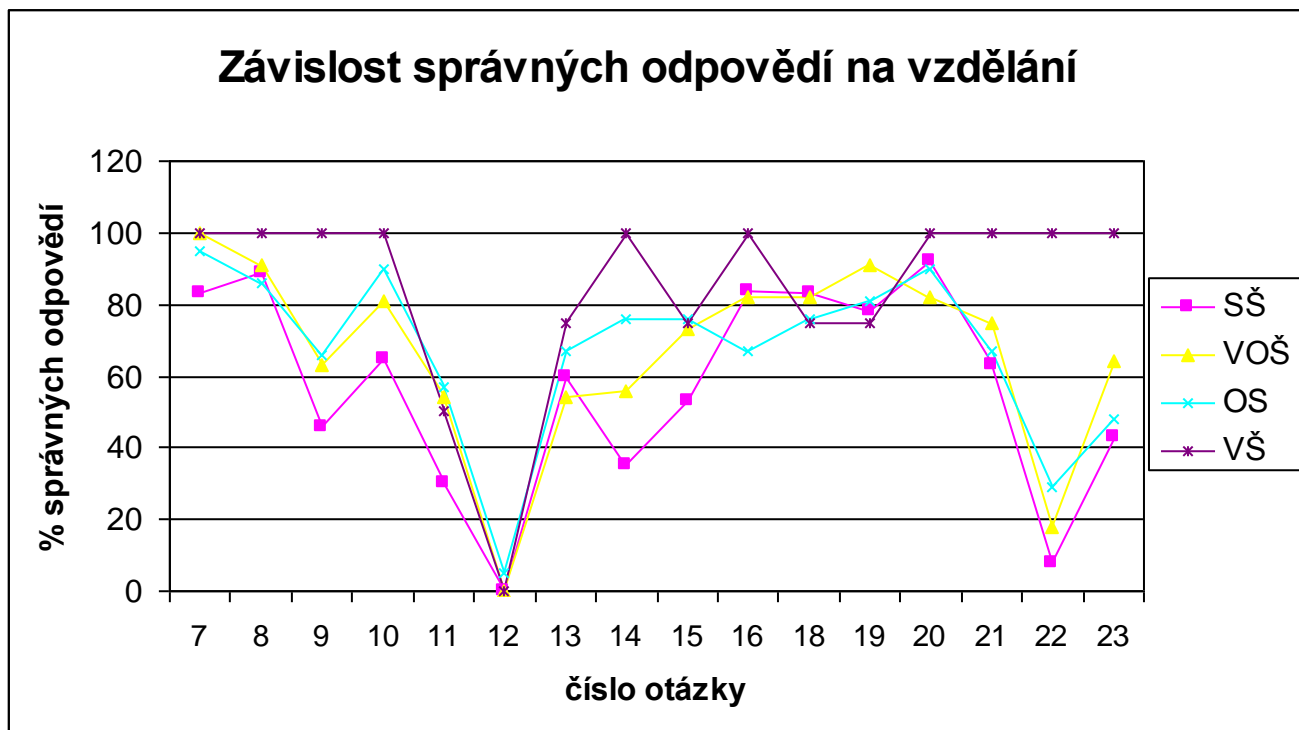
7. Je porušení povinné mlčenlivosti trestným činem?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Pokud jste si jista, že hovoříte s nejbližšími příbuznými pacienta poskytujete jim informace o zdravotním stavu pacienta?
- ano
 - pouze s výslovným souhlasem pacienta
 - ne, tyto informace poskytuje pouze lékař
9. Co je to „pozitivní reverz“?
- souhlas pacienta s propuštěním na vlastní nebezpečí
 - souhlas pacienta s určitým výkonem
 - nesouhlas pacienta s další léčbou
 - nevím
10. Pokud učiníte chybný zápis do dokumentace, opravu provedete
- zaškrtnáním původního záznamu a zapsáním nového
 - přeškrtnete zápis tak, aby zůstal čitelný, nadepíšete chybu či oprava a učiníte nový zápis
 - překryjete zápis opravnou barvou a na to samé místo učiníte nový zápis
11. Pokud zdravotnický pracovník způsobil škodu, která je poté řešena v občanskoprávním řízení (např. ublížení na zdraví, škoda na věcech vnesených a odložených), může poškozený pacient požadovat úhradu škody na
- zaměstnavateli, tedy na zdravotnickém zařízení
 - zdravotnickém pracovníkovi, který škodu způsobil (zaměstnanci)
 - zaměstnanci i zaměstnavateli
 - nevím
12. Jestliže způsobilé svému zaměstnavateli nějakou škodu porušením povinností při plnění pracovních úkolů, může po Vás zaměstnavatel požadovat úhradu škody
- v plné výši škody, která byla způsobena, ať vznikla jakkoliv
 - v plné výši škody, která byla způsobena, jestliže byla způsobena pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek - jako jediným důvodem
 - maximálně do výše 4,5 násobku Vašeho průměrného výdělku před vznikem škody
 - maximálně do výše 2 násobku Vašeho průměrného výdělku před vznikem škody
 - v plné výši škody, která byla způsobena, pokud máte se zaměstnavatelem uzavřenou dohodu o hmotné odpovědnosti
 - nevím
13. Může zaměstnavatel nařídit zdravotní sestře (ženě) po odpolední směně končící ve 21:00 hod nastoupit na ranní směnu začínající v 6:00 hodin následujícího dne, aniž by porušil zákoník práce?
- ano
 - ne
 - nevím
14. Je nutný písemný souhlas Vašeho zaměstnavatele k výkonu Vaší jiné výdělečné činnosti, pokud je tato činnost shodná s předmětem činnosti u Vašeho zaměstnavatele?
- ano
 - ne
 - nevím
15. Zdravotní sestra ztrácí způsobilost k výkonu povolání jestliže
- byla pravomocně odsouzena pro jakýkoli úmyslný trestný čin
 - byla pravomocně odsouzena pro úmyslný trestný čin spáchaný v souvislosti s poskytováním zdravotní péče
 - byla pravomocně odsouzena pro nedbalostní trestný čin spáchaný bez souvislosti s poskytováním zdravotní péče
 - nevím

