

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Dana Vaňková

**Změna struktury ošetrovatelského týmu gerontologického oddělení
a oddělení následné péče z pohledu nové legislativy**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 20. května 2010

Dana Vaňková

Poděkování

Děkuji doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů.

OBSAH

ABSTRAKT	7
1 ÚVOD.....	9
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	12
2.1 Od historie ošetrovatelství po současnost	12
2.2 Koncepte ošetrovatelství.....	15
2.2.1 Definice ošetrovatelství	16
2.2.2 Cíle ošetrovatelství	17
2.2.3 Charakteristické rysy ošetrovatelství	17
2.2.4 Ošetrovatelský proces	17
2.2.5 Etické aspekty ošetrovatelské péče	18
2.2.6 Systémy poskytování ošetrovatelské péče	19
2.2.7 Ošetrovatelská dokumentace a její součásti	20
2.2.8 Management v ošetrovatelství	21
2.2.8.1 Řízení lidských zdrojů.....	21
2.2.8.2 Řízení změny.....	23
2.2.8.3 Řízení kvality ošetrovatelské péče	24
2.2.9 Ošetrovatelský management	26
2.2.10 Manažerské role a funkce v ošetrovatelství	27
2.2.10.1 Osobnostní předpoklady manažera	28
2.2.10.2 Role manažera	28
2.2.10.3 Úrovně manažerů	29
2.2.10.4 Základní manažerské funkce	30
2.2.10.5 Plánování.....	30
2.2.10.6 Organizování.....	31
2.2.10.7 Personální zajištění.....	32
2.2.10.8 Vedení	33
2.2.10.9 Kontrolování	33
2.2.11 Organizační struktura zdravotnického zařízení.....	33
2.2.11.1 Vícetupňová organizační struktura řízení	33
2.2.12 Organizační struktura ošetrovatelského týmu do roku 2008.....	35
2.2.13 Změna organizační struktury ošetrovatelského týmu po roce 2008.....	35
2.2.13.1 Náplň práce ošetrovatelského týmu	36
2.3 Vymezení pojmů ošetrovatelské péče.....	38
2.4 Ošetrovatelské kategorie pacientů	39

2.5	Význam týmové práce v ošetrovatelské péči	40
2.6	Řídící funkce manažerů ošetrovatelského týmu	41
2.6.1	Charakteristika pracovní funkce náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	42
2.6.2	Charakteristika pracovní funkce vrchní sestry	43
2.6.3	Charakteristika pracovní funkce staniční sestry	46
2.7	Charakteristika pracovních funkcí členů ošetrovatelského týmu	46
2.7.1	Charakteristika pracovních funkcí a kompetencí sester	47
2.7.1	Charakteristika pracovní funkce zdravotnického asistenta	48
2.7.2	Charakteristika pracovní funkce ošetrovatele/lky	48
2.7.3	Charakteristika pracovní funkce sanitáře/řky	49
2.8	Současný systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků dle platné legislativy	49
2.8.1	Systém vzdělávání a registrace sester	50
2.8.2	Systém vzdělávání zdravotnických asistentů	51
2.8.3	Systém vzdělávání ošetrovatele/lky	52
2.8.4	Systém vzdělávání sanitáře/řky	52
2.9	Ošetrovatelská péče v praxi	53
2.9.1	Kdo potřebuje ošetrovatelskou péči nejvíce ?	53
2.10	Gerontologie a geriatrie	54
2.10.1	Významná data a události v geriatrii a gerontologii	56
2.10.2	Vzdělání a kvalifikace zdravotnického personálu v oboru geriatrie	57
2.10.3	Charakteristika geriatrického pacienta	58
2.10.4	Potřeby seniorů v ošetrovatelském procesu	59
2.10.5	Zvláštnosti geriatrické péče	60
2.10.6	Organizační struktura péče v geriatrii	61
3	EMPIRICKÁ ČÁST	64
3.1	Vymezení struktury empirické části	64
3.2	Stručná charakteristika Fakultní nemocnice Hradec Králové	64
3.2.1	Klinika gerontologická a metabolická	65
3.2.2	Analýza současné situace ve Fakultní nemocnici	66
3.2.2.1	Analýza dokumentů	66
3.2.2.2	Komunikace a jednání s vyšším managementem nemocnice	67
3.2.2.3	Komunikace a jednání s nižším managementem nemocnice	69
3.2.3	Metodika zpracování výpočtů	70
3.2.4	Analýza situace na gerontologickém oddělení	71
3.2.5	Analýza situace na oddělení následné péče	76

3.3	Stručná charakteristika Gerontologického centra Praha	80
3.3.1	Analýza současné situace ve Gerontologickém centru	81
3.3.2	Komunikace a jednání s vyšším managementem centra	81
3.3.3	Komunikace a jednání se středním a nižším managementem centra	82
3.3.4	Analýza situace na rehabilitačním oddělení.....	84
3.4	Diskuse a závěry	88
3.5	Analýza trhu práce ve zdravotnictví.....	89
3.6	Úvod do výzkumu se zdravotnickými asistenty	93
3.7	Metodologie výzkumu	94
3.8	Výsledky výzkumu.....	99
3.9	Diskuse a závěry výzkumu.....	103
4	ZÁVĚR.....	106
5	LITERATURA A ZDROJE.....	107

SEZNAM TABULEK

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1

Příloha č. 2

Abstrakt

V roce 2008 se poprvé na trhu práce objevila nová profese Zdravotnický asistent. Jedná se o středoškolsky vzdělaného nelékařského zdravotnického pracovníka s kompetencemi zejména v oblasti základní ošetrovatelské péče. Cílem diplomové práce je pomocí pilotní studie provedené na geriatrickém oddělení a oddělení následné péče ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a v Gerontologickém centru v Praze vytvořit optimální návrh změny struktury ošetrovatelského týmu se začleněním této nové profese do praxe. Podklady mohou také sloužit České gerontologické a geriatrické společnosti v rámci koncepce geriatrie jako návod pro stanovení počtu a členění personálního obsazení jednotlivých oddělení nemocnic a zařízení zabývajících se akutní a následnou péčí o seniory tak, aby nedošlo ke snížení kvality poskytované ošetrovatelské péče a zároveň byly dodrženy veškeré podmínky legislativy vztahující se k požadavkům na úroveň kvalifikace ošetrovatelského personálu v pracovní směně.

Klíčová slova

Změna struktury ošetrovatelského týmu, zdravotnický asistent, koncepce ošetrovatelské péče, koncepce geriatrie, management v ošetrovatelství, vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, pilotní studie

Abstrakt

Health assistant as the new professional occupation has appeared in the job market for the first time in 2008. This is middle school educated non-physician health care worker with competence especially in the area of basic nursing care. The aim of this diploma work is to create the optimal project of the change in the structure of nursing team with integration of this new profession into the practice through the pilot study. The study was performed in the department of Gerontology and the Long-term Care unit in the University hospital in Hradec Králové. The results of the study may serve for Czech society of Gerontology and Geriatrics as a guide in the frame of geriatrics conception for setting the number and structure of the staff in the departments of hospitals and facilities that are engaged in the acute and subsequent care for elderly with the aim to avoid the decline in the quality of provided nursing care and to comply with all conditions of legislature related to the demands for the qualification standard of nursing staff in work shift.

Key words:

Change in the structure of nursing team, health assistant, conception of the nursing care, geriatrics conception, nursing management, education of the non-physician health workers, pilot study

1 Úvod

Od konce roku 2004 pracuji ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové na pozici vrchní sestry Kliniky gerontologické a metabolické jedné z největších klinik nemocnice. Součástí mé práce je mimo jiné také plánování a realizace personálního zajištění jednotlivých oddělení kliniky nelékařskými zdravotnickými pracovníky v návaznosti na jejich dosaženou kvalifikaci.

Struktura a počet personálu není libovolná. Tvorba plánu pracovníků se řídí platnými právními předpisy (zákony a vyhláškami) vydanými Ministerstvem zdravotnictví a Zákoníkem práce. Vedení nemocnice zastoupené ředitelem, ekonomickým náměstkem a náměstkyní pro ošetrovatelskou péči sestavuje plán pracovníků zvláště pro každou kliniku podle počtu lůžek a náročnosti poskytované péče. Zároveň se tento plán projednává s vedením příslušných klinik a to s přednostou, zástupcem pro LPP a vrchní sestrou v rámci tvorby rozpočtu na daný rok a může se v průběhu roku dle potřeb aktualizovat. Přesto se v praxi téměř denně potýkám s nedostatkem ošetrovatelského personálu, a to zejména sester. Důvodem jsou krátkodobé a dlouhodobé pracovní neschopnosti, prohlubování či zvyšování kvalifikace v daném oboru, účast na celoživotním vzdělávání, čerpání dovolených na zotavenou a v konečném důsledku i nedostatek kvalifikovaných sester na trhu práce. Nastavený normativ ošetrovatelského personálu tyto důvody bohužel nezohledňuje.

Sestry mají v ošetrovatelském týmu nezastupitelné místo. Nejen, že tým vedou, ale jsou přímo odpovědné za tvorbu a realizaci plánu ošetrovatelské péče o pacienta metodou ošetrovatelského procesu a svými kompetencemi pokrývají celé spektrum ošetrovatelské péče. S rozvojem vzdělávání a kompetencí stanovených příslušnou vyhláškou se rozšířily okruhy činností, které vykonávají. Žádný jiný nelékařský zdravotnický pracovník je nemůže nahradit, pouze jim může pomoci v určitých oblastech péče. Se stoupajícími požadavky na kvalitu poskytované péče došlo také k výraznému nárůstu administrativních povinností, jejichž valná většina leží právě na sestrách.

Z ekonomického hlediska jsou ale nejdražší kategorií nelékařských zdravotnických pracovníků právě sestry, zvláště pokud vykonávají specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči a mají k tomu příslušné kvalifikační vzdělání. To představuje jednu z možných příčin regulace jejich počtu ze strany organizací na nejnutnější vyhláškou stanovené minimum potřebné k zabezpečení úrovně péče a kvalifikace ošetrovatelského personálu v každé pracovní směně.

Situaci nepříspívá ani současný nepříznivý vývoj ekonomiky našeho státu, který má negativní dopad na hrazení zdravotní a sociální péče. Ruku v ruce s tím jde i snižování mzdového ohodnocení jednotlivých pracovníků. V konečné fázi na to doplácí hlavně senioři, kteří tuto péči potřebují nejvíce.

Sestry pracující dlouhodobě v nedostatečném počtu jsou vystaveny velké psychické i fyzické zátěži a stresu. Na základě této skutečnosti může u nich dojít k syndromu vyhoření. Zároveň je touto situací ohrožena také kvalita poskytované péče.

Jedním z řešení všech těchto důvodů vidím v provedení tzv. systematizace míst, rozvoji a podpoře systému poskytování péče podle kompetencí jednotlivých kategorií pracovníků zastoupených v ošetrovatelském týmu. Zdravotnický asistent má podle mého názoru v tomto systému své uplatnění.

Vzhledem k tomu, že vrchní sestry hrají jednu z klíčových rolí při realizaci organizačních a personálních změn, je na nich, jak se k dané problematice postaví. Jejich návrhy předložené vrcholnému managementu nemocnice mohou sloužit jako podklady k realizaci potřebných změn v praxi.

Diplomovou práci jsem rozdělila do dvou na sebe navazujících částí a to teoretickou zabývající se teoretickými poznatky v dané oblasti a empirickou, ve které jsou provedena výzkumná šetření vztahující se k tématu práce.

Teoretická část je věnována stručné historii vývoje ošetrovatelství jako oboru se zaměřením na vzdělávání v této oblasti, dále koncepci ošetrovatelství a její charakteristice, vymezení pojmů ošetrovatelské péče, rolím a charakteristice pracovních funkcí manažerů ošetrovatelského týmu a jednotlivých členů ošetrovatelského týmu a jejich systému vzdělávání a ošetrovatelské péči v praxi. Poslední kapitola se zabývá gerontologií a geriatrií a jejich zvláštnostmi v oblasti náročnosti a specifiky poskytované ošetrovatelské péče.

Empirická část je rozdělena do dvou výzkumných oblastí. První oblast tvoří výzkumné šetření zaměřené na zjištění aktuálního počtu a struktury ošetrovatelského personálu na gerontologickém oddělení a oddělení následné péče ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové a na lůžkových odděleních Gerontologického centra v Praze. Na základě získaných informací jsou provedeny výpočty personálu podle platné metodiky pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních lůžkových jednotkách pro dospělé jednotlivých klinických oborů a pobytových lůžkách a navržena struktura a počet členů ošetrovatelského týmu vyplývající z daných výsledků.

Druhá oblast empirické části, která vyplynula z provedeného výzkumného šetření, návrhu změn a analýzy trhu práce ve zdravotnictví, je věnována kvalitativnímu výzkumu provedenému mezi zdravotnickými asistenty se zaměřením na jejich názory na tuto profesi, její smysl a uplatnění v praxi a jejich případnou motivaci ke zvyšování kvalifikace.

Aktuálnost tématu není dána jen vznikem nové profese zdravotnického asistenta s potřebou jejího začlenění do struktury ošetrovatelského týmu, ale také demografickým vývojem nejen v České republice, ale i v ostatních evropských zemích. Podklady mohou být využity také Českou gerontologickou a geriatrickou společností při opakovaných jednáních s Ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami na téma náročnosti a specifiky zdravotní a sociální péče o seniory se zaměřením na ošetrovatelský personál.

Návrh optimalizace struktury ošetrovatelského personálu vyplývající z provedené pilotní studie v rámci diplomové práce může zároveň sloužit jako jakýsi obecný návod pro provedení dalších výzkumných šetření na dané téma.

2 Teoretická část

2.1 Od historie ošetrovatelství po současnost

Ošetrovatelství má své kořeny hluboko v dávné historii. Lidské utrpení způsobené nemocemi a zraněními v soubojích a posléze ve válkách vyvolávalo v některých lidech potřebu pomoci trpícím ve zmírnění jejich bolesti a strasti. Byli to jakýsi předchůdci dnešních lékařů. Používali k tomu různé přírodní prostředky a způsoby. Jejich hlavními zdroji léčení byly slunce, voda, vzduch a léčivé rostliny. Uchylovali se také k nadpřirozeným silám, zařikávání, obětem a k nošení amuletů určených k ochraně člověka před nemocemi a smrtí. (Rozsypalová, Šafránková, 2002)

S vývojem civilizace a se vznikem křesťanství se postupně rozvíjela a zdokonalovala péče o nemocné a raněné. První zprávy o počátcích organizovaného ošetrovatelství v Českých zemích se objevují již v 10. století, kdy na území Prahy postupně vznikaly útulky zejména pro chudé a nemocné, tzv. hospice. Měly ráz převážně charitativní. Ošetrovatelskou péči poskytovaly řádové sestry spolu se zacvičenými civilními sestrami. Jejich hlavní činností bylo uspokojování převážně základních lidských potřeb. Lékařská péče zde byla minimální a spočívala například v pití lektvarů a přikládání baněk. Špitály, jak se tyto útulky také nazývaly, byly odkázány na dobročinnou pomoc bohatých. Až v 17. a 18. století se tyto primitivní špitály začaly měnit v nemocnice. (Rozsypalová, Šafránková, 2002)

Za zakladatelku našeho českého ošetrovatelství je považována Anežka Přemyslovna, která založila několik klášterů, při kterých byly zřízeny špitály. Sama Anežka vypracovala pro řádové sestry starající se o nemocné určitá pravidla a pokyny při poskytování péče. Do 18. století byla výukou v oblasti ošetrovatelství pouze křesťanská víra, která má své základy postaveny na vzájemné úctě a pomoci bližnímu. (Krausová, 2010)

Bezpochyby velmi významnou osobností ošetrovatelství byla anglická ošetrovatelka Florence Nightingalová, která pozvedla význam ošetrovatelství na skutečné povolání a sama ho pokládala za odvětví medicíny. Byla to žena s hlubokým sociálním cítěním a byla zcela oddána myšlence pomáhat strádajícím a nemocným lidem. Své zkušenosti v oblasti ošetrování nemocných získala pobytem v tehdejších nemocnicích v Anglii, Německu a ve Francii a uplatnila je zejména ve vojenském lazaretu v době Krymské války. Pracovala zde se skupinou katolických jeptišek a s laickými pracovníci. Kladla velký důraz na citlivé zacházení se zraněnými vojáky a důslednou hygienu, která měla pomoci zabránit šíření epidemií mezi raněnými a to zejména cholery. Na základě svých zkušeností získaných

tvrdou a obětavou dospěla k názoru, že pracovnice pro ošetřování nemocných je třeba cíleně školit. V roce 1860 založila v Londýně první ošetřovatelskou školu na světě. Náplň studia obsahovala odborné a ošetřovatelské prvky s důrazem na humánní přístup k nemocným, dodržování čistoty a hygieny a zlepšování prostředí pro nemocné. Po jejím vzoru začaly vznikat školy podobného typu téměř po celém světě. Nightingalová je také autorkou několika knih věnovaných ošetřovatelství a některé pokyny pro ošetřování nemocných jsou platné dodnes. (Rozsypalová, Šafránková, 2002)

V Čechách vznikla první ošetřovatelská škola v Praze a to v roce 1874, na jejíž existenci měly značný vliv dvě velké české spisovatelky Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. V této škole vzdělávali budoucí ošetřovatelky čeští lékaři, kteří přednášeli zdarma. Výuka byla organizována ve formě krátkodobých kurzů podle předem stanoveného učebního plánu a osnov. Po několika letech však tato škola pravděpodobně z politických důvodů zanikla. (Rozsypalová, Šafránková, 2002)

V roce 1916 byla v Praze otevřena česká Státní dvouletá ošetřovatelská škola a její činnost pokračovala dále i po první světové válce. Škola se vyznačovala vysokou odbornou úrovní. Vyučovali zde tehdejší významní profesori a docenti lékařské fakulty. Studium bylo ukončeno diplomovanou zkouškou a žákyně získaly titul diplomovaná sestra a zároveň obdržely odznak s kahanem jako symbol ukončení odborného vzdělávání. Na škole panoval přísný režim a všechny sestry nosily stejnokroje, jejichž téměř nezměněná podoba zůstala až do roku 1989. Ovšem sociální poměry sester a ošetřovatelek byly velmi nízké úrovně. Vzhledem k tomu, že jich bylo málo, pracovaly ve 12hodinových směnách. Neměly samostatné ubytování a spaly na pokojích s nemocnými v prostorách oddělených pouze plentou. V roce 1928 založily absolventky Spolek diplomovaných sester a pod jeho vlivem se postupně zlepšovala sociální situace sester. Spolek byl velmi aktivní, pořádal přednášky, pokračovací kurzy, pomáhal se zakládáním dalších ošetřovatelských škol a navazoval spolupráci se sesterskými organizacemi v zahraničí. V roce 1933 bylo Československo přijato do Mezinárodní rady sester. V roce 1937 začal spolek vydávat první ošetřovatelský časopis s názvem Diplomovaná sestra. Úroveň poskytované ošetřovatelské péče postupně stoupala a zároveň sílilo sociální postavení sester. (Rozsypalová, Šafránková, 2002)

O rozvoj ošetřovatelského školství se také zasloužila Alice Masaryková. Na základě jejího pozvání přijely do Prahy tři americké sestry mezinárodního Červeného kříže, aby pomohly vypracovat koncepci výuky a výchovy pro odborné ošetřovatelství v Československu. (Krausová, 2010)

Velký kvantitativní a kvalitativní rozvoj ve složení ošetrovatelského personálu nastal v letech 1918 až 1934. Ke konci roku 1931 pracovalo v nemocnicích již kolem 1029 diplomovaných sester. Pozice těchto sester nebyla jednoduchá, protože je mnozí přednostové klinik odmítali s tím, že jim stačí pomocné ošetrovatelky. (Krausová, 2010)

V období druhé světové války byl pozitivní vývoj ošetrovatelství v Československu přerušeno. Spolek diplomovaných sester byl zrušen a mezinárodní spolupráce byla zastavena. Pod vlivem válečných hrůz, které zvyšovaly potřebu ošetrovatelského personálu, výuka v ošetrovatelských školách dále pokračovala. Malý počet ošetrovatelek a jejich práce je mnohdy uchránilo před totálním nasazením. V květnu roku 1940 byla poprvé oficiálně zřízena funkce vedoucí sestry ošetrovatelek v nemocnici. (Krausová, 2010)

V poválečné době vznikalo mnoho nových ošetrovatelských škol. Zdravotnické školství se rychle a systematicky rozvíjelo. V roce 1948 podle tehdejšího školského zákona byly ošetrovatelské školy zařazeny pod odborné školy a studium bylo prodlouženo na čtyři roky zakončené maturitní zkouškou. Jejich název zněl Vyšší sociálně zdravotní školy. Změnil se zásadně i obsah studia. Kromě odborných předmětů a praxe v nemocnicích obsahovaly osnovy výuky i předměty všeobecného vzdělávání. V té době sílil vliv medicíny na ošetrovatelství, které reagovalo na potřeby lékařů a sestry začaly přebírat a provádět úkony, které dříve nebyly v jejich kompetenci. V roce 1954 se změnil název ošetrovatelských škol na Střední zdravotnické školy. Učební plány zůstaly téměř stejné. Vzhledem k vývoji a potřebám zdravotnictví začaly postupně vznikat na těchto školách i jiné nové obory středních zdravotnických pracovníků jako například dětské sestry, porodní asistentky, dietní sestry, sanitární pracovníci a ošetrovatelky. Vzdělání získané na střední zdravotnické škole sestře na celý život nestačí. V té době si mohla rozšiřovat a doplňovat svoje vědomosti pouze individuálním studiem nebo četbou odborných zdravotnických časopisů. (Krausová, 2010)

V roce 1960 byl založen Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě, kde získávaly sestry specializaci pro práci v určitých oborech a na určitých odděleních jako například pro intenzivní péči, instrumentaci na operačním sále nebo na speciální péči v interním ošetrovatelství a dalších klinických oborech. Studium je organizováno při zaměstnání a jeho forma s určitými vývojovými změnami je zachována až do dnešní doby. (Krausová, 2010)

Po roce 1989 se začalo ošetrovatelství vyučovat také na některých lékařských fakultách ve formě bakalářského a posléze navazujícího magisterského studia. Studium má prohloubit teoreticko-praktické poznatky a dát studujícím základy pro řídicí a vědeckou práci v oblasti ošetrovatelství a pro pedagogickou činnost. (Krausová, 2010)

V současné době je ošetrovatelství jako samostatný vědní obor. Ošetrovatelská péče je poskytována vícestupňovým způsobem, jehož předpokladem je ošetrovatelský tým, složený z ošetrovatelského personálu s různou úrovní kvalifikace. Kompetence těchto pracovníků jsou vymezeny podle stupně dosaženého vzdělání a specializace.

2.2 Koncepce ošetrovatelství

Ministerstvo zdravotnictví vydalo v září roku 2004 metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové nebo ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob.

Tato koncepce vychází z Koncepce ošetrovatelství České republiky vydané roku 1998, zároveň respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Všechny tyto dokumenty mají určující charakter pro další vývoj a směr ošetrovatelství a porodní asistence v 21. století. (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

V koncepci je kladen důraz na náročnější práci ošetrovatelského personálu a na větší samostatnost při jejím vykonávání. Podtrhuje a zdůrazňuje nutnost výkonu této práce metodou ošetrovatelského procesu s řádně vedenou zdravotnickou dokumentací jako základního metodického postupu ošetrovatelského personálu při styku a práci nejen se zdravým či nemocným jedincem, ale také s jeho blízkými, rodinou a sociálním prostředím. Koncepce dále vychází ze zavedeného systému vzdělávání a vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nelékařským zdravotnickým pracovníkům spolu s jejich zápisem do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Předpokladem je zajištění kvalitní ošetrovatelské péče pomocí vypracovaných ošetrovatelských standardů se stanovenými kritérii k jejímu poskytování a hodnocení. (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

Systematické používání této koncepce v praxi přinese zkvalitnění celkové péče o zdraví české populace a to nejen v oblasti ústavní, ambulantní, domácí, integrované a

paliativní péče, ale také v komunitní ošetrovatelské péči na úseku prevence a výchovy ke zdraví. (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

Kromě definice, cílů a charakteristiky oboru se zabývá vzděláváním nelékařských zdravotnických pracovníků, komunitním ošetrovatelstvím, ošetrovatelským výzkumem, ošetrovatelským managementem a hodnocením kvality ošetrovatelské péče.

Koncepce ošetrovatelství je základním východiskem pro tvorbu koncepcí ošetrovatelství v jednotlivých klinických oborech. (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

2.2.1 Definice ošetrovatelství

„Ošetrovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.“ (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

„Ošetrovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetrovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebestarčivosti, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetrovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí, či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči.“ (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

Součástí ošetrovatelství je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Ošetrovatelská péče je poskytována v rámci integrované péče i paliativní péče. (Kolierová, Erbová, Olivierová, 1995; Koncepce ošetrovatelství, 2004)

Ošetrovatelství jako samostatná a integrovaná vědní disciplína vychází z poznatků mnoha vědních oborů, které pomáhají jeho rozvoji. Nejedná se jen o obory medicínské či biologické, ale také o obory humanitní se zaměřením na psychologii, pedagogiku, etiku, sociologii a jiné další. Veškeré poznatky z těchto oborů se promítají do komplexní ošetrovatelské péče o zdravého a nemocného člověka se zaměřením na uspokojování potřeb během jeho celého života. Ošetrovatelství chápe člověka jako celek. Jeho povaha je holisticky zaměřena. Holismus je filozofický směr vycházející z pojetí celostnosti. (Mareš, Vachková, 2009)

Vachková říká, že: „Vědecký základ ošetřovatelství tvoří specifické ošetřovatelské koncepce, teorie a koncepční ošetřovatelské modely. Z ošetřovatelských modelů vychází ošetřovatelská péče zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování individuálních potřeb zdravého a nemocného člověka, realizovaná pomocí jednotlivých kroků ošetřovatelského procesu. U nemocného člověka se jedná především o potřeby vyvolané nemocí či změněné nemocí“. (Mareš, Vachková, 2009: 53)

2.2.2 Cíle ošetřovatelství

Hlavním cílem ošetřovatelství je systematické a komplexní uspokojování potřeb jedince s ohledem k individuální kvalitě života, vedoucí k podpoře udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Za účelem dosažení těchto cílů spolupracuje ošetřovatelský personál úzce s nemocným, lékaři a dalšími jinými odbornými zdravotnickými pracovníky.

Cíle ošetřovatelství se dají shrnout do těchto bodů:

- podpora a upevňování zdraví,
- podílení se na navrácení zdraví,
- zmírňování utrpení nemocného člověka,
- zajištění klidného umírání a důstojné smrti člověka.

(Koncepce ošetřovatelství, 2004)

2.2.3 Charakteristické rysy ošetřovatelství

Charakteristickými znaky ošetřovatelství je provádění aktivní a individualizované ošetřovatelské péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem, holistický přístup k nemocným a preventivní charakter péče. Ošetřovatelská péče je prováděna vícestupňovým způsobem. Ošetřovatelský tým je složen z odborníků různé kvalifikace. (Koncepce ošetřovatelství, 2004)

2.2.4 Ošetřovatelský proces

Ošetřovatelský proces je série vzájemně propojených plánovaných ošetřovatelských činností, myšlenkových algoritmů, které sestra provádí ve prospěch nemocného, případně

za jeho spolupráce. Je to racionální metoda poskytování a řízení ošetrovatelské péče. Probíhá v několika fázích, které se vzájemně prolínají a systematicky opakují. (Rozsypalová, Staňková a kol., 1996)

Staňková uvádí tyto fáze ošetrovatelského procesu:

- **„Zhodnocení nemocného** (Kdo je můj nemocný?) - shromažďování informací potřebných pro individualizovanou ošetrovatelskou péči
- **Stanovení ošetrovatelských problémů (ošetrovatelská diagnóza)** (Co trápí mého nemocného?) – stanovení potřeb a problémů nemocného v pořadí naléhavosti
- **Plánování ošetrovatelské péče** (Jak mohu přispět k řešení, co je nejlepší pro nemocného udělat?) – určení konkrétních opatření pro ošetrovatelskou péči
- **Aktivní individualizovaná péče** (vlastní ošetrování) – realizace plánované péče
- **Zhodnocení efektu poskytnuté péče** (Pomohla jsem mu?)- zhodnocení účinnosti poskytnuté péče a následné přizpůsobení plánu změněné situaci nemocného“ (Rozsypalová, Staňková a kol., 1996: 183, 184)

Jednotlivé fáze tvoří samostatnou jednotku a vzájemně na sebe navazují. Přístup k ošetrovatelské péči musí být komplexní.

Význam správně aplikovaného ošetrovatelského procesu spočívá v aktivní péči o nemocného, přispívá ke snížení komplikací nemocí a léčby a ovlivňuje také odpovědnost nemocného za vlastní zdravotní stav a jeho aktivní zapojení do celého procesu vedoucího k navrácení zdraví, soběstačnosti a nezávislého způsobu života. Ovlivňuje nejen samotného nemocného, ale také jeho blízké okolí. (Rozsypalová, Staňková a kol., 1996)

V rámci ošetrovatelského procesu uplatňuje sestra při analýze stavu pacienta a potřeb péče tzv. kritické myšlení. „, Kritické myšlení zahrnuje cílené dotazování, vyvození důsledků a identifikaci faktorů, které ověřují správnost stanovených postupů“ (Iyer, Taptich, Bernocchi-Losey, 1995: 22) (vlastní překlad).

2.2.5 Etické aspekty ošetrovatelské péče

V souvislosti s poskytováním zdravotní péče existuje řada etických norem vztahujících se k danému oboru, kterými by se měl každý, kdo se na péči o pacienta podílí řídit.

