

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče



Bc. Kateřina Pospíšilová

Složení týmu na oddělení intenzivní péče a jeho optimalizace.

The composition of the team at the intensive care and its optimization.

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. et Mgr. Eva Prošková

Praha 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu a že má práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 8. 7. 2011

Bc. Kateřina Pospíšilová

Poděkování

Děkuji především své vedoucí diplomové práce, paní Mgr. et Mgr Evě Proškové, za trpělivé a důsledné vedení, za její zkušenosti a rady, které mi poskytla a za neméně důležitý lidský přístup při osobních konzultacích.

Dále bych ráda poděkovala svým odborným konzultantům, paní Mgr.Miladě Gregorovičové, vrchní sestře KARIM VFN a jejímu zástupci, panu Mgr.Ondřejovi Ulrychovi za cenné rady z praxe.

Děkuji také celé mé rodině, hlavně mému manželovi a švagrovi za technické poradenství při zpracování mé závěrečné práce a za nekonečnou trpělivost a podporu.

Identifikační údaje:

POSPÍŠILOVÁ, Kateřina. Složení týmu na oddělení intenzivní péče a jeho optimalizace. (The composition of the team at the intensive care and its optimization.) Praha, 2011, 141 s, 1 příloha, 38 tabulek, 27 grafů. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 2011. Vedoucí závěrečné práce Mgr. et Mgr. Eva Prošková.

Abstrakt v českém jazyce:

Diplomová práce je věnována problematice počtu ošetrovatelského personálu na jednotce intenzivní péče.

V teoretické části se zabývám obecnou charakteristikou týmu, kterou dále specifikuji do prostředí ošetrovatelství na oddělení intenzivní a resuscitační péče. Specifikace se týká zastoupení jednotlivých ošetrovatelských profesí, jejich vzdělávání a kompetence. Snažím se zmapovat právní i mimoprávní předpisy určující nebo doporučující počet a složení ošetrovatelského personálu na intenzivních a resuscitačních odděleních. V poslední kapitole teoretické části se pozastavuji nad otázkou optimalizace ošetrovatelského týmu.

Praktická část je zaměřena na analýzu dat získaných z výzkumného šetření na téma výše uvedené. K získání dat jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu pomocí strukturovaného dotazníku. Snahou praktické části je zjistit soulad či rozpor mezi právními a mimoprávními předpisy a jejich plnění v praxi.

Klíčová slova:

Ošetrovatelský tým, optimalizace ošetrovatelského týmu, vzdělávání v ošetrovatelství, kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků.

Summary:

The thesis is devoted to the issue of the number of nursing staff at the intensive care unit. The theoretical part deals with general characteristics of the team, which also specify the environment of nursing at the intensive care unit. The specification concerns with the representation of the individual nursing professions, their education and jobs skills. I try to map out legal and non – legal regulations determining or recommending the number and the composition of nursing staff at the intensive care and resuscitation units. The last chapter of the theoretical part is concerned with the issue of optimalization of the nursing team.

The practical part is focused on analyzing data collected from the research on the topic mentioned above. To obtain the data I chose the method of quantitative research using a structure questionnaire. The aim of the practical part is to determine consistency or inconsistency between the legal and non – legal rules and their implementation in practice.

Key words:

The nursing team, optimalization of the nursing team, education in nursing, paramedical staff competences.

Obsah:

1. ÚVOD	8
2. TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1. Obecná charakteristika týmu.....	9
2.1.1. Druhy týmu	10
2.1.2. Vedení týmu	12
2.1.3. Hlavní koncepce týmů	13
2.2. Týmová práce v ošetrovatelství	13
2.2.1. Organizační formy ošetrovateľské péče.....	14
2.2.2. Systém diferencované péče	17
2.3. Ošetrovateľský tým na jednotce intenzivní péče	18
2.4. Vzdelávání ošetrovateľských pracovníků na jednotkách intenzivní péče	20
2.4.2. Současný systém vzdelávání ošetrovateľských pracovníků	20
2.4.2.1. Kvalifikační vzdelání ošetrovateľských pracovníků.....	21
2.4.2.2. Možnosti získání specializované způsobilosti v intenzivní péči	23
2.4.2.3. Zvláštní odborná způsobilost.....	25
2.4.2.4. Celoživotní vzdelávání nelékařských zdravotnických pracovníků.....	26
2.4.3. Vzdelávání a jeho skutečná realizace.....	27
2.5. Kompetence ošetrovateľských pracovníků na jednotkách intenzivní péče	28
2.5.1. Regulace sestřerské profese.....	30
2.5.2. Přehled činností ošetrovateľských pracovníků	32
2.6. Složení ošetrovateľského týmu na jednotkách intenzivní péče	36
2.6.1. Právní předpisy upravující složení ošetrovateľského personálu na jednotkách intenzivní péče	36

2.6.2 Další předpisy upravující složení ošetrovatelského personálu na jednotkách intenzivní péče	38
2.6.2.1 Standardy ošetrovatelské péče	39
2.6.2.2 Doporučení profesních organizací	40
2.6.2.3 Vnitřní předpisy a standardy vypracované zdravotnickým zařízením ..	41
2.6.2.4 Akreditační standardy	43
2.6.3 Optimalizace složení ošetrovatelského týmu na jednotkách intenzivní péče	44
2.6.3.1 Kompetence ošetrovatelských pracovníků a jejich využívání, nevyužívání a zneužívání	45
2.6.3.2 Problematika nedostatečného množství ošetrovatelského personálu	48
3. PRAKTICKÁ ČÁST	53
3.1 Cíle diplomové práce	53
3.2 Hypotézy	53
3.3 Metodika	54
3.2.1 Sběr dat	54
3.4 Šetření	55
3.4.1 Charakteristika skupiny respondentů	55
3.5 Popis výsledků	60
3.6 Diskuze	121
4. ZÁVĚR	131
5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	132
6. PŘÍLOHY	135

1. ÚVOD

„Nemá-li ošetřovatelka klesnouti zase o úroveň dřívější, má – li být uvědomělou, informovanou a nadšenou bojovnicí proti rozšiřování chorob, nelze jejího vzdělávání omezovati“¹

Stanovení optimálního zastoupení jednotlivých profesí nelékařského povolání na jednotkách intenzivní péče je stěžejní pro stavbu dobrého a hlavně funkčně výkonného ošetřovatelského týmu. Nedostatek nejen sester, ale i ošetřovatelů a sanitářů je denní problém k řešení snad každého manažera v ošetřovatelské oblasti.

Doba, ve které máme sestry vzdělané, sestry specializované v různých oborech, doba ve které přibyli do ošetřovatelského týmu zdravotničtí asistenti, si vyžaduje zamyšlení nad kompetencemi a uplatněním nejen jednotlivých profesí, ale i jednotlivců s různým stupněm vzdělání.

Přesně stanovené kompetence všech zastoupených profesí ošetřovatelského týmu ve formálním smyslu, ale i v praxi realizované tyto formální kompetence kompetencemi materiálními, jsou předpokladem funkčního týmu poskytujícího tu nejlepší péči optimální nejen z hlediska kvality, ale i hospodárnosti.

¹ Syllaba, L. *Vlastnosti moderní ošetřovatelky*. 1922. In Kafková, V. *Z historie ošetřovatelství*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno. 1992

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. *Obecná charakteristika týmu*

Týmy a skupiny lidí najdeme všude: v průmyslu a politice, ve firmách, ve školách a v různých profesních sdruženích, v nemocnici. Můžeme říct kdekoliv, kde se lidé shromažďují, aby věci dělali společně.²

Týmová atmosféra a týmový přístup k práci jsou jednou za základních podmínek efektivní ošetrovatelské péče na odděleních. Sestry jsou daleko úspěšnější a efektivnější, jestliže pracují společně jako tým. Jejich energie je nasměrována ke společnému cíli a výsledkem je kolektivní atmosféra důvěry a pocit sounáležitosti. Sestry, které pracují v dobrém týmu, se mohou cítit stejně vyčerpané po celodenní námaze na oddělení jako ty, které v dobrém týmu nejsou. Rozdíl ale spočívá v tom, že sestry pracující v kvalitním týmu si navzájem dodávají energii a podporují se. Práce je pro ně zážitkem, radostí a výzvou.³

Označíme-li tedy skupinu jako tým, ještě to neznamena, že daná skupina jako tým pracuje a jako tým jedná. Obklopí-li se manažer svými podřízenými, kteří mu při ranní poradě sdělují informace plynoucí z jejich odborných pozic, o týmovou práci většinou nejde. Lidé pracující v týmu jdou společnými silami za stejným cílem, vzájemně spolupracují a jsou zainteresováni do společné zodpovědnosti. Navzájem si důvěřují a není výjimkou, že je jejich společná práce baví. Z týmové práce v pravém slova smyslu plyne větší pružnost při řešení nečekaných událostí a vzájemná zastupitelnost, větší prostor pro osobní rozvoj zaměstnanců díky otevřené atmosféře, vyšší motivace způsobená zainteresováním v týmu, snazší přijímání změn a mnoha dalších pozitivů nejen pro zaměstnance, ale i pro manažera ošetrovatelské péče.⁴

V době, kdy ubývá zdrojů ve zdravotnictví, jak personálních, tak finančních, kdy je nedostatek zdravotnických pracovníků, kdy vrcholový management neustále vybízí

² LAFASTO, F., LARSON, C. *When Teams work best*. California, Sage Publication, 2001

³ ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha, Advent Orion. 2003, str. 358

⁴ URBAN, J. *10 nejdražších manažerských chyb*. Praha. Grada Publishing. 2010, str. 135 – 136

zaměstnanec ke zvyšování produktivity, je pochopení významu týmové práce pro sestry manažerky opravdu důležité.

Obecně lze říci, že cílem týmové práce je zvyšování produktivity s pomocí synergického efektu a rozumné dělby práce. Síla týmu se projevuje jako „doladování“ tvůrčích myšlenek členů týmu a v jejich praktické a efektivní realizaci.⁵

Zatímco Petr a Magda Škrlovi hovoří spíše o sestrách jako síle týmu, dle mého názoru nejen sestry, ale i zdravotničtí asistenti, ošetřovatelé a sanitáři tvoří spolu se sestrami ošetřovatelský tým lidí bojující denně za životy lidí a spokojenost pacientů. Pochopení týmové práce je dle mého názoru nejpodstatnější právě ze strany ošetřovatelského personálu – z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že pracovat a být si vědom lidí, kteří jsou kolem vás a stojí za vámi, nejen dodává energii, ale i větší jistotu do práce.

2.1.1. Druhy týmu

Termíny, se kterými se nejčastěji v literatuře o týmech a týmové práci setkáváme, jsou podle Petra a Magdy Škrlových tým, pseudotým, pracovní skupina, autonomní skupiny, autonomní týmy.

Tým je menší skupina lidí, kteří se vzájemně doplňují ve svých dovednostech, zaměřují se na společný cíl, mají společné výkonnostní záměry a společnou odpovědnost. Hlavním cílem skutečného týmu je výkonnost. Týmová práce sama o sobě ji ale nezaručuje. K tomu je třeba také týmové disciplíny. Tým má často svého vůdce, ale pro úspěch týmu je rozhodující vzájemná odpovědnost všech členů za výsledek, tak jak to vidíme u sehraného motivovaného týmu hráček.

Pseudotým vzniká často na přání nebo rozkaz vrcholového managementu vytvořit tým za každou cenu. Takovým týmům se obvykle vnucují hodnoty jako jsou kreativita a angažovanost.

⁵ ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLOVÝ, P. *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha, Advent Orion. 2003, str. 358

Pracovní skupina pracuje pod vedením vedoucího, který je členem skupiny. Vedoucí deleguje práci, ale na rozdíl od týmu, kde je odpovědnost kolektivní, odpovídá sám za její pracovní výsledek.⁶

Autonomní (sebeřídící) skupina má plnou zodpovědnost za vykonanou práci a sama rozhoduje o převzetí případných úkolů, skupina sama zajišťuje kontrolní činnost, má možnost volit individuální pracovní metody, spolurozhoduje o pracovním prostředí a o odměnách za práci. Práce se rozděluje v rámci skupiny samostatně.⁷ Tímto se lidem poskytuje autonomie a možnost podílet se na rozhodování, čímž se zpětně vytváří podmínky pro motivaci pracovníka.⁸

Gladkij uvádí mezi nejčastějšími druhy skupin sociální a pracovní skupinu, pracovní, virtuální a interkulturní tým.⁹

Sociální skupina bývá nejčastěji definována jako skupina tří nebo více jedinců, mezi kterými existuje společný určitý společenský vztah a vzájemné psychické vazby.

Pracovní skupina podle Gladkeho je typická malá sociální skupina. Tvoří ji lidé jednoho pracoviště, kteří jsou spojeni společnou činností, vnitřní strukturou sociálních rolí a jednotným vedením.

Pracovní tým je specifickým druhem pracovní skupiny. Označuje zpravidla vnitřně formálně nestrukturovanou malou skupinu lidí, kteří v jejím rámci po stanovenou dobu podávají společný výkon.

Virtuální tým je tým lidí, kteří jsou navzájem odděleni, pracují na různých místech a komunikují spolu převážně prostřednictvím elektronických médií.¹⁰

Interkulturní tým je tým složený z lidí pocházejících z různých kultur.¹¹

⁶ ŠKROVÁ, M., ŠKRLA, P. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha, Advent Orion. 2003, str. 358

⁷ Autonomní pracovní skupina [online] [cit. 24.2.2011] Dostupné na WWW: motiv8.cz

⁸ ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. Grada. 2007, str. 281

⁹ GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Computer press. 2003, str. 194 - 195

¹⁰ Virtuální tým [online] posl.aktual. červen 2006 [cit.12.4.2011] Virtual teams. Dostupné z WWW: seanet.com/~daveg/vrteams.htm

¹¹ GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Computer press. 2003, str. 195

2.1.2. Vedení týmu

Pokud bychom se snažili najít odbornou veřejností uznávanou definici vedení, našly bychom jich velké množství, ale zároveň žádnou, která je pokládána za tu nejlepší. Vedení lidí je ve své podstatě schopnost vedoucího, přimět své podřízené, aby dělali to, co je od nich požadováno. Současně však, aby nevykonávali činnosti, které se po nich nevyžadují nebo jsou dokonce vedoucím zakázané.¹²

Mluvíme-li o vedení týmu, nemyslíme tím souhrn dominantního postavení jednotlivce a práce ostatních členů týmu, ale máme na mysli jejich vzájemné vztahy. Svrchovaná autorita a skutečná podpora vedení tam, neleží na jednotlivci, byť je dominantní, ale na celkové situaci a na požadavcích situace. Nařízení vyplývající z konkrétní situace, kterou vedoucí dokáže dát na vědomí ostatním, vede je, aby tyto lidé byli ochotní nařízení splnit, a je schopen objevit kolektivní schopnosti a emocionální přístupy, díky nimž lze úspěšně vyřešit problémy skupiny.¹³

Vedení je složitý a mnohorozměrný pojem. Je to proces zahrnující sociální, etické a teoretické složky. Sociální povaha vedení vyžaduje mezilidské schopnosti nutné k tomu, aby se jedinec dokázal v různých situacích chovat efektivně. Do etické povahy vedení patří neodmyslitelná moc vedoucí pozice, která, pokud je uplatňována, by měla prospívat všeobecnému blahu.

Styly rozhodování vedoucích byly popsány více autory a více způsoby, ale nejčastější je následujícími typ rozdělení. Autokratický neboli diktátorský styl znamená, že všechna rozhodnutí dělá vedoucí a neumožňuje podřízeným ovlivňovat proces rozhodování. Druhý systém rozhodování je participační neboli demokratický. V tomto případě vedoucí konzultuje příslušné náležitosti s podřízenými a umožňuje jim do jisté míry ovlivnit proces rozhodování. Třetí systém se nazývá laissez – faire neboli systém povolené uzdy, což znamená, že vedoucí poskytuje své skupině naprostou samostatnost.¹⁴

¹² ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P., *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha, Advent Orion. 2003, str. 264

¹³ GROHAR - MURRAY, M. E., DICROCE, H. R., *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha Grada, 2003, str. 38

¹⁴ GROHAR - MURRAY, M. E., DICROCE, H. R., *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha Grada, 2003, str. 40

2.1.3. Hlavní koncepce týmů

Společenství zaměstnanců jen zřídka produkuje spontánní týmovou spolupráci, většina týmů se týmové spolupráci musí učit. To vyžaduje, aby členové vyzorovali, jak se chovají ve skupině a aby se zbavili zakořeněných omezujících předsudků o jednotlivých členech týmu¹⁵ (pomluvy, negativní zkušenosti atd.)

Klíčová slova k pochopení pojetí a budování týmu jsou komunikace, jednota poslání, ochota spolupracovat a odhodlání. V rámci komunikace členové týmu pochopí, jak smysluplným způsobem řídit interpersonální vztahy se svými spolupracovníky a řešit spory tak, aby nemařili spolupráci, ale podpořili ji. Posláním rozumíme cíl, plán nebo smysl práce každého týmu. Význam poslání by měl být každému jasný a všemi odsouhlasený. Čím mocnější a smysluplnější je poslání, tím rychleji se s ním členové týmu ztotožní a jsou motivováni k uskutečnění svého cíle. Organizace si nemůže dovolit zaměstnávat někoho, kdo není ochoten spolupracovat. Ochotou nerozumíme navazování osobních přátelství, ale týmovou spolupráci. Odhodlání je emocionální pohon. Většinou si lidé rychle všimnou, že projevujeme nadšení a odevzdání se nějakému projektu, záležitosti nebo svému poslání. Odevzdání lidé dělají vždy něco navíc, jsou ochotni udělat cokoli, co splnění nebo dokončení úkolu vyžaduje.¹⁶

2.2. *Týmová práce v ošetrovatelství*

Skupina sester není ještě týmem. Podle názoru Parkera, který se týmovou problematikou zabývá, je týmem jen taková skupina, jenž se vyznačuje vysokým stupněm vzájemné závislosti, je vytvořena a sjednocena za účelem dosažení určitého cíle nebo splnění úkolu a jedinou možnou cestou, jak dosáhnout společného cíle, je společná práce.¹⁷ Při poskytování finančně efektivní a vysoce kvalitní zdravotní péče jsou týmy nepostradatelné. Protože zdroje jsou dnes vynakládány daleko rozvážněji než

¹⁵ ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P., *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha, Advent Orion. 2003, str. 360

¹⁶ ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P., *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha, Advent Orion. 2003, str. 360 – 361

¹⁷ Glenn Parker. [online] Games and activities for building and training Teams. *What is a Team*. Dostupné na: <http://www.glennparker.com/Freebees/article-teamwork-and-teamplay.html>, [citováno 31.5].

dříve, týmy poskytující péči pacientům musí mít stanoveny jasně definované cíle, musí řešit problémy kreativně a vykazovat vzájemný respekt a podporu. Zdravotnická zařízení, která mají neefektivní týmy, mohou ztratit konkurenční výhodu.

Při definování týmu je tedy důležité vzít v úvahu týmy efektivní i neefektivní. Pokud tým funguje, jsou pracovní atmosféra, způsob vedení diskuzí, úroveň pochopení specifických týmových úkolů, ochota členů vzájemně si naslouchat, způsob projevení nesouhlasu úplně odlišné od týmu, který efektivně nepracuje.¹⁸

2.2.1. Organizační formy ošetrovatelské péče

Ošetrovatelskou péčí, kterou poskytují členové ošetrovatelského týmu dle svých kompetencí, musí být řádně organizována dle typu a potřeb pracoviště. Nemůžeme říct, že jedna jediná organizační forma ošetrovatelské péče je správná, protože máme více druhů oddělení poskytujících ošetrovatelskou péči (např. zdravotní standardní, zdravotní resuscitační, sociální poskytovatele).

Organizační formy ošetrovatelské péče, které uvádím, jsou seřazené podle historického vývoje a začleňování do praxe.

Případová metoda, která se používala již za doby Florence Nightingalové, začala v samém počátku ošetrovatelské profese a byla pohodlným a správným způsobem řízení péče. Celková péče o každého pacienta, včetně podávání nezbytných léků a výkonů, byla přidělována jednotlivcům. Sestry se zodpovídaly své přímé nadřízené, kterou byla vrchní sestra. Nevýhodou tohoto systému bylo, že ne všichni personál měl potřebnou kvalifikaci k poskytování všech aspektů péče a vrchní sestře se zodpovídalo příliš mnoho lidí (nadměrný rozsah kontroly).¹⁹

Funkční systém vznikl jako způsob, jak řešit otázku různé úrovně pečovatелů. Péče byla poskytována spíše na základě přidělování úkolů, ne přidělování pacientů. Systém je tedy zaměřený spíše na dokonalé plnění ordinací než na individualitu každého pacienta.²⁰ Každý pečovatel vykonával jeden určitý úkol nebo funkci, která

¹⁸ ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P., *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha, Advent Orion. 2003, str. 359

¹⁹ GROHAR-MURRAY, Mary Ellen; DICROCE, Helen R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2003, s. 163

²⁰ VOJTOVÁ, Markéta. *Organizační formy péče, systém diferenciované péče, multidisciplinární tým*. [online]. Hradec Králové :

odpovídala jeho vzdělání a praxi. Ošetřovatelky pomáhaly pacientům s hygienou a se stravou, měřily fyziologické funkce. Sestra byla odpovědná za celkové řízení, dohled a vzdělávání ošetřovatelského personálu. Očividným problémem tohoto systému byla fragmentace péče. To komplikovalo koordináční proces, což vedlo ke snížení kvality péče a k velké nespokojenosti mezi personálem.²¹

Týmové ošetřovatelství mělo vyřešit poválečný příliv pracovníků a nadměrný rozsah kontroly vrchních sester. Toho bylo možné dosáhnout vytvořením týmů. Ty se skládaly ze služebně starší sestry, která se stala vedoucí týmu, členy týmu byly dále ostatní typy sester a nižší zdravotnický personál. Pacienti byli přidělováni pracovníkům podle jejich dosaženého vzdělání a praxe.

Primární ošetřovatelství jako systém péče zajistilo kvalitní komplexní péči o pacienty a prostředí pro rozvoj profesionální praxe ošetřovatelského personálu. Jedná se o filosofii a strukturu, která zodpovědnost za plánování, poskytování, sdělování a hodnocení péče o skupinu pacientů svěruje do rukou primární sestry. Záměrem bylo vrátit sestru k lůžku pacienta a tak zlepšit kvalitu péče a zvýšit spokojenost ošetřovatelského personálu.²²

Modulární ošetřovatelství není reakcí na nedostatky primárního ošetřovatelství, ale spíše praktický způsob, jak kombinovat primární a týmové ošetřovatelství. Je to řešení problému nedostatku pracovníků v primárním ošetřovatelství. Patří sem přidělování pacientů sestrám podle geografického umístění. Modulární ošetřovatelství je forma organizace ošetřovatelské péče, která v České republice zatím nemá své místo. Pro tuto formu organizace ošetřovatelské péče se v USA využívají služby různých poskytovatelů zdravotní péče, jako např. „nurse practitioners“,²³ sester s daleko rozsáhlejšími kompetencemi, jako například předepisování léků na různá onemocnění,

²¹ GROHAR-MURRAY, Mary Ellen; DICROCE, Helen R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče*. Praha : Grada Publishing, a.s, 2003, s. 164

²² GROHAR-MURRAY, Mary Ellen; DICROCE, Helen R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče*. Praha : Grada Publishing, a.s, 2003, s. 164 - 166

²³ Kidshealth. *What's a nurse practitioner* [online]. Dostupné z WWW: <http://kidshealth.org/parent/system/doctor/nurse_practitioner.html#>. [cit. 2011-04-18].

diagnostika a léčba některých akutních stavů.²⁴ Tento typ organizační formy ošetrovatelské péče uvádím spíše k ucelení výčtu organizačních forem, nelze jej uplatnit na oddělení intenzivní péče.

Case management, někdy také znám jako „řízení případů“ je relativně nová metoda poskytování ošetrovatelské péče. Americká asociace sester definuje case management jako systém hodnocení zdravotního stavu, plánování, zajišťování a poskytování služeb, koordinace a monitorování, jehož cílem je splnit četné potřeby klientů. Case management řeší potencionální nesoulad mezi potřebami klientů, nabízenými službami a stále omezenějšími finančními prostředky na zdravotní péči. Tento systém zajišťuje péči, která minimalizuje fragmentaci a maximalizuje individuální péči.²⁵ Sestry zabývající se case managementem se nazývají case manažerky. Case manažer sleduje určitý počet pacientů. Jde většinou o pacienty rizikové, s vážnými komplikacemi, kteří vyžadují finančně nákladnou léčbu. Case manažer domlouvá péči o tyto pacienty se všemi členy multidisciplinárního týmu a jejím cílem je péče o tyto pacienty, která vede ke stabilizaci zdravotního stavu pacienta a k normalizaci požadavků na zdroje. Manažerky případů vytvářejí podmínky pro poskytování vysoce specializované, efektivní a kontinuální péče s vysokou úrovní kvality.²⁶ Case manažer se tedy domlouvá se všemi poskytovateli ošetrovatelské péče na poskytované péči na základě potřeb a hodnot pacientů, čímž se poskytované služby stávají individuálně zaměřené na klientovy potřeby.²⁷

Dle mého názoru je pro intenzivní a resuscitační oddělení nejvýhodnější týmový způsob organizace ošetrovatelské péče. Na začátku každé směny je úkolem každé vedoucí sestry přidělit jednotlivým sestřím pacienty, o které pečuje společně s ošetrovatelem.

²⁴ GROHAR-MURRAY, Mary Ellen; DICROCE, Helen R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha : Grada Publishing, a.s, 2003, s. 166

²⁵ GROHAR-MURRAY, Mary Ellen; DICROCE, Helen R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. Praha : Grada Publishing, a.s, 2003, s. 167

²⁶ ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha, Advent Orion. 2003, str. 216

²⁷ Definition and Philosophy of Case Management. In *Commision for case manager certification* [online]. [s.l.] : [s.n.], 2011 [cit. 2011-04-18]. Dostupné z WWW: <http://www.ccmcertification.org/pages/13frame_set.html>.

2.2.2. Systém diferencované péče

Cílem tohoto systému je poskytování ošetrovatelské péče (a také lékařské) nemocnému podle toho, jakou ji vyžaduje jeho aktuální zdravotní stav.

Anesteziologicko-resuscitační oddělení přijímá pacienty se selhávajícími životními funkcemi, po kardiopulmonální resuscitaci, s mnohačetným orgánovým poraněním, po závažných operačních výkonech atd.

Jednotky intenzivní péče jsou diferencované dle oboru (chirurgické, interní, gynekologické, neurologické aj.). Jsou zde přijímáni pacienti podle oboru se selhávajícími životními funkcemi.

Oddělení chronické resuscitační péče slouží pro pacienty chronicky dlouhodobě nemocné, vyžadující podporu životních funkcí.

Intermediální jednotka je oddělení, kam jsou pacienti překládáni z jednotek intenzivní péče. Jsou zde pacienti, kteří potřebují dohled nad životními funkcemi, jejichž selhání již není tak pravděpodobné a časté, ale i přesto se s určitou výchylnou od normálních hodnot životních funkcí počítá a proto jsou zde pacienti kontinuálně monitorováni. Ne v každé nemocnici je zaveden systém intermediálních jednotek.

Oddělení standardní péče obývají pacienti soběstační nebo částečně soběstační, se stabilními životními funkcemi. Na chirurgických typech standardních jednotek jsou pacienti před operačním výkonem (pokud je jejich stav stabilní) nebo pacienti po operačním výkonu, kteří jsou překládáni z jednotek intenzivní nebo intermediální péče. Vedle chirurgických typů se setkáváme s interními typy standardních jednotek, které jsou dnes již specializované podle onemocnění příslušného orgánového systému. Zde jsou pacienti léčeni konzervativními metodami moderní medicíny.

Oddělení následné péče je určeno k poskytování dlouhodobé péče o pacienty imobilní a nesoběstačné s chronickými nemocemi, o pacienty s potřebou dlouhodobé rehabilitační terapie a o pacienty s chronickými ranami.²⁸

²⁸ VOJTOVÁ, M.. *Organizační formy péče, systém diferencované péče, multidisciplinární tým*. [online]. Dostupné na WWW:<http://.zshk.cz>. [cit. 12.2.2011]

2.3. Ošetrovatelský tým na jednotce intenzivní péče

Na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče v rámci ošetrovatelského týmu působí všeobecné sestry, porodní asistentky (na gynekologicko – porodnických jednotkách intenzivní péče), zdravotničtí záchranáři (na urgentních příjmech a anesteziologicko-resuscitačních odděleních), zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé a sanitáři. Tyto profese jasně určuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o nelékařských zdravotnických povoláních“).