16. Neposkytnutí první pomoci je posuzováno jako trestný čin. Je neposkytnutí první pomoci zdravotníkem trestným činem i v případě, že neposkytnutím pomoci nedošlo k žádné škodě?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
17. Každá sestra se jistě setkala s ordinováním léků lékařem po telefonu. Odmítla jste někdy takto ordinovaný lék aplikovat?
- a) ano
- Z jakého důvodu?
- Mělo Vaše odmítnutí nějaké důsledky? Jestliže ano, jaké?
- b) ne
18. Pokud sestra aplikuje lék pouze na základě telefonické ordinace lékaře, kdo nese případnou právní odpovědnost?
- a) lékař, který lék ordinoval
 - b) sestra, která lék podala
 - c) zdravotnické zařízení
 - d) nevím
19. Myslíte si, že podání jiného než naordinovaného léku zdravotní sestrou je protiprávní, i když nebyly způsobeny žádné komplikace?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
20. Dojde-li k verbálnímu či brachiálnímu napadení sestry pacientem, má sestra právo dovolávat se ochrany své osobnosti?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
21. Došlo-li při napadení sestry pacientem k ublížení na zdraví sestry
- a) je to posuzováno jako pracovní úraz a sestra má právo na náhradu škody
 - b) je to posuzováno jako pracovní úraz, ale sestra nemá právo na náhradu škody
 - c) není to posuzováno jako pracovní úraz, ale sestra má právo na náhradu škody
 - d) není to posuzováno jako pracovní úraz a sestra nemá právo na náhradu škody
 - e) nevím
22. Povinnost tzv. registrace, tedy získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, ukládá zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Je tato povinnost uložena zákonem všem zdravotním sestram?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
23. V případě, že zdravotní sestra nezískala toto oprávnění a musí proto pracovat pod odborným dohledem, může pracovat pod odborným dohledem lékaře?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

Příloha č. 2



SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

např.	například
atp.	a tak podobně
č.	číslo
Sb.	Sbírka zákonů
čl.	článek
str.	strana
popř.	popřípadě
tzn.	to znamená
atd.	a tak dále
event.	eventuelně
tzv.	tak zvaný
tj.	to je
resp.	respektive
EU	Evropská unie
ČR.	Česká republika
apod.	a podobně
příp.	případně
VŠ.	vysoká škola
SŠ.	střední škola
VOŠ.	vyšší odborná škola
OS	odborná specializace
NCO NZO.	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
IDVZP.	Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

RESUMÉ

Název této práce je Právní aspekty ošetrovatelské profese. V teoretické části jsou popsány druhy právní odpovědnosti, práva a povinnosti zdravotních sester, které pro ně plynou z výkonu ošetrovatelské profese a jsou upraveny právními předpisy, a dále zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Empirická část práce je zaměřena na průzkum znalostí a praktického osvojení si těchto právních předpisů zdravotními sestrami. V závěru jsou zhodnoceny konkrétní poznatky plynoucí z empirické části.

SUMMARY

This title of the thesis is “Legal aspects of the nursing profession“. The theoretical part of the thesis describes legal liability, nurse’s rights and duties arising from the practise of the nurse profession determined by legislation. This part of the thesis is also focused on the Law about nonmedical care professions. The empirical part of the thesis target the survey of knowledge and adoption of the legislation in practise. At the conclusion there is an evaluation of the concrete findings arising from the empirical part.