Zdravotničtí pracovníci poskytující ošetrovatelskou péči se řídí etickými zásadami respektujícími život, důstojnost a práva člověka bez ohledu na pohlaví, věk, národnost, rasu, barvu pleti, víru, politické a sociální postavení. Tyto zásady jsou zakotveny v kodexech zdravotnických pracovníků. (Haškovcová, 2002)

Zdravotní sestry se v našem státě řídí kodexem pro zdravotní sestry přijatým mezinárodní organizací zdravotních sester a ošetrovatelek (ICN), jejímž členem je i Česká asociace sester. Český překlad tohoto kodexu vydalo ústředí ICN v Dánsku. (Haškovcová, 2002)

„Kodex sester byl přijat Českou asociací sester a bude pravidelně revidován. Slouží k tomu, aby informoval jak sestry, tak i ostatní zdravotnické pracovníky a veřejnost o potřebách a požadavcích v oblasti etiky při poskytování ošetrovatelské péče.“ (Haškovcová, 2002: 88)

„Kodex poskytuje základní rámec, podle něhož by sestry měly činit vlastní etická rozhodování“ (Haškovcová, 2002: 88)

Existují také etické normy v ošetrovatelském povolání, které vymezují chování a jednání sestry při výkonu svého povolání.

Je třeba také uvést, že nejen zdravotníci mají své kodexy. V roce 1992 formulovala a vyhlásila Centrální etická komise pracující při vědecké radě Ministerstva zdravotnictví České republiky definitivní verzi Práv pacientů. Jako podklad pro jejich formulaci byla použita Vzorová práva pacientů zveřejněná Americkým svazem občanských svobod v roce 1985. Zároveň v nich byly respektovány a zakotveny připomínky široké odborné veřejnosti a některá specifika týkající se společnosti našeho státu. (Haškovcová, 2002)

Kodex vymezuje práva pacientů v souvislosti s vyšetřováním, léčbou a následnou péčí v době jejich nemoci. Je to v podstatě soubor opodstatněných přání pacientů, který uznává většina zdravotníků a tím reprezentují mravní normu, která vyzývá k jejich důslednému naplňování. (Haškovcová, 2007)

V dnešní době je obsah práv přístupný široké veřejnosti a každý se s nimi může seznámit nejen ve zdravotnických zařízeních, ale také například prostřednictvím internetu.

2.2.6 Systémy poskytování ošetrovatelské péče

Současné používané systémy poskytování ošetrovatelské péče v nepřetržitém provozu je **skupinový systém** a **systém primární péče**. (Koncepte ošetrovatelství, 2004)

Systém skupinové péče je založen na péči skupinové sestry o určenou skupinu nemocných, u kterých odpovídá za plynulé zajištění ošetrovatelského procesu a vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Po skončení své směny předá osobně každého nemocného příslušné skupinové sestře v další směně. Tento systém péče se používá především na standardních odděleních nemocnic a léčebných ústavů.

Systém primárních sester spočívá v přidělení nemocnému po přijetí do nemocnice primární sestry, která odpovídá za plynulé zajištění ošetrovatelského procesu po celou dobu jeho hospitalizace a vedení příslušné zdravotnické dokumentace. Za pomoci dalších ošetrovatelských pracovníků organizuje a realizuje plán péče. Pokud není ve službě, předává nemocného dalším sestřím v následující směně a po návratu do služby přebírá stejného nemocného zpět do své péče. Primární sestra se mimo jiné podílí také na ošetrování ostatních nemocných, které nemá přímo ve své péči. Sestry si tak pomáhají navzájem. Tento systém péče se uplatňuje převážně na odděleních intenzivní a resuscitační péče. (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

Skupinové a primární sestry plánují, organizují, řídí a realizují ošetrovatelskou péči u svých přidělených nemocných.

Tyto organizační systémy kladou důraz na kvalitní a pravidelnou výměnu informací o nemocných. Informace o nemocných se předávají přímo u jejich lůžka a také formou krátké porady ošetrovatelského týmu. Do ošetrovatelského procesu mohou být aktivně zapojeni i studenti zdravotnických škol, připravující se na své budoucí povolání. (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

2.2.7 Ošetrovatelská dokumentace a její součásti

U každého nemocného je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž právní aspekty upravuje vyhláška č.385/2006Sb., o zdravotnické dokumentaci, která nabyla účinnosti v dubnu 2007. Tato vyhláška určuje, jak má zdravotnická dokumentace vypadat a jaké jsou její povinné náležitosti.

Ošetrovatelská dokumentace je nedílnou součástí této dokumentace a jsou v ní zaznamenány údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetrovatelských problémů nejen nemocného, ale pokud je to třeba, tak i jeho rodiny a blízkých. (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

Povinné základní části ošetrovatelské dokumentace určené vyhláškou jsou ošetrovatelská anamnéza, záznam vývoje stavu nemocného, plán ošetrovatelské péče a ošetrovatelská propouštěcí a překladová zpráva.

Kromě těchto povinných dokumentů mají zdravotnická zařízení vypracovanou řadu pomocných záznamů, které musí sestry během péče o nemocné vést a vyplňovat jako například záznamy vývoje bolesti, hojení ran, nutriční screening a dále musí sledovat a zaznamenávat indikátory kvality péče kam patří například riziko a výskyt dekubitů, pády a zranění pacientů a jiné.

2.2.8 Management v ošetrovatelství

„Management v ošetrovatelství se od profesionálního managementu v ostatních oborech liší filozofií služeb. Ošetrovatelství nese sociální zodpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců, rodin a komunit, a proto je potřeba jedinečný přístup. Kvalita péče, která má být poskytována, je stejně důležitá jako použitý personál a prostředky. Proto úspěch záleží na kvalitě služeb i na schopnosti poskytovat péči v rámci daného souboru prostředků. Tento dvojí cíl managementu vyžaduje uvážlivé a specifické profesionální strategie.“ (Grohar-Murray, DiCroce, 2003: 153)

Management v ošetrovatelství používá pojmy obecného managementu. Aplikuje teoretická východiska managementu a personálního řízení do řízení a vedení ošetrovatelské péče a ošetrovatelského personálu za účelem vytváření podmínek a prostředí pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. (Management zdravotnických služeb, 2008)

Mezi nejdůležitější oblasti celého řízení výrazně ovlivňující chod zdravotnické organizace patří řízení lidských zdrojů. Hraje nezastupitelnou roli při vytváření pracovního klimatu a podpoře změn v závislosti na vývoji politické, ekonomické, zdravotnické a sociální situace ve společnosti.

2.2.8.1 Řízení lidských zdrojů

Počet lidí, úroveň jejich kvalifikace a kvalita a efektivita práce představují jeden ze základních článků organizace, který uvádí do pohybu všechny její ostatní složky a zároveň tak významně přispívá k dosahování strategických cílů a poslání organizace a vytváření její image.

„Řízení lidských zdrojů je definováno jak strategický a logicky promyšlený přístup k řízení toho nejcennějšího, co organizace mají – lidí, kteří v organizaci pracují a kteří individuálně i kolektivně přispívají k dosažení cílů organizace.“ (Armstrong, 2007: 27)

Lidé představují v organizaci lidský kapitál, jehož základem je kombinace inteligence, dovedností a zkušeností daných jedinců za předpokladu využití takových lidských vlastností jako je schopnost učení se novým věcem, přizpůsobovat se změnám, kreativně myslet a schopnost inovace. Důležitou roli přitom hraje jejich motivace. Správné využití lidského kapitálu významně přispívá k úspěšnosti organizace v rámci konkurenčního prostředí. (Armstrong, 2007)

„Cílem řízení lidských zdrojů je zabezpečit, aby si organizace získala a udržela potřebné kvalifikované, oddané a dobře motivované pracovní síly.“ (Armstrong, 2007: 31)

Na řízení lidských zdrojů se podílí vrcholový management organizace, který určuje její vizi, poslání a strategické cíle, dále ředitel a ostatní vedoucí pracovníci ve spolupráci s personálním odborem k zabezpečení specializovaných činností, jež se zejména týkají metodiky personálního řízení a administrativních činností s tím spojených. (Gladkij a kol., 2003)

„Řízení lidských zdrojů se skládá z pasivní personální administrativy, operativního personálního řízení a z koncepčního řízení lidských zdrojů.“ (Gladkij a kol., 2003: 210)

Personální management ve zdravotnictví stejně jako v jiných oborech má své konkrétní úkoly a poslání v oblasti personálního marketingu, personální strategie a plánování, personální činnosti a sociálního konsensu. Personální marketing zahrnuje práci spojenou s trhem práce a fluktuací pracovníků a týká se také zdravotnického vzdělání a oborové specializace. Do personální strategie patří analýza, vznik, zrušení a redesign pracovních míst a do oblasti personálního plánování spadá strategické, střednědobé a operativní plánování lidských zdrojů. Personální činnosti jsou spojené se vznikem a ukončením pracovního poměru, tvorbou náplně práce, hodnocením pracovníků, případně převodem pracovníků na jinou práci a jiné. Sociální konsensus řeší odměňování pracovníků, zajištění bezpečnosti a hygieny při výkonu práce a péči o pracovníky v oblasti dané zákony, směrnicemi, případně kolektivní smlouvou a v oblasti zaměstnaneckých výhod používaných jako motivačních prostředků. (Gladkij a kol., 2003)

Ošetřovatelský personál tvoří nejpočetnější skupinu pracovníků ve zdravotnické organizaci. Proto je mu věnována zvláštní a velká pozornost ze strany vedení organizace. Jakékoliv změny ve smyslu jeho počtu, struktury a organizace práce se musí provádět

s rozmyslem a dopředu dobře naplánovat. Základem pro provedení změn je dobrá komunikace vedoucích pracovníků s podřízenými a získání jejich důvěry a podpory.

2.2.8.2 Řízení změny

Změny ve zdravotnictví se zejména týkají procesů. Může se jednat například o změnu v systému poskytování ošetrovatelské péče, zavedení nových technologických postupů při určitých výkonech na základě klinického výzkumu nebo o změnu týkající se organizace práce na oddělení se zaměřením na efektivnější hospodaření s finančními prostředky a jiné.

Změna je dynamický proces, který klade velké nároky na manažerské schopnosti vedoucích pracovníků. Hladký průběh změn je dobrou vizitkou práce schopného manažera.

„Základ změn, které ovlivňují ošetrovatelskou praxi, tvoří vnější a vnitřní faktory.“
(Grohar-Murray, DiCroce, 2003: s. 253)

V případě změny struktury ošetrovatelského týmu se jedná o podnět z vnějšího prostředí a tím je změna v systému vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a vznik nové ošetrovatelské profese zdravotnického asistenta s jeho následným zařazením do tohoto týmu. Dopad této skutečnosti má přímou souvislost s trhem práce, kde se noví absolventi ucházejí o zaměstnání. Na manažerech zdravotnických zařízení leží přehodnocení počtu a struktury členů ošetrovatelského týmu s provedením tzv. systematizace míst.

Prvním vedoucím pracovníkem v organizaci, který se musí touto otázkou zabývat, vypracovat návrhy změn a vytvořit podklady pro další jednání s ředitelem organizace a jeho poradním sborem, je náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve spolupráci s vrchními sestrami příslušných klinik či oddělení a personálním oddělením.

Vrchní sestry hrají jednu z klíčových rolí při realizaci organizačních a personálních změn na svých pracovištích.

Úspěšné zavedení změn do praxe vyžaduje od vedoucích pracovníků na všech úrovních managementu dobrou orientaci v právních předpisech týkajících se dané problematiky a pochopení nutnosti jejich provedení. Neméně důležitá je efektivní komunikace a vzájemná spolupráce mezi nimi.

Naplánování a praktická realizace změn s sebou přináší přehodnocení dosavadní organizace práce. Začlenění zdravotnického asistenta do ošetrovatelského týmu musí být

provedeno tak, aby byla zachována kontinuita a kvalita ošetrovatelské péče v každé pracovní směně nepřetržitého provozu. Plnou odpovědnost za tuto skutečnost nesou právě vrchní a staniční sestry, které sestavují měsíční plán služeb s počty pracovníků v jednotlivých kategoriích v každé směně.

Pro naplánování a provedení změn je možné použít jednoduchou metodu, tzv. Demingův cyklus (PDCA cyklus).

„Jednotlivé fáze cyklu PDCA:

1. fáze P – Plánuj! (Plan) = Co a jak chceme zlepšovat (sestavíme plán).
2. fáze D – Udělej! (Do) = Realizujeme plán (zavedeme plán do praxe)
3. fáze C – Ověř! (Check) = Přezkoumáme, zda jsme dosáhli cílů a požadovaných výsledků. (provedeme přezkoumání, sestavíme kontrolní plán a realizujeme jej)
4. fáze A – Reaguj! (Act) = Jaké opatření musíme zavést ke zlepšení či opakovanému dosažení výsledků? (provedeme opatření“ (Grasseová, Dubec, Horák, 2008: 79, 80)

Praktickým návrhem změn struktury ošetrovatelského týmu se zabývám v empirické části diplomové práce.

Obecně platí, že změny ve zdravotnictví jsou úzce spjaty s kvalitou poskytované péče a spokojeností nemocných. Proto je program kvality důležitou součástí managementu každého zdravotnického zařízení. Vysoká úroveň kvality zdravotní péče poskytované kvalifikovanými odborníky je dobrou vizitkou v konkurenčním prostředí.

2.2.8.3 Řízení kvality ošetrovatelské péče

Kvalita je ve zdravotnických zařízeních většinou známým, ustáleným, ale těžko definovatelným pojmem. Současně je úzce spojena s organizační kulturou.

„Kvalita zdravotnictví může být definována jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, které jsou určeny potřebami obyvatelstva na základě poznatků lékařských věd a praxe.“ (WHO, 1966 in Gladkij a kol., 2003:292)

Charakteristickými vlastnostmi kvality poskytovaných zdravotnických služeb jsou účinnost, dostupnost a včasnost, bezpečnost, přiměřenost zdravotnímu stavu, soustavnost a

návaznost, přijatelnost pro pacienty, ekonomická efektivnost za předpokladu dodržení jednoty medicínské a ekonomické racionality. (Gladkij a kol., 2003)

Kvalita se dotýká všech zaměstnanců organizace od nejvyššího managementu až po jednotlivé pracovníky vykonávající určitou činnost na úrovni jejich odpovědností, vstupů, procesů, výsledků a zdrojů, které jsou důležité a potřebné k soustavnému zlepšování kvality zdravotnických služeb a péče, jejichž konečným cílem je zlepšení zdravotního stavu, kvality života, spokojenosti obyvatel v souladu s uspokojováním jejich požadavků a potřeb. Celý tento souhrn odvětví definuje systém kvality, který zahrnuje sběr informací, tvorbu postupů a standardů a zároveň hodnocení výsledků a zpětnou vazbu týkající se organizace zdravotnické péče a služeb. (Gladkij a kol., 2003)

„Systémy managementu kvality musejí splňovat podmínku vyhodnocování a dokumentování.“ (Gladkij a kol., 2003: 311)

K tomu existují různé modely, z nichž nejdůležitější jsou mezinárodní a národní programy akreditací zdravotnických zařízení.

„Akreditace znamená uznání oficiálně pověřenou autoritou, že zdravotnické zařízení je způsobilé k poskytování kvalitní zdravotní péče a má vytvořen funkční a účinný způsob pro posuzování výkonnosti a pro kontinuální zvyšování kvality poskytované péče. Akreditace sama, ale zejména příprava na ni má hlavně vzdělávací, organizačně kultivační, standardizační a ověřovací charakter.“ (Gladkij a kol., 2003: 311)

Význam akreditačního procesu spočívá především ve vytváření programu soustavného zlepšování kvality ve zdravotnickém zařízení, v zavádění průkazných a ověřených postupů a standardů do praxe s cílem sjednotit postupy služeb a péče jednotlivých zdravotnických zařízení a zajistit tak pro pacienty a plátce péče, že zdravotnické zařízení splňuje předepsané a očekávané požadavky na kvalitu a bezpečnost a vynaložené prostředky jsou vloženy do ověřených, kvalitních, účelných a bezpečných služeb. (Gladkij a kol., 2003)

Akreditace není udělována navždy, ale musí se v pravidelných cyklech stanovených akreditační komisí obnovovat. Proto musí být systém zvyšování kvality zdravotnických služeb a péče kontinuální.

Pro vytvoření, nastavení a řízení systému kvality ve zdravotnické organizaci hraje klíčovou roli její vrcholový management, který zpravidla odpovídá za tvorbu koncepce kvality, její soustavné monitorování pomocí indikátorů kvality, vytváří podmínky pro efektivní péči, zajišťuje přiměřené zdroje pro rozvoj a provoz jednotlivých odvětví a

soustavně motivuje a stimuluje své podřízené pracovníky, na které deleguje některé ze svých pravomocí a odpovědností. Neméně důležitá je i firemní kultura organizace. (Gladkij a kol., 2003)

Kvalita ošetrovatelské péče se sleduje a hodnotí především na lůžkových odděleních nemocnic. Mezi důležité indikátory kvality ošetrovatelské péče patří sledování výskytu dekubitů a pádů u hospitalizovaných pacientů.

Metodika sledování dekubitů je jednotně vypracována ministerstvem zdravotnictví a umožňuje standardizovaným způsobem sbírat, hodnotit a publikovat výskyt dekubitů včetně jejich rizik vzniku. (Hellerová, 2009)

Obdobným způsobem jsou hlášeny a zpracovávány také pády u hospitalizovaných pacientů včetně záznamu lehkých či těžkých zranění. Pády pacientů jsou zahrnuty do mimořádných událostí a jejich výskyt podléhá hlášení i přesto, že pacient neutrpěl žádné zranění. Výsledky hlášení výskytu dekubitů a pádů jsou zpracovány do statistických dat a umožňují tak porovnání úrovně kvality ošetrovatelské péče mezi jednotlivými specializačními obory zdravotnického zařízení a také v rámci zdravotnických zařízení na národní úrovni.

„Důležitou součástí zvyšování kvality je rozvoj komunikace zdravotnických pracovníků uvnitř zdravotnických týmů a rozvoj komunikace s pacienty.“(Gladkij a kol., 2003: 320)

Kontinuální systém zvyšování kvality léčebné a ošetrovatelské péče je nedílnou součástí řízení zdravotnických organizací. Tam, kde systém má již své vybudované místo a je prováděn systematicky, bývá její kvalita zpravidla na vysoké úrovni.

2.2.9 Ošetrovatelský management

Ošetrovatelský management lze považovat za řízení ošetrovatelského procesu, systematickou a racionální metodu plánování a poskytování ošetrovatelské péče. (Management zdravotnických služeb, 2008)

Sestra jako vedoucí člen ošetrovatelského týmu ji plánuje a vykonává. Některé činnosti může delegovat na další zdravotnický personál jako například na zdravotnického asistenta nebo ošetrovatelku, přesto je za výsledek práce plně odpovědná. Pojem management se užívá v lékařské i ošetrovatelské péči také ve spojení s jinými činnostmi či situacemi v péči o nemocného. Hovoří se například o managementu bolesti nebo

managementu ošetřování akutních a chronických ran. Je to určení jakési strategie postupu při péči o nemocné s ránami nebo s bolestí. Většinou jsou tyto postupy standardizované.

Ošetrovatelský management vykonává dále funkci vedení, kontroly a rozhodování uvnitř ošetrovatelských týmů, tedy pracovních skupin sester a ostatních členů týmu. Jsou v něm obsaženy veškeré procesy vycházející z obecného managementu jako plánování, organizování, personální zajištění, řízení a kontrola. (Management zdravotnických služeb, 2008)

Ošetrovatelský management je definován v Koncepti ošetrovatelství z roku 2004. „Nejvyšším metodickým článkem oboru je Ministerstvo zdravotnictví. Příslušný odborný útvar metodicky řídí a kontroluje ošetrovatelství v ČR. Vyjadřuje se ke všem zásadním odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetrovatelství a práce ošetrovatelského personálu v oblasti zdravotní a sociální péče. V jeho kompetenci je zřizovat a ustanovovat pracovní skupiny, komise, které plní funkci poradních orgánů při řešení problematiky oboru a připravují podklady pro rozvoj oboru. Členy pracovních skupin a komisí jsou zástupci ošetrovatelské praxe, profesních organizací a zástupci vzdělávacích institucí. V jednotlivých ústavních zařízeních je ošetrovatelská péče řízena náměstkyní/náměstkem pro ošetrovatelskou péči/hlavní sestrou. Struktura řízení ošetrovatelské péče uvnitř zdravotnického zařízení závisí na vedení příslušného zařízení.“ (Koncepte ošetrovatelství, 2004)

2.2.10 Manažerské role a funkce v ošetrovatelství

Činnost ošetrovatelského týmu organizuje a řídí sestra. Role sestry manažerky je velmi náročná, protože členové týmu mají různou délku praxe a vzdělání. Charakter její práce a ostatní pracovníci vyžadují od ní vytvoření takových podmínek, aby bylo možné poskytovat co nejkvalitnější ošetrovatelskou péči.

Jako manažerka má své obecné povinnosti týkající se :

- plnění cílů a poslání zdravotnického zařízení a oddělení, na kterém pracuje
- udržování kvality ošetrovatelské péče o nemocné v souladu s přidělenými finančními prostředky na péči
- kontinuální zvyšování motivace členů ošetrovatelského týmu a také nemocných
- budování a posilování týmového ducha spolu se zvyšováním morálky
- plánování a posilování profesního rozvoje personálu (Grohar-Muray, DiCrocce, 2003)

Kromě těchto obecných cílů má svou specifickou odpovědnost vůči vlastní organizaci a personálu. Úkolem správného manažera, kterým sestra bezesporu je, je dělat správná rozhodnutí, v pravý čas a na správném místě na základě řídicího procesu a za využití všech funkcí managementu.

Míra výkonnosti sestry manažerky v oblasti vedení se odráží v jejím přístupu k práci, v odpovědnosti za ni a v získání si důvěry podřízených pracovníků. Drucker označuje vedení lidí termínem vůdcovství a charakterizuje ho jako práci a prostředek k dosažení účelu, kterému má sloužit. (Drucker, 2007)

Drucker dále ve své knize uvádí, že: „ Základem efektivního vůdcovství je důkladné promyšlení poslání organizace, jeho definování a jeho jasné a viditelné vyhlášení. Vůdčí osobnost vytyčuje cíle, stanovuje priority a vyhláší a udržuje standardy.“ (Drucker, 2007: 227)

Pro sestru manažerku jsou důležité také osobnostní předpoklady pro práci s lidmi, které ji mohou pozitivně či negativně ovlivnit při jejím rozhodování a jednání.

2.2.10.1 Osobnostní předpoklady manažera

Role a funkce manažera v organizaci není jednoduchá. Pojem manažer v sobě skrývá dva základní obecné požadavky a ty jsou sociální/společenské a psychologické/individuální. (Gladkij a kol., 2003)

Být vedoucím pracovníkem neznamena jen někoho vést, řídit, ale také především řídit sám sebe, vědět jaké je moje poslání a neustále se učit novým věcem a rozvíjet se. K základním vlastnostem vedoucího pracovníka tedy patří dobrá orientace v mezilidských vztazích, umění dobré komunikace, motivace podřízených lidí k lepším výkonům, schopnost vést tým a pracovat v něm, nést zodpovědnost, efektivně řešit problémy a konflikty na pracovišti, zvládat stres, být odborně vyspělý a vytrvalý v dosahování cílů a ekonomicky zdatný. Přitom všem by měl zůstat lidský, empatický, spravedlivý a slušný. Měl by také umět pochválit či vytknout chyby. (Gladkij a kol., 2003)

Všechny tyto vlastnosti jsou předpokladem dobrého manažera. Otázkou je, kolik takových jedinců funkci manažera ve skutečnosti v praxi vykonává.

2.2.10.2 Role manažera

Nejznámější a nejcitovanější charakteristikou manažerských rolí je ta, kterou zavedl již v roce 1973 profesor řízení na McGillově univerzitě v Montrealu Henry Mintzberg.

Role manažera v organizaci můžeme podle něho rozdělit do tří skupin na:

- role interpersonální - má za cíl rozvíjet a udržovat kontakty s lidmi
- role informační - spočívá v přijímání informací z okolí, jejich šíření dále a v informování okolí.
- role rozhodovací - je zaměřena na identifikaci podnikatelských příležitostí, na adaptace na změny, řešení problémů a konfliktů ve smyslu sladění zájmů organizace a jednotlivců, alokaci zdrojů. (Dědina, Cejthamr, 2005)

2.2.10.3 Úrovně manažerů

Ve zdravotnických zařízeních rozlišujeme tři základní úrovně manažerů:

- **Manažery první linie (lower management)**, kteří představují základní úroveň vedoucích pracovníků a vykonávají činnosti vyplývající z každodenních úkolů. Zprostředkovávají komunikaci mezi vedením oddělení/kliniky a řadovými pracovníky. Vedou, řídí a plánují práci na příslušných odděleních a jsou v bezprostředním kontaktu s nemocnými. Těmito manažery jsou z hlediska ošetrovatelské péče staniční sestry.
- **Střední manažery (middle management)**, kteří jsou dalším stupněm vedoucích pracovníků. Jejich úkolem je koordinace výkonných operativních činností a zabývají se získáváním a předáváním informací. Vyžaduje se od nich taktické vedení a střednědobé plánování. Zároveň se musí dobře orientovat v mezilidských vztazích. Tento typ manažerů v ošetrovatelské péči představují vrchní sestry.
- **Vrcholové manažery (top management)**, kam patří špičkoví odborní a řídicí pracovníci, kteří tvoří vrchol manažerské pyramidy. Jejich úkolem je tvorba vizí, poslání a koncepcí organizace, strategické plánování, vytváření prostor pro změny nebo změnu přímo provádějí a nesou velkou zodpovědnost za chod a vývoj celé organizace. V oblasti mezilidských vztahů je u nich důležité manažerské charisma a umění získat lidi pro svůj záměr. Z hlediska ošetrovatelské péče sem patří hlavní sestra zařízení. V současné době je spíše nazývána náměstkyní či ředitelkou pro ošetrovatelskou péči. (Gladkij a kol., 2003)

2.2.10.4 Základní manažerské funkce

Stejně jako manažeři jiných profesí využívají sestry manažerky při plnění svých povinností stejné funkce. (Grohar-Murray, DiCroce, 2003)

„Každý manažer z kterékoli řídicí úrovně vykonává ve své řídicí práci pět základních manažerských funkcí. Postavení v hierarchii řízení má vliv pouze na poměr těchto funkcí, nikoliv na jejich počet. Hlavní manažerské funkce se často vyjadřují kruhem, který se nazývá manažerským cyklem. Komponentami manažerského cyklu jsou:

1. **plánování**
2. **organizování**
3. **personální zajištění**
4. **vedení**
5. **kontrolování“** (Gladkij a kol., 2003: 164)

2.2.10.5 Plánování

Plánování má ve zdravotnictví svoji podstatu a smysl a zároveň je východiskem pro všechny manažerské funkce. Patří mezi nejzákladnější a nejpodstatnější činnosti managementu. (Grohar-Murray, DiCroce, 2003)

Plánovat se dá krátkodobě na den, týden, měsíc nebo také dlouhodobě na rok či více let. Plán určuje směr, kterým chceme jít a čeho chceme dosáhnout. Zároveň se vztahuje na veškeré naše aktivity a tím nám umožňuje provádět tyto činnosti efektivně. Neoddělitelnou funkcí od plánování je kontrolování. Plánování se týká všech úrovní managementu organizace.

Typy plánování :

- **Strategické plánování** je orientováno na trh a budoucnost celé organizace. Stanovuje dlouhodobé cíle. Vyjadřuje poslání organizace, hodnoty a vize, definuje cíle a záměry a obsahuje konkrétní strategie k jejich dosažení. Vytváří tak politiku organizace. Je řízeno vrcholovým managementem.
- **Taktické plánování** se zaměřuje na dosahování taktických, střednědobých cílů
- **Operační plánování** představuje konkrétní postupy při vypracování a zavádění nových programů a služeb v běžném každodenním provozu (Gladkij a kol, 2003)

Poskytování ošetrovatelské péče nemocným není nahodilé, ale je také plánované. Je zahrnuto do operačního plánování. Tím, kdo plánuje ošetrovatelskou péči, je sestra, která je také odpovědná za realizaci plánu a správnost a bezchybnost provedení.

Sestra nejdříve získá od nemocného případně od příbuzných potřebné informace týkající se medicínských, ošetrovatelských, psychologických a sociálních potřeb a na základě jejich analýzy sestaví do 24 hodin po přijetí individuální plán ošetrovatelské péče. Tento plán obsahuje aktuální a potenciální problémy (ošetrovatelské diagnózy) nemocného, kterým je potřeba věnovat pozornost z hlediska zajištění celkové kvality péče a případně vyloučení rizik, které by mohly zhoršit zdravotní stav nemocného nebo ho poškodit či dokonce ohrozit na životě. Plán je během hospitalizace nemocného sestrou průběžně aktualizován a doplňován, je reakcí na každé změny zdravotního stavu nemocného, ke kterým dochází.

Obsahem plánu jsou :

- stanovené ošetrovatelské diagnózy například podle Kapesního průvodce sestry
- cíle neboli očekávané výsledky zahrnující konkrétní změny stavu nemocného
- ošetrovatelské intervence neboli postupy sestry, kterých je třeba k dosažení stanovených cílů u jednotlivých ošetrovatelských diagnóz
- zhodnocení jednotlivých dosažených výsledků včetně data, hodiny a podpisu sestry (Vašátková a kol., 2005)

2.2.10.6 Organizování

Organizování je další funkcí managementu, která má za úkol spojit lidi a směřovat jejich činnosti tak, aby se dosáhlo stanovených cílů. (Grohar-Muray, DiCroce, 2003) Všechny tyto aktivity směřují k co nejefektivnějšímu a nejehospodárnějšímu výkonu. Při výkonu ošetrovatelské péče se tak děje prostřednictvím daného systému poskytování ošetrovatelské péče, který je v organizaci zaveden.

Jednotliví členové ošetrovatelského týmu jsou za tímto účelem organizováni do pracovních skupin nebo pracovních týmů.