Všeobecné sestry, porodní asistentky mohou, po splnění podmínek pro práci bez odborného dohledu a po dosažení specializované způsobilosti pro práci v intenzivní péči, pracovat bez odborného dohledu. Zdravotničtí záchranáři pracují na oddělení intenzivní a resuscitační péče bez odborného dohledu i bez získání specializované způsobilosti pro práci v intenzivní péči.²⁹ Zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé a sanitáři se podílí na vykonávání specializované ošetrovatelské péče vždy pod odborným dohledem sestry způsobilé a specializované pro práci v intenzivní péči (dále jen „sestry – intenzivistky“). Na vykonávání vysoce specializované ošetrovatelské péče se podílí zdravotničtí asistenti a ošetrovatelé pod přímým vedením sestry – intenzivistky. Sanitáři se na vysoce specializované péči podílet nemohou.³⁰

Základem náplně práce ošetrovatelského týmu je poskytování ošetrovatelské péče, kterou popisuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „vyhláška o činnostech“), tedy péče vedoucí k udržení, podpoře a navrácení zdraví, uspokojování potřeb pacientů, které se vyskytly v souvislosti s onemocněním, ale i zajištění důstojného umírání a klidné smrti.

²⁹ § 17, § 55, § 68 vyhlášky o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

³⁰ § 30, § 37, § 43 vyhlášky o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

V podmínkách jednotky intenzivní péče, kam se směřují pacienti s poruchami základních životních funkcí, je poskytována ošetrovatelská péče specializovaná a vysoce specializovaná. Zatímco specializovaná ošetrovatelská péče³¹ je poskytována pacientům u kterých hrozí narušení životních funkcí a jejich zdravotní stav jim výrazně omezuje běžné denní aktivity života, dále pacientům imunodeficientním, kteří vyžadují zvláštní režimová opatření jak ze strany ošetrovatelského personálu, tak ze strany provozu oddělení (důsledná bariérová ošetrovatelská péče, přísné hygienické podmínky) a pacientům v terminálním stavu onemocnění, vysoce specializovanou péči³² vyžadují pacienti, u kterých dochází nebo již došlo k selhání životních funkcí a potřebují podporu selhávajícího nebo selhaného orgánu. Všeobecná sestra a porodní asistentka vykonávají základní a specializovanou ošetrovatelskou péči bez odborného dohledu a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči pouze pod odborným dohledem sestry – intenzivistky.³³ Sestra – intenzivistka vykonává i vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči bez odborného dohledu,³⁴ stejně tak i zdravotnický záchranář, který vykonává specifické činnosti v rámci neodkladné péče bez odborného dohledu.³⁵ Zdravotnický asistent vykonává ošetrovatelskou péči spojenou s uspokojováním základních potřeb pacientů a sebeobslouhou bez odborného dohledu.³⁶ Pod odborným dohledem základní a specializovanou ošetrovatelskou péči a pod přímým vedením sestry – intenzivistky smí vykonávat vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči.³⁷ Ošetrovatel vykonává své činnosti v rámci základní a specializované ošetrovatelské péče pod odborným dohledem a v rámci vysoce specializované ošetrovatelské péče pod přímým vedením sestry – intenzivistky.³⁸ Sanitář vykonává činnosti v rámci své odborné způsobilosti při poskytování základní ošetrovatelské péče pod odborným dohledem, u specializované ošetrovatelské péče pod přímým vedením všeobecné sestry

³¹ § 2 odst. 1 písm. c vyhlášky o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

³² § 2 odst. 1 písm. d vyhlášky o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

³³ § 4, § 5 vyhlášky o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

³⁴ § 55 vyhlášky o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

³⁵ § 17 vyhlášky o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

³⁶ § 29 odst. 3 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

³⁷ § 30 vyhlášky o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

³⁸ § 37 vyhlášky o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

nebo porodní asistentky. Vysoce specializovanou péči v rámci své odborné způsobilosti sanitář provádět nesmí.³⁹

2.4. Vzdelávání ošetrovatelských pracovníků na jednotkách intenzivní péče

Vzdelávání ošetrovatelských pracovníků prošlo za posledních let velkými a dramatickými změnami a stále se vyvíjí. Sestra již není jen pomocnice lékaře, ale samostatně uvažující a rozhodující člověk, jehož profese je přísně regulovaná zákonem a jehož kompetence jsou přesně dané. S rozšiřujícími se vědomosti v oblasti lékařství, s nárůstem nových a složitých technologií ve zdravotnictví vyvstala potřeba zlepšení úrovně i ošetrovatelské péče. Do zlepšení neodmyslitelně patří kontinuální vzdelávání ošetrovatelských pracovníků, prohlubování jejich znalostí a osvojení nových technologií v rámci poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Známý neurolog akademik K. Henner podotkl ve své knize „Několik slov sestrám v neurologii“, že „vzdelanou sestru ocení jen ten, kdo měl příležitost pracovat s tzv. ošetrovatelkami starého typu a dnešní sestrou“⁴⁰. Ač je jeho výrok starý přes 80 let, je stále pravdivý a aktuální i pro dnešní dobu.

2.4.2 Současný systém vzdelávání ošetrovatelských pracovníků

Systém vzdelávání ošetrovatelským pracovníků zažil a stále zažívá velké změny. V současné době se na středních školách vzdelávají pouze asistentské obory, které pracují pod odborným dohledem nebo přímým vedením sestry, případně lékaře. Obsahové zaměření studia oboru zdravotnický asistent je více všeobecné, odborné předměty se vyučují až v posledních dvou ročnících. Studium obsahuje velké množství praktické výuky a je zakončeno státní maturitní zkouškou.⁴¹ Zdravotnický asistent, který po složení maturitní zkoušky nastoupí na pracoviště jednotky intenzivní péče,

³⁹ § 43 vyhlášky o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

⁴⁰ Henner, K. *Několik slov sestrám v neurologii*. 1924. In Kafková, V. *Z historie ošetrovatelství*. Institut pro další vzdelávání pracovníků ve zdravotnictví. Brno. 1992

⁴¹ KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 119

poskytuje ošetrovatelskou péči spojenou se sebeobsluhou a uspokojováním základních potřeb pacientů bez odborného dohledu. Všechny ostatní činnosti vykonává pod odborným dohledem nebo přímým vedením sestry specializované pro práci v intenzivní péči nebo lékaře.⁴²

Vyšší a vysoké školy zdravotnického směru vzdělávají budoucí všeobecné sestry, porodní asistentky a zdravotnické záchranáře.

2.4.2.1 Kvalifikační vzdělání ošetrovatelských pracovníků

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice bylo třeba zásadním způsobem upravit v souladu s požadavky Evropské unie v oblasti volného pohybu osob, s cílem volného uplatnění na pracovním trhu Evropské unie.⁴³

Podmínky vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků stanovuje zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

Základní odborné studium je studium pro získání potřebné kvalifikace pro výkon povolání.

Všeobecná sestra získává svoji odbornou způsobilost absolvováním nejméně tříletého akreditovaného bakalářského studia v oboru všeobecná sestra nebo absolvováním studia na vyšších zdravotnických školách v oboru diplomovaná všeobecná sestra. Zatímco absolvent bakalářského oboru může pokračovat ve studiu navazujícího magisterského oboru, absolvent vyšší zdravotnické školy nikoliv. Po absolvování jednoho z výše uvedených studií získává absolvent označení všeobecná sestra. V případě, že způsobilost k výkonu všeobecné sestry získal muž, je oprávněn používat označení všeobecný ošetrovatel.⁴⁴ Přestože obecně platí, že je všeobecná sestra, po získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (podmínky pro získání oprávnění níže v kapitole 2.4.4. Celoživotní vzdělávání ošetrovatelských pracovníků) oprávněna pracovat bez odborného dohledu, na jednotkách intenzivní a resuscitační péče smí vykonávat vysoce specializovanou péči

⁴² § 29 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁴³ KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 25

⁴⁴ § 5 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

bez odborného dohledu až po získání specializované způsobilosti v oboru (viz kapitola 2.4.2.2).⁴⁵

Obor porodní asistentka je dnes vyučován pouze na vysokých školách. Absolventky mohou používat označení porodní asistentka po absolvování tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského oboru pro přípravu porodních asistentek. Stejně jako všeobecná sestra smí porodní asistentka poskytovat základní a specializovanou péči bez odborného dohledu až po získání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Po získání specializované způsobilosti v oboru smí porodní asistentka vykonávat vysoce specializovanou péči na jednotkách intenzivní a resuscitační péče bez odborného dohledu.⁴⁶

Další profesí pracující v intenzivní péči je zdravotnický záchranář. Zdravotnický záchranář získává odbornou způsobilost k výkonu profese absolvováním tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studia na vysokých školách nebo studiem oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšších zdravotnických školách. Zdravotnický záchranář pracuje bez odborného dohledu na úsecích neodkladné, anesteziologicko-resuscitační péče a dále na urgentních příjmech nemocnic.⁴⁷

Obor Zdravotnický asistent byl na středních zdravotnických školách otevřen roku 2004⁴⁸. Zdravotnický asistent se podílí na vykonávání vysoce specializované péče na jednotkách intenzivní péče pod přímým vedením sestry specializované pro práci v intenzivní péči či lékaře.⁴⁹

Profese ošetřovatele, kterého podle mého názoru dnes v nemocnicích již moc nevidíme, protože velké procento odchází mimo zdravotnický sektor či pokračují ve dalším studiu, získává svou kvalifikaci absolvováním akreditovaného kurzu nebo tříletého studia na středních školách v oboru ošetřovatel.⁵⁰ Je velká škoda, že není větší procento zastoupení této profese na nemocničních odděleních, zvláště pak na

⁴⁵ § 55 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

⁴⁶ § 6 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁴⁷ § 18 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁴⁸ KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2010, s. 119

⁴⁹ § 29 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁵⁰ § 36 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

odděleních intenzivní péče. Kvalifikovaný ošetrovatel, který zná své kompetence a má možnost podle nich pracovat, je velkým přínosem pro nemocniční oddělení i pacienty.

Sanitář je dalším členem ošetrovatelského týmu. Svou odbornost získává absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru sanitář. Sanitář pracuje na jednotkách intenzivní a resuscitační péče pod odborným dohledem při výkonu základní a pod přímým vedením sestry – intenzivistky při výkonu specializované ošetrovatelské péče.⁵¹ Vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči sanitář, dle vyhlášky o činnostech, provádět nesmí.⁵²

2.4.2.2 Možnosti získání specializované způsobilosti v intenzivní péči

S rostoucími možnostmi medicíny, objevováním nových diagnostických a léčebných metod a s rostoucí kvalitou péče vyvstaly potřeby nejen dále se vzdělávat, ale vzdělávat se v oboru, kterému se věnuji.

Specializovaná způsobilost se získává v rámci specializačního vzdělávání a jde o specializovanou způsobilost k výkonu specializovaných činností příslušného oboru. Vyšší specializace se týká pedagogické práce a managementu. Specializační vzdělávání je jednou z forem celoživotního vzdělávání. Obory specializačního vzdělání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků specializovaných pro práci v intenzivní péči jsou stanovené v Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., v platném znění stanovuje obory specializačního vzdělání a označení odbornosti pracovníků se specializovanou způsobilostí, které je platné od 18. února 2010.⁵³

Specializační vzdělání má v České republice dlouholetou tradici a velmi dobrou úroveň. Organizace dalšího vzdělávání sester i jiných zdravotnických pracovníků především v oblasti specializačního vzdělání byla zahájena v tehdejší Středisku pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně (nynějším Národním centru ošetrovatelství a nelékařských oborů) a v Bratislavě již v roce 1960. Financování specializačního vzdělání je upraveno v § 60a – 60d zákona č. 96/2004 Sb., o

⁵¹ § 42 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁵² § 43 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

⁵³ Které nahradilo nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

nelékařských zdravotnických povoláních. Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s univerzitami a profesními sdruženími každoročně do 31. prosince stanoví maximální počet rezidenčních míst, na které se poskytuje dotace ze státního rozpočtu a to na úhradu nákladů spojených se specializačním vzděláním, včetně mzdových nákladů, po celou dobu trvání příslušného specializačního vzdělání.

Specializovanou způsobilost lze získat absolvováním specializačního programu daného pro daný obor, který je pořádán akreditovaným zařízením, dále pak vysokoškolským studiem nebo na základě dřívějších předpisů.⁵⁴

Vzdělávací program k získání specializačního vzdělávání je zveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Stanoví zejména celkovou délku, rozsah a obsah teoretické i praktické přípravy s počtem kreditů, popřípadě další požadavky pro získání specializované způsobilosti. Je důležité vědět, že účast na specializačním vzdělání se považuje za prohlubování kvalifikace, což je stanoveno zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.⁵⁵ Neoddělitelnou součástí specializačního vzdělání je praktická výuka. Akreditované zařízení přidělí účastníkovi školitele, který je zodpovědný za praktickou výuku – v průběhu specializačního vzdělání s účastníkem pracuje individuálně, prověřuje jeho praktické dovednosti a odpovídá za průběh praktické výuky na konkrétním pracovišti. Od účastníka specializačního vzdělání se očekává aktivní přístup k plnění jednotlivých úkolů a využití všech možností, aby mohl praktické úkoly dobře splnit.⁵⁶

Získání specializované způsobilosti studiem vysoké školy lze dvojím způsobem. Ministerstvo zdravotnictví České republiky uzná specializovanou způsobilost v oboru specializace absolventům akreditovaného doktorského studijního programu navazujícím na zdravotnický magisterský obor, pokud odpovídá příslušnému specializačnímu vzdělávání v daném oboru⁵⁷ nebo absolventům magisterského oboru navazujícího na obor bakalářský, též odpovídající oboru specializace a to na základě individuální žádosti studenta nebo hromadné žádosti vysoké školy. Podmínkou však je nutnost souladu

⁵⁴ PROŠKOVÁ, E. BRŮHA, D. *Zdravotnická povolání*. Praha. Wolters Kluwer. 2011 str.155

⁵⁵ § 53 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁵⁶ § 59 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁵⁷ § 57 odst. 7 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

oborů s obory specializačního vzdělávání podle nařízení vlády o specializacích nelékařských zdravotnických pracovníků a fakt, že danému oboru byl již vydán vzdělávací program.⁵⁸

Získání specializované způsobilosti na základě dřívějších předpisů lze uznat na základě písemné žádosti absolventům pomaturitního specializačního studia a speciální přípravy, dále absolventům středních a vyšších škol v oboru sestra pro intenzivní péči nebo diplomovaná sestra pro intenzivní péči (zde je podmínkou předchozí absolvování čtyřletého studia oboru zdravotní nebo všeobecná sestra nebo dětská sestra), pokud bylo studium zahájeno nejpozději v roce 2003/2004 a jiným odborným pracovníkům, kteří složili specializační zkoušku do roku 2009 s výjimkou absolventů psychologie.⁵⁹

2.4.2.3 Zvláštní odborná způsobilost

Zvláštní odborná způsobilost je způsobilost k výkonu úzce specifických činností, které prohlubují odbornou nebo specializovanou způsobilost. Certifikované kurzy provádí akreditované zařízení, kterému byla udělena akreditace Ministerstva zdravotnictví k realizaci vzdělávacího programu certifikovaného kurzu. Vzdělávací program stanoví celkovou délku přípravy, rozsah a obsah přípravy, rozpracovaný seznam činností jejichž splnění je nezbytné pro absolvování certifikovaného kurzu a dále stanoví potřebnou odbornou či specializovanou způsobilost pro přijetí do daného certifikovaného kurzu a zda-li je vyžadována způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu. Absolvování certifikovaného kurzu získává pracovník certifikát, který ho opravňuje provádět danou činnost v rámci celé České republiky.⁶⁰ V certifikátu jsou uvedeny všechny činnosti, které je absolvent oprávněn vykonávat, tedy ke kterým má zvláštní odbornou způsobilost a může je tedy kdekoli provádět. Pro všeobecné sestry, pracující na odděleních intenzivní péče, jsou různými vzdělávacími institucemi (Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, B. Braun Avitum s.r.o., aj.) zorganizované certifikované kurzy například na téma Zajištění průchodnosti dýchacích cest, Péče o nemocné léčené eliminačními metodami,

⁵⁸ PROŠKOVÁ, E. BRŮHA, D. *Zdravotnická povolání*. Praha. Wolters Kluwer. 2011 str.155

⁵⁹ § 96 odst.1, 2, 3, 4 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁶⁰ § 61 zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

Katetrizace močového měchýře u mužů, Péče o nemocné s bolestí, Ošetrovatelská péče v anesteziologii u dětí, Resuscitační a intenzivní péče o děti a mnoho dalších. Pro zdravotnické asistenty jsou organizované certifikované kurzy též a mohou být využity i v případě zdravotnického asistenta pracujícího na intenzivních odděleních. Jde například o certifikovaný kurz Přikládání imobilizačních obvazů nebo Ošetrovatelská péče o nemocné s mozkovou cévní příhodou, edukace a zapojení rodiny do péče.⁶¹

2.4.2.4 Celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků

Celoživotní vzdělávání, jak už jsem uvedla výše, je nezbytnou součástí praxe každé sestry.

Instituce, poskytující další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, jsou v Čechách již od roku 1960, kdy bylo zřízeno Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků a v roce 1961 bylo slavnostně otevřeno. Během své historie změnilo svůj název na Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, dále na Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Postupem času jsou na tento institut ze strany jeho zřizovatele kladeny stále vyšší nároky a delegovány obtížnější úkoly. Významnou změnu zaznamenává Středisko pro další vzdělávání středních nelékařských pracovníků v roce 2003, kdy se z institutu stává velké centrum v oboru ošetrovatelství, s názvem Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen „NCONZO“). NCONZO je výukové, výzkumné, konzultační, koordinační a registrační zařízení pro celoživotní vzdělávání sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků.⁶²

Součástí NCONZO je oddělení Registru nelékařských zdravotnických pracovníků. V Registru jsou zpracovávány údaje, které slouží k vydání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (dále jen „registrace“) a jejich držitelé jsou zapsáni do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu

⁶¹ Seznam udělených certifikovaných kurzů pro nelékařská zdravotnická povolání. [online] Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/certifikovane-kurzy_1767_935_3.html [aktual. 19.4.2011] [cit. 1.6.2011]

⁶² Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. *Historie*. [online] Dostupné na: <http://www.nconzo.cz/web/guest/123> [cit. 3.5.2011]

zdravotnického povolání bez odborného dohledu.⁶³ Zápis v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu motivuje sestry k dalšímu a celoživotnímu vzdělávání a usnadňuje jim jejich profesní uplatnění v rámci Evropské unie.⁶⁴

Získání registrace je podmíněno podáním žádostí o vydání registrace a splněním podmínek k jejímu vydání. K podmínkám patří zažádání o vydání osvědčení do 18 měsíců po nabytí odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. U žadatelů, kteří zažádali po uplynutí výše uvedené doby, je nutné doložit potvrzení o výkonu povolání po dobu 1 roku minimálně polovinu stanovené týdenní pracovní doby nebo 2 roků minimálně pětinu stanovené pracovní doby a předložením 40 kreditních bodů za vzdělávací akce za předchozích šest let. Další možností získání registrace je složení zkoušky, která ověřuje schopnost vykonávat danou profesi bez odborného dohledu.⁶⁵ Registrační období se ke dni 25. 3. 2011 změnilo ze 6 na 10 let, po proběhlé „malé novele zákona č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních“⁶⁶

2.4.3 Vzdělávání a jeho skutečná realizace

Systém vzdělávání sester se v naší republice neustále vyvíjí a neustále se na sestry kladou vyšší nároky jak ze strany podmínek pro práci v oboru, tak ze strany provozu nemocničního pracoviště. Pokud by se výrazným způsobem odlišily kompetence vysokoškolsky vzdělaných sester, vyvstane potřeba většího množství pracovníků pro základní ošetrovatelskou péči. Před několika lety se sice zrealizoval nápad nechat vystudovat pomocníky sester, co by zdravotní asistenty. Ale z vlastní praxe vím, že zdravotní asistent jako pomocník sestry rozhodně nefunguje. Zdravotní

⁶³ § 72 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁶⁴ Metodické opatření č. 9/2004, 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 (Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 9/2004). [online] Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html

⁶⁵ § 67 a 68 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁶⁶ Malá novela zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. [online] Dostupné na: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-o-male-novele-zakona-c-sb_4620_3.html. [aktual.30.3.2011] [cit. 1.6.2011]

asistent je zaměstnáván jako plnohodnotná všeobecná sestra, od sestry se liší pouze výší platu. Management nemocnice si je vědom, že zdravotní asistent musí, podle vyhlášky o činnostech, pracovat pouze pod odborným dohledem, na intenzivních a resuscitačních odděleních dokonce pod přímým vedením sestry – intenzivistky. Realita je ovšem taková, že zdravotní asistent i na resuscitačních odděleních vykonává sám vysoce specializovanou činnost u pacienta v kritickém stavu a na konci směny si zažádá u všeobecné sestry, často sestry bez specializované způsobilosti v intenzivní péči, o razítko, že pracoval pod odborným dohledem. Setkala už jsem se s případy, kdy zdravotní asistenti pracují úplně bez odborného dohledu.

Tento systém je z mého pohledu nevýhodný pro všechny tři strany – management nemocnice, všeobecné sestry i zdravotního asistenta. Management nemocnice nutí provozem oddělení zdravotní asistenty překračovat jejich kompetence a tím přestupují vyhláškou daná pravidla, všeobecná sestra je vyzývána potvrdit něčí práci nad kterou nedohlížela a neví, jestli byla provedena správně. Kdo ponese odpovědnost za chybu, kterou udělá zdravotní asistent během služby? Ponese ji on, protože překračoval svoje kompetence? Nebo snad sestra – intenzivistka, která má na zdravotního asistenta dohlížet? Či management nemocnice, který nutí své podřízené pracovat tímto způsobem?

Pozice zdravotního asistenta by byla nadmíru uspokojující pro sestry, pokud by pracovali dle svých kompetencí a pomáhali v práci sestrám. Jsme ovšem stále v době, kdy zaměstnávat zdravotního asistenta k ruce sestře je drahé a výhodnější je využít zdravotního asistenta jako plnohodnotnou sestru i přesto, že na to nemá zdravotní asistent dostatečné vzdělání.

2.5 Kompetence ošetřujících pracovníků na jednotkách intenzivní péče

Všeobecné sestry tvoří největší skupinu zdravotnických pracovníků na celém světě. Jako takové jsou nenahraditelnou silou zdravotnictví. Aby mohly aktivně rozvíjet ošetřovatelskou péči v mezích zákona, je nezbytné, aby byly nejen stanovené

kompetence jednotlivých ošetrovatelských profesí v zákoně, ale aby je ošetrovatelští pracovníci znali a pracovali podle nich.⁶⁷

Kompetencí se rozumí jednak souhrn vědomostí a dovedností, který umožňuje určitou činnost kvalifikovaně vykonávat (kompetence v materiálním smyslu), jednak pravomoc, oprávnění vykonávat určitou činnost (kompetence ve formálním smyslu).

Hlavním účelem stanovení kompetencí určité profese je závazné stanovení obsahu této profese. Stanovení obsahu profese je podkladem pro tvorbu vzdělávacích programů. Je však nutné zdůraznit, že tomu bývá často naopak – kompetence nejsou výslovně stanoveny nikde, vzdělávací programy se zpracovávají na základě názoru odborníků na potřebný obsah profese a pro případ potřeby. Vykonávat své povolání v souladu se svými kompetencemi je i součástí profesní etiky, profesní identity a od kompetencí se odvíjí i prestiž profese.

Stanovení rozsahu kompetencí je i podmínkou poskytování kvalitní, bezpečné péče. Zde však není možné spoléhat se pouze na základní garanci státu, tedy kompetence ve formálním smyslu, stanovené u nelékařských zdravotnických pracovníků ve vyhlášce o činnostech, ale je nutné stanovovat pracovní náplně konkrétních zdravotnických pracovníků podle jejich kompetencí v materiálním smyslu a tyto kompetence pravidelně ověřovat, prohlubovat a obnovovat. Je tedy nezbytné pravidelně posuzovat skutečné schopnosti, znalosti a dovednosti konkrétního pracovníka, ve vztahu k nim stanovovat skutečnou náplň práce a podle této formální náplně práce postupovat při stanovování a vykonávání jednotlivých pracovních úkolů. Podle jednotlivých kompetencí je také nutné stanovovat plán dalšího rozvoje pracovníka. Stanovení kompetencí ve formálním smyslu právním předpisem tedy slouží i jako základ pro stanovení náplně práce zaměstnance, a tudíž i pro zařazování do platových tříd podle nejnáročnější činnosti, kterou zaměstnavatel požaduje.⁶⁸

⁶⁷ Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN. *Zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 2003, s.9

⁶⁸ PROŠKOVÁ, E. *Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků*. Florence, říjen 2010, ročník VI, s. 3 – 4

2.5.1 Regulace sesterské profese

Některá náročná povolání mohou být vykonávána pouze osobami, které splňují kritéria vymezená zákonem. Taková povolání nazýváme „regulovaná povolání“.⁶⁹

V praxi regulace znamená vnesení určitého řádu a systému do stěžejních situací profese sestry – vzdělávání, uznávání kvalifikací v zahraničí, ale také uznávání kvalifikací cizincům u nás. Regulace se týká ošetrovatelské praxe, pravomocí a odpovědností sestry, etických zásad při provádění ošetrovatelské péče.

Regulace je poměrně složitý proces, do kterého jsou zapojeny orgány státní správy, řídicí a profesní organizace jako je Evropská unie, Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní rada sester, Ministerstvo zdravotnictví spolupracující s Českou asociací sester.

Mezinárodní rada sester prohlásila v roce 1995 regulaci za prioritu spolu s výkonem ošetrovatelské praxe. Evropská unie vypracovala směrnice týkající se vzdělání, označení profesí a tituly. Dalšími dokumenty, které slouží jako podklady pro vytváření vnitřních právních norem pro Českou republiku, týkající se ošetrovatelské profese jsou oborové a systémové směrnice a různé dohody podepsané zástupci zemí řešící problematiku vzdělávání (např. Boloňská deklarace, Pražská deklarace, Mnichovská deklarace).⁷⁰

V roce 2004 vstoupila Česká republika do Evropské unie a musela přijmout celou řadu opatření podmiňující její členství. Na základě směrnic Evropského parlamentu, jejichž obsah téměř bez změny přejala Směrnice Evropského parlamentu a rady 2005/36/ES,⁷¹ vydaná dne 7. září 2005⁷², o uznávání odborných kvalifikací, která umožňuje volný pohyb osob za účelem vykonávání svého povolání v jiném členském státě Evropské unie než v jakém byla získána odborná způsobilost⁷³, musela Česká

⁶⁹ STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství. Sestra – reprezentant profese*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2002, s. 8

⁷⁰ STYLES, M. M., AFFARA, F. A., *ICN o regulaci ošetrovatelské profese*. Sestra 21. století. Praha. ČAS.

⁷¹ Směrnice Evropského parlamentu a rady 2005/36/EH, o uznávání odborných kvalifikací [online]. Dostupné na: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/smernice_eu_36_2005.pdf. [cit.dne 2.5.2011]

⁷² § 1, poznámka po čarou, zákona o nelékařských zdravotnických povoláních

⁷³ Směrnice Evropského parlamentu a rady 2005/36/EH, o uznávání odborných kvalifikací [online]. Dostupné na:

republika učinit opatření pro splnění podmínek této směrnice. Mezi tato opatření patří přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ze kterého vychází Koncepce českého ošetrovatelství. Koncepce českého ošetrovatelství definuje profesi, kategorie sester, vzdělávání sester a to nejen kvalifikační a specializační, ale i celoživotní.⁷⁴

Dalšími přijatými dokumenty jsou vyhláška č. 423/2004 Sb., o kreditním systému (osvědčení k výkonu zdravotnického povolání), vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků⁷⁵, nařízení vlády č. 31/2010 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí⁷⁶ a vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání.

Do procesu regulace se zapojuje v každém státě několik skupin činitelů. První skupinou jsou orgány státní správy, konkrétně příslušné útvary Ministerstva zdravotnictví České republiky odpovědných za zdravotní péči, spolupracující s profesními organizacemi, vzdělávacími institucemi a zdravotnickými zařízeními. Jeho úkolem je připravit koncepci oboru, zákony a vyhlášky. Druhou skupinou je samotná profese, která reprezentuje vlastní zájmy a zájmy svých členů a podílí se na vytváření vládní regulace. Třetí skupinou jsou sestry, které se podílejí na regulaci tím, že pracují v souladu s přijatými normami, etickým kodexem a snaží se udržet či rozvíjet své kompetence v souladu s potřebami společnosti. Čtvrtou a zároveň poslední skupinou je zaměstnavatel, který vypracovává požadavky na přijímání pracovníků, stanoví podmínky adaptačního procesu pro nové zaměstnance, dodržuje normy a standardy přijaté vládou a profesními organizacemi.⁷⁷

http://www.cнна.cz/docs/tiskoviny/smernice_eu_36_2005.pdf. [cit.dne 2.5.2011]

⁷⁴ Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1998.

⁷⁵ Která nahradila vyhlášku č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků, s platností od 14.3.2011

⁷⁶ Které nahradilo nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

⁷⁷ MÁDLOVÁ, I. *Regulace ošetrovatelské profese*. [online] Dostupné na WWW: <http://mpece.com>. [cit. 23.2.2011]

2.5.2 Přehled činností ošetrovatelských pracovníků

V úvodu této kapitoly bych ráda upřesnila rozdíl ve významu slova kompetence a slova činnost zdravotnických nelékařů. Kompetencí je míněna skutečná znalost a dovednost jedince, tedy kompetence v materiálním slova smyslu. Činnost je oproti tomu právním předpisem stanovené jednání, které je nelékařský pracovník schopen činit, tedy kompetence ve formálním smyslu.⁷⁸

Činnosti všeobecných sester, tedy oprávnění vykonávat určitou činnost ve formálním smyslu, jsou vymezeny vyhláškou č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Všeobecná sestra po získání specializované způsobilosti pro práci v oboru intenzivní péče, vykonává vysoce specializovanou péči bez odborného dohledu a poskytuje odborný dohled pracovníkům pracujícím pod odborným dohledem (všeobecným sestřám bez specializace v intenzivní péči, zdravotnickým asistentům, ošetrovatelům a sanitářům). Sestra, která poskytuje odborný dohled, musí být dostupná svoji odbornou radou i pomocí pracovníkovi pracujícím pod jejím dohledem, který musí být seznámen s tím, kdo mu odborný dohled vykonává.⁷⁹ Poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče. Všeobecná sestra, která není specializovaná pro práci v intenzivní péči, vykonává vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči na jednotkách intenzivní péče pod odborným dohledem sestry – intenzivistky nebo lékaře. Nečiní – li tak, překračuje zákon.

Kompetencemi a náplní práce všeobecné sestry – intenzivistky, která pracuje bez odborného dohledu a bez indikace, je koordinace ošetrovatelského týmu na jednotkách intenzivní péče, hodnocení poskytované ošetrovatelské péče a vymýšlení nových, zdokonalených postupů na základě výzkumného šetření, které ona sama provádí. Přípravuje výukové a zaškolovací materiály pro nově příchozí sestry a vede specializační vzdělání v oboru své specializace. Na základě indikace lékaře připravuje

⁷⁸ PROŠKOVÁ, E. *Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků*. Florence, říjen 2010, ročník VI, s. 3 – 4

⁷⁹ PROŠKOVÁ, E. BRŮHA, D. *Zdravotnická povolání*. Praha. Wolters Kluwer. 2011 str.110

sestra – intenzivistka pacienta k vyšetření a ke specializovaným úkonům nutným k jeho léčbě.⁸⁰

Během své praxe v nemocnicích jsem měla možnost pozorovat, jak jsou kompetence sester dodržovány na jednotlivých odděleních intenzivní péče. Ve velké většině slouží sestry bez specializované způsobilosti v intenzivní péči bez odborného dohledu sester – intenzivistek a často ani netuší, že by dohled sester – intenzivistek mít měly i přesto, že vlastní osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu.

Všeobecná sestra – intenzivistka a zdravotnický záchranář pracují bez odborného dohledu. Zdravotnický záchranář je kompetentní vykonávat svou profesi v rámci přednemocniční neodkladné péče, na urgentních příjmech nemocničních zařízení a od roku 2008 je umožněno zdravotnickému záchranáři pracovat i na lůžkových částech jednotek intenzivní péče a anesteziologicko – resuscitačních odděleních.⁸¹

Všeobecná sestra může, díky zákonem stanoveným podmínkám⁸², studovat specializační vzdělávání, zdravotnický asistent může být specializován v různých činnostech absolvováním příslušného certifikovaného kurzu.

Zdravotnický asistent, jak jsem již uvedla výše, poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči vždy jen pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo lékaře, na odděleních intenzivní péče vykonává vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči pod přímým vedením sestry – intenzivistky nebo lékaře. Omezené kompetence, jak jsem měla možnost zjistit, jsou také jedním z důvodů, proč zdravotničtí asistenti pokračují dále v kvalifikačním studiu oboru všeobecná sestra nebo zdravotnický záchranář.⁸³

Kompetence ošetřovatele jsou daleko rozsáhlejší než si většina odborné veřejnosti myslí. Za svou profesní dráhu jsem neviděla využívat kompetence této profese v plném rozsahu. Dle mého názoru sestry nedávají ošetrovatelům prostor

⁸⁰ § 55 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

⁸¹ § 18 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních: prováděcí předpis však byl se zákonem uveden do souladu až přijetím nové vyhlášky o činnostech (tj. 55/2011 Sb.)

⁸² §56 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

⁸³ § 30 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

pracovat v plném rozsahu svých kompetencí, snad ze strachu z nekvalitně odvedené práce nebo z neznalosti jejich kompetencí. Důsledkem je pak přemíra práce sestry, kterou musí během své služby zvládnout a nedostatek času na individuálně zaměřenou péči o pacienty a vše s ní související (ošetřovatelský proces, tvorba edukačních materiálů, rozhovory s rodinou a jiné). Jedna z věcí, kterou zdravotnická zařízení postrádají, je dostatek ošetřovatelů a ošetřovatelek a druhou věcí je nedostatečné využívání jejich kompetencí v péči o pacienty.

Ošetřovatel poskytuje základní a specializovanou péči v rámci svých kompetencí pod odborným dohledem všeobecné sestry, ale vysoce specializovanou péči vždy jen pod přímým vedením sestry - intenzivistky.⁸⁴

Posledním a neméně důležitým členem ošetřovatelského týmu je sanitář. Všeobecný sanitář, dle vyhlášky o činnostech, není vůbec kompetentní k vykonávání vysoce specializované činnosti v rámci svých kompetencí a to ani pod přímým vedením sestry – intenzivistky. Všeobecný sanitář smí asistovat pouze u základní a specializované péče o pacienty (asistence při hygieně a polohování pacientů, péče o vyprazdňování a výživu pacientů) a to pod vedením kompetentního zdravotnického pracovníka.⁸⁵

Fakt, že sanitář není kompetentní asistovat u provádění vysoce specializované péče o pacienty na intenzivních odděleních, byl pro mě osobně velkým překvapením. Jednotky intenzivní péče jsou plné sanitářů, kteří sestřám běžně asistují u výkonů vysoce specializované péče. Nepomíjitelnou věcí je, že jejich práce i pomoc jsou pro sestru nepostradatelné. Kdo by měl sestře pomáhat u zvedání či polohování pacientů než právě sanitář, který je často muž a má k této práci tělesné predispozice na rozdíl od sester – žen.

Česká asociace sester v souvislosti s akcí „Děkujeme, odcházíme“ Lékařského odborového klubu a České lékařské komory prezentovala své návrhy a požadavky pro zlepšení českého zdravotnictví. Mezi návrhy bylo mimo jiné i posílení kompetencí všeobecných sester, zejména v primární péči, ale i domácí a zdravotně – sociální.⁸⁶

⁸⁴ § 37 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

⁸⁵ § 43 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků

⁸⁶ JURÁSKOVÁ, D. *Dopis prezidentky ČAS*. [online] Dostupné na www.cna.cz. [cit.dne 20.2.2011]

Všeobecná sestra se stala, tak jak je běžné ve všech vyspělých zemích, nositelkou výkonu a tím je i nositelkou finančních prostředků do zdravotnického zařízení. Tímto opatřením Ministerstvo zdravotnictví podporuje provázanost navýšení kompetencí ve vyhlášce o činnostech s úpravou katalogu prací a vyhláškou vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.⁸⁷

V souvislosti s touto široce medializovanou zprávou se objevily názory sester, že nemají zájem o navýšení kompetencí. „*Sestra není univerzálním lékem českého zdravotnictví, nelze donekonečna využívat tohoto potenciálu k řešení problému, ať už to byl a je nedostatek pomocného personálu, nedostatek středního a nyní i vysokoškolského, navíc lékařského personálu. My víme, že jsme schopné, chytré vždyť zastáváme funkce od uklízečky po ředitelku a přesto, anebo právě proto nás nechte dělat to, pro co se mnoho z nás rozhodlo už ve 14 letech. Nechte nás dělat to, pro co jsme studovaly a neustále studujeme. Nechte nás dělat naši náročnou a výjimečnou práci.*“ (Monika Muroňová, www.tribune.cz).⁸⁸

Důvodem tohoto nejednou sestrou zastávaného názoru jsou neustále přibývající povinnosti sestry, nedostatek ošetřovatelů a sanitářů jako nedocentitelných pomocníků sester a neméně závažným důvodem je i nedostatečné ohodnocení sesterské práce, zodpovědnosti, která je na sesterskou profesi kladena. Jsou názory, že by sestra měla mít právo podávat některá léčiva bez ordinace lékaře. Já jsem zásadně proti. Zatímco lékař má během svého kvalifikačního studia velice podrobné farmakologické vzdělávání propojené s ostatními obory, sestra takto podrobné studium v této oblasti nemá. Proč by měla mít? Pokud se vrátíme ke kořenům sesterské profese, zjistíme, že sestra je tu hlavně pro pacienta, aby hájila jeho práva, dbala na uspokojování jeho potřeb, aby mu poskytovala tu nejlepší ošetřovatelskou péči podle svého svědomí, vědomí i

⁸⁷ Informace o realizaci stabilizačních opatření všeobecných sester. [online] Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-o-realizaci-stabilizacnich-opatreni-vseobecnych-sester_2308_949_3.html. [aktualizováno dne 3.11.2010] [cit.dne 20.2.2011]

⁸⁸ MURONOVÁ, M. *Větší kompetence sester, děkuji, nechci!* [online] Dostupné na: (<http://www.tribune.cz/clanek/21283-vetsi-kompetence-sester-dekuji-nehci>). [cit.dne 20.2.2011]

kompetencí. Nechme kompetence lékařů lékařům a pojďme usilovat o zvýšení kompetencí vztahující se ke zlepšení ošetrovatelské péče.

2.6 Složení ošetrovatelského týmu na jednotkách intenzivní péče

Ošetrovatelský tým je jedna ze stavebních jednotek provozu nemocničního oddělení. Jeho správné složení a využívání potenciálu každého člena je proto zásadní nejen pro správný chod, ale i pro optimální vývoj celého ošetrovatelského týmu.

2.6.1 Právní předpisy upravující složení ošetrovatelského personálu na jednotkách intenzivní péče

Ošetrovatelství má nezastupitelné postavení v péči o zdraví člověka. Jedním z hlavních cílů ošetrovatelství je poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Kvalita péče však musí být měřitelná na základě objektivních kritérií. Aby se mohl ošetrovatelský tým vyvíjet optimálním směrem, je potřeba nebo dokonce nutnost, aby každý jednotlivý člen týmu znal obsah standardů a řídil se podle nich. Dle mého názoru jen nepatrná část ošetrovatelského personálu zná například všechny své kompetence nebo kompetence ostatních nelékařských pracovníků v ošetrovatelství. Jak už jsem uváděla, z vlastní zkušenosti vím, že velká část sester bez specializované způsobilosti v intenzivní péči, pracujících na jednotkách intenzivní a resuscitační péče ani netuší, že by měly pracovat pod odborným dohledem sester – intenzivistek. Nedávno jsem se dokonce setkala s tvrzením jedné staniční sestry, že na jejich oddělení intenzivní péče pracují zdravotničtí asistenti bez odborného dohledu.

Myslím si, že kvalita ošetrovatelské péče a ošetrovatelského týmu poroste, až ošetrovatelskou péči budou provádět lidé kompetentní a se vzděláním odpovídající danému výkonu povolání.

Kvalifikaci zdravotnických pracovníků a podmínky pro vydání osvědčení k výkonu bez odborného dohledu zahrnuje zákon o nelékařských zdravotnických povoláních.

Činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků popisuje vyhláška o činnostech. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., v platném znění stanovuje obory specializačního vzdělání a označení odbornosti pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Minimální požadavky na personální vybavení na jednotkách intenzivní péče stanovuje vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „sazebník výkonů“), v kapitole č. 5, oddíle č. 7. Tato část vyhlášky rozděluje intenzivní a resuscitační oddělení na několik druhů. Na oddělení resuscitační kromě neonatálního, oddělení resuscitační neonatální péče a dále oddělení intenzivní péče vyššího a nižšího stupně. Zde se proplacení výkonu zdravotní pojišťovnou zaměřuje především na léčebnou péči, vyhláška nepočítá se všemi výkony prováděnými nelékařským zdravotnickým personálem. Je výkon a výkon provedený nelékařským zdravotnickým pracovníkem. Výkon, který sestra provede v rámci pasivní ošetrovatelské péče (ordinace lékaře) a výkon provedený sestrou jako aktivní ošetrovatelská péče, která je zvlášť u pacientů na intenzivních a resuscitačních odděleních velice náročná pro sestru samotnou, náročná pro celý ošetrovatelský tým a nákladná po finanční stránce (např. polohování a všechny pomůcky k němu potřebné). Oddělení intenzivní a resuscitační péče musí splňovat požadavky na personální vybavení dané touto vyhláškou, aby mohla vykazovat provedené lékařské a ošetrovatelské výkony zdravotní pojišťovně pacienta. Pro vykázání výkonu zdravotním pojišťovnám je tedy nezbytné splňovat podmínky personálního vybavení a zároveň splňovat množství TISS bodů (Therapeutic Intervention Scoring System) pro daný typ oddělení na jeden ošetrovací den, (tj. jeden kalendářní den vykázaný zdravotní pojišťovně pro jednoho pojištěnce, den přijetí a propuštění se vykazují jako jeden ošetrovací den). Systém TISS je metoda, kterou se určí závažnost onemocnění podle kvantity činností ošetrovatelského personálu. V systému TISS má každý vyjmenovaný výkon své bodové ohodnocení od 1 do 4 bodů podle složitosti a časové náročnosti na jeho provedení. Skóre se získá součtem všech

bodů za výkony, provedené u pacienta za posledních 24 hodin, které jsou zároveň zaznamenané ve zdravotnické dokumentaci.⁸⁹

2.6.2 Další předpisy upravující složení ošetrovatelského personálu na jednotkách intenzivní péče

Základní otázky směřování ošetrovatelství a jeho organizaci řeší Koncepce ošetrovatelské péče, kterou vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky na základě doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a Evropské unie.⁹⁰ Přesněji jsou v Koncepci ošetrovatelské péče definovány cíle a charakteristika oboru, dále pracovníci v oboru, jejich rozdělení na pracovníky pracující pod odborným dohledem a bez odborného dohledu a přesně vydefinováno vzdělávání jednotlivých skupin pracovníků a možnost celoživotního vzdělávání pro obě tyto skupiny ošetrovatelských pracovníků.⁹¹

Vyhláškou doporučený počet personálu na resuscitačních a intenzivních odděleních jsem zmínila v kapitole 2.6.1, kde sazebník výkonů doporučuje optimální počet personálu jako podmínku pro proplacení léčebné péče zdravotní pojišťovnou. Při ověřování metody stanovující počet personálu v rámci TISS se dospělo k výsledku, že v některých fakultních nemocnicích jsou tyto minimální počty personálu nedostatečné, na jiných, menších pracovištích mohou být zase téměř nadsazené. Dále se prokázaly velké rozdíly mezi aktivní a pasivní ošetrovatelskou péčí. Po těchto zjištěních se dospělo k názoru, že stanovený počet personálu nelze pouze převzít, ale přepočítat pro konkrétní pracoviště.⁹²

⁸⁹ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

⁹⁰ Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1998, s. 26

⁹¹ Metodické opatření č. 9/2004, 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 (Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 9/2004). [online] Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html

⁹² POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1999

Problematiku počtu ošetrovateľského personálu a s ní rozsah ošetrovateľskej zátěže řešilo mnoho autorů již od sedmdesátých let. Profesor Svänborg vyvinul metodu k testování ošetrovateľskej zátěže na principu zjišťování úrovně soběstačnosti pacienta a z toho je odvozena časová náročnost základní ošetrovateľskej péče. Dále je v této metodě předpokládáno, že z celkové ošetrovateľskej péče zabírá 60% základní ošetrovateľská péče a na ostatní ošetrovateľskej činnosti zbývá 40%. Tento fakt prozkoumali pracovníci Institutu dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně a došli názoru, že je v našich podmínkách neplatný a metoda je podle Svänborga je tím pro české nemocnice nepoužitelná. Staňková tuto metodu modifikovala pro použitelnost našich nemocnic.⁹³ Staňková vytvořila hodnotící tabulku s osmi biologickými potřebami člověka a podle úrovně soběstačnosti pacienta přiřazuje ke každé potřebě určitý počet bodů. Výsledný počet bodů posuzuje způsobem čím méně bodů, tím je pacient více soběstačný a tedy méně závislý na pomoci druhých, v případě nemocničního zařízení na pomoci sestry.⁹⁴

2.6.2.1 Standardy ošetrovateľskej péče

Tyto standardy jsou odborníky popsané normy, odrážející odborný názor podložený přesvědčivými vědeckými studiemi. Tyto normy jsou uznávány významnými autoritami minimálně na národní úrovni. Standardy jsou určeny k využití výhradně v odborné oblasti, pro usnadnění stálého zvyšování kvality, jako podklad pro výuku nových odborníků. Standardy popisují doporučený postup ve variantách nebo striktně předepisuje jedinečný doporučený postup. Standard by měl vždy obsahovat měřitelné parametry s obvyklými hodnotami (výsledky, doba trvání).⁹⁵

Pro ošetrovateľskou péči jsou vypracovány standardy zaměřené na strukturu (manažerské standardy), na proces (řídící standardy) a standardy zaměřené na výsledek (monitorovací standardy).

⁹³ POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda kvantifikace ošetrovateľskej péče pro stanovení počtu ošetrovateľského personálu*. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1999

⁹⁴ STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovateľství 6. Hodnotící a měřící techniky v ošetrovateľskej praxi*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2001, s. 34

⁹⁵ Standardy léčebné péče. [online]. Dostupné na: http://mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-lecebne-pece_1853_15.html. [Aktualizování dne 26 10 2010]. [Cit. dne 25.2.2011]

Standardy zaměřené na strukturu jsou obvykle nazývány směrnici. Jejich hlavní požadavek na zajištění kvality poskytované ošetrovatelské péče je odborná a speciální kvalifikace jednotlivých profesí, jejich celoživotní vzdělávání a udržování si úrovně znalostí pro poskytování péče *lege artis*. Dále tyto standardy přesně definují kompetence jednotlivých profesí ošetrovatelského týmu a stanovují minimální počet jednotlivých pracovníků určité profese.

Standardy zaměřené na proces, tedy řídicí standardy stanovují závazné postupy pro řízení lidí, pro výkony a záznamy v praxi a zaměřují se na popis ošetrovatelských činností a výkonů. Postupy jsou definovány zejména z důvodu zajištění jednotné péče a bezpečného postupu pro pacienta i zdravotnického pracovníka.

Standardy zaměřené na výsledek, monitorovací standardy, stanovuje metody pro monitorování a hodnocení výsledků. Například struktura kvalifikace ošetrovatelského personálu, spokojenost personálu a pacientů, výskyt nežádoucích jevů jako jsou pády pacientů nebo dekubity.

Standardy zaměřené na kvalitu ošetrovatelské péče vychází z Koncepce ošetrovatelské péče (viz Věstník č. 9/2004).⁹⁶

2.6.2.2 Doporučení profesních organizací

Výzkumný tým Střediska pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (dnešní Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) vyvinul dvě metody kvantifikace ošetrovatelské péče pro standardní jednotky a pro intenzivní a resuscitační oddělení. Ve výzkumu dále pokračovali Karla a Otakar Pochylých, kteří tuto metodu jak pro standardní, tak i pro oddělení resuscitační péče publikovali.⁹⁷

Metoda pro intenzivní a resuscitační oddělení nestojí sama o sobě, ale doplňuje metodu TISS (Therapeutic Intervention Scoring System). Metody počítají nejen s počtem lůžek a stavem zdraví jednotlivých pacientů, ale hlavně s náročností ošetrovatelské péče u pacientů prováděné a byly zpracovány tak, aby byly vhodné pro

⁹⁶ Standardy ošetrovatelské péče. [online]. Dostupné na: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-osetrovatelske-pece_1854_15.html [Aktualizování dne 12 4 2011]. [Cit. dne 25.2.2011]

⁹⁷ POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1999

nemocnice v rámci ČR. Metody rozebírají různé biologické potřeby pacienta a podle úrovně soběstačnosti stanovuje příslušný počet bodů. Součet bodů se vynásobí koeficientem 5 a výsledkem je čas ošetřující sestry strávený u pacienta v minutách za dobu 24 hodin. Počet sester pro zajištění provozu celého oddělení se zjistí součtem výsledného čísla od všech pacientů a vydělením tohoto součtu číslem 480 (to jsou minuty, kdy se počítá průměrná pracovní osmihodinová směna). Celkový počet pracovníků vypočítáme součtem hodnoty, která nám vyšla pomocí této metody a minimálním počtem stanoveného personálu, který stanovuje sazebník výkonů.

Aby se metoda stala objektivní, je třeba dodržovat určité zásady jejího provádění. Testování provádíme vždy ve stejnou denní dobu, stejně jako stanovení bodů TISS, aby bylo možno výkony ošetrovatelské péče shrnout za 24 hodin.⁹⁸

Česká asociace sester (dále jen „ČAS“) vydala doporučení na podkladě výzkumu Karly a Otakara Pochylých, který je důkladně sepsán v publikaci *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu* (z roku 1999, vydané v Brně). ČAS zveřejňuje doporučení zabývající se metodou pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetrovatelského personálu na standardních jednotkách.⁹⁹

2.6.2.3 Vnitřní předpisy a standardy vypracované zdravotnickým zařízením

Vnitřní předpisy jsou písemné právní akty, které jsou vydávány osobou, která je zástupcem dané instituce, nejčastěji ředitelem nebo jím pověřenými osobami. Vnitřní předpisy neřeší jednu konkrétní individuální otázku nebo problém, ale regulují povšechnou problematiku a pro svou právní závaznost je nezbytné seznámení všech podřízených, kterých se předpis týká, s daným vnitřním předpisem. Vnitřní předpis je vydáván z důvodu právní povinnosti vydat daný předpis, k provedení právního předpisu nebo z vlastní vůle zaměstnavatele.¹⁰⁰ Formulace předpisu by měla být natolik přesná,

⁹⁸ POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1999, s. 25 – 34

⁹⁹ *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.* [online]. Dostupné na: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/vypocet_personalu_brozura.pdf. [cit. dne. 14.2.2011]

¹⁰⁰ PODHORSKÝ, J., SVOBODOVÁ, J. *Praktický průvodce vnitřními směnicemi pro organizační složky státu, územní správní*

aby jeho nedodržení nebo přestoupení bylo zřejmé a snadno kontrolovatelné a musí být statutárním orgánem pověřené osoby, které budou soustavně kontrolovat dodržování daného předpisu. Při tvorbě předpisu je nezbytné se zamyslet nad schopností uvést daný předpis do praxe, aby při jeho plnění nepřevažovala spíše negativa (nadměrná administrativa) nad pozitivním efektem předpisu.¹⁰¹ Pro počet personálu je směrodatný zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, vyhláška o činnostech, sazebník výkonů a z něho vyplývající nutný počet personálu na odděleních intenzivní péče (viz výše). Pokud by ovšem vnitřní předpis udával nutnost specializačního vzdělání v intenzivní péči u každé všeobecné sestry, nepřipouštěl by na oddělení intenzivní péče zaměstnávání zdravotnických asistentů apod., mohl by se daný předpis stát pro management intenzivní péče nenaplnitelným a místo zkvalitnění ošetrovatelské péče by docházelo k větším nedostatkům ošetrovatelského personálu. Vždy je tedy nutné zvážit celkovou účelnost daného předpisu, aby vedl k naplnění žádaného cíle.¹⁰²

Individuální řídicí akty jsou jednorázová rozhodnutí či nařízení určené pro konkrétního jedince, ustanovující určitý úkol a platný po dohodnutou dobu.¹⁰³ V praxi může být takovým aktem příkaz, který je vydán z důvodu akutního nedostatku ošetrovatelského personálu na konkrétním oddělení intenzivní péče, kdy vyvstala potřeba doplnit personál pracovníky z jiných oddělení apod.

Standardy vypracované zdravotnickým zařízením vztahující se k problematice počtu personálu jsou standardy vybavení a personálního obsazení pracoviště. Každé zdravotnické zařízení má tyto standardy individuálně směřované k vlastním potřebám, ale všechny zdravotnická zařízení je mají vypracované na podkladě sazebníku výkonů a standardů Ministerstva zdravotnictví České republiky.¹⁰⁴

Nově nastoupivší pracovníci nelékařských zdravotnických oborů prochází tzv. adaptačním procesem, který je upraven Metodický pokynem k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Adaptační proces je

celky, příspěvkové organizace a ostatní nevýdělečné organizace. Olomouc. Anag. 2002. Str. 10

¹⁰¹ JAKUBKA, J. *Vnitřní předpisy zaměstnavatele.* Praha. Wolters Kluwer. 2008. Str.21

¹⁰² JAKUBKA, J. *Vnitřní předpisy zaměstnavatele.* Praha. Wolters Kluwer. 2008. Str.22

¹⁰³ PROŠKOVÁ, E. *Zabezpečení provozu oddělení.* Podklady k přednášce. Praha. 2009

¹⁰⁴ *Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie.* Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1998, s. 27

proces určený k snadnějšímu začlenění nového člena ošetrovatelského týmu na daném pracovišti. Jde o doporučený postup pro všechny typy zdravotnických zařízení a zaručuje jednotný postup a rovné podmínky pro nově příchozí pracovníky.¹⁰⁵

2.6.2.4 Akreditační standardy

Akreditační standardy jsou vypracovávány za účelem externího posouzení poskytovaných služeb, zda-li jsou na takové úrovni, aby je bylo možno považovat za bezpečné a kvalitní. Dle vypracovaných akreditačních standardů hodnotí akreditační komise poskytované služby zdravotnického zařízení za účelem získání certifikátu o akreditaci. Akreditace není povinná, ale vypovídá o kvalitě poskytovaných službách v zdravotnickém zařízení, které certifikát o akreditaci získalo.

Akreditační standardy vycházejí z principů, které stanovila Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Akreditační standardy, podle kterých jsou zdravotnická zařízení hodnocena, jsou připravovány zdravotnickými profesionály a poskytovateli vždy s ohledem na požadavky a zájmy pacientů.¹⁰⁶

Spojená akreditační komise (dále jen „SAK“), která je zaměřená na trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v České republice pomocí akreditací zdravotnických zařízení, vypracovala pro zdravotnická zařízení národní akreditační standardy. Mezi těmito standardy jsou i Standardy řízení lidských zdrojů. SAK doporučuje nemocnicím, v rámci podmínek k akreditaci, mít stanovený počet personálu, který je nutný k zajištění provozu jednotlivých oddělení a plán pro rozvíjení kvalifikace jednotlivých pracovníků. Stanovení počtu personálu i plán dalšího vzdělávání pracovníků stanoví management jednotlivých pracovišť. Nemůže-li zdravotnické zařízení tyto plány dodržovat, například z důvodu nedostatku personálu, je management

¹⁰⁵ Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. [online] Dostupné na: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-k-realizaci-a-ukonceni-adaptacniho-procesu-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky_2340_930_3.html. [aktual. 1.4.2010] [cit. 1.6.2011]

¹⁰⁶ Akreditace zdravotnických zařízení. [online]. Dostupné na : http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/akreditace-zdravotnickych-zarizeni_1851_15.html. [Aktualizování dne: 26.10.2010]. [Cit. dne 24.2.2011]

povinen vést tuto situaci v patrnosti a zajistit opatření proti ohrožení bezpečnosti a kvality poskytované péče.