Pracovní skupinu tvoří malá skupinka zdravotnických pracovníků jednoho oddělení, kteří jsou vzájemně propojeni společnou činností, uspořádáním vnitřní struktury a jednotným vedením. Mezi jednotlivými pracovními skupinami jsou odlišnosti, jejichž příčinami jsou subjektivní a objektivní rozdíly. Zatímco subjektivní rozdíly se týkají

každého jednotlivce například z pohledu osobnosti, pohlaví, kvalifikace, kompetence a délky praxe, objektivní rozdíly se týkají především charakteristiky práce a pracovních podmínek. (Gladkij a kol., 2003)

Mezi základní znaky pracovní skupiny patří společné pracoviště, společné cíle, společná činnost směřovaná k realizaci těchto cílů, přesné a jasné stanovení jednotlivých pracovních pozic s vymezeními pravomocemi a odpovědnostmi, poměrně časté vzájemné osobní kontakty mezi spolupracovníky s relativně trvalými sociálními vztahy a vědomím příslušnosti každého člena ke skupině. (Bedrnová, Nový in Gladkij a kol., 2003)

Pracovní tým vychází z pracovní skupiny a je jejím specifickým druhem. Jde o vnitřně formálně nestrukturovanou malou skupinku lidí, kteří v jejím rámci spolu spolupracují a podávají společný výkon v určitou stanovenou dobu. Tyto týmy lidí jsou vhodné pro realizaci a řešení především složitých, interdisciplinárních a nestrukturovaných úkolů. Je kladen důraz na vhodný výběr pracovníků týmu, kteří budou respektovat předem dané zásady týmové práce. Do těchto zásad patří vzájemné uznávání rovnocennosti partnerů v týmu, vyjadřování návrhů, názorů a hodnocení každého člena týmu a případné názorové rozdíly slouží jako zdroj informací, o kterých musí být všichni členové týmu shodně informováni. V případě konfliktů a názorových neshod se rozebírají jejich příčiny. Žádoucí je také kritika nikoliv však zesměšňování, zlehčování a ionizování. (Gladkij a kol, 2003)

2.2.10.7 Personální zajištění

Personální zajištění je velmi složitou činností s velkými ekonomickými dopady. Lidské zdroje patří v organizaci k těm nejdražším, ale na jejich správném počtu a kvalifikaci závisí kvalita poskytované péče.

Plány pracovníků týkající se jejich počtu, velikosti úvazků a kvalifikační struktury se ve většině zdravotnických zařízení upravují a projednávají v rámci plánování rozpočtu organizace na daný rok mezi vrcholovým managementem a vedením jednotlivých klinik či oddělení. Tyto plány vycházejí z platných právních předpisů, zejména zákonů, vyhlášek Ministerstva zdravotnictví a v návaznosti na to z doporučení zdravotních pojišťoven stanovujících počet kvalifikační strukturu jednotlivých zdravotnických pracovníků.

Minimální personální zajištění oddělení lékaři, sestrami a dalšími zdravotnickými pracovníky a jejich poměr v návaznosti na dosaženou kvalifikaci stanovuje vyhláška

Ministerstva zdravotnictví č.472/2009 Sb. v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Počty pracovníků se odvíjejí od charakteru oddělení a počtu lůžek.

2.2.10.8 Vedení

Vedení se v rámci managementu odehrává v rovině udělování pokynů, které by měly být jasné, stručné, logické a odpovídající dané situaci. Další fází je dohled nad prováděním činností a jejich zpětná kontrola. Následuje řízení, motivace a komunikace. Úspěšnost vedení podtrhuje koordinace lidí a aktivit tak, aby nedocházelo ke zbytečným konfliktům a zmatkům během dosahování cílů. Dalo by se říci, že koordinace je preventivní řídicí funkce. (Grohar-Muray, DiCroce, 2003)

2.2.10.9 Kontrolování

Kontrolování je logickým vyústěním všech manažerských funkcí. Jeho cílem je zajištění řádného splnění úkolu v určeném termínu a dané kvalitě. Úkolem kontroly je také posouzení správnosti provedení úkolu podle platných předpisů, norem a standardů. Ve zdravotnických zařízeních se za tímto účelem mimo jiné provádějí vnitřní audity. (Gladkij a kol., 2003)

2.2.11 Organizační struktura zdravotnického zařízení

Každé zdravotnické zařízení má svoji organizační strukturu. Hierarchie zaměstnanců bývá uspořádána do tzv. organizační pyramidy, kde jsou pevně stanovené vztahy mezi nadřízenými, podřízenými a spolupracovníky. Vedoucí pracovníci jsou jmenováni do funkcí na základě proběhlých konkurzů či výběrových řízení. Dále jsou zde stanoveny komunikační sítě, normy výkonu a zakotvená hierarchie funkcí vykonávaných jednotlivci.

Organizační struktura může být plochá (oddělení, ambulance, agentura domácí péče) nebo vícestupňová (nemocnice, klinika). (Management zdravotnických služeb, 2008)

2.2.11.1 Vícestupňová organizační struktura řízení

Vícestupňová organizační struktura řízení je typická pro velká zdravotnická zařízení jako jsou zejména fakultní nemocnice.

Jako příklad uvádím organizační strukturu Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Vrcholným představitelem top managementu je ředitel nemocnice, který nese plnou odpovědnost za chod celé nemocnice z hlediska kvality poskytované péče, ekonomické situace, dodržování právních předpisů a norem. Pod ředitele spadají náměstci pro léčebně preventivní péči, pro ošetrovatelskou péči a pro ekonomiku a financování. Vrchní sestry jednotlivých klinik jsou přímo řízeny přednostou kliniky a jsou postaveny naroveň zástupcům pro léčebně preventivní péči. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči řídí vrchní sestry pouze metodicky. Vrchním sestrám jsou přímo podřízené staniční sestry jednotlivých oddělení kliniky, které jsou manažerkami první linie a vedou své ošetrovatelské týmy. (Organizační řád, 2009)

V menších zdravotnických zařízeních bývá většinou organizační struktura jednodušší a to v tom smyslu, že není ustanovena funkce náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, ale tuto funkci zároveň se svými pravomocemi a povinnostmi vykonává vrchní sestra, která je přímo podřízená řediteli organizace. Příkladem může být Gerontologické centrum v Praze.

Na každém oddělení zdravotnického zařízení poskytuje léčebnou a ošetrovatelskou péči zdravotnický tým, v jehož čele stojí vedoucí lékař oddělení s požadovanou kvalifikací a s příslušnou délkou praxe. Pod vedoucího lékaře oddělení spadají jednotliví členové týmu, kterými jsou lékaři, staniční sestra, řadové sestry, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelky, sanitáři a sanitářky. Součástí zdravotnického týmu je tým ošetrovatelský, který tvoří jeho početnější část a který zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči o nemocné. Zdravotnický tým může být rozšířen o další členy z řad odborných nelékařských zdravotnických pracovníků nebo s nimi může jen spolupracovat dle individuálních potřeb nemocných a těmi mohou být psycholog, nutriční terapeut, fyzioterapeut, ergoterapeut, edukační sestra a sociální pracovníce. (Kelnarová, Cahová, Křesťanová, 2009)

Organizační struktura ošetrovatelského týmu je uvedena níže ve dvou variantách a to do roku 2008 a po roce 2008, protože v té době se objevila na trhu práce nová zdravotnická profese, kterou je zdravotnický asistent. Struktura ošetrovatelského týmu a počet jeho pracovníků v jednotlivých kategoriích dle kvalifikace by měla vycházet nejen ze stanovených vyhlášek a norem, ale především z potřeb každého oddělení. Ne vždy tomu tak je. Důležitou roli zde hraje ekonomické hledisko a finanční možnosti nemocnice.

2.2.12 Organizační struktura ošetrovatelského týmu do roku 2008

Včele ošetrovatelského týmu stojí **staniční sestra**, pod kterou spadají následující členové týmu:

- **řadové sestry** na oddělení, které se člení na registrované sestry pracující bez odborného dohledu se specializací, registrované sestry pracující bez odborného dohledu bez specializace a sestry bez registrace pracující pod odborným dohledem
- **ošetrovatelé a ošetrovatelky** pracující pod odborným dohledem sester
- **sanitáři a sanitářky** pracující pod odborným dohledem sester

2.2.13 Změna organizační struktury ošetrovatelského týmu po roce 2008

Včele ošetrovatelského týmu stojí **staniční sestra**, pod kterou spadají následující členové týmu:

- **řadové sestry** na oddělení, které se člení na registrované sestry pracující bez odborného dohledu se specializací, registrované sestry pracující bez odborného dohledu bez specializace a sestry bez registrace pracující pod odborným dohledem
- **zdravotničtí asistenti** pracující pod odborným dohledem sester – vznik nové zdravotnické profese
- **ošetrovatelé a ošetrovatelky** pracující pod odborným dohledem sester
- **sanitáři a sanitářky** pracující pod odborným dohledem sester a zdravotnických asistentů

Organizační struktura ošetrovatelského týmu není pevně daná. Ve zdravotnických zařízeních může kromě sester, jejichž kvalifikace a práce tvoří základ a podstatu týmu, jeden článek pracovníků v řetězci chybět. V praxi se tak můžeme setkat s ošetrovatelskými týmy složenými pouze ze sester, sanitářů a sanitářek. Také vzájemný poměr sester pracujících bez odborného dohledu a sester pracujících pod odborným dohledem může být jiný, stejně tak i jejich délka praxe, ale vždy musí být zachovány požadavky dané zákonem a vyhláškou na kvalifikaci personálu v každé směně. Zdravotnický asistent, který rozšířil členy týmu o další článek, má za úkol pomoci zejména sestrám k ulehčení jejich práce především v oblasti základní ošetrovatelské péče.

2.2.13.1 Náplň práce ošetrovatelského týmu

Tato náplň práce vychází z činností, které jednotliví členové týmu na základě své kvalifikace a kompetence vykonávají v rámci léčebné a ošetrovatelské péče o nemocné za účelem v co nejkratší době navrácení jejich zdraví nebo alespoň zmírnění utrpení a bolesti v případě chronicky a nevléčitelně nemocných. Základem je uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb v souvislosti s léčbou daného onemocnění. Jednotlivé činnosti jsou obecně popsány v provozních řádech oddělení. Výčet činností spojených se zajištěním správného a nepřetržitého provozu oddělení jako například kontrola uložení a expirace léčivých přípravků, doplňování spotřebního materiálu, úklid lednic a skladových prostor a další je obsažen v harmonogramech prací stanovených pro jednotlivé členy ošetrovatelského týmu v daných směnách (ranní, odpolední, noční směna).

Činnosti se dají podle obsahu rozdělit do několika skupin:

- **základní ošetrovatelská péče** je zaměřena na uspokojování základních potřeb nemocného, které si nemocný nemůže sám zajistit z důvodu tělesného handicapu nebo špatného zdravotního stavu nebo omezení z nařízeného klidového režimu v rámci léčby a to zejména v oblasti sebekpěče. Týká se to činností spojených s péčí o hygienu nemocného, vyprazdňování, výživu a příjem stravy, spánek, fyzickou aktivitu a také o zajištění pocitu jistoty a bezpečí se zaměřením na prevenci různých komplikací a mimořádných událostí jako jsou pády nemocných či vznik dekubitů. Podle stupně poškození zdraví nemocného a podle případu a nutnosti vykonávají tyto činnosti sestry spolu se zdravotnickými asistenty a ošetrovatelkami. Sestry je mohou také pouze zadat jednotlivým členům týmu a vykonávat nad jejich plněním dohled. (Kelnarová, Cahová, Křest'ánová, 2009)
- **specializovaná a vysoce specializovaná ošetrovatelská péče** spočívá v provádění odborných činností spojených s léčbou a ošetřováním nemocných. Těchto činností je celá řada a jejich výčet by tvořil poměrně dlouhý seznam. Alespoň pro ilustraci uvedu pár příkladů. Patří sem tedy například aplikace léků perorální či injekční metodou, příprava a aplikace léčebných infúzí a transfúzí, cévkování ženy, měření fyziologických funkcí a další. Mimo jiné spadá do té oblasti i poskytování vysoce specializované péče o nemocné v bezvědomí a v kritickém stavu na jednotkách intenzivní péče nebo péče o nemocné v terminálním stadiu. Tyto činnosti vykonávají především sestry za pomoci dalších členů ošetrovatelského týmu. Zdravotnický asistent může pod dohledem sestry podávat například léky per os nebo injekční metodou mimo intravenózních

aplikací, zavádět a udržovat kyslíkovou terapii, měřit základní fyziologické funkce a jiné. (Vyhláška 424/2004Sb.)

- **diagnosticko-terapeutická činnost** zahrnuje všechny činnosti spojené s přípravou a provedením výkonu a péčí o nemocného po výkonu v rámci diagnostických a terapeutických vyšetření a ošetření, které slouží ke stanovení lékařské diagnózy či provedení léčebného zákroku. Patří sem například odběry biologického materiálu, podávání klyzmat před vyšetřením, příprava nemocného na rentgenová, ultrazvuková nebo endoskopická vyšetření a péče o něj po vyšetření, příprava nemocného na operaci a pooperační péče a jiné. Tyto činnosti vykonávají sestry spolu se zdravotnickými asistenty. Doprovod nemocných na vyšetření a činnosti spojené s jejich přemísťováním mimo oddělení většinou zajišťují dle pokynů sester a lékařů ošetrovatelky, sanitáři a sanitářky. (Kelnarová, Cahová, Křest'ánová, 2009)
- **rehabilitační ošetrovatelství** jsem zmínila zvlášť pro svoji nezastupitelnou roli v péči o nemocného. Často je tato důležitá činnost v praxi opomíjena nebo je jí věnována jen malá pozornost. Přitom včasná a správně prováděná rehabilitace významně ovlivňuje kvalitu života nemocného. Mýlkou je, že ji zajišťují pouze fyzioterapeuti, kteří mají své specializované kompetence dle náplně práce v rámci preventivní a léčebné péče. Rehabilitační ošetrovatelství je doménou sester a zdravotnických asistentů, kteří mají v této oblasti své kompetence. Patří sem polohování ležících nemocných jako prevence vzniku dekubitů, činnosti spojené s prevencí poruch imobility, dechová cvičení, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti nemocného a další.
- **administrativní činnost** je spojená s prací se zdravotnickou dokumentací nemocného, jejíž součástí je dokumentace ošetrovatelská. Jsou v ní uvedeny veškeré informace týkající se zdravotního stavu nemocného, jeho osobní údaje a údaje o rodině a sociální anamnéza. Tato činnost podléhá zákonům na ochranu osobnosti a zachování povinné mlčenlivosti. Další administrativní činnost obsahuje například vyplňování žádanek na vyšetření, objednávání léků a spotřebního materiálu na oddělení a jiné. Většina dokumentů se v současné době zpracovává elektronicky. Administrativní činnost zajišťují především sestry a zdravotničtí asistenti. (Kelnarová, Cahová, Křest'ánová, 2009)
- **přípravné, dokončovací a doplňkové práce** jsou spojené především s přípravou materiálu a pomůcek na různá vyšetření, ošetření a léčebné zákroky, včetně

jejich následného ošetření, dezinfekce a sterilizace. Patří sem také doplňování ústavního prádla, spotřebního materiálu a kancelářských potřeb do úložných prostor na oddělení, doplňování a ukládání léčiv, obstarávání pochůzek pro oddělení a jiné. Většinu těchto prací zajišťují ošetřovatelky ve spolupráci se sanitářkami a sanitáři. Pouze specializované práce si provádí sestra sama ve spolupráci se zdravotnickým asistentem. S rozvojem technologických postupů a používáním jednorázových pomůcek se mění charakter těchto prací a jejich počet se snižuje. V řadě zdravotnických zařízení funguje již centrální sterilizace pomůcek. (Kelnarová, Cahová, Křest'ánová, 2009)

2.3 Vymezení pojmů ošetřovatelské péče

Vyhláška č. 424/2004Sb. v § 2 vymezuje pojmy poskytování ošetřovatelské péče. Pro účely práce a tak, aby nedošlo ke zkreslení a záměně pojmů, uvádím tuto část vyhlášky v její doslovné citaci.

„ Pro účely této vyhlášky se rozumí

- a) ošetřovatelskou péčí soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti,
- b) základní ošetřovatelskou péčí ošetřovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům nad 6 let věku, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu, pokud není dále uvedeno jinak,
- c) specializovanou ošetřovatelskou péčí ošetřovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež

nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou péčí se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace, a dále základní ošetrovatelská péče podle písmene b) poskytovaná dětem do 6 let věku,

d) vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí, a dále specializovaná ošetrovatelská péče podle písmene c) poskytovaná dětem do 6 let věku.“ (Vyhláška č. 424/2004Sb., § 2)

2.4 Ošetrovatelské kategorie pacientů

Stupeň náročnosti ošetrovatelské péče u hospitalizovaných nemocných vyjadřují ošetrovatelské kategorie. Jsou řazeny od jedné do pěti, přičemž jednotlivé stupně odrážejí míru závislosti nemocného na pomoci ošetrovatelského personálu v oblasti soběstačnosti a sebezpeče. Jejich přehled je uveden v příloze č.1.

Správné stanovení ošetrovatelské kategorie u nemocných je pro ošetrovatelský personál klíčové. Nemocný plně závislý na péči ošetrovatelského personálu vyžaduje mnohem více času a úkonů zejména v oblasti základní ošetrovatelské péče, kdy tuto péči nemusí poskytovat pouze sestry, ale velkou roli zde hraje právě pomocný personál včele se zdravotnickým asistentem. Sestra vykonává dohled a kontrolu nad prováděním této péče. V žádném případě to ale neznamená, že sestry tuto péči neprovádějí.

Ošetrovatelská kategorie pacientů je jedním z určujících faktorů při plánování počtu a struktury ošetrovatelského personálu na jednotlivých odděleních zdravotnických zařízení. Spolu s počtem lůžek pro nemocné na oddělení tvoří podklady pro management organizace v oblasti plánování lidských zdrojů a nastavení ekonomické kalkulace pro danou oblast. Logickým vyústěním by měl být fakt, že počet a struktura ošetrovatelského personálu by měly vycházet z poměrů základní a specializované a vysoce specializované péče.

Ošetrovatelské kategorie, které vycházejí z individuálních potřeb nemocných, se stanovují během hospitalizace každý den a do zdravotnické dokumentace se zaznamenávají v každé pracovní směně s následným výpočtem jejich průměru za celý den. Ošetrovatelská

péče se musí plánovat a realizovat v souladu se stupněm jejich stanovení. Výrazem toho je tvorba a sestavení plánu ošetrovatelské péče na 24h pro každého nemocného, jehož obsahem je určení ošetrovatelských diagnóz vycházejících z jeho ošetrovatelských problémů a stanovení reálných, dosažitelných cílů. Dle jsou do plánu zahrnuty ošetrovatelské intervence a následné hodnocení realizace plánu a dosažených výsledků péče. Ošetrovatelský plán péče musí pružně reagovat na změnu potřeb nemocného a průběžně se aktualizovat.

Ošetrovatelské kategorie pacientů vycházejí z platné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č.472/2009Sb. a tvoří podklad pro úhradu ošetrovatelské péče zdravotnickým zařízením z prostředků zdravotních pojišťoven. Podmínkou jejich vykazování je takový počet a struktura ošetrovatelského personálu na jednotlivých odděleních, které převyšují standardní počet pracovníků použitý pro výpočet hodnoty ošetrovatelského dne stanovený touto vyhláškou. (Vyhláška č.472/2009Sb.)

2.5 Význam týmové práce v ošetrovatelské péči

„Týmová atmosféra a týmový přístup k práci jsou jednou ze základních podmínek efektivní ošetrovatelské péče na odděleních.“ (Škrla, Škrlová, 2003: 358)

Obecně lze říci, že význam týmové práce v ošetrovatelství je velký. Týmová práce má výrazný vliv na produktivitu práce a efektivitu a kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Vážnoucí vzájemná spolupráce a komunikace mezi členy týmu vede k negativním dopadům na úroveň a kvalitu poskytované péče a k celkové nespokojenosti nemocného. Pokud ovšem tým funguje bez větších problémů, je situace opačná a pozitivita poskytované péče se odrazí například v kratší délce hospitalizace nemocného a počtu komplikací spojených přímo s výkonem ošetrovatelské péče.

Skupina ošetrovatelského personálu ještě netvoří tým, ale stává se jím v okamžiku vzájemného propojení a konkrétními činnostmi se zaměřením na společný cíl, kterým není nikdo jiný než nemocný člověk a uspokojování jeho potřeb. (Škrla, Škrlová, 2003: 358)

„Týmová práce povzbuzuje lidi k větší profesionalitě a plnému převzetí odpovědnosti. To všechno představuje pro organizaci obrovský přínos.“ (Hayes, 2005: 20)

Každý člen týmu představuje určitou osobitou posilu týmové práce. Tato rozličnost jednotlivých členů týmu mu dává schopnost určit své silné a slabé stránky a tím na ně náležitě reagovat a přizpůsobovat se změnám a problémům. Podmínky úspěšnosti týmové

práce představují kolektivní dohoda o pravidlech a jejich dodržování, ochota členů k prosazování cílů, komunikace vyjadřující podporu, konstruktivní kritika a projev důvěry, aktivní naslouchání, flexibilita a konstruktivní řešení problémů a případných konfliktů. (Škrla, Škrlová, 2003)

Týmová práce může mít i svá rizika dotýkající se těchto oblastí:

- charakter týmové práce bývá často zaměňován s funkčním systémem ošetrovatelské péče
- vedoucí týmu má špatné organizační a komunikační schopnosti
- slabá orientace členů týmu na pacienta
- nedostatečná nebo špatná komunikace mezi členy týmu při výkonu péče (Iyer, Taptich, Bernocchi-Losey, 1995) (vlastní překlad)

2.6 Řídící funkce manažerů ošetrovatelského týmu

Charakteristika pracovních funkcí vedoucích pracovníků ošetrovatelského týmu a rozsah jejich kompetencí vychází z vyhlášky 424/2004Sb., zákona 96/2004Sb a Nařízení vlády č.138/2009. Je obsažena v náplních práce jednotlivých vedoucích pracovníků spolu s popisem specializovaných činností spojených s přímým stykem či ošetrováním pacientů.

Povinností vedoucích pracovníků v ošetrovatelství je organizovat práci nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících samostatně nebo v ošetrovatelských týmech, pravidelně a systematicky hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče s ohledem na spokojenost nemocných s danou péčí.

Mezi vedoucí pracovníky v ošetrovatelství řadíme náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestry a staniční sestry. Všichni tito pracovníci musí být podle zákona způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu a musí mít ukončené specializační vzdělání ošetrovatelské péče v rámci daného oboru. Pro bližší pochopení pravomocí, odpovědností a struktury řídicích funkcí jednotlivých vedoucích pracovníků v ošetrovatelství uvádím jejich charakteristiky v následujících kapitolách..

2.6.1 Charakteristika pracovní funkce náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči stanovuje zásadní orientaci, koncepci a strategii v oblasti základní a specializované ošetrovatelské péče. Zajišťuje jejich realizaci v souladu s rozhodnutím vedení zdravotnického zařízení a platnými předpisy a vyhláškami Ministerstva zdravotnictví. Navrhuje koncepční řešení problematiky ošetrovatelské péče. (Náplň práce, FN HK, s.d.)

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči dále zajišťuje funkce spojené s odbornou činností a řídicími a kontrolními činnostmi. Jejich příklady jsou uvedeny níže.

Odborná činnost zahrnuje:

- řízení práce všech vedoucích nelékařských pracovníků na úrovni středního managementu (vrchní sestry, vrchní laboranti a jiné)
- stanovování základních cílů v oblasti ošetrovatelské péče
- zavádění ošetrovatelského procesu do praxe
- sjednocování léčebné a ošetrovatelské péče o nemocného ve spolupráci s lékařským náměstkem ředitele
- zúčastňování se porad vedení nemocnice, organizování porad vedoucích pracovníků a předávání informací od vedení zdravotnického zařízení a zadávání úkolů s následnou kontrolou jejich plnění
- zajištění spolupráce s jinými zdravotnickými zařízeními
- zodpovědnost za komplexní program kvality poskytované ošetrovatelské péče, zpracovávání podkladů pro odborné hodnocení pracovišť

Řídící a kontrolní činnost zahrnuje:

personální činnost

- řízení nábory, výběru a zvyšování kvalifikace nelékařských zdravotnických pracovníků
- vypracovávání návrhů změn platné systematizace pracovních míst ošetrovatelského personálu ve spolupráci s ředitelem, lékařským a ekonomickým náměstkem zdravotnického zařízení
- navrhování organizačních změn v řízených oborech

oblast vzdělávání

- posuzování dalšího vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků se zaměřením na zvýšení či rozšíření jejich kvalifikace
- spolupráce s lékařskými fakultami, vyššími a středními zdravotnickými školami
- zdokonalování se soustavným vzděláváním v oblasti ošetrovatelské péče a managementu řízení

ekonomická oblast

- spolupráce při přípravě finančního plánování a rozpočtu zdravotnického zařízení
- dohled nad efektivním využíváním spotřebního zdravotnického materiálu a léků
- průběžné sledování aktuálních ukazatelů hospodaření zdravotnického zařízení

kontrolní činnost

- kontrola kvality ošetrovatelské péče v souladu s platnými právními předpisy, dodržování stanovených postupů, plnění ošetrovatelských plánů a vedení ošetrovatelské dokumentace na jednotlivých pracovištích
- návrhy a ukládání opatření k nápravě zjištěných nedostatků v ošetrovatelské péči
- kontrola ošetrovatelské služby na pracovištích

organizační úkoly

- zodpovědnost za plynulý provoz jednotlivých pracovišť v rámci své pravomoci
- kontrola dodržování hygienických opatření a zajištění prevence nozokomiálních nákaz
- zabezpečení ochrany majetku zdravotnického zařízení v rámci své odpovědnosti, přenos odpovědnosti také na podřízené pracovníky

(Náplň práce, FN HK,s.d.)

2.6.2 Charakteristika pracovní funkce vrchní sestry

Vrchní sestra zajišťuje odbornou garanci ošetrovatelské péče na pracovišti s aktivním uplatňováním holistického přístupu k ošetrování nemocných a akceptováním Práv pacienta. Monitoruje personální, ošetrovatelské i ekonomické parametry. Vytváří příznivé podmínky pro profesionální rozvoj podřízených. Plánuje, koordinuje, řídí a kontroluje ošetrovatelské služby a běžný provoz na pracovišti v rámci své pravomoci jako hospodaření s léky, spotřebním zdravotnickým materiálem. Dále zodpovídá za inventář a majetek na odděleních, které jsou v jejím přímém řízení. (Náplň práce, FN HK,s.d.)

Vrchní sestra dále zajišťuje funkce spojené s odbornou činností a řídicími a kontrolními činnostmi. Jejich příklady jsou uvedeny níže.

Odborná činnost zahrnuje:

- řízení práce nelékařských zdravotnických pracovníků popřípadě dalších pomocných pracovníků v oblasti ošetrovatelské na všech přidělených pracovištích
- promýšlení nových metod ošetrovatelské péče, dohled nad průběhem ošetrovatelského procesu v praxi, zavádění a uplatňování ošetrovatelské dokumentace do praxe
- sjednocování léčebné a ošetrovatelské péče o nemocného ve spolupráci s přednostou nebo primářem kliniky či oddělení
- zavádění nových standardů ošetrovatelské péče do praxe
- dohlížení na činnosti ošetrovatelského personálu dle platných standardů péče a ordinací lékaře
- ukládání příkazů přímým podřízeným k zajištění kvality poskytované ošetrovatelské péče o nemocné
- účast na pravidelných vizitách na jednotlivých pracovištích, řízení sesterských vizit
- schvalování a kontrola rozpisů služeb, evidence odpracovaných hodin
- účast na poradách s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, přenos informací na podřízené pracovníky

Řídicí a kontrolní činnost zahrnuje:

personální činnost

- řízení náboru, výběru a zvyšování kvalifikace nelékařských zdravotnických pracovníků, pružná reakce na personální změny, správa personální dokumentace
- vypracovávání návrhů změn platné systematizace pracovních míst ošetrovatelského personálu ve spolupráci s přednostou nebo primářem kliniky či oddělení
- navrhování personálních a organizačních změn na pracovištích dle pravidel Zákoníku práce
- rozhodování o odměňování podřízených pracovníků
- kontrola realizace opatření na úseku bezpečnosti práce, hygieny práce a požárních předpisů

- pravidelné hodnocení a sestavování plánů osobního rozvoje u podřízených pracovníků

oblast vzdělávání

- posuzování dalšího vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků se zaměřením na zvýšení či rozšíření kvalifikace na přidělených pracovištích
- koordinace praxe studentů a spolupráce s lékařskými fakultami, vyššími a středními zdravotnickými školami
- vypracovávání plánů adaptačního procesu u absolventů škol k získání praktických zkušeností a průběžně je hodnotí
- pořádání seminářů, odborných školení v rámci příslušného oboru
- zdokonalování se soustavným vzděláváním v oblasti ošetrovatelské péče a managementu řízení

ekonomická oblast

- návrh a organizace vybavení a zásob zdravotnického materiálu na přidělených pracovištích a dohled nad jeho efektivním využíváním
- průběžné sledování aktuálních ukazatelů hospodaření na přidělených pracovištích

kontrolní činnost

- kontrola kvality ošetrovatelské péče v souladu s platnými právními předpisy, dodržování stanovených postupů, plnění ošetrovatelských plánů a vedení ošetrovatelské dokumentace na jednotlivých pracovištích
- návrhy a ukládání opatření k nápravě zjištěných nedostatků v ošetrovatelské péči
- kontrola ošetrovatelského personálu na přidělených pracovištích

provozní činnosti

- kontrola objednávání léků, zdravotnického materiálu a jejich efektivní využití, dohled nad vnitřním prostředím jednotlivých pracovišť, kontrola objednávání stravy pro nemocné a nakládání s odpady a jiné provozní činnosti
- zodpovědnost za plynulý provoz jednotlivých pracovišť v rámci své pravomoci
- kontrola dodržování hygienických opatření a zajištění prevence nozokomiálních nákaz

- zabezpečení ochrany majetku zdravotnického zařízení v rámci své odpovědnosti, přenos odpovědnosti také na podřízené pracovníky

(Náplň práce, FN HK,s.d.)