Dále dle akreditačních standardů SAK má mít nemocnice písemně vypracovanou náplň práce pro všechny typy zaměstnanců. Povinnosti a pravomoci každého jednotlivého pracovníka musí být přesně definovány a to nejen po formální stránce, ale včetně stránky materiální. Není možné, aby kompetence pracovníka byly jen formalitou. Je potřeba, aby psané kompetence, odpovídající vzdělání a pracovnímu zařazení, pracovník znal a skutečně podle nich pracoval. Činnosti, které smí pracovník provádět, jdou v souladu nejen se vzděláním a pracovním zařazením, ale také v souladu s posláním nemocnice, se spektrem pacientů, se specifickými úkoly kladené konkrétním pracovištěm a v neposlední řadě i s osobními zkušenostmi a dovednostmi každého jednotlivce.

Vedení ošetrovatelského personálu rozvíjí systematicky proces školení pověřování sester k poskytnutí specifických služeb a průběžně sleduje kvalifikaci a výkon sester. Všichni nově příchozí pracovníci jsou zaškoleni a zapracováni. Nemocnice by tedy měla mít vypracovaný systém k zaškolování nových zaměstnanců. Délka, rozsah a náplň zaškolovacího procesu odpovídají pracovní pozici, kterou pracovník zastává.¹⁰⁷

Joint commission international (dále jen „JCI“) vypracovává mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Na proces a revize těchto standardů dohlíží skupina odborníků ze všech částí světa. Standardy JCI se využívají jako podklad pro akreditaci zdravotnických zařízení na celém světě. Standardy JCI jsou rozděleny na dvě velké skupiny. Skupina zaměřená na pacienty a skupina zaměřená na řízené nemocnice, které zahrnují i standardy kvalifikace a vzdělávání personálu poskytující ošetrovatelskou péči.¹⁰⁸

2.6.3 Optimalizace složení ošetrovatelského týmu na jednotkách intenzivní péče

¹⁰⁷ Spojená akreditační komise. *Národní akreditační standardy pro nemocnice*. [online]. Dostupné na: www.sakcr.cz. [cit. 15.3.2011].

¹⁰⁸ Joint commission international. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Grada Publishing, 2008

Stanovení optimálního zastoupení jednotlivých profesí nelékařského povolání na jednotkách intenzivní péče je stěžejní pro stavbu dobrého a hlavně funkčně výkonného ošetrovatelského týmu. Dobře postavený ošetrovatelský tým je nutný nejen po stránce kvalitně odvedené ošetrovatelské práce, ale zároveň i po stránce ekonomické. Ekonomický profil zdravotnických institucí je věc k řešení každého ošetrovatelského manažera a spadá do něj nejen technické, léčebné, rehabilitační vybavení, ale především vybavení personální. Postavit tým, který svoji odbornou zdatností odpovídá nárokům moderní medicíny, ale zároveň je perspektivní i po ekonomické stránce, není jednoduché, v dnešní době někdy až nemožné.

K docílení správného a optimálního množství a zastoupení jednotlivých ošetrovatelských profesí na oddělení intenzivní péče je nutné znát nejen právní a mimoprávní předpisy upravující složení a počet personálu na jednotkách intenzivní péče, ale i názory jednotlivých sester.

2.6.3.1 Kompetence ošetrovatelských pracovníků a jejich využívání, nevyužívání a zneužívání

V dnešních dnech je široce medializovaná otázka navýšení činností sester. Všeobecná sestra má po formální stránce velké množství kompetencí, respektive činností, v praxi je často nucena navyšovat spektrum kompetencí i o některé výkony prováděné pouze sestrami intenzivistkami nebo lékaři na jednotkách intenzivní péče. Sestra se tedy během své služby dostává do situace, kdy je neustále nucena, provozními podmínkami, překračovat vyhlášku o činnostech. Pokud by odmítla činnosti, pro které není kompetentní, provádět, mohla by se stát v očích managementu nepotřebná. Bude-li je provádět nadále, dostává se do rozporu se zákonem a z toho plynoucích vážných nepříjemností.

Neméně řešeným podnětem mezi sestrami je fakt, že uplatnění vysokoškolsky vzdělaných sester na nemocničních pracovištích se neliší od všeobecných sester se středoškolským vzděláním, na některých odděleních dokonce ani od zdravotnických asistentů. Nemůžeme se tedy sestram divit, že odsouvají své znalosti z ošetrovatelského oboru stranou, odkládají svůj potenciál být dobrou sestrou a odcházejí pracovat do

jiného oboru, kde budou lépe ohodnoceny, jak po finanční stránce, tak po stránkách jiných.

I sestry – intenzivistky vykonávají v praxi shodné činnosti jako sestry bez specializace v intenzivní péči a zdravotničtí asistenti. Po formální stránce se činnosti liší, na pracovištích ale často vidíme všechny kategorie sester vykonávat shodné činnosti. Sestra – intenzivistka často pečuje, na odděleních intenzivní péče, o zdravotně nejsložitější pacienty. K tomu by měla organizovat celý ošetrovatelský tým a to včetně výuky nových sester. To ale není v silách jedné sestry bohužel možné. Takové sestry jsou ve výsledku nervózní a nepříjemné na své okolí z důvodu vysokých požadavků ze strany provozních nároků oddělení. Pro tento problém vidím dvě řešení. Prvním řešením je, že sestra intenzivistka nepečuje o zdravotně nejsložitější pacienty, péči o ně přenechává svým profesně mladším kolegyním, na které dohlíží, vede je a učí novým věcem. Druhé řešení vidím v plnohodnotných pomocnících sestry, kteří pečují o biologické potřeby pacientů, tedy o hygienu, výživu a vyprazdňování pacientů a tu část, která zahrnuje aplikaci léků, asistence u lékařských výkonů apod., vykonává sestra sama. Plnohodnotným pomocníkem sestry může být zdravotnický asistent, který jako profese za tímto účelem vznikl. Protože je ale tato profese finančně méně nákladná než profese sestry, velká část nemocničních zařízení ji využívá na místo profese všeobecné sestry.

Zaměříme-li se na zdravotnické záchranáře, zjistíme, že na jednotkách intenzivní péče vykonávají ošetrovatelskou péči v rámci kompetencí, lépe řečeno činností, sestry intenzivistky. Činnosti zdravotnických záchranářů nejsou využívány v plném rozsahu, což je velká újma na provozu oddělení. Pokud bychom kompetence využívali v plném rozsahu, ušetřila by se práce lékařům, kteří jsou, zvláště na oddělení intenzivní a resuscitační péči, vytíženi někdy až nad hranici lidských schopností. Zdravotnický záchranář například může, dle vyhlášky o činnostech, podávat transfuzní přípravky bez odborného dohledu, zatímco sestra – intenzivistka musí mít odborný dohled lékaře.¹⁰⁹ V praxi ale mají odborný dohled lékaře obě profese.

Zdravotničtí asistenti, jejichž kompetence, výhody i nevýhody pro jednotky intenzivní péče jsem probrala v kapitole 2.5.2, by byli stěžejními členy ošetrovatelského

¹⁰⁹ § 17, § 55 zákona o nelékařských zdravotnických povoláních

týmu za předpokladu, že je management ošetrovatelské péče nebude nutit provozními záležitostmi překračovat jejich kompetence a pracovat na pozici všeobecné sestry nebo dokonce sestry pro intenzivní péči. Řešením nedostatečných kompetencí zdravotnických asistentů na jednotkách intenzivní péče může být absolvování certifikovaných kurzů a získání zvláštní odborné způsobilosti (viz kapitola 2.4.2.3 Zvláštní odborná způsobilosti). Ve výčtu pořádaných certifikovaných kurzů na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví není příliš mnoho kurzů určených pro zdravotnické asistenty, tím spíše zdravotnické asistenty pracující na jednotkách intenzivní péče. Posílení kompetencí tímto způsobem by bylo vítáno například v oblasti péče o invazivní vstupy.

Z vlastní zkušenosti vím, jak je pomocná ruka, vykonávající základní a specializovanou péči, potřebná a nedocenitelná. Sestra, má-li k dispozici pomocníka na tyto činnosti, se může daleko intenzivněji zaměřit na individuální péči při vykonávání vysoce specializované ošetrovatelské péče, může se daleko více věnovat rodině pacienta a jejich edukaci, přípravě studijních materiálů pro nové sestry i studentky. Pojďme usilovat o vrácení pracovníků na jejich primárně zamýšlené pozice. Bude-li oddělení disponovat zdravotnickými asistenty a ošetrovateli, nebude vyvstávat potřeba neustálého navyšování sester. Budou-li pracovat dle svých kompetencí, nebude muset všechnu práci zastávat sestra.

Po absolvování nemalého množství odborných praxí a stáží na různých odděleních v rámci svého studia mohu konstatovat, že zařazení ošetrovatele do ošetrovatelského týmu není samozřejmostí, ba je to dokonce ojedinělý jev. Pouze prozíravý management kliniky, který pravidelně konzultuje potřeby oddělení ze strany personálu s řadovými sestrami, ví, jak je kvalitní ošetrovatel potřebný. Zvláště na resuscitačních odděleních. Přítomnost ošetrovatele na resuscitačním oddělení ještě neznamená odlehčení práce sester od činností, ke kterým je kompetentní ošetrovatel. Málokterá sestra dovolí ošetrovateli provádět činnosti v celém rozsahu jeho kompetencí. Je pravda, že ne každý ošetrovatel je tak pečlivý a svědomitý, aby ho sestra nesoucí zodpovědnost za pacienta mohla ponechat vykonávat jeho práci bez nutnosti její asistence. Řešením by mohlo přerozdělení odpovědnosti, tedy za úkony provedené ošetrovatelem, ponese odpovědnost ošetrovatel, ale protože pracuje ošetrovatel pod

odborným dohledem sestry, není toto řešení možné. Vybírat pouze ty osoby, které jsou zodpovědné, nelze, jelikož během přijímacího pohovoru nelze rozpoznat zodpovědného a svědomitého ošetřovatele. Nezbyvá tedy než říci, že ošetřovatelé budou moci vykonávat své činnosti v plném rozsahu jen tehdy, pokud jim to sestra dovolí. Ale je jisté, že na resuscitačních odděleních by měla být profese ošetřovatele zastoupena.

Posledním členem, kterého musím zmínit, je sanitář. Sanitář je na resuscitačních odděleních nezbytný. Já mohu za sebe říci, jak jsou sanitáři nedocenitelnou pomocí a to nejen pro úklidové a jím podobné práce. Vyhláška o činnostech nedovoluje sanitářům vykonávat jejich činnosti při poskytování vysoce specializované péče. Sanitáři, přijímaní na resuscitační oddělení, se ale této práci téměř nikdy nevyhnou. Na jednu stranu překračují svou asistenci u výkonu vysoce specializované péče právní předpis, na stranu druhou se bez nich sestra neobejde. Zvláště pokud je sestra žena, což ve velké míře je. Nedisponují tak velkou silou, aby si mohly sestry asistovat navzájem a jsou nuceni zvedat těžší břemena, než jim zákon umožňuje.¹¹⁰ Jako návrh řešení navrhuji organizovat certifikované kurzy pro sanitáře na resuscitačních odděleních, aby měli možnost získat zvláštní odbornou způsobilost pro práci na resuscitačních odděleních v rámci své odbornosti a byli tak z pohledu legislativy kompetentní k výkonu povolání společně se sestrou u pacienta v kritickém zdravotním stavu.

2.6.3.2 Problematika nedostatečného množství ošetřovatelského personálu

Systém mobilních sester

V případě neplánované potřeby doplnění počtu sester na pracovišti je v některých nemocničních zařízeních zaveden tzv. systém mobilních sester. Jde o sestry, které nemají své kmenové působiště, ale jsou povolávány na místa potřeby. Během své praxe jsem se setkala jednou s tímto do praxe vneseným systémem, ale pouze jako studentka, proto nemohu vyjádřit jakoukoli kritiku, ať už pozitivní nebo negativní. Nevím ale, bylo-li by možné využít těchto sester na tak specifických odděleních jako jsou resuscitační pracoviště, protože zaučení pro dobře a hlavně samostatně odváděnou

¹¹⁰ Maximální hmotnost břemen, povolených k nošení, je stanovena v § 29 Nařízení vlády č. 361/2007, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci

práci trvá několik let. Nejsem si tedy jista, zda by bylo vhodné, aby takto zaučená sestra odcházela v rámci systému mobilních sester neustále na jiná pracoviště, učila se znovu postupy typické pro dané oddělení a znovu si získávala důvěru sester, které by ji nechaly pracovat v rámci jejích kompetencí. Tento systém může fungovat pouze v těch zdravotnických zařízeních, kde mají přesně standardizované postupy (tedy přesně stanovený postup u výkonu ošetrovatelské péče a možnost kontrolovat dodržování tohoto postupu managementem nemocnice právě díky stanovenému standardu – stanovený standard je nezbytný pro hodnocení kvality ošetrovatelské péče) a stejné nebo obdobné typy jednotek intenzivní péče. Sestra v rámci systému mobilních sester může posloužit jako pomocná síla pro dané pracoviště nebo zastoupení profese zdravotnického asistenta v rámci resuscitačních oddělení. Ale i tak je to z mého pohledu řešení ve stavu nouze, je-li například velké množství ošetrovatelského personálu v pracovní neschopnosti nebo na dovolené.

Možnosti využití sester na mateřské dovolené

Sestra, která je toho času na mateřské dovolené, se na první pohled jeví velice lákavě co by záskok či doplněk sesterského týmu. Vzhledem k tomu, že je doma, má mnoho času a z pohledu managementu se jistě ráda rozptýlí od domácích povinností. Z vyprávění svých kolegyně, maminek na mateřské dovolené, vím, jak složité je skloubit chod domácnosti s malým dítětem s prací v náročném provozu resuscitačního oddělení. Mé kolegyně pracují alespoň na částečný úvazek a to pouze z finančních důvodů, rozhodně ne z časové nenáročnosti mateřské dovolené. V případě, že je staniční sestra požádá o službu mimo jejich rozpis, vyvstává pro ně často neřešitelný problém s ohlídáním jejich potomka v čase jejich nepřítomnosti.

Proto si myslím, že sestry na mateřské dovolené je vhodné využít pro práci pouze v rámci předem stanoveného rozpisu a nekomplikovat jejich mateřské povinnosti těmi neplánovanými pracovními.

Studenti a jejich práce na resuscitačním oddělení

Na jednotky intenzivní péče přicházejí denně studenti z různých vzdělávacích institucí za účelem získání nebo prohloubení svých znalostí z oblasti intenzivní a resuscitační péče. Vzdělávací instituce jsou vysoce kvalifikovaná pracoviště zdravotnických zařízení, které jsou určeny Ministerstvem zdravotnictví České republiky a jde-li o výuku pro lékařské nebo farmaceutické fakulty, postupuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky v dohodě s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy.¹¹¹ Podíl fakultních nemocnic na vzdělávání studentů z různých fakult se dohodne mezi ředitelem fakultní nemocnice a příslušným děkanem fakulty.

Studenti pracují pod přímým vedením pracovníka, který je odborně způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu,¹¹² což znamená, že pověřený odborník je stále přítomný a student pracuje podle jeho pokynů.¹¹³ Poskytnout takového pracovníka studentovi je povinností zdravotnického zařízení vyplývající ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (dále jen „zákon o péči o zdraví lidu). Pakliže je studentem osoba, která vykonává svou profesi všeobecné sestry (porodní asistentky, zdravotnického záchranáře) bez odborného dohledu na jiném pracovišti, během praktické výuky pracuje též pod přímým vedením ošetrovatele pracovníka konající svou práci bez odborného dohledu, který je zaměstnaný na pracovišti, kde praktická výuka probíhá.¹¹⁴

Studenti jsou povinni zachovávat povinnou mlčenlivost o všem co viděli, slyšeli a četli v souvislosti s pacienty. Tato povinnost vyplývá ze zákona o péči o zdraví lidu.¹¹⁵

Na odděleních intenzivní péče probíhá praktická výuka oborů všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotnický záchranář a dále sem přicházejí za praktickým vzděláním studenti specializačního vzdělání v oboru intenzivní péče (o specializačním vzdělání podrobně viz kapitola 2.4.2.2). Tito studenti by si měli v rámci praktické výuky osvojit činnosti prováděné na odděleních intenzivní péče u pacientů se selhávajícími životními funkcemi. Studenti pracují, jak jsem již uvedla výše, pod

¹¹¹ §60 zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu

¹¹² §12 zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu

¹¹³ PROŠKOVÁ, E. BRŮHA, D. *Zdravotnická povolání*. Wolters Kluwer. 2011 str.113

¹¹⁴ PROŠKOVÁ, E. *Pracovníci ve zdravotnictví*. Podklady k přednášce. Praha. 2010

¹¹⁵ §55 zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu

přímým vedením pracovníka kvalifikovaného pro práci v intenzivní péči a pracujícího bez odborného dohledu. Student je na oddělení zařazen do běžného provozu oddělení a prací pod přímým vedením zkušené sestry napomáhá s péčí o pacienta se selhávajícími životními funkcemi. Nejen, že se tak naučí novým, pro něho dosud neznámým věcem, ale dokáže sestře pomoci či jí asistovat. Pokud má student dobré vedení během jeho praxi, je pro sestru a nakonec i pro celý tým oporou. Opora ošetrovatelského týmu ve studentovi by neměla být vnímána v tom smyslu, že student je na oddělení namísto pomocné síly. Student by neměl provádět práci místo sestry, ale vždy se sestrou. Nemělo by dojít k situaci, kdy student provádí méně odborné úkony a sestra mezitím asistuje u náročného výkonu typického pro intenzivní péči, tedy u výkonu, u kterého by student měl být a rozšiřovat si svůj vlastní obzor z resuscitační péče.

Význam metody kvantifikace ošetrovatelského personálu z mého pohledu

Po důkladném prostudování metody pro kvantifikaci ošetrovatelského personálu od Karla a Otakara Pochylých jsem dospěla názoru, že stanovit optimální množství pro personál na jednotkách intenzivní péče nelze v žádném případě zevšeobecnit stanovenou metodou. Počet i složení si musí každá vedoucí sestra, po naplnění požadavků daných zákonem (viz kapitola 2.6.1), ve spolupráci s řadovými sestrami určit sama. Každé pracoviště je jiné a i přesto že bychom jednotlivá oddělení rozdělili na jednotky intenzivní péče nižšího a vyššího stupně, tak i přesto musí vedoucí sestry přistupovat k personálnímu zajištění zcela individuálně. Od výzkumu manželů Pochylých uběhla určitá doba, za kterou se mnohé záležitosti týkající se personálu na jednotkách intenzivní péče změnily. Po svých zkušenostech z oddělení resuscitační péče jsem dospěla názoru, že žádná teoreticky stanovená metoda, i kdyby její autor čerpal z praxe, nemůže vyřešit globální problém zastoupení jednotlivých profesí na oddělení intenzivní a resuscitační péče.

Jak jsem již uvedla v předchozí kapitole, není ani tak nutné neustále přijímat do ošetrovatelského týmu nové sestry, ale zamyslet se nad využitím ostatního nelékařského zdravotnického personálu. Kvantifikaci nelékařského personálu zajistil sazebník výkonů a na managementu resuscitační kliniky je, aby se zamyslel nad využitím každé jednotlivé profese na oddělení. Bude-li sestra dělat vše, bude sester vždy málo. Rozdělí-

li se úkoly dne na resuscitačním oddělení mezi všechny členy ošetřovatelského týmu a zajistí-li se dohled nad dodržováním povinností každého pracovníka, nebude potřeba nových sester tak intenzivní. Dáme-li prostor zdravotnickým asistentům, aby byli pomocníky sester, využijeme-li činnosti ošetřovatelů v rozsahu adekvátním pro resuscitační oddělení a bylo-li by možné, aby sanitáři asistovali při vykonávání vysoce specializované péče, bude ošetřovatelský tým schopný efektivní práce.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle diplomové práce

- Cíl 1:** Identifikovat optimální složení týmu na oddělení intenzivní péče a zmapovat soulad mezi právním a faktickým stavem počtu jednotlivých pracovníků, jejich vzděláním a kompetencemi.
- Cíl 2:** Zjistit názory nelékařského ošetrovatelského personálu o počtu a zastoupení jednotlivých nelékařských ošetrovatelských profesí v pracovním týmu.
- Cíl 3:** Dále zmapovat povědomí ošetrovatelského personálu o rozsahu kompetencí všeobecných sester specializovaných v intenzivní péči, sester bez specializace a zdravotnických asistentů a rozpoznat jejich plnění v praxi.
- Cíl 4:** Posledním mým cílem je vyzkoumat názory sester na profesi zdravotnického asistenta a úsudek zdravotnických asistentů na jejich postavení v ošetrovatelském týmu na oddělení intenzivní péče.

3.2 Hypotézy

- Hypotéza 1:** Dle mého názoru mají staniční sestry pocit nedostatečného počtu sester na svých intenzivních a resuscitačních odděleních.
- Hypotéza 2:** Domnívám se, že sestry neznají rozdíly v kompetencích sestry specializované pro práci v intenzivní péči, sestry bez specializace a zdravotnických asistentů.
- Hypotéza 3:** Myslím si, že v očích sester je na oddělení intenzivní a resuscitační péče nedostatečný počet ošetrovatelů a sanitářů.
- Hypotéza 4:** Míním, že sestráům nevyhovuje konat odborný dohled nad zdravotnickými asistenty.
- Hypotéza 5:** Soudím, že zdravotnickým asistentům vadí odborný dohled a že ošetrovatelskému personálu nepostačují kompetence, které zdravotnický asistent má.

3.3 Metodika

V praktické části se věnuji názorům sester na problematiku počtu ošetrovatelského personálu na oddělení intenzivní a resuscitační péče. Porovnávám vědomí sester o rozdílech v kompetencích specializovaného a nesespecializovaného ošetrovatelského personálu v intenzivní péči a právní úpravy této problematiky. v neposlední řadě se věnuji rozsahu kompetencí zdravotnického asistenta, zjišťuji názory zdravotnických asistentů na množství jejich kompetencí a uplatnění této profese na oddělení intenzivní a resuscitační péče.

3.2.1 Sběr dat

K získání potřebných informací od nelékařského ošetrovatelského personálu jsem využila metodu anonymních dotazníků. Tato metoda sběru informací je v sesterské populaci velice dobře známá a velké procento sester umí dotazník vyplnit bez dlouhého a individuálního vysvětlování. Na druhou stranu je v dnešní době těchto dotazníků k vyplnění na odděleních mnoho a sestry ztrácí zájem o spolupráci a o sdílení informací či vlastního názoru touto formou.

Dotazník jsem sestavovala pod odborným a profesionálním vedením své vedoucí práce. Obsahuje 31 otázek, z nichž 5 otázek je určený pouze pro staniční sestry daných oddělení, 6 otázek vyplňovali výhradně sestry a zdravotničtí záchranáři a 4 otázky naopak pouze zdravotničtí asistenti. Zbylé otázky byly společné pro všechny profese ošetrovatelského týmu. Ze všech otázek je 8 polootevřených včetně otázek pro staniční sestry a 23 otázek je uzavřeného typu.

Dotazníky jsem rozdělila do části identifikačních údajů a části empirické, které mapují názory sester na danou problematiku a distribuovala jsem je v průběhu měsíců února a března roku 2011.

Výzkum jsem prováděla ve dvou fakultních nemocnicích na 13 odděleních intenzivní a resuscitační péče různého typu (chirurgická, interní, gynekologická, pediatriká a neonatologická). Rozdala jsem celkem 271 dotazníků, 214 jsem jich

získala zpět a zařadila je do zpracování dat. Celková návratnost tedy byla 79% dotazníků. Některé otázky byly hodnoceny ve vztahu s jinými otázkami.

3.4 Šetření

3.4.1 Charakteristika skupiny respondentů

Skupinu dotazovaných respondentů tvořili sestry, zdravotničtí záchranáři a zdravotničtí asistenti pracující na odděleních intenzivní a resuscitační péče. Jejich údaje a názory byly zdrojem informací pro praktickou část mé diplomové práce.

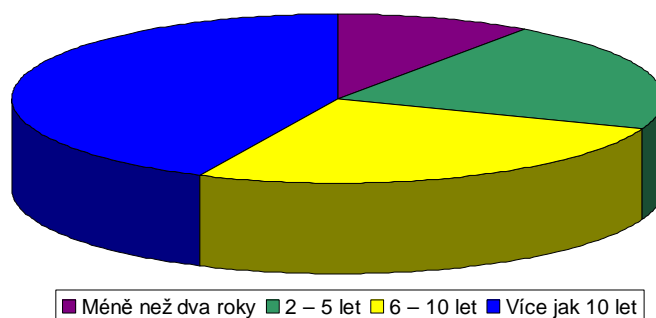
Otázka č. 1: Délka sesterské praxe respondenta

V této otázce jsem pátrala po délce celkové sesterské praxe dotazovaného.

Tabulka k otázce č. 1

Délka sesterské praxe	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Méně než dva roky	21	9,81
2 – 5 let	45	21,02
6 – 10 let	56	26,18
Více jak 10 let	92	42,99
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 1



Respondentům, kteří se podíleli na vyplnění mého dotazníku bylo s celkovou sesterskou praxí pod dva roky 21 (9,81%). Celková sesterská praxe od 2 do 5 let byla u 45 dotazovaných (21,02%). Sester s celkovou sesterskou praxí od 6 do 10 let bylo 56 (26,18%). Nejvíce však bylo ošetrovatelského personálu s celkovou sesterskou praxí delší jak 10 let, činili 92 osob z oslovených (42,99%). Délku sesterské praxe uvedli všichni dotazovaní, tedy 214 osob (100,00%).

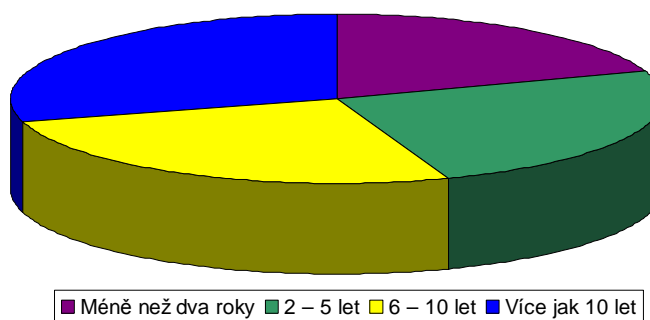
Otázka č. 2: Délka sesterské praxe na oddělení intenzivní a resuscitační péče

Druhá položka byla otázka na délku sesterské praxe na oddělení intenzivní a resuscitační péče. Tato otázka vycházela z mého předpokladu, že i s dlouholetou celkovou praxí může mít sestra minimální zkušenosti s prací na intenzivních odděleních.

Tabulka k otázce č. 2

Délka sesterské praxe na jednotce intenzivní péče	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Méně než dva roky	42	19,63
2 – 5 let	53	24,77
6 – 10 let	56	26,16
Více jak 10 let	63	29,44
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 2



Respondentům, kteří se podíleli na vyplnění mého dotazníku bylo se sesterskou praxí na intenzivních a resuscitačních odděleních pod dva roky 42 (19,63%). Praxe od 2 do 5 let byla u 53 dotazovaných (24,77%). Sester s praxí od 6 do 10 let bylo 56 (26,16%). Nejvíce bylo ošetrovatelského personálu s praxí na intenzivních odděleních delší jak 10 let, činili 63 osob z oslovených (29,44%). Délku sesterské praxe na

intenzivních a resuscitačních odděleních uvedli všichni dotazovaní, tedy 214 osob (100,00%).

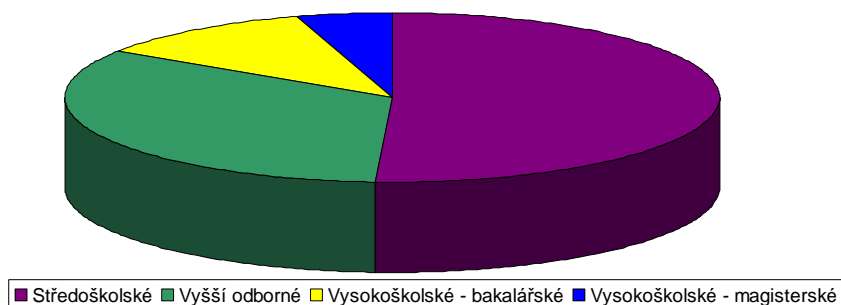
Otázka č.3: Nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných sester

Třetí položka se vztahuje k informaci o nejvyšším dosaženém vzdělání nelékařského ošetrovatelského personálu. Otázku jsem zařadila zcela záměrně, protože neustále roste tlak okolí na vyšší vzdělávání sester a zajímalo mě tedy, spektrum druhu vzdělání ošetrovatelského personálu na odděleních intenzivní a resuscitační péče.

Tabulka k otázce č. 3

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Středoškolské	109	50,93
Vyšší odborné	71	33,18
Vysokoškolské – bakalářské	24	11,22
Vysokoškolské – magisterské	10	4,67
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 3



Nejvyšší zastoupení mají bezesporu absolventi středních zdravotnických škol, činí 109 osob (50,93%). Sestry, které vystudovaly vyšší odborné školy jsou v zastoupení 71 dotazovaných (33,18%). Ošetrovatelského personálu s vysokoškolským vzděláním je 34, z toho 24 osob s bakalářským (11,22%) a 10 osob s magisterským vzděláním (4,67%). I v této otázce se zúčastnili všichni dotazovaní, tedy 214 respondentů (100.00%).

3.5 Popis výsledků

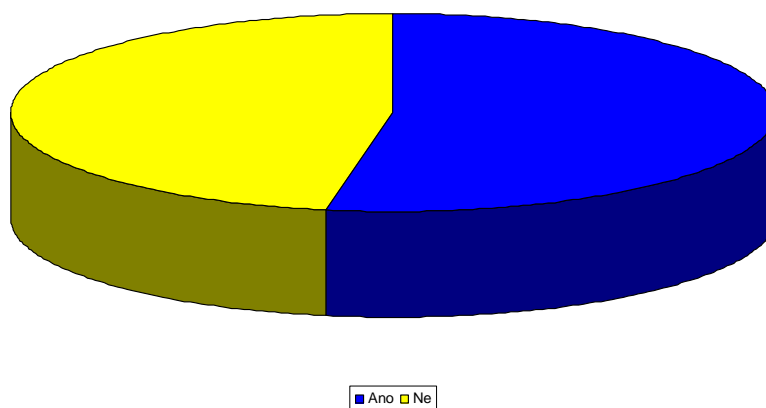
Otázka č. 4: **Specializovaná způsobilost pro práci v intenzivní péči u dotazovaných členů nelékařského ošetrovatelského týmu.**

Za přesně definovaným účelem jsem rozdělila otázku vzdělání na vzdělání poskytované různými školami ošetrovatelského typu a vzdělání specializační pro práci v intenzivní péči. Práci bez odborného dohledu na oddělení intenzivní péče smí sestra provádět pouze je-li specializovaná pro práci v intenzivní péči. Požadavky na procentuální zastoupení sester – intenzivistek je stanoveno v Sazebníku výkonů a liší se podle typů resuscitačních a intenzivních oddělení. Zatímco na resuscitační oddělení je kladena podmínka minimálně 50% zastoupení sester – intenzivistek, na jednotkách intenzivní péče vyššího typu je podmínka 25% a na intenzivních jednotkách nižšího stupně je podmínka ne v procentech, ale v absolutní hodnotě a to 1 sestra – intenzivistka na službu.

Tabulka k otázce č. 4

Specializovaná způsobilost v intenzivní péči	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano	113	52,80
Ne	101	47,20
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 4



V této otázce odpovědělo 100,00% dotazovaných, tedy 214 osob. Z tohoto počtu je 113 respondentů specializovaných pro práci v intenzivní péči (52,80%) a 101 respondentů není specializovaných pro práci v intenzivní péči (47.20%).

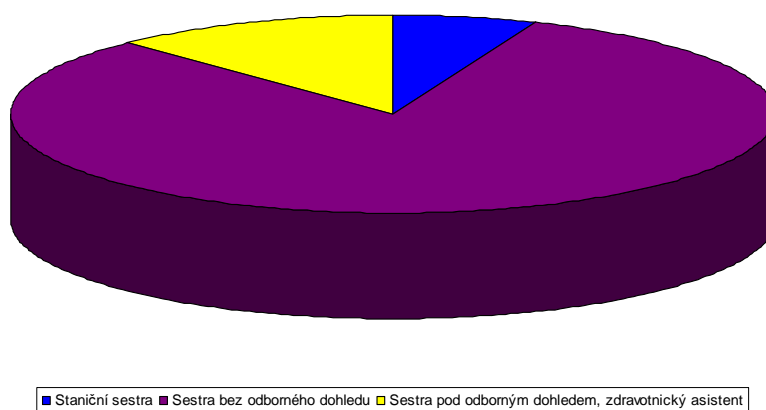
Otázka č. 5: Zastávaná funkce na oddělení intenzivní a resuscitační péče

V této otázce jsem pátrala po množství staničních sester mezi dotazovanými respondenty z důvodu následujících otázek ohledně počtu ošetrovatelského personálu, dále zkoumám počet sester pracujících bez odborného dohledu a sester pracujících pod odborným dohledem. Z právních předpisů jasně plyne, že sestra bez specializace v intenzivní péči pracuje vždy pod odborným dohledem sestry – intenzivistky. Moje otázka je tedy směřována k povědomí sester o tomto předpisu a jeho plnění v praxi.

Tabulka k otázce č. 5

Zastávaná funkce na oddělení intenzivní a resuscitační péče	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Staniční sestra	13	5,14%
Sestra bez odborného dohledu	175	81,78
Sestra pod odborným dohledem, zdravotnický asistent	26	13,08
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č.5



Dotazníky jsem rozdala na 13 oddělení intenzivní a resuscitační péče, vyplnilo je 13 staničních sester, tedy z každého oddělení se každá staniční sestra zúčastnila

mého výzkumného šetření. Z celkového počtu zaujímá množství staničních sester 5,14%.

Podle výsledků pracuje bez odborného dohledu 175 dotázaných sester (81,78%) a 28 osob pracuje pod odborným dohledem.

S touto otázkou neoddělitelně souvisí položka č. 4 a otázka č. 12, ve které se dotazují sester bez specializace pro práci v intenzivní péči zda-li konzultují záležitosti týkající se pacientů se sestrami – intenzivistkami a otázky hodnotím závisle na sobě. Proto bych tyto otázky nejprve zhodnotila odděleně a následně v závislosti na sobě. Pro souvislost uvedu otázku č. 12 již zde.

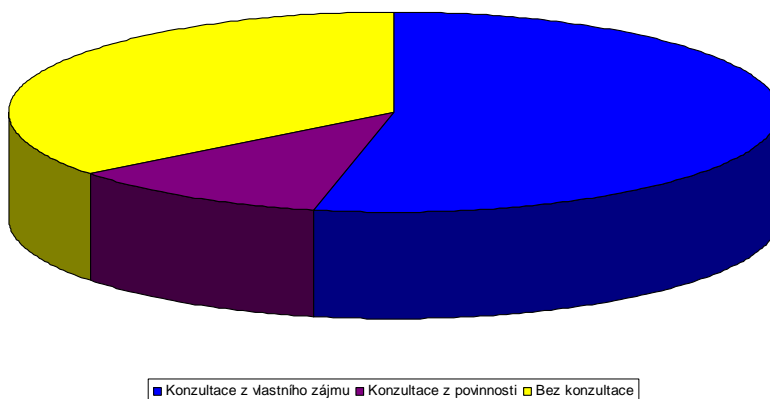
Otázka č. 12: **Konzultace nad záležitostmi týkající se pacienta se sestrou – intenzivistkou v případě, že respondent není specializovaný pro práci v intenzivní péči.**

Domnívala jsem se, že velké procento sester nezná fakt, že nejsou-li specializované pro práci v intenzivní péči, musí pracovat pod odborným dohledem a očekávala jsem, že z důvodu neznalosti tohoto právního předpisu vyplní i sestry bez specializované způsobilosti v intenzivní péči že pracují bez odborného dohledu. Proto jsem zařadila otázku č. 12, která mluví o skutečném konzultování záležitostí týkající se pacientů se sestrami – intenzivistkami.

Tabulka k otázce č.12

Konzultace se sestrami - intenzivistkami	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Konzultace z vlastního zájmu	54	53,47
Konzultace z povinnosti	11	10,89
Bez konzultace	36	35,64
Celkem	101	100,00

Graf k otázce č. 12

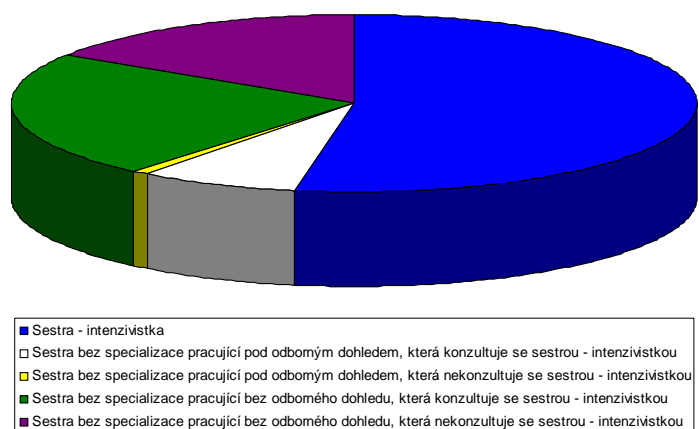


Otázku vyplnilo všech 101 oslovených sester bez specializované způsobilosti v intenzivní péči. Z tabulky k otázce č. 12 plyne, že 65 oslovených sester bez specializace v intenzivní péči konzultují záležitosti týkající se jejich pacientů se sestrami intenzivistkami, což je 64,36%, z tohoto počtu 54 osob konzultuje z vlastního zájmu (53,47%) a 11 respondentů konzultuje z důvodu nařízení vedení (10,89%). 36 sester bez specializované způsobilosti na poradu nechodí.

Po společném vyhodnocení otázek č. 4, 5, 12 jsou výsledky následující:

Konzultace se sestrami - intenzivistkami	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Sestra - intenzivistka	113	52,8
Sestra bez specializace pracující pod odborným dohledem, která konzultuje se sestrou - intenzivistkou	16	7,48
Sestra bez specializace pracující pod odborným dohledem, která nekonzultuje se sestrou - intenzivistkou	2	0,93
Sestra bez specializace pracující bez odborného dohledu, která konzultuje se sestrou - intenzivistkou	49	22,9
Sestra bez specializace pracující bez odborného dohledu, která nekonzultuje se sestrou - intenzivistkou	34	15,89
Celkem	214	100,00

Graf ke sloučeným otázkám č. 4, 5 a 12



Ze společně vyhodnocených výsledků mezi otázkami č. 4, 5 a 12 vyplynulo, že sester, které nejsou specializované v intenzivní péči, pracující pod odborným dohledem sester – intenzivistek a skutečně konzultující problematiku svých pacientů se sestrami – intenzivistkami je 16 (7,48%) a ty, které na poradu k sestram – intenzivistkám nechodí jsou 2 (0,93%). Sester, které nejsou specializované v intenzivní péči a pracují bez odborného dohledu sester – intenzivistek je 83. Z toho 49 osob (22,9%) konzultuje problematiku svých pacientů se sestrami – intenzivistkami a 34 respondentů na poradu nechodí.

Z těchto výsledků plyne závěr, že vysoké procento sester bez specializace pro práci v intenzivní péči neví, že by měla pracovat pod odborným dohledem sester – intenzivistek a pokud vědí, že by měli, v praxi tak nečiní (na konzultace nechodí).

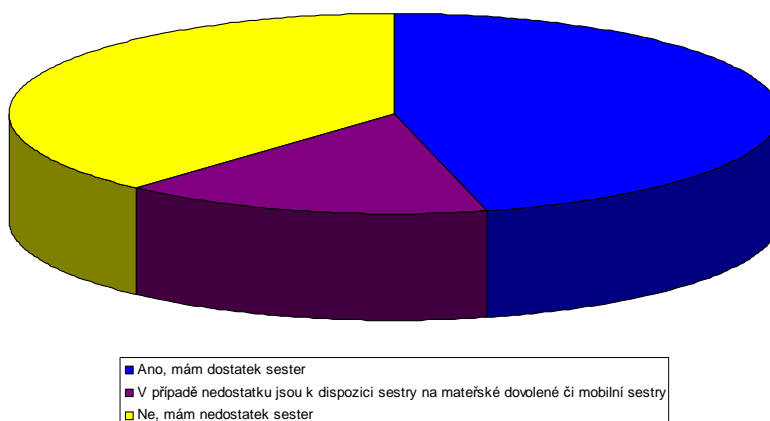
Otázka č. 6: Týká se pouze staničních sester a dotaz je směřován na subjektivní názor staničních sester na dostatek řadových sester do služeb

V této položce se dotazují na subjektivní názor staničních sester ohledně dostatku či nedostatku sester do služeb. Protože ale není každá staniční sestra schopna i z dostatku sester sestavit plán služeb, v otázce následující se věnuji faktickému počtu sester a porovnávám ho s doporučeným počtem ošetrovatelského personálu v sazebníku výkonů.

Tabulka k otázce č. 6

Názor na dostatek služeb sester do služeb	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano, mám dostatek sester	6	46,16
V případě nedostatku jsou k dispozici sestry na mateřské dovolené či mobilní sestry	2	15,38
Ne, mám nedostatek sester	5	38,46
Celkem	13	100,00

Graf k otázce č. 6



Z výše uvedené tabulky vyplývá, že 6 staničních sester (46,16%) ze 13 oslovených má pocit dostatečného počtu sester na svém pracovišti. Sestry na mateřské dovolené nebo mobilní sestry mají v případě nedostatku sester k dispozici 2 staniční sestry a 5 staničních sester nabývá dojmu nedostatku sester.

Otázka č. 7: **Dotaz na množství sester přepočtených na jednotlivé úvazky**

Tato otázka napomáhá zobjektivizovat subjektivní názor staničních sester na dostatek či nedostatek ošetřujícího personálu. Aby výsledky byly relevantní, bylo potřeba jednotlivá oddělení, kde probíhalo průzkumné šetření, rozdělit na resuscitační, neonatologická a intenzivní oddělení vyššího a nižšího typu. Dále jsem potřebovala získat od vrchních sester informaci o počtu lůžek na jednotlivých jednotkách a zařazení jejich pracoviště do systému TISS. Tyto informace nebyly obsaženy v dotazníku, jelikož jsem jejich nutnost objevila až při zpracovávání dat. Elektronicky jsem se proto spojila s vrchními sestrami jednotlivých klinik, které mi tyto údaje o svých klinikách doplnily dodatečně. Porovnávám tedy výsledky u každého pracoviště zvlášť. U jednotlivých pracovišť uvádím informaci ohledně zařazení pracoviště dle TISS a počtu lůžek na jejich pracovištích.

Tabulka č 1. k otázce č. 7

Resuscitační oddělení č. 1 – 5 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	5	1	5
	Úvazek 1,0	15	75	0	0
	Úvazek 0,75	0	0	0	0
	Úvazek 0,5	4	20	0	0
	Úvazek 0,25	0	0	0	0
	Celkem	20	100	1	5
Ošetřovatelé	Úvazek 1,0	2	66,67	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	1	33,37	-	-
	Celkem	3	100	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	5	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	5	100	-	-

Dle informací od vrchní sestry tohoto resuscitačního oddělení vím, že Sazebníkem výkonů je řazeno toto oddělení jako oddělení resuscitační kromě neonatálního. To znamená, že by mělo disponovat jednou staniční sestrou – intenzivistkou, třemi sestrami na jedno lůžko, z toho alespoň 50% sester – intenzivistek a 0,3 pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky na jedno lůžko.

Po zhodnocení výsledků, viz tabulka č.1 k otázce č.7, je splněna podmínka staniční sestry, na úvazek 1,0 specializované pro práci v intenzivní péči.

Po přepočtení sester vychází 18 úvazků 1,0, to je 3,6 sester na lůžko, což splňuje Sazebníkem výkonů danou podmínku počtu sester, ale není již splněna podmínka specializace v intenzivní péči, jelikož dle výsledků není specializovaná žádná řadová sestra.

V Sazebníku výkonů není odlišený personál na ošetřovatelky a sanitáře, ale pouze na pracovníky pracující pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky. Toto oddělení disponuje 7 pracovníky na úvazek 1,0 a jedním pracovníkem na úvazek 0,25. Ale vzhledem k faktu, že na oddělení resuscitační péče sanitář pracovat nesmí (dle vyhlášky o činnostech), porušují jeho zaměstnáváním podmínky Sazebníku výkonů.

Ve shrnutí podotýkám, že toto oddělení nesplňuje množství sester – intenzivistek a protože je zde zaměstnáván sanitář, je zde porušeno nařízení vyhlášky o činnostech.

Tabulka č. 2 k otázce č. 7

Resuscitační oddělení a jednotka intenzivní – pooperační péče – 18 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	2	2,74	2	2,74
	Úvazek 1,0	46	63,01	19	26,03
	Úvazek 0,75	5	6,85	1	1,37
	Úvazek 0,5	15	20,55	5	6,85
	Úvazek 0,25	5	6,85	1	1,37
	Celkem	73	100	28	38,36
Ošetřovatelé	Úvazek 1,0	6	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	6	100	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	11	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	11	100	-	-

Toto oddělení je atypické oproti ostatním tím, že zde mluvíme o dvou, respektive třech typech oddělení, které má všechny sestry dohromady a dělí si je mezi sebou. První oddělení je typická resuscitační jednotka, s péčí hodnocenou 30 a více TISS body, druhé oddělení je intenzivní jednotka s pooperační péčí, kde je péče hodnocena též 30 a více TISS body a třetí oddělení je oddělení intermediální péče, která je hodnocena jako intenzivní péče vyššího stupně, s ohodnocením TISS body 20 – 29.

Oddělení budu proto hodnotit jako celek a to jako resuscitační jednotku s ohodnocením 30 a více bodu dle TISS.

Jednotky disponují dvěma staničními sestrami, což dopovídá podmínkám stanoveným v Sazebníku výkonů. Obě staniční sestry patří mezi sestry – intenzivistky.

Po přepočtení sester vychází 60,5 úvazků 1,0, to je 3,36 sester na lůžko, což splňuje Sazebníkem výkonů danou podmínku počtu sester. Již není splněna podmínka specializace v intenzivní péči, jelikož dle výsledků je specializováno 24 řadových úvazků 1,0, tedy 40% z přepočtených úvazků 1,0

Toto oddělení disponuje 18 pracovníky pracující pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky na úvazek 1,0. Je tedy splněna podmínka stanovená Sazebníkem výkonů ohledně počtu těchto pracovníků.

Ve shrnutí uvádím, že toto oddělení nesplňuje množství sester – intenzivistek a vzhledem k faktu, že na oddělení resuscitační péče sanitář pracovat nesmí, je zde porušeno nařízení vyhlášky o činnostech.

Tabulka č. 3 k otázce č. 7

Resuscitační oddělení – 12 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	1,64	1	1,64
	Úvazek 1,0	45	73,76	41	67,21
	Úvazek 0,75	5	8,20	4	6,56
	Úvazek 0,5	5	8,20	4	6,56
	Úvazek 0,25	5	8,20	4	6,56
	Celkem	61	100	54	88,53
Ošetrovatelé	Úvazek 1,0	4	66,67	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	2	33,34	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	6	100	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	6	85,71	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	1	14,29	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	7	100	-	-

Dle informací vrchní sestry tohoto resuscitačního oddělení je oddělení v Sazebníku výkonu zařazeno jako resuscitační oddělení neonatální péče. To znamená že by mělo disponovat jednou staniční sestrou – intenzivistkou, čtyřmi sestrami na jedno lůžko, z toho alespoň 50% sester – intenzivistek a 0,3 pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky na jedno lůžko.

Po zhodnocení výsledků, viz tabulka č.4 k otázce č.7, je splněna podmínka staniční sestry, na úvazek 1,0 specializované pro práci v intenzivní péči.

Po přepočtení sester vychází 53,5 úvazků 1,0, to je 4,46 sester na lůžko, což splňuje Sazebníkem výkonů danou podmínku počtu sester. Toto oddělení splňuje i podmínku specializace v intenzivní péči, jelikož dle výsledků je 90% úvazku 1,0 specializovaných v intenzivní péči.

Toto oddělení disponuje v přepočtu 11,5 úvazku 1,0. Je tedy splněna podmínka stanovená Sazebníkem výkonů ohledně počtu pracovníků pracujících pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky.

Ve shrnutí podotýkám, že toto oddělení by splňovalo všechny podmínky ohledně doporučeného počtu ošetrovatelského personálu stanovené Sazebníkem výkonů, ale vzhledem k faktu, že na oddělení resuscitační péče sanitář pracovat nesmí, je zde porušeno nařízení vyhlášky o činnostech.

Tabulka č. 4 k otázce č. 7

Oddělení resuscitační neonatální péče – 15 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	5,56	1	5,56
	Úvazek 1,0	12	66,67	0	0
	Úvazek 0,75	2	11,10	0	0
	Úvazek 0,5	3	16,67	0	0
	Úvazek 0,25	0	0	0	0
	Celkem	18	100	1	5,56
Ošetřovatelé	Úvazek 1,0	0	0	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	0	0	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	2	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	2	100	-	-

Dle informací od vrchní sestry tohoto resuscitačního oddělení je v Sazebníku výkonu oddělení zařazeno jako oddělení resuscitační neonatální péče.

Po zhodnocení výsledků, viz tabulka č.3 k otázce č.7, je splněna podmínka staniční sestry, na úvazek 1,0 specializované pro práci v intenzivní péči.

Po přepočtení sester vychází 16 úvazků 1,0, to je 1,07 sestry na lůžko, což nespĺňuje Sazebníkem výkonů danou podmínku počtu sester. Toto oddělení nespĺňuje ani podmínku specializace v intenzivní péči, jelikož dle výsledků je 5,56% úvazku 1,0 specializovaných v intenzivní péči.

Toto oddělení disponuje v přepočtu 2 úvazky 1,0 pracovníků pracující pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky. Není tedy splněna podmínka stanovená Sazebníkem výkonů ohledně počtu těchto pracovníků ani zde.

Ve shrnutí podotýkám, že toto oddělení nesplňuje podmínky ani v počtu jednotlivých profesí, ani v počtu sester specializovaných v intenzivní péči.

Tabulka č. 5 k otázce č. 7

Oddělení resuscitační neonatální péče – 13 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	2,57	1	2,57
	Úvazek 1,0	34	87,17	15	38,46
	Úvazek 0,75	3	7,69	1	2,57
	Úvazek 0,5	1	2,57	1	2,57
	Úvazek 0,25	0	0	0	0
	Celkem	39	100	18	46,17
Ošetřovatelé	Úvazek 1,0	0	0	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	0	0	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	7	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	7	100	-	-

Podle informací vrchní sestry tohoto resuscitačního oddělení je oddělení v Sazebníku výkonu zařazeno jako oddělení resuscitační neonatální péče. To znamená že by mělo disponovat jednou staniční sestrou – intenzivistkou, čtyřmi sestrami na jedno lůžko, z toho alespoň 50% sester – intenzivistek a 0,3 pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky na jedno lůžko.

Po zhodnocení výsledků, viz tabulka č.4 k otázce č.7, je splněna podmínka staniční sestry, na úvazek 1,0 specializované pro práci v intenzivní péči.

Po přepočtení sester vychází 37,75 úvazků 1,0, to je 2,90 sester na lůžko, což nesplňuje Sazebníkem výkonů danou podmínku počtu sester. Toto oddělení nesplňuje ani podmínku specializace v intenzivní péči, jelikož dle výsledků je 46,17% úvazku 1,0 specializovaných v intenzivní péči.

Toto oddělení disponuje v přepočtu 7 úvazky 1,0 pracovníků pracujících pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky, což je 0,54 na jedno lůžko. V této oblasti jsou splněny podmínky Sazebníku výkonů.

Ve shrnutí podotýkám, že toto oddělení nesplňuje podmínky ani v počtu jednotlivých profesí, ani v počtu sester specializovaných v intenzivní péči.

Tabulka č. 6 k otázce č. 7

Oddělení resuscitační neonatální péče, vyšší a nižší stupeň intenzivní péče – 9 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	5,56	1	5,56
	Úvazek 1,0	14	77,78	5	27,78
	Úvazek 0,75	0	0	0	0
	Úvazek 0,5	2	11,10	0	0
	Úvazek 0,25	1	5,56	0	0
	Celkem	18	100	6	33,34
Ošetrovatelé	Úvazek 1,0	2	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	2	100	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	2	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	2	100	-	-

Dle informací od vrchní sestry tohoto resuscitačního oddělení, jsou tři lůžka z této jednotky zařazena jako resuscitační neonatální. Tři lůžka jsou řazena jako vyšší a tři jako nižší intenzivní péče podle Sazebníku výkonů. Dle vrchní sestry nevykazují svou péči v TISS bodech, proto je hodnocení správného počtu personálu pro mě velmi obtížné. Každopádně by toto oddělení mělo disponovat jednou staniční sestrou – intenzivistkou, pro lůžka resuscitační péče čtyřmi sestrami na jedno lůžko (50% sester – intenzivistek), 2,2 sestrami na jedno lůžko v případě vyššího stupně intenzivní péči, (25% sester – intenzivistek) a pro lůžka nižší intenzivní péče by mělo mít 1,4 sester na

lůžko (1 sestra – intenzivistka). V případě pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky 0,3 – 0,1 pracovníků.

Dle výše uvedeného by mělo toto oddělení disponovat počtem 22,8 sester v přepočtu na úvazek 1,0 na celé oddělení, disponuje však pouze 16,25 sester na úvazek 1,0 pro celou jednotku. V přepočtu na jednotlivá lůžka nesplňuje oddělení množství sester ani pro jeden typ z výše uvedených stupňů intenzivní péče dle Sazebníku výkonů. V případě specializace pro intenzivní péči oddělení splňuje podmínky Sazebníku výkonů a v případě pracovníků pracujících pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky je též splněn doporučený počet sazebníku výkonů.

Tabulka č. 7 k otázce č. 7

Pediatrická jednotka intenzivní péče – 15 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	5	1	5
	Úvazek 1,0	15	75	13	65
	Úvazek 0,75	2	10	1	5
	Úvazek 0,5	2	10	1	5
	Úvazek 0,25	0	0	0	0
	Celkem	20	100	16	80
Ošetřovatelé	Úvazek 1,0	0	0	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	0	0	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	1	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	1	100	-	-

Podle informací vrchní sestry jde o oddělení vyššího stupně intenzivní péče. Mělo by tedy disponovat jednou staniční sestrou – intenzivistkou, 2,2 sestrami na jedno lůžko (25% sester – intenzivistek) a 0,2 pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky.

Oddělení disponuje jednou staniční sestrou – intenzivistkou. V přepočtených úvazcích má oddělení k dispozici 18,25 sester na přepočtený úvazek 1,0, tedy 1,27 sester na jedno lůžko. Pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky mají 0,06 úvazku na jedno lůžko. Sester – intenzivistek je 15,25 na úvazek 1,0, tedy 83,6%.

Shrneme-li výsledky, tak dostaneme nesplňující počet sester jako úvazků 1,0, splňující procento sester – intenzivistek, doporučený počet není splněn v případě pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky.

Tabulka č. 8 k otázce č. 7

Chirurgická jednotka intenzivní péče - 30 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	2,5	1	2,5
	Úvazek 1,0	28	70	18	45
	Úvazek 0,75	5	12,5	4	10
	Úvazek 0,5	5	12,5	2	5
	Úvazek 0,25	1	2,5	0	0
	Celkem	40	100	25	62,5
Ošetrovatelé	Úvazek 1,0	0	0	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	0	0	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	7	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	7	100	-	-

Dle informací od vrchní sestry tohoto oddělení intenzivní péče je v Sazebníku výkonů zařazeno jako oddělení resuscitační kromě neonatálního. To znamená, že by mělo disponovat jednou staniční sestrou – intenzivistkou, třemi sestrami na jedno lůžko,

z toho alespoň 50% sester – intenzivistek a 0,3 pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky na jedno lůžko.