2.6.3 Charakteristika pracovní funkce staniční sestry

Staniční sestra zajišťuje poskytování ošetrovatelské péče na pracovišti s aktivním uplatňováním holistického přístupu k ošetrování nemocných a s akceptováním Práv pacienta. Monitoruje personální, ošetrovatelské i ekonomické parametry. Vytváří příznivé podmínky pro profesionální rozvoj podřízených. Plánuje, koordinuje, řídí a kontroluje ošetrovatelské služby a běžný provoz na pracovišti v rámci své pravomoci jako hospodaření s léky a spotřebním zdravotnickým materiálem. Dále zodpovídá za inventář a majetek na oddělení, kde pracuje. (Náplň práce, FN HK,s.d.)

Staniční sestra dále zajišťuje funkce spojené s odbornou činností a řídicími a kontrolními činnostmi, které vycházejí z charakteristiky funkce vrchní sestry s tím rozdílem, že všechny oblasti se týkají pouze jejího přiděleného pracoviště. Její řídicí pravomoci se týkají přímého řízení ošetrovatelské péče o nemocného a koordinace práce členů ošetrovatelského týmu. Provádí rozpisy služeb zdravotnického personálu k zajištění nepřetržitého provozu oddělení. Organizační změny vrchní sestře pouze navrhuje a případně je realizuje ve spolupráci s ní. Kromě své řídicí a kontrolní funkce má své povinnosti a kompetence vyplývající z vyhlášky 424/2004 Sb. v oblasti poskytování základní, specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče v rámci svého pracoviště. (Náplň práce, FN HK,s.d.)

2.7 Charakteristika pracovních funkcí členů ošetrovatelského týmu

„Činnosti jednotlivých kategorií ošetrovatelských pracovníků jsou stanoveny zvláštními právními předpisy. Podrobněji jsou rozpracovány zaměstnavatelem příslušného zdravotnického zařízení.“ (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

„Za výkon pod odborným dohledem se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník způsobilý nebo ke kterým způsobilost získává, při dosažitelnosti rady a pomoci zdravotnického pracovníka

způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento pracovník určí.“(Zákon 96 Sb/2004., §4 odstavec 4.).

2.5.1 Charakteristika pracovních funkcí a kompetencí sester

Sestry mají největší podíl zastoupení v ošetrovatelském týmu. Tvoří jeho základ a na úrovni jejich vzdělání, kvalifikace a chování záleží kvalita poskytovaných ošetrovatelských služeb a péče a tím i spokojenost pacienta. Vedou a koordinují práci ostatních členů ošetrovatelského týmu a určují tak správný směr péče v rámci svých kompetencí.

Kompetence sester znamená určitou úroveň práce, v níž se projevuje účinné používání znalostí, dovedností a úsudků v souvislosti se vzděláváním, kvalitou a regulací profese. Mastiliaková definuje kompetence jako znalosti a dovednosti, které umožňují sestře samostatně pracovat, kontinuálně se odborně vzdělávat a rychle se přizpůsobovat měnícím se podmínkám. (Mastiliaková, 2004)

Kompetence sester jsou dány vyhláškou 424/2004 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví.

Sestry pracující na oddělení v ošetrovatelských týmech se podle kompetencí, odborné způsobilosti a délky praxe dělí na:

- **registrované sestry pracující bez odborného dohledu se specializací** – tyto sestry zpravidla pracují jako vedoucí směny, provádějí vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, dohlíží nad prací ostatních sester ve směně. Největší počet těchto sester pracuje na jednotkách intenzivní péče a specializovaných pracovištích.
- **registrované sestry pracující bez odborného dohledu bez specializace** - tyto sestry pracují samostatně zejména na standardních odděleních zdravotnických zařízeních. Jejich největší počet je v léčebnách dlouhodobé péče, v domovech pro seniory s ošetrovatelskou péčí a v dalších zdravotnických a sociálních zařízeních.
- **sestry bez registrace pracující pod odborným dohledem** - jedná se především o absolventky zdravotnických škol (vyšších, vysokých) v adaptačním procesu, bez praxe a před získáním registrace. Patří sem také sestry s praxí, které z různých důvodů nevyhověly zákonem stanoveným podmínkám získání osvědčení o způsobilosti výkonu povolání bez odborného dohledu. Tyto sestry pracují ve všech typech zdravotnických zařízení.

2.7.1 Charakteristika pracovní funkce zdravotnického asistenta

Zdravotnický asistent vykonává práci středního zdravotnického pracovníka, který pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením všeobecné sestry, porodní asistentky anebo lékaře poskytuje ošetrovatelskou péči dětem i dospělým a podílí se na preventivní, diagnostické, neodkladné, léčebné, rehabilitační a dispenzarizační péči v rozsahu své odborné způsobilosti. (Zákon 96/2004Sb.)

Podle pokynů těchto zdravotnických pracovníků provádí určené ošetrovatelské výkony, podílí se na plnění ošetrovatelského plánu a spolupracuje při hodnocení výsledků poskytnuté ošetrovatelské péče, zajišťuje činnosti spojené s přijetím, překladem, propuštěním a úmrtím pacienta. Jeho kompetence jsou zejména v oblasti základní ošetrovatelské péče, za jejíž provedení nese odpovědnost. Může vykonávat i specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči pod přímým vedením všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v daném oboru. (Vyhláška 424/2004Sb.)

Zdravotnický asistent je vzdělán tak, aby měl nejen potřebné odborné vědomosti, dovednosti a návyky, ale také širší všeobecné vzdělání a dovednosti důležité pro další vzdělání a uplatnění se na trhu práce.

Zdravotnický asistent se uplatní v různých zdravotních zařízeních lůžkového i ambulantního charakteru, například v nemocnicích, na poliklinikách a v lékařských nebo ošetrovatelských centrech, v ordinacích praktických nebo odborných lékařů a v domácí ošetrovatelské péči, jako zdravotnický pracovník v zařízeních sociální péče a podobně. (Zákon 96/2004Sb.)

Tato nová zdravotnická profese doplňuje a rozšiřuje ošetrovatelský tým a pomáhá tak více rozložit jednotlivé stupně ošetrovatelské péče.

2.7.2 Charakteristika pracovní funkce ošetrovatele/lky

Ošetrovatel/ka pracuje po získání odborné způsobilosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti a plní jeho příkazy. Získané kompetence se pohybují ve sféře základní ošetrovatelské péče a to zejména v oblasti hygieny, vyprazdňování a příjmu stravy u nemocných. Zároveň může měřit tělesnou teplotu, výšku a hmotnost nemocného a doprovázet ho na různá vyšetření a ošetření. Dále zajišťuje činnosti spojené s přijetím,

překladem, propuštěním a úmrtím pacienta. Provádí různé doplňkové úkony spojené s provozem pracoviště. (Vyhláška 424/2004Sb.)

2.7.3 Charakteristika pracovní funkce sanitáře/řky

Sanitář/ka pracuje po získání odborné způsobilosti pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti a plní jeho příkazy. Provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče a podílí se na poskytování základní ošetrovatelské péče. Zároveň zajišťuje činnosti spojené s přijetím, překladem, propuštěním a úmrtím pacienta v rozsahu své kompetence a dále provádí různé doplňkové činnosti spojené s provozem pracoviště. (Vyhláška 424/2004Sb.)

2.8 Současný systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků dle platné legislativy

Systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků prošel během uplynulých let výrazným vývojem v souvislosti s potřebami a rozvojem jednotlivých oborů medicíny a ošetrovatelství na základě poznatků vědy, výzkumu a praxe. Dokladem toho je mimo jiné i krátká stručná exkurze do historie ošetrovatelství s důrazem na vzdělávání v oboru, uvedená v úvodu diplomové práce. Pokrok vědy ve zdravotnických oborech sílí, povolna se mění postavení a kompetence sester zejména v ošetrovatelské péči. Sestry již nejsou jen podřízeny plně lékařům a pouhými vykonavateli příkazů. Jsou také jejich spolupracovníky, kteří mají ve zdravotnickém týmu své nezastupitelné místo. Zároveň se stávají nositelkami zdravotních výkonů, jejichž počet se v tomto roce opět rozšířil.

Ošetrovatelství jako samostatná vědní disciplína vyžaduje nejen vzdělané a kvalifikované pracovníky, ale také rozhodné a odpovědné za výkon své funkce a činnosti, které uplatňují v praxi. Kvalitní vzdělání dává základ vědomostem, které si absolventi škol ověřují v praxi a rozvíjejí si je získanými zkušenostmi spolu s praktickými radami od zkušených pracovníků.

2.8.1 Systém vzdělávání a registrace sester

V roce 2004 došlo ke změně v systému vzdělávání sester. Výuka sester se přesunula ze středních odborných škol na vyšší odborné a vysoké školy po ukončeném středním vzdělání s maturitou a probíhá v souladu s platnými směrnici Evropské unie. Sestry po absolutoriu získávají titul všeobecná sestra (dříve zdravotní sestra) nebo diplomovaná všeobecná sestra.

„Přesun kvalifikační přípravy do terciární sféry vzdělávání je logickým důsledkem nárůstu požadavků a nároků na práci sestry. Došlo k rozšíření okruhu činností, které sestra vykonává, odpovědnosti, a tím i zvýšení fyzické a psychické zátěže.“ (Mikšová, 2009: 11)

Přesun vzdělávání sester do terciární sféry je možno také chápat z pozice psychické a sociální zralosti uchazečů o studium, což by mohlo mít pozitivní efekt z hlediska přístupu k povolání a chování k nemocným. (Mikšová, 2009)

Po ukončení některého z forem studia a nástupu do praxe pracuje sestra pod odborným dohledem do doby než získá osvědčení o odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Zároveň prochází sestra/absolventka tzv. adaptačním procesem v délce stanovené zdravotnickým zařízením a přizpůsobené jejím schopnostem. Délku adaptačního procesu nelze zkrátit, ale spíše prodloužit.

Ministerstvo zdravotnictví v tomto ohledu vydalo pro zdravotnická zařízení metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu, který je zařazen do sekce stabilizace zdravotnických pracovníků. Tento pokyn vymezuje pojem adaptační proces, jeho cíle a obsah, délku trvání a podmínky k jeho ukončení se závěrečným hodnocením pracovníka. Celý průběh adaptačního procesu spolu s hodnocením pracovníka je zaznamenán do jeho osobní dokumentace, která je součástí personálního spisu.

Pro získání osvědčení o odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu musí sestra splnit požadavky stanovené danými právními předpisy.

Poté ji uznávací jednotka Ministerstva zdravotnictví zapíše do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu a tím se sestra stává registrovanou a zároveň se zvyšuje její prestiž a profesní uplatnění nejen v České republice, ale také v zemích Evropské unie. Registrace není doživotní a osvědčení se vydává maximálně na dobu 6 let. (Koncepte ošetřovatelství, 2004)

Je tedy povinností sestry, pokud nechce o osvědčení přijít, se celoživotně vzdělávat tak, jak jí to ukládá zákon. V průběhu aktivního výkonu ošetrovatelské profese se opakovaně registruje na základě předložení certifikátů a osvědčení získaných na vzdělávacích akcích nebo dalším studiem o prohlubování znalostí ve svém oboru. Spolu s těmito dokumenty dokladuje také trvání výkonu své činnosti v oblasti zdravotnictví.

„Registr zdravotníků je veřejně přístupný, s výjimkou údajů o rodném čísle a trvalém pobytu a je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Poskytuje informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči.“ (Koncepte ošetrovatelství, 2004)

Systémem celoživotního vzdělávání si nejen sestry, ale také ostatní odborní zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilost v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru, výzkumem a nejnovějšími vědeckými poznatky.

„Součástí celoživotního vzdělávání je také specializační vzdělávání, které je zaměřeno na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Probíhá v akreditovaných zařízeních. V rámci celoživotního vzdělávání je možné v oboru ošetrovatelství získat vyšší stupně akademického vzdělání (magisterské a doktorské).“ (Koncepte ošetrovatelství, 2004)

2.8.2 Systém vzdělávání zdravotnických asistentů

V roce 2004 schválilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy po dohodě s Ministerstvem zdravotnictví vyhlášku 318/2003-23Sb.¹, která změnila systém vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a zavedla nový studijní obor Zdravotnický asistent. Jedná se o úplné střední odborné vzdělání zakončené maturitní zkouškou v oboru Ošetrovatelství. Po ukončení střední zdravotnické školy nemá tedy absolvent statut všeobecné sestry, ale je zdravotnickým asistentem, který může jako střední zdravotnický pracovník vykonávat pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky základní ošetrovatelskou péči a specializovanou ošetrovatelskou péči v rámci ošetrovatelského procesu. Pokud chce zdravotnický asistent dosáhnout kvalifikace

¹Kmenový obor: 53-41-M Ošetrovatelství, Studijní obor: 53-41-M/007 Zdravotnický asistent, schválilo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy po dohodě s Ministerstvem zdravotnictví dne 17.12. 2003 č.j.33 318/2003-23. Platnost od 1. září 2004 počínaje prvním ročníkem.

všeobecné sestry, musí absolvovat vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání v daném oboru.

Jinou možnost vzdělávání k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání zdravotnického asistenta stanovuje § 29 zákona 96/2004Sb. a tou je absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent po získání úplného středního vzdělání nebo úplného středního odborného vzdělání a způsobilosti k výkonu povolání ošetřovatele podle § 36 téhož zákona. (Zákon 96/2004Sb.)

Odborná způsobilost k výkonu zdravotnického asistenta se také uznává zdravotnickým záchranářům podle § 18 a porodním asistentkám § 6 téhož zákona. (Zákon 96/2004Sb.)

2.8.3 Systém vzdělávání ošetřovatele/lky

Odborná způsobilost k výkonu ošetřovatele/lky se podle § 36 zákona 96/2004Sb. získává zejména absolvováním tříletého studia ukončeného závěrečnou zkouškou na střední zdravotnické škole v oboru ošetřovatel nebo ukončením akreditovaného kurzu v oboru ošetřovatel. (Zákon 96/2004Sb.)

V zákoně je uveden výčet dalších možnosti získání a uznání odborné způsobilosti v daném oboru, které jsem nezmínila. Uvedla jsem pouze ty, se kterými se v současné době setkávám v praxi.

2.8.4 Systém vzdělávání sanitáře/řky

Odborná způsobilost k výkonu povolání sanitáře se podle § 42 zákona 96/2004Sb. získává zejména absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru všeobecný sanitář. (Zákon 96/2004Sb.)

Tento kurz trvá celkem 3,5 měsíce a je zakončen zkouškou z odborných předmětů spojených s vykonáváním zdravotnického povolání. Absolvovat kurz mohou všichni ti, kteří dovršili 18 let a nemají změněnou pracovní schopnost. V současné době, kdy se zvyšuje počet lidí bez práce, nabízí Úřady práce nezaměstnaným rekvalifikaci absolvováním právě tohoto kurzu. Ne všichni se na tuto práci hodí a často ani nevědí, co obnáší a idealizují si ji.

Zákon uvádí i jiné možnosti uznání způsobilosti k výkonu povolání sanitáře, se kterými se v praxi téměř nesetkávám.

2.9 Ošetrovatelská péče v praxi

Předchozí kapitoly diplomové práce jsou věnovány teoretickému výkladu koncepce ošetrovatelství, poskytování ošetrovatelské péče a s ní spojenému systému vzdělávání, charakteristikou pracovních funkcí a kvalifikacemi členů ošetrovatelského týmu. Bez pochopení a znalostí jednotlivých pojmů není možné poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči v praxi.

Ošetrovatelská péče se poskytuje nejen ve zdravotnických a sociálních zařízeních různého typu, ale také v domácím prostředí, kde ji zajišťují pracovníci agentur domácí péče.

„Koncepce domácí péče vychází z koncepce ošetrovatelství a koncepcí souvisejících oborů.“ (Koncepce domácí péče, 2006)

Domácí péče se stala od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní a sociální péče v České republice. Je poskytována nepřetržitě kvalifikovanými sestrami ve spolupráci s jinými odbornými zdravotnickými pracovníky a to zejména fyzioterapeuty na základě doporučení praktického nebo ošetroujícího lékaře po ukončení hospitalizace nemocného a to v jeho přirozeném sociálním prostředí. (Koncepce domácí péče, 2006)

Ošetrovatelský tým není tak strukturován jako v ústavních zařízeních, ale zdravotnický asistent ho může rozšířit a pomoci tak kvalifikované sestře zejména v oblasti základní ošetrovatelské péče.

Domácí zdravotní péče je financována z prostředků veřejného zdravotního pojištění a jejím cílem je zajištění maximální dostupnosti, rozsahu, kvality a efektivity poskytované zdravotní péče. Význam poskytování této péče je v možnosti zkrácení pobytu klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních na nezbytně nutnou dobu. Zároveň pomáhá vytvářet vhodné podmínky pro praktické lékaře v rámci primární péče, kteří ve spolupráci s agenturami domácí péče mohou nabízet a poskytovat širší rozsah potřebné zdravotní péče klientům, kteří by museli jinak být hospitalizováni. (Koncepce domácí péče, 2006)

Pomoc a rada je vedena také směrem k blízkým a rodinným příslušníkům, kteří se o klienta starají.

2.9.1 Kdo potřebuje ošetrovatelskou péči nejvíce ?

Skupinu obyvatel České republiky, která spotřebovává nejvíce zdravotní péče a z toho té ošetrovatelské, tvoří zejména senioři. Nezáleží na tom, zda se tato péče poskytuje

ve zdravotnických zařízeních nebo v domácím prostředí. Skutečnost se opírá o současný demografický vývoj populace, který nám ukazuje, že složení lidské populace se mění a stále více lidí se dožívá vysokého věku. (Kalvach, Onderková, 2006)

„Podle statistických prognóz má být 21.století stoletím seniorů, alespoň v prvních padesáti letech.“ (Klevetová, Dlabalová, 2008: 11)

V odborných kruzích se hovoří o tzv. geriatrizaci medicíny, což znamená, že nemocní senioři využívají téměř všech služeb a péče zdravotnických zařízení a lékařských oborů. (Haškovcová, 2006)

Péči o seniory je potřeba posunout do středu zájmu laické i odborné veřejnosti a transformovat přežitě postupy a struktury služeb určených především potřebám mladých lidí. (Kalvach, Zadák, Jiráček a kol., 2008)

Ošetrovatelskou péčí z toho nevyjímaje, protože velmi častou chybou zdravotnických profesionálů je zúžení potřeb seniorů na základní biologickou úroveň a provádění této péče rutinním způsobem. (Kalvach, Onderková, 2006) Faktem je i jejich psychické a fyzické vyčerpání při práci se starými lidmi, které může vyústit až v syndrom vyhoření.

„Jedna z cest řešení je naučit se chápat změny stárnoucího člověka a respektovat jeho potřeby, jednat s ním jako s plnohodnotným občanem této země a pomáhat seniorům naplnit svou životní roli ve stáří.“ (Klevetová, Dlabalová, 2008: 9)

2.10 Gerontologie a geriatric

Zvláštnostmi chorob ve stáří se zabývá samostatná lékařská disciplína a tím je geriatric, která je jednou ze tří součástí vědního oboru gerontologie, tedy nauky o stárnutí, stáří a životě ve stáří. (Haškovcová, 2002)

„Geriatric poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku – nad 65let, obvykle však nad 70-75 let. Vychází z poznatku, že znalost zvláštností diagnostiky a terapie chorob ve stáří, rozpoznání geriatrických rizik včetně omezené funkční rezervy a důraz na udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti zlepšují prognózu seniorů v případě onemocnění i výsledky zdravotní péče.“ (Topinková, 2005: 3)

Dalšími obory gerontologie, které nesmíme opomenout je gerontologie experimentální zkoumající příčiny a mechanismy stárnutí živých organismů a gerontologie sociální, která se zabývá společenskými souvislostmi individuálního i populačního stárnutí.

Gerontologie jako taková zasahuje i do dalších vědních oborů jako je sociologie, psychologie, sociální práce a mnohé další. (Kalvach, Onderková, 2006)

„Moderní geriatric má intervenčně- preventivní charakter.“ (Topinková, 2005: 3)

Poskytuje širokou komplexní zdravotní péči seniorům pomocí koordinované týmové péče a to nejen lékařské, ale také ošetrovatelské, rehabilitační, psychiatrické a další. (Topinková, 2005)

„Cílem geriatric je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů, zvláště snižování chronické disability, komprese nemocnosti v pokročilém stáří, zlepšování prognózy akutních dekompenzací zdravotního stavu, odvrácení ztráty soběstačnosti a vytváření podmínek pro zachování účinnosti a účelnosti kauzálních léčebných metod do nejvyššího věku. Geriatric cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštностech patogeneze a manifestace chorob ve stáří, rozpracovává hodnocení funkčního stavu starého člověka, jeho sociální homeostázy a interakce s prostředím, rozvíjí specifický geriatrický režim podporující adaptaci, autosanaci, rekonvalescenci a brání specifickým komplikacím včetně iatrogenních u křehkých geriatrických pacientů. Zvláštní pozornost je věnována rozvoji a kvalitě následné a dlouhodobé péče včetně rehabilitačního ošetrovatelství.“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007: 12, 13)

Stárnutí je přirozeným vývojem každého jedince. Začíná od okamžiku narození, přes dospívání a dospělost až k samotnému období, které nazýváme stářím a dále dlouhověkostí. Za věkovou hranici stáří se u člověka považuje 65 let. Pojem dlouhověkost se uvádí při věku 90 a více let. (Kalvach, Onderková, 2006)

Věkové hranice stáří se v poslední době posouvají směrem nahoru. Důvodem toho je, že stále stoupá počet seniorů dožívajících se vysokého věku, zároveň dochází ke zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu a tím i kvality života. K tomu výrazně přispívá rozvoj medicíny a jiných souvisejících vědních oborů v oblasti výzkumu, prevence, diagnostiky a léčby chorob, ošetrovatelskou péčí z toho nevyjímaje.

Stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života, ve které se projevuje souhrn involučních změn, se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Stáří není nemoc, ale přirozený proces změn trvajících celý život a patrných až v průběhu pozdního věku. Každý člověk ale nestárne stejně. Často bývají rozdíly mezi věkem kalendářním a biologickým. Někteří lidé bývají na svůj věk neobvykle čilí a zdatní, jiní působí předčasně zestárlým dojmem. (Kalvach, Onderková, 2006)

Jedinci mohou být na jedné straně tzv. křehcí, vyžadující stálou a potřebnou péči, úctu a přiměřené zacházení, ale na druhé straně je spousta aktivních seniorů ve velmi dobré psychické i fyzické kondici, kteří svojí motivací, pílí a výkonem předčí i daleko mladší jedince než jsou oni sami. Důkazem toho je studium a absolutorium Univerzit třetího věku a udivující sportovní výsledky (např. vytrvalostní běh, plavci - otužilci) některých seniorů i po 80 roku věku. Musíme si uvědomit, že stáří neznamena automaticky ztrátu všech duševních i fyzických schopností.

Postoje ke stáří se liší v různých dobách a různých kulturách. V naší kultuře jsou tyto postoje ambivalentní. To znamená, že na jedné straně jsme vychováni k úctě ke stáří a na druhé považujeme staré lidi za zátěž pro společnost.

„Geriatricie rozpracovává do podmínek české společnosti a jejího zdravotnického systému mezinárodní zkušenosti a doporučení týkající se zdravotní a zdravotně sociální péče o seniory, především jejich integrace, participace, nediskriminovanosti a modifikace služeb. Zabývá se rovněž otázkami kvality péče se zvláštním důrazem na zařízení péče dlouhodobé. Primární prevence v rámci konceptu úspěšného stárnutí se stejně jako geriatrické poradenství obrací převážně na osoby středního a mladšího věku.“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007: 13)

2.10.1 Významná data a události v geriatricii a gerontologii

Pod záštitou Organizace spojených národů se v roce 1982 konalo ve Vídni Světové zasedání o stárnutí a stáří, které se uskutečnilo na podkladě zjištěných demografických údajů včetně prognózy vývoje do budoucnosti a ze kterých bylo patrné, že lidstvo stárne a na celém světě přibývá stále více stárnoucích a starších lidí. V návaznosti na toto zasedání vznikl v tehdejší Československu pod garancí Československého červeného kříže dlouhodobý program s názvem Úcta ke starším. Problematika stárnoucích a starých lidí se dostala díky medializaci a společensky příznivému klimatu té doby do popředí a na základě všech těchto skutečností se stala geriatricie samostatným lékařským oborem. (Haškovcová, 2002)

Na vídeňském zasedání byly přijaty důležité dokumenty a zásady pro seniory a posléze byl Organizací spojených národů vyhlášen rok 1999 jako Mezinárodní rok seniorů. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007)

Dalšími významnými dokumenty byla Montrealská deklarace formulovaná seniory ze 68 zemí světa, zásady Organizace spojených národů s názvem Přidejte život létům a

evropský program zdravotní výchovy Stárnout zdravě v Evropě. V roce 1997 byla v Madridu sestavena Evropská charta pacientů seniorů, která je významnou a konkrétní programovou náplní týkající se zabezpečení seniorů. (Haškovcová, 2002)

„Současný program Světové zdravotnické organizace má vliv na všechny prostředky, cíle a strategie globálního zdraví pro všechny. Zhodnocením 38 cílů programu Zdraví pro všechny do roku 2000 bylo definováno 21 cílů v programu Zdraví pro 21.století.“ (Gladkij, Koldová, 2005: 139)

Zdravým stárnutím se zabývá konkrétně cíl 5. Příprava zdravotnických pracovníků na výkon profese je obsažena v cíli 18. (Gladkij, Koldová, 2005)

Mezi stěžejní dokumenty, vypracované na základě připomínek a podkladů členů výboru České gerontologické a geriatrické společnosti, patří návrh koncepce oboru geriatrické z roku 2001 a 2009. V současné době je tento návrh koncepce aktualizován a konečná podoba dokumentu bude po jeho schválení všemi členy výboru společnosti sloužit jako podklad pro jednání s Ministerstvem zdravotnictví. Koncepce definuje obor geriatrické, jeho náplň a cíle, dále se zabývá strukturou geriatrické péče, personálním zajištěním zdravotnických a sociálních zařízení s plánem počtu a kvalifikace jednotlivých pracovníků, systémem financování a zlepšování kvality geriatrické péče a výzkumem v daném oboru.

2.10.2 Vzdělání a kvalifikace zdravotnického personálu v oboru geriatrické

Vzdělávání lékařů – geriatricků se řídí zákonem č. 95/2004Sb. o zdravotnických povoláních lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a vyhláškou č. 185/2009 o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, kde se geriatrické řadí mezi samostatné specializační obory.

Pro vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků platí stejné podmínky a principy, které jsou již v této práci zmíněny. Obory specializačního vzdělávání a odbornost nelékařských zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí vymezuje nařízení vlády č 31/2010 Sb. Specializační náplň oboru geriatrické je obsažena ve specializačním vzdělávacím programu Ošetrovatelská péče v interních oborech a Komunitní ošetrovatelská péče. V současné době se všechna specializační vzdělávání aktualizují a přehodnocuje se jejich náplň vzhledem k potřebám praxe. Délka studia se zkrátí přibližně o jeden rok.

Specializační vzdělávání pro sestry v oboru geriatrické není doménou posledních let, ale existovalo již v minulém režimu. Pro zajímavost uvádím, že od roku 1982 zajišťovaly

specializovanou péčí o geriatrické pacienty specificky vzdělané geriatrické sestry. Bohužel tato pracovní právní kategorie byla po roce 1989 zrušena. (Haškovcová, 2002) Nyní se k tomu opět vracíme.

Specializační vzdělávání lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků probíhá na akreditovaných pracovištích.

2.10.3 Charakteristika geriatrického pacienta

Geriatrický pacient může být definován jako člověk vyššího věku, u něhož involuční a chorobné změny ovlivňují natolik funkční stav a schopnosti, že dochází ke zhoršení adaptability, regulačních mechanismů a toleranci k zátěži. (Kalvach, Onderková, 2006)

Podle Kalvacha samotný věk člověka není jediným určujícím kritériem pro definici geriatrického pacienta. Indikátorem by měla být jeho křehkost a potřeba specifické geriatrické péče s prevencí geriatrického hospitalismu prováděná vyškoleným kvalifikovaným personálem za použití všech dostupných ošetrovatelských a rehabilitačních pomůcek. (Kalvach, Onderková, 2006)

Kalvach dále uvádí, že: „Z ošetrovatelského hlediska je užitečné rozlišovat např. následující kategorie seniorů (geriatrických pacientů)“. (Kalvach, Onderková, 2006: 14)

První kategorii tvoří zdatní senioři, jejichž funkční potenciál je na velmi dobré úrovni, zdravotnické výkony i ty náročnější zvládají téměř bez problémů, rovněž jejich rehabilitace po operacích probíhá rychle a potřeba ošetrovatelské péče je téměř mizivá. (Kalvach, Onderková, 2006)

Další skupinu tvoří nezávislí senioři, kteří jsou plně soběstační v běžných aktivitách denního života a nepotřebují žádnou velkou pomoc od rodiny, sousedů či pečovatelské služby, ale v okamžiku náhle vzniklých situací jako je například nemoc nebo změna sociální situace selhávají a po dobu trvání zátěže vyžadují intervence ze strany druhých lidí. (Kalvach, Onderková, 2006)

Následující kategorií jsou křehcí senioři, kteří jsou ohroženi náhlou dekompenzací zdravotního stavu či funkčního stavu a náhlou trvalou nesoběstačností. Tito jedinci vyžadují ošetrovatelskou dispenzarizaci s intervencemi, monitoraci v domácím prostředí pomocí systémů tísňové péče a aktivizaci terénních pečovatelských služeb a ošetrovatelské péče, případně edukaci rodiny či jiných pečujících osob. (Kalvach, Onderková, 2006)

Poslední kategorii tvoří senioři s různým stupněm závislosti zejména na ošetrovatelské péči. Jedná se o seniory částečně nebo zcela neovládající sebezpečí ve všech jejich oblastech, ať už z důvodů tělesných, duševních či jejich vzájemné kombinace, kteří mohou být zároveň dlouhodobě či trvale upoutáni na lůžko. U nejvíce závislých osob hrozí rozvoj imobilizačního syndromu. (Kalvach, Onderková, 2006)

Nesmíme opomenout ani umírající seniory, kteří mají specifické potřeby a v péči o ně se mohou využívat komplexní služby paliativní péče. (Kalvach, Onderková, 2006)

Charakteristickým znakem geriatrických pacientů bývá jejich polymorbidita, která má ve většině případů za následek jejich částečné či trvalé omezení v běžném denním životě.

„K atypickému průběhu nemocí ve stáří patří také sklon k chronicitě, případně invalidizaci.“ (Haškovcová, 2006: 29)

2.10.4 Potřeby seniorů v ošetrovatelském procesu

„Seniorská populace je výrazně různorodá (heterogenní).“ (Kalvach, Onderková, 2006: 8)

Staří lidé se mezi sebou navzájem liší věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností a soběstačností, rodinným a sociálním zázemím, vzděláním, ekonomickými možnostmi, životními zkušenostmi leckdy spojenými s hodnotovým systémem a dalšími okolnostmi. Z této odlišnosti vyplývá jejich rozdílné očekávání, priority, přání a potřeby a to jak ve zdraví tak i v nemoci. (Kalvach, Onderková, 2006)

„Potřeby jsou základními motivy, vyjadřujícími nějaký nedostatek, tj. narušenou psychickou nebo psychofyziologickou rovnováhu, a současně tendenci k její restauraci.“ (Trachtová a kol., 2008: 10) Jsou vrozené nebo získané.

Za nejznámější teorii lidských potřeb je považována Maslowova hierarchie potřeb zobrazována v podobě pyramidy. Její základnu tvoří základní biologické potřeby vyjadřující poruchu homeostázy a sloužící k přežití člověka. Na ně navazují vyšší psychosociální potřeby a nejvyšší úroveň pyramidy je věnována duchovním a nadosobním potřebám. (Trachtová a kol., 2008)

„Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou silnější.“ (Trachtová a kol., 2008: 10)

Ošetrovatelská péče musí zohledňovat všechny stupně potřeb seniorů, protože její omezení na základní úroveň vede k závažným pochybením a k nízké kvalitě poskytované péče. (Kalvach, Onderková, 2006)

„Ve stáří nelze podceňovat význam psychosociálních potřeb.“ (Klevetová, Dlabalová, 2008: 57)

Jejich naplňování pomáhá upevňovat tělesné zdraví a podpořit psychickou vitalitu starého člověka. Moderní ošetrovatelství čerpá z vývojových psychologických teorií. Celková péče o seniora nevychází jenom z hodnocení tělesných změn, ale zaměřuje se také na změny prožívání, sociálních rolí a životních perspektiv. (Klevetová, Dlabalová, 2008)

2.10.5 Zvláštnosti geriatrické péče

Nemoci ve stáří jsou somatického i psychického rázu. Nežádka se setkáváme s jejich různými vzájemnými kombinacemi vyžadujícími specifické léčebné a ošetrovatelské přístupy.

„Geriatrická medicína bývá také někdy charakterizována jako medicína pěti i. Oněch pět projevů, tedy instabilita, imobilita, inkontinence, intelektové poruchy a iatrogenní poškození (v důsledku vedlejších a nepříznivých účinků léčby) je neprávem připisováno každému nemocnému starému člověku.“ (Haškovcová, 2006: 29, 30)

Zvláštní postavení mezi psychickými poruchami ve stáří zauímají demence různého typu, které mají výrazné negativní dopady nejen na postiženého člověka, ale také na jeho rodinu a blízké, společnost nevyjímaje. Mezi nejznámější a nejzávažnější patří Alzheimerova demence.

„O demencích se hovoří jako o tiché epidemii 21. století.“ (Haškovcová, 2006: 29)

Vyšetření geriatrického pacienta se liší od vyšetření mladších pacientů zejména delší časovou náročností. Je to podmíněno získáváním anamnestických údajů pomocí rozhovoru se samotným pacientem nebo s jeho rodinou. Rozhovor není zaměřen pouze na získání informací o zdravotních problémech, ale zahrnuje také oblast sociální. Zároveň nám může pomoci odhalit i problémy nemocného v psychické sféře, které mohly být doposud pro jeho okolí skryté. Výsledkem dobré geriatrické diagnostiky musí být správná intervence vedená ve prospěch pacienta.

K identifikaci rizik a potřeb každého geriatrického pacienta slouží tzv. komplexní geriatrické hodnocení (comprehensive geriatric assesment, zkratka CGA). (Kalvach, Onderková, 2006)

„K základním nástrojům kvalitní péče patří zájem o pacienta, respekt k jeho osobnosti a vůli s maximálním možným ponecháním kompetencí (kontroly nad děním) a s důrazem na nepodceňování jeho schopností, posilování pacientovi zodpovědnosti, aktivní, vciťující se (empatické) naslouchání, abychom pacienta nejen slyšeli, ale také vnímali a chápali, a profesionální, psychoterapeuticky poučená komunikace přiměřená limitacím pacienta.“ (Kalvach, Onderková 2006: 14)

Ošetrovatelská péče o seniory s různým typem somatického nebo psychického onemocnění je pro pečující personál velmi náročná. Stejně tak jako lékaři získávají sestry anamnestické údaje týkající se ošetrovatelských problémů rozhovorem se samotným pacientem nebo blízkými osobami. V rámci ošetrovatelského screeningu se využívá celá řada testů, mezi které patří test funkčních schopností dle Barthelové, na jehož základě se určuje zařazení pacienta do ošetrovatelské kategorie s příslušnou náročností péče, dále hodnocení rizika vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové, stanovení rizika pádu dle Connleyové přepracované Juráskovou a další. Důraz je kladen také na identifikaci a hodnocení bolesti například pomocí vizuálních analogových škál, hodnocení stavu výživy a hydratace prováděné v rámci nutričního screeningu a sledování příjmu stravy, tekutin a jejich výdeje za 24h, sledování a hodnocení akutních a chronických ran a jiné další.

K zhodnocení psychických funkcí slouží krátký test mentálního stavu pacienta nazvaný Mini-Mental State Examination (MMSE) a Škála deprese pro geriatrické pacienty. (Topinková, 2005)

Na kvalitě informací záleží správné naplánování a realizace ošetrovatelské péče. Plán ošetrovatelské péče musí plně pokrýt pacientovi potřeby a problémy, průběžně na ně reagovat a pomáhat zabránit vzniku možných komplikací spojených s léčbou a pobytem pacienta ve zdravotnické zařízení.

2.10.6 Organizační struktura péče v geriatrii

Geriatrická péče je poskytována ambulantně, dále v lůžkových zdravotnických a sociálních zařízeních a semimurálně na stacionářích. (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007)

Lůžková péče:

- **lůžková geriatrická oddělení nemocnic** jsou určena k poskytování akutní péče. Posuzují individuálně funkční stav pacientů a provádějí diagnostiku a léčbu typicky geriatrických syndromů a stavů, jejichž indikace nespadá na jiná odborná oddělení nemocnic, a nebo není hospitalizace pacientů na těchto odděleních možná z důvodů jejich specifických potřeb a také s ohledem na jejich polymorbiditu. Specifické potřeby mohou mít například pacienti s různým typem a stupněm demence a poruchami chování. Nezbytnou součástí činností těchto oddělení musí být také včasné plánování propuštění pacientů, stanovení plánu dalšího postupu a zároveň posouzení potřebnosti dalších následných služeb.
- **lůžková oddělení následné geriatrické péče** poskytují péči geriatrickým pacientům, kteří potřebují ke svému zotavení po odeznění akutní fáze onemocnění doléčení, rehabilitaci a pomoc při zlepšení a opětovnému získání soběstačnosti před návratem do domácího prostředí.
- **lůžková oddělení zdravotně sociální péče převážně ošetrovatelského typu** je určena geriatrickým pacientům, kteří vyžadují trvalý dohled a dopomoc v oblasti sebepečce. Tato péče je poskytována krátkodobě, dlouhodobě, ale také nezdědk trvale. Kvalifikovanými přístupy v této péči jsou ošetrovatelství s důrazem na jeho rehabilitační složku, ergoterapie, fyzioterapie, nutricionistika, dementologie, paliativní péče a jiné další dle individuálních potřeb pacientů.

Semimurální péče:

- **zdravotně sociální denní centra** slouží seniorům s omezenou soběstačností a specifickými zdravotními potřebami
- **oddělení denních hospitalizací** je zřizováno při geriatrickém oddělení a je určeno seniorům, kdy je potřeba u nich provést vyšetření či zahájit terapii bez nutnosti hospitalizace, ale vzniklou situaci nelze řešit pouhým ambulantním ošetřením či vyšetřením.

Ambulantní péče:

- **geriatrické ambulance** úzce navazují na lůžkovou geriatrickou péči. Jejich činnost spočívá v léčebně preventivní péči, organizačně metodické péči, konziliární a poradenské službě a to prostřednictvím lékařů – konziliářů pro zdravotnická zařízení a pro komunitní služby. Hlavním rysem těchto ambulancí je jejich spolupráce s týmem odborníků v geriatrické péči, kterými jsou lékaři –

geriatři, sestry, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, sociální pracovníci a další.
(Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007)

U seniorů se většinou setkáváme s kombinací zdravotní a sociální péče, která je poskytována souběžně nebo následně. V tomto případě hovoříme o tzv. integrované péči.

Podle návrhu koncepce geriatrie existuje vize geriatrické péče, kterou uvádí ve své knize Holmerová.

„V principu se jedná o zásadu diferencovaného poskytování služeb dle aktuálních potřeb seniorů, s důrazem na aktivní přístup, preventivní zaměření, včasnou diagnostiku, funkční hodnocení, intenzivní a minimálně intenzivní léčbu a rehabilitaci, doléčení a koordinaci služeb komunitního typu. Zdravotní a zdravotně sociální péče ošetrovatelského typu přizpůsobená potřebám pacientů, eventuálně specializované dle převládající problematiky (např. stavy po cévních mozkových příhodách, demence, atd.), je chápána pouze jako východisko tam, kde není jiné řešení. Jedná se tedy o aktivní „manažerský“ přístup, který by měl nahradit přístup kapacitně-ošetrovatelsko-ubytovací, s jakým se mnohdy setkáváme.“ (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2007: 50)

3 Empirická část

3.1 Vymezení struktury empirické části

Empirickou část jsem rozdělila do dvou oblastí.

V první oblasti se zabývám stručnou charakteristikou Fakultní nemocnice Hradec Králové jako velkou zdravotnickou organizací, dále odděleními, kde byl výzkum prováděn a to gerontologickým oddělením a oddělením následné péče Kliniky gerontologické a metabolické a lůžkových oddělení Gerontologického centra v Praze 8. Tato pracoviště jsem si vytypovala k provedení pilotního výzkumného šetření vzhledem k charakteru specifické péče o nemocné seniory. Na základě jeho výsledků a provedení výpočtů podle metodiky Ministerstva zdravotnictví jsem se pokusila vypracovat návrh změn ve struktuře a počtu personálního obsazení ošetrovatelských týmů jednotlivých oddělení. Zároveň jsem provedla šetření zaměřená na názor vrcholného, středního a nižšího managementu k možné změně.

Vzhledem k plánované změně se mi jevilo jako vhodné provést analýzu trhu práce se zaměřením na zdravotnické asistenty a na jejím podkladě provést výzkumné šetření mezi zdravotnickými asistenty jak oni vidí své uplatnění v praxi, kterému je věnována druhá oblast empirické části.

3.2 Stručná charakteristika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Fakultní nemocnice Hradec Králové je navázaná na Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, je samostatnou příspěvkovou organizací v přímé řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví. (Organizační řád, 2009)

Fakultní nemocnice je vybraným zdravotnickým a vzdělávacím zařízením. Poskytuje potřebnou základní, specializovanou a vysoce specializovanou léčebnou a diagnostickou péči, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření. Její odborná pracoviště tvoří výukové základny pro lékařské, farmaceutické a jiné fakulty pro další vzdělávání lékařů, farmaceutů, nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví. Mimo jiné umožňuje také odborné praktické vyučování žáků středních a vyšších škol, provádí kvalifikační kurzy k získání způsobilosti k výkonu povolání nižších a pomocných zdravotnických pracovníků, provádí praktickou výuku pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků na akreditovaných pracovištích. (Organizační řád, 2009)

Fakultní nemocnice má dohromady celkem asi 40 klinik, ústavů a samostatných oddělení. Ročně je zde hospitalizováno přes 40 tisíc pacientů na 1517 lůžkách jednotlivých klinik a z toho 40% operováno. Počtem zaměstnanců 3740 z toho asi 480 lékařů a 1765 nelékařských zdravotnických pracovníků je jedním z největších zaměstnavatelů v Královéhradeckém kraji. Od listopadu roku 2008 je akreditovaným zdravotnickým zařízením. (Fakultní nemocnice, s.d.)

3.2.1 Klinika gerontologická a metabolická

Klinika gerontologická a metabolická patří mezi největší kliniky Fakultní nemocnice. Má charakter interní kliniky poskytující ambulantní a ústavní léčebnou péči se zvláštním zaměřením na akutní diagnostiku a léčbu nemocných s poruchami výživy a metabolismu, diagnostiku a léčbu akutních stavů ve stáří, interních chorob ve stáří a problematiku předčasného stárnutí a jiné další.

Kliniku tvoří dvě jednotky intenzivní péče, interní a geriatrická, dále tři standardní lůžková oddělení (oddělení metabolické a nefrologické péče, gerontologické, diabetologické) a jedno lůžkové oddělení následné péče. Součástí kliniky je také hemodialyzační středisko.

Klinika má všeobecné ambulance a specializované poradny vyplývající z jejího odborného profilu. Je také základnou pro subkatedry gerontologie, nefrologie a diabetologie a dále pro klinický výzkum prováděný v těchto oborech. (Klinika gerontologická a metabolická, s.d.)

Gerontologické oddělení

Poskytuje akutní geriatrickou a gerontologickou péči seniorům ve věku 78 let a výše se zaměřením na interní problematiku chorob ve stáří. Má celkem 21 lůžek a je navázáno na 10 lůžkovou geriatrickou jednotku intenzivní péče, která je jediná v České republice.

Oddělení následné péče

Toto oddělení je poměrně nové. Bylo otevřeno v listopadu roku 2008. Je rozděleno na dvě části, z toho jedna část je určena pro onkologické pacienty a druhá pro geriatrické. Celkem na 18 lůžkách poskytuje doléčovací a rehabilitační péči těm nemocným, kterým jejich zdravotní stav zatím neumožňuje pobyt v domácím prostředí, mají nastavenou léčbu, ale nepotřebují akutní péči. Pacienti jsou zde přijímáni pouze překladem z oddělení mateřské kliniky a Kliniky onkologie a radioterapie. Pokud se pacientův zdravotní stav

zhorší a je potřeba intenzivní léčebná péče, je pacient přeložen zpět na lůžka akutní péče zabývající se příslušnou problematikou.

Na obě oddělení docházejí fyzioterapeutky, které zajišťují rehabilitační péči během ranní směny. Dále s odděleními pravidelně spolupracuje nutriční terapeutka, která zajišťuje odbornou pomoc lékařům i sestřám v oblasti výživy. Sociální problematiku nemocných řeší přidělená pracovnice sociálního oddělení. Kromě odborných zdravotnických pracovníků docházejí ve svém volném čase na obě oddělení dobrovolní pracovníci, kteří pomáhají pacientům zpříjemnit čas strávený v nemocnici například četbou knih, časopisů nebo jen pouhým vyprávěním.

3.2.2 Analýza současné situace ve Fakultní nemocnici

Analýzu současné situace týkající se personální oblasti nelékařských zdravotnických pracovníků ve Fakultní nemocnici jsou rozdělena do následujících třech částí.

- **Analýza dokumentů** – směrnice fakultní nemocnice souvisejících s tématem, náplně práce zdravotnických asistentů
- **Komunikace a jednání s vyšším managementem nemocnice** – náměstkyní pro ošetrovatelskou péči
- **Komunikace a jednání s nižším managementem nemocnice** – staniční sestrou gerontologického oddělení, staniční sestrou oddělení následné péče

Část týkající se komunikace se středním managementem jsem záměrně vynechala, protože jeho představitelkou pro oddělení, kde jsem prováděla výzkum na návrh změn personálního obsazení ošetrovatelského týmu jsem já sama.

3.2.2.1 Analýza dokumentů

Fakultní nemocnice má na základě platného Zákoníku práce a zdravotnických vyhlášek a zákonů vypracovány vnitřní směrnice a postupy při zaměstnávání jednotlivých kategorií pracovníků.

U nelékařských zdravotnických pracovníků a pracovníků pod odborným dohledem se jedná konkrétně o tyto dokumenty:

- Zásady personální politiky nelékařských zdravotnických pracovníků a pracovníků pod odborným dohledem
- Odborné kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků a pracovníků pod odborným dohledem
- Pracovní hodnocení, plán osobního rozvoje jednotlivých kategorií pracovníků spolu s adaptačním procesem pro absolventy a nové zaměstnance
- Náplně práce pro jednotlivé kategorie pracovníků

Při nástupu do Fakultní nemocnice je každý pracovník seznámen se svojí náplní práce a ostatními dokumenty, které se týkají jeho zapracování a pracovního hodnocení.

3.2.2.2 Komunikace a jednání s vyšším managementem nemocnice

Z vrcholného vedení nemocnice se mi jevilo jako nejlepší oslovit na dané téma náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, která úzce spolupracuje s personálním oddělením nemocnice a také se VOŠZ a SZŠ Hradec Králové. Provedla jsem s ní celkem tři rozhovory uskutečněné v její pracovně, které se týkaly hlavně jejího názoru na novou profesi zdravotnického asistenta a jeho zařazení do ošetrovatelského týmu a zároveň jsem ji informovala o prováděném výzkumu pro potřeby diplomové práce. V mém úsilí mi vyslovila podporu.

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči mi sdělila, že si vedení nemocnice uvědomuje možnost začlenit zdravotnické asistenty do ošetrovatelských týmů a kompenzovat tak nedostatek všeobecných sester na trhu práce a zároveň tím posílit ošetrovatelský tým na jednotlivých standardních lůžkových oddělení. Podle jejích slov je k tomu potřeba, aby si každá vrchní sestra provedla analýzu poměru základní, specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče na svých oddělení, na jejím základě provedla systematizaci míst a navrhla novou strukturu ošetrovatelského týmu se zastoupením všech kategorií nelékařských zdravotnických pracovníků. Analýza by měla zohledňovat průměrnou ošetrovatelskou kategorii pacientů na oddělení. Důležité je určení poměru podílu zdravotnických asistentů a všeobecných sester s odbornou způsobilostí v ošetrovatelském týmu tak, aby nebyla snížena kvalita ošetrovatelské péče a zároveň byly dodrženy veškeré podmínky legislativy vztahující se k požadavkům na úroveň kvalifikace ošetrovatelského personálu v pracovní směně.

Tedy na otázku, zda si myslí, že zdravotničtí asistenti mohou posílit ošetrovatelský tým, mi odpověděla ano, ale za předpokladu dodržení všech předešlých aktivit. V žádném případě by neměli zdravotničtí asistenti nahrazovat sestry tam, kde je nastavený nízký normativ ošetrovatelského personálu a hrozilo by v případě větší nemocnosti a dovolených sester k nedodržení legislativních podmínek a tím by se mohla ohrozit kvalita ošetrovatelské péče o pacienty.

Upozornila mě, že problematikou začleňování zdravotnických asistentů do ošetrovatelského týmu standardního chirurgického nebo kardiochirurgického oddělení se zabýval v roce 2008 tříčlenný tým složený z vrchní sestry chirurgické kliniky, zástupce pro LPP kardiochirurgické kliniky a pracovnice odboru ekonomických informací vyslaný vedením fakultní nemocnice do projectu HOPE². O výsledcích projektu nás informovala na jedné z porad vrchních sester. Projekt vycházel z metodiky pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení personálu na standardních ošetrovacích odděleních vydané Českou asociací sester. V diplomové práci jsem pro svoje výpočty a návrh změn použila stejnou metodiku.

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči mi dále sdělila, že si je vědoma toho, že současné normativy ošetrovatelského personálu nejsou tak ideální, jak by mohly být. Ví, že vrchní sestry mají problémy se zajištěním provozu zvláště při větším výskytu nemocnosti a čerpání řádných dovolených sester a proto je nechce stavět ještě do větších potíží tím, že by jim sestry nahrazovala zdravotnickými asistenty. Zřejmě i z tohoto důvodu je v současné době v nemocnici zaměstnáno pouze deset zdravotnických asistentů³. Je to poměrně malé číslo v porovnání s celkovým počtem zaměstnanců fakultní nemocnice.

K situaci také určitě přispěl i současný nepříznivý vývoj ekonomiky nejen v České republice, ale i jinde ve světě.

Na závěr poslední schůzky mi náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ukázala zpracovaný svůj osobní návrh normy ošetrovatelského personálu pro 30lůžkové standardní oddělení, který již počítá se zařazením zdravotnických asistentů do ošetrovatelského týmu a zohledňuje průměrnou ošetrovatelskou kategorii pacientů. Tento návrh se mi velice líbil. V případě potřeby ho ráda podpořím.

² Project HOPE-Česká republika,o.p.s., Řízení změn: Posílení role středního managementu ve zdravotnictví

³ Informace poskytnutá personálním odborem FN, datována k poslednímu březnu 2010

3.2.2.3 Komunikace a jednání s nižším managementem nemocnice

Se staničnými sestrami gerontologického oddělení a oddělení následné péče jsem ve styku téměř denně. V lednu letošního roku jsem je informovala o svém záměru a zároveň jsem je požádala o pomoc při kvantifikaci poměru základní a specializované ošetrovatelské péče na jejich odděleních.

Během měsíce února a března letošního roku ve spolupráci se sestrami na odděleních počítaly počty minut základní ošetrovatelské péče vztahující se k jednotlivým ošetrovatelským kategoriím za 24 hodin. Z výsledných hodnot jsme stanovily průměr a zaokrouhlily je na celá čísla. Pro přehlednost je uvádím v tabulce č.1.

Tabulka č.1: Počet minut základní ošetrovatelské péče za 24h dle ošetrovatelských kategorií pacientů

OŠETŘOVATELSKÁ KATEGORIE PACIENTA	POČET MINUT PRÁCE ZA 24H
1 pacient soběstačný	10
2 pacient částečně soběstačný	30
3 pacient vyžadující zvýšený dohled	90
4 pacient imobilní	130

Celkové počty minut práce základní ošetrovatelské péče za den jsou odvislé od aktuální průměrné kategorie pacientů v průběhu dne a jejich počtu. Podle informací, které mi sdělili na ekonomickém oddělení nemocnice, byla hodnota průměrné ošetrovatelské kategorie za rok 2009 na gerontologickém oddělení 3,28 při průměrné obloženosti lůžek 90% a na oddělení následné péče byla hodnota průměrné ošetrovatelské kategorie o něco nižší a to 2,93 při průměrné obloženosti lůžek 85%. Procentuální hodnoty jsou zaokrouhlené směrem nahoru.

V další fázi jsem společně se staničnými sestrami sestavila tabulku nejčastějších výkonů specializované ošetrovatelské péče, které se zejména provádějí na gerontologickém oddělení. Počty jednotlivých výkonů jsou závislé na druhu onemocnění a zdravotním stavu každého pacienta, na výskytu sezónních onemocnění (například v zimním období je více respiračních onemocnění než v jiná roční období a tím se může zvýšit počet podávání inhalačních terapií) a podle celkové skladby pacientů. Z toho vyplývá, že nelze přesně stanovit množství a druh výkonu a také počet minut práce s tím spojené vzhledem

k individuálním potřebám každého pacienta. Vysoce specializovaná péče se na těchto odděleních neprovádí.

Ošetrovatelská péče o pacienty je spojena se spoustou administrativní činnosti, které neustále přibývá. Proto jsme do celkového počtu minut ošetrovatelské péče zahrnuly také další jiné denní činnosti spojené s administrativní stránkou kam patří například objednávání vyšetření pacientů a jejich zajištění, objednávání sanit, plnění harmonogramu práce v každé směně (kontrola expirace léků, počtu opiátů, kontrola a doplňování zdravotnického materiálu, kontrola a záznam teplot v lednicích, lékárnách a jiné další). Všechny tyto činnosti, jejichž většina se provádí i během víkendu, dávají dohromady v průměru asi **90 minut** a tato hodnota je zahrnuta do součtu celkové péče na každém oddělení.

3.2.3 Metodika zpracování výpočtů

Zpracované jednotlivé položky s následnými výpočty, současný stav personálního obsazení a vypočítaný návrh změn pro jednotlivá oddělení jsou uvedeny za sebou v tabulkách a členěny do kapitol. Přehledové tabulky jsou v jednotlivých kapitolách řazeny vždy stejně a chronologicky tak, aby bylo možno porozumět daným výpočtům. Při výpočtech jsem vycházela z metodiky pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních lůžkových ošetrovacích odděleních a pobytových lůžkách pro dospělé vydané Českou asociací sester, která vychází ze zpracované metodiky manželů Pochylých z předchozích let. Všechny vzorce, které jsem použila při výpočtech, jsou z této metodiky.

Výpočty jsou řazeny takto:

- Základní ošetrovatelská péče za 24h
- Specializovaná ošetrovatelská péče za 24h
- Celková ošetrovatelská péče za 24h
- Počet pracovních úvazků za 1 rok
- Počty úvazků a kvalifikačního zastoupení jednotlivých kategorií pracovníků na oddělení
- Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu /24h
- Současný stav ošetrovatelského personálu na oddělení

- Současný stav rozpisu směn na oddělení na 24h
- Návrh změny stavu ošetrovatelského personálu na oddělení
- Návrh změny rozpisu směn na oddělení na 24h

3.2.4 Analýza situace na gerontologickém oddělení

V tabulce č.2 uvádím hodnotu základní ošetrovatelské péče vypočítanou na všechny pacienty za 24h při 90% obloženosti 21lůžkového oddělení, což v našem případě znamená 18,9 (zaokrouhлено 19) pacientů.

Tabulka č.2: Počet minut základní ošetrovatelské péče za 24h dle ošetrovatelských kategorií pacientů na gerontologickém oddělení

ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE			
OŠETŘOVATELSKÁ KATEGORIE PACIENTA	Průměrný počet pacientů v kategorii za 24h	Počet minut práce za 24h	Celkem za 24h
1 pacient soběstačný	0	10	0
2 pacient částečně soběstačný	2	30	60
3 pacient vyžadující zvýšený dohled	10	90	900
4 pacient imobilní	7	130	910
CELKEM	19		1870

V tabulce č.3 uvádím průměrné počty nejčastějších výkonů za 24h s průměrným počtem minut na jeden výkon a celkový počet minut za jednotlivé výkony na 24h, jejichž součet stanovuje celkový počet minut práce za jednotlivé výkony na 24h tak, jak jsme je společně se staničními sestrami vypočítaly.

Tabulka č.3: Počet minut specializované péče za 24h dle jednotlivých výkonů na gerontologickém oddělení

SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	Počet výkonů/24h	Průměrný počet minut práce/1 výkon	Minuty celkem/24h
Podávání léků per os (ranní, polední, odpolední, večerní a noční)	4	30	120
Aplikace injekcí s.c., i.m., i.v.	10	15	150
Podávání infuzních roztoků a sledování stavu	8	25	200
Asistence při podávání transfuzních přípravků	1	20	20
Asistence při drobných diagnostických terapeutických zákrocích (nejčastěji břišní punkce, hrudní punkce)	1	30	30
Asistence případně provedení převazů malých a velkých ran	5	20	100
Cévkování ženy a asistence při cévkování muže	3	15	45
Aplikace kyslíku a inhalační terapie	5	10	50
Odběry biologického materiálu na vyšetření, vyšetření glykémie pomocí glukometru	10	10	100
Sledování fyziologických funkcí (TK,P, TT)	48	5	240
EKG záznam	5	20	100
Klyzma	2	10	20
Péče o stomie	1	15	15
Aplikace výživy do PEG	1	20	20
Péče o dutinu ústní	10	5	50
Polohování	96	5	480
Příprava pacienta na vyšetření (např. kolonoskopie)	2	30	60
Edukace pacienta a rodiny	10	25	250
Denní činnosti spojené s administrativou (vizity, ošetřovatelská anamnéza, plán péče, záznam hodnocení pacienta, překladová a propouštěcí zpráva, funkční testy soběstačnosti, hodnocení nutričního stavu, bolestí, ran, intravenózních vstupů podle Madona, a jiné)	30	30	900
CELKEM	252	340	2 950

V tabulce č.4 uvádím součet základní a specializované ošetrovatelské péče a jiných denních činností, který představuje celkový počet minut potřebných na všechny pacienty za 24h.

Tabulka č.4: Počet minut celkové ošetrovatelské péče na všechny pacienty za 24h na gerontologickém oddělení

Základní ošetrovatelská péče	1870
Specializovaná ošetrovatelská péče	2950
Jiné denní činnosti	90
CELKEM minut za24h na všechny pacienty	4910

Počet minut celkové ošetrovatelské péče na 1 pacienta za 24h při 90% obloženosti 21lůžkového oddělení, což v našem případě znamená 18,9 (zaokrouhleno na 19) pacientů je **258,42 min.**

Počet pracovních úvazků za 1 rok

Počet pracovních úvazků při 90% obloženosti je

Vzorec: „PPÚ= (M x L x O x 365) / (60 x RPF)“ (Metodika, 2008: 3)

$$PPÚ = (258,42 \times 21 \times 0,90 \times 365) / (60 \times 1540)$$

$$PPÚ = \mathbf{19,29 \text{ (zaokrouhleno na 19)}}$$

Vysvětlivky:

- M** počet minut celkové ošetrovatelské péče na 1pacienta za 24h
- L** počet lůžek
- O** průměrná obloženost - gerontologické oddělení cca 90% (0,90)
- 365** počet dnů v roce
- 60** přepočítání hodiny na minuty
- RPF** reálný pracovní fond cca 1540h za rok na 1 pracovníka
- PPÚ** počet pracovních úvazků za 1 rok

Tabulka č.5: Počty úvazků a kvalifikační zastoupení ošetrovatelských pracovníků na gerontologickém oddělení dle vypočítané hodnoty (Metodika, 2008) (vlastní hodnoty)

INTERNÍ OBORY – 00001					
Rozvrstvení ošetrovatelských pracovníků	ZPBD se spec., ZPBD, ZPOD, včetně staniční sestry		ZPOD bez maturity		Celkem
	%	počet	%	počet	počet
Vyhláška MZ 493/2005	73,0	14	27,0	5	19

Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu na 24h

Vzorec: „CPDO = (M x n) / 60“ (Metodika, 2008: 3)

$$CPDO = (258,42 \times 21) / 60$$

$$CPDO = 90,44 \text{ h}$$

Vysvětlivky:

M počet minut celkové ošetrovatelské péče na 1pacienta za 24h

n počet lůžek

CPDO celková pracovní doba ošetrovatelského personálu na 24h

Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu na 24h je 90,44h, což je zaokrouhloveno **12** ošetrovatelských pracovníků na 24h při 7,5h pracovní směně nebo **7,5** pracovníka při 12h směně.

Tabulka č.6: Současný stav ošetrovatelského personálu na gerontologickém oddělení

Kvalifikace	Kategorie pracovníka	Počet úvazků
ZPBD se spec. , ZPBD, ZPOD včetně staniční sestry	Sestra	10
ZPOD bez maturity	Ošetrovatelka Sanitář	5
Celkový počet úvazků		15

Tabulka č.7: Současný stav rozpisu směn na gerontologickém oddělení na 24h

Rozpis směn za 24h	ZPBD se spec. , ZPBD, ZPOD sestry (úvazky)	ZPOD bez maturity (úvazky)
Ranní směna včetně staniční sestry (6-14h)	4	2
Odpolední směna (14-22h)	2 1	0,25 1,25
Noční směna (22-6h)	2 1	1,25

Rozdíl mezi skutečností a vypočítaným počtem pracovníků činí 4 a to v oblasti ZPBD a ZPOD s maturitou. Návrh řešení se začleněním zdravotnického asistenta uvádím tabulce č.8 a v tabulce č.9.

Tabulka č.8: Návrh změny stavu ošetrovatelského personálu na gerontologickém oddělení

Kvalifikace	Kategorie pracovníka	Počet úvazků
ZPBD se spec. , ZPBD, ZPOD včetně staniční sestry	Sestra	10
	Zdravotnický asistent	4
ZPOD bez maturity	Ošetrovatelka	1
	Sanitář	4
Celkový počet úvazků		19

Tabulka č.9: Návrh změny rozpisu směn na gerontologickém oddělení na 24h

Rozpis směn za 24h	ZPBD se spec., ZPBD sestry (úvazky)	ZPOD s maturitou zdravotnický asistent (úvazky)	ZPOD bez maturity (úvazky)
Ranní směna včetně staniční sestry (6-14h)	3	2	2
Odpolední směna (14-22h)	1	1	0,5
Noční směna (22-6h)	1	1	0,5

3.2.5 Analýza situace na oddělení následné péče

V tabulce č.10 uvádím hodnotu základní ošetrovatelské péče vypočítanou na všechny pacienty za 24h při 85% obloženosti 18lůžkového oddělení, což v našem případě znamená 15,3 (zaokrouhleno na 15) pacientů.

Tabulka č.10: Počet minut základní ošetrovatelské péče za 24h dle ošetrovatelských kategorií pacientů na oddělení následné péče

ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE			
OŠETŘOVATELSKÁ KATEGORIE PACIENTA	Průměrný počet pacientů v kategorii/24h	Počet minut práce /24h	Celkem/24h
1 pacient soběstačný	0	10	0
2 pacient částečně soběstačný	2	30	60
3 pacient vyžadující zvýšený dohled	10	90	900
4 pacient imobilní	3	130	390
CELKEM	15		1350

V tabulce č.11 uvádím průměrné počty nejčastějších výkonů za 24h s průměrným počtem minut na jeden výkon a celkový počet minut za jednotlivé výkony na 24h, jejichž součet stanovuje celkový počet minut práce za jednotlivé výkony na 24h tak, jak jsme je společně se staničními sestrami vypočítaly.

Tabulka č.11: Počet minut specializované péče za 24h dle jednotlivých výkonů na oddělení následné péče

SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	Počet výkonů/24h	Průměrný počet minut práce/1 výkon	Minuty celkem/24h
Podávání léků per os (ranní, polední, odpolední, večerní a noční)	4	20	80
Aplikace injekcí s.c., i.m., i.v.	5	15	75
Asistence případně provedení převazů malých a velkých ran	5	20	100
Cévkování ženy a asistence při cévkování muže	1	15	15
Aplikace kyslíku a inhalační terapie	1	10	10
Odběry biologického materiálu na vyšetření	2	10	20
Vyšetření glykémie glukometrem	5	5	25
Sledování fyziologických funkcí (TK,P, TT)	2	5	10
Péče o stomie	1	15	15
Aplikace výživy do PEG, do sondy	1	20	20
Péče o dutinu ústní	6	5	30
Polohování	36	5	180
Rehabilitační ošetřovatelství	15	30	450
Edukace pacienta a rodiny	13	25	325
Denní činnosti spojené s administrativou (vizity, ošetřovatelská anamnéza, plán péče, záznam hodnocení pacienta, propouštěcí zpráva, funkční testy soběstačnosti, hodnocení nutričního stavu, bolesti, ran, intravenózních vstupů podle Madona, a jiné)	20	30	600
CELKEM	117	220	1955

V tabulce č.12 uvádím součet základní a specializované ošetřovatelské péče a jiných denních činností, který představuje celkový počet minut potřebných na všechny pacienty za 24h.

Tabulka č.12: Počet minut celkové ošetrovatelské péče na všechny pacienty za 24h na oddělení následné péče

Základní ošetrovatelská péče	1350
Specializovaná ošetrovatelská péče	1955
Jiné denní činnosti	90
CELKEM minut za 24h na všechny pacienty	3395

Počet minut celkové ošetrovatelské péče na 1 pacienta za 24h při 85% obloženosti 18lůžkového oddělení, což v našem případě znamená 15,3 (zaokrouhleno 15) pacientů je **226,33 min.**

Počet pracovních úvazků za 1 rok

Počet pracovních úvazků při 85% obloženosti je

Vzorec: „PPÚ= (M x L x O x 365) / (60 x RPF)“ (Metodika, 2008: 3)

$$PPÚ = (226,33 \times 18 \times 0,85 \times 365) / (60 \times 1540)$$

$$PPÚ = \mathbf{13,67 \text{ (zaokrouhleno na 14)}}$$

Vysvětlivky:

M počet minut celkové ošetrovatelské péče na 1pacienta za 24h

L počet lůžek

O průměrná obloženost – oddělení následné péče 85% (0,85)

365 počet dnů v roce

60 přepočítání hodiny na minuty

RPF reálný pracovní fond cca 1540h za rok na 1 pracovníka

PPÚ počet pracovních úvazků za 1 rok

Tabulka č.13: Počty úvazků a kvalifikační zastoupení ošetrovatelských pracovníků na oddělení následné péče dle vypočítané hodnoty (Metodika, 2008) (vlastní hodnoty)

OŠETŘOVATELSKÁ LŮŽKA					
Rozvrstvení ošetrovatelských pracovníků	ZPBD se spec., ZPBD, ZPOD, včetně staniční sestry		ZPOD bez maturity		Celkem
	%	počet	%	počet	počet
Vyhláška MZ 493/2005	65,5	9	34,5	5	14

Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu na 24h

Vzorec: „CPDO = (M x n) / 60“ (Metodika, 2008: 3)

$$CPDO = (226,33 \times 18) / 60$$

$$CPDO = \mathbf{67,90h}$$

Vysvětlivky:

M počet minut celkové ošetrovatelské péče na 1pacienta za 24h

n počet lůžek

CPDO celková pracovní doba ošetrovatelského personálu na 24h

Celková pracovní doba je 67,90h, což je zaokrouhлено **9** ošetrovatelských pracovníků na 24h při 7,5h pracovní směně nebo **5,7** pracovníka při 12h směně.

Tabulka č. 14: Současný stav ošetrovatelského personálu na oddělení následné péče

Kvalifikace	Kategorie pracovníka	Počet úvazků
ZPBD se spec. , ZPBD, ZPOD včetně staniční sestry	Sestra	8
	Zdravotnický asistent	2
ZPOD bez maturity	Ošetrovatelka	1,5
	Sanitář	2
Celkový počet úvazků		13,5

Tabulka č. 15: Současný stav rozpisu směn na oddělení následné péče na 24h

Rozpis směn za 24h	ZPBD se spec., ZPBD sestry (úvazky)	ZPOD s maturitou zdravotnický asistent (úvazky)	ZPOD bez maturity (úvazky)
Ranní směna včetně staniční sestry (6-14h)	2	1	2
Odpolední směna (14-22h)	1	0,5	0,5
Noční směna (22-6h)	1	0,5	0,5

Rozdíl mezi skutečností a vypočítaným počtem pracovníků činí pouze 0,5 úvazku a to v oblasti ZPOD bez maturity. Vzhledem k tomu, že je tento počet tak malý a na oddělení následné péče již zdravotničtí asistenti pracují, neuvádím návrh změny v tabulkách.

3.3 Stručná charakteristika Gerontologického centra Praha

Gerontologické centrum je příspěvkovou organizací Městské části Prahy 8. Cílem Gerontologického centra je poskytování zdravotních a sociálních služeb především obyvatelům této městské části.

Lůžkovou část Gerontologického centra tvoří celkem 46 lůžek odborného léčebného ústavu poskytující geriatrickou péči seniorům, kteří vyžadují intenzivní rehabilitaci, ošetrovatelskou a léčebnou péči v rámci specifického geriatrického režimu. Cílem péče je zlepšení celkového zdravotního stavu pacienta s chronickým či jinak závažným onemocněním se zaměřením na jeho soběstačnost a kvalitu života.

Na tato lůžka se přijímají pacienti z domova na základě doporučení praktického lékaře nebo překladem z nemocnice a to nejčastěji z Fakultní nemocnice Na Bulovce Praha 8. Předpokládaná doba hospitalizace na lůžkovém oddělení je 1 měsíc a průměrný věk pacientů je 84 let.

Lůžková oddělení Gerontologického centra jsou umístěna do dvou objektů, které jsou od sebe minimálně vzdáleny. Ve dvou patrech jedné budovy je umístěno 32 lůžek určených k rehabilitaci a doléčení pacientů se somatickou poruchou, kteří nemohou být ošetřováni v domácím prostředí, ale jejich hospitalizace na lůžkách akutní péče fakultní

nemocnice již není nutná. Jedná se zejména o stavy po operacích, úrazech, náhradách kyčelních a kolenních kloubů a jiné.

V patře druhé budovy odborného léčebného ústavu je umístěno 14 lůžkové oddělení se zaměřením na problematiku demencí, které slouží k rehabilitaci, doléčení v případě zhoršení somatického stavu a pro situace, kdy došlo ke zhoršení stavu ve smyslu poruch chování při rozvinutém syndromu demence. Prostory tohoto oddělení jsou malé, ale přesně vyhovují potřebám pacientů i ošetřujícího personálu, který je jim trvale nablízku, neustále s nimi komunikuje a podle potřeby jim pomáhá. Pacienti vyžadují dohled a dopomoc prakticky ve všech základních sebeobslužných aktivitách denního života jako je například hygiena, stravování a jiné. Zároveň nejsou schopni používat dorozumívací zařízení a oslovit samostatně sestru.

Kromě lůžkové péče poskytuje Gerontologické centrum také ambulantní péči pro nemocné seniory s demencí zejména Alzheimerova typu a provozuje denní stacionář pro tyto osoby. (Gerontologické centrum, 2010)

3.3.1 Analýza současné situace ve Gerontologickém centru

Analýzu současné situace týkající se personální oblasti nelékařských zdravotnických pracovníků v Gerontologickém centru jsem rozdělila do dvou částí.

- **Komunikace a jednání s vyšším managementem centra** – ředitelkou
- **Komunikace a jednání se středním a nižším managementem centra** – vrchní sestrou, staniční sestrou oddělení následné péče se zaměřením na problematiku demencí u seniorů

3.3.2 Komunikace a jednání s vyšším managementem centra

Začátkem března letošního roku jsem na pozvání ředitelky navštívila Gerontologické centrum v Praze 8. Po velmi milém přivítání v její pracovně mi ve stručnosti představila činnost centra, dále na jakou formu péče o pacienty se specializují a jaký je jejich počet a struktura.

Následně jsme hovořily o tématu mé diplomové práce, které ji zajímalo a umožnila mi provést v centru na dané téma výzkum. Podle jejích slov a mého následného zjištění tvoří v současné době ošetrovatelský personál jednotlivých lůžkových oddělení sestry

s odbornou způsobilostí a se specializovanou způsobilostí a sanitáři. Kromě toho zajišťují rehabilitační péči na těchto odděleních celkem tři fyzioterapeutky z toho dvě na rehabilitačním a doléčovacím oddělení a jedna na lůžkách následné péče se zaměřením na problematiku demencí u seniorů, které pracují v 8hodinové pracovní směně. Sociální problematiku nejen hospitalizovaných pacientů řeší jedna sociální pracovnice. Na otázku, zda uvažovala spolu s vrchní sestrou o rozšíření ošetrovatelského týmu o zdravotnické asistenty mi odpověděla, že zatím ne, protože dosud neměly tu potřebu. Zároveň mi řekla, že by se tomu nebránila, ale zdůraznila mi nutnost určit poměr podílu zdravotnických asistentů a všeobecných sester s odbornou způsobilostí v ošetrovatelském týmu tak, aby nebyla snížena kvalita ošetrovatelské péče a zároveň byly dodrženy veškeré podmínky legislativy vztahující se k požadavkům na úroveň kvalifikace ošetrovatelského personálu v pracovní směně. Ale výsledky výzkumu ji budou zajímat. Na výsledky výzkumu se ráda podívá.

Po rozhovoru mi umožnila exkurzi v centru, na které mě postupně doprovázely staniční sestra oddělení následné péče se zaměřením na problematiku demencí u seniorů a posléze vrchní sestra centra, která mě provedla po rehabilitačním a doléčovacím oddělení a přiblížila mi problematiku komplexní péče..

3.3.3 Komunikace a jednání se středním a nižším managementem centra

Vzhledem k tomu, že jsou lůžková oddělení umístěna v každé jiné budově a jsou od sebe vzdálena, jsem si nejdříve prohlédla 14lůžkové oddělení následné péče se zaměřením na problematiku demencí u seniorů, které mi ochotně ukázala jeho staniční sestra. Oddělení je velmi malé, ale krásně barevné a podle slov staniční sestry plně vyhovující pro potřeby péče o pacienty. V průběhu mé návštěvy probíhala pod vedením fyzioterapeutky skupinová terapie, které se účastnili všichni pacienti. Mohla jsem se přesvědčit, že jsou prostory opravdu dostačující.

V průběhu exkurze jsem se staniční sestrou hovořila o personálním obsazení tohoto oddělení a jeho rozložení ve směnách. Ošetrovatelský tým zde tvoří pět sester s odbornou způsobilostí včetně staniční sestry, pět sanitářů a 1 fyzioterapeutka.

Ve směnách jsou rozloženi takto:

- ranní směna – staniční sestra a fyzioterapeutka 8hodinová pracovní směna, jedna sestra 12hodinová pracovní směna

- noční směna - jedna sestra a jeden sanitář 12hodinová pracovní směna

Staniční sestře jsem položila stejnou otázku jako ředitelce centra týkající se zařazení zdravotnických asistentů do týmu. Odpověděla téměř stejnými slovy. Výsledky výzkumu jí budou také zajímat. Po ukončení prohlídky mě doprovodila na rehabilitační a doléčovací oddělení a předala mě vrchní sestře.

Vrchní sestra mi opět ochotně ukázala celé 32lůžkové oddělení, které je rozmístěno do dvou pater budovy, přiblížila mi problematiku péče o nemocné a jejich skladbu. Prostory tohoto oddělení jsou mnohem větší než na předchozím oddělení. Pacienti mají k dispozici na rehabilitační cvičení malou tělocvičnu a pro nácvik chůze o berlích využívají také chodbu na oddělení. Sociální problematiku pacientů řeší rovněž sociální pracovnice.

Po prohlídce oddělení mě vrchní sestra vzala k sobě do pracovny, kde mi přiblížila svoji náplň práce a dále jsme spolu hovořily také na téma profese zdravotnických asistentů a jejich kompetence. Potvrdila mi slova ředitelky a také staniční sestry, že o jejich zařazení zatím neuvažovaly. Vrchní sestra mi dále ukázala ošetrovatelskou dokumentaci, která obsahuje stejné složky jako v nemocnicích. Přiblížila mi také administrativní agendu, které není málo, s jejíž zajištěním pomáhají administrativní pracovnice.

V Gerontologickém centru jsem strávila téměř celý den a bylo to pro mě velmi milé a přátelské setkání s lidmi, kteří mají opravdu svoji práci rádi. Přínosem bylo pro mě i to, že jako vrchní sestra kliniky zabývající se mimo jiné problematikou chorob ve stáří a akutními stavy v geriatrii a gerontologii, jsem měla možnost poznat zařízení, kam jsou pacienti překládáni z akutních lůžek a jaká péče jim je nadále věnována, aby se mohli vrátit zpátky do domácího prostředí v co největší možné soběstačnosti a kvalitě života.

S přihlédnutím ke specifitě ošetrovatelské a léčebné péče o pacienty s demencí jsem pro potřeby diplomové práce zpracovala návrh změny struktury ošetrovatelského týmu se zařazením zdravotnických asistentů pouze na 32lůžkové rehabilitační a doléčovací oddělení. Současným personálním stavem a vypočítaným návrhem změn se zabývám v následující kapitole.

3.3.4 Analýza situace na rehabilitačním oddělení

Na zpracování výpočtů jsem použila stejný postup jako v kapitole 3.2.3.

V tabulce č.16 uvádím hodnotu základní ošetrovatelské péče vypočítanou na všechny pacienty za 24h při 100% obloženosti 32lůžkového oddělení.

Tabulka č.16: Počet minut základní ošetrovatelské péče za 24h dle ošetrovatelských kategorií pacientů na rehabilitačním oddělení

ZÁKLADNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE			
OŠETŘOVATELSKÁ KATEGORIE PACIENTA	Průměrný počet pacientů v kategorii/24h	Počet minut práce /24h	Celkem/24h
1 pacient soběstačný	0	10	0
2 pacient částečně soběstačný	25	30	750
3 pacient vyžadující zvýšený dohled	5	90	450
4 pacient imobilní	2	130	260
CELKEM	32		1460

V tabulce č.17 uvádím průměrné počty nejčastějších výkonů za 24h s průměrným počtem minut na jeden výkon a celkový počet minut za jednotlivé výkony na 24h, jejichž součet stanovuje celkový počet minut práce za jednotlivé výkony na 24h po domluvě s vrchní sestrou.

Tabulka č.17: Počet minut specializované péče za 24h dle jednotlivých výkonů na rehabilitačním oddělení

SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	Počet výkonů/24h	Průměrný počet minut práce/1 výkon	Minuty celkem/24h
Podávání léků per os (ranní, polední, odpolední, večerní a noční)	4	30	120
Aplikace injekcí s.c., i.m., i.v.	15	15	225
Asistence případně provedení převazů malých a velkých ran	15	20	300
Odběry biologického materiálu na vyšetření	2	10	20
Vyšetření glykémie glukometrem	15	5	75
Sledování fyziologických funkcí (TK,P, TT)	5	5	25
Péče o dutinu ústní	5	5	25
Polohování	24	10	240
Rehabilitační ošetřovatelství	32	60	1920
Edukace pacienta a rodiny	32	40	1280
Denní činnosti spojené s administrativou (vizity, ošetřovatelská anamnéza, plán péče, záznam hodnocení pacienta, propouštěcí zpráva, funkční testy soběstačnosti, hodnocení nutričního stavu, bolesti a jiné)	20	30	600
CELKEM	169	230	4830

V tabulce č.18 uvádím součet základní a specializované ošetřovatelské péče a jiných denních činností, který představuje celkový počet minut potřebných na všechny pacienty za 24h.

Tabulka č.18: Počet minut celkové ošetřovatelské péče na všechny pacienty za 24h na rehabilitačním oddělení

Základní ošetřovatelská péče	1460
Specializovaná ošetřovatelská péče	4830
Jiné denní činnosti	90
CELKEM minut za 24h na všechny pacienty	6380

Počet minut celkové ošetrovatelské péče na 1 pacienta za 24h při 100% obloženosti 32lůžkového oddělení je **199,37 min.**

Počet pracovních úvazků za 1 rok

Počet pracovních úvazků při 100% obloženosti je

Vzorec: „PPÚ= (M x L x O x 365) / (60 x RPF)“ (Metodika, 2008: 3)

$$PPÚ = (199,37 \times 32 \times 1 \times 365) / (60 \times 1540)$$

$$PPÚ = 25,2 \text{ (zaokrouhleno na 25)}$$

Vysvětlivky:

M počet minut celkové ošetrovatelské péče na 1pacienta za 24h

L počet lůžek

O průměrná obloženost – rehabilitační oddělení 100% (1)

365 počet dnů v roce

60 přepočítání hodiny na minuty

RPF reálný pracovní fond cca 1540h za rok na 1 pracovníka

PPÚ počet pracovních úvazků za 1 rok

Tabulka č.19: Počty úvazků a kvalifikační zastoupení ošetrovatelských pracovníků na rehabilitačním oddělení dle vypočítané hodnoty (Metodika, 2008) (vlastní hodnoty)

Ošetrovatelská lůžka					
Rozvrstvení ošetrovatelských pracovníků	ZPBD se spec., ZPBD, ZPOD, včetně staniční sestry		ZPOD bez maturity		Celkem
	%	počet	%	počet	počet
Vyhláška MZ 493/2005	65,5	16	34,5	9	25

Celková pracovní doba ošetrovatelského personálu na 24h

Vzorec: „ $CPDO = (M \times n) / 60$ “ (Metodika, 2008: 3)

$$CPDO = (199,37 \times 32) / 60$$

$$CPDO = (M \times n) / 60$$

$$CPDO = 106,3h$$

Vysvětlivky:

M počet minut celkové ošetrovatelské péče na 1pacienta za 24h

n počet lůžek

CPDO celková pracovní doba ošetrovatelského personálu

.Celková pracovní doba je 106,3h, což je zaokrouhleno **9** ošetrovatelských pracovníků na 24h při 12h směně.

Tabulka č.20: Současný stav ošetrovatelského personálu na rehabilitačním oddělení

Kvalifikace	Kategorie pracovníka	Počet úvazků
ZPBD se spec. , ZPBD, ZPOD včetně vrchní sestry	Sestra	10
ZPOD bez maturity	Sanitář	11
Celkový počet úvazků		21

Tabulka č.21: Současný stav rozpisu směn na rehabilitačním oddělení na 24h

Rozpis směn za 24h	ZPBD se spec. , ZPBD, ZPOD sestry (úvazky)	ZPOD bez maturity (úvazky)
Denní směna včetně vrchní sestry (ta pouze 6-14h) (6-18h)	3	2
Noční směna (18-6h)	2	1

Rozdíl mezi skutečností a vypočítaným počtem pracovníků činí 4 a to v oblasti ZPBD a ZPOD s maturitou. Navrhují řešení se zařazením zdravotnických asistentů takto.

Tabulka č.22: Návrh změny stavu ošetrovatelského personálu na rehabilitačním oddělení

Kvalifikace	Kategorie pracovníka	Počet úvazků
ZPBD se spec. , ZPBD, ZPOD včetně staniční sestry	Sestra	10
	Zdravotnický asistent	4
ZPOD bez maturity	Sanitář	11
Celkový počet úvazků		25

Tabulka č.23: Návrh změny rozpisu směn na rehabilitačním oddělení na 24h

Rozpis směn za 24h	ZPBD se spec., ZPBD sestry (úvazky)	ZPOD s maturitou zdravotnický asistent (úvazky)	ZPOD bez maturity (úvazky)
Denní směna (6-18h)	3	1	1
Noční směna (18-6h)	2	1	1

3.4 Diskuse a závěry

Péče o nemocné seniory je velmi náročná a svým způsobem specifická vyžadující od zdravotnického personálu dostatek trpělivosti, taktu a porozumění. Kromě toho je i více časově náročná, což je dáno přirozenými involučními změnami ve stáří a často atypickým průběhem chorob v tomto období života.

Větší časová náročnost péče se mi potvrdila i v mých předchozích výpočtech zvláště na gerontologickém oddělení fakultní nemocnice. Na základě poznatků z praxe jsem si vypočítala ve spolupráci se staničními sestrami jednotlivých oddělení a vrchní sestrou Gerontologického centra vlastní hodnotu průměrné doby ošetrovatelské péče na jednoho pacienta za 24h. Toto číslo se nejvíce lišilo od stanovených hodnot z metodiky pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních lůžkových odděleních právě na gerontologickém oddělení a to zhruba o více než 100 hodin podle uvedeného standardu a o více než 140 hodin podle vyhlášky 493/2005Sb. Vysvětluji si to tím, že geriatrická a gerontologická péče spadá pod interní obory, kde nejsou dostatečně zohledněna její specifika a náročnost. Hodnoty průměrné ošetrovatelské péče na jednoho pacienta za 24hodin se na oddělení následné péče fakultní nemocnice a rehabilitačním a doléčovacím oddělení Gerontologického centra moc nelišily od čísel

uvedených v metodice, přesto byla vypočítaná potřeba počtu ošetrovatelského personálu vyšší než je jeho současný stav.

Z návrhů změn vyplývá, že zdravotničtí asistenti mohou najít své uplatnění v ošetrovatelských týmech, pomoci tak rozšířit počet jejich členů a přispět k větší kvalitě poskytované péče. Vzhledem k těmto skutečnostem se mi jevilo jako vhodné provést analýzu trhu práce ve zdravotnictví a zjistit jaký je zájem ze strany zdravotnických asistentů o práci a zda je jich dostatek.

3.5 Analýza trhu práce ve zdravotnictví

Pro pochopení současné situace postavení zdravotnických asistentů ve společnosti a na trhu práce jsem si přečetla několik článků uveřejněných v odborných časopisech na dané téma, další informace jsem hledala na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví a Informačního systému o uplatnění absolventů škol na trhu práce (ISA).

V následujícím odstavci uvádím krátký přehled informací, které mě nejvíce zaujaly a podle mého názoru nejlépe vystihují vývoj situace v dané oblasti.

V první řadě bych uvedla článek s alarmujícím názvem „Obavy z nedostatku sester sílí“ s podtitulem „Asociace sester a odborový svaz varují před nedostatkem sester“, uveřejněný v listopadu roku 2007 ve Zdravotnických novinách, který reagoval na změnu vzdělávacího systému sester a na přípravu zaměstnavatelů zdravotnických zařízení na nástup nové profese – zdravotnického asistenta během roku 2008 do praxe. Autorka článku redaktorka Čabanová v něm uveřejnila názory a informace získané od předsedy Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče Schlanger⁴ a tehdejší předsedkyně České asociace sester Juráskové⁵. Oba představitelé významných organizací ve zdravotnictví se shodli na tom, že ve zdravotnických zařízeních chybějí hlavně sestry a to zvláště z důvodů finančních, ale jak velký je jejich nedostatek, to nedokázali odhadnout. V reakci na změnu systému vzdělávání řekla Jurásková doslova toto: „Obecně panuje naprostá neznalost toho, kdo je zdravotnický asistent, jaké jsou jeho kompetence a pozice v ošetrovatelském týmu. Pokud nebudou provedeny změny organizace práce tak, aby mohl pracovat pod odborným dohledem, a pokud budou zdravotničtí asistenti po maturitě dále studovat,

⁴ RNDr. Jiří Schlanger předseda Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče od roku 1990 až po současnost

⁵ Mgr. Dana Jurásková Ph.D, MBA je v současné době ministryní zdravotnictví ČR

nebude to lehké. Dokonce si troufám tvrdit, že některá zdravotnická zařízení mohou zkolabovat.“ (Jurásková in Čabanová, 2007:1)

V navazujícím článku „Jak to vidí prezidentka České asociace sester Dana Jurásková“ v tomtéž čísle Zdravotnických novin Jurásková uvedla, že: „... Je potřeba postavit ošetrovatelský tým tak, aby zdravotnický asistent mohl dělat práci, která je v jeho kompetenci (většinou základní ošetrovatelská péče, ale i odborné ošetrovatelské výkony pod dohledem všeobecné sestry), aby jich tam byl dostatek a aby všeobecná sestra, která má na tyto pracovníky dohlížet, byla k dispozici a měla osvědčení o výkonu povolání bez odborného dohledu. Zkrátka aby ta ošetrovací jednotka byla ve své struktuře dostatečně saturovaná. ... Předpokládáme, že různá oddělení budou mít odlišný podíl zdravotnických asistentů na všeobecné sestry s ohledem na podíl ošetrovatelské péče.“(Jurásková in Čabanová, 2007: 2)

Během následujících let a po absolvování středních zdravotnických škol prvními zdravotnickými asistenty se situace na trhu práce s počtem sester nezměnila. Naopak k tomu nově přibyl i nedostatečný počet zdravotnických asistentů. A v čem viděla příčiny tehdejší předsedkyně České asociace sester Jurásková?

V lednovém čísle časopisu moderního ošetrovatelství Florence z roku 2009 uveřejnila redaktorka Škubová rozhovor s Juráskovou pod výstižným názvem „Nejen o nedostatku sester“. V rozhovoru Jurásková přiblížila konkrétní kroky, které Česká asociace sester ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví podniká při zjišťování příčin nedostatku nejen sester, ale nyní již také zdravotnických asistentů. Podle jejích slov nastoupilo do praxe z více než dvou a půl tisíc absolventů středních škol jen přibližně dvě stovky. Ostatní většinou pokračovali ve vzdělávání na vyšším stupni. Zhoršení situace na trhu práce v dané oblasti se neprojevovalo jen díky velmi malé migraci našich sester za prací do zahraničí a poměrně dobrou saturací trhu příchodem sester z jiných zemí a to zejména ze Slovenska. (Škubová, 2009)

V tomtéž čísle časopisu Florence se ve stejnojmenném článku věnovala problematice uplatnění zdravotnických asistentů na trhu práce vedoucí pracovní skupiny pro vzdělávání České asociace sester Mikšová⁶. Doslova uvedla, že: „Povýšení kvalifikačního vzdělávání sester koresponduje s posílením jejich kompetencí v systému zdravotní péče. Současně zůstala potřeba středoškolsky vzdělaného pracovníka ošetrovatelství, který bude zaměřen

⁶ Mgr. Zdeňka Mikešová Ph.D, vedoucí pracovní skupiny pro vzdělávání ČAS, ředitelka SZŠ a VOŠZ E.P., Olomouc, odborná asistentka ÚZM FZV UP, Olomouc

na realizaci výkonů. Tato vize dostala konkrétní podobu v profesi zdravotnického asistenta. V červenci 2008 ukončili studium první zdravotničtí asistenti a nastala situace, které se dnes mnozí diví – absolventi nenastupují do praxe a mnohdy o ně zdravotnická praxe ani nemá zájem. Za současného stěžování si na nedostatek sester se tato situace jeví jako paradoxní.“ (Mikšová, 2009:11,12)

Podle Mikšové se tato situace dala očekávat. Její příčiny viděla ve společenských a specifických faktorech trhu práce. Do společenských faktorů zahrnula prodloužení délky vzdělávání zdravotnických profesionálů ošetrovatelských profesí, která je umocněna nabídkou vysokoškolského studia a nepříznivý demografický vývoj spočívající v poklesu počtu žáků nastupujících na střední školy z důvodu slabých populačních ročníků. Mezi specifické faktory ovlivňující laickou i odbornou veřejnost v přijetí zdravotnického asistenta zařadila negativní image profese, malou až nulovou angažovanost zdravotnických zařízení v uvedení této profese do praxe, nedůsledné uplatňování systému péče podle kompetencí v praxi a konečně problematické vymezení přesného pojmu práce pod odborným dohledem. Řešení nastalé situace viděla v prostupnosti a návaznosti postsekundárního a terciárního vzdělávání, ve větší angažovanosti zdravotnických zařízení při zaměstnávání zdravotnických asistentů, v úpravě legislativy, v rozvoji systému poskytované ošetrovatelské péče podle kompetencí a v neposlední řadě i ve zlepšení finančního ohodnocení nelékařských zdravotnických pracovníků. (Mikšová, 2009)

Kompetencím a uplatněním zdravotnických asistentů v praxi se Mikšová věnuje intenzívně. Na podzim roku 2008 provedla srovnávací studii kompetencí sester a zdravotnických asistentů, kterou prezentovala na poradě hlavních sester na ministerstvu zdravotnictví v Praze.

V lednu 2010 jsem získala údaje od vedoucí učitelky daného oboru o počtu absolventů oboru zdravotnický asistent a jejich dalšího uplatnění ze SZŠ a VOŠZ Hradec Králové za školní rok 2008/2009, které dokládají skutečnost, že maturanti pokračují dále ve vzdělávání a jen malý zlomek jich odchází do praxe. Ze 77 studentů odešlo studovat na vyšší a vysoké školy 52 a jen 13 šlo pracovat do zdravotnictví.

Na sklonku roku 2009 uveřejnily Zdravotnické noviny článek Jiřího Vojtěcha⁷ o „Uplatnění absolventů zdravotnických škol“, kde mimo jiné uvedl, že ve vývoji počtu žáků zdravotnických oborů dochází k poměrně výrazným změnám, které souvisejí jak s úpravami soustavy oborů vzdělání v závislosti na změnách v poskytování kvalifikace pro

⁷ Ing. Jiří Vojtěch, vedoucí oddělení analýz potřeb trhu práce, Národní ústav odborného vzdělávání

výkon zdravotnických povolání, tak i s výrazným poklesem zájmu o studium těchto oborů mezi žáky základních škol. V článku jsou uvedeny srovnávací analýzy mezi počty absolventů středních a vyšších škol v roce 2008/2009 a vývoj počtu přijatých žáků do maturitních zdravotnických oborů od roku 2003, z kterého je patrný výrazný pokles. Vojtěch dále uvedl, že absolventi zdravotnických oborů nemusejí mít obavy z nezaměstnanosti, protože poptávka po těchto pracovnících na trhu práce je již několik let stálá. „Trvale nízká míra nezaměstnanosti zdravotnických oborů již několik let ukazuje na potřebu zvýšit jejich počet – zejména s přihlédnutím k demografickému vývoji u nás i v ostatních evropských zemích.“ (Vojtěch, 2009:31)

Důvodem poklesu zájmu je podle Vojtěcha kromě náročnosti studia a náročné práce s nepříliš vysokými výdělky, také nutnost získání terciární úrovně vzdělání pro povolání všeobecné sestry, pro které dříve postačovalo maturitní vzdělání. Další negativní roli může hrát i nedostatečná informovanost uchazečů o souvisejících změnách v názvech oborů vzdělávání. Vojtěch dále uvedl, že je poměrně vysoká míra shody dosaženého vzdělání a posléze výkonu povolání. Za řešení situace považuje rozšíření vzdělávací nabídky v daném oboru, stabilizaci v soustavě oborů a posílení zájmu o tyto profese. Naše populace stárne a tím vzrůstá potřeba kvalitní zdravotní péče. „Ve srovnání se zeměmi EU je v České republice podíl pracovníků v oblasti zdravotnické péče a pečovatelských výrazně nižší, patříme do poslední čtvrtiny, což je znepokojující.“(Vojtěch, 2009:31)

A jaká je skutečnost v současné době? Na internetových stránkách ministerstva zdravotnictví jsem našla informace o navrhované změně oboru zdravotnický asistent na praktickou sestru. Tento návrh byl předložen Poslanecké sněmovně již v průběhu roku 2009, ale dosud nebyl přijat. Praktická sestra by měla plně nahradit zdravotnického asistenta ovšem s rozšířenými kompetencemi k poskytování základní ošetrovatelské péče. Neměla by ale nahradit všeobecnou sestru, která musí splňovat podmínky studia pro získání odborné způsobilosti dle směrnice č. 36/2005/EK, tedy pouze absolvováním vyšší odborné školy nebo vysoké školy. (Nahradí Praktická sestra Zdravotnického asistenta?, 2010)

Z výše uvedených informací vyplývá, že dění v oblasti vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků je stále aktuální a není ukončeno. Hledání optimálního řešení situace nedostatku zdravotnického ošetrovatelského personálu na trhu práce je stále živým tématem. V budoucnu se možná setkáme ještě s jinými změnami, které vyplynou z praxe.

Jisté ale je, že se v současné době potýkáme nejen s nedostatkem sester, ale také nově s nedostatkem zdravotnických asistentů v praxi, protože jich valná většina odchází

dále studovat na vyšší nebo vysoké školy i když by se pro ně uplatnění v praxi našlo jak vyplývá z provedené analýzy a návrhu změn v předchozím výzkumu.

Na základě těchto informací a mých zkušeností z praxe vrchní sestry kliniky, která poskytuje prostory pro odbornou praktickou výuku studentů nelékařských zdravotnických oborů, jsem se rozhodla doplnit a rozšířit výzkumné šetření týkající se návrhu změn struktury ošetrovatelského týmu o názory samotných zdravotnických asistentů na tuto profesi a jejich uplatnění v praxi, co je případně motivuje k dalšímu studiu na vyšších a vysokých školách a výsledná zjištění porovnat s výše prezentovanými údaji.

3.6 Úvod do výzkumu se zdravotnickými asistenty

Pro vlastní výzkumné šetření se zdravotnickými asistenty jsem zvolila formu kvalitativního výzkumu, protože mým cílem nebylo pouhé získání statistických dat, ale chtěla jsem dát prostor respondentům pro širší a hloubkovější vyjádření k danému tématu než by jim poskytl dotazník. Vycházela jsem ze slov Dismana a Hendla uvedených v jejich knihách o kvalitativním a kvantitativním výzkumu.

Disman uvádí, že : „... posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích“. (Disman, 2008:289) Dále říká, že je tento výzkum výrazným účinným nástrojem například pro studium subjektivních dimenzí jakými podle mě motivace bezesporu je.

Hendl říká, že: „Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky. Kvalitativní výzkum poskytuje podrobné informace, proč se daný fenomén objevil.“ (Hendl, 2008:51)

Po rozmyšlení tématu jsem si sestavila plán výzkumu s časovým harmonogramem jednotlivých fází.

Za hlavní cíl výzkumu jsem si stanovila pochopit a porozumět motivaci zdravotnických asistentů k dalšímu studiu na vyšších nebo vysokých školách v situaci, kdy nemají zkušeností s praxí.

Mezi specifické cíle jsem zařadila získání názoru zdravotnických asistentů na úroveň vědomostí a dovedností získaných během studia na střední škole a dále na uplatnění této profese v praxi. Dalším cílem bylo zjistit jejich vztah k výkonu zdravotnické profese.

V rámci hodnocení výzkumu jsem se opírala o poznatky z oboru psychologie.

Výzkumné otázky jsem si stanovila následovně:

hlavní výzkumné otázky zněly:

- Jaké jsou důvody pokračování zdravotnických asistentů ve zvyšování kvalifikace studiem na vyšších nebo vysokých školách ?
- Jsou stejné jak uvádí odborníci zabývající se vzděláváním, strukturou a počtem pracovníků ve zdravotnictví?

specifické otázky zněly:

- Mají vztah zdravotničtí asistenti k výkonu zdravotnické profese?
- Je obsah a rozsah teoretické a praktické výuky pro potřeby praxe na střední škole podle zdravotnických asistentů dostačující?
- Jak vidí zdravotničtí asistenti své uplatnění v praxi?

Typem dokumentu je popisná zpráva, která zahrnuje přípravu a průběh výzkumu, výběr cílové populace, použité metody ke sběru a zpracování dat, s jejich následnou analýzou, dále interpretací výsledků a závěry výzkumu spojené s diskusí. Výzkum byl proveden pro potřeby související s tématem diplomové práce.

3.7 Metodologie výzkumu

Cílová populace.

Cílovou populaci jsem si záměrně zvolila mezi zdravotnickými asistenty ve věku 19 až 20 let studujícími prvním rokem bakaláře obor všeobecná sestra na vysoké škole, kteří vykonávali v rámci studia během měsíce března a dubna letošního roku povinnou odbornou praxi na lůžkových odděleních naší kliniky.

V rámci výzkumného šetření jsem oslovila celkem 7 zdravotnických asistentů, kteří byli ochotni se výzkumu zúčastnit a podělit se o své názory na dané téma. Během navazování kontaktu jsem je zároveň informovala o povaze a cíli výzkumu a o zachování anonymity respondentů při prezentaci jeho závěrů. Všichni respondenti vyslovili ústní souhlas s uveřejněním výsledků rozhovoru pro účely výzkumu. Nikdo z oslovených neodmítl účast na šetření.

Metoda sběru dat

Za metodu sběru dat jsem si zvolila strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami.

Je to metoda při níž si výzkumník – tazatel musí pečlivě zformulovat otázky, na něž budou jednotliví respondenti odpovídat. Tento typ rozhovoru se používá, pokud je nutná minimalizace variace otázek kladených dotazovanému s cílem redukce pravděpodobnosti, že data získaná v jednotlivých rozhovorech se budou od sebe výrazně strukturně lišit. Snažíme se také o co nejmenší vliv tazatele na kvalitu rozhovoru. Tento typ rozhovoru je vhodný v případě omezeného časového prostoru a při nemožnosti rozhovor opakovat. (Hendl, 2008)

Formulace otázek nebyla pro mě lehká fáze. Několikrát jsem je měnila, upravovala jejich slovosled nebo pořadí a také jsem nevěděla, zda je mnou zvolený počet dostatečný. Během prvních dvou rozhovorů jsem nabyla dojmu, že pro získání potřebných informací k výzkumu je počet a struktura otázek vyhovující.

Předem zformulované otázky, kterých bylo celkem pět, mi velmi pomohly držet se tématu a neodbíhat jinam. Snažila jsem se je klást postupně tak, jak jsem si je předem seřadila.

V následujícím odstavci jsem vypsala otázky použité během rozhovoru.

1. Proč jste se rozhodla studovat po základní škole Střední zdravotnickou školu obor Zdravotnický asistent?
2. Jak jste byla spokojena s rozsahem a úrovní výuky na škole?
3. Jak jste se cítila v kolektivu sester během odborné praxe v rámci studia na střední škole?
4. Myslíte si, že se zdravotnický asistent může uplatnit v praxi a posílit tak ošetrovatelský tým?
5. Co vás motivovalo k pokračování ve studiu na vysoké škole?

K záznamu rozhovorů jsem použila diktafon. Zkoušku nahrávání na diktafon jsem nejdříve provedla u sebe v pracovně, abych byla připravená na případné problémy a také mě zajímala kvalita nahrávky.

Prostředí

Rozhovory probíhali jednotlivě v malé seminární místnosti naší kliniky. Nechtěla jsem je provádět ve své kanceláři, abych mohla alespoň trochu zinscenovat přirozené prostředí a poskytnout tak respondentovi větší pocit volnosti.

Všechny rozhovory probíhaly v pracovní dny téměř podle stejného scénáře a bez přesně stanoveného času a časového rozmezí. Jejich délka vycházela z konkrétní situace a komunikační otevřenosti respondenta.

Po přivítání s respondentem jsem se snažila navodit přátelskou atmosféru a prolomit tak bariéry vztahu nadřízenosti pramenící z titulu vrchní sestry a podřízenosti tedy studenta. Využila jsem k tomu všechny své komunikační schopnosti a vědomosti nabyté během studia na FHS a myslím, že se mi to celkem zdařilo. Na úvod jsme si krátce povídali jak se jim líbí na praxi a ve škole a někteří začali dokonce hovořit o svých problémech v osobním životě spojených například s obavami o život matky z důvodu jejího závažného onemocnění. Odměnou pro mě byla slova řečená na závěr téměř většinou z nich, že se jim na naší klinice líbí a rádi by zde po ukončení studia pracovali.

Z nahrávky jsem ještě tentýž den pořídila přepis pomocí komentované transkripce. Získané odpovědi jsem následně podrobila analýze.

Technika analýzy získaných dat

Za metodu analýzy jsem si zvolila zakotvenou teorii.

Hendl ve své knize uvádí, že: „Zakotvená teorie je návrhem hledání specifické „substantivní“ teorie, která se týká jistým způsobem vymezené populace, prostředí nebo doby.“ (Hendl, 2008:243)

„Cílem výzkumu, který vychází ze strategie zakotvené teorie, je návrh teorie pro fenomény v určité situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka. Vznikající teorie je zakotvená v datech, získaných během studie. Pozornost se věnuje zvláště jednání a interakcím sledovaných jedinců a procesům v daném prostředí.“ (Hendl, 2008: 123)

Hlavními postupy v zakotvené teorii jsou otevřené, axiální a selektivní kódování. Kódováním se rozumí rozkrytí dat směrem k jejich interpretaci, konceptualizaci a nové integraci. Postup také vede k doporučení, která data nebo případy jsou ještě nutná zahrnout do analýzy a jakými metodami je třeba uskutečnit sběr dat.(Hendl, 2008)

V první fázi jsem si všechny rozhovory s respondenty několikrát přečetla. Při čtení zápisů jsem pomocí otevřeného kódování lokalizovala témata v textu a přiřadila jim

označení. Postupovala jsem po jednotlivých otázkách. Vytipovala jsem klíčové informace pro další analýzu a vytvořila jsem si první kategorie stejné pro všechny rozhovory, které jsem v textu barevně od sebe odlišila. K jednotlivým kategoriím jsem přiřadila pojmy, které danou kategorii definovaly.

Tato fáze byla pro mě nejtěžší. Stále jsem se vracela k přepisu rozhovorů, několikrát jsem změnila počet a názvy kategorií a pochybovala o vhodnosti vytipovaných pojmů.

Následně jsem se pokusila pomocí dimenzionalizace upřesnit vlastnosti stanovených kategorií, které byly důležité pro další analýzu a náhled na získané informace.

Během celého procesu jsem si prováděla poznámky a vytvářela různé mnemotechnické pomůcky k lepšímu třídění dat.

Na základě předchozí analýzy a po porovnání jednotlivých kategorií jsem si vytvořila čtyři základní kategorie a to motivace k výkonu profese, vlastní zkušenosti, postoj k profesi zdravotnického asistenta a příčiny motivace ke zvýšení kvalifikace a přiřadila jsem k nim vlastnosti a dimenze. Pro přehled jsem je uvedla v tabulce č.24.

Tabulka č.24: Přehled základních kategorií výzkumu

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
Volba výběru profese ZA	zdravotníci v rodině	ano-ne
	doporučení rodičů, příbuzných	ano-ne
	oblíba profese	ano-ne
	informovanost o oboru ZA	dobrá-špatná
Vlastní zkušenosti	dostatek informací pro praxi	ano-ne
	nejednotnost výuky ze strany učitelů	ano-ne
	nemožnost využití všech informací v praxi z důvodu omezených kompetencí	ano-ne
	postoj sester k ZA během praxe	kladný-záporný
Postoj k profesi ZA	smysl profese	žádný-velký
	uplatnění v praxi	žádné-velké
Motivace ke zvýšení kvalifikace	práce sestry s většími kompetencemi	ano-ne
	finanční důvody	ano-ne
	potřeba samostatné práce	ano-ne
	pracovní příležitosti	velké-malé
	image profese ZA ve společnosti	pozitivní-negativní

V další fázi jsem přistoupila k axiálnímu kódování, kde jsem uvažovala nad příčinami a následky, kontextem, intervenujícími podmínkami a strategiemi a procesy. (Hendl, 2008)

Po definování kategorií a identifikaci vztahů mezi nimi jsem přistoupila k selektivnímu kódování. Činnosti spojené s průběhem selektivního kódování vystihuje ve své knize Hendl následujícími slovy: „V průběhu selektivního kódování je výzkumník veden snahou vyhledat hlavní témata a kategorie, které budou ústředním bodem vznikající teorie. To znamená, že budou integrovat ostatní témata a kategorie. Vytvořená síť konceptů a propojení mezi nimi má své těžiště v těchto hlavních kategoriích.“ (Hendl, 2008: 251)

Ke zkoumanému textu jsem se snažila přistoupit podle Hendlových slov. Na základě dalšího přezkoumávání získaných informací, dat a jejich vzájemných vztahů se mi jeví jako vhodné vytvořit pro všechny kategorie jednu ústřední a to s názvem **osobní motivace zdravotnických asistentů k dalšímu studiu**.

Osobní motivace zdravotnických asistentů k dalšímu studiu pramení z volby povolání po základní škole, dále ze získaných vlastních zkušeností během studia a praxe na střední škole, z jejich postojů k této profesi a následně z motivace ke zvýšení kvalifikace.

Rozborem jednotlivých kategorií a interpretaci výsledků výzkumu se zabývám dále.

3.8 Výsledky výzkumu

V úvodu jsem si stanovila výzkumné otázky, na které jsem chtěla získat odpovědi.

V následující části jsem se pokusila o jejich zodpovězení rozborem jednotlivých kategorií určených na základě analýzy dat. Výběr zvolených kategorií dokladuji doslovnými přepisy úryvků z rozhovorů s respondenty, které jsou doplněny o můj komentář. Závěrem jsem se pokusila interpretovat výsledky, ke kterým jsem dospěla.

- Volba výběru profese zdravotnického asistenta

Profese zdravotníka je velmi náročná po všech stránkách. Očekává od člověka nejen zručnost a organizační schopnosti, ale také velkou dávku empatie, porozumění a komunikačních schopností. Práce s nemocnými lidmi vyžaduje trpělivost, takt, pochopení a ochotu pomoci druhému člověku v jeho nelehké životní situaci. Všechny tyto vlastnosti mají při výkonu profese svůj význam a chybění některé z nich může vést k výkonu práce rutinním způsobem. Výsledkem je pak celková nespokojenost nejen nemocného člověka, ale také samotného pracovníka.

Volba povolání často na celý život stojí před všemi, co ukončují základní vzdělání. Správný výběr by měl být podložen osobními motivaci. Ve zdravotnických profesích toto platí dvojnásob.

Čtyři ze sedmi respondentů přímo uvedli, že se jim povolání zdravotníka líbí, ale zároveň jejich odpovědi deklarují i to, že neměli dostatečné informace o oboru, který šli studovat. Jedna respondentka přímo uvedla: „...líbí se mi to povolání, cítím v něm nějaký smysl. Bohužel jsem zjistila až po nástupu do školy, že je zdravotnický asistent něco jiného než všeobecná sestra. ...“ Odpovědi dalších třech respondentů zněly následovně: „... Chtěla jsem být dětská sestra a myslela jsem si, že mi tahle škola k tomu

pomůže...“, „... Chtěla jsem být sestřička...“, „ ...Chtěla jsem být nejdříve sestrou a pak porodní bábou...“

Jiné dvě dokladují ovlivnění volby povolání blízkými osobami: „...mám v rodině zdravotníky a líbí se mi toto povolání...“, „ ...šla jsem to studovat na doporučení tety a taky, že se tam nedělaj přijímačky z matiky...“ Dalšího respondenta ovlivnila mimo jiné vážná situace v rodině: „...mám doma dost nemocnou mámu a tak jsem se chtěla o té nemoci dozvědět víc, abych ji mohla třeba pomoci. Taky se mi líbí akčnost práce – jak kde samozřejmě a taky nevím co bych jiného dělala. Od tří let si na to hraju, tak jsem se to rozhodla studovat...“

Je dobré tyto věty slyšet. Je z nich patrný zájem o profesi a na základě toho se dá soudit, že tyto respondenty najdou své uplatnění v praxi. Otázkou zůstává, kde je chyba na straně informovanosti budoucích studentů středních škol o oboru a profesi zdravotnického asistenta. Je vina na straně zdravotnických škol, ministerstva zdravotnictví nebo samotných studentů a jejich rodičů? Tato otázka nebyla předmětem mého šetření, ale mohl by se jí věnovat jiný další výzkum prováděný v této oblasti.

- Vlastní zkušenosti

Získané zkušenosti během studia výrazně ovlivňují naše názory. Stejně tak tomu bylo i v případě odpovědí respondentů ohledně zkušeností s úrovní výuky a výkonem odborné praxe. Všechny se jich shodlo na získání velmi dobrých vědomostí na střední škole, ale zároveň si stěžovali na nemožnost jejich plného využití z důvodu omezených kompetencí.

Dokladují to následující věty třech respondentů: „...Myslím, že získané vědomosti byly dostačující, ale jako záporné bych viděla, že mnoho z nich nemůžeme bez dalšího vzdělávání využít...“, „ ... S informací jsem byla spokojená, ale některé věci mně přišly zbytečné, když jsem stejně věděla, že jako asistent je nebudu moct využít...“, „... Vědomosti supř, jen kdybych se to opravdu učila, tak toho mám v hlavě víc, ale myslím, že je to dostačující.

Nejednotnost obsahu učiva vystihují tyto věty dvou respondentů: „ ... Myslím, že vědomosti mám ze školy celkem fajn, určitě se hoděj do budoucna, ale vím, že jsme se učily věci, který zdravotnickým asistentům nepříslušej, jenže i samy učitelky v tom měly ze začátku guláš, nevěděly, co nás maj učit...“, „... Třídní byla pecková a snažila se nás učit jako normální všeobecně...“

Zkušenosti ze spolupráce se sestrami v rámci odborné praxe měli všichni téměř stejné. Byly jak pozitivní, tak i negativní. Tři respondenti odpověděli takto: „... Záleželo jak na kterém oddělení a ani sestry se nedají hodnotit jednotně. Některé byly vlídné a pomohly. Jiné studentům dávaly najevo, že jsou na vyšší úrovni...“, „... Některé sestry se k nám chovaly opravdu nehezky a dávaly nám to hodně najevo. Naštěstí jsem poznala i ty, co na nás byly příjemné...“, „... Jo sestry většinou na pohodu, ale někde zas podle nálady. Většinou chtěly vysvětlovat a pomoci nám, ale našly se také ty, kterým jsme byli jenom na obtíž...“

Z těchto informací mám smíšené pocity. Velmi nerada vidím, když se služebně starší sestry chovají k novým nadřazeně. Jako by zapoměly, že i ony byly jednou v praxi nováčky a musely se všechno naučit.

- Postoj k profesi zdravotnického asistenta

Na uplatnění zdravotnických asistentů v praxi a smysl profese měli opět všichni respondenti shodné názory. Bohužel smysl této profese a její uplatnění v praxi nevidí téměř žádný. Podle mě je to dáno omezenými kompetencemi v praxi a nejednotností přístupu k dané profesi samotnými zaměstnavateli zdravotnických zařízení. Dokladují to tyto věty třech respondentů: „... Smysl tohoto oboru nevidím. Když jsme byli se školou na exkurzi v Motole, dozvěděli jsme se tam, že bychom měli být poskoci sester a administrativní pracovnice. Ale ve Střešovicích nám mile řekli, že by s námi jednali jako se sestrami a umožnili nám plnohodnotnou práci ve směně se sestrou a dorovnali by nám plat osobním ohodnocením a umožnili nám další vzdělávání. Takže smysl tento obor nemá, jen způsobil nezájem o zdravotnictví...“, „... Nemyslím si, že zdravotnický asistent má nějaký velký uplatnění v dnešních nemocnicích. Je pouze něco víc než ošetřovatelka a je i tak brán. Náš stát na tohle není stavěn...“, „... Nevím, nějaký smysl asi mají, jen by se musel změnit celý koncept zdravotnických tabulek. Jsou oddělení kam se hodí, kde je více ošetřovatelské péče, třeba v domovech důchodců, ale jinak nevím...“

Tyto věty mě moc netěší, protože si myslím, že smysl této profese má a v praxi se uplatnění pro zdravotnické asistenty také najde. Původně jsem měla stejný názor jako respondenti, ale po podrobném prostudování souvisejících právních předpisů a nastínění jejich začlenění do ošetřovatelského týmu zejména na gerontologickém oddělení a oddělení následné péče jsem pochopila smysl této profese a brala jsem to jako dobrou posilu pro sestry.

- Motivace ke zvýšení kvalifikace

Za hlavní motivace ke studiu na vysoké škole uvedli všichni respondenti tři důvody a to lepší finanční ohodnocení, rozšíření kompetencí a možnost pracovat samostatně jako sestry. Příkladem za všechny mohou být tyto věty třech respondentů: „... Motivovala mě nutnost a touha po vyšším vzdělání a vidina budoucnosti na JIP, kde zdravotnický asistent nestačí. A taky lepší peníze...“, „...možnost pracovat samostatně bez dohledu sestry a více peněz...“, „... práce sestry, kterou nejde dělat bez vyššího vzdělání, vyšší plat a rozsáhlejší kompetence než zdravotnický asistent...“

K těmto motivacím není co dodat. Ve všem mají respondenti pravdu. Sestry mají nejen více kompetencí a mohou v některých případech daných vyhláškou pracovat samostatně, ale mají také daleko větší plat a osobní ohodnocení. A také jejich uplatnění na trhu práce je poměrně vysoké. Podle mého názoru a zkušeností z práce vrchní sestry v oblasti personalistiky, je jen malé procento sester, které jsou nezaměstnané. Většinou je to ze zdravotních důvodů.

Důležitou roli motivace ke zvýšení kvalifikace hraje také image profese zdravotnického asistenta u laické i odborné veřejnosti. Dva z respondentů doslova uvedli: „...Nechci pracovat pod dozorem někoho jiného, vadí mě taky omezené kompetence a být lepší uklízečka? To ne! Tak radši studuju...“, „...K dalšímu studiu mě motivovalo to, že jsem právě jen zdravotnický asistent a jako zdravotnický asistent bych v mnoha nemocnicích nesehnala ani práci, nejsou na tu alternativu pracovníka připravený...“

Z těchto vět pramení snaha o zvýšení kvalifikace právě z důvodu lepšího postavení respondentů ve společnosti a dokladuje to bohužel jejich negativní náhled na samotnou profesi.

- Osobní motivace zdravotnických asistentů k dalšímu studiu

Všechny výše zmíněné kategorie vykazují společné znaky a proto jsem je zahrnula pod jednu ústřední kategorii, která je zastřešuje.

Z výsledků jsem sestavila následující přehled ukazatelů, které jsou důvodem pro pokračování zdravotnických asistentů v dalším studiu na vysoké škole a odpovídají na jednu z hlavních otázek výzkumu týkající se motivace ke studiu a jednu specifickou otázku vztahující se na jejich uplatnění na trhu práce.

Hlavní ukazatele motivace jsou tyto:

- špatná informovanost o profesi zdravotnického asistenta při výběru střední školy

- výkon práce sestry s většími kompetencemi
- potřeba samostatné práce
- negativní image profese zdravotnického asistenta u laické i odborné veřejnosti
- malý zájem zdravotnických zařízení o profesi zdravotnického asistenta
- větší uplatnění sestry na trhu práce
- lepší finanční ohodnocení sestry
- potřeba vyššího stupně vzdělání k výkonu funkce jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví

Dalšími ukazateli, které odpovídají na specifické výzkumné otázky jsou následující:

- kladný vztah k profesi zdravotníka
- ovlivnění volby povolání blízkými osobami nebo příklady v rodině
- dostatek informací pro praxi
- nejednotnost výuky ze strany učitelů
- nemožnost využití všech informací v praxi z důvodu omezených kompetencí
- ambivalentní postoj sester ke zdravotnickým asistentům během odborné praxe
- negativní vidina smyslu profese

3.9 Diskuse a závěry výzkumu

V diskusi jsem se pokusila zodpovědět druhou hlavní otázku výzkumu týkající se porovnání výsledků provedeného výzkumu s informacemi z analýzy trhu práce ve zdravotnictví, která vycházela z dosavadních poznatků ze stávající situace. Zároveň jsem text doplnila o své osobní dojmy a názory na výsledky a o návrhy na provedení dalších možných výzkumů na dané téma.

Pokud si znovu přečteme kapitolu věnující se analýze trhu práce a porovnáme slova vyřčená odborníky na vzdělávání a personální problematiku ve zdravotnictví s výsledky výzkumu, tak dojdeme k závěru, že se v mnohém shodují. Odborníci i zdravotničtí asistenti vidí jako hlavní příčiny pokračování ve studiu na vyšších a vysokých školách negativní image profese u laické i odborné veřejnosti, malý zájem zdravotnických zařízení o profesi zdravotnického asistenta, lepší finanční ohodnocení sestry a nedostatečnou až špatnou

informovanost o podstatě profese zdravotnického asistenta a jeho kompetencích. Nejvíce tuto skutečnost vystihují slova Juráskové a Mikšové.

To, že po absolvování střední školy nastupuje do praxe velmi malý počet zdravotnických asistentů, dokladují také čísla, která jsem získala na SZŠ a VOŠZ Hradec Králové.

Pro mě alarmujícím zjištěním je také informace uveřejněná Vojtěchem ve Zdravotnických novinách o výrazně nízkém podílu pracovníků v oblasti zdravotnické péče a pečovatelsví v porovnání s ostatními zeměmi Evropské unie, čímž je Česká republika řazena do poslední čtvrtiny. Další vážné informace uveřejněné v tomtéž článku se týkají demografického vývoje a poklesu zájmu žáků o zdravotnickou profesi.

Zřejmou reakcí na všechny tyto podněty a názory především ze strany odborné veřejnosti je existence současného návrhu změny zákona 96/2004Sb. týkající se změny oboru zdravotnického asistenta na praktickou sestru vypracovaný ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s Českou asociací sester a připravený od loňského roku k přijetí v Poslanecké sněmovně. Důvodem vzniku praktické sestry je právě rozšíření kompetencí a možnost vykonávat některé výkony zejména v oblasti základní ošetrovatelské péče bez odborného dohledu. Ministerstvo zdravotnictví si od změny dále slibuje, že nový název oboru bude více veřejností akceptován. S návrhem jsem měla tu příležitost se seznámit. Mám k němu pár výhrad, které ale nejsou předmětem této diskuse.

Co se týká mého výzkumu se zdravotnickými asistenty, tak o žádném podobném nevím a ani jsem nic nenašla na internetových stránkách. Pokud se již nějaké výzkumy provedly, tak byly spíše statistického rázu o počtech absolventů oboru, jejich nástupu do praxe nebo pokračování ve studiu nebo se týkaly nějaké konkrétní situace z praxe.

Sama mám obecně s výzkumem velmi malou zkušenost a zvláště s kvalitativním, který jsem prováděla pouze dvakrát v životě a to v rámci studia na FHS a nyní. Musím tedy přiznat, že s jeho přípravou a zejména s analýzou dat jsem měla velké problémy. Nakolik se mi to podařilo, to si netroufám hodnotit.

V souvislosti s daným jevem mě napadají další možná témata výzkumů. Jako velmi zajímavé téma výzkumu se mi jeví porovnání názorů zdravotnických asistentů, kteří po absolvování střední školy nastoupili do praxe a dále nestudují s těmi, co dále studují a dosud nebyli mimo školu v praxi. Další komparativní výzkum by se mohl týkat porovnání názorů sester na profesi a její uplatnění v praxi s názorem zdravotnických asistentů. Také by byly zajímavé názory a postřehy staničních a vrchních sester, které musí naplánovat a

zajistit provoz oddělení tak, aby nedošlo k pochybení a nebyla snížena kvalita péče o pacienta. Určitě by bylo vhodné rozšířit techniky sběru dat a možnost kombinovat kvalitativní výzkum s kvantitativním.

4 Závěr

Ošetřovatelství jako vědní obor má své hluboké kořeny již v dávné minulosti. I když se o něm jako takovém v historických pramenech nemluví, je pochopitelné, že tehdejší lékaři potřebovali při své práci k ruce pomocníky, které si zřejmě vybírali z řad otroků a učili je, jak mají pomáhat a zmírňovat utrpení.

Později se věnovaly ošetřovatelství zejména ženy, kterým je potřeba starat se o druhého přirozenou vlastností. Své poznatky získané během práce s nemocnými lidmi dále rozšiřovaly, vzdělávaly se a postupně se staly neodmyslitelnými pomocníky lékařů. Jejich práce byla sice velmi záslužná, psychicky i fyzicky náročná, ale v očích veřejnosti a také finančně až na výjimky málo ceněná. Díky vytrvalosti a usilovné práci těchto žen je ošetřovatelství v současné době uznáváno jako samostatný, stále se rozvíjející vědní obor, který má vyvinutý svůj systém vzdělávání ošetřovatelských pracovníků vyplývající z potřeb praxe v oblasti komplexní péče o nemocné a opírající se změny ve společenském i politickém klimatu doby, ve které žijeme.

Největší skupinu ošetřovatelských pracovníků tvoří sestry s nejrůznější úrovní dosaženého vzdělání. Povolání sestry patří k nejtěžším, ale zároveň k nejhumánnějším povoláním v lidské společnosti. Nárůst požadavků na její práci, rozšíření kompetencí a odpovědnosti s sebou přinesl potřebu změnit systém vzdělávání této profese a přesunout ho do terciární sféry. Tento krok nastal v roce 2004, kdy došlo k úpravě legislativy v oblasti vzdělávání a střední zdravotnické školy poprvé otevřely místo oboru všeobecné sestry nový obor zdravotnický asistent. V očích odborné veřejnosti se tato změna nesetkala s kladnou odezvou a to zejména z důvodu nutnosti práce zdravotnických asistentů pod odborným dohledem sester nebo lékařů a dosud se s ní zcela neztotožnila, což dokazuje připravená novela zákona 96/2004Sb. týkající se změny oboru zdravotnický asistent na obor praktická sestra s rozšířenými kompetencemi.

Podle mého názoru a mých zkušeností z praxe mají zdravotničtí asistenti svůj smysl a najdou svoje uplatnění i v praxi. Ne každý může studovat na vyšších či vysokých školách a ne každý se tam také dostane. Jedním z cílů mé práce bylo poukázat na nedostatečné množství ošetřovatelského personálu v oblasti zdravotní a sociální péče a to zejména v geriatrické a gerontologické péči, kde je potřeba této péče největší. Smyslem teoretické i empirické části bylo dokázat, že změna struktury ošetřovatelského týmu lze a má i své opodstatnění v praxi. Otázkou zůstává nakolik ji bude možné uskutečnit vzhledem ke společenskému a ekonomickému vývoji našeho státu a jaká bude ochota ze strany zdravotnických zařízení ke změně.

5 Literatura a zdroje

Literatura

1. Armstrong, M.: Řízení lidských zdrojů. 10. vydání. Praha: Grada publishing, 2007. 800s. ISBN: 978-80-247-1407-3
2. Čabanová, A.: Obavy z nedostatku sester slíí. Jak to vidí prezidentka České asociace sester Dana Jurásková. Zdravotnické noviny. 2007, Roč.56, č.44, s.1 -2. ISSN 0044-1996
3. Disman, M.: Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vydání (5. dotisk). Praha: Karolinum, 2008. 372s. ISBN: 978-80-246-0139-7
4. Dědina, J., V., Cejthamr: Management a organizační chování. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2005. 340s. ISBN: 80-247-1300-4
5. Drucker, P., F.: To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku. 1. vydání (2. dotisk). Praha: Management Press, 2007. 300s. ISBN: 978-80-7261-066-2
6. Gladkij, I. a kol.: Management ve zdravotnictví. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003. 380s. ISBN: 80-7226-996-8
7. Gladkij, I., Z., Koldová: Propedeutika sociálního lékařství. 3. upravené vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 176s. ISBN: 80-244-1120-2
8. Grasseová, M., R., Dubec, R., Horák: Procesní řízení ve veřejném sektoru. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2008. 266s. ISBN: 978-80-251-1987-7
9. Grohar-Murray, M., E., H., R., DiCroce: Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2003. 320s. ISBN: 80-247-0267-3
10. Haškovcová, H.: České ošetrovatelství 10. Manuálek ze sociální gerontologie. Ediční řada-Praktické příručky pro sestry. 1. vydání (dotisk) Brno: NCONZO, 2006. 72s. ISBN: 80-7013-363-5
11. Haškovcová, H.: Informovaný souhlas. Proč a jak? 1. vydání. Praha: Galén, 2007. 104s. ISBN: 978-80-7262-497-3
12. Haškovcová, H.: Lékařská etika. 3. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. 272s. ISBN: 80-7262-132-7
13. Hayes, N.: Psychologie týmové práce. Strategie efektivního vedení týmu. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 192s. ISBN: 80-7178-983-6
14. Hellerová, M.: Metodika prevalenčního sledování dekubitů na národní úrovni. Metodické doporučení. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Věstník. Roč. 2009, částka 6. s. 69-82

15. Hendl, J.: Kvalitativní výzkum. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2008. 408s. ISBN: 978-80-7367-485-4
16. Holmerová, I., B., Jurašková, K., Zikmundová, a kol.: Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 143s. ISBN: 978-80-254-0179-8
17. Iyer, P., W., B., J., Taptich, D., Bernocchi-Losey: Nursing Proces and Nursing Diagnosis. 3. vydání. Philadelphia, Pennsylvania USA: W.B.Saunders Company, 1995. 447s. ISBN: 0-7216-5614-5
18. Kalvach, Z., Z., Zadák, R., Jiráček, H., Zavázalová, I., Holmerová, P., Weber a kol.: Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2008. 336s. ISBN: 978-80-247-2490-4
19. Kalvach, Z., A., Onderková: Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Vydané jako příloha periodika Florence, ročník II, číslo 11. Praha: Galén, 2006. 44s. ISBN: 80-7262-455-5
20. Kelnarová, J., M., Cahová, I., Křest'ánová, M., Kříváková, Z., Kovářová: Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1. ročník. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2009. 244s. ISBN: 978-80-247-2830-8
21. Klevetová, D., I., Dlabalová: Motivační prvky při práci se seniory. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2008. 208s. ISBN: 978-80-247-2169-9
22. Kozierová, B., G., Erbová, R., Olivierová: Ošetrovatel'stvo 1. 1. vydání. Martin, Slovenská republika: Osveta, 1995. 836s. ISBN: 80-217-0528-0
23. Krausová, K.: Historie českého ošetrovatel'ství. Florence. 2010, Roč.Vi., č.3, s.11-13. ISSN: 1801-464X
24. Mastiliaková, D. Úvod do ošetrovatel'ství, I. Díl. 1. vydání Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
25. Mareš, J., E., Vachková: Pacientovo pojetí nemoci I. 1. vydání. Brno: MSD, 2009. 146s. ISBN: 978-80-7392-120-0
26. Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních ošetrovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetrovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště. 1. vydání. Praha: Galén, 2008. 20s. ISBN: 978—80-7262-550-5
27. Mikšová, Z.: Uplatnění zdravotnických asistentů na trhu práce. Florence. 2009, Roč.5, č.1, s.11-13. ISSN: 1801-464X

28. Rozsypalová, M., A., Šafránková: Ošetřovatelství I. pro I.ročník středních zdravotnických škol. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2002. 231s. ISBN:80-86073-96-3
29. Rozsypalová, M., M., Staňková a kol.: Ošetřovatelství I/2 pro střední zdravotnické školy. 2. přepracované vydání. Praha: Informatorium, 1996. 209s. ISBN: 80-85427-94-X
30. Škubová, J.: Nejen o nedostatku sester. Rozhovor s Mgr. Danou Juráskovou, MBA, Ph.D., prezidentkou České asociace sester. Florence. 2009, Roč.5, č.1, s.10-11. ISSN: 1801-464X
31. Škrla, P., M., Škrlová: Kreativní ošetřovatelský management. 1. vydání. Praha: Advent – Orion, 2003. 483s. ISBN 80-7172-841-1
32. Trachtová, E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2. nezměněné vydání (dotisk) Brno: NCONZO, 2008. 185s. ISBN: 80-7013-324-4
33. Topinková, E.: Geriatrie pro praxi. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270s. ISBN: 80-7262-365-6
34. Vašátková, I.: Ošetřovatelská dokumentace. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus, 2005. 68s. ISBN: 80-86225-72-0
35. Vojtěch, J.: Uplatnění absolventů zdravotnických škol. Zdravotnické noviny. 2009, Roč. 58, č. 50, s. 30-31. ISSN: 0044-1996

Zákony a vyhlášky

1. Zákon č. 96/2004 ve znění pozdějších předpisů vymezuje získávání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.
2. Vyhláška č. 424/2004Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 401/2006Sb.
3. Vyhláška č. 39/2005 Sb., která stanovuje minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání
4. Vyhláška č. 493/2005Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
5. Vyhláška č. 385/2006Sb., o zdravotnické dokumentaci
6. Nařízení vlády č. 138/2009Sb., kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců

ve veřejných službách a správě

7. Vyhláška č. 472/2009Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
8. Vyhláška č. 4/2010Sb., kterou se stanovuje kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu pracovníků
9. Nařízením vlády č. 31/2010Sb., které stanovuje obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí

Webové stránky

1. Management zdravotnických služeb. Ošetřovatelský management. Management v ošetřovatelství.[online]. [cit.7.1.2010] Dostupné z:
http://www.wikiskripta.eu/index.php/Management_zdravotnickych_sluzeb
2. Koncepce ošetřovatelství. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Věstník. Roč.2004, částka 9 [online]. [cit. 7.1.2010] Dostupné z:<http://vnl.xf.cz/ose/ose-vestnik2004.php>
3. Koncepce domácí péče. 2006. [online]. [cit.7.4.2010] Dostupné z:<http://www.domaci-pece.info/koncepce-domaci-pece0>
4. Nahradí Praktická sestra Zdravotnického asistenta, pokud ano, od kdy? Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. [cit.4.5.2010] Dostupné z:http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/zpusobilost-zdravotnickych-pracovniku-04_1475_3.html
5. Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu. [online]. [cit.4.5.2010] Dostupné z:http://www.mzcr.cz/unie/dokumenty/metodicky-pokyn-k-realizaci-a-ukonceni-adaptacniho-procesu-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky_2340_930_3.html
6. Fakultní nemocnice Hradec Králové. Informace pro veřejnost.[online]. [cit.10.5.2010] Dostupné z: <http://www.fnhk.cz/>
7. Klinika gerontologická a metabolická. Fakultní nemocnice Hradec Králové. Základní informace. [online]. [cit.10.5.2010] Dostupné z: <http://www.fnhk.cz/cze/index.php?dir=42&id=827>

8. Gerontologické centrum Praha 8. [online]. [cit.10.5.2010]

Dostupné z: <http://www.gerontocentrum.cz/>

Analyzované dokumenty

1. Náplň práce náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Formuláře FN HK.s.d. Zdroj: Intranet FN HK
2. Náplň práce vrchní sestry. Formuláře FN HK.s.d. Zdroj: Intranet FN HK
3. Náplň práce staniční sestry. Formuláře FN HK.s.d. Zdroj: Intranet FN HK
4. Organizační řád ZD_2. Vnitřní předpisy FN HK. 2009. Zdroj: Intranet FN HK

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Počet minut základní ošetrovatelské péče za 24h dle ošetrovatelských kategorií pacientů.....	69
Tabulka č. 2: Počet minut základní ošetrovatelské péče za 24h dle ošetrovatelských kategorií pacientů na gerontologickém oddělení.....	71
Tabulka č. 3: Počet minut specializované péče za 24h dle jednotlivých výkonů na gerontologickém oddělení.....	72
Tabulka č. 4: Počet minut celkové ošetrovatelské péče na všechny pacienty za 24 h na gerontologickém oddělení.....	73
Tabulka č. 5: Počty úvazků a kvalifikační zastoupení ošetrovatelských pracovníků na gerontologickém oddělení dle vypočítané hodnoty.....	74
Tabulka č. 6: Současný stav ošetrovatelského personálu na gerontologickém oddělení.	74
Tabulka č. 7: Současný stav rozpisu směn na gerontologickém oddělení na 24h.....	75
Tabulka č. 8: Návrh změny stavu ošetrovatelského personálu na gerontologickém oddělení.....	75
Tabulka č. 9: Návrh změny rozpisu směn na gerontologickém oddělení na 24h.....	76
Tabulka č. 10: Počet minut základní ošetrovatelské péče za 24h dle ošetrovatelských kategorií pacientů na oddělení následné péče.....	76
Tabulka č. 11: Počet minut specializované péče za 24h dle jednotlivých výkonů na oddělení následné péče.....	77
Tabulka č. 12: Počet minut celkové ošetrovatelské péče na všechny pacienty za 24h na oddělení následné péče.....	78
Tabulka č. 13: Počty úvazků a kvalifikační zastoupení ošetrovatelských pracovníků na oddělení následné péče dle vypočítané hodnoty.....	79
Tabulka č. 14: Současný stav ošetrovatelského personálu na oddělení následné péče..	79
Tabulka č. 15: Současný stav rozpisu směn na oddělení následné péče na 24h.....	80
Tabulka č. 16: Počet minut základní ošetrovatelské péče za 24h dle ošetrovatelských kategorií pacientů na rehabilitačním oddělení.....	84

Tabulka č. 17: Počet minut specializované péče za 24h dle jednotlivých výkonů na rehabilitačním oddělení.....	85
Tabulka č. 18: Počet minut celkové ošetrovatelské péče na všechny pacienty za 24h na rehabilitačním oddělení.....	85
Tabulka č. 19: Počty úvazků a kvalifikační zastoupení ošetrovatelských pracovníků na rehabilitačním oddělení dle vypočítané hodnoty.....	86
Tabulka č. 20: Současný stav ošetrovatelského personálu na rehabilitačním oddělení...	87
Tabulka č. 21: Současný stav rozpisu směn na rehabilitačním oddělení na 24h.....	87
Tabulka č. 22: Návrh změny stavu ošetrovatelského personálu na rehabilitačním oddělení.....	88
Tabulka č. 23: Návrh změny rozpisu směn na rehabilitačním oddělení na 24h.....	88
Tabulka č. 24: Přehled základních kategorií výzkumu.....	98

Seznam použitých zkratk

č. – číslo

ČR – Česká republika

FN HK – Fakultní nemocnice Hradec Králové

ICN – International Council of Nurses – Mezinárodní rada sester

i.m. – aplikace injekčního roztoku do svalu

in - v

i.v. – aplikace injekce do žíly

kol. – kolektiv

NCONZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

P - puls

Sb. – sbírky zákonů

s.c. – aplikace injekčního roztoku do podkoží

s.d. – sine date, bez datumového označení

SZŠ – Střední zdravotnická škola

TK – tlak krve

TT- tělesná teplota

tzv. – tak zvanou

VOŠZ – Vyšší odborná škola zdravotnická

WHO – World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace

ZA – zdravotnický asistent

ZPBD se spec. – zdravotnický pracovník bez odborného dohled, specialista”

ZPBD – zdravotnický pracovník bez odborného dohledu

ZPOD – zdravotnický pracovník pod odborným dohledem

Seznam příloh

Příloha č. 1: Ošetrovatelské kategorie pacientů v ústavní péči

Příloha č. 2: Projekt diplomové práce

Příloha č. 1: Ošetřovatelské kategorie pacientů v ústavní péči

Kategorie 1: Pacient soběstačný. Je nezávislý na základní ošetřovatelské péči

Kategorie 2: Pacient částečně soběstačný. Pacient se sám obslouží s dopomocí, je schopen pohybu mimo lůžko s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku.

Kategorie 3: Pacient vyžadující zvýšený dohled. Pacient je lucidní, neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující zvýšený dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu nebo farmakologické zklidnění.

Kategorie 4: Pacient imobilní. Pacient je lucidní, zcela imobilní, případně inkontinentní, vyžadující ošetřovatelskou pomoc při všech úkonech

Kategorie 5: Pacient v bezvědomí nebo případně v deliriózním stavu.

(Vyhláška 472/2009Sb.)

Příloha č. 2: Projekt diplomové práce

Projekt diplomové práce

Jméno studenta: **Bc. Dana Vaňková**

Vedoucí práce : **Doc. MUDr. Iva Holmerová Ph.D.**

Imatrikulační ročník: **2008**

Osobní číslo: **72395849**

Název:

Změna struktury ošetrovatelského týmu gerontologického oddělení a oddělení následné péče z pohledu nové legislativy

Anglický název:

The Change in Structure of the Nursing Team at the Department of Gerontology and Long Term Care Unit from the Point of View of New Legislation

Formulace a vstupní diskuse problému.

Pracuji na pozici vrchní sestry Kliniky gerontologické a metabolické jedné z největších klinik ve Fakultní nemocnici (FN) Hradec Králové. Součástí mé práce je mimo jiné personální zajištění jednotlivých oddělení kliniky nelékařskými zdravotnickými pracovníky v návaznosti na jejich dosaženou kvalifikaci. Plány pracovníků (počet tabulek s potřebnou kvalifikací) se pro jednotlivé kliniky upravují a projednávají s jejich vedením (přednostou kliniky, zástupcem pro LPP a vrchní sestrou) v rámci sestavování rozpočtu na daný rok s ředitelem FN, ekonomickým náměstkem a hlavní sestrou nemocnice. Tyto plány vycházejí z platných předpisů, zejména zákonů, vyhlášek Ministerstva zdravotnictví a v návaznosti na to z doporučení zdravotních pojišťoven stanovujících počet, vzdělání a další kvalifikaci jednotlivých zdravotnických pracovníků.

V roce 2008 se poprvé na trhu práce objevila nová profese „Zdravotnický asistent“. Jedná se o středoškolsky vzdělaného zdravotnického pracovníka s kompetencemi v podstatné části ošetrovatelské péče, které jsou dány zákonem 96/2004Sb.a vyhláškou 424/2004Sb. Vznikla potřeba začlenit danou profesi do ošetrovatelského týmu a provést novou systematizaci pracovních míst. Objevil se však problém, jak stanovit počet

zdravotnických asistentů vzhledem ke stávajícímu stavu všeobecných sester tak, aby nedošlo ke snížení kvality poskytované ošetrovatelské péče a zároveň byly dodrženy veškeré podmínky legislativy vztahující se k požadavkům na úroveň kvalifikace ošetrovatelského personálu v pracovní směně.

Současné normativy nelékařského zdravotnického personálu neodráží reálný nárůst nejen specializované ošetrovatelské péče, ale také administrativní zátěže. Všeobecné sestry kromě základní ošetrovatelské dokumentace (anamnéza, plán péče, záznam vývoje stavu pacienta, překladová a propouštěcí zpráva) musí vést např. záznamy vývoje bolesti, hojení ran, nutriční screening a sledovat a zaznamenávat indikátory kvality péče (riziko a výskyt dekubitů, pády a zranění pacientů apod.).

Oddělení akutní a následné péče zabývající se léčbou a péčí o nemocné seniory mají svá specifika v oblasti náročnosti a vytíženosti ošetrovatelského personálu nejen po stránce fyzické, ale také psychické. Nezřídka se setkáváme u pracovníků na takovýchto pracovištích se syndromem vyhoření. Průměrná kategorie ošetrovatelské náročnosti našich pacientů patří k nejvyšším v porovnání s jinými například interními nebo chirurgickými obory. Počet a struktura kvalifikovaného personálu jsou úzce spjaty s úrovní kvality poskytované ošetrovatelské péče. Nedostatek personálu se tak odráží nejen v oblasti uspokojování základních potřeb pacientů, ale také v možném výskytu tzv. mimořádných událostí závažného charakteru kam bezesporu patří pády pacientů s následnými těžkými zraněními až s letálními následky.

Ve své diplomové budu vycházet z nedávné historie mapující strukturu ošetrovatelského týmu, poté se zaměřím na koncepci ošetrovatelského procesu, na jednotlivé ošetrovatelské kategorie pacientů a etické aspekty ošetrovatelské péče. V dalších krocích se budu zabývat manažerskými rolemi a funkcemi vrchních a staničních sester v oblasti personální politiky, problematiky vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a získávání jejich odborné způsobilosti, řízení kvality ošetrovatelské péče a teorií řízení změny a strategickým plánováním se zaměřením na dané téma.

Aktuálnost tématu není dána jen vznikem nové profese zdravotnického asistenta s potřebou jejího začlenění do struktury ošetrovatelského týmu, ale také demografickým vývojem nejen v České republice, ale i v ostatních evropských zemích. Podklady budou využity také Českou gerontologickou a geriatrickou společností při opakovaných jednáních s Ministerstvem zdravotnictví. Dalším neméně významným aspektem je současná hospodářská krize, jejímž důsledkem jsou mimo jiné negativní dopady především na hrazení zdravotní a sociální péče a to má vliv na rozsah a obsah poskytované péče s důrazem na snižování počtu zejména ošetrovatelského personálu ve zdravotnických

zařízeních. Ruku v ruce s tím jde i snižování mzdového ohodnocení jednotlivých pracovníků. V konečné fázi na to doplácí hlavně senioři, kteří tuto péči potřebují nejvíce.

Návrh optimalizace struktury ošetrovatelského personálu vyplývající z provedené pilotní studie v rámci diplomové práce by mohl sloužit jako jakýsi obecný návod pro stanovení počtu personálu na gerontologických odděleních akutní a následné, eventuelně i dlouhodobé péče, případně může být vodítkem pro provedení dalších výzkumů na dané téma.

Pracovní postup

Diplomovou práci budou tvořit dvě části a to část teoretická a část praktická.

1. Teoretická část

- struktura ošetrovatelského týmu od historie po současnost (krátké srovnání vývoje a změn)
- koncepce ošetrovatelského procesu, ošetrovatelské kategorie pacientů
- etické aspekty ošetrovatelské péče se zaměřením na seniory
- teorie řízení změny a strategického plánování se zaměřením na danou problematiku
- role a funkce manažera ve zdravotnictví se zaměřením na vrchní sestru a staniční sestru
- personální politika, řízení lidských zdrojů v rámci kompetencí vrchních sester
- řízení kvality ošetrovatelské péče se zaměřením na dané téma
- problematika úrovně vzdělání a kvalifikace nelékařského zdravotnického personálu – specializace v daném oboru

2. Praktická část – kvalitativní výzkum

- Pilotní studie provedená na gerontologickém oddělení a oddělení následné péče ve FN Hradec Králové a v Gerontologickém centru v Praze
- Komunikace s vyšším managementem (šetření formou rozhovorů, získání kvantitativních podkladů, návrhů optimálního personálního zajištění) – s hlavní sestrou, ekonomickým náměstkem a případně se ředitelem FN a s ředitelkou Gerontologického centra Praha
- Komunikace se středním a nižším managementem (šetření formou rozhovorů, získání kvantitativních podkladů, návrhů optimálního personálního zajištění) – s vrchní a staniční sestrou Gerontologického centra Praha a staničními sestrami gerontologického oddělení a oddělení následné péče ve FN Hradec Králové
- Návrh změny a možnost její implementace do praxe (gerontologické oddělení a oddělení následné péče FN, Gerontologické centrum Praha)

Použité metody

- Analýza situace - trh práce, ekonomické podmínky pro změnu
- Analýza dokumentů souvisejících s tématem – zákony, vyhlášky, metodické pokyny, směrnice FN, koncepce gerontologie a geriatrie
- Statistické údaje o poměrech počtu výkonů základní a specializované ošetrovatelské péče na jednotlivých odděleních v rámci pilotní studie
- Strukturované rozhovory s otevřenými otázkami
- Práce s odbornou literaturou, její studium
- Práce s internetovými zdroji

Časový harmonogram práce

- Říjen, listopad 2009 – promyšlení a ujasnění si tématu diplomové práce
- Prosinec 2009, leden 2010 – předložení projektu diplomové práce ke schválení vedoucím práce, registrace projektu na FHS
- Únor 2010 – tvorba koncepce práce, vyhledání aktuálních zdrojů
- Březen 2010 – 1. konzultace s vedoucím diplomové práce
- Duben 2010– 2. konzultace s vedoucím práce
- Květen 2010 – odevzdání diplomové práce, přihlášení se ke státním závěrečným zkouškám

Předběžná literatura

1. Armstrong, M.: Řízení lidských zdrojů. Grada publishing, Praha, 2002, ISBN 80-247-0469-2.
2. Drucker, P.,F.: To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku. Managament Press, s.r.o., Praha, 2007, ISBN 978-80-7261-066-2.
3. Gladkij, I. a kol.: Management ve zdravotnictví. Computer Press, Brno, 2003, ISBN 80-7226-996-8.
4. Gladkij, I., Koldová, Z.: Propedeutika sociálního lékařství. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2005, ISBN 80-244-1120-2.
5. Gladkij, I., Strnad, L.: Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2002, ISBN 80-244-0500-8.
6. Haškovcová, H.: Lékařská etika. Galén, Praha, 2002, třetí rozšířené vydání, ISBN 80-7262-132-7.
7. Hendl, J.: Kvalitativní výzkum. Portál, Praha, 2008, druhé aktualizované vydání, ISBN 978-80-7367-485-4, str. 173.
8. Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K. a kol.: Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. přepracované a doplněné vydání, Gerontologické centrum, Praha, 2007, ISBN 978-80-254-0179-8.
9. Kalvach, Z.: Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Grada publishing, Praha, 2004, ISBN 80-247-0548-6.
10. Kelnarová, J.: Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty – 1. ročník. Grada publishing, Praha, 2009, ISBN 978-80-247-2830-8.
11. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R.: Ošetřovatelství 1. 1. vyd.. Martin, Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0.
12. Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R.: Ošetřovatelství 2. 1. vyd.. Martin, Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0.
13. Mastiliaková, D.: Úvod do ošetřovatelství. 1. vyd. Praha, UK Karolinum, 2002, ISBN 80-246-0428-0.
14. Pochylá, K., Pochyl, O.: Metodika kvantifikace ošetřovatelské péče pro stanovení počtu ošetřovatelského personálu. IDVPZ, Brno, 1999.
15. Škrla, P., Škrlová, M.: Kreativní ošetřovatelský management. Advent – Orion s.r.o., Praha, 2003, ISBN 80-7172-841-1.
16. Venglářová, M.: Problematické situace v péči o seniory. 1. vyd. Grada publishing, Praha, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5.

17. vyhláška 424/2004Sb. a metodické pokyny MZ

18. zákon č. 96/2004Sb.