Po zhodnocení výsledků, viz tabulka č.7 k otázce č.7, je splněna podmínka staniční sestry, na úvazek 1,0 specializované pro práci v intenzivní péči.

Po přepočtení sester vychází 35,5 úvazků 1,0, to je 1,18 sester na lůžko, což nespĺňuje Sazebníkem výkonů danou podmínku ohledně počtu sester. Podmínka specializace v intenzivní péči je splněna, jelikož po přepočtení sester na úvazek 1,0 činí procento sester – intenzivistek 64,79% a podmínka stanovená na pracovníky pracující pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky splněna není.

Ve shrnutí uvádím, že toto oddělení nespĺňuje množství úvazků sester ani pracovníků pracující pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky. Procento sester – intenzivistek odpovídá požadavkům Sazebníku výkonů.

Tabulka č. 9 k otázce č. 7

Chirurgická jednotka intenzivní péče - 30 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	3,15	1	3,15
	Úvazek 1,0	16	50	4	12,5
	Úvazek 0,75	3	9,37	0	0
	Úvazek 0,5	9	28,12	7	21,88
	Úvazek 0,25	3	9,36	1	3,15
	Celkem	32	100	13	40,68
Ošetřovatelé	Úvazek 1,0	0	0	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	0	0	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	2	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	2	100	-	-

Dle informací od vrchní sestry tohoto oddělení intenzivní péče je v Sazebníku výkonů zařazeno 8 lůžek jako oddělení resuscitační kromě neonatálního a 22 lůžek jako oddělení vyšší intenzivní péče. To znamená, že by mělo disponovat jednou staniční sestrou – intenzivistkou, třemi sestrami na jedno lůžko, z toho alespoň 50% sester – intenzivistek a 0,3 pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky na jedno lůžko v případě oddělení resuscitační kromě neonatálního a 2,2 úvazky sester na jedno lůžko, z toho alespoň 25% sester – intenzivistek a 0,2 pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky na jedno lůžko.

Po zhodnocení výsledků, viz tabulka č. 8 k otázce č.7, je splněna podmínka staniční sestry, na úvazek 1,0 specializované pro práci v intenzivní péči.

Oddělení disponuje 24,5 úvazků 1,0 na celou jednotku, tedy 0,82 sester na jedno lůžko. V případě lůžek oddělení resuscitační kromě neonatálního i lůžek vyšší intenzivní péče nesplňuje toto oddělení podmínky stanovené Sazebníkem výkonů a v případě specializace je doporučené procento splněno pro lůžka vyšší intenzivní péče, nikoliv však pro lůžka resuscitační, jelikož činí při přepočtení na úvazky 1,0 35,7%.

Podmínka stanovená na pracovníky pracující pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky není též splněna.

Shrnuji, že toto oddělení nesplňuje podmínky pro počet personálu ani jejich specializaci v intenzivní péči stanovené v Sazebníku výkonů.

Tabulka č. 10 k otázce č. 7

Gynekologicko – porodnická jednotka intenzivní péče č. 1 – 5 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	6,67	1	6,67
	Úvazek 1,0	10	66,66	5	33,33
	Úvazek 0,75	1	6,67	1	6,67
	Úvazek 0,5	1	6,67	1	6,67
	Úvazek 0,25	2	13,33	2	13,33
	Celkem	15	100	10	66,67
Ošetřovatelé	Úvazek 1,0	0	0	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	0	0	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	2	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	2	100	-	-

Z informace od vrchní sestry kliniky vím, že oddělení je řazeno mezi nižší stupeň jednotek intenzivní péče. Mělo by tedy disponovat jednou staniční sestrou – intenzivistkou, 1,4 úvazku sester na jedno lůžko, z toho alespoň 1 sestra – intenzivistka a 0,1 úvazku pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky na jedno lůžko.

Po zhodnocení výsledků, viz tabulka č. 9 k otázce č.7, je splněna podmínka staniční sestry, na úvazek 1,0 specializované pro práci v intenzivní péči.

Po přepočtení množství sester na úvazek 1,0 činí výsledky 12,75 sester na úvazek 1,0, tedy 2,55 sestry na jedno lůžko, z toho více jak 50% je sester – intenzivistek. Pracovníků pracujících pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky je 0,4 úvazků na jedno lůžko.

Po shrnutí je zřejmé, že toto oddělení by splňovalo všechny požadavky stanovené Sazebníkem výkonu doporučující počet ošetrovatelského personálu, ale vzhledem k faktu, že na oddělení resuscitační péče sanitář pracovat nesmí, je zde porušena vyhláška o činnostech.

Tabulka č. 11 k otázce č. 7

Gynekologicko – porodnická jednotka intenzivní péče č. 2 – 5 lůžek					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	10	1	10
	Úvazek 1,0	8	80	3	30
	Úvazek 0,75	0	0	0	0
	Úvazek 0,5	1	10	0	0
	Úvazek 0,25	0	0	0	0
	Celkem	10	100	4	40
Ošetrovatelé	Úvazek 1,0	0	0	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	0	0	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	0	0	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	0	0	-	-

Z informace od vrchní sestry kliniky vím, že oddělení je řazeno mezi nižší stupeň jednotek intenzivní péče. Mělo by tedy disponovat jednou staniční sestrou – intenzivistkou, 1,4 úvazku sester na jedno lůžko, z toho alespoň 1 sestra – intenzivistka a 0,1 pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky na jedno lůžko.

Po zhodnocení výsledků, viz tabulka č. 10 k otázce č.7, je splněna podmínka staniční sestry, na úvazek 1,0 specializované pro práci v intenzivní péči.

Po přepočtení množství sester na úvazek 1,0 činí výsledky 9,5 sester na úvazek 1,0, tedy 1,9 sestry na jedno lůžko, z toho 4 sestry – intenzivistky. Pracovníků pracujících pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky je 0 úvazků na jedno lůžko.

Po shrnutí je zřejmé, že toto oddělení splňuje požadavky stanovené Sazebníkem výkonu na počet sester i počet sester – intenzivistek. Nesplňuje však podmínky pro počet pracovníků pracujících pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky.

Tabulka č. 12 k otázce č. 7

Interní klinika intenzivní péče – 4 lůžka					
Typ pracovníka	Počet pracovníků přepočtených na jednotlivé úvazky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)	Absolutní počet ARIP	Relativní četnost (%) ARIP
Všeobecné sestry	Staniční sestra	1	8,33	1	8,33
	Úvazek 1,0	8	66,67	2	16,67
	Úvazek 0,75	1	8,33	0	0
	Úvazek 0,5	2	16,67	2	0
	Úvazek 0,25	0	0	0	0
	Celkem	12	100	5	25
Ošetřovatelé	Úvazek 1,0	0	0	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	0	0	-	-
Sanitáři	Úvazek 1,0	2	100	-	-
	Úvazek 0,75	0	0	-	-
	Úvazek 0,5	0	0	-	-
	Úvazek 0,25	0	0	-	-
	Celkem	2	100	-	-

Dle informací vrchní sestry interní kliniky je oddělení řazeno jako nejvyšší stupeň. Tedy jako oddělení resuscitační kromě neonatálního. To znamená, že by mělo disponovat jednou staniční sestrou – intenzivistkou, třemi sestrami na jedno lůžko, z toho alespoň 50% sester – intenzivistek a 0,3 pracovníků pod odborným dohledem bez maturitní zkoušky na jedno lůžko.

Po zhodnocení výsledků, viz tabulka č.11 k otázce č.7, je splněna podmínka staniční sestry, na úvazek 1,0 specializované pro práci v intenzivní péči.

Po přepočtení úvazků oddělení disponuje 10,75 úvazků sester, z nichž 4 celé úvazky jsou sestrami – intenzivistkami. Oddělení nedisponuje žádným ošetřovatelem, ale disponuje dvěma sanitáři.

Po zhodnocení neodpovídá počet sester na úvazek 1,0 podmínkám Sazebníku výkonů. Nevyhovující je též počet sester – intenzivistek, kterých není ani 50% a ošetřujícího personálu bez maturitní zkoušky též není 0,3 na lůžko.

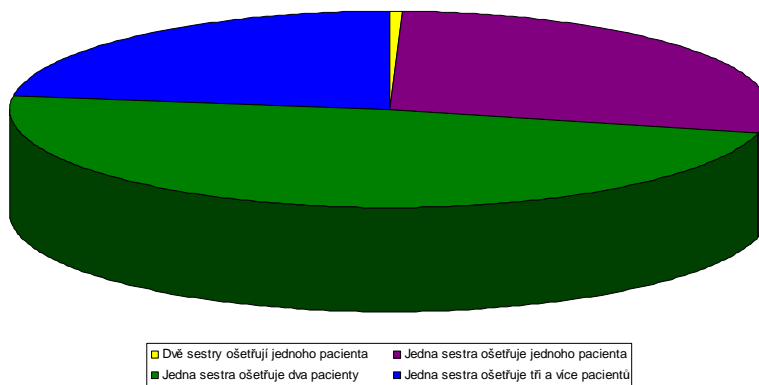
Otázka č. 11: **Zde se věnuji množství pacientů ošetřovaných jednou sestrou.**

Dotaz na sestry jsem zvolila pro zjištění vytížení jednotlivých sester. Oddělení intenzivní péče jsou náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce a ošetřování jednoho pacienta je velice náročné, natož ošetřování více pacientů jednou sestrou.

Tabulka k otázce č. 11

Počet pacientů na počet sester	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Dvě sestry ošetřují jednoho pacienta	1	0,47
Jedna sestra ošetřuje jednoho pacienta	61	28,50
Jedna sestra ošetřuje dva pacienty	103	48,13
Jedna sestra ošetřuje tři a více pacientů	49	22,9
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 11



Z výsledků průzkumného šetření ohledně vytíženosti sester v oblasti množství ošetřovaných pacientů vyšlo, že největší zastoupení ošetřuje jedna sestra dva pacienty, tedy 103 osob z 214 dotazovaných (48,13%). 49 respondentů (22,9%) odpovědělo, že nejčastěji ošetřují tři a více pacientů, což je na podmínky intenzivní péče vysoké procento. 61 dotázaných pečují nejčastěji o jednoho pacienta (28,5%). Pouze jedna osoba (0,47%) odpověděla, že nejčastěji ošetřuje jednoho pacienta ve dvou sestrách.

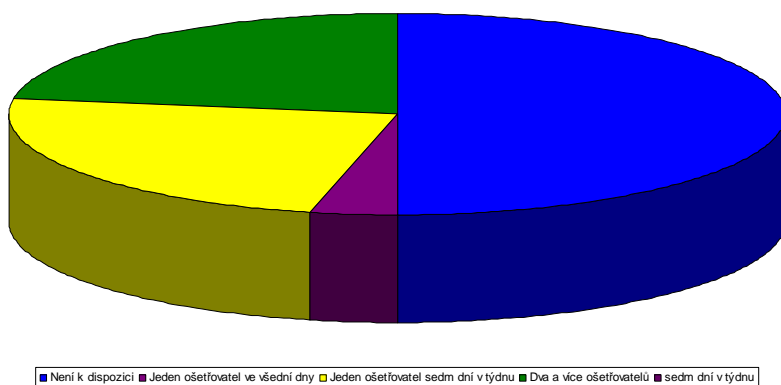
Otázka č. 13: Počet ošetřovatelů na směnu na oddělení intenzivní péče

Dotaz je kladen na ošetřovatelský personál se záměrem zjistit, je-li vůbec profese ošetřovatele na oddělení zastoupena a pokud ano, jak je jeho přítomnost rozvržena do směn.

Tabulka k otázce č. 13

Počet ošetřovatelů na oddělení	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Není k dispozici	107	50,00
Jeden ošetřovatel ve všední dny	8	3,74
Jeden ošetřovatel sedm dní v týdnu	51	23,83
Dva a více ošetřovatelů sedm dní v týdnu	48	22,43
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 13



Z hodnocení této otázky vyplývá, že největší procento sester nemá k dispozici žádného ošetřovatele. Tuto informaci uvedlo 107 dotázaných, tedy celých 50,00%. 8 sester uvedlo, že jejich oddělení disponuje jedním ošetřovatelem, ale pouze ve všední dny (3,74%). 51 respondentů má k dispozici jednoho ošetřovatele 7 dní v týdnu (23,83%) a 48 dotázaných uvedlo přítomnost dvou a více ošetřovatelů po celý týden, tedy sedm dní v týdnu (22,43%). V této otázce zodpovědělo 214 respondentů, tedy 100,00%.

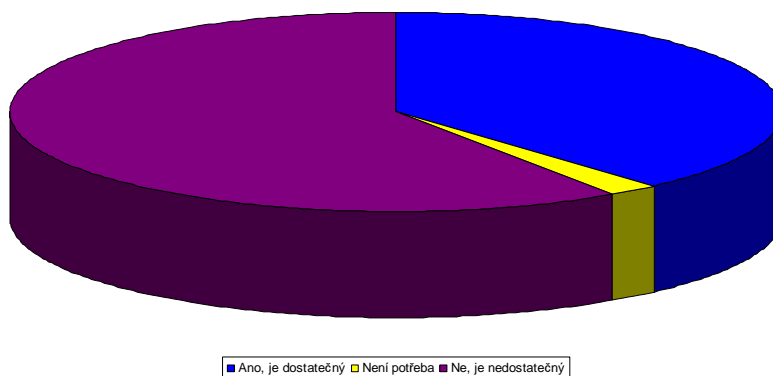
Otázka č. 14: Dostatečný či nedostatečný počet ošetřovatelů podle názorů sester

Otázka je kladena ke zmapování subjektivního názoru sester na počet ošetřovatelů.

Tabulka k otázce č. 14

Počet ošetřovatelů v očích sester	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano, je dostatečný	82	38,31
Není potřeba	5	2,34
Ne, je nedostatečný	127	59,35
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 14



Na odpovědích k otázce č. 14 se zúčastnilo všech 214 respondentů, tedy 100,00% dotázaných. Počet ošetřovatelů se zdá být dostatečný 82 sester (38,31%). Naopak za nedostatečný ho považuje 127 sester (59,35%). 5 respondentů (2,34%) dopsalo k nabízeným odpovědím svou vlastní, tedy že u nich na oddělení není ošetřovatel potřebný.

Otázka č. 13 a č.14 spolu též souvisí. Můžeme jejich společným vyhodnocením získat objektivní množství ošetřovatelů na oddělení a názor jednotlivých sester na toto množství.

Tabulka společného vyhodnocení otázek č. 13 a č. 14

Počet ošetřovatelů na oddělení a názor sester na toto množství	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Není k dispozici a je to dostatečný počet	24	11,21
Není k dispozici a je to nedostatečný počet	76	35,51
Jeden na všední dny a je to dostatečný počet	4	1,87
Jeden na všední dny a je to nedostatečný počet	6	2,80
Jeden na sedm dní v týdnu a je to dostatečný počet	19	8,88
Jeden na sedm dní v týdnu a je to nedostatečný počet	31	14,49
Dva a více na sedm dní v týdnu a je to dostatečný počet	27	12,62
Dva a více na sedm dní v týdnu a je to nedostatečný počet	27	12,62
Celkem	214	100,00

Po společném zhodnocení výsledků mi vyšlo, že na odděleních, kde není zastoupena profese ošetřovatele, je tato situace považována za dostatečnou 24 sestrami (11,21%) a 76 sester jí vnímá jako nedostatečnou (35,51%). Jeden ošetřovatel na všední dny se zdá být dostatečný pro 4 sestry (1,87%) a pro 6 sester je nedostatečný (2,80%). Jeden ošetřovatel po celý týden je dostatečný pro 19 sester (8,88%) a pro 31 sester je nedostatečný (31%). Dva a více ošetřovatele po celých sedm dní v týdnu vnímá dostatečně 27 respondentů (12,62%) a 27 respondentů (12,62%) ji vnímá jako nedostatečnou.

Na otázku odpovědělo všech 214 respondentů.

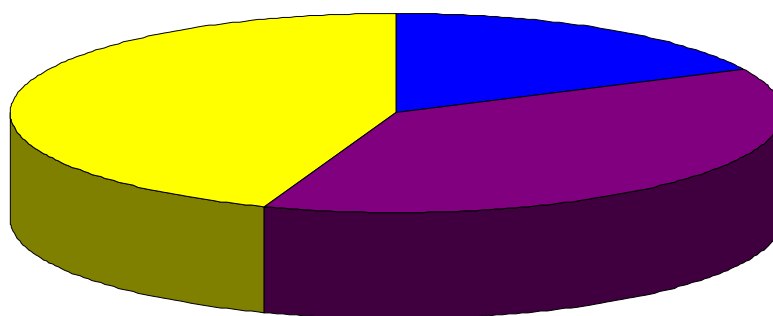
Otázka č. 15: **Rozsah využívání kompetencí ošetřovatelů v očích sester.**

Dle mého názoru nejsou kompetence ošetřovatelů plně využívány. Z čehož plyne větší rozsah práce pro sestru a vzniká nedostatek sester. Zajímá mě tedy názor sester na problematiku využívání kompetencí ošetřovatelů.

Tabulka k otázce č. 15

Rozsah využívání kompetencí ošetřovatelů	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Plné využívání kompetencí	38	17,75
Nejsou využívány veškeré kompetence	81	37,86
Nevím, neznám kompetence ošetřovatelů	95	44,39
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 15



■ Plné využívání kompetencí ■ Nejsou využívány veškeré kompetence ■ Nevím, neznám kompetence ošetřovatelů

Z výsledků vyplývá, že 95 respondentů (44,39%) nezná kompetence ošetřovatelů. Tento výsledek zřejmě plyne ze skutečnosti, že velká většina dotazovaných sester ošetřovatele na svém oddělení nemá, proto u nich nevystala potřeba zajímat se o kompetence ošetřovatelů.

38 dotázaných sester (17,75%) si myslí, že jsou kompetence využívány plně a 81 respondentů (44,39%) uvádí, že nejsou kompetence využívány v plném rozsahu.

Zodpovězení této otázky se zúčastnilo všech 214 dotázaných, tedy 100% respondentů.

Otázka č.16: Mohl by šikovný ošetřovatel, který zná své kompetence a pracuje podle nich, dopomoci ke zkvalitnění ošetřovatelské péče a odlehčení práce sester.

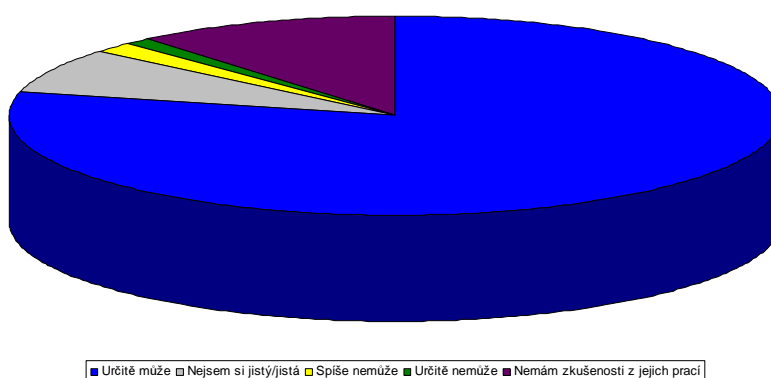
Tato otázka směřuje k faktu, že pokud by sestra nedělala veškerou práci, tedy od základní po vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči, nebyla by tolik vytížená a nevyvstávala by potřeba takového množství sester.

Při odpovědích jsem se setkala s názorem, že sestřám činí problém slovo „šikovný“ a neví, co si pod tímto slovem představit.

Tabulka k otázce č. 16

Může ošetřovatel dopomoci?	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Určitě může	169	78,97
Nejsem si jistý/jistá	15	7,01
Spíše nemůže	4	1,87
Určitě nemůže	2	0,94
Nemám zkušenosti z jejich prací	24	11,21
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 16



V této otázce odpovědělo 169 dotázaných (78,97%), že by jim šikovný ošetřovatel mohl určitě pomoci při vykonávání ošetřovatelské péče. 15 dotázaných (7,01%) si není jistá, zda-li by jim mohl ošetřovatel pomoci. 4 sestry (1,87%) si

myslí, že spíše nemůže a 2 sestry (0,94%) že určitě nemůže ošetřovatel pomoci a odlehčit tím v práci sestrám. 24 respondentů (11,21%) nemá s prací ošetřovatelů zkušenosti.

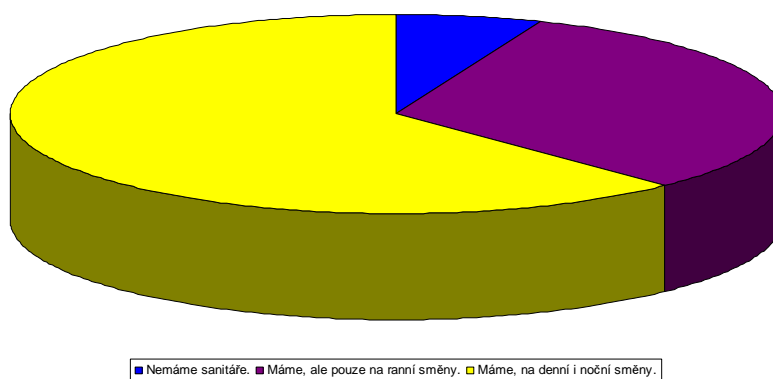
K zodpovězení otázek se zúčastnilo všech 214 respondentů (100,00%).

Otázka č.17: **Sanitář na pracovišti.**

Profese sanitáře je na odděleních intenzivní a resuscitační péče nezbytná a to i přesto, že se sanitář nesmí účastnit při výkonu vysoce specializované péče. Zajímalo mě tedy, jak je profese sanitáře na odděleních intenzivní medicíny rozšířená.

Sanitář na pracovišti	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Nemáme sanitáře.	13	6,07
Máme, ale pouze na ranní směny.	68	31,78
Máme, na denní i noční směny.	133	62,15
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 17



U této otázky je 214 zúčastněných (100,00%). 13 respondentů (6,07%) odpovědělo, že nemají na oddělení svého vlastního sanitáře a dopsali odpovědi, že k nim chodí na výpomoc celoustavní sanitář. 68 dotázaných (31,78) má sanitáře na svém oddělení pouze na ranní směny a 133 sester (62,15%) má na svém oddělení k dispozici sanitáře na denní i noční směny.

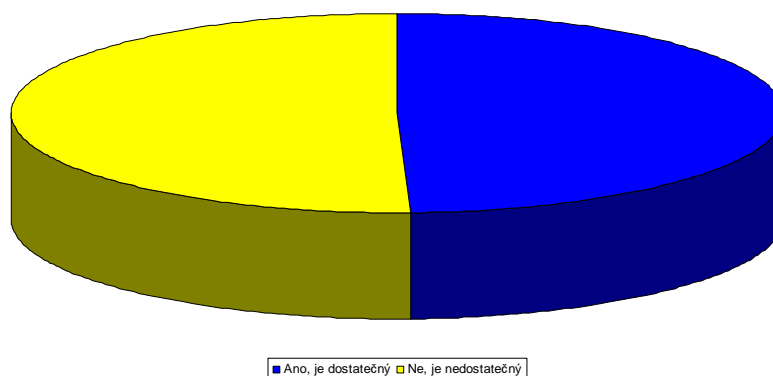
Otázka č. 18: Je počet sanitářů na pracovišti dostatečný?

Stejně jako u dotazu na ošetřovatele mě zajímá názor sester na dostatek sanitářů na jejich pracovišti.

Tabulka k otázce č. 18

Počet sanitářů v očích sester	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano, je dostatečný	106	49,53
Ne, je nedostatečný	108	50,47
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 18



V této otázce odpovědělo 106 sester (49,53%), že počet sanitářů, kteří jsou k dispozici pro práci na oddělení, je dostatečný a 108 sester (50,47%) odpovědělo, že je počet nedostatečný. Otázky se účastnilo všech 214 sester, tedy 100,00%.

Otázka č. 17 a č.18 spolu též souvisí. Můžeme jejich společným vyhodnocením získat objektivní množství sanitářů pro oddělení a názor jednotlivých sester na toto množství.

Počet sanitářů na oddělení a názor sester na toto množství	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Není k dispozici a je to dostatečný počet.	0	0
Není k dispozici a je to nedostatečný počet.	13	6,07
Je k dispozici na ranní směny a je to dostatečné.	32	14,95
Je k dispozici na ranní směny a je to dostatečné.	31	14,49
Je k dispozici na denní i noční směny a je to dostatečné.	78	36,45
Je k dispozici na denní i noční směny a je to dostatečné.	60	28,04
Celkem	214	100,00

Po společném zhodnocení obou otázek jsem došla výsledku, že není-li na oddělení k dispozici sanitář, tak 0 sester, tedy i 0% to pokládá za dostatečné a 13 sester (6,07%) za nedostatečné. Je-li sanitář k dispozici pouze na ranní směny, vidí to jako dostatečné 32 respondentů (14,95%) a 31 respondentů to má za nedostatečný počet. Dostatečné množství sanitářů na denní i noční směnu je v očích 78 sester (36,45%) a v očích 60 sester (28,04%) je to nedostatečné množství.

Na otázku zodpověděli všichni dotazovaní, tedy 214 (100,00%).

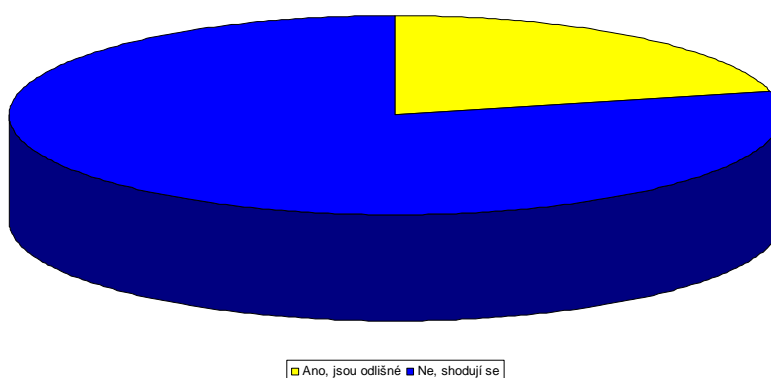
Otázka č. 19: Odlišnost kompetencí u sester – intenzivistek a sester bez specializace v intenzivní péči.

Tato otázka vychází z mého názoru, že sestry – intenzivistky mají tu samou náplň práce jako sestry bez specializace v intenzivní péči.

Tabulka k otázce č. 19

Odlišnost kompetencí sester s ARIP a sester bez ARIP	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano, jsou odlišné.	45	21,03
Ne, shodují se.	169	78,97
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 19



U této otázky zodpovědělo 45 respondentů (21,03%), že se odlišují kompetence sester – intenzivistek a sester bez specializované způsobilosti pro práci v intenzivní péči. 169 sester (78,97%) uvádí, že se kompetence a náplň práce neodlišují.

Na odpovědích se podílelo všech 214 dotázaných (100,00%).

U této otázky byla možnost doplnit, v čem se odlišují kompetence sester – intenzivistek a sester bez specializované způsobilosti pro práci v intenzivní péči. Volných odpovědí se zúčastnilo všech 45 sester. Odpovědi se lišily. Sestra – intenzivistka dle výsledků dohlíží nad nespécialistkami, liší se jí náplň práce (řčeno

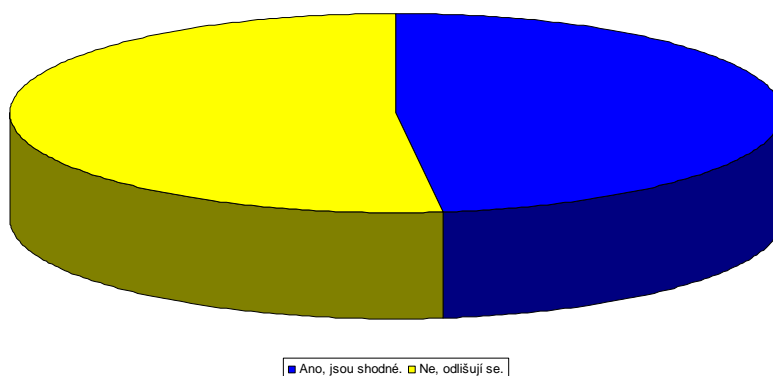
obecně, nspecifikováno), vykonává funkci vedoucí směny, kontroluje, rozhoduje, má větší zodpovědnost.

Otázka č. 20: **Shoda v kompetencích sester bez specializované způsobilosti a zdravotnických asistentů.** (na otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří mají ve svém týmu zdravotnické asistenty)

Tabulka k otázce č. 20

Shoda kompetencí sester bez ARIP a zdravotnických asistentů	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano, jsou shodné.	63	48,09
Ne, odlišují se.	68	51,91
Celkem	131	100,00

Graf k otázce č. 20



Této otázce se zúčastnili pouze ti respondenti, kteří mají ve svém ošetrovatelském týmu zdravotnické asistenty. Odpovědi jsem zaznamenala 131, což je 61,21% z celkového počtu respondentů. 63 dotázaných (48,09%) odpovědělo, že se shodují kompetence sester bez specializované způsobilosti a zdravotnických asistentů a 68 (51,91%) odpovědělo, že se neshodují.

Jelikož otázka obsahovala volnou odpověď v čem se neshodují, odpovědi zněly následovně: neaplikují intravenózní léky a pokud ano, mají nad sebou dohled sestry (není zde již specifikováno jestli jde o sestru – intenzivistku nebo ne), dále neřadí a neaplikují opioidní analgetika, nepracují s dialýzou, s intraaortální balónkovou

kontrapulzací ani s extrakorporálním membránovým oxygenátorem, nepečují o náročné pacienty a nepracují na izolovaných boxech.

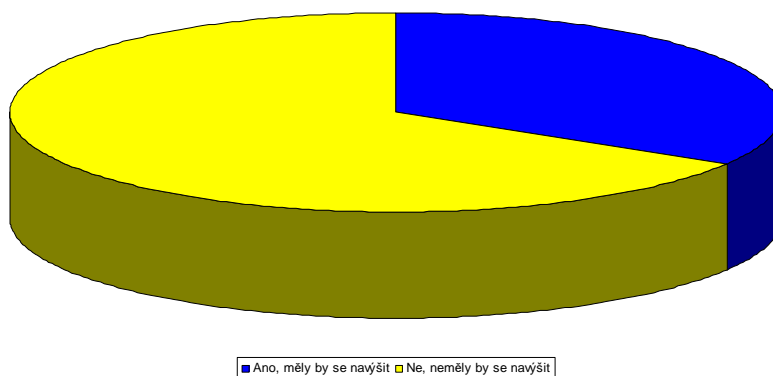
Otázka č. 21: Názor sester na navýšení kompetencí zdravotnických asistentů a na jejich možnost pracovat samostatně.

Zdravotnický asistent pracuje na jednotkách intenzivní péče pod dohledem sestry – intenzivistky. Zajímal mě názor sester, měly by se kompetence zdravotnických asistentů navýšit a tím by se stali samostatnějšími pracovníky na intenzivních odděleních.

Tabulka k otázce č. 21

Navýšení kompetencí zdravotnických asistentů	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano, měly by se navýšit	72	33,64
Ne, neměly by se navýšit	142	66,36
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 21



Na tuto otázku odpověděli všichni dotazovaní (214 – 100,00%). 72 respondentů (33,64%) si myslí, že by se měla kompetence i samostatnost zdravotnických asistentů navýšit, 142 respondentů (66,36%) si myslí opak.

Tato otázka byla s možností volné odpovědi, zda-li by se měly kompetence navýšit a v čem konkrétně. Respondenti si myslí, že navyšovat kompetence v materiální oblasti by se měly uvážit dle délky praxe, šikovnosti a zkušenostech dotyčného zdravotnického asistenta. Pokud by se navyšovaly, tak v aplikaci intravenózních léků, zavádění intravenózních kanyl. Dle některých názorů by měl mít zdravotnický asistent možnost studovat specializaci v intenzivní péči.

Následujících šest otázek jsem specifikovala pro skupinu všeobecných sester nebo porodních asistentek a pro zdravotnické záchranáře.

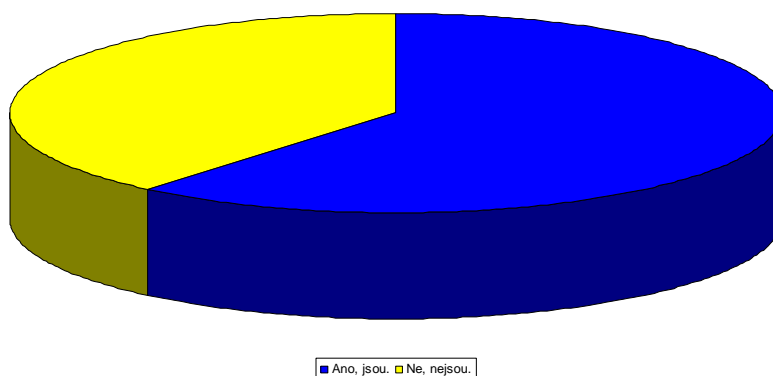
Otázka č. 22: Jsou v daném ošetrovatelském týmu zdravotničtí asistenti.

Zdravotnické asistenty zaměstnávají na svých pracovištích pouze prozíravý manažeři, protože jsou výbornými pracovníky v oblasti základní i specifické ošetrovatelské péči a mohou sestře v její práci hodně pomoci.

Tabulka k otázce č. 22

Jsou v ošetrovatelském týmu zdravotničtí asistenti	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano, jsou.	131	61,21
Ne, nejsou.	83	38,79
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 22



Na tuto otázku odpovědělo 131 respondentů (61,21%) kladně, tedy že jejich ošetrovatelský tým obsahuje zdravotnické asistenty a záporně se vyjádřilo 83 dotázaných (38,79%), tedy že nemají ve svém týmu zdravotnické asistenty.

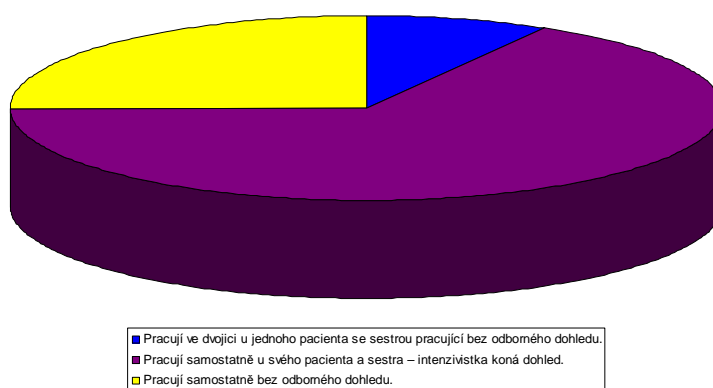
Otázka č. 23: **Pracují zdravotničtí asistenti samostatně nebo pod odborným dohledem?**

Otázka navazuje na otázku předchozí a odpovídají pouze sestry, v jejichž týmu pracují zdravotničtí asistenti. Otázka zjišťuje, je-li v praxi dodržován právní předpis o nutnosti práce zdravotnického asistenta pod odborným dohledem.

Tabulka k otázce č. 23

Pracují zdravotničtí asistenti samostatně nebo pod odborným dohledem	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Pracují ve dvojici u jednoho pacienta se sestrou pracující bez odborného dohledu.	11	8,40
Pracují samostatně u svého pacienta a sestra – intenzivistka koná dohled.	87	66,41
Pracují samostatně bez odborného dohledu.	33	25,19
Celkem	131	100,00

Graf k otázce č. 23



Velké procento sester (87 sester – 66,41%) odpovědělo, že v jejich týmu pracují zdravotničtí asistenti pod odborným dohledem sestry – intenzivistky, která stvrzuje jejich práci do ošetrovatelské dokumentace razítkem a svým podpisem. 11 sester

(8,40%) pracují ve dvojici se sestrami – intenzivistkami a 33 sester (25,19%) pracují úplně samostatně bez odborného dohledu.

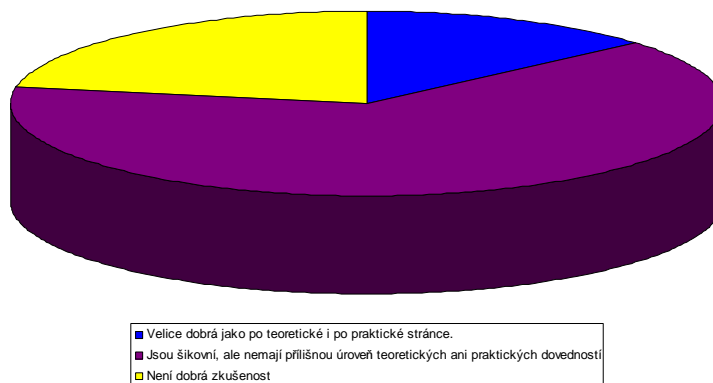
Otázka č. 24: **Zkušenost sester se zdravotnickými asistenty.**

Zde mě zajímal názor sester na zdravotnické asistenty, jsou-li spokojeny s jejich prací či nikoliv.

Tabulka k otázce č. 24

Zkušenost sester se zdravotnickými asistenty	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Velice dobrá jako po teoretické i po praktické stránce.	18	13,74
Jsou šikovní, ale nemají přílišnou úroveň teoretických ani praktických dovedností	84	64,12
Není dobrá zkušenost	29	22,14
Celkem	131	100,00

Graf k otázce č. 24



Vysoké procento sester (84 sester – 64,12%) odpovědělo, že jsou zdravotničtí asistenti šikovní, ale nemají příliš vysokou úroveň teoretických a praktických znalostí. 18 respondentů (13,74%) má zkušenost dobrou jak po stránce teoretické, tak i praktické. 29 sester (22,14%) nemá dobrou zkušenost se zdravotnickými asistenty.

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti, kteří vyplnili, že mají ve svém týmu zdravotnické asistenty.

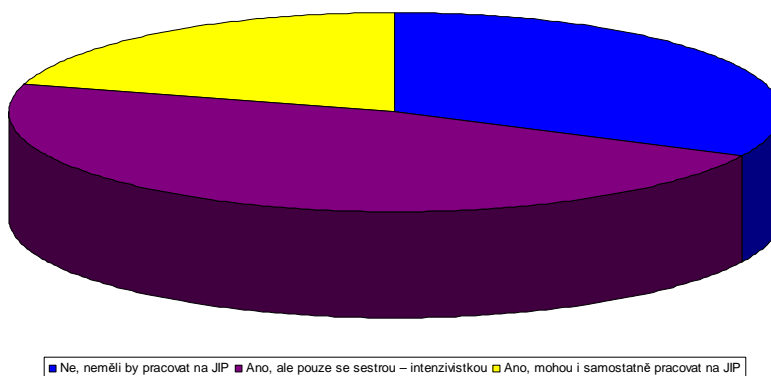
Otázka č. 25: Názor sester, zda-li by zdravotničtí asistenti měli být zaměstnáváni na jednotkách intenzivní péče.

Tato otázka plyne ze zkušenosti sester se zdravotnickými asistenty a proto ji doplňuji otázkou, zda-li je chtějí mít ve svém týmu na jednotce intenzivní péče.

Tabulka k otázce č. 25

Práce zdravotnických asistentů na JIP	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ne, neměli by pracovat na JIP	50	32,26
Ano, ale pouze se sestrou – intenzivistkou	73	47,10
Ano, mohou i samostatně pracovat na JIP	32	20,65
Celkem	155	100,00

Graf k otázce č. 25



Na tuto otázku zodpovědělo více sester než kolik jich v předchozích otázkách uvedlo, že mají zdravotnické asistenty ve svém ošetrovatelském týmu. To znamená, že ji zodpovědělo 72,43% z celkového počtu respondentů.

50 sester (32,26%) si myslí, že by zdravotničtí asistenti neměli pracovat na jednotkách intenzivních oddělení. 73 respondentů (47,10%) si myslí, že by mohli pracovat na jednotkách intenzivní péče, ale pouze pod odborným dohledem sestry – intenzivistky a 32 sester (20,65%) si myslí, že by mohli pracovat na intenzivních a resuscitačních odděleních samostatně bez odborného dohledu.

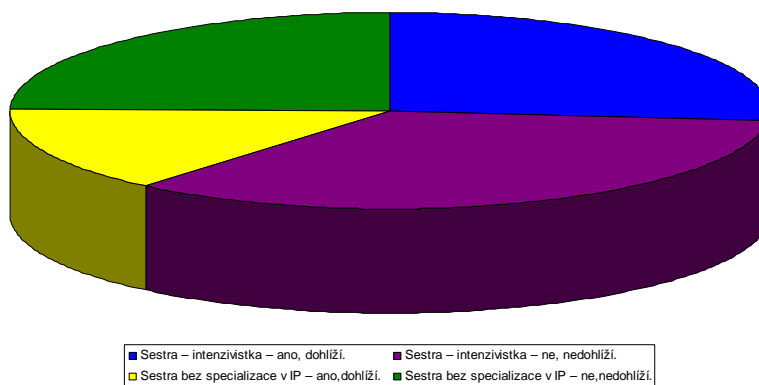
Otázka č. 26: Dohlížíte na práci zdravotnických asistentů?

Na práci zdravotnických asistentů by měla podle právních předpisů dohlížet pouze sestra pracující bez odborného dohledu, na oddělení intenzivní péče tedy jediné sestra – intenzivistka. Ale protože si myslím, že to tak v praxi není, ptám se všech respondentů, zda-li na práci zdravotnickým asistentů dohlíží, či nikoliv.

Tabulka k otázce č. 26

Dohlížíte na práci zdravotnických asistentů?	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Sestra – intenzivistka – ano, dohlíží.	57	26,64
Sestra – intenzivistka – ne, nedohlíží.	74	34,58
Sestra bez specializace v IP – ano, dohlíží.	30	14,02
Sestra bez specializace v IP – ne, nedohlíží.	53	24,77
Celkem	214	100,00

Graf k otázce č. 26



U tohoto dotazu odpovědělo 57 sester - intenzivistek (26,64%) ve smyslu, že dohlíží na práci zdravotnických asistentů a 74 sester – intenzivistek (34,58%) na jejich práci nedohlíží. 30 sester (14,02%) bez specializované způsobilosti pro práci v intenzivní péči dohlíží na práci zdravotnických asistentů a 53 sester (24,77%) bez

specializované způsobilosti pro práci v intenzivní péči na práci zdravotnických asistentů nedohlíží.

Tato otázka obsahovala ještě otázku k volné odpovědi, která měla zmapovat, zda-li sestřám vadí či nevadí na zdravotnické asistenty. Odpovědi se účastnilo 50 sester, tedy 38,17% sester pracujících se zdravotnickými asistenty. 22 sestřám (16,79%) vadí na zdravotnické asistenty dohlížet, s odůvodněním, že dohled zdržuje od práce. 28 sestřám (21,37%) dohlížet nevadí.

Otázka č. 27 je velkým nedopatřením shodná s otázkou č. 21. Nebudu ji proto opětovně hodnotit.

Následující čtyři otázky jsem specifikovala pouze pro zdravotnické asistenty.

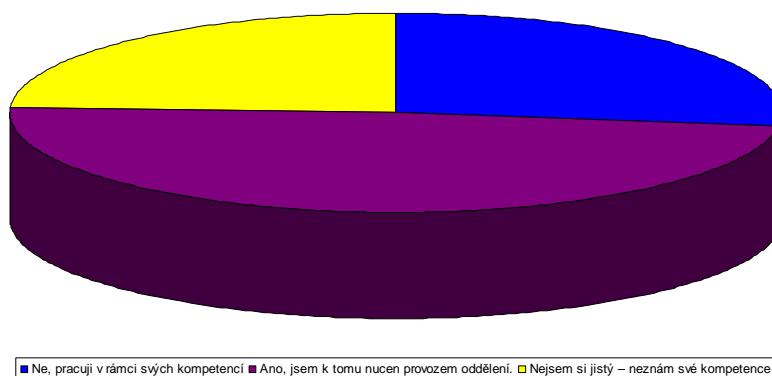
Otázka č. 28: **Táže se zdravotnických asistentů, zda-li při práci překračují své kompetence.**

Osobně si myslím, že zdravotničtí asistenti své kompetence překračují během každé služby.

Tabulka k otázce č. 28

Překračování kompetencí u zdravotnických asistentů?	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ne, pracuji v rámci svých kompetencí	9	27,27
Ano, jsem k tomu nucen provozem oddělení.	16	48,48
Nejsem si jistý – neznám své kompetence	8	24,24
Celkem	33	100,00

Graf k otázce č. 28



Zde odpovídají pouze zdravotničtí asistenti. Podle počtu dotázaných znamená, že 33 osob z 214 respondentů, tedy 15,42% ze 100,00% jsou zdravotničtí asistenti.

9 zdravotnických asistentů (27,27%) udává, že pracuje dle svých kompetencí, 16 (48,48%) zdravotnických asistentů překračuje své kompetence, ale z donucení oddělení. 8 (24,24%) zdravotnických asistentů si není jistý, neví, zda-li zná své kompetence.

V této otázce mi chybí položka s dotazem, zda-li zdravotnický asistent překračuje kompetence z vlastní vůle, nejen z donucení provozu oddělení. I když nepředpokládám, že by to tak v praxi bylo, pro úplnost otázky by tato položka neměla chybět.

V této otázce byla možnost volné odpovědi ve smyslu, v čem zdravotnický asistent kompetence překračuje. Respondenti uvádí, že překračují kompetence při provádění extubace, zavádění nazogastrické sondy, korigování rychlosti Kaliové infuze dle hladiny sérového Kalia, aplikace jiných intravenózních léků, obsluha dialýzy a vyplňování ošetrovatelských diagnóz.

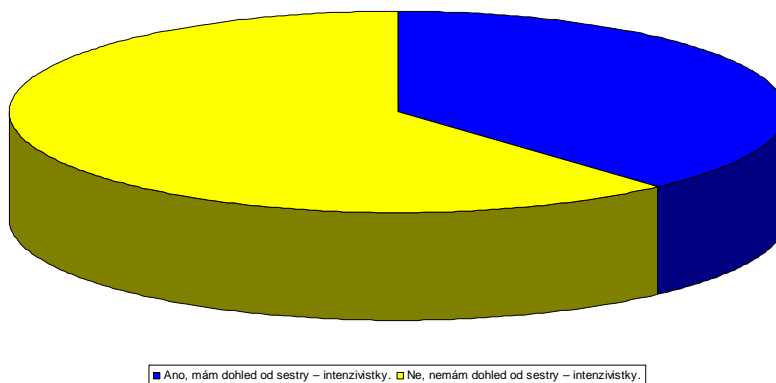
Otázka č. 29: **Dohlíží na Vaši práci – tedy práci zdravotnických asistentů – sestra – intenzivistka?**

Tuto otázku jsem položila k ověření mé domněnky, že dohled na intenzivních odděleních koná jakákoliv sestra, tedy ta, co pracuje bez i pod odborným dohledem.

Tabulka k otázce č. 29

Dohled od sestry – intenzivistky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano, mám dohled od sestry – intenzivistky.	13	39,39
Ne, nemám dohled od sestry – intenzivistky.	21	64,64
Celkem	33	100,00

Graf k otázce č. 29



13 respondentů u této otázky potvrdilo dohled sestry – intenzivistky a 21 respondentů (64,64%) dohled sestry – intenzivistky vyvrátilo.

Na otázku zodpovědělo všech 33 dotázaných zdravotnických asistentů.

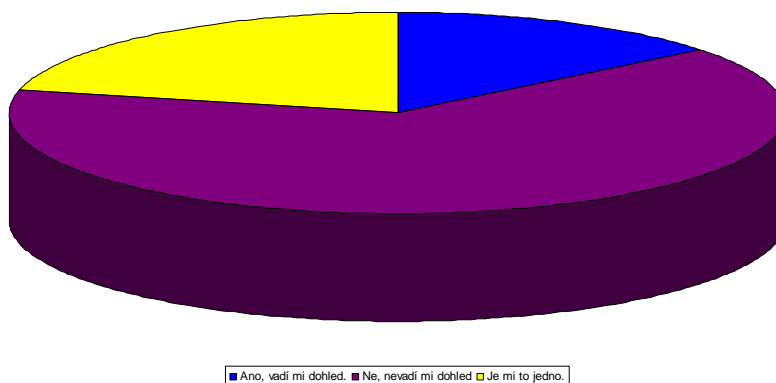
Otázka č. 30: **Vadí zdravotnickým asistentům dohled nad jejich prací?**

Zajímalo mě, zda-li zdravotnickým asistentům vadí dohled od jiných sester.

Tabulka k otázce č. 30

Dohled od sestry – intenzivistky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano, vadí mi dohled.	2	14,29
Ne, nevadí mi dohled	9	64,29
Je mi to jedno.	3	21,43
Celkem	14	100,00

Graf k otázce č. 30



Této otázce se zúčastnilo pouze 42,42% respondentů z řad zdravotnických asistentů. 2 zdravotní asistenti (14,29%) odpověděli, že jim dohled sester vadí. 9 zdravotnických asistentů (64,29%) je spokojeno a dohled jim problémy nečiní a 3 zúčastněným asistentům (21,43%) je to jedno.

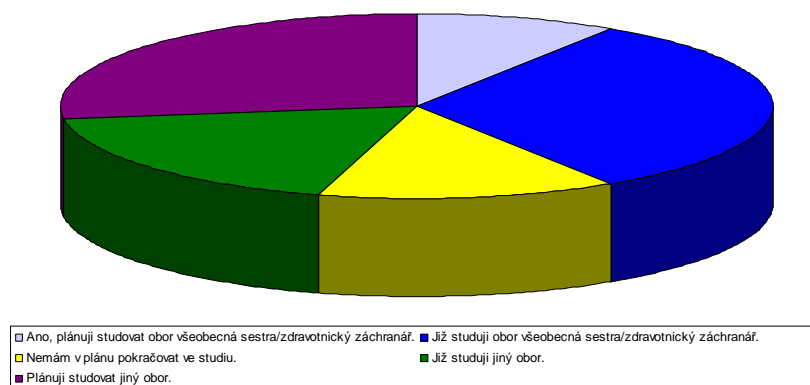
Otázka č. 31: **Plán k dalšímu studiu pro zdravotnické asistenty.**

Tuto otázku orientují směrem, jsou-li spokojeni zdravotničtí asistenti se svoji prací a svými kompetencemi nebo chtějí své vzdělání prohloubit, zvýšit tak tím své kompetence a pozměnit náplň práce po formální stránce.

Tabulka k otázce č. 31

Dohled od sestry – intenzivistky	Absolutní počet	Relativní četnost (%)
Ano, plánuji studovat obor všeobecná sestra/zdravotnický záchranář.	2	9,09
Již studuji obor všeobecná sestra/zdravotnický záchranář.	7	31,82
Nemám v plánu pokračovat ve studiu.	3	13,64
Již studuji jiný obor.	4	18,18
Plánuji studovat jiný obor.	6	27,27
Celkem	22	100,00

Graf k otázce č. 31



Otázky se účastnilo 66,67% respondentů z řad zdravotnických asistentů, tedy 22 osob ze 33.

8 osob má v plánu pokračovat ve studiu, z toho 2 osoby (9,09%) plánují studovat obor všeobecná sestra nebo zdravotnický záchranář a 6 osob (27,27%) chce jít studovat

jiný obor, ale nedefinovali jaký obor by rádi studovali. 11 dotázaných již studuje, z nichž 7 osob (31,82%) studuje obor všeobecná sestra a 4 osoby (18,18%) studují jiný obor a též nedefinovali jaký. 3 respondenti (13,64%) nemají zájem pokračovat v dalším studiu.

3.6 Diskuze

V této části diplomové práce bych ráda rozebrala všechny mnou stanovené hypotézy, výzkumné metody použité k jejich ověření či vyvrácení, výsledky šetření a zda-li stanovená hypotéza byla výsledky potvrzena jako pravdivá či nepotvrzena a je tedy nepravdivá.

Hypotéza č. 1 Dle mého názoru mají staniční sestry pocit nedostatečného počtu sester na svých intenzivních a resuscitačních odděleních.

Tuto hypotézu jsem ověřovala nejen otázkou na jejich subjektivní názor (otázka č. 6), ale i jsem jejich názor objektivizovala zjištěním počtu sester – intenzivistek a sester bez specializované způsobilosti pro práci v intenzivní péči (otázka č. 7 a č. 8). Zjištěné počty jsem srovnala s počty uvedenými v Sazebníku výkonů, kde jsou stanoveny jasné požadavky jednotlivých oddělení na počet personálu na jedno lůžko. Na dotaz odpovídalo 13 staničních sester, z nichž 6 (46,16%) má subjektivní dostatek sester, 2 (15,38%) si v případě nedostatku povolají sestry na mateřské dovolené či mobilní sestry a 5 staničních sester (38,46%) má subjektivní nedostatek sester. Pro vypovídající hodnotu tématu o dostatku či nedostatku sester bylo potřeba zobjektivizovat názory staničních sester dotazem na skutečný počet sester, tedy na počet přepočtených úvazků sester na oddělení a samozřejmě množství sester – intenzivistek z tohoto počtu. Dále jsem dotaz doplnila o počet ošetřovatelů a sanitářů na oddělení, kteří jsou řádnými členy ošetřovatelského týmu. Pro smysluplnost jsem hodnotila každé oddělení zvlášť a pro neúplnost dotazníku jsem se musela elektronicky spojit s vrchními sestrami jednotlivých klinik pro doplnění informací o počtu lůžek a zařazení jejich oddělení intenzivní péče dle Sazebníku výkonů do systému TISS. Zde již shrnu výsledky z příslušných tabulek k otázce č. 7. Pro přesnost podotýkám, že je 11 oddělení, ale 13 staničních sester, protože 2 z těchto oddělení jsou spolupracující a personál kromě staničních sester užívá dohromady. Mezi odděleními, kde probíhalo moje výzkumné šetření, bylo 7 resuscitačních kromě neonatálního, 2 resuscitační neonatální, 1 vyšší a 1 nižší stupeň intenzivní péče. Počet staničních sester i jejich specializaci v intenzivní péči splňují všechna výše uvedená oddělení. 5 splňuje počet sesterského

personálu daných Sazebníkem výkonů, u 6 oddělení odpovídá procento sester – intenzivistek a 5 oddělení splňuje množství ošetrovatelského personálu bez maturitní zkoušky (ošetrovatelé a sanitáři). Z tohoto plyne, že všeobecně oddělení nedisponují dostatečným množstvím ošetrovatelského personálu. S touto otázkou dle mého názoru souvisí i subjektivní názor jednotlivých sester, zda-li mají mnoho práce, tedy jsou-li během své služby fyzicky přetíženy a tuto skutečnost jsem chtěla potvrdit či vyvrátit dotazem na množství pacientů ošetrovaných jednou sestrou během své služby na oddělení intenzivní a resuscitační péče. Toto jsem zjišťovala v otázce č. 11 a sester jsem se ptala, kolik pacientů během své služby ošetřují. K objektivním výsledkům by bylo zapotřebí mít srovnání, ze kterého typu oddělení odpovědi pochází, protože na resuscitačních odděleních je ošetrování více jak jednoho pacienta skutečným přetěžováním sestry, ale na nižších typech intenzivních oddělení je samozřejmé, když sestra ošetřuje více než jednoho pacienta. Při hodnocení množství pacientů ošetrovaných jednou sestrou jsem zjistila, že nejvíce převažují situace, kdy sestra ošetřuje dva pacienty (takto odpovědělo 103 osob – 48,13%). Ve srovnání s tím, že v mém výčtu oddělení je většina resuscitačních, resuscitačních neonatálních nebo vyšších typů intenzivních péčí podléhají sestry skutečně náročným podmínkám během své služby. Téměř o polovinu méně odpovědí bylo pro situace, kdy jedna sestra ošetřuje jednoho pacienta (61 odpovědí – 28,5%). Odpověď, zda-li se vyskytují situace, kdy dvě sestry ošetřují jednoho pacienta, jsem zadala záměrně, jelikož v případě zdravotnického asistenta by tomu tak být mělo. Otázku jsem ovšem na zdravotnického asistenta nspecifikovala a dotazovaní respondenti proto nemuseli na tuto profesi brát zřetel. Ovšem pouze jedna osoba (0,47%) vybrala tuto odpověď. Poměrně vysoké procento hlasovalo pro situaci, že ošetřují tři a více pacientů (takto odpovědělo 49 osob – 22,9%), což je na podmínky intenzivní péče skutečně velké množství pacientů. Závěrem bych uvedla, že hypotéza o nedostatečném počtu sester se nepotvrdila, jelikož výsledky hovoří o zhruba polovině staničních sester, které mají nedostatek a polovině staničních sester, které mají dostatek sester do služeb.

Hypotéza č. 2 Domnívám se, že sestry neznají rozdíly v kompetencích pro práci v intenzivní péči, sestry bez specializace a zdravotnických asistentů.

V souvislosti s touto hypotézou pátrala nejen po informaci, zda-li zdravotnický pracovník, který má pracovat pod odborným dohledem tak skutečně činí, ale i na rozdíl v kompetencích mezi jednotlivými ošetrovatelskými profesemi a dodržováním těchto kompetencí, respektive činností, dle vyhlášky o činnostech, v praxi. Tuto hypotézu jsem ověřovala otázkami v dotazníku č. 12, č. 19, č. 20 a č. 28. Otázkou č. 12 jsem chtěla identifikovat nespécializované respondenty pro práci v intenzivní péči, kteří nejen že vědí, že mají pracovat pod odborným dohledem, ale skutečně i konzultují záležitosti týkající se jejich pacientů se sestrou – intenzivistkou a tedy ví, co v praxi znamená práce pod odborným dohledem a využívají-li přítomnou sestru – intenzivistku ke konzultacím nad věcmi, které nejsou oprávněni rozhodovat sami. 54 osob pracujících pod odborným dohledem odpovědělo, že využívá této konzultace z vlastního zájmu (53,47%), 11 osob konzultuje z povinnosti dané provozem oddělení (10,89%) a 36 osob nespécializovaných pro práci v intenzivní péči na konzultace k sestře – intenzivistce nechodí vůbec (35,64%). Vzhledem k tomu, že bylo potřeba vyhodnotit otázky č. 4, 5 a 12 závisle na sobě, jsou výsledky následovni: z celkového počtu oslovených je 113 osob sester – intenzivistek (52,8%). Dále výsledky poukazují na fakt, že sester nespécializovaných pro práci v intenzivní péči, které pracují pod odborným dohledem a konzultují záležitosti se sestrou – intenzivistkou je z celkového počtu oslovených 16 (7,48%). Tedy pouze 16 sester ze 101 nespécializovaných pro práci v intenzivní péči postupuje při své práci podle norem daných vyhláškou o činnostech. Všechny další osoby již přestupují legislativou dané podmínky pro vykonávání své profese. 2 sestry, tedy 0,93%, nespécializované pro práci v intenzivní péči, které sice pracují pod odborným dohledem, ale jen formálně, protože v praxi nevyužívají sestru – intenzivistku ke konzultacím nad věcmi, u kterých nejsou oprávněné rozhodovat či vykonávat je samy. Vysoký počet sester nespécializovaných pro práci v intenzivní péči pracuje bez odborného dohledu. 49 osob z nich (22,9%) pracuje bez odborného dohledu, ale konzultuje se sestrou – intenzivistkou záležitosti týkající se jejich pacientů a 34 osob (15,89%), které jsou nespécializované pro práci v intenzivní péči, pracují bez odborného dohledu a nevyužívají sestru – intenzivistku ke konzultacím. Shrnutím výše

uvedeného mohu konstatovat, že drtivý počet sester pracuje mimo platné legislativní normy dané jejich profesi vyhláškou o činnostech. Již několikrát jsem hovořila o formálním rozdílu v kompetencích sester – intenzivistek a sester bez specializované způsobilosti. Z důvodu legislativního rozdílu jsem proto pátrala (otázkou č. 19), jsou-li rozdíly v praxi skutečně patrné, a pokud ano, v čem se v praxi rozdíly kompetencí těchto dvou skupin sester liší. Neuvěřitelných 169 sester (78,97%) vypovědělo, že se kompetence těchto dvou skupin sester shodují a pouze 45 osob (21,03%) tvrdí, že jsou odlišné a to například v rozdílné náplni práce sestry – intenzivistky (bez bližší specifikace), výkonu funkce vedoucí směny či kontrola a větší zodpovědnost nad sestrami nespécializovanými v intenzivní péči. Dalším neméně zajímavým zjištěním je shoda či neshoda kompetencí v praxi u sester nespécializovaných pro práci v intenzivní péči a zdravotnických asistentů (otázka č. 20). Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří mají ve svém ošetrovatelském týmu zdravotnické asistenty. 63 osob (48,09%) odpovědělo ve prospěch shody kompetencí a 68 osob (51,91%) vypovědělo, že se kompetence těchto dvou skupin pracovníků na jejich oddělení neshoduje. Tato hypotéza se mi tedy potvrdila. Velké procento sester skutečně nezná činnosti jednotlivých nelékařských ošetrovatelských profesí a jejich odpovědi vychází pouze z praxe, tedy z reality denního života na odděleních. Otázkou č. 28 jsem se dozvěděla, že zdravotní asistenti jsou nuceny své kompetence překračovat. 16 dotázaných zdravotnických asistentů mi tento fakt potvrdilo (48,48%). 9 zdravotních asistentů (27,27%) pracuje dle svých kompetencí, tedy alespoň podle jejich subjektivních názorů a 8 zdravotních asistentů své kompetence nezná (24,24%). Všeobecně si myslím, že by se měla posílit výuka kompetencí jednotlivých profesí už při získávání odborného vzdělání. Tato hypotéza se potvrdila. Sestry nejenže příslušné kompetence neznají, ale velké procento neví, co v praxi znamená práce pod odborným dohledem a že odborný dohled vykonává pouze sestra – intenzivistka. Jejich práce je tedy v rozporu jak s vyhláškou o činnostech, tak se zákonem o nelékařských zdravotnických pracovnících.

Hypotéza č. 3 Myslím si, že v očích sester je na oddělení intenzivní a resuscitační péče nedostatečný počet ošetřovatelů a sanitářů.

Na potvrzení či vyvrácení první části této hypotézy, tedy části týkající se ošetřovatelů, jsem použila otázky č. 13, č. 14., č. 15. a otázku č. 16. Dle mého mínění je ošetřovatelů na oddělení intenzivní péče málo a pouze důmyslný management kliniky dbá na obsazování této profese na jednotkách intenzivní a resuscitační péče. V řadách respondentů jsem musela zapátrat, jsou-li na jejich odděleních ošetřovatelé, a pokud ano, jak často. Polovina respondentů odpověděla (107 osob – 50,00%), že k dispozici ošetřovatele nemají vůbec. 51 respondentů (23,83%) vypovědělo, že mají k dispozici ošetřovatele jednoho a to na sedm dní v týdnu, 48 osob (22,43%) přiznalo přítomnost dvou a více ošetřovatelů na všech sedm dní v týdnu a jen 8 osob (3,74%) vypovědělo, že mají k dispozici ošetřovatele pouze ve všední dny. Celkové hodnocení vypovědělo o komplexní nouzi o tuto profesi, která může být z mého pohledu řešením nedostatku sester, jelikož sestry vykonávají spoustu práce, které mají v činnostech i ošetřovatelé a mohli by je tedy zastávat ošetřovatelé na místo sestry. 127 sester (59,35%) považuje tento stav za nedostatečný a 82 osob (38,31%) ho pokládá za dostatečný. Aby výsledky byly objektivní, musela jsem hodnotit otázky č. 13 a č. 14 společně (viz tabulka společného vyhodnocení otázek č. 13 a č. 14). Jak jsem již uvedla výše, mohl by přítomný ošetřovatel vykonávat některé úkony místo sestry, tedy ty, ke kterým je kompetentní podle vyhlášky o činnostech. Zajímal mě tedy názor sester, mohl-li by jim šikovný ošetřovatel práci skutečně ulehčit, jelikož si myslím, že i na těch odděleních, kde profese ošetřovatele zastoupena je, není ošetřovatel využíván v plném rozsahu svých kompetencí. 95 osob (44,39%) odpovědělo, že nezná kompetence ošetřovatele, což může odpovídat faktu, že se s profesí ošetřovatele neseťkává nebo že nebyla vedena ke zjištění jejich kompetencí. 81 osob (37,86%) si myslí, že kompetence využívány nejsou a 38 osob (17,75%) že kompetence jsou využívány v plném rozsahu. Ohledně zástupu ošetřovatele v některých činnostech namísto sestry jsem se setkala s drtivou převahou názoru, že šikovný ošetřovatel určitě může pomoci sestře při výkonu ošetřovatelské péče v rámci svých kompetencí (toto si myslí 169 osob – 78,97%). 15 osob si není jistých (7,01%). 24 osob (11,21%) nemá s prací ošetřovatelů žádné zkušenosti a tedy nemůže objektivně stav posoudit. 4 osoby si myslí, že ošetřovatel

spíše nemůže sestřám dopomoci (1,87%) a 2 osoby mají zřejmě s prací ošetřovatelů velice špatné zkušenosti, protože si myslí, že ošetřovatel určitě nemůže svoji práci odlehčit v práci sestře. Druhou část této hypotézy, tedy část zabývající se profesí sanitáře, jsem se snažila potvrdit či vyvrátit otázkami č. 17. a č. 18. Dle platné legislativy nesmí sanitář vykonávat vysoce specializovanou ošetřovatelskou péči, respektive u ní vypomáhat či asistovat. Sanitář je ovšem pro sestry na intenzivních a resuscitačních odděleních nepostradatelným partnerem a zajímalo mě tedy, v jakém počtu se tato profese na odděleních vyskytuje. 13 sester (6,07%) vypovědělo, že sanitáře na svém oddělení nemají vůbec. 68 sester (31,78%) odpovědělo, že jejich oddělení disponuje sanitářem na ranní směny a 133 osob (62,15%), tedy více než polovina dotázaných odpověděla, že mají sanitáře k dispozici na denní i noční směny. Z těchto údajů vidíme potřebnost sanitáře na oddělení intenzivní a resuscitační péče a zároveň znalost managementu klinik této potřeby. Dalším hodnocením byl subjektivní názor sester na množství sanitářů na oddělení. 106 osob (49,53%) pokládá počet sanitářů za dostatečný a 108 (50,47%) za nedostatečný. Aby měli výsledky těchto dvou otázek vypovídající hodnotu, bylo potřeba je opět zhodnotit společně. Společné vyhodnocení viz tabulka společného vyhodnocení k otázce č. 17 a č. 18. Hypotéza je tedy potvrzena. V očích sester je skutečně na odděleních nedostatečný počet ošetřovatelů a sanitářů. Zvyšování počtu ošetřovatelů je do budoucna reálné, ale nejsem si jista, jak tomu bude v případě počtu sanitářů, kteří dle vyhlášky o činnostech nesmí asistovat u vykonávání vysoce specializované ošetřovatelské péče a tedy nemají na resuscitačních odděleních podle vyhlášky o činnostech své uplatnění. Hypotéza se tedy potvrdila. Převážná většina sester si skutečně myslí, že ošetřovatelů i sanitářů je nedostatečné množství.

Hypotéza č. 4 Mním, že sestřám nevyhovuje konat odborný dohled nad zdravotnickými asistenty.

Profese zdravotnického asistenta je poměrně frekventovaným tématem v kruzích sester. Jeho význam a přínos pro ošetrovatelský tým, jeho kompetence a hlavně nahrazování profese sestry touto profesí. Co si ale myslí sestry o kompetencích zdravotnického asistenta? Jsou dostačující či by měly být navýšeny, aby mohl zdravotnický asistent více konkurovat profesi všeobecné sestry? Informace k této hypotéze jsem získala vyhodnocením otázky č. 26. Pro úplnost informací jsem doplnila otázku č. 23 (pracují-li zdravotničtí asistenti pod odborným dohledem), otázku č. 24 (zkušenost sester se zdravotnickými asistenty), otázku č. 25 (zda-li by zdravotničtí asistenti měli být zaměstnávání na jednotkách intenzivní péče). Na dohlížení nad prací zdravotních asistentů se účastní 57 sester – intenzivistek z celkového počtu 214 oslovených (26,64%). 74 sester – intenzivistek na jejich práci nedohlíží (34,58%), předpokládám, že je to z důvodu neúčasti zdravotnického asistenta jako profese v konkrétním ošetrovatelském týmu. 30 osob nesespecializovaných pro práci v intenzivní péči (14,02%) konají dohled nad prací zdravotnických asistentů, což je podle platné legislativy bezcenné, jelikož, jak jsem již výše uvedla, odborný dohled nebo přímé vedení na odděleních intenzivní a resuscitační péče poskytuje pouze sestra – intenzivistka nebo lékař. 53 sester (24,77%) nesespecializovaných pro práci v intenzivní péči na práci zdravotnických asistentů nedohlíží. Tato otázka obsahovala volnou odpověď a to, zda-li sestřám vadí či nevadí na zdravotní asistenty dohlížet. Volné odpovědi se zúčastnilo 50 sester, tedy 38,17% sester pracujících se zdravotnickými asistenty. 22 sestřám (16,79%) vadí na zdravotnické asistenty dohlížet, s odůvodněním, že dohled zdržuje od práce. 28 sestřám (21,37%) dohlížet nevadí. 131 sester (61,21%) má profesi zdravotnického asistenta ve svém ošetrovatelském týmu zastoupenou. 11 sester (8,4%) napsalo, že zdravotničtí asistenti pracují ve dvojici se sestrou – intenzivistkou u jednoho pacienta. Výsledek nemusí být zcela objektivní, jelikož v předchozí otázce č. 11 vypověděla pouze jedna osoba, že na jejich oddělení pracují dvě sestry u jednoho pacienta. Na druhou stranu mohli respondenti dotaz stahovat pouze na sesterskou profesi, nikoli na zdravotnického asistenta a nelze tedy tyto dvě otázky zcela objektivně porovnat. 87 sester vypovědělo (66,41%), že zdravotnický asistent

pracuje sám u svého pacienta pod odborným dohledem sestry – intenzivistky a 33 osob (25,19%) odpovědělo, že zdravotnický asistent pracuje sám u svého pacienta bez odborného dohledu. Což je nejen v rozporu s platnou legislativou, ale i s etickými pravidly, protože zdravotnický asistent nemá dostatečné teoretické ani praktické vzdělání pro práci v intenzivní péči a nezná podstatu této práce a tedy ani důsledky chyb, které může způsobit. Může tedy velice snadno pacienta ohrozit na životě. Jejich teoretickou a praktickou nepřipravenost pro práci na intenzivních odděleních potvrdilo 84 sester (64,12%). Tyto osoby vypověděli, že zdravotničtí asistenti jsou šikovní, ale nemají příliš vysokou úroveň teoretických ani praktických dovedností pro tuto práci. 18 osob (13,74%) má velice dobrou zkušenost s prací zdravotnických asistentů a 29 sester (22,14%) má naopak nepříliš dobrou zkušenost s jejich prací. Já osobně bych viděla ve zdravotnických asistentech velké individuální rozdíly a to hlavně v přístupu k práci i k pacientům. Z těchto výsledků a názorů plyne, že si 50 osob (32,26%) myslí, že by zdravotničtí asistenti neměli být vůbec na jednotkách intenzivní péče zaměstnávání, 73 sester (47,10%) je pro jejich účast na oddělení intenzivní medicíny, ale pouze po boku sestry – intenzivistky a 32 sester (20,65%) si myslí, že mohou pracovat i samostatně. Podle mého názoru plynou vysoká čísla mluvící proti zdravotnickým asistentům z faktu, že jsou zneužíváni na pozici všeobecné sestry a nemohou tedy svými znalostmi dostačovat provozním požadavkům. Pokud by zdravotní asistenti byli zaměstnávání dle svých kompetencí, našla by v nich zalíbení nejedna sestra. Pracuji na oddělení intenzivní a resuscitační péče a v rámci rozhovoru na téma mé diplomové práce s panem zástupcem naší vrchní sestry jsem měla možnost slyšet jeho postoj a názor na tuto problematiku. Velká část ošetrovatelského managementu jiných klinik si stěžuje na nedostatek sester. Pan zástupce by naopak počet sester radikálně snížil. Ponechal by pouze sestry s patřičným vzděláním pro práci v intenzivní péči a všechny ostatní sestry by nahradil zdravotními asistenty, ošetrovateli a sanitáři. Svůj návrh odůvodnil myšlenkou, aby každý pracovník pracoval přísně dle svých kompetencí. Tím by se pokryla všechna potřebná práce. Proč by sestra měla dělat neodbornou práci ve smyslu slévání moče, přenášení pacienta z lůžka do křesla, hygienu pacientů apod. Jistě že tyto práce a mnoho dalších zvládne udělat, ale potom ji nezbývá čas na odbornou část ošetrovatelské péče. Celý systém je vlastně bludný kruh. Uvedu klasický příklad. Lékař

před vyšetřením pacienta ultrazvukem na oddělení intenzivní péče přístroj sám přiveze, pacienta si uloží do vyšetřovací polohy a po vyšetření si přístroj zase uklidí. Ztrácí tímto procesem čas na jiné, mnohem důležitější věci. Měl-li by k dispozici kompetentní pracovníky, kteří mu přístroj připraví, měl by více času na vyšetření pacienta a na sepsání ordinovaných léků. Kompetentním pracovníkem na tento druh činnosti není ovšem sestra. Samozřejmě, že sestra zvládne lékaři přístroj připravit, často to také tak bývá, ale za cenu újmy na čase, který by se mohl využít na jiné, odborné záležitosti, týkající se její profese a pozice na nemocničním oddělení. Pokud sestra dělá vše, je potřeba neustále navyšovat počet sester. Pokud by sestra - intenzivistka dělala pouze svou odbornou stránku povinností, nevyvstane potřeba takového množství sester, jejichž zaměstnávání je ostatně ekonomicky dosti nákladné. Posílíme-li počty zdravotnických asistentů, využívaných pro odbornou část základní a specializované péče a ošetřovatelů, kteří by v rámci své odbornosti poskytovali ošetřovatelskou péči, nebude potřeba tak vysoký počet sester, které by dělaly všechno. Posílíme-li řady sanitářů na pomocné, ale neméně důležité práce, kruh se uzavře a systém bude fungovat. Sestra by nemusela vykonávat základní a specializovanou ošetřovatelskou péči, protože je tu zdravotnický asistent a ošetřovatel, kteří ji pod jejím odborným dohledem vykonají. Sestra, díky tomuto systému, přestává být v roli od uklízečky po manažerku a zůstává jen odbornou pracovníci, lektorkou pro nově příchozí sestry a studenty a manažerkou ošetřovatelského týmu. Hypotéza se nepotvrdila, jelikož více než polovina zúčastněných sester nemá s konajícím odborným dohledem problém.

Hypotéza č. 5 Soudím, že zdravotnickým asistentům vadí odborný dohled a že ošetrovatelskému personálu nepostačují kompetence, které zdravotnický asistent má.

Tuto otázku jsem se snažila potvrdit otázkou č. 27 a otázkou č. 30. 142 sester (66,36%) odpovídá, že by se kompetence zdravotnickým asistentům navyšovat neměly a 72 sester (33,64%) je pro navýšení kompetencí zdravotnického asistenta. Nevýhodou těchto výsledků je, že odpovídaly i ty sestry, které profesi zdravotnického asistenta nemají ve svém ošetrovatelském týmu zastoupenou a tedy nemusí mít s jejich praxí zkušenosti a vypovídají ne podle vlastního názoru, ale podle názoru sester, které zkušenost s jejich prací mají. Celkem jsem oslovila 33 zdravotnických asistentů, z nichž 13 potvrzuje, že na jejich práci dohlíží sestra – intenzivistka a 21 osob (64,64%) tvrdí, že nemá k dispozici odborný dohled sestry – intenzivistky (otázka č. 29). Osobně jsem si myslela, že zdravotním asistentům vadí odborný dohled, přijde mi odborný dohled v některých případech až ponižující, ale 9 zdravotních asistentů vypovídá, že jim dohled nevadí (64,29%), 3 zdravotním asistentů (21,43%) je jedno, zda-li dohled mají či nikoliv a 2 osobám dohled vadí (otázka č. 30). K této otázce se bohužel vyjádřilo pouze 14 zdravotnických asistentů. Jak jsem již rozebírala výše, jsem toho názoru, že nynější situace, tedy neustálý odborný dohled, nedostatečné odborné znalosti, bude motivovat zdravotní asistenty pokračovat ve studiu na vysoké či vyšší školy. Na otázku, zda-li mají zdravotní asistenti v plánu další studium, odpovědělo 22 zdravotních asistentů. 7 z nich (31,82%) již studuje obor zdravotnický záchranář nebo všeobecná sestra, 4 osoby (18,18%) studují jiný obor bez bližší specifikace, 2 osoby mají studium všeobecné sestry nebo zdravotnického záchranáře teprve v plánu (9,09%), 6 osob plánuje studovat jiný obor (27,27%) též bez bližší specifikace a 3 osoby neplánují pokračovat v žádném studiu (13,64%). Hypotézu jsem tedy nepotvrdila. Závěrem bych podotkla důležitost zdravotnického asistenta na tak náročných odděleních jako je intenzivní a resuscitační péče, ale na pozici pro kterou je vzdělán a pro kterou je kompetentní. Za takových podmínek většina sester ocení jejich schopnosti a dovednosti získané studiem a nabyté v praxi. Jak jsem výše uvedla, hypotéza se nepotvrdila. Zdravotnickým asistentům v převážné většině odborný dohled nevadí a více jak polovina sester nesouhlasí s navyšováním kompetencí u zdravotnických asistentů.

4. ZÁVĚR

Cílem této závěrečné práce bylo zpracovat složení ošetrovatelského týmu na jednotkách intenzivní a resuscitační péče dle platné legislativy a zmapovat realitu složení a počtu ošetrovatelského personálu v praxi na oddělení intenzivní medicíny. Dalším cílem bylo zjistit názory ošetrovatelského personálu o počtu a zastoupení jednotlivých profesí v ošetrovatelském týmu na oddělení intenzivní péče. Dále jsem se chtěla přesvědčit o povědomí kompetencí jednotlivých členů ošetrovatelského personálu, zejména sester – intenzivistek, sester bez specializované způsobilosti pro práci v intenzivní péči a zdravotnických asistentů a jejich dodržování v praxi, o zastoupení a využívání v praxi profese zdravotnického asistenta a zjistit pohled sester na tuto profesi uplatňující se na oddělení intenzivní péče.

Stanovené hypotézy, se kterými jsem přistupovala k řešení mé práce se střídavě potvrdily a vyvrátily. O nedostatku sester se mluví neustále, dalo by se říci, že je to i mediálně velice rozšířené téma a navíc pocítuji tento problém u sebe samotné, jelikož jsem také součástí jednoho ošetrovatelského týmu, kde je o sesterský personál nouze. Fakt, že se tato hypotéza potvrdila, jen poukazuje na shodný problém k dennímu řešení manažerů klinik intenzivní medicíny.

Problematika zdravotních asistentů není mezi jednotkami intenzivní a resuscitační péči tak rozšířená, jelikož ne všude je tato profese v ošetrovatelském týmu zastoupena a proto si myslím, že velké procento odpovědí ani tak neplyne z vlastní zkušenosti respondentů, jako ze zkušenosti nebo vyprávění jiných sester. A i přesto, že jsem se snažila svým výzkumným šetřením zasáhnout širší oblast oddělení intenzivní péče, je zastoupení zdravotnických asistentů v mém šetření skromné.

Výzkumné šetření tedy přineslo určitý náhled nad v praxi fungujícími kompetencemi ošetrovatelských pracovníků, nad jejich zastoupením a dodržováním legislativních norem v praxi, ale bylo-li by rozšířeno na více nemocničních zařízení a to i nemocnic mimo hlavní město, byl by výtěžek jistě přesvědčivější a s vyšší vypovídající hodnotou.

5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Právní zdroje

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

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

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

Zákon č. 103/1957 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči ve znění zákonného
předsednictva Národního shromáždění č. 64/1955 Sb.,

Zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v platném znění

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, v platném znění

Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k
získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání

Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných
odborných pracovníků

Vyhláška č. 440/2001 Sb., o bolesti a ztíženém společenském uplatnění

Nářízení vlády č. 74/2009 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných
službách a správě

Metodické opatření č. 9/2004, k zajištění jednotného postupu při poskytování
ošetřovatelské péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové nebo ambulantní péče,
v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a
skupin osob (Věstník Ministerstva zdravotnictví č. 9/2004)

Mimoprávní zdroje

ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. Grada. 2007

Autonomní pracovní skupina [online] [cit. 24.2.2011] Dostupné na WWW: motiv8.cz

GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Computer press. 2003

GROHAR - MURRAY, M. E., DICROCE, H. R., *Zásady vedení a řízení v oblasti
ošetřovatelské péče*. Praha Grada, 2003.

JAKUBKA, J. *Vnitřní předpisy zaměstnavatele*. Praha. Wolters Kluwer. 2008

- JURÁSKOVÁ, D., [online] *Dopis prezidentky ČAS*. [cit. 24.2.2011] Dostupné na WWW: <http://cnna.cz>
- KAPOUNOVÁ, G., *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praga Grada. 2007
- KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 1992
- KUTNOHORSKÁ, J., *Historie ošetrovatelství*. Grada. Praha. 2010
- LAFASTO, F., LARSON, C. *When Teams work best*. California, Sage Publication, 2001.
- Leták Ministerstva zdravotnictví České republiky [online]. Stabilizace sester ve zdravotnických zařízeních. [cit. 24. 2. 2011] Dostupné na WWW: <http://mzcr.cz>
- MÁDLOVÁ, I. [online]. *Regulace ošetrovatelské profese*. [cit. 23.2.2011] Dostupné na WWW: <http://mpece.com>
- Materiály všeobecné fakultní nemocnice v Praze. *Obecné povinnosti a popis práce pro profesi ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze*. 2011
- MUROŇOVÁ, M. [online]. *Větší kompetence sester? Děkuji, nechci!* [cit. 7.3.2011] Dostupné na WWW: <http://tribune.cz>
- Nurse practitioner [online] poslední aktualizace únor 2008 [cit.16.3.2011] Kids health. Dostupné z WWW: http://kidshealth.org/parent/system/doctor/nurse_practitioner.html
- PARKER, G. [online] Games and activities for building and training Teams. *What is a Team*. Dostupné na: <http://www.glennparker.com/Freebees/article-teamwork-and-teamplay.html>, [cit. 31.5].
- POCHYLÁ, K., POCHYLÝ, O. *Metoda kvantifikace ošetrovatelské péče pro stanovení počtu ošetrovatelského personálu*. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1999
- PODHORSKÝ, J. SVOBODOVÁ, J. *Praktický průvodce vnitřními směrnici pro organizační složky státu, územní samosprávné celky, příspěvkové organizace a ostatní nevýdělečné organizace*. Olomouc. Anag. 2002
- Praktická příručka pro sestry. *České ošetrovatelství 1: Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1998

- PROŠKOVÁ, E. *Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků*. Florence, říjen 2010, ročník VI, str. 3 – 4
- PROŠKOVÁ, E. *Pracovníci ve zdravotnictví*. Podklady k přednášce ke dni 15.12.2009.
- PROŠKOVÁ, E. *Zabezpečení provozu oddělení*. Podklady k přednášce. Praha. 2009
- PROŠKOVÁ, E., BRŮHA, D., *Zdravotnická povolání*. Praha. Wolters Kluwer. 2011
- Seznam udělených certifikovaných kurzů pro nelékařská zdravotnická povolání [online]
Dostupné na: WWW.mzcr.cz
- STAŇKOVÁ, M., *Praktická příručka pro sestry. České ošetrovatelství 11: Sestra – reprezentant profese*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2002
- STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6. Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelské praxi*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2001
- STYLES, M. M., AFFARA, F. A., *ICN o regulaci ošetrovatelské profese*. Sestra 21. století. Praha. ČAS.
- ŠKRLOVÁ, M., ŠKRLA, P., *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha, Advent Orion. 2003
- URBAN, J. *10 nejdražších manažerských chyb*. Praha. Grada Publishing. 2010.
- Virtuální tým [online] poslední aktualizace červen 2006 [cit.12.4.2011] Virtual teams.
Dostupné z WWW: seonet.com/~daveg/vrteams.htm
- VOJTOVÁ, M. [online]. *Organizační formy péče, systém diferencované péče, multidisciplinární tým*. [cit. 12.2.2011] Dostupné na WWW:http://.zshk.cz
- VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. Praha. Maxdorf. 2002
- VYSEKALOVÁ, J. a kol. *Slovník základních pojmů marketingu a managementu*. Praha. 1997
- VOJTOVÁ, M. [online]. *Organizační formy péče, systém diferencované péče, multidisciplinární tým*. [cit. 12.2.2011] Dostupné na WWW:http://.zshk.cz
- Zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2003

6. PŘÍLOHY

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Kateřinská 32, Praha 2

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu požít výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis

