

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2013

Bc. Blanka Hlávková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Kompetence sester a možnosti jejich zvyšování  
u praktických lékařů (v primární péči)**

Diplomová práce

Autor práce:	Bc. Blanka Hlávková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Studijní obor:	Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.
Datum odevzdání práce:	16. 8. 2013

## **Abstrakt**

Diplomová práce se zabývá problematikou zvyšování kompetencí sester u praktických lékařů v primární péči. Primární péče je systém činností, které zajišťují podporu zdraví, prevenci a zabývá se vyšetřováním, léčením, ošetřováním a rehabilitací. Péče je zaměřena na, uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacientů, snaží se co nejvíce přiblížit jejich sociálnímu prostředí. Z právního hlediska se řadí mezi ambulantní péči, kterou zajišťuje registrovaný lékař. Patří sem péče, kterou vykonává praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, gynekolog či zubní lékař. Dále sem spadají agentury domácí péče, pracovníci komunit, lékařská služba první pomoci, lékárny a lékárenská pohotovostní služba. Jedná se hlavně o přímou dostupnost pro občany, kteří péči potřebují. Nejdůležitější postavení v týmu v ordinacích praktických lékařů, splňují praktičtí lékaři, kteří spolupracují s ostatními vykonavateli zdravotní péče a sociálními službami. Druhým důležitým pracovníkem vykonávající primární péči je všeobecná sestra a komunitní sestra.

Teoretická část shrnuje informace o primární a komunitní péči, definuje kompetence a odborné činnosti všeobecných sester a lékařů, zabývá se rolí sester v primární péči a vztahy všeobecné sestry a lékaře. Cílem diplomové práce bylo zmapovat názory sester na možné zvyšování jejich profesních pravomocí. Zjistit, zda jsou sestry připraveny převzít některé kompetence. Dále bylo zjišťováno, jaký názor zastávají lékaři na možné předávání některých kompetencí sestram. Zmapování spokojenosti sester s narůstající samostatností a odpovědností v souvislosti se zvyšujícími se nároky na výkon jejich profese.

Vyhodnocení výsledků kvalitativního šetření bylo provedeno shrnutím do tematických oblastí a podoblastí, v textu je použito doslovného citování respondentů (psáno pomocí kurzívy).

Výzkumný soubor se skládal z 15 respondentů a byl proveden záměrným výběrem. Soubor se skládal z 6 lékařů (praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, praktický zubní lékař). Soubor všeobecných sester byl tvořen 9 sestrami pracujícími u praktických lékařů. Ve vzorku se nacházely všeobecné sestry s různou

dobou praxe a s různým stupněm vzdělání - středoškolsky vzdělané sestry, s vyšším odborným vzděláním a jedna sestra vysokoškolsky vzdělaná.

Na začátku výzkumného šetření jsem si položila 6 výzkumných otázek. Jak jsou sestry spokojeny se současnými profesními činnostmi v primární péči? Z čeho mají sestry obavy v souvislosti s navýšením zodpovědnosti v rámci rozšíření kompetencí? Ve kterých úkonech si sestry myslí, že jsou jasně vymezeny hranice mezi kompetencemi lékařů a sester? Jaké aktivity, spadající do pravomocí lékařů, by byly sestry ochotny převzít? Jakými úkony, které nespadají do činností sester dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jsou sestry v primární péči pověřovány? Jakou část svých pravomocí jsou lékaři ochotni předat sestrám v primární péči?

Z výzkumného šetření jednoznačně vyplynulo, že sestry nechtějí přebírat žádné činnosti z pravomocí lékařů, velká část respondentek je velmi pracovně vytížená a další kompetence by byly nad rámec únosnosti. Lékaři by sestrám nepředali mnoho odborných výkonů, zato by jim chtěli předat většinu administrativy – př. psaní posudků k autonehodám, psaní lázní, psaní nejrůznějších žádanek. Sestry se navýšení kompetencí neobávají, ale shodují se, že jim kompetence převážně přinesou větší zodpovědnost a administrativní zátěž. Sestry si myslí, že jsou jasně dány hranice mezi kompetencemi sester a lékařů. Jasně hranice převážně uvádějí v diagnostických a terapeutických výkonech, dále v ošetrovatelské činnosti, v předepisování léků, podávání i.v. injekcí, sdělení diagnózy. Všeobecné sestry jsou nad rámec svých kompetencí pověřovány úkony převážně administrativního charakteru, psaní žádanek, neschopenek, dále pak bez odborného dohledu aplikují intravenózní léky, psaní různých doporučení, sledování warfarinizace pacienta.

## **Abstract**

The diploma thesis addresses the issue of increasing the authorities of nurses of general practitioners in primary care. Primary care is a system of activities focused on health support and prevention, and covers examination, treatment, care and rehabilitation. The care is aimed at the satisfaction of biopsychosocial needs of patients, and attempts to approximate their social environment as much as possible. In legal terms, this care is classified as outpatient care provided by a registered physician. It includes the care provided by general practitioners specialized in adult or paediatric medicine, gynaecologists and dentists. It also includes home care agencies, community workers, first aid medical service, pharmacies and emergency pharmacy service. First of all, primary care is to be directly available for the citizens who need it. The most important position in the team of workers in surgeries of general practitioners is held by general practitioners cooperating with the other providers of health care and social services. The second most important worker providing primary care is a general nurse and a community nurse.

The theoretical part summarizes the information about primary and community care, defines authorities and professional activities of general nurses and physicians, and deals with the roles of nurses in primary care and the relations between general nurses and physicians. The objective of the diploma thesis was to survey the opinions of nurses of a possible increase in their professional powers, and to ascertain whether nurses are ready to assume certain authorities. It was also ascertained what physicians think of a possible transfer of certain authorities to nurses, and whether nurses are satisfied with their growing independence and responsibilities in connection with the increasing requirements for their profession.

The results of the qualitative survey were evaluated by their summarizing in thematic areas and subareas; the text also contains authentic quotes of respondents (written in italics).

The research set consisted of 15 respondents who were selected systematically. The set consisted of six physicians (general practitioners specialized in adult or paediatric medicine and general dentists). The set of general nurses consisted of nine

nurses working for general practitioners. The selected general nurses had the work experience of various duration and various educational backgrounds – they had either secondary or higher professional education and one nurse had university education.

At the beginning of the research I raised six research questions. How satisfied are the nurses with the current professional activities in primary care? What are they worried about in relation with the increased responsibility resulting from the extension of authorities? What activities do the nurses regard to have clearly defined boundaries between the authorities of physicians and nurses? What activities falling within the authorities of physicians are the nurses willing to assume? What activities not included in the activities of nurses according to Regulation No. 55/2011 Coll. regulating the activities of health professionals and other specialists are charged to the nurses in primary care? What part of their authorities are the physicians willing to transfer to the nurses in primary care?

It has clearly followed from the research that the nurses do not wish to assume any activities falling within the authorities of physicians. A large number of respondents are very busy and any other authorities would be beyond bearable. Physicians would not transfer many medical activities to the nurses; they would rather transfer most of paperwork to them, such as writing opinions in respect of traffic accidents, spa treatment requests and other requests. Nurses are not afraid of increased authorities but agree that the authorities will mostly result in greater responsibilities and paperwork. The nurses think that there are clear boundaries between the authorities of nurses and physicians. Clear boundaries are seen mostly in diagnostic and therapeutic activities, nursing treatments, prescription of medicines, application of intravenous injections, and statement of diagnosis. Above the scope of their authorities, general nurses are charged to perform activities of a mostly administrative nature, write requests and sick certificates, administer intravenous medicines without expert supervision, write various recommendations, and monitor warfarinisation of patients.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to - v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2013

Bc. Blanka Hlávková

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky, bez kterých by tato diplomová práce nemohla vzniknout a dostala tak konečnou podobu. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří souhlasili s provedením rozhovorů. A v neposlední řadě svým blízkým, životnímu partnerovi za trpělivost a podporu při studiu a psaní diplomové práce.



# Obsah

<b>Úvod .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Současný stav .....</b>	<b>11</b>
1.1 Formy zdravotní péče .....	11
1.1.2 Zdravotní péče .....	11
1.1.3 Komunitní péče ruku v ruce s primární péčí .....	12
1.2 Primární péče .....	13
1.2.1 Definice primární péče .....	13
1.2.2 Specifika primární péče .....	15
1.2.3 Role sester v primární péči .....	17
1.2.5 Kvalifikace sester u praktických lékařů.....	19
1.2.6 Vztah všeobecná sestra – praktický lékař.....	22
1.3 Kompetence .....	24
1.3.1 Vymezení pojmu kompetence .....	24
1.3.2 Klíčové kompetence .....	26
1.3.3 Odborné kompetence všeobecných sester .....	27
1.3.4 Kompetence praktických lékařů .....	32
1.4 Odborné výkony všeobecných sester v ambulancích praktických lékařů .....	33
1.4.1 Výkony s odpovědností a s asistencí sestry .....	33
1.5 Česká asociace sester (ČAS).....	34
1.5.1 Sekce primární péče.....	34
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>35</b>
2.1 Cíle práce .....	35
2.2 Výzkumné otázky .....	35
<b>3. Metodika .....</b>	<b>36</b>
3.1 Použité metody .....	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	36
3.2.1 Charakteristika respondentů .....	37
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>42</b>

4.1 Kategorizace rozhovorů.....	42
4.1.1 Vzdělávání.....	42
4.1.2 Délka praxe v primární péči .....	46
4.1.4 Problematické oblasti ve výkonu povolání.....	60
4.1.5 Profesionální rozvoj.....	61
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>64</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>72</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>74</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>80</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>81</b>
9.1 Příloha 1 Seznam otázek k rozhovorům .....	81

## Úvod

V současné době se stále více diskutuje na téma zvyšování kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků v primární péči, domácí a dlouhodobé péči. Reformuje se zdravotnictví, aby tak byly naplněny všechny tyto cíle a aby nelékařští pracovníci, v popředí všeobecné sestry, měly v zaměstnání větší klid a jistotu. Sestry jsou čím dál tím víc vzdělanější, po středních školách absolvují další vzdělání na vysokých školách, měly by tedy mít odpovídající kompetence a platové podmínky. Dochází k novelizacím vyhlášek a zákonů a hledá se správná cesta, aby nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytovali péči na té nejlepší úrovni. Tato cesta bude ještě dlouhá. V jiných vyspělých zemích již činnosti, které u nás vykonává lékař, provádějí vysoce kvalifikované sestry a ostatní činnosti mají v kompetenci nejrůznější asistenti.

Primární péče v 21. století má stále větší význam, dochází paralelně k rozvoji primární a komunitní péče. Pokud systém primární péče funguje efektivně, snižují se náklady na zdravotní péči. Neboť právě primární péče by měla v prvopočátku zachytit, co nejvíce onemocnění, měla by být převážně zaměřena na prevenci, jak primární, sekundární, tak i terciární. Klíčovou úlohu zde zastává tým všeobecná sestra - lékař, jejich činnosti se doplňují. Na tento tým jsou kladeny vysoké požadavky jednak na profesionální úrovni, v oblasti vzdělávání, ale převážně v lidském a empatickém přístupu, se kterým oba pečují o své pacienty v primární péči. Tým v ordinacích vnímá pacienta v souvislostech orientovaných na rodinu, na sociální a kulturní prostředí, v němž jedinec žije. Každý občan v České republice má právo svobodně si zvolit praktického lékaře, který bude s registrací souhlasit, po třech měsících si pacient může zvolit jiného ošetřujícího lékaře. Ordinance praktických lékařů jsou velmi často vytížené.

## **1. Současný stav**

### **1.1 Formy zdravotní péče**

#### ***1.1.2 Zdravotní péče***

Zdravotní péče je v naší zemi upravena zákonem č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění. Zákon definuje poskytování zdravotní péče ambulantně a ústavně včetně lázeňské péče, závodní preventivní péče, lékařské péče a lékařské posudkové činnosti, jež vykonává ošetřující lékař. Základním článkem zařízení ambulantní péče jsou ordinace praktických lékařů, popřípadě ordinace dalších odborných lékařů. Sdružená ambulantní zařízení jsou léčebná zařízení, která jsou umístěna mimo území nemocnic, s nimiž nejsou organizačně ani personálně spojena. V jejich ordinacích se poskytuje jednotlivcům nebo skupinám osob základní a specializovaná zdravotní péče (Hanzlíková, 2004; Kökörčený 2013).

Zdravotní péče se poskytuje v podobě primární, sekundární a terciární péče. V zákoně je dále uvedeno, že ambulantní péče je vykonávána formou návštěvní služby, v rámci záchranné služby a lékařské služby první pomoci realizované v místě bydliště nemocného nebo na jiném místě, kde je potřeba pacientovi poskytnout neodkladnou péči (Hanzlíková, 2004).

Důležitým mezníkem reformy zdravotní péče bylo v roce 1978 vytvoření Almaatské deklarace. Reformy se uskutečnily ve všech členských zemích. Stále narůstá význam primární péče odrážející společenské, individuální i skupinové potřeby, přizpůsobující se geografickým změnám. Změnám, při kterých přibývá chronicky nemocných lidí, mění se postoje a chování příjemců zdravotní péče. Uskutečňují se reformy zdravotní péče založené na zásadách primární zdravotní péče, vyzývají obyvatele k odpovědnosti za své zdraví. Jak vyplynulo z konference v Alma-Atě, klíčem pro dosažení zdravé populace do roku 2000 je primární péče. Péče se uskutečňuje jednak jako primární na základě prvního kontaktu a dále jako péče komunitní, jež je součástí komunitních služeb (Jarošová, 2007; Sikorová, 2012).

### ***1.1.3 Komunitní péče ruku v ruce s primární péčí***

V současné době je kladen vysoký důraz na prevenci nemocí s podporou zdraví, institucionálně zaměřená péče se navrácí zpět do komunit, tj. blíže tam, kde lidé žijí a pracují. I přesto je ale zdravotní a ošetrovatelská péče orientovaná z velké části na sekundární sektor, tj. nemocniční zařízení. Stále v zemích Evropy zůstává prvním kontaktem pacienta sekundární péče. Systém primární péče, jež je součástí komunitní péče, není ještě tak rozvinutý jako na západě Evropy. Přesto můžeme říci, že v primární a komunitní péči došlo k pokroku, stále více Česká republika plní cíle, jež si dali ministři zdravotnictví v Mnichovské deklaraci v roce 2000. Ministři a vlády přislíbili podpory programů a služeb zaměřené na komunitní ošetrovatelství s ohledem na zapojení rodinných sester. Dalším cílem je posílit role sester ve veřejném zdravotnictví a rozvoj komunit (Pochylá, 2005; Jarošová, 2007). Rozvoj komunitního ošetrovatelství je prvořadé pro Světové zdravotnické organizace (Sikorová 2012).

Pojmy primární a komunitní péče se snadno zamění, často se nezjišťuje odlišnost mezi nimi. Proto se primární péče chápe jako péče poskytovaná praktickým lékařem při prvním kontaktu s pacientem. Přitom je v současnosti snaha primární péči směřovat z akutních zařízení do komunit (Hanzlíková a kol, 2004). Komunitní péče v sobě zahrnuje zdravotní, sociální a další služby určené nemocným i zdravým občanům, skupinám určité komunity, rodinám. Komunitní péče je zaměřená na skupiny, komunity a doplňuje primární péči. Velkou část primárních zdravotních služeb realizovaných na základě komunitní péče tvoří služby a činnosti ošetrovatelské péče. Sestry jsou klíčovými členy multidisciplinárních týmů, které pomáhají realizovat celistvou péči o obyvatele. Komunitní péče je synonymem pro poskytování služeb na podporu obyvatelům ve správné chvíli a formě s cílem dosažení co největší úrovně nezávislosti, soběstačnosti daného jedince (Jarošová, 2007; Sikorová 2012).

Zásadní pro rozšíření komunitní péče je zlepšení duševního i tělesného zdraví obyvatel, dále tato péče představuje velký potenciál na zdraví obyvatel. V naší republice je potřeba rozvoje komunitní péče. Profesionálové v multidisciplinárním týmu budou

zajišťovat holistickou a individuální péči ve všech věkových kategoriích nejen v době nemoci, ale i v době zdraví (Tóthová, Bártlová, 2010).

Do rolí sester v komunitní péči dle WHO patří jak realizace přímých zdravotních služeb jedincům, tj. ošetřovatelské intervence, tak optimální spolupráce zdravotních a sociálních služeb. Sem patří vyhledávání rizikových jedinců, převážně seniorů. Dále do role sester patří připravování vhodných preventivních programů a jejich spuštění v komunitě. Z těchto programů je to např. prevence užívání návykových látek nebo programy na podporu kojení. U nás jsou komunitní sestry chápány jako sestry působící v domácí ošetřovatelské péči nebo v primární lékařské péči - v ordinacích praktických lékařů pro dospělé nebo pro děti a dorost. Avšak role sester v těchto ordinacích je užší ve srovnání s rolí komunitní sestry. Sestry v primární péči tudíž nelze brát za komunitní sestry. Systém komunitní péče by měl být založen na ošetřovatelských aktivitách, kde sestry rozvíjejí a pěstují kontakt mezi jednotlivci, rodinami a komunitami. Jejich práce je jak nezávislá, tak i kolektivní. Společným cílem je předcházení, udržení a znovunavrácení zdraví. V České republice je zanedbaná síť primární a komunitní péče (Tóthová, Bártlová, Prošková, 2010; Míková, 2010).

## **1.2 Primární péče**

### ***1.2.1 Definice primární péče***

Primární péčí můžeme nazvat, zdravotní péči prvního kontaktu. Je to koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče vykonávána zdravotníky nejen na úrovni prvního kontaktu pacienta se zdravotnickým systémem, ale také v souvislosti s dlouhodobým systematickým přístupem k jednotlivci (Prošková, 2009; Vojtíšková, 2011).

Musíme si uvědomit, že ve většině případů primární péče přebírá trvalou odpovědnost za ucelenou osobní zdravotní péči poskytovanou jedinci jednak v ambulancích a jednak v domácím prostředí (Holčík, Kaňová, Prudil, 2005).

Primární zdravotní péči řadíme do péče komunitní, kterou zajišťuje multidisciplinární tým. Smyslem tohoto týmu je zajištění činností na úrovni komunity. Do komunitní péče se vedle činnosti praktických lékařů řadí i činnost specialistů

a lékárníků. Sestry zajišťují spojení mezi jednotlivci, rodinami a komunitami s cílem podpořit a zachovat zdraví populace (Bártlová, 2009; Vojtíšková, 2011).

Primární péče je systém činností, které zajišťují podporu zdraví, prevenci a zabývá se vyšetřováním, léčením, ošetřováním a rehabilitací. Péče je zaměřena na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacientů, snaží se co nejvíce přiblížit jejich sociálnímu prostředí. Z právního hlediska se řadí mezi ambulantní péči, kterou zajišťuje registrovaný lékař. Patří sem péče, kterou vykonává praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, rodinný lékař, gynekolog či zubní lékař (Seifert a kol., 2004; Prošková, 2009). Dále sem spadají agentury domácí péče, pracovníci komunit, lékařská služba první pomoci, lékárny a lékárenská pohotovostní služba (Šídlo, 2011). Jedná se hlavně o přímou dostupnost pro občany, kteří péči potřebují. Do primární péče můžeme zařadit i ambulantní chirurgy nebo oční lékaře (Seifert a kol., 2004).

V primární péči pracují profesionálně kompetentní zdravotničtí pracovníci, kteří do jisté míry ovládají technické vybavení a úzce spolupracují s pacienty, rodinami a v případě potřeby s celými skupinami obyvatel (Holčík, Kaňová, Prudil; 2005). Nejdůležitější postavení splňují praktičtí lékaři, kteří spolupracují s ostatními vykonavateli zdravotní péče a sociálními službami. Zde je důležitá znalost a akceptování kompetencí. Mezi další pracovníky vykonávající primární péči se řadí všeobecná sestra, komunitní sestra, porodní asistentka či další nelékařské profese nebo také recepční (Vojtíšková, 2011; Prošková, 2009).

Moderní pojetí primární péče s sebou přináší vysokou úroveň kompetencí, spolupráci všech poskytovatelů péče. V každém zdravotním systému by tedy primární zdravotní péče měla tvořit základní pilíř, přínosem fungující péče je šetření nákladů, které by se jinak vynaložily na zdravotní péči, při dobré prevenci se mohou odhalit závažná onemocnění v začátku a celkové náklady se sníží (Urbánková, Pokorná, 2012; Šídlo, 2011). Se stoupající náročností na poskytování péče a se změnami v souvislosti s evropskou legislativou budou neustále narůstat nároky na všechny oblasti primární péče. Jednou z těchto oblastí je vysoká odborná způsobilost všeobecných sester pracujících v ordinaci praktického lékaře (Vojtíšková, 2006).

### ***1.2.2 Specifika primární péče***

Primární péče se staví do pozice základního kamene zdravotnického systému nejen z hlediska odborného, kulturního, společenského, ale i organizačního a ekonomického, je závislá na politickém stavu v zemi a její význam stále narůstá. Vychází to z trendů v péči o zdraví, kdy se vyvíjí medicínské technologie, stárne populace a je snaha co nejeefektivněji využívat finanční prostředky. Rozvoj se zakládá na výsledcích výzkumu sociálních a zdravotních služeb a opírá se o veřejné zdravotnictví, obyvatelstvo musí mít podíl na tomto rozvoji. Je to péče, která je bez omezení dostupná v realizaci potřeb a která navazuje na sekundární a terciární úroveň zdravotnických služeb a v neposlední řadě navazuje na sociální služby. Základem by měla být schopnost ukázat obyvatelstvu, jak posilovat prevenci. Snahou primární péče je co největší omezení dlouhodobého pobytu v nemocničních zařízeních a zároveň maximalizovat možnosti pobytu pacientů ve svém přirozeném prostředí (Seifert, 2004; Prošková, 2009).

Primární péče musí být účinná, efektivní, kulturně a ekonomicky přijatelná. Musí se zaměřovat na hlavní zdravotní problémy společnosti. V primární péči se mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky vytváří silné citové pouto, zvláště při návštěvních službách, proto ve spoustě rozhodnutí hraje větší roli etické hledisko než medicínské. V ČR je asi 5100 ordinací praktických lékařů, kteří provádí denně 300 000 konzultací. Praktické lékařství bylo uznáváno již před třiceti lety, tak dlouhou dobu praktičtí lékaři absolvují náročné speciální postgraduální vzdělávání. V dnešní době je převážná většina praktických lékařů privátních. Pracují na základě smluvního vztahu s pojišťovnami. Jedná se o samostatnou medicínskou činnost, kdy za všechny činnosti související s vykonáváním medicínské, posudkové, ekonomické, sociální a další činnosti je odpovědný praktický lékař. Minimum praktických lékařů má pracovní poměr v nemocnicích nebo poliklinikách. Primární péče se zabývá 80 až 90 % zdravotních problémů pacientů a pouze 10 až 20 % přechází do specializované péče (Zavázalová a kol., 2004; Vojtíšková 2011).

Oblast působení primární péče v sobě zahrnuje prevenci nemocí, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, ošetřování a administrativní a posudkovou činnost. K prevenci praktický lékař využívá edukaci, preventivní prohlídky a imunizaci (Šín, 2012).



Paralelně pomáhá pacientům řešit sociální, rodinnou nebo pracovněprávní problematiku, mapuje prostředí, z něhož pacient pochází. Praktický lékař je pacientům nejbližší z hlediska místa, času, ekonomické i kulturní dosažitelnosti. Pracuje v pacientově blízkosti, nese odpovědnost za problémy, na které si stěžuje pacient, léčí běžné nemoci a sociální problémy. Pacient má k lékaři přímý přístup. Praktický lékař i všeobecná sestra má být pacientům průvodcem ve zdraví a nemoci, realizují prevenci a v nemoci zajišťují léčbu. Praktické lékařství je spíše zaměřeno na člověka než na nemoc, jelikož jsou zde navozovány dlouhodobé vztahy, zahrnující významnou část pacientova života. Praktický lékař sleduje pacienta i po ukončení léčby, pohlíží na pacienta holisticky a přikládá velkou váhu jeho názoru. Praktický lékař pečující dlouhodobě o svého pacienta neřeší aktuální problém v úzkém spektru, ale musí přihlížet k chronickému onemocnění (Seifert a kol., 2004; Seifert, Beneš a kol., 2005).

V poskytování primární péče lze sledovat rozdíly, např. ve městech a na venkově. Ve městech je péče dostupnější, lékaři snadněji komunikují se specialisty, snadněji je někdo jiný zastoupí. Oproti tomu ale pacienti často zneužívají dostupnosti péče, více přecházejí mezi praktickými lékaři a specialisty, z toho vyplývá větší riziko iatrogenního poškození - je to poškození, které vzniká nechtěně při preventivním, diagnostickém či terapeutickém postupu v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Je nežádoucí a může vzniknout jednak při postupu non lege artis, tak i při správném lege artis postupu. Pokud dojde k iatrogenímu poškození, má pacient právo na odškodnění újmy na zdraví. Při svých návštěvách nejsou pacienti odkázaní na dostupnost dopravy. Na venkově je menší využívání péče a větší nároky na kompetence zdravotnických pracovníků z důvodu horší dostupnosti specialistů. Z pohledu moderní společnosti budou praktičtí lékaři osvobozeni od některých činností, které budou moci vykonávat všeobecné sestry, důsledkem toho bude kvalifikovanější činnost praktických lékařů a měli by mít větší čas na pacienta (Seifert a kol., 2004; Vondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011).

Primární péče v České republice se potýká s problémy kvality a bezpečí, kdy neexistují standardy, které by měly tvořit základní kámen primární péče. Další problémovou oblastí je komunikace sester s pacienty a lékaři, týká se to hlavně sester

v ambulancích. Je potřeba zkrátit čekací doby v čekárnách, předcházet pochybení. Každá ambulance by měla mít svůj vlastní systém vnitřní kontroly kvality a bezpečí, který by se stanovil na základě průzkumu všech rizikových oblastí (Škubová, 2011).

### ***1.2.3 Role sester v primární péči***

Je nezpochybnitelné, že sestra a ošetřující lékař tvoří tým, který skýtá zdravotní péči, jejich povinnosti i kompetence upravuje řada předpisů a norem jak vnitřních, tak i etických. Jednotlivé činnosti, jež sestra vykonává, jsou dány její pracovní náplní, se kterou je seznámena s nástupem do zaměstnání (Staňková, Bláha, Vondráček, Ludvík, 2004).

Sestry v primární péči jsou zaměstnány v ambulancích praktických lékařů či v domácí péči, která se řadí mezi speciální ambulantní péči. V současné době právní předpisy nenařizují praktickému lékaři zaměstnat ve své ordinaci sestru, pokud zdravotní péči zvládne sám. Když se lékař rozhodne zaměstnat asistentku nebo asistenta ve své ambulanci, musí jít pouze o zdravotnického pracovníka kompetentního k výkonu příslušných činností, jelikož i asistenční činnost v ambulanci spadá do zdravotní péče. Možnou výjimkou by mohla být pouze administrativní asistentka, nesměla by však provádět žádný zdravotnický výkon. Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání určuje prováděcí předpis k zákonu o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. (po novelizaci zákon č. 105/2011 Sb.) (Prošková, 2009).

Sestra je samostatným pracovníkem vykonávající ošetrovatelskou činnost, jejíž rolí je rozpoznávat a uspokojovat potřeby pacientů. Ideálním modelem sestry praktického lékaře je vysoce vzdělaná profesionálka, která snadno zvládne problémy plynoucí z praxe. Sestra by se sama měla snažit o zvyšování kvality praxe, neměla by mít problémy komunikovat s pacienty a také by měla být loajální k lékaři, který ji zaměstnává. Jednou z podstatných rolí sestry je schopnost empatie, lidskosti v přístupu k pacientovi. Měla by být pacientovi nablízku, pomáhat mu v těžkých životních situacích, poradit mu. Snaží se napomáhat rozvoji sociálního zázemí a zvyšovat úroveň mezilidských vztahů, snaží se proniknout do blízkého okolí pacienta, aby byla schopna zajistit vyšší potřeby pacienta. Vztah sestry a pacienta u praktických lékařů trvá řadu let, je to právě ona, kdo o pacientovi ví informace nejen zdravotního charakteru, ale

převážně osobní a rodinné, sestra i lékař znají problémy i z více generací. Jednou z dalších úloh sestry je pozice prostředníka mezi ní a lékařem, toto je důležitý moment v navození vztahů mezi lékařem, sestrou a pacientem. Snaží se pacientovi pomoci svěřit se lékaři i s problémy, které jsou pro něj choulostivé (Vojtíšková, 2006; Seifert, Beneš a kol., 2005).

Sestra v roli školitelky se podílí na proškolení budoucích zdravotníků, kteří se připravují na středních školách, později na školách vysokých v bakalářském a magisterském studiu. Velkou roli sestra hraje při edukaci pacienta, kdy se na ní podílí s lékařem. Edukace by měla být jednoduchá, srozumitelná, měla by se při každém setkání s pacientem opakovat a měla by být v závislosti na pacientově emocionálním stavu. Další rolí je pomoc lékaři při stanovení diagnostiky a léčby onemocnění, kdy do těchto činností spadá odběr biologického materiálu, aplikace léčivých přípravků a provádění diagnostických a léčebných postupů. Z toho vyplývá, že v ordinaci praktického lékaře může pracovat jednak registrovaná všeobecná sestra, tak i všeobecná sestra, která osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nezískala, a zdravotnický asistent. U sestry, která nezískala způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu, provádí dohled lékař. Avšak ukládá-li lékař sestře návštěvní službu, může ji vykonávat pouze sestra registrovaná. Pokud je lékař nepřítomen návštěvní službě, nemůže tedy provádět odborný dohled. Praktický lékař nemůže zaměstnat zdravotnického ošetřovatele, jelikož na jeho dohled nemá kompetence (Vojtíšková, 2009; Prošková, 2009).

Zkušená a profesionální sestra praktického lékaře musí zvládat řadu činností, jako je plynulý a bezproblémový chod ordinace, zajištění podmínek kvalitní péče a musí mít organizační, administrativní a odborné schopnosti. Administrativní práce v ordinacích stále narůstá, dle vyhlášky č. 385/2006 Sb., v platném znění o zdravotnické dokumentaci, je zdravotnickým zařízením uloženo vést zdravotnickou dokumentaci. Stále stoupají nároky na čitelnost záznamů do dokumentace, samozřejmostí je tedy využívání počítačové techniky a jednou ze zásadních věcí by měla být komunikace s různými specialisty přes internetové stránky. Podle této vyhlášky musí zdravotnická dokumentace obsahovat osobní údaje o pacientovi jen v rozsahu nezbytně nutném pro

identifikaci a zjištění anamnézy pacienta. Oproti tomu není stanoven rozsah informací k pacientově identifikaci, ale nesmí být v rozporu s právními předpisy. Sestra by měla zvládat alespoň jeden cizí jazyk, aby se mohla domluvit s cizinci přicházejícími do ordinace praktického lékaře. V souvislosti s těmito úkony rostou nároky na kvalifikaci sester. Sestra praktického lékaře si musí obnovovat osvědčení o způsobilosti k samostatnému výkonu povolání, což je nejen v jejím zájmu, ale především v zájmu pacienta. Vizitkou každé dobré sestry je sledování novinek ze svého oboru, účastnit se vzdělávání pomocí certifikovaných kurzů, školení, seminářů, aby narůstaly její kompetence. V tomto úsilí by sestře měl být nápomocen i praktický lékař, který jí umožní profesionální růst a bude ji ve snaze podporovat (Seifert, Beneš a kol., 2005; Vojtíšková 2009).

Následujících osm bodů je důležitých pro kvalitní péči o pacienta v primární péči.

1. Klinicky kompetentní sestra
2. Dobrý vztah a komunikace mezi lékařem a sestrou
3. Autonomie sestry a převzetí odpovědnosti
4. Podpůrně výkonná péče
5. Kontrola nad ošetrovatelskou praxí a prostředím, kde se péče vykonává
6. Podpora dalšího vzdělávání
7. Dostatek personálu
8. Největší prioritou by měl být zájem o pacienta (Kelling, Pazzini, 2007).

### ***1.2.5 Kvalifikace sester u praktických lékařů***

Hlavní náplní činnosti všeobecné sestry pracující u praktického lékaře je práce v rozsahu odborné způsobilosti bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Do této oblasti spadají následující činnosti: vedení zdravotnické dokumentace, předávání informací pacientovi v souladu se svými kompetencemi nebo pacientovi předává instrukce od lékaře, sleduje dodržování hygienicko - epidemiologického režimu, zajišťuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy standardy nebo spolupracuje na přípravě standardů (Vojtíšková, 2009). V rámci školící praxe vzdělává další zdravotnický personál, zabezpečuje dostatek ochranných pomůcek a jejich dezinfekci či sterilizaci, kontroluje a doplňuje zásoby zdravotnického materiálu a zdravotnické dokumentace potřebných k chodu ordinace. Kontroluje správnost chodu zařízení a přístrojů důležitých k provozu ordinace, v případě potřeby zajistí opravy a pravidelné

kalibrace. Utváří pozitivní prostředí v čekárně, pomocí různých obrázků a jiných předmětů (Seifert, Beneš a kol., 2005; Vojtíšková, 2006).

V další kategorii činností, v nichž sestra samostatně provádí péči bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v souladu se stanovenou diagnózou, jsou činnosti, při kterých sestra odebírá anamnestické údaje a data od pacienta, hodnotí potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů. Sestra dále sleduje projevy rizikových faktorů onemocnění. Sestra zabezpečuje vyhodnocení biologického materiálu získaného z kapilární krve, ošetřuje a hodnotí stav pokožky, chronických ran. Kontroluje permanentní katétry či periferní nebo centrální žilní vstupy. Vykonává rehabilitační ošetřovatelství v rozsahu posazování, polohování, dechového cvičení nebo provádění bazální stimulace. Provádí s pacienty nácvik sebeobsluhy v rámci soběstačnosti. Sestra dále zajišťuje přípravu na diagnostický a léčebný výkon. Edukuje pacienty a jejich rodinné příslušníky. Hodnotí sociální situaci pacienta a na základě zjištěných nedostatků spolupracuje se sociálními pracovníky. Přebírá a kontroluje léčebné přípravky, zabezpečuje jejich dostatečnou zásobu (Vojtíšková, 2009). Průběžně vyhodnocuje pacientův zdravotní stav, psychicky podporuje umírající a jejich rodiny. Sestra také vykonává ošetřovatelskou péči, pomocí níž se podílí na léčbě pacienta dle diagnózy pacienta a indikace lékaře. V této oblasti zajišťuje návštěvní službu v domácnostech, zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, vykonává screeningová a depistážní vyšetření, aplikuje léčivé přípravky, výjimkou je podání nitrožilních injekcí a infuzí u novorozenců a dětí do tří let. Odebírá biologický materiál, zajišťuje ošetření akutních pooperačních ran či drénů, ošetření tracheotomické kanyly, zavádí nasogastrické a jejunální sondy. Pečuje o močové katétry nebo zajišťuje katetrizaci močového měchýře u žen a dívek nad deset let, provádí výplach močového měchýře (Seifert, Beneš a kol., 2005; Vojtíšková, 2006).

Nyní se zaměříme na práci sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost. Základní vlastností by měla být trpělivost a příjemné vystupování, jelikož se děti často bojí vyšetření a je právě na sestře a lékaři, aby je strachu zbavili. V ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost můžeme práci sestry rozčlenit na preventivní a léčebnou péči. Při vstupu dítěte do ordinace sestra nachystá potřebnou dokumentaci, dle ordinace

lékaře odebere biologický materiál, před odběrem dítě nebo rodiče vzhledem k jeho věku poučí. Dítě se sestra snaží co nejvíce uklidnit, dle lékaře změří teplotu, tlak krve či pulz, pokud je ordinace vybavena glukometrem, změří glykémii, CRP nebo podá inhalaci. Preventivní role sestry začíná již při návštěvě domácnosti, ve které se nachází novorozenec. Sestra si všímá, v jakých podmínkách se matka o dítě stará. Následně sestra provede fyzikální vyšetření, matku edukuje, jak se má správně starat o kůži novorozence. Překontroluje hojení pupečníku, zkonzultuje s matkou stav kojení. Všechny zjištěné informace zaznamená do dokumentace. V době návštěvy v ordinaci sestra dítě zváží, změří obvod hlavy a délku. V období prvního měsíce podá dítěti dávku vitamínu K, který slouží k prevenci krvácivého onemocnění, v závislosti na věku dítěte zkonzultuje s matkou složení a přípravu stravy dítěte. Jednou z povinností sestry je evidování očkování a pozvání dětí ve správných časových intervalech. Matce podává informace o očkovací látce a případných reakcích na ni. Sleduje pravidelnost prohlídek, při kterých se sleduje váha, výška měří tlak, hodnotí moč, vyšetřuje zrak, sluch, barvocit. V jedenácti letech připomíná zkoušku na TBC a u 15 letých dívek připomíná první gynekologickou prohlídku. Další činností sestry je starost o ordinaci, kdy dbá na dostatek pomůcek, dezinfekci ploch a nástrojů. Mezi povinnosti sestry patří další vzdělávání v nových diagnostických a léčebných postupech v pediatrii. Informace čerpá z odborné literatury a účastní se seminářů a různých školení. Pokud sestra pečlivě plní svoji práci, přispívá k dobrému chodu ordinace (Vejrostová, 2009).

Předseda Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR MUDr. Pavel Neugebauer: „Systém zdravotní péče o dítě má v našem státě dlouholetou tradici. Díky ní se vytvořil systém pravidelné komunikace ordinací praktických lékařů pro děti a dorost s rodiči a především jejich dětmi. Podstatnou částí této komunikace je systém tzv. poraden, kdy dochází k poradě rodičů s lékařem nejčastěji na téma sledování správného růstu a vývoje dítěte. Osobně si umím představit, že tato poradna bude doménou dětských sester. Ty by pak prováděly základní filtr, a teprve pokud by bylo vysloveno podezření na počínající anomálii, bylo by vše předáno k posouzení lékaři. Druhou sférou pro naše dětské sestřičky by pak mohla být základní edukace o režimu při běžných nemocech, jako jsou například katary horních cest dýchacích a poruchy

pasáže zažívacím traktem. No a konečně třetí sférou by mohla být telefonická konzultace nekomplikovaných nemocí případně spojená s návštěvou sestry v rodině. S otázkou kompetencí je nutno ale dořešit otázky možných právních dopadů v případě pochybení apod.“ (Neugebauer, 2008).

### ***1.2.6 Vztah všeobecná sestra – praktický lékař***

Vztahy mezi sestrami a lékaři byly často považovány za problematické a překážkou pro spolupráci. V kontextu primární péče je tento vztah velmi důležitý (Pullon, 2008). Sestra a lékař se od sebe liší svými kompetencemi. Ty jsou dány zákony a ovlivňuje je ráz profese. Můžeme tedy říci, že kompetence každého zdravotníka jsou řádně definovány. Tým všeobecné praxe se skládá ze sestry a lékaře. V zahraničí se můžeme setkat i s modely praxe, ve které se nachází lékař, 2 sestry, recepční či administrativní pracovník. U nás je tento model zatím výjimečný. Jedním z důležitých předpokladů profesionálního chodu ordinace praktického lékaře je vztah mezi ním a sestrou. Pokud si lékař vybírá sestru, je to na dlouhou dobu. Tento vztah trvá dlouhou řadu let, mnohdy trvá déle než-li manželství, a proto si lékař pečlivě volí výběr sestry, jelikož od správné volby se bude odvíjet kvalita praxe a image jeho ordinace. Vztah mezi lékařem a sestrou musí být harmonický nejen na profesionální úrovni, ale také na úrovni osobní, jelikož spolu tráví celou pracovní dobu. V dobře fungujících ordinacích bývá tento čas delší než osmihodinová směna, a tudíž vztah sestry a lékaře musí být přátelský, ohleduplný, oba partneři se musí respektovat (Vojtíšková, 2006; Bártlová, Hajduchová, 2010).

Ve vztahu sestry a lékaře je potřeba většího porozumění, respektování profesních rolí, musí mezi nimi být komplexní souhra. Profesionalita je nedílnou součástí základní filozofie zdravotní péče. Profesionální identita se vytváří v průběhu času, tvoří základ porozumění mezi sestrou a lékařem. Respekt a důvěra jsou předpokladem úspěšného vztahu sestra – lékař. Úspěšné pracovní vztahy obsahují různé typy důvěry, jak na organizační, tak na osobní úrovni. V praxi jsou profesionální vztahy mezi sestrami a lékaři složité (Pullon, 2008).

Sestra a lékař jsou partneři, kteří provázejí pacienta ve zdraví a nemoci, podílí se na prevenci a léčbě onemocnění, zprostředkovávají odbornou léčbu, zajišťují sociální péči, jelikož jsou to právě oni, co velmi dobře znají svého pacienta i jeho rodinné příslušníky.

Právě pacienti mají velké požadavky jak na lékaře, tak i sestry. Pacienti vyžadují od lékaře a setry, aby byli ochotní, trpěliví a komunikativní, jak vyplynulo ze studií prováděných v ordinacích praktických lékařů. Z historického hlediska právě péče praktických lékařů má nejbližší ke svým pacientům, jelikož s nimi sestra a lékař sdílí dobré i zlé, nevyjímaje ukončení života v domácím prostředí. Z tohoto vyplývá, že kontakt s pacienty velmi zatěžuje psychiku sester a lékařů, vztahy na pracovišti se stávají napjatými (Vojtíšková, 2006; Vojtíšková 2009).

Na kvalitě pracovních vztahů závisí spokojenost na pracovišti. Největší vliv na vzájemný vztah mají profesionální dovednosti a schopnosti. Dobré vztahy mezi sestrou a lékařem jsou předpokladem spokojenosti v práci. Klíčem ke spokojenosti je dobrá komunikace mezi lékařem a sestrou. Interpersonální komunikace je významná k budování vzájemných mezilidských vztahů. Pro sestry jsou interpersonální schopnosti důležité. Oba používají profesní komunikaci v péči o pacienta, společenskou a sociální komunikaci, kterou užívají ve spolupráci na administrativě, organizaci a provozu ordinace. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010; Bártlová, 2010).

Dalším článkem je komunikace s pacienty. Efektivní komunikace přináší dobré poznání druhé osoby a toho, co potřebuje a směřuje ke konstruktivní komunikaci. (Plevová a kol., 2011). Jednou z důležitých podmínek spokojenosti na pracovišti jsou dobré vztahy, pro většinu sester jsou vztahy s lékařem potřebné pro spokojenost v práci a celkovou atmosféru. Sestra se během pracovní doby dostává do kontaktu s mnoha lidmi, jednak s pacienty, jinými specialisty, což bývá někdy zdrojem napětí. Pozitivně sestry hodnotí, pokud lékař uznává jejich práci, bere je jako rovnocenného partnera v péči o pacienta a je-li lékař ochoten se za sestru postavit v případě vyskytnutí se problémové situace s pacientem či jeho rodinou (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010; Bártlová, 2010).

Jedním z častých nedorozumění mezi sestrou a lékařem je, že sestry jsou pověřovány činnostmi, které nespadají do jejich kompetencí. Negativní zkušenosti ve vztahu lékaře a sestry neprospívají k dobré pohodě na pracovišti. Může to způsobit nadřazenost lékařů či neprofesionální chování ke všeobecným sestram, což bývá hluboce zakořeněno ve vedoucích lékařských systémech, ve kterých se vyskytují



převážně muži. Někteří lékaři stále berou ošetřovatelství jako pomocnou roli v péči o pacienta, z čehož pramení nižší respekt k sestřím. Mohli bychom říci, že lékař a sestra mají jeden společný cíl a tím je péče o pacienta. Tudíž by k sobě měli chovat dobré vztahy. Důsledkem narušených vztahů bývá vzájemné nepochopení jednotlivých rolí nebo odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetřovatelství. V rámci rozvoje ošetřovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že ošetřovatelství by nemělo zasahovat do kompetenčních oblastí lékařů. Největší podíl na vztahu a chování lékařů k všeobecným sestřím mají jejich profesionální schopnosti a dovednosti. Jednou z oblastí pozitivního ovlivnění pracovních vztahů jsou neformální vztahy. Pokud se lékaři setkávají se sestrami i mimo pracovní prostředí, výrazně pozitivně to ovlivňuje vztahy na pracovišti. Spolupráce lékaře a všeobecné sestry by měla být na úrovni rovnocenných partnerů. Zahrnuje i právní odpovědnost za provedené výkony. Vyvážený vztah mezi lékařem a všeobecnou sestrou vede k lepší kvalitě poskytované péče (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010; Bártlová 2006).

### **1.3 Kompetence**

#### ***1.3.1 Vymezení pojmu kompetence***

Pojem kompetence je plnovýznamový a je užíván především v pracovněprávní oblasti. Část literatury uvádí kompetence jako synonymum slova norma. Hovoříme-li o kompetencích, můžeme si pod tímto slovem představit všechno to, co máme zvládat, jaké máme úkoly. Pod tímto pojmem je dále zahrnut souhrn vědomostí a dovedností, sloužící vykonávat kvalifikovaně danou činnost, rozuměno v materiálním smyslu, v pojetí formálním, jako pravomoc ukládající vykonávat určitou činnost, soubor oprávnění a povinností, které ukládá právní norma daného orgánu nebo organizace. Je potřeba tedy odlišovat znalosti a dovednosti jedince od toho, co může jedinec konat v souladu se zákonem. Schopnosti a pravomoce by se měly prolínat. Kompetence je schopnost zorganizování práce, je to schopnost aplikovat znalosti a dovednosti do nových situací v oblasti dané profese. Kompetence určují obsah profese a z toho vycházejí vzdělávací programy. Rozsah kompetencí určuje kvalitu a bezpečnost práce (Prošková, 2010; Marková, 2010).

Kompetence na základě praxe jsou redukční, omezují pohled na odbornou praxi a brání profesnímu rozvoji. Kompetence je začátek chápání požadavků na rozvoj efektivní pracovní síly. Interakce několika kompetencí je potřebná, pro posouzení složité klinické situace (Gardner, Hase, Dunn, Carryer, 2008).

V oblasti ošetrovatelství pojem kompetence chápeme jako potřebnou způsobilost k výkonu povolání sestry. Kompetence jsou zde definovány jako znalosti, dovednosti a postoje, umožňující dané osobě vykonávat svoji činnost, nepřetržitě se odborně vzdělávat a rychle se přizpůsobit měnícím se podmínkám. Dokument Evropské unie Tuning Educational Structures in Europe uvádí tyto definice kompetencí vztahující se k ošetrovatelství. „Kompetence je komplexní spojení znalostí, postojů a hodnot, které jsou potřebné pro bezpečné a spolehlivé provedení v určitých situacích“ (Mastiliaková, 2006). Další definice zní takto: „Kompetence je úroveň provedení demonstrující efektivní aplikaci znalostí, dovedností a úsudku“ (Mastiliaková, 2006). Třetí definice zní: „Kompetence je stav znalostí, dovedností, energie (síly), zkušeností a motivace, která je nutná k adekvátní reakci osoby s profesionální odpovědností na požadavky“ (Mastiliaková, 2006). Poslední definice dle tohoto dokumentu zní: „Kompetence je schopnost plnit určité profesionální funkce, které jsou složeny z oblastí profesionální praxe. Kompetence vyžaduje znalosti, vhodné přístupy a viditelné manuální a intelektuální dovednosti, které odpovídají za schopnost poskytovat specifické profesionální služby“ (Mastiliaková, 2006). Mezinárodní rada sester (International Council of Nurses – ICN) definuje kompetence všeobecných sester jako: „Úroveň výkonu demonstrující efektivní aplikaci znalostí, dovedností a úsudku.“ (Dobrovodská, Tesáčková, 2003).

Kompetence nemůžeme chápat pouze v úzkém spektru garantovaném státem a stanovené u nelékařských zdravotnických pracovníků vyhláškou, ale je nutné ukládat konkrétní náplň činností dle materiálního smyslu. Materiálním smyslem se rozumí kvalifikované vykonávání činnosti. Kompetence nesmí být chápány jako něco stabilního, musí se prohlubovat a prověřovat. Je tedy nutné prověřovat skutečné schopnosti, dovednosti či znalosti u konkrétního jedince. Z potřebných kompetencí by měl vycházet proces dalšího rozvoje, vzdělávání, rozšiřování a zkvalitňování dovedností

a schopností pracovníka (Prošková, 2010). Kompetenční standardy jsou nezbytné pro rovnováhu mezi vzděláním a praxí v ošetrovatelství, k posouzení klinické dovednosti (Gardner, Hase, Dunn, Carryer, 2008).

### ***1.3.2 Klíčové kompetence***

V souvislosti s rychlými změnami se zvyšují nároky na každého člověka. Odborné znalosti, které člověk získal, rychle zastarávají, je potřeba stále rozvíjet, jak oblast všeobecných znalostí, tak i odborných znalostí daného oboru. Tzv. klíčové kompetence byly poprvé popsány v roce 1974 Mertensem. Klíčové kompetence jsou potřebné k rozvíjení osobnosti v průběhu výchovy a vzdělávání. Klíčové kompetence jsou univerzálně použitelné. Klíčovou kompetencí můžeme nazvat kteroukoliv dovednost, pomocí které jedinec zúročí své odborné znalosti v průběhu řešení problémů. Klíčové kompetence zjednodušují vzdělávání. Tyto kompetence trvají déle než kvalifikace vycházející z dané profese. Jedná se o schopnost myslet, učit se a řešit problémy. Kompetence se prolínají s kreativitou a nesením odpovědnosti. Tyto schopnosti jsou potřebné v procesu systematického vzdělávání a rozvoje osobnosti. Nemůžeme tedy říci, že proces osvojování si klíčových dovedností je ukončen, jelikož učení je celoživotní děj a nikdy nekončí. Klíčové kompetence, mezi které patří dovednosti, znalosti a schopnosti, vyúsťují do kompetencí, se kterými jsme v daném okamžiku schopni vykonávat různé pozice a funkce, které přináší měnící se podmínky v průběhu života. Klíčové kompetence se orientují na trh práce a na osobnost jedince. Získané kompetence mají usnadnit práci se získanými odbornými znalostmi v procesu řešení problémů v budoucnosti. Souhrnem schopností o rozhodnutí k užití kompetencí je kompetence k jednání, která se skládá ze sociální kompetence, kompetence ve vztahu k vlastní osobě a z kompetence v oblasti metod. Do sociální kompetence zahrnujeme umění týmové práce, schopnost vzdorovat konfliktním situacím a schopnost spolupráce. Do kompetencí ve vztahu k vlastní osobě se zahrnuje zacházení se sebou samým, schopnost být svým vlastním manažerem. Schopnost sebepoznání, posuzování sebe sama a rozvíjení vlastních hodnot. Do kompetencí oblasti metod řadíme schopnost uplatňovat odborné znalosti, vypracování jedinečného řešení. Dále sem patří schopnost uspořádat nové informace, dávat věci do souvislostí, kriticky je přehodnocovat

a hledat nová řešení. Schopnost promýšlet šance a rizika. Na kompetence v oblasti metod se hlavně zaměřuje vzdělávání (Mastiliaková, 2007).

Nyní se zaměříme na přehled klíčových kompetencí, které jsou považovány za významné, což vyplývá z výsledků výzkumu Marca Siegrise z roku 1995. Patří sem schopnost komunikovat, kooperovat, řešit problémy a být kreativní. Další klíčovou kompetencí je samostatnost a výkonnost, schopnost přijmout odpovědnost, přemýšlet a učit se, zdůvodňovat a hodnotit. Schopností komunikace se rozumí připravenost vědomě a harmonicky komunikovat co nejzřetelněji o sobě s druhými. Méně podstatné se nejeví ani umění naslouchat ostatním, sledovat neverbální projevy. Do schopnosti kooperace řadíme dovednost respektovat ostatní, ovládat sledování cílů, umět uspořádat konflikty a přijímat odpovědnost. Mezi schopnost řešit problémy patří umění převzít odpovědnost za plánování, řešení, sumarizování, hodnocení průběhu práce. Spadá sem umění stanovení cílů, schopnost být spontánní. V samostatnosti a výkonnosti je důležitá schopnost vytváření vlastní iniciativy, pracovat soustředěně a vědomě na stanoveném úkolu. Jedinec by měl znát své přednosti a své slabé stránky. Dále by se měl jedinec umět vypořádat s kritikou, tak aby to vedlo k jeho zlepšení. Další důležitou klíčovou kompetencí je schopnost přijímat zodpovědnost. V této kompetenci je podstatné umění odhadnout důsledek vlastního jednání, jedinec by měl odvádět kvalitní práci a měl by pozitivně ovlivňovat tým. Schopnost přemýšlet a učit se v sobě nese umění myslet v souvislostech, umět spojovat věci se svými znalostmi. Schopností zdůvodňovat a hodnotit se rozumí dovednost pozorování, objasňování hodnot, argumentování, umět odmítnout spojitost. V procesu osvojování si klíčových dovedností figurují hodnoty, normy, zkušenosti a sebepoznání daného jedince. Jedinec musí být připraven učit se celý život. Musí být ochoten rozšiřovat a měnit své kompetence (Mastiliaková, 2007).

### ***1.3.3 Odborné kompetence všeobecných sester***

Změny v kompetencích sester se udály převážně na konci 20. století a na počátku 21. století. V této době ošetrovatelství prošlo mnoha dalšími změnami. Zvyšující kompetence jsou nejenom důsledkem změn ve zdravotnictví, ale také zvyšující se odborností přípravy na budoucí povolání všeobecných sester a v neposlední řadě to souvisí s rychlým pokrokem medicíny. Znění kompetencí pro všeobecné sestry

a porodní asistentky vyplývá z Evropské strategie WHO pro vzdělávání tzv. regulovaných nelékařských profesí. Tato strategie byla vydaná v roce 1998, na základě direktiv a doporučení Evropské komise. Poradní výbor evropské komise pro vzdělávání ve zdravotnictví v roce 1997 zformuloval základní kompetence, které sestry musí mít, aby mohly být odpovědné za všeobecnou péči. Je zde kladen důraz na komunikaci, organizaci a edukaci (Kutnohorská, 2010).

Evropský projekt TUNING z roku 2004 určil pět hlavních oblastí kompetencí všeobecných sester.

I. Kompetence související s profesionálními hodnotami a rolemi sestry. V této oblasti se řeší schopnosti vykonávat praxi v souladu s profesními, etickými a právními normami. Sestra je schopna uznávat a respektovat etické aspekty a je si vědoma důsledků v praxi. Sestra podporuje, posiluje a pomáhá udržování zdravotního blaha a pohody jednotlivce. Sestra si musí uvědomovat své odlišnosti v rolích, odpovědnosti a funkci efektivně reagovat na potřeby pacientů. Sestra by měla přijmout odpovědnost za soustavné vzdělávání a profesionální rozvoj (Mastiliaková, 2006).

II. Kompetence související s ošetrovatelskou praxí a klinickým rozhodováním. Sestra je schopna provádět systematické posuzování zdravotního stavu pacienta s využitím vhodných nástrojů, které pracují s tělesným, sociálním, psychologickým, kulturním, spirituálním a životním prostředím. Sestra je schopna rozpoznat příznaky normálního či změněného zdravotního stavu pacientů, příznaky onemocnění, strachu, úzkosti, handicapu, má schopnost diagnostikovat a hodnotit. Sestra je schopna kriticky myslet při dotazování, vyhodnocování a kompletování získaných informací, dále je sestra schopna ulehčit pacientům rozhodování, zajistit dodržování standardů. Sestra je schopna vhodně reagovat na potřeby pacientů pomocí plánování, realizace, vyhodnocování dosažených výsledků. Jednak ve spolupráci pacienta, rodiny a také spolu se sociálními pracovníky a pečovateli. Sestra je schopna vhodně využívat široký rozsah ošetrovatelských dovedností a činností při poskytování adekvátní péče. V zachování důstojnosti, intimity a důvěryhodnosti, zajištění ochrany zdraví a bezpečí, zahrnující prevenci vzniku infekcí, poskytování první pomoci a urgentních život zachraňujících výkonů. Sestra je schopna uspokojovat individuální tělesné a

emocionální potřeby zahrnující pohodlí, výživu, udržování aktivit potřebných pro každodenní život, reagovat na potřeby pacientů během jejich života ve zdraví či nemoci, v období, kdy pacienti trpí bolestmi, stali se invalidními či umírajícími (Mastiliaková, 2006).

III. Kompetence týkající se znalostí a procesu poznávání. V rámci těchto kompetencí je sestra schopna prokázat a vhodně používat znalosti při poskytování péče v době nejistoty. Jedná se především o znalosti teorie ošetrovatelství a ošetrovatelské praxe, přírodních a biologických věd, etiky, práva a humanitních věd, společenských, zdravotních a behaviorálních věd. Dále se jedná o znalosti v oblasti technologií, mezinárodní a národní politiky, znalosti z procesu rozhodování a řešení problémů. Má schopnost aplikovat výzkum a praxi založené na důkazech (Mastiliaková, 2006).

IV. Kompetence týkající se komunikace a interpersonálních dovedností (včetně informačních technologií ve zdravotnictví). V rámci těchto kompetencí je sestra schopna účinně komunikovat s pacienty, rodinami a společenskými skupinami, nevylučuje osoby, které obtížně komunikují. Sestra by měla být schopna umožnit pacientům svěřit se svými obavami, starostmi a měla by vhodně reagovat na emocionální, psychologické, sociální, spirituální či tělesné projevy. Sestra je schopna efektivně obhajovat postoje pacienta a uplatňovat zákon zabraňující zneužívání. Sestra je schopna provádět písemné záznamy, podávat zprávy, vhodně dokumentovat péči. Sestra je schopna vhodně používat celou škálu komunikačních technik, vhodně používat konzultace, rozpoznat a zvládat problémové chování, rozeznat stres, úzkost a deprese. Vhodně poskytovat emoční oporu a identifikovat situaci, kdy je potřeba speciálního zásahu, vše směřuje k pacientovu blahu (Mastiliaková, 2006).

V. Kompetence týkající se managementu a vedení týmu. V rámci těchto kompetencí je sestra schopna spolupracovat a komunikovat s podporou personálu, efektivně vést tým, stanovovat priority, vše v souladu s dodržováním standardů. Vhodně vést a koordinovat tým a rozdělovat práci. Sestra je schopna posoudit rizika a aktivně podporovat pohodu všech lidí v pracovním prostředí. Sestra je schopna používat nástroje k hodnocení kvality péče, v rámci toho provádí audity dle platných standardů. Sestra je schopna edukovat a podporovat studenty zdravotnických a sociálních oborů

a pomáhat jim při výkonu klinické praxe. Aby byla směrnice i projekt naplňována, musí se měnit systém vzdělávání. I přesto se v praxi setkáváme s většinou sester, které se vzdělávaly s pomocí starého systému a jejich znalosti a dovednosti jsou v průběhu několik desetiletí nezměněny. Sestra profesionálka by měla oplývat přívětivostí, pochopením, laskavostí, má být především lidská, vzdělaná a empatická. Sestra si musí neustále prohlubovat svoje znalosti a dovednosti a ruku v ruce s tím dochází ke zvyšování jejich kompetencí (Mastiliaková, 2006).

Mezi základní kompetenci sester patří komunikace, která zajišťuje přijatelné prostředí pro poskytování zdravotní péče. Pro úspěšnou komunikaci je důležitá potřeba navázat kontakt jak s pacientem, tak i jeho rodinou. Sestra musí umět správně klást otázky, nutné je také dát pacientovi zpětnou vazbu, aby věděl, že ho poslouchá. Další dovedností je správná orientace a plánování postupu péče, kdy sestra musí hodnotit psychický a fyzický stav pacienta, jedná se především o správný sběr dat a informací o pacientovi. Jedním z kritérií kvalitní ošetrovatelské péče je stanovení dobrého ošetrovatelského plánu, především zjištění správných potřeb pacienta, kdy zase klíčovou úlohu hraje komunikace. Sestra musí umět spolupracovat s rodinou a v rámci ošetrovatelského týmu. Další potřebnou kompetencí je umět zasahovat a poskytovat služby, do této kompetence patří znalost a dodržování standardů, znalosti podávání léků a jejich vedlejší účinky. Další kompetencí je práce v týmu a organizace práce, patří sem účinná komunikace s kolegy, respektování odlišností jednotlivých pracovníků, vyskytnou-li se problémy, je potřeba schopnost je efektivně řešit (Marková, 2010; Mastiliaková, 2006).

Kompetence sester jsou dány v České republice zákonem č. 96/2004 Sb. (nově zákon č. 105/2011 Sb.) o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče o změně některých souvisejících zákonů (o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Prováděcím předpisem tohoto zákona je vyhláška č. 55/2011 Sb., která udává činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Všeobecná sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, podle diagnózy pacienta, kterou

stanoví lékař. Základní nebo specializovanou činnost sestra provádí na základě ošetrovatelského procesu. V rámci procesu sestra provádí samostatně činnosti zaměřené na uspokojování pacientových potřeb, řešení problémů jednotlivce či skupin (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010; Šmídová, 2011).

„Za výkon povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu (dále jen "výkon povolání bez odborného dohledu") se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta, které provádí bez ohledu na přítomnost nebo dosažitelnost rady a pomoci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta a ke kterým získal osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (hlava VI); tento zákon a prováděcí právní předpis stanoví činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat i bez indikace lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta. Součástí výkonu povolání bez odborného dohledu je též kontrolní činnost podle zvláštního právního předpisu 7.

Za výkon povolání pod odborným dohledem se považuje výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník způsobilý nebo ke kterým způsobilost získává, při dosažitelnosti rady a pomoci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu těchto činností bez odborného dohledu a v rozsahu, který tento zdravotnický pracovník určí. Odborný dohled může vykonávat také lékař, zubní lékař nebo farmaceut v rozsahu své způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání; rozsah těchto činností stanoví prováděcí právní předpis 7a“ (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Dle indikace lékaře se sestra podílí na vykonávání činností v diagnostické, léčebné, rehabilitační, dispenzární nebo neodkladné péči. V souladu s indikací lékaře se podílí na přípravě pacienta k diagnostickému nebo léčebnému výkonu a následně zajišťuje ošetrovatelskou péči po výkonech. Vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči provádí sestra se získanou specializovanou způsobilostí. K samostatnému výkonu povolání bez odborného dohledu musí sestra splňovat podmínky pro výkon povolání bez odborného dohledu a musí mít osvědčení k výkonu povolání vydané Ministerstvem zdravotnictví (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010; Šmídová, 2011).



### ***1.3.4 Kompetence praktických lékařů***

Odborná způsobilost lékaře k výkonu jeho povolání vznikne po absolvování nejméně šestiletého prezenčního studia. Výkonem odborných činností lékaře se rozumí preventivní, diagnostická, léčebná, rehabilitační a dispenzární péče, kterou vykonává pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v daném oboru. Délka specializačního vzdělávání u praktických lékařů je 3 roky. U praktického lékaře pro děti a dorost činí délka specializace 4 roky (zákon č. 95/2004 Sb.; vyhláška 361/2010 Sb.).

Lékař je vzhledem ke svému odbornému vzdělání kompetentní k léčení jedinců. Činnosti lékaře by měly vycházet z faktu, že člověk je holistická bytost. Lékař musí dbát na ochranu a upevňování pacientova zdraví, na diagnostiku a léčení či na záchranu pacientova života. V souvislosti s tím musí mít lékař dovednosti, znalosti a zkušenosti. Role lékařů vycházejí z kompetencí jejich odborné činnosti. Kompetence a činnosti vychází z platné legislativy, ale i z Etického kodexu České lékařské komory, kde jsou uvedeny obecné zásady. Znalosti praktických lékařů musí pocházet ze všech lékařských oborů, níže budou uvedeny základní dovednosti, některými z nich jsou pověřovány sestry. Vyšetření zrakové ostrosti pomocí Snellenových optotypů, vyšetření moče pomocí semikvantitativních proužků, měření krevního tlaku pomocí tonometru. Mezi nejčastější instrumentální techniky používané v ordinaci praktického lékaře jde o odběry krve, parenterální aplikaci léků, aplikaci injekcí. (Seifert a kol, 2004; Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Praktičtí lékaři pro děti a dorost zajišťují léčebně preventivní péči pro jedince od narození do 19 let. Lékaři a sestry v ambulanci musí provádět kontrolní a preventivní návštěvy pacientů v domácím prostředí. Nejčastěji jde o rodiny s malými dětmi. Hlavní součástí je preventivní péče vykonávaná v průběhu prvního roku dítěte (Jarošová, 2007).

Stomatolog je způsobilý k výkonu povolání po absolvování nejméně pětiletého prezenčního studia. Způsobilost zubního lékaře k výkonu povolání je dána ukončením specializačního vzdělání atestační zkouškou (vyhláška 187/2009 Sb.; zákon č. 95/2004 Sb.). Stomatologové mají na starosti zachovnou stomatologii a stomatochirurgii, protetiku, parodontologii a jiná onemocnění chrupu dospělé a dětské populace. Ve

stomatologii se klade důraz na primární a sekundární prevenci. Do primární prevence spadá kvalitní péče o chrup a v rámci sekundární prevence se jedná o pravidelné prohlídky (Jarošová, 2007).

## **1.4 Odborné výkony všeobecných sester v ambulancích praktických lékařů**

### **1.4.1 Výkony s odpovědností a s asistencí sestry**

K ošetrovatelským léčebným výkonům, za které nese sestra zodpovědnost, patří: nitrožilní injekce podaná pověřenou sestrou, aplikace infuze a sledování pacienta. Sestra aplikuje nitrosvalové injekce, podkožní a injekce podané do kůže. K dalším činnostem patří převaz včetně odstranění stehů a drénů, katétrů a kanyl. Výplachy tělních dutin, léčebné a očistné klyzma, rehabilitování (Vondráček, Wirhová, Pavlicová, 2011).

K ošetrovatelským diagnostickým výkonům, za které sestra přebírá zodpovědnost, řadíme následující: měření základních životních funkcí – sleduje a orientačně hodnotí dech, puls, tělesnou teplotu, elektrokardiogram, krevní tlak a další tělesné parametry. Sestra provádí výtěr z konečníku, krku a nosu. Sestra provádí a zajišťuje odběr biologického materiálu (krve, moči, stolice). Odběr sekretů (z dýchacích cest, ran), (Vondráček, Wirhová, Pavlicová, 2011; vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Mezi delegované výkony, které v ordinaci provádí sestra, patří: měření tělesné výšky, vážení, orientační vyšetření zraku a barvocitu. Laboratorní výkony (sedimentace, glykémie, CRP, vyšetření moči). Ošetřování akutních a chronických ran, výměna obvazů, očkování, inhalace, elektroterapie, výměny permanentních katétrů, výplach zevního zvukovodu. Další činností je poradenství u pomůcek pro inkontinentní a stomické pacienty. Sestra edukuje diabetiky a astmatiky. Mezi technické výkony, jež provádí, patří: EKG, peak-flowmetrie, ambulantní monitorování TK, audiometrie. Výše popsané výkony musí sestra zvládat a lékař se musí přesvědčit o jejich bezchybném provedení (Gesenhues, Ziesché, 2006).

Mezi nejčastější léčebně lékařské výkony, u kterých sestra asistuje, spadají: excize (vyříznutí chorobného ložiska – např. mateřská znamínka, bradavice), exstirpace (odstranění, vynětí - např. cizí tělesa), extrakce (vytržení - např. zubu), znehybnění –

ortézami, sádrovými obvazy. K dalším výkonům patří naříznutí např. abscesu, punkce (Vondráček, Wirhová, Pavlicová, 2011).

Všeobecná sestra může bez odborného dohledu dle indikace lékaře provádět činnosti preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační dispenzární a neodkladné péče. Podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí u novorozenců a dětí do 3 let. Provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně ho hodnotit (vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Odborné činnosti všeobecné sestry vycházejí z vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)). Vyhláškou se stanoví maximum činností, ale vždy záleží na tom co má sestra uvedeno v pracovní náplni a na pokynech zaměstnavatele. Aby se v budoucnosti zamezilo nedorozumění mezi praktickým lékařem a sestrou, měl by praktický lékař sestře vypracovat kvalitní popis práce s podrobným výčtem činností (Prošková, 2010; Seifert, Beneš a kol., 2005).

## **1.5 Česká asociace sester (ČAS)**

### ***1.5.1 Sekce primární péče***

Sekce primární péče byla založena 29. března 2008 z popudu sester pracujících v primární péči, kde dle statistik pracuje přes 42 000 sester. Důvodem byla potřeba větší komunikace v oblasti primární péče, zejména v oblasti vzdělávání. Cílem sekce je zvyšování kvality vzdělávání sester a výměna informací mezi sestrami v primární péči Sdružením praktických lékařů pro dospělé, Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost a Asociací domácí péče. Sekce dává důraz na spolupráci mezi těmito poskytovateli primární péče. Výsledkem činnosti sekce by měly být návrhy na zlepšení kvality primární péče, které budou aplikovány do praxe, jedná se o nástroje zlepšení kvality v oblasti legislativy, ekonomiky, organizace a informatiky (Prošková, 2009).

Sekce primárních sester ČAS připravuje vzdělávací akce cílené pro primární péči. Snaží se vzdělávání připravit tak, aby bylo pro nelékařské zdravotníky z primární péče časově a tématicky přijatelné (Pejznochová, Strnadová, 2009).

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zmapovat názory sester na možné zvyšování jejich profesních pravomocí.
2. Zjistit, zda jsou sestry připraveny převzít některé kompetence.
3. Zjistit názory lékařů na možné předání některých kompetencí sestřám.
4. Zmapovat spokojenost sester s narůstající samostatností a odpovědností v souvislosti se zvyšujícími se nároky na výkon nelékařské profese.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jsou sestry spokojeny se současnými profesními činnostmi v primární péči?
2. Z čeho mají sestry obavy v souvislosti s navýšením zodpovědnosti v rámci rozšíření kompetencí?
3. Ve kterých úkonech si sestry myslí, že jsou jasně vymezeny hranice mezi kompetencemi lékařů a sester?
4. Jaké aktivity, spadající do pravomocí lékařů, by byly sestry ochotny převzít?
5. Jakými úkony, které nespadají do činností sester dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jsou sestry v primární péči pověřovány?
6. Jakou část svých pravomocí jsou lékaři ochotni předat sestřám v primární péči?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody**

Výzkum byl realizován na základě kvalitativního šetření, ve výzkumu bylo použito techniky řízeného rozhovoru. Výběrový vzorek tvořili všeobecné sestry a lékaři pracující v primární péči. Kvalitativní šetření bylo realizováno v období od března do června 2013. Rozhovor se všeobecnými sestrami a s praktickými lékaři probíhal na základě předem připravených otázek. Rozhovor pro všeobecné sestry obsahoval 25 otevřených otázek a rozhovor pro praktické lékaře byl v rozsahu 16 otázek. V obou případech měli respondenti dostatek prostoru pro vyjádření ke zkoumané problematice.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor čítal 15 respondentů a byl proveden záměrným výběrem. Účast na výzkumu byla dobrovolná. Soubor se skládal z 6 lékařů (praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, praktický zubní lékař). Soubor všeobecných sester byl tvořen 9 sestrami pracujícími u praktických lékařů s různou dobou praxe a s různým stupněm vzdělání - středoškolsky vzdělané sestry, s vyšším odborným vzděláním a jedna sestra vysokoškolsky vzdělaná.

Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou polostandardizovaného rozhovoru. Před zahájením výzkumného šetření jsem nejdříve kontaktovala vybrané praktické lékaře a všeobecné sestry jednak telefonicky a jednak formou osobního setkání. Ve většině případů jsem se setkala s kladným přijetím, jen ve třech případech jsem se setkala s odmítnutím rozhovorů. Důvodem odmítnutí byla pracovní vytíženost ordinací. Před započítáním rozhovoru byl každý respondent poučen o cíli rozhovoru a k jakému účelu budou poskytnuté informace použity, tj. seznámila jsem respondenty s tématem a obsahem mé diplomové práce. Respondenti byli dále poučeni o anonymitě a dobrovolnosti výzkumného šetření. Z důvodu zachování anonymity v textu své diplomové práce záměrně nepoužívám žádná jména, místa sběru dat a údaje, jež by mohly vést k identifikaci respondenta, ale využívám výše uvedených pojmů respondent/ka.

Vyhodnocení výsledků kvalitativního šetření bylo provedeno shrnutím do tematických oblastí a podoblastí, v textu je použito doslovného citování respondentů (psáno pomocí kurzívy).

Jsem si vědoma, že výsledky jsou subjektivního charakteru, ale kvalitativní metodologii jsem si vybrala záměrně, abych mohla lépe porozumět individuálním postojům a názorům respondentů na danou problematiku. Ve všech případech byly rozhovory provedeny v ordinacích praktických lékařů v době před začátkem nebo po skončení ordinační doby. I přesto byly rozhovory vedeny v přátelské a uvolněné atmosféře, většina respondentů odpovídala na všechny otázky bez větších výhrad. Záznam rozhovorů jsem prováděla písemnou formou do předem připravených archů. Záznam rozhovorů byl doslovný s ponecháním hovorových výrazů a doplněn o moje osobní postřehy. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí od 45 do 90 minut.

### ***3.2.1 Charakteristika respondentů***

#### **1. Respondent**

Pracuje jako praktický lékař pro dospělé, setkala jsem se s ním v jeho ordinaci před začátkem odpolední ambulance. Při příchodu do zdravotnického zařízení mě uvítala usměvavá sestřička, která mě doprovodila do čekárny s tím, že pan doktor za chvíli dorazí. Čekárna na mě působila malinko ponurým dojmem, všimla jsem si, že součástí ordinace je jedna ambulance pro fyzioterapeuta, což jsem si v závěru rozhovoru ověřila od lékaře, že paralelně s ordinací zde aplikují elektroléčbu, ultrazvukovou terapii a mají tu zaměstnány dva fyzioterapeuty. Spolupracuje se všeobecnou sestrou se středoškolským vzděláním.

Za deset minut mě již vítal také na první pohled příjemný pan doktor, v úvodu rozhovoru jsem mu objasnila téma mojí diplomové práce a co bych od něj očekávala. Poučila jsem ho o doslovném přepisu rozhovoru, a o tom, že bude zachována jeho anonymita.

## **2. Respondent**

Druhou respondentkou, s níž jsem vykonávala rozhovor, byla praktická lékařka pro děti a dorost, spolupracuje se všeobecnou sestrou se středoškolským vzděláním. S respondentkou jsem se také setkala v její ordinaci před ukončením pracovní doby. Jelikož v ordinaci bylo několik pacientů, čekala jsem ve společenské místnosti. Po 30 minutách se mi lékařka mohla již plně věnovat. Po sdělení tématu diplomové práce a získání souhlasu se zaznamenáváním rozhovoru nic nebránilo provedení rozhovoru.

## **3. Respondent**

Třetí respondentka je praktická lékařka pro dospělé. Se třetí respondentkou jsem se setkala také v její soukromé ordinaci po skončení ordinační doby. Bylo to v 18:00 hod., je tedy vidět, že tato ordinace je plně vytížena a prochází tudy velké množství pacientů. Před začátkem rozhovoru jsem respondentku seznámila s tématem diplomové práce, informovala jsem ji, že si z rozhovoru budu pořizovat doslovný písemný záznam, že údaje budou použity jen pro účely vypracování diplomové práce a bude zajištěna anonymita. Lékařka s rozhovorem a jeho záznamem souhlasila bez výhrad.

Respondentka má ve své ordinaci zaměstnanou všeobecnou sestru se středoškolským vzděláním, v ordinaci spolu pracují 19 let.

## **4. Respondent**

Čtvrtou respondentkou, od které jsem získala informace na danou problematiku, byla praktická zubní lékařka. V úvodu rozhovoru jsem ji seznámila s tématem diplomové práce a s tím co by mělo být předmětem našeho rozhovoru. Získala jsem od ní souhlas s provedením písemného záznamu. Dále jsem jí sdělila, že veškeré informace, které získám, budou použity pouze pro účely diplomové práce se zachováním anonymity. V ordinaci respondentka pracuje se všeobecnou sestrou se středoškolským vzděláním.

## **5. Respondent**

Pátou respondentkou, se kterou jsem hovořila, byla praktická zubní lékařka. V úvodu rozhovoru jsem jí nastínila téma diplomové práce, získala jsem od ní ústní souhlas s provedením rozhovoru, dále jsem ji informovala o anonymitě výzkumného šetření. Respondentka má ve své ordinaci zaměstnanou všeobecnou sestru, která má středoškolské vzdělání, v ordinaci pracuje jeden rok. Praktická zubní lékařka, spolupracuje se všeobecnou sestrou se středoškolským vzděláním.

## **6. Respondent**

Rozhovor s respondentkou se uskutečnil v ordinaci po skončení pracovní doby. Respondentka byla poučena o účelu rozhovoru a s tématem mojí diplomové práce. Respondentka 6 pracuje jako praktická lékařka pro dospělé. Respondentka má v ordinaci zaměstnanou všeobecnou sestru se střední zdravotnickou školou, s atestací v daném oboru, pracuje u ní tři roky.

## **7. Respondent**

Rozhovor s respondentkou se uskutečnil v ordinaci praktického lékaře. Respondentka 7 mě velice příjemně přivítala, s rozhovorem souhlasila. Nejdříve jsem respondentku seznámila s tématem diplomové práce a ujistila ji, že údaje použiji jen pro účely diplomové práce. S doslovným přepisem rozhovoru respondentka neměla žádné potíže. Respondentka pracuje jako všeobecná sestra u praktického lékaře pro dospělé, v ordinaci lékaře společně pracují 10 let. Nejvyšší dosažené vzdělání - středoškolské.

## **8. Respondent**

S respondentkou 8 jsem hovořila v ordinaci po skončení ordinační doby. Respondentce jsem vysvětlila účel své návštěvy, seznámila jsem ji s tématem diplomové práce a s tím, za jakým účelem budu rozhovor provádět. Vysvětlila jsem ji, že si budu provádět doslovný přepis rozhovoru a že v rámci zachování anonymity nebudu uvádět její jméno. Respondentka souhlasila s uskutečněním rozhovoru.



Respondentka pracuje v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost již 20 let, absolvovala střední školu, pracuje jako všeobecná dětská sestra.

### **9. Respondent**

S respondentkou 9 jsem se setkala, v ordinaci praktického lékaře po skončení ordinanční doby. Nejdříve jsem respondentce sdělila, na jaké téma mám vypracovanou diplomovou práci, a stručně jsem jí nastínila kostru rozhovoru. Respondentka souhlasila s rozhovorem a jeho písemným záznamu. Respondentce jsem sdělila, že bude zachována její anonymita a nikde nebudu uvádět její jméno. Respondentka pracuje 19 let jako všeobecná sestra u praktického lékaře pro dospělé, má středoškolské vzdělání, později absolvovala roční atestaci na obvodní sestru.

### **10. Respondent**

Desátá respondentka mě za účelem rozhovoru pozvala do ordinace praktického zubního lékaře. Respondentku jsem před začátkem rozhovoru seznámila s tématem diplomové práce a v kostře jsem shrnula oblasti v rozhovoru. Respondentka s rozhovorem souhlasila. Respondentka má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra, u praktického lékaře pracuje 18 měsíců.

### **11. Respondent**

S 11. respondentkou jsem se také setkala v ordinaci. Respondentce jsem objasnila, za jakým účelem budu provádět rozhovor, co je tématem diplomové práce, získala jsem od ní souhlas s provedením rozhovoru, upozornila jsem ji, že si budu provádět písemný záznam. Respondentka neměla žádných výhrad. Respondentka pracuje jako všeobecná sestra u praktického zubního lékaře, do ordinace nastoupila před 10 měsíci.

### **12. Respondent**

S 12. respondentkou jsem uskutečnila rozhovor také v ordinaci praktického zubního lékaře. Na začátku rozhovoru jsem respondentce sdělila téma diplomové práce a poučila ji o anonymitě výzkumného šetření. Respondentka pracuje jako všeobecná sestra u

stomatologa druhým rokem, má vyšší odbornou školu, v oboru všeobecná diplomovaná sestra.

### **13. Respondent**

13. respondentka souhlasila s provedením rozhovoru, sešly jsme se v ordinaci praktického lékaře pro dospělé, respondentka se mě vyptávala na podrobnosti k tématu mé diplomové práce, po jejich zodpovězení jsem respondentku informovala o anonymitě. Respondentka vystudovala střední zdravotnickou školu, spolupracující s praktickým lékařem pro dospělé, v primární péči pracuje 2 roky.

### **14. Respondent**

Respondentku jsem v úvodu rozhovoru seznámila s tématem diplomové práce, ověřila jsem si, zda opravdu souhlasí s provedením rozhovoru a jeho doslovným přepisem. Respondentka souhlasila. Naše setkání proběhlo v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Ve svém oboru vystudovala vyšší odbornou školu, všeobecná diplomovaná sestra, v primární péči pracuje 4 roky.

### **15. Respondent**

S respondentkou 15 jsem se setkala v ordinaci po skončení pracovní doby, vysvětlila jsem jí cíl rozhovoru, na jaké téma píše diplomovou práci. Získala jsem od ní souhlas s písemným záznamem rozhovoru a s tím, že v rámci výzkumného šetření bude zachována její anonymita. Respondentka pracuje v ordinaci praktického lékaře pro dospělé již jeden rok, absolvovala magisterské vzdělání se specializací v pediatrii, v primární péči pracuje 2 roky.

## 4. Výsledky

### 4.1 Kategorizace rozhovorů

Výsledky výzkumného šetření jsou shrnuty do následujících pěti kategorií.

- I.   Vzdělávání
- II.  Délka praxe v primární péči
- III. Kompetence sester v primární péči
- IV.  Problematické oblasti ve výkonu povolání
- V.   Profesionální rozvoj

Ve všech kategoriích je uvedena citace (psáno kurzívou). Citace jsou buď úplné, nebo částečné, dle vhodnosti k dané kategorii. Dané kategorie jsou doplněny o podkategorie s výčtem pojmů k dané problematice.

#### 4.1.1 *Vzdělávání*

V profesi sestry se událo v krátkém časovém období mnoho změn, vývoj zasáhl profesionální, právní postavení sestry, vzdělání a pracovní podmínky. Dnešní doba klade vysoké nároky na profesní kvalifikaci sester a na proces jejich celoživotního vzdělávání. Kategorie shrnuje nejvyšší dosažené vzdělání, náhled praktických lékařů a všeobecných sester na další vzdělávání v jejich oboru, jak se sestry i nadále vzdělávají, do jaké míry jim to umožňuje jejich zaměstnavatel, dále je zde uvedena délka praxe v primární péči.

Respondent 1 pracuje jako praktický lékař pro dospělé, má u sebe zaměstnanou všeobecnou sestru se středoškolským vzděláním, která u něj pracuje od roku 2000 s 3 ročním přerušením z důvodu mateřské. „*Moje sestřička se vzdělává přes internet a občas jezdí na semináře, sbírá body, nijak zvlášť to v ordinaci nepocítuji.*“ Má kladný vztah k dalšímu vzdělávání sester i v rámci vysokých škol. Vnímá klady i zápory

vysokoškolsky vzdělaných sester „....je to dobře, měly by mít větší pravomoc od doktora. Pojišťovna nebude mít peníze, aby se na obvodě uživil další lékař. ....“  
Chce, aby si jeho sestra dále zvyšovala vzdělání. Během rozhovoru vyplynulo, že se sestrou mají kladný profesionální vztah, který je tak potřebný pro dobře fungující ordinaci.

2. respondentce jsem položila první otázku. „*Jaké nejvyšší dosažené vzdělání má Vaše všeobecná sestra?*“ V ordinaci lékařky je zaměstnaná středoškolsky vzdělaná sestra. V rámci navazujících otázek jsem zjišťovala další vzdělávání všeobecných sester. „*Sestry na obvodě povinné školení nemají, je to na sestře. Je dobré, aby se vzdělávala př. ve výživě kojenců. Sestra se hodně naučí v praxi, pokud ji má, dobré je jít na školení. Čím vzdělanější, tím lepší.*“ Ve své ordinaci vzdělávání sester nijak nepociťuje. Pokud bude dělat všeobecná sestra na dětském, doporučovala by, aby měla specializaci. „*V soukromé ordinaci bych si vzdělání vážila, a pokud by uměla víc, dala bych jí patřičné finanční ohodnocení.*“ Respondentka schvaluje vzdělání, „....čím víc ví, můžou více spolupracovat, je to hodně důležité....“

Respondentka 3 má ve své ordinaci zaměstnanou všeobecnou sestru se středoškolským vzděláním. Její názor na stoupající trend vysokoškolsky vzdělaných sester je následující. „*Takhle, já si myslím, že je zbytečně trápí, že vaše generace je chytrá. Myslím si, že 4 roky na vzdělání stačí, je to zbytečná ztráta času. Myslím si, že v praxi se dále vzdělávají. Je to potřebné třeba na ortopedii, ARU. Pamatuji si, když jsem měla půjčené knížky od sester z interny, tak se sestry učí to, co lékař. Myslím si, že příprava sester byla dobrá.*“ I přes tento názor dále uvádí, že je ale dobře, když její sestra jezdí na semináře. Když jsou semináře dobře připravené a přednáší se téma dobře, jsou přednášky prospěšné. K tomu ještě dodává, že by semináře měly sestry mít v každém okresním městě, aby sestry nemusely daleko dojíždět. Pokud má sestra vyšší vzdělání, má větší možnost dělat i jiné procedury. „....*pokud budu mít málo lidí a budu venkovský doktor, budu se muset také specializovat.*“ K navyšujícím se nárokům na vzdělání sester se respondentka rozpovídala. „*Myslím si, že je to správné, že sestra by měla být velkým pomocníkem lékaři, třeba v nemocnici by měli mít více ošek, naopak si myslím, že jim dávají víc věcí, než by měly dělat. V obvodě při prvním kontaktu musí*

*rozeznat akutní stav, měla by mít právo o řadě věcí rozhodnout.“*

V ordinaci respondentka 4 pracuje se všeobecnou sestrou se středoškolským vzděláním. V rámci názoru na vysokoškolsky vzdělané sestry uvádí, že ve své ordinaci nepotřebuje vysokoškolsky vzdělanou sestru. K zvyšujícím se nárokům na vzdělávání sester dodává, že vzdělávání sester v ordinaci narušuje činnost praxe. „.....a kdy jindy se sestry mají vzdělávat?....“ S tím související nezávislost všeobecných sester nedokáže posoudit.

Respondentka 5 má ve své ordinaci zaměstnanou všeobecnou sestru, která má středoškolské vzdělání, V průběhu rozhovoru s 5. respondentkou jsem zjistila její negativní postoj k vysokoškolsky vzdělaným sestrám. Myslí si že, je to ztráta času a hlavně zbytečné, „.....sestrám stačí přeci jen střední škola a zbytek se naučí v praxi, hlavně tady u mě v ordinaci.“

Respondentka 6 má v ordinaci zaměstnanou všeobecnou sestru s absolvovanou střední zdravotnickou školou, dále získala atestaci v oboru. K vysokoškolsky vzdělaným sestrám má 6. respondentka negativní postoj i ke zvyšujícím se nárokům na vzdělání sester. „Je to zbytečné, stejně se musí vyškolit v daném oboru, budou sice vzdělané, ale nebudou chtít manuálně pracovat.“

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentky 7 je středoškolské. Během svého života nejdříve absolvovala gymnázium, poté nastoupila na medicínu, kde absolvovala 5 semestrů, vzdělání jako všeobecná sestra získala dvouletým kurzem v Praze. Respondentka se během výkonu své profese dále vzdělává pomocí internetových kurzů, snaží je jezdit na semináře. „.....jelikož mám malé dítě, nejde to moc dohromady...“ V otázce stoupajícího trendu vysokoškolsky vzdělaných sester uvádí, že je to na úkor pacienta. Myslí si, že tak není péče komplexní. Vzdělávat by se sestry měly jen do takové míry, aby nebyla omezena péče o pacienta. Myslí si, že vysokoškolsky vzdělané sestry se pak starají jen o odborné výkony a myslí si, že ostatní stránky pacientových potřeb pak mohou zanedbat, př. nestarají se, co pacient snědl, a nechávají to na nižším ošetřujícím personálu.

Respondentka 8 absolvovala středoškolské vzdělání, jako všeobecná dětská sestra. Dále si vzdělávání prohlubuje absolvováním seminářů s nutností sbírat kredity. Sama

od sebe se chce vzdělávat, radí se s ostatními sestrami, které pracují u praktických lékařů. „....*jak to dělají, beru si must, zkušenost...*“ Specializační vzdělání v oboru pediatrie nemá žádné „....*paní doktorka nic nechtěla...*“ S vysokoškolským vzděláním souhlasí s rozpaky. „*Kdo chce, ten se vzdělává sám, spíš je to nucení, vzdělání je dobré. Pro nás je problém se dostat na semináře probíhající v nemocnici. Myslím si, že sestry by se měly vzdělávat, nic proti tomu nemám.*“

Respondentka 9 má středoškolské vzdělání, později absolvovala roční atestaci na obvodní sestru. V současné době se vzdělává pomocí seminářů. „....*sháním ty body na tu registraci sester...*“ Na vysokoškolské vzdělání má takovýto názor: „....*je to úplně zbytečné, protože střední škola stačí, aby sestra pracovala, a pak si vyhraní obor, který ji bude bavit, zbytečných 5 let.*“

Respondentka 10 má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra, dále se vzdělává na seminářích její názor na vysokoškolsky vzdělané sestry je: „....*mají větší uplatnění...*“

Respondentka 11 absolvovala střední zdravotnickou školu, účastní se školení v oboru stomatologie. Na vysokoškolsky vzdělané sestry pohlíží kladně. „*Určitě je dobré mít vysokou školu, ale snížení kompetencí středoškolsky vzdělaných sester (zdravotnických asistentů) mi nepřipadá věcné ani prakticky vhodné.*“

Respondentka 12 má vyšší odbornou školu, v oboru všeobecná diplomovaná sestra. Ve svém oboru se dále vzdělává prakticky, na semináře nemá dostatek času. K vysokoškolsky vzdělaným sestram se raději nevyjádřila, jelikož nezastává moc pozitivní názor.

Respondentka 13 vystudovala střední zdravotnickou školu, dále se vzdělává absolvováním seminářů. Ke stoupajícímu trendu vysokoškolsky vzdělaných sester mi sdělila, že v našem systému zdravotnictví jsou takové sestry neoceneny, jsou odborně řazeny stejně jako sestry středoškolsky vzdělané nebo s delší praxí.

Respondentka 14 ve svém oboru vystudovala vyšší odbornou školu - všeobecná diplomovaná sestra. Dále absolvovala kurz na fyzikální terapii, vzdělává se na seminářích a kongresech pro sestry a lékaře. Dle jejího názoru není pro vysokoškolsky vzdělané sestry prozatím uplatnění.

Respondentka 15 absolvovala magisterské vzdělání se specializací v pediatrii, na vysokoškolsky vzdělané sestry nahlíží jako na potřebné. „Vysokoškolské sestry jsou potřebné, mají rozšířené vzdělání, ale zatím nemají uplatnění.“

#### **Dosažené vzdělání**

R 7, 8, 9, 10, 11, 13 - středoškolské

R 12, 14 - vyšší odborné

R 15 - magisterské

#### **Další vzdělávání**

R 7 - internetové kurzy

R 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15 - semináře, školení v oboru

R 12 - prakticky

#### **Názor na vysokoškolsky vzdělané sestry**

R 1, 2, 10, 11 - kladný názor

R 3, 4, 5, 6, 9 - negativní postoj

R 8, 15 - spíše kladný

R 7, 12, 13, 14 - spíše negativní

#### **4.1.2 Délka praxe v primární péči**

Druhá kategorie se zabývá předchozími pracovními zkušenostmi, jejím hodnocením, délkou praxe v primární péči a délkou spolupráce s praktickým lékařem.

Studium na vysokých školách je velmi důležité, ale až osvojení a prohlubování si praktických dovedností je klíčové pro profesionalitu sestry. Tu každá sestra získá až při samotném výkonu povolání. Každá taková zkušenost je velmi přínosná, tento názor zastává většina respondentů.

Respondent 1 ve své ordinaci společně pracuje se všeobecnou sestrou 10 let.

Respondentka 2 v jedné ordinaci spolu se všeobecnou sestrou pracuje 20 let.

Respondentka 3 v ordinaci pracuje se všeobecnou sestrou 19 let.

Všeobecná sestra u respondenta 4 pracuje 18 měsíců. „.....jinak jsem měla vždy v ordinaci všeobecnou sestru....“

U respondentky 5 v ordinaci pracuje všeobecná sestra jeden rok.

U respondentky 6 pracuje všeobecná sestra tři roky. „.....předtím u mě sestra pracovala 20 let....“

V ordinaci lékaře respondentka 7 společně pracuje 10 let. Před nástupem do ordinace praktického lékaře nikde jinde nepracovala, nemůže tedy zhodnotit primární péči a jiné zdravotnické zařízení.

Respondentka 8 pracuje v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost již 20 let. Před nástupem do primární péče pracovala na chirurgickém oddělení, na záchranné službě. V rámci hodnocení předchozích zdravotnických zařízení oboje hodnotí dobře, péče byla dobrá v obojím, v ostatním byla také spokojena, každé mělo své a bylo jinak přínosné.

Respondentka 9 pracuje 19 let jako všeobecná sestra u praktického lékaře pro dospělé. Před příchodem do primární péče začínala na interně, později pracovala rok v jeslích. Následoval nástup do tehdy ještě státní polikliniky, kde nejdříve nastoupila do kartotéky, později se zde stala vrchní sestrou, která měla na starost 30 sester. Střídavě zastupovala ve vesnických ordinacích. Při hodnocení předchozích zdravotnických zařízení se respondentka rozpovídala. „ Samozřejmě že se medicína vylepšila, je velké množství techniky, obrovský výběr léků, pacienti chodí častěji do ordinací, zvýšila se návštěvnost i mladých pacientů v ordinacích, zajišťuje i závodně preventivní péči. Dříve sem chodili jen pacienti z obvodu.“ V nemocničním zařízení se jí moc nelíbilo, převážně kolektiv, vadil jí směnný provoz a dojíždění, v ordinaci si může zorganizovat svoji práci sama.

Respondentka 10 u praktického lékaře pracuje 18 měsíců, předtím pracovala v nemocnici, kde prošla různá oddělení. Předchozí poskytovatele zdravotní péče nechce hodnotit.

Respondentka 11 po absolvování školy nastoupila do nemocnice na interní oddělení, pak strávila nějaký čas na ARU a nakonec byla zaměstnána v prácheňském sanatoriu. Předchozí poskytovatele hodnotí kladně.



Respondentka 12 pracuje jako všeobecná sestra u stomatologa druhým rokem. Před nástupem do stomatologické praxe pracovala v nemocnici, druh oddělení mi nechtěla sdělit. Tohoto předchozího zaměstnavatele hodnotí kladně.

Respondentka 13 u tohoto praktického lékaře pracuje dva roky, předtím byla v ambulanci gynekologa a v dalších soukromých ambulancích a také strávila několik měsíců na chirurgickém oddělení. Primární péči hodnotí velmi kladně. „ *V primární péči jsem spokojenější, jednosměnný provoz, jsem pánem svého času, organizuji si praxi dle svého, navazuji lepší vztahy s pacienty, známe se více, je to taková rodinnější atmosféra.*“

Respondentka 14 v primární péči pracuje 4 roky. Před nástupem do primární péče pracovala na očním oddělení, rehabilitačním oddělení a na kožním oddělení. Všechny tyto poskytovatele zdravotní péče shledává jako velmi přínosné pro její praxi zde v ambulanci praktického lékaře.

Respondentka 15 pracuje v ordinaci praktického lékaře pro dospělé již jeden rok, předtím pracovala ve stomatologické ordinaci. Respondentka nemůže posoudit jiné poskytovatele a primární péče, ale myslí si, že je tu více spokojenější, než by byla někde v nemocničním zařízení.

#### ***4.1.3. Kompetence sester v primární péči***

Povolání všeobecné sestry je bezesporu velmi náročná profese, a proto by všeobecné sestry měly nejenom udržovat své odborné znalosti a kompetence, ale převážně rozpoznávat hranice svých znalostí a kompetencí. Pokud uznají za vhodné, měly by odmítnout všechny úkony, které nejsou v rámci svých kompetencí schopny vykonat bezpečně a kvalifikovaně. Všeobecná sestra ve spolupráci s praktickým lékařem se podílí na preventivní, diagnostické, léčebné a rehabilitační péči. Velký význam je přikládán skutečnosti, že poskytovaná péče by měla být holistická. Proto je nutností, aby sestry byly kvalitně připravované, flexibilní a schopné správně reagovat v různých situacích, aby byly schopné akceptovat zodpovědnost za svou práci, aby se ztotožnily se svou profesí a úlohou v multidisciplinárním týmu. Kompetence lékaře a sestry jsou různé a jasně zakotveny v zákoně. Lékař a sestry jsou velmi diskutovaná

dvojice, pak zvláště vztah, který mezi těmito dvěma profesemi panuje. Lékař poskytuje péči medicínskou a sestra péči ošetrovatelskou. A díky spolupráci v tandemu dokáží tyto dvě profese poskytnout holistickou péči o pacienta v primární péči a reagují na jeho potřeby. Komplikované může být delegování specializovaných činností z lékaře na sestru. Stane-li se, že takové činnosti sestry vykonávají, mohou pociťovat větší zodpovědnost a může to způsobit i právní problém, jelikož činnosti nejsou legalizovány a všeobecná sestra je nemá legislativně podpořeny. Není to otázka toho, že takovéto činnosti by sestry nezvládaly nebo je vykonávaly snad méně odborně než lékaři. Sestry mají dostatečné schopnosti a zkušenosti, a měly by tedy být i legislativně podpořeny.

Tato kategorie shrnuje názory sester na jejich profesní kompetence, zda jsou se svými dosavadními kompetencemi spokojeny, zda by chtěly navýšit své kompetence a zda by byly ochotny část kompetencí od lékařů převzít. Dále je zde uvedeno, do jaké míry jsou lékaři kompetence ochotni předat, zda sestry pověřují úkony nad rámec jejich kompetencí a jestli sestry odmítly někdy takový výkon provést.

Respondent 1 se k problematice kompetencí staví pozitivně, souhlasí v případě, že bude mít sestra patřičné vzdělání. Zvýšení pravomocí shledává jako přínosné převážně v terénních službách, kdy on jako lékař není schopen dostatečně zajistit terénní péči. Byl by rád, kdyby sestra mohla plně zajistit kontroly pacientů v jejich přirozeném domácím prostředí. „...sestřička občas jezdí na návštěvní službu, jezdí na převazy, dělá běžné náběry, aplikaci injekcí...“ Chtěl by, aby sestra mohla pomocí fonendoskopu poslechnout pacienta. Pokud sestra zjistí při poslechu patologický nález, aby byla schopna tuto patologii rozeznat. Dále si myslí, že další oblastí, ve které by sestry mohly mít větší pravomoc, je medikace u chronicky nemocných pacientů. Sestra by u takových pacientů mohla předepisovat léky sama, ale měla by být jasná domluva, kdy se provede kontrolní laboratoř. Uvádí, že by sestře přenechal kompenzaci u diabetu, zde by také mohla předepisovat léky. Dále by sestře přenechal kontrolu u kompenzovaných onemocnění. Jako velmi přínosné hodnotí to, že by sestry po provedení EKG mohly zhodnotit záznam a diagnostikovat patologii. U spirometrie by sestry také vyhodnotily hodnoty a zaznamenaly případné odchylky od normálních hodnot. Pokud by nález nebyl fyziologický, předložila by ho sestra ke konzultaci lékaři,

také veškeré kontrolní výkony by mohla patřičně vzdělaná sestra provádět. V otázce screeningových vyšetření se respondent řídí dle předpisů, a ne dle rozvahy. Sestra se v této oblasti neuplatní.

Další zkoumanou oblastí bylo pověřování výkonů, které nemá sestra ve své pravomoci. Nejdříve respondent ve své odpovědi dlouze váhal a nakonec sdělil, že sestra má na starosti psaní pracovních neschopností, dále úkony, které může provádět pod odborným dohledem i.v. injekce a sledování warfarinizace. „...*není v mých silách při takovém pracovním vytížení, co mám na sestřičku dohlížet...*“ Všeobecná sestra v ordinaci z odborných činností vykonává: aplikaci injekcí, infuzí, laboratorní odběry, vyšetření glykémie, INR, EKG, spirometrii, přípravu elektroléčby, ultrazvuk fyzikální léčbu. Lékař zve pacienty na preventivní prohlídky....“ *v naší ordinaci zveme velmi intenzivně, v zásadě by to mohla provádět sestra...*“ Sestra dále píše žádanky na laboratorní vyšetření.

Respondentka 2 si myslí, že pokud je všeobecná sestra šikovná, mohla by dělat spoustu věcí navíc a lékař by dělal ty složitější věci. V rámci výživy by mohla s matkami dětí více mluvit. Z administrativy by sestře předala psaní posudků př. k autonehodám, psaní návrhů do lázní. Dále si respondentka myslí, že by si sestra mohla s rodiči více povídat, probrat s nimi nemoc dítěte. Z odborných výkonů by mohla provádět poslech dětí, preventivní prohlídky do 1 roka dítěte, návštěvní službu.

Z odborných výkonů všeobecná sestra v této ordinaci vykonává návštěvní službu, (což by měla vykonávat pod odborným dohledem lékaře) – kontroluje postýlku, podmínky, v jakých kojeneček žije, pokud je nález žloutenky, podává informace, co dělat. Edukuje matky o výživě. „*Dříve to tak chodilo, že každý doktor měl dvě sestry, jedna sestra chodila na návštěvy a druhá byla v ordinaci.*“ Provádí vyndávání klíšťat, ošetření ran, asistuje při vyndávání stehů, dělá výtěry z krku, odběry krve, stolice. CRP provádí respondentka sama, ale mohla by to provádět sestra.

Respondentka pověřuje sestru pouze návštěvní službou. Z administrativy sestra píše omluvenky do škol, osvobození od tělesné výchovy. Část administrativy by sestře respondentka ráda předala, „...*je to hrozně papírování...*“ V rámci diagnostických výkonů by sestra mohla mít ve své kompetenci vyšetření dítěte, které je bez teplot

a kašle, když by se sestře nález nezdál, stav by zkonultovala s lékařem. Mohla by zhodnotit stav dítěte s vyrážkou. Dále by mohla provádět deglutinaci (uvolnění předkožky). Respondentka by dále uvítala, kdyby sestra měla více času na psychickou podporu rodičů, aby mohla při alergiích edukovat rodiče, jak by se mělo dítě chovat a čemu se vyvarovat. V ordinaci zvou rodiče a děti na preventivní prohlídky, zajišťuje to z části sestra a z části lékař buď písemně nebo telefonicky.

Po kratším váhání respondentka 3 uvádí, že by sestře z administrativy předala psaní receptů, psaní neschopenek. Na problematiku zvýšení pravomocí při diagnostice onemocnění respondentka nemá jednoznačný názor. Třeba jednodušší diagnostické výkony by sestře předala např. diagnostiku angíny nebo hodnocení EKG, v případě, že by se naučila rozeznávat patologie. Z dalších diagnostických a odborných výkonů by to bylo rozpoznání alergie a sestra by mohla sama hned nasadit léčbu. „.....ale člověka, musím hlavně vyšetřit já....“ Jako velmi přínosné to vidí při akutních věcech př. astmatický záchvat. „.....připraví a zaléčí pacienta....“ Dále by to bylo přínosné v akutních stavech př. u diagnostiky infarktu myokardu. „.....když by natočila EKG, udělá, co je v první chvíli potřeba, a pak okamžitě zavolá lékaře.“ K problematice screeningových vyšetření, uvádí, že se jich u nás moc nedělá, jen hemokult, vyšetření prsou a vyš. krve, z ní se nabírají markery, které se nechají nabírat u různých věkových skupin. Neví, zda by sestry měly určovat, u koho a kdy se to provede. S předáváním kompetencí souvisí zvyšování nezávislosti sester. Respondentka si myslí, že je to hlavně o zodpovědnosti každé sestry.

Sestra v ordinaci vykonává odběry krve, měření fyziologických funkcí, vyšetření očí, vyndávání stehů. K tomu respondentka dodává, že jsou omezovány pojišťovnami, že všechny výkony jako ordinace praktického lékaře vykonávat nemůžou. Př. u rozsáhlých pooperačních ran vyndají část stehů a jinak pacienta posílají na chirurgii. Z odborných výkonů sestru nad rámec jejích kompetencí pověřuje i.v. podáním léků, neprovádí dohled. Z administrativy tak činí s psáním neschopeností, psaní doporučení k jiným dg. výkonům, psáním žádanek. K administrativě dodává „.....strašná administrativní zátěž lékařů a sester, chtělo by to vyřešit, zjednodušit, abychom se mohli více věnovat pacientům....“ V této ordinaci zve pacienty na preventivní prohlídky

sestra, ale neprovádějí to pravidelně, př. u tetanu, mají snahu podchytit 10 ti roční interval přeočkování, ale v ordinaci je mnoho registrovaných pacientů a chybí tu ještě jeden lékař.

Ze své pravomoci by respondentka 4 ráda sestře předala veškerou administrativu., ale přesto uvádí, že administrativními činnostmi nad rámec kompetencí sestry svoji sestru nepověřuje, ani žádnými odbornými výkony. Neví, zda by v některých diagnostických výkonech mohla být sestra u stomatologa přínosem, to spíše dentální hygienistka. Z odborných činností sestra asistuje při ošetření dutiny ústní, zpracovává dentální materiál, pracuje se zdravotnickou dokumentací, provádí RTG. Na preventivní prohlídky v této ordinaci pacienti nezvou, jelikož se pacienti objednávají sami.

Respondentka 5 zastávala negativní postoj i u názoru na zvyšující se nezávislost všeobecných sester. Při rozhovoru jsem měla pocit, že by sestra měla vykonávat jen to, co jí řekne lékař.

V oblasti předávání kompetencí by žádné činnosti, které spadají do její kompetence, nepředala, ani administrativní, ani odborné. Jak dále uvedla, sestru nepověřuje žádnými odbornými úkony, které nejsou v její kompetenci, tedy ani administrativními. „.....sestra je odpovědná za svoji práci a já také, za svoji....“

Na otázku: „Co si myslíte o zvýšení pravomocí všeobecných sester v diagnostice onemocnění?“ Odpověď byla negativní: „.....nesouhlasím...“ Vysvětleno mi to bylo tak, že diagnostika je věcí lékaře a tak by to mělo zůstat. Co se týká screeningových vyšetření, sestra by dle názoru respondentky neměla bez indikace lékaře vykonávat žádná taková vyšetření.

V ordinaci praktického zubního lékaře sestra provádí objednávání pacientů, zvaní na preventivní prohlídky, (na tyto prohlídky zvou pacienti při předcházející návštěvě stomatologa), asistuje lékaři při stomatologických výkonech, namíchává stomatologický materiál, provádí RTG.

Respondentka 6 nesouhlasí, aby sestra byla více nezávislá při výkonu svého povolání. „...jsem v tom velmi opatrná...“ Na otázku, zda by předala některé své kompetence, prohodila. „...Když to jde tak jim práci předám, sestra může dělat hodně,

*ale o všem musí být informován lékař...“* Toto tvrzení je v rozporu s další odpovědí, kdy na otázku zda pověřuje sestru úkony, které nespádají do její kompetence, odpověděla váhavě. *„Ne myslím si, že ne.“* Dále uvedla, že sestru nepověřuje žádnými administrativními výkony. K problematice navyšujících se kompetencí všeobecných sester říká, že: *„Sestra nemá mít velké kompetence, ale pouze takové, které od ní lékař vyžaduje. Kompetence musí dát zaměstnavatel, může dělat to a to, ale jedině to, co je v její náplni. Něco jiného je zvedat kompetence na odděleních, ale něco jiného je to v soukromé ordinaci. Nemám ráda chytré a kompetentní sestry.“* V diagnostice onemocnění by neměla mít žádnou pravomoc. *„Žádnou pravomoc by neměla mít, pokud se pod to podepisuje lékař.“* Co se týče screeningových vyšetření, sestra by nemohla provádět žádná: *„Protože navyšuje náklady mě, může dělat vyšetření na základě mé indikace.“* Respondentka sama sestru nepověřuje žádnými výkony, které nespádají do její kompetence, žádnými odbornými ani administrativními. V ordinaci zvou pacienty na preventivní prohlídky a zajišťuje to sestra i lékařka.

Respondentka 7 je spokojena se svými dosavadními kompetencemi. Do odborných činností, které vykonává, řadí: náběry, aplikace injekcí, měření TK, vyšetření očí na optotypech, vyšetření moče, glykémie, INR (na hodnotách se domlouvají s lékařem). Dále podává infuze, aplikuje elektroterapii, natáčí EKG. Katetrizaci močového měchýře v ordinaci neprovádějí a ani neví, u jakých pacientů by ji mohla provádět. Respondentka neví, zda jsou jasně vymezeny hranice mezi kompetencemi sester a lékařů, ale žádné výkony, které má v kompetenci praktický lékař, by nechtěla vykonávat. Z činností, které může vykonávat pod odborným dohledem lékaře, uvedla pouze i.v. injekce. Při dotazování na číslo vyhlášky, které upravuje činnosti zdravotnických pracovníků, nevěděla. Respondentka hodnotí současný stav svých pravomocí jako odpovídající. Z činností, které nespádají do její kompetence, provádí sledování warfarinizace pacienta, ale stejně stav konzultuje s lékařem, hodnotí stav glykémie a píše neschopenky. *„...nedovolím si provést výkon bez konzultace s lékařem...“* Nestalo se tedy, že bych někdy nějaký výkon odmítla vykonat. *„...je to vždy o dialogu, domluvíme se spolu...“* V souvislosti se zvýšením kompetencí si myslí, že jí to přinese větší administrativu, i přesto se zvýšení pravomocí

neobává. Míru svojí samostatnosti hodnotí jako adekvátní k výkonu svého povolání. V otázce screeningových vyšetření by nechtěla nic provádět samostatně bez lékaře. Z další odpovědi vyplývá, že stejně tak činí. *„Screeningově provádíme hemokult, pokud je pozitivní moč, glukóza na +++ , dělám hned glykémii a posílá se dál k lékaři. Pokud přijde pacient s bolestí na hrudi, točím EKG, vím, že to mám tak dělat, je to vše na domluvě.“*

Na otázku, jak je spokojena se svými dosavadními kompetencemi, odpovídá respondentka 8 dost váhavě a rozpačitě. *„.....snad jo....“* Myslí si, že hranice mezi výkony, které provádí lékař a které sestra, jsou jasně vymezeny. I přesto z další odpovědi o tom nejsem moc přesvědčena. *„Injekce u nás píchá doktorka, odběry krve u větších dětí provádím já, u menších paní doktorka. CRP dělá lékařka a já asistuji. Já vážím miminka, lékařka prohlíží.“* V ordinaci sestra provádí tyto činnosti: příprava karty pacienta, napsání receptu, vyplnění žádanek, držení dětí, objednání očkovacích látek, doplnění materiálu (špátle, čtverečky), vyzvání pacienta do ordinace, objednání na očkování, procházení karet s očkováními, povinnými prohlídkami, volání do laboratoře pro výsledky, sundávání obvazů, asistuje při vyndávání stehů, asistence při obřízce. Zvážení, změření dětí, změření TK. Očkování u dětí od 10 ti let, aplikace B12, Pendeponu. Respondentka zajišťuje návštěvní službu, chodí na první návštěvu k miminkům. *„.....ostatní lékaři to tak nedělají, chci se pochlubit, že to dělám....“* Katetrizaci močového měchýře v ordinaci neprovádějí, posílají to na nefrologii, ani neví, u jakých dětí to může vykonávat, sama by si to netroufala provést.

Z kompetencí, jež vykonává lékař, by nechtěla převzít asi žádné. Respondentka neodpovídá moc jistě. *„Asi ne, nevím, to tak přijde, to máme za ty léta tak vyřízené, když paní doktorka potřebuje, pomůžu jí. Záleží na domluvě, kam mě pošle, co mám vyřídit.“* Ze screeningových vyšetření by také nechtěla žádná provádět. Pod odborným dohledem provádí sestra takové činnosti, které ji určí praktický lékař. *„....k čemu mě ona pustí, co potřebuje, záleží to na domluvě, jak to dělají ty dva v ordinaci. Poslouchám nadřízeného, jaký mi dá rozkaz, žádný konflikt mezi námi nebyl.“* Když jsem se zeptala na vyhlášku, která upravuje kompetence sester, bylo mi sděleno, že to sestra neví a nezajímá se o to. Bere to tak, že je u soukromého lékaře.

Respondentka hodnotí své současné pravomoce tak, že by mohly být lepší, ale nechtěla by vstupovat do práce lékaře. Uvádí, že musí být sebekritická a musí vědět, co si může dovolit a co naopak ne. Je spokojena s dosavadní samostatností. *„S doktorkou jsme sladěny, spíš bych chtěla mít víc času na pacienta, na zodpovězení dotazů, člověk se snaží vyhovět, když přijde maminka, která má z něčeho obavy.“* V souvislosti s pověřováním odbornými výkony, které nejsou v její kompetenci, si není jistá, zda někdy taková situace nastala, ale určitě nastat může, snad by si respondentka nedovolila odmítnout. Z administrativních výkonů píše omluvenky, žádanky, volá na sociální odbor v případě nutnosti. *„.....snad nic jiného nedělám, co po mě žádá zaměstnavatel, bych měla splnit...“* Se zvýšením kompetencí respondentce, dle její úvahy přibude zkušenost do praxe., rozšíří se jí obzor. Zvýšení se neobává, jen má strach, aby to zvládla fyzicky.

Respondentka 9 si nad spokojeností se svými dosavadními kompetencemi povzdychne a dodává: *„Moje kompetence jsou jiné, mám to podle lékaře. Výrazně se lišíme od ostatních praktických lékařů.“* Svůj stav pravomocí v péči o pacienta hodnotí jako průměrný, běžný. Mezi jasně vymezené hranice kompetencí lékařů a sester uvádí vykazování na pojišťovnu, diagnostické a léčebné výkony. Do odborných výkonů všeobecné sestry řadí injekce, očkování, odběry krve, asistence při výplachu ucha. Stěžuje si, že dělá málo odborných výkonů a hodně administrativy, přesto by žádné výkony, jež má v pravomoci praktický lékař, nechtěla převzít. Pod odborným dohledem neprovádí žádné výkony, nedělají zde elektroterapii ani nepodávají infuze. Katetrizaci močového měchýře také neprovádí, posílají to odborným lékařům a ani nevedla, u koho by ji mohla provádět.

Respondentka nezná vyhlášku, která upravuje kompetence sester. Z výkonů, které nespádají do kompetence sester, ji lékařka pověřuje administrativou např. zapisováním diagnóz, psaním žádanek na sanitky. I přesto nikdy žádný takový výkon neodmítla učinit. Myslí si, že ani předpokládané zvýšení kompetencí jí nic nepřinese, ale obává se toho: *„Občas se obávám, jsem jednou nohou v kriminále, nestojím o to, mám strašné množství práce“.* Později dodává: *„...Pokud by tu byl normální průtok pacientů, tak ano, brala bych více kompetencí.“* Oproti tomu by



nechtěla provádět bez indikace lékaře žádná screeningová vyšetření.

Se svými dosavadními kompetencemi je respondentka 10 spokojena, se svojí mírou samostatnosti v péči o pacienta je spokojená. Zvýšení pravomocí se neobává. K předpokládanému navýšení kompetencí dodává. „.....*nepřemýšlela jsem nad tím...*“ Možná snad by ji to přineslo navýšení administrativy.

Respondentka si myslí, že v ordinaci praktických zubních lékařů jsou jasně vymezeny hranice mezi kompetencemi sestry a lékaře. Respondentka provádí asistenci při výkonech ošetření dutiny ústní, zajišťuje dokumentaci, podílí se na zajištění chodu ordinace, pod dohledem lékaře provádím RTG. Vyhlášku, která upravuje kompetence sester, respondentka nezná. Lékařka nepověřuje sestru žádnými činnostmi, které nespádají do její kompetence ani odbornými ani administrativními. Respondentka by ani žádné takové činnosti provádět nechtěla, ale pokud by taková situace nastala, výkon by rozhodně neodmítla provést.

Respondentka 11 je se svými dosavadními kompetencemi spokojená. Uvádí, že ve všech stomatologických výkonech jsou jasně dány hranice kompetencí lékaře. Mezi odborné kompetence sestry patří práce se stomatologickým materiálem. S administrativy je to zdravotnická dokumentace, prohlídky. Do činností, které může vykonávat pod odborným dohledem, řadí veškeré činnosti, které spadají pod stomatologickou ambulanci v kompetenci sestry. Dokumentace, asistence při stomatologických činnostech, zajištění stomatologického materiálu, RTG. Administrativními úkony, které nejsou v její kompetenci, lékař sestru nepověřuje, stejně tak nečiní ani v jiných odborných výkonech. Nebyla tedy nucena nikdy žádný výkon odmítnout provést.

V souvislosti s navyšováním kompetencí míní: „.....*nenastane zvýšení kompetencí...*“ Tedy se ani neobává jejich zvýšení. S mírou svojí samostatnosti je spokojena. Nechtěla by provádět žádné výkony, které provádí stomatolog, ke screeningovým vyšetřením dodává, že by samozřejmě nechtěla žádná vykonávat.

Respondentka 12 uvádí, že se současným stavem svých pravomocí je spokojena a nechtěla by vykonávat žádné další činnosti, které má ve své kompetenci stomatolog ani žádná screeningová vyšetření. Z odborných činností vykonává administrativu,

organizaci stomatologické ordinace, asistenci při ošetření pacienta, přípravu materiálů (hmoty). Myslí si, že jsou jasně dány hranice mezi kompetencemi lékařů a sester a to v ošetrovatelské činnosti. Pod odborným dohledem lékaře může sestra provádět RTG. Na otázku, jaká vyhláška upravuje kompetence sester, s rozpaky pronáší: „...*Kodex...?*“ Současný stav svých pravomocí hodnotí jako dostačující, lékař ji nikdy nepověřoval jinými činnostmi, jež má ve své kompetenci, ani co se týká administrativy. Nemusela tedy řešit otázku, zda odmítnout, či ne. Zvýšení svých pravomocí se neobává a myslí si, že jí to stejně nic nepřinese. Ve výkonu péče o pacienta se cítí samostatná k přihlídnutí k chodu ordinace. „...*řídím se pokyny...*“

Respondentka 13 je se svými dosavadními kompetencemi spokojena, další kompetence navíc by mít nechtěla. Hranicemi mezi kompetencemi sester a lékařů udává sběr anamnestických údajů, veškeré ošetrovatelské činnosti. Diagnostika a terapie je v kompetenci lékaře. Do výkonu povolání všeobecné sestry spadají odběry krve, moče, stolice, vyndávání stehů, infuze, elektroterapie, injekce i.m., s.c., očkování. Mezi výkony jež, provádí, dále řadí převazy, sterilizaci nástrojů, přípravu ordinace, kontrolu funkčnosti přístrojů, kontrolu zásob v ordinaci. Pod odborným dohledem lékaře může vykonávat návštěvní službu a podání i.v. léků. Katetrizaci v ordinaci neprovádějí. Na otázku, zda ví, u koho ji provádět, uvedla, že u žen. Při dotazování na vyhlášku upravující kompetence sester mi sdělila, že vyhláška byla novelizovaná 2010 či 2011, ale nevěděla její číslo. Současný stav pravomocí hodnotí kladně. „*Jsem s nimi spokojena, pokud bychom byly v ordinaci dvě sestry, bylo by to lepší.*“ Z kompetencí, které nemá ve své pravomoci, ji lékař pověřuje psaním receptů, podáním i.v. léků, psaním žádanek, psaním neschopenek, přesto výkon nikdy neodmítla provést. „...*v rámci dobrých vztahů na pracovišti jsem žádný výkon neodmítla vykonat...*“ Zvýšení kompetencí se obává, bojí se vyšší administrativy a vyšší zodpovědnosti, že bude mít na pacienta ještě méně času než do teď. Z kompetencí lékaře by nechtěla přejmout žádné ani screeningová vyšetření.

Respondent 14 své nynější kompetence označuje jako dostačující. Jasně hranice mezi kompetencemi jsou ve stanovení diagnóz, předepisování léků a podáním i.v. léků. Do kompetencí respondentky spadají odběry krve, točení EKG, podání i.m. léků,

objednávky, vyš. očí. Pod odborným dohledem lékaře sděluje, že může aplikovat i.v. léky. Katetrizaci močového měchýře v ordinaci neprovádíme, ale může ji provádět pouze u žen. Z činností, které jsou v kompetenci lékaře by nechtěla vykonávat žádnou takovou, ani odbornou či administrativní nebo screeningovou. Dále bez velkého zaváhání odpovídá, že ji lékař nepověřuje jinými činnostmi, než má ve své kompetenci. Zvýšení kompetencí se neobává. K tomu co jí vyšší kompetence přinesou, s kroucením hlavou dodává. „....více zodpovědnosti...“ K samostatnosti péče o pacienta sděluje. „*Jsem dostatečně samostatná v péči.*“

Respondentka 15 je spokojená se svými kompetencemi a další nepotřebuje. Možná by snad chtěla mít na starosti úpravu warfarinizace u pacientů nebo by bez indikace lékaře prováděla hemokult. Hranicí kompetencí lékařů a sester je dle respondentky diagnostika onemocnění, sdělení diagnózy a terapie. Sestra provádí fyzikální vyšetření. Respondentka v rámci svých kompetencí provádí podání i.m. léků, odběry biologického materiálu, očkování, EKG., sterilizaci nástrojů. Katetrizaci močového měchýře neprovádí, ale ví, že ji může provádět pouze u žen. Do činnosti, kterou může provádět pod odborným dohledem lékaře, řadí i.v. aplikaci léků.

Vyhlášku, která upravuje kompetence sester, respondentka nezná. Se svými současnými pravomocemi je spokojená, ze strany lékaře není pověřována žádnými výkony nad rámec jejího povolání. „*Lékař se drží svých kompetencí a nepověřuje mě kompetencemi, které mi nepřísluší.*“ Nikdy se respondentka nedostala do vnitřního konfliktu z odmítnutí vykonat takový výkon. V administrativních záležitostech respondentku lékař také nepověřuje jinými činnostmi, než má. K problematice navýšení kompetencí respondentka vyjádřila obavy. „*Přinese mi to více práce, starostí a zodpovědnosti.*“ Respondentka dále uvedla: „*Jsem s mírou samostatnosti spokojená, nepřijdu si omezovaná.*“

### **Souhlas se zvyšující se nezávislostí sester**

R 1, 2, 3 - ano

R 4 - neposoudí

R 5, 6 - ne

### **Obavy sester z navýšení kompetencí**

R 7, 8, 10, 11, 12, 14 - ne

R 13, 15 - ano

R 9 - občas ano

### **Přínos navýšení kompetencí**

R 7, 10, 13 - více administrativy

R 8 - zkušenost

R 9, 12 - nic

R 13, 14, 15 - více zodpovědnosti

R 11 - nenastane

### **Spokojenost s dosavadními kompetencemi**

R 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15 - ano

R 8 - snad ano

R 9 - ne

### **Pověřování sester výkony mimo její kompetenci**

R 1, 3 - psaní neschopenek

R 1 - warfarinizace pacienta

R 1, 3 - i.v. injekce

R 2 - návštěvní služba, psaní omluvenek, osvobození od tělesné výchovy

R 3 - psaní žádanek, doporučení na vyšetření

R 4, 5, 6 - žádné

### **Předávání kompetencí**

R 1 - kontroly pacientů, urgentní návštěvy

R 2 - psaní posudků, návrhů na lázně

R 1, 2 - poslech pacientů

R 3 - psaní neschopenek

R 1, 2, 3, 4 - administrativa

R 5,6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 - žádné

#### **Odmítnutí výkonů nad rámec kompetencí**

R 7, 8, 9, 13, 14, 15 - ne, nedovolila bych si to

R 10, 11, 12 - nepověřuje výkony, nemusela odmítnout

#### **Jasně hranice mezi kompetencemi lékařů a sester**

R 7 - neví

R 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 - ano

#### **4.1.4 *Problematické oblasti ve výkonu povolání***

Profese sestry je velmi náročná, sestra se dennodenně setkává s problémovými oblastmi ve výkonu svého povolání. Kategorie 4 shrnuje tyto oblasti: problémy v komunikaci, množství administrativy a velký počet ošetřených pacientů. Ve výkonu svého povolání respondentka 7 neshledává žádné problémové oblasti. Ve výkonu svého povolání respondentka 8 shledává problematickou komunikaci s rodiči ohledně očkování. Ve výkonu své profese shledává respondentka 9 problematickou oblast v nadregistrovaném množství pacientů. Do ordinace přichází velké množství pacientů, je to velmi časově náročné. Respondentka 10 neshledává žádnou oblast ve výkonu svého povolání jako problematickou. Respondentka 11 ve výkonu svého povolání neoznačuje žádnou oblast jako problematickou.

Respondent 12 ve výkonu své profese neshledává žádnou oblast jako problematickou. Respondentka 13 označila problémové oblasti v administrativě, komunikaci s pacienty, v nedostatku času na pacienta vzhledem k velkému počtu pacientů, jež přicházejí do ordinace. Respondent 14 ve výkonu svého povolání shledává jen jednu oblast jako problémovou, a tou je velká administrativa. Respondent 15 jako problematickou oblast výkonu svého povolání označila administrativu – příliš mnoho dokumentace.

### **Problematické činnosti**

R 7 - neví

R 9 - nad- registrovaní pacienti

R 10, 11, 12 - žádné

R 8, 13 - komunikace

R 13, 14, 15 - administrativa

#### **4.1.5 Profesionální rozvoj**

S větší odborností všeobecné sestry roste i prestiž jejího povolání, s tím souvisí i to, jakou má sestra oporu v legislativě a zda má všeobecná sestra vhodné podmínky pro výkon svých profesionálních činností. Jaké jsou vztahy mezi lékařem a sestrou, jak na své povolání sestra pohlíží. Pokud se ona bude vidět jako elitní pracovník, bude ji tak brát i veřejnost. V dnešní době je všeobecná sestra brána více jako rovnocenný partner lékaře, než jak tomu bylo v minulosti. Povolání sestry je povoláním budoucnosti. Kategorie shrnuje názory respondentů na prestiž sestry při výkonu jejího povolání, co by mohlo do budoucna tuto prestiž zvýšit. Dotazovaní respondenti si ve většině případů myslí, že by prestiž sestry zvedlo navýšení kompetencí a další vzdělávání. Na závěr jsem se dotazovala „*Co si myslíte, že by zvýšilo prestiž všeobecných sester v primární péči?*“ U respondenta 1 byla odpověď jednoznačná. Prestiž všeobecným sestram by přineslo zvýšení kompetencí v tom smyslu, jak respondent výše uvedl v předchozích odpovědích v kategorii kompetencí. Tj. sestra by mohla plně zajistit kontroly pacientů v jejich přirozeném domácím prostředí, mohla by pomocí fonendoskopu poslechnout pacienta. Sestry by mohly mít větší pravomoc při medikaci u chronicky nemocných pacientů. Sestra by u takových pacientů předepisovala léky sama. Byla by jasná domluva, kdy se provede kontrolní laboratoř. Sestře by přenechal kompenzaci u diabetu, zde by také mohla předepisovat léky. Dále by sestře přenechal kontrolu u kompenzovaných onemocnění. Sestry by po provedení EKG mohly zhodnotit záznam a diagnostikovat patologii. U spirometrie by sestry také vyhodnotily hodnoty a zaznamenaly případné odchylky od normálních hodnot, také veškeré kontrolní výkony by mohla příslušně vzdělaná sestra provádět.

K prestiži sester se respondentka 2 vyjádřila následovně: „*Je to hrozně individuální, pokud je sestra šikovná, tak to zaplatíme, pokud není šikovná, lékaři se nechce to zaplatit. Já mám sestru šikovnou, ale některé věci mě taky štvou.*“

Respondentka 3 uvedla následující: „*Zlepšení morální kvality ve společnosti, média pomlouvají zdravotnictví, pokud selepší morálka ve společnosti, tak se takélepší prestiž sester.*“

Respondentka 4 neví, co by ji mohlo zvýšit prestiže sester. Respondentka 5 se domnívá, že by prestiž sester zvýšila větší informovanost veřejnosti. Respondentka 6 odpovídá. „*Můj názor je ten, že nám chybí prvorepublikové vychování, mohli bychom se učit od Francie. Chybí nám profesionální přístup, odborně na tom nejsme špatně. Sestra i lékař by měl mít větší pokoru. Prestiž sester není ve vzdělání, nezáleží na vzdělání.*“

K názoru na profesionální rozvoj všeobecných sester respondentka 7 uvedla: „*.....samozřejmě, každý kdo dělá ve zdravotnictví by měl studovat, metody se dále zlepšují a je jich daleko víc než před 12 lety. Vše je o dialogu s lékařem, nikdy bych nic neudělala svévolně, vždy vše konzultuji. Je to o sebevzdělávání, není to jen o 40 kreditech za 10 let, a pokud je budu mít, neznamena to, že budu vše vědět.*“

Profesionální rozvoj sester dle respondentky 8 záleží na domluvě lékaře a sestry, co od sebe očekávají, vždy by měla fungovat komunikace.

Respondentka 9 se přiklání k tomu, že záleží na lékařích, jak budou sestřám platit jejich rozvoj. „*Lékaři nechtějí sestru vysílat na vzdělávání, a ne všechny sestry se chtějí vzdělávat o víkend, protože si to platí samy.*“ Uzavírá: „*.....všechno přináší praxe...*“ Respondentka 10 stroze dodává. „*.....je potřeba....*“

K prestiži sester v primární péči respondentka 11 krátce sdělila: „*Lékař má být lékař, sestra by měla být sestrou.*“

Respondentka 12 na profesionální rozvoj sester v primární péči nemá vytvořený žádný názor.

Respondentka 13 k prestiži sestry podotkla: „*Myslím si, že to záleží na každém jednotlivci, jak na sobě bude pracovat, zda se chce dále vzdělávat a prohlubovat své dovednosti a také na vztahu mezi lékařem a sestrou.*“

Respondent 14 profesionální rozvoj komentuje, „*.....profesionální rozvoj je*

*možný, semináře a konference...“*

Respondentku 15 otázka profesionalizace trochu zaskočila, ale pohotově dodává.  
*„Rozvoj jde kupředu, je dostatečné množství vzdělávacích akcí, sestry mají dost příležitostí ke svému profesionálnímu rozvoji.“*

### **Profesionální rozvoj**

R 1 - zvýšení kompetencí,

R 1, 7, 13, 14, 15 - vzdělání

R 2 - šikovnost sester

R 3, 6 - morální kvalita ve společnosti

R 5 - informovanost veřejnosti

R 8 - komunikace

R 9 - praxe



## 5. Diskuze

Práce všeobecné sestry v ordinacích praktických lékařů je velmi náročná, denně se setkává s velkým množstvím pacientů. Sestra je prvním článkem při setkání s pacientem, musí řešit problémy zdravotního, ale také osobního charakteru. Všeobecná sestra musí mít dobré znalosti nejen ze svého oboru, ale také z oboru psychologie. Jelikož s vývojem medicíny, větší informovaností pacientů nároky stále stoupají. Jsou schopny všeobecné sestry v primární péči převzít další kompetence a z toho vyplývající větší odpovědnost?

Jak uvádí Vojtíšková, moderní primární péče vyžaduje vysokou úroveň kompetencí, spolupráce a sdílení péče všech poskytovatelů, se změnami, jež s sebou přináší přijetí evropské legislativy, se budou neustále zvyšovat nároky ve všech oblastech primární péče, včetně oprávněných požadavků na vysokou odbornou kvalifikaci všeobecných sester v ordinacích praktického lékaře (Vojtíšková, 2009).

Problémovými oblastmi v postavení nelékařských povolání v systému zdravotní péče je nenaplnování kompetencí vysokoškolsky vzdělaných nelékařských profesionálů, nejednoznačnost v jejich kvalifikačním a post kvalifikačním vzdělávání (Mikšová, 2012). S tímto souhlasí i respondenti (všeobecné sestry) z mého výzkumného šetření, jedna si naopak myslí, že mají lepší uplatnění. Všeobecné sestry, které získaly způsobilost k výkonu povolání na středních školách ukončeným maturitní zkouškou v oboru všeobecná sestra či absolvováním oboru diplomovaná sestra na vyšší zdravotnické škole, si nemusejí doplnit bakalářské vzdělání, aby mohly nadále pracovat jako všeobecné sestry (Hladíková, Šmídová 2012).

Všeobecná sestra je regulované povolání a vzdělávání je v našem státě v souladu s evropskou direktivou. Celoživotní vzdělávání bude i nadále povinností každého zdravotnického pracovníka, když nebude vázáno na povinnou registraci (Šmídová, 2011). Jak shrnuji ve stručné charakteristice, respondenti absolvovali střední školu, vysokou školu - magisterské studium a vyšší odbornou školu. Vzdělání potřebuje sestra minimálně proto, aby si jí společnost začala víc vážit. Sestry se nechtějí stavět na místo lékařů, ale musí se mezi lékařem a sestrou budovat partnerství, které tu stále není.

Sestry se nevzdělávají proto, aby dostaly diplom, který si založí do šuplíku, ale proto, že to potřebují pro výkon své profese (Škubová, 2012). Z mého výzkumného šetření vyplývá, že v oboru se dále vzdělávají všechny respondentky, jak teoreticky, tak i prakticky. Všeobecné sestry se vzdělávají pomocí internetových kurzů a navštěvováním nejrůznějších seminářů. Dle mého názoru, pokud se sestra chce dále vzdělávat, bude to činit sama z vlastní vůle, pokud ne, semináře pro ni stejně nebudou přínosné a bude to jen tzv. „honba za kredity“. Neplatí, že by se vysokoškolsky vzdělané sestry cítily více jako partneři lékaře oproti sestrám se středoškolským vzděláním (Pelikánová, 2010). Do rozporu se staví lékaři, kteří z poloviny vítají vysokoškolsky vzdělané sestry, ale dostatečně jim neumožňují další vzdělávání. Sestry by se měly vzdělávat do takové míry, aby to nenarušovalo chod ordinace. Sestry, které se dále chtějí vzdělávat při výkonu svého povolání, takto činí po pracovní době ve svém volném čase. Vysokoškolské vzdělání sester zafixuje jejich kompetence k vykonávání jejich odborných výkonů a zajistí i právní ochranu. Studium člověka obohacuje (Hubová, Michálková, 2012).

Ministr zdravotnictví by chtěl do budoucna navyšovat kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků, které jsou dnes již v praxi realizovány a de facto se jen zlegalizují, kompetence by se měly rozšířit o definici, jež stanoví, s jakou mírou samostatnosti je budou moci pracovníci vykonávat, jak dalece budou moci pracovníci vykonávat některá vyšetření či ošetření, jak se budou moci sami indikovat bez indikací lékaře a jakým způsobem budou tyto kompetence realizovány v Seznamu výkonů (Škubová, 2011). Ministr zdravotnictví se domnívá, že navýšení kompetencí sester a dalších nelékařů je jednou z cest, jak zlepšit profesní vztahy mezi zdravotníky. Heger dále informoval sestry, že provede revizi jejich kompetencí, které se rozšíří, jak je to obvyklé v moderní společnosti. Praktiky bude možné osvobodit od některých činností, jež budou vykonávat sestry, uvolní to ruce lékařům pro výkon kvalifikovanějších činností (Škubová, 2011). Respondentky jsou se svými kompetencemi spokojeny i s mírou samostatnosti v péči o pacienta. Nespokojenost uváděly sestry minimálně.

Všeobecné sestry u praktických lékařů by nechtěly převzít další kompetence, toto tvrzení je v rozporu s tvrzením Vorlíčka, který si myslí, že sestry volají po vyšších

kompetencích. Tuto myšlenku opírá o čím dál vyšší vzdělanost sester. Je to obecný trend v mnoha evropských zemích a za druhé se práce kvalifikovaných pracovníků zdražuje a i v budoucnu bude ještě dražší. To přinese z ekonomického hlediska tlak na to, aby kompetence, které lze převést na pracovníka s nižším platem, ten méně placený převzal (Vorlíček, 2008).

S respondentkami z mého výzkumu je zajedno Buda, který uvádí, že nemá pocit, že by sestry o zvýšení kompetencí stály. Osobně se nesetkává se sestrami, které by chtěly rozšířit kompetence, spíš přemýšlejí, jak se kompetencím vyhnout (Buda, 2008). Sestry se navýšení kompetencí neobávají. Přesto si myslí, že jim kompetence převážně přinesou větší zodpovědnost a administrativní zátěž. Také zde padl názor, že k navýšení kompetencí vůbec nedojde. Jurásková potvrzuje, že s růstem kompetencí přijde i růst odpovědnosti a sestry se na to musí připravit (Škubová, 2011).

Respondentky nevěděly, jaká vyhláška upravuje kompetence sester, pouze jedna uvedla, že vyhláška byla novelizována, ale nevěděla přesně v jakém roce, zda 2010, či 2011. Myslím si, že tato neznalost vyplývá z pasivní role všeobecných sester, které se sice vzdělávají ve svém oboru, ale v úzkém spektru znalostí. Kalina konstatoval, že problém je v nezájmu nelékařů o účast na konferencích. Hlavní příčinu shledává v přijetí malé novely zákona č. 96/2004 Sb, která prodloužila registrační období na 10 let. Podobný názor uvedla Jurásková, která říká, že sestry dosud se nevyužívají všechny kompetence, které současná legislativa umožňuje. Je to zřejmě způsobeno neinformovaností sester a lékařů. Příčinou nevyužívání kompetencí může být i charakter pracoviště, konzervativní přístup, nedostatek specialistek, neochota sester přijímat vyšší kompetence, které jsou spojeny s vyšší odpovědností. V roce 2011 došlo k legislativním změnám, kdy byla stávající vyhláška nahrazena vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků s účinností od 13. dubna 2011 (Šmídová, 2011).

Sestry si myslí, že jsou jasně dány hranice mezi kompetencemi sester a lékařů. Jasně hranice převážně uvádějí v diagnostických a terapeutických výkonech, dále v ošetrovatelské činnosti, v předepisování léků, podávání i.v. injekcí. Dále ve sdělení diagnózy. Tyto výsledky korelují s výsledky výzkumu Bártlové, Hajduchové, kdy se

téměř polovina sester v České republice domnívala, že hranice jsou jasně dány, taktéž tohoto názoru byla většina českých lékařů (Bártlová, Hajduchová, 2010).

Sestry by nechtěly žádné kompetence přejímat od lékařů, oproti tomu lékaři by sestřám chtěli předat většinu administrativy – př. psaní posudků k autonehodám, psaní lázní, psaní nejrůznějších žádanek. Tento výsledek se shoduje s výzkumem Bártlové, Hajduchové, kdy by kompetence předala jen část lékařů a byly by to úkony administrativní povahy (Bártlová, Hajduchová, 2010). Oproti tomu stojí výsledky v rámci grantového programu NS/9604-3, kdy z výzkumného šetření vyšlo, že jen necelá pětina lékařů České republiky se přiklání nebo souhlasí s tím, že by některé své kompetence byla ochotna předat sestřám. Převážná většina tuto možnost spíše nebo zcela odmítá. V České republice nejsou lékaři ochotni předat některé ze svých kompetencí sestřám a chtějí si je v převážné většině zachovat sami pro sebe (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Zvyšující se kompetence v diagnostice onemocnění by respondent 1 viděl jako přínosné tehdy, pokud by všeobecná sestra měla dostatečné znalosti a mohla by poslechnout pacienta, pokud nebude mít nějaký nález, aby byla schopna poslechnout i patologii. Dále si myslí, že další oblastí, ve které by sestry mohly mít větší pravomoc je chronická medikace, sestra by chronickou medikaci mohla předepisovat sama, ale měla by být jasná domluva, kdy se provede kontrolní laboratoř. Uvádí, že by sestře rád přenechal kompenzaci u diabetu, v těchto případech by mohla předepisovat léky a pokud by uměla hodnotit EKG, bylo by to velké odlehčení pro lékaře. Tento názor je velmi přínosný. Jak uvádí Vorlíček, v USA například sestry po speciální přípravě dělají základní sonografická vyšetření a teprve, když shledají anomálie, volají lékaře. Stejně, tak zastává stejný názor na hodnocení EKG křivky, kdy by sestra zhodnotila křivku a pokud by nebyla fyziologická, bude teprve informovat lékaře. Sestry u praktických lékařů v USA provádějí základní fyzikální vyšetření – pohled, poslech, poklep, pohmat. Sestry se v těchto základních dovednostech vzdělávají. Fyzikální vyšetření je tradičně spojeno s lékaři, nicméně u sester je tato role považována za inovativní. Vzdělané sestry jsou zkušenými členy ošetřujícího týmu, které jsou schopny diagnostikovat, léčit a uspokojovat pacientovi potřeby. V případě potřeby je odkazují na vhodné odborníky

(McElhinney, 2010). Stále častější pověřování sester činnostmi, které nyní vykonávají lékaři, se stane jednoznačným trendem. (Vorlíček, 2008). Naproti tomu stojí názor, že zdravotní stav může pomocí klinického vyšetření hodnotit pouze lékař, nelékaři mohou hodnotit jednotlivé funkce dle daných kritérií (Buda, 2008). Respondentka 2 (praktická lékařka pro děti a dorost), by v rámci diagnostických výkonů sestře dala do její kompetence vyšetření dítěte, které je bez teplot a kašle, když by se sestře nález nezdál, stav by zkonultovala s lékařem. Dále si respondentka myslí, že by si sestra mohla s rodiči více povídat, probrat s nimi nemoc dítěte. Z odborných výkonů by mohla provádět poslech dětí, preventivní prohlídky do 1 roku dítěte, návštěvní službu. Tento názor sdílí Neugebauer, kdy si umí představit, že dětskou poradnu by měla na starost dětská sestra, mohla by dále provádět základní edukaci při běžných nemocech a mohla by provádět i telefonickou konzultaci nekomplikovaných onemocnění (Neugebauer, 2008).

Mezi základní nástroje praktického lékaře patří screening a aktivní vyhledávání postižených pacientů (Zavázalová 2012). Jak vyplynulo z výsledků, všeobecné sestry by nechtěly provádět screeningová vyšetření bez indikace nebo dohledu lékaře. Výkon povolání pod odborným dohledem je vyšším stupněm výkonu povolání zdravotníka, kdy pracovník dostává úkoly od zcela způsobilého nadřízeného, s nímž může při nejasnostech konzultovat. Výkon bez odborného dohledu je výkon činností, ke kterým je zdravotnický pracovník způsobilý na základě indikace lékaře, zubního lékaře a které provádí bez jejich rady a pomoci, tedy zcela samostatně (Uhrová, 2005).

Sestra a lékař se odlišují kompetencemi, které jsou jasně dány v zákonech a ovlivněny charakterem profese a zvyklostmi. V praxi jsou však sestry pověřovány úkony, které jsou v náplni pomocného personálu nebo naopak úkony odborného charakteru, na přání lékaře. (Bártlová, 2010). Vojtíšková si myslí, že kompetence sestry závisí do značné míry na dohodě s lékařem, odvíjí se samozřejmě od míry kvalifikace a praxe, ale zcela zásadní jsou morálně volní vlastnosti, které obvykle lékař zná a pracuje s nimi. Konkrétní kompetence se v ordinacích praktických lékařů různí, nejsou pevně dány a vznikají postupně během let spolupráce (Vojtíšková, 2009).

Všeobecné sestry jsou nad rámec svých kompetencí pověřovány úkony převážně administrativního charakteru, psaní žádank, neschopenek, dále pak bez odborného dohledu aplikují intravenózní léky, psaní různých doporučení, sledování warfarinizace pacienta. Ve výzkumu Bártlové vyšly podobné výsledky, sestry jsou nejčastěji pověřovány aplikací intravenózních injekcí, případně krevních transfuzí dále pak výkony administrativního charakteru, např. práce spojené s agendou zdravotního pojištění, dále sjednávání odborných vyšetření pacientů, konziliárních vyšetření, vypisování žádank, přepisy ordinací, vypisování receptů (Bártlová, 2007). Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry nikdy neodmítly provést výkon, který nebyl v jejich kompetenci, a ani by tak do budoucna nečinily. Myslím si, že toto je dáno dobrými vztahy na pracovišti, nebo snahou udržet si i nadále tento přátelský stav. V projektu NS/9604-3 jsou uvedeny výsledky, které se shodují v následujících bodech. Sestry působící v ambulancích odmítají výkony provést daleko méně než sestry na lůžkových odděleních a také méně odmítají sestry z jednosměnného provozu. V opozici s mým šetřením stojí další výsledky z tohoto projektu, kdy větší část sester je schopna výkon, který není v jejich kompetenci, odmítnout. (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010).

Vojtíšková ze své vlastní zkušenosti praktické lékařky uvádí, že pro chod a image ordinace je důležitým momentem vztah sestry a lékaře, jelikož tento vztah trvá řadu let a oba spolu tráví daleko více času než jen nezbytnou pracovní dobu (Vojtíšková, 2009). S Vojtíškovou souhlasím v tom, že většina sester v ambulancích praktických lékařů tráví více než 8 hodin, jelikož jsem s většinou respondentů mluvila po pracovní době, což bylo v pozdních odpoledních hodinách. Jak vyplynulo z rozhovorů, ve stomatologické ordinaci jsou jasně vymezeny hranice mezi kompetencemi sester a lékařů a nikdy je lékaři nepověřovali jinými výkony, naproti tomu praktičtí lékaři pro dospělé a dorost tyto tendence mají. V projektu NS/9604-3 Interní grantové agentury MZ ČR vyšly podobné výsledky, kdy byly sestry dotazovány, zda jsou pověřovány úkony nad rámec jejich kompetencí. Více než polovina sester uvedla, že nejsou pověřovány takovými činnostmi. Oproti tomu necelá polovina uvedla opak většinou věcmi administrativní povahy, nejčastěji psaní žádank,

sestavováním výkazů pro zdravotní pojišťovny, vypisováním receptů (Bártlová, Chloubová, Trešlová, 2010). Tyto výsledky korelují s mým výzkumným šetřením.

Z problémových oblastí ve výkonu svého povolání v primární péči uváděly sestry převážně administrativní zátěž. S tímto tvrzením souhlasí Sikorová i Vojtíšková. Vojtíšková uvádí, že přibývá administrativy, je méně času na práci odbornou, administrativní práce je v ordinacích čím dál tím více. Klade se důraz na přesnou a čitelnou dokumentaci pacienta, různé jiné administrativní dokumenty, které musí být čitelné. Běžné je použití tištěných receptů a žádanek a dalších tiskopisů (Vojtíšková, 2006). Sikorová uvádí, že stoupají nároky na kvalitu dokumentace. Administrativa je sice v současnosti zjednodušována kvalitními softwary, ale v České republice jsou informační technologie využívány jen v 70% ordinací, což je pod evropským průměrem. K administrativním činnostem náleží vedení zdravotnické dokumentace, vykazování zdravotní péče pro zdravotní pojišťovnu, povinná hlášení, vykazování statistických údajů, potvrzení návrhů lázeňské péče. V paragrafu 67 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, v platném znění, se ukládá zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci. Zákon nečiní rozdíl mezi dokumentací lékaře a sestry. A tedy i ošetřovatelská dokumentace není vlastnictvím pacienta a není ani vlastnictvím toho, kdo záznamy provedl (Sikorová, 2012).

Dále respondentky jako problémovou oblast uvádějí nedostatek času na pacienta a problémy v komunikaci s pacienty. Ve studii z primární péče vyplynulo, dle rozhovorů s pacienty, že kladou velký důraz na trpělivost, ochotu zdravotnického personálu, schopnost vysvětlovat a zejména by měl umět zdatně komunikovat (Vojtíšková, 2009). Jedním ze zmiňovaných problémů je velké množství nad - registrovaných pacientů v ordinacích praktických lékařů. V roce 2010 na jednoho praktického lékaře pro dospělé připadalo 958 registrovaných pacientů a na jednoho zubního lékaře připadalo 1248 léčených pacientů (Šín, 2012). V problémových oblastech se respondentky shodly s Vojtíškovou, která uvádí problémy v komunikaci s nezvládnutelnými pacienty. Syndrom vyhoření u sester, výrazná feminizace povolání, přibývá administrativa a je málo času na odbornou práci. Existuje tlak na provádění preventivních prohlídek, dispenzárních vyšetření včetně vyšetření screeningových (Vojtíšková, 2006).

Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti zvou na preventivní prohlídky a na starosti to mají všeobecné sestry.

Profesionální rozvoj všeobecných sester v primární péči by měl být prioritou (Urbánková, Pokorná, 2012). Profesionální rozvoj respondentky uváděly jako nástroj ke zvýšení prestiže sester. Dále respondentky uváděly, že prestiž sestry zvýší navýšení kompetencí, další vzdělávání v daném oboru. Každý moudrý praktický lékař podporuje profesionální rozvoj své všeobecné sestry a umožní ho. Všeobecná sestra si musí prohlubovat a cyklicky obnovovat své znalosti nejen v zájmu svém, ale i v zájmu pacientů (Vojtíšková, 2009).



## 6. Závěr

Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativní formou. Cílem diplomové práce bylo zmapovat názory sester na možné zvyšování jejich profesních pravomocí. Zjistit, zda jsou sestry připraveny převzít některé kompetence. Zjistit názory lékařů na možné předání některých kompetencí sestrám. Dále zmapovat spokojenost sester s narůstající samostatností a odpovědností v souvislosti se zvyšujícími se nároky na výkon nelékařské profese.

Na začátku výzkumného šetření jsem si položila 6 výzkumných otázek. Jak jsou sestry spokojeny se současnými profesními činnostmi v primární péči? Z čeho mají sestry obavy v souvislosti s navýšením zodpovědnosti v rámci rozšíření kompetencí? Ve kterých úkonech si sestry myslí, že jsou jasně vymezeny hranice mezi kompetencemi lékařů a sester? Jaké aktivity, spadající do pravomocí lékařů, by byly sestry ochotny převzít? Jakými úkony, které nespadají do činností sester dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, jsou sestry v primární péči pověřovány? Jakou část svých pravomocí jsou lékaři ochotni předat sestrám v primární péči?

Z výzkumného šetření jednoznačně vyplynulo, že sestry nechtějí přebírat žádné činnosti z pravomocí lékařů, velká část respondentek je velmi pracovně vytížená a další kompetence by byly nad rámec únosnosti. Myslím si, že neochota převzít kompetence souvisí také s tím, že sestry u praktických lékařů nejsou patřičně vzdělané a tudíž nechtějí větší kompetence. Sestry by se dále vzdělávaly, ale lékaři je neposílají na semináře. Do rozporu se dostává fakt, že lékaři chtějí, aby se sestry dále vzdělávaly, ale lékaři jim to neumožňují z obav, že vzdělávání sester, naruší chod ordinace. Padla i zmínka, že pokud by bylo v ordinaci zaměstnáno více sester, tak by se daly některé kompetence převzít. Všeobecné sestry jsou nad rámec svých kompetencí pověřovány úkony převážně administrativního charakteru: psaní žádanek, neschopenek, dále pak bez odborného dohledu aplikují intravenózní léky, psaní různých doporučení, sledování warfarinizace pacienta.

Všichni praktičtí lékaři, se kterými byl proveden rozhovor, by byli ochotni předat část svých pravomocí všeobecným sestrám. Ve většině případů by předali

administrativu - psaní posudků k autonehodám, psaní lázní, psaní nejrůznějších žádank na vyšetření.

Domnívám se, že všeobecné sestry a praktičtí lékaři tvoří dobrý tým, ale mnohdy jsou sestry stále pouze vykonavatelkami příkazů lékařů, staví se do podřízené pozice a mnohdy se i bojí být rovnocennými partnerkami i přesto, že mají potřebné vzdělání a praxi. Sestry se sice na jednu stranu neobávají přijmout vyšší kompetence, ale na straně druhé ještě nejsou připraveny na přijetí větší zodpovědnosti. Myslí si, že jim zvýšení kompetencí přinese jen větší administrativu. Obavy budou opodstatněné tehdy, pokud lékaři budou mít stále více registrovaných pacientů a v ordinaci bude pouze jedna sestra. Pokud přebereme modely z vyspělých zemí, kde v ordinacích pracuje více sester a jsou zde zaměstnány i recepční, které mají na starosti administrativní záležitosti, budou se moci sestry zabývat odbornějšími úkony a lékař bude mít více času na terapii pacienta.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. Anon. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.[on-line] Dostupný z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-ktterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb\\_4763\\_949\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-ktterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_949_3.html) [cit. 2013- 30-7]
2. BÁRTLOVÁ, Sylva a Hana HAJDUCHOVÁ, 2010. Předávání kompetencí mezi lékařem a sestrou. *Kontakt*. roč. 12, č. 1, s. 20-33. ISSN 1212-4117.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2006. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt*. roč. 8, č. 1, s. 31-35. ISSN 1212-4117.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2007. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. roč. 9, č. 2, s. 254-259. ISSN 1212-4117.
5. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2009. Ošetrovatelství v systému komunitní zdravotní péče. *Kontakt*. roč. 11, č. 1, s. 109-113. ISSN 1212-4117.
6. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2010. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. roč. 17, č.3, s 14-17. ISSN 1210-0404.
7. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2010. Týmová spolupráce z pohledu lékařů. *Zdravotnictví v České Republice*. roč. 13, č. 1, s. 174-181. ISSN1213-6050.
8. BÁRTLOVÁ, Sylva, Ivana CHLOUBOVÁ a Marie TREŠLOVÁ, 2010. *Vztah sestra – lékař*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-526-6.
9. BLÁHA, Karel, Marta STAŇKOVÁ, Lubomír VONDRÁČEK a Miloslav LUDVÍK, 2004. *České ošetrovatelství 13*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-388-0.
10. BUDA, Otakar, 2008. Co vše by mohly převzít sestry: nemám pocit, že by sestry o rozšíření kompetencí stály. *Medical tribune*. roč. 4, č. 5, s. A2. ISSN 1214-8911.

11. DOBROVODSKÁ, Libuše a Martina TESÁČKOVÁ, 2003. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Vyd. neuvedeno. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-392-9.
12. GARDNER, Anne, Stewart HASE, Glenn GARDNER, Sandra V. DUNN a Jenny CARRYER. From competence to capability: a study of nurse practitioners in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2008, roč. 17, č. 2, s. 250-258. ISSN: 0962-1067. [on-line] Dostupný z: <http://web.ebscohost.com.arl.cbvk.cz> [cit. 2013- 30-7]
13. GESENHUES, Stefan a Rainer ZIESCHÉ, 2006. *Vademecum lékaře, všeobecné praktické lékařství*. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-444-X.
14. HANZLÍKOVÁ, Alžběta, 2004. *Komunitní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-257-1.
15. HLADÍKOVÁ, Lenka a Alena ŠMÍDOVÁ, 2012. Jak to bude se vzděláváním zdravotnických pracovníků?. *Sestra*. roč. 22, č. 11, s. 14-15. ISSN 1210-0404.
16. HOLČÍK, Jan, Pavlína KAŇOVÁ a Lukáš PRUDIL, 2005. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-417-8.
17. HUBOVÁ, Vilma a Helena MICHÁLKOVÁ, 2012. Historie vzdělávání všeobecných sester. *Sestra*. roč. 22, č. 2, s. 20-22. ISSN 1210-0404.
18. JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.
19. KELLING, Maria- Mischo und Petra Schütz-Pazzini, 2007. *Primäre pflege in theorie und Praxis*. Bern: Hogrefe AG. ISBN 978-3-456-84322-3.
20. KÖKÖRČENÝ, Michal. Zákon o péči o zdraví lidu [on-line] Dostupný z: ([http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1966/020966/Sb\\_020966\\_---\\_\\_.php](http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1966/020966/Sb_020966_---__.php)). [cit. 201-20-04].
21. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

22. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
23. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar, 2006. Vznikne v České Republice dynamické kurikulum v ošetrovatelství?. *Ošetrovatelství*. roč. 8, č. 1-2, s. 21-26. ISSN 1212-723X.
24. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar, 2007. Klíčové kompetence – nedílná součást studia ošetrovatelství. *Ošetrovatelství*. roč. 9, č. 1-2, s. 47-52. ISSN 1212-723X.
25. MCELHINNEY, Evelyn. Factors which influence nurse practitioners ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module - an electronic Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, roč. 19, 21/22, s. 3177-3187. [on-line] Dostupný z: <http://web.ebscohost.com.arl.cbvk.cz> [cit. 2013- 30-7]
26. MÍKOVÁ, Vlasta, 2010. Role mlékařů v Českém zdravotnictví. *Florence*. roč. 6, č. 12, s. 37. ISSN 1801-464X.
27. MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2012. Transformace nelékařských zdravotnických povolání v ČR. *Florence*. roč. 8, č. 12, s. 39. ISSN 1801-464X.
28. NEUGEBAUER, Pavel, 2008. Co vše by mohly převzít sestry? *Medical tribune*. roč. 4, č. 5, s. A2. ISSN 1214-8911.
29. PEJZNOCHOVÁ Irena a Alice STRNADOVÁ, 2009 [on-line] Dostupný z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/vzdelavani-v-primarni-sfere-417211>. [cit.2013-20-04].
30. PELIKÁNOVÁ, Martina, 2010. Sestra jako zdravotnické univerzum. *Sestra*. roč. 20, č. 7-8, s. 21. ISSN 1210-0404.
31. PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2011. *Ošetrovatelství II*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0
32. POCHYLÁ, Karla, 2005. *České ošetrovatelství 1*. Vyd. 2. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-420-8.
33. PROŠKOVÁ, Eva, 2009. Sestra v primární péči. *Florence*. roč. 5, č. 5, s. 3. ISSN 1801-464X.

34. PROŠKOVÁ, Eva, 2010. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků. *Florence*. roč. 6, č. 10, s. 3-4. ISSN 1801-464X.
35. PULLON, S. Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*. 2008, roč. 22, č. 2, s. 133-147. ISSN: 1356-1820. [on-line] Dostupný z: <http://web.ebscohost.com.arl.cbvk.cz> [cit. 2013- 30-7]
36. SEIFERT, Bohumil a Václav BENEŠ et al., 2005. *Všeobecné praktické lékařství*. Vyd. 1. Praha: Galén. ISBN 80-7262-369-9.
37. SEIFERT, Bohumil, 2004. *Primární péče praktické lékařství*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0883-9.
38. SIKOROVÁ, Lucie, 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.
39. ŠÍDLO, Luděk, 2011. Primární zdravotní péče v ohrožení? *Zdravotnictví v České Republice*. roč. 14, č. 1, s. 2-7. ISSN 1213-6050.
40. ŠÍN, Robin, 2012. Primární péče v České Republice v letech 2005-2010. *Praktický lékař*. roč. 92, č. 2, s. 97-100. ISSN 0032-6739.
41. ŠKUBOVÁ, Jarmila, 2011. ČAS před fórem delegátů piluje program. *Florence*. roč. 7, č. 3, s. 49-50. ISSN 1801-464X.
42. ŠKUBOVÁ, Jarmila, 2011. Kvalita v ordinacích praktických lékařů. *Florence*. roč. 6, č. 4, s. 40-41. ISSN 1801-464X.
43. ŠKUBOVÁ, Jarmila, 2011. Nebudeme zanedbávat nelékařské zdravotnické pracovníky. *Florence*. roč. 7, č. 4, s. 42-43. ISSN 1801-464X.
44. ŠKUBOVÁ, Jarmila, 2012. Sestra ve století techniky a komunikace. *Florence*. roč. 8, č. 5, s. 6-7. ISSN 1801-464X.
45. ŠMÍDOVÁ, Alena, 2011. Informace z MZ ČR. *Sestra*. roč. 21, č. 11, s. 20-21. ISSN 1210-0404.
46. ŠMÍDOVÁ, Alena, 2011. Informace z MZ ČR. *Sestra*. roč. 21, č. 11, s. 20-21. ISSN 1210-0404.
47. TÓTHOVÁ, Valérie a Sylva BÁRTLOVÁ, 2010. Uplatnění komunitní sestry v péči o seniory. *Kontakt*. roč. 12, č. 3, s.272-279. ISSN 1212-4117.

48. TÓTHOVÁ, Valérie, Sylva BÁRTLOVÁ a Eva PROŠKOVÁ, 2010. Uplatnění komunitní sestry v českém zdravotnictví. *Zdravotnictví v České Republice*. roč. 13, č. 4, s. 128-132. ISSN 1213-6050.
49. UHROVÁ, Jana, 2005. Podmínky výkonu povolání zdravotní sestry a dalších pracovníků ve zdravotnictví – mlékařů. *Medical tribune*. roč. 1, č. 8, s. 26. ISSN 1214-8911.
50. URBÁNKOVÁ, Šárka a A. POKORNÁ, Primární prevence v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. *Praktický lékař*. roč. 92, č. 2, s. 86-91. ISSN 0032-6739.
51. VEJROSTOVÁ, Eva, 2009. Povinnosti dětské sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. roč. 6, č. 3, s. D14-16. ISSN 1214-8687.
52. VOJTÍŠKOVÁ, Jana, 2006. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. roč. 3, č. 2, s. 94-96. ISSN 1214-8687.
53. VOJTÍŠKOVÁ, Jana, 2009. Kompetence všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. roč. 6, č. 3, s. D8-13. ISSN 1214-8687.
54. VOJTÍŠKOVÁ, Jana, 2011. Primární péče u nás a ve světě. *Lékařské listy*. roč. 60, č. 1, s. 3-4. ISSN 0044-1996.
55. VONDRÁČEK, Lubomír a Miloslav LUDVÍK, 2005. *České ošetřovatelství 12*. Vyd. neuvedeno. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 80-7013-376-7.
56. VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ a Jindra PAVLICOVÁ, 2011. *Základy praktické terminologie pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3697-6.
57. VORLÍČEK, Jiří, 2008. Co vše by mohly převzít sestry: jde o jednoznačný trend. *Medical tribune*. roč. 4, č. 5, s. A2. ISSN 1214-8911.
58. Vyhláška č 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění [on-line] Dostupný z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy) [cit. 2013- 30-7]

59. Vyhláška č. 187/2009 Sb., o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecné praktické lékařství, v platném znění. [on-line] Dostupný z: <http://www.lkcr.cz/zpusobilost-k-vykonu-lekarskeho-povolani-436.html> [cit. 2013-30-7]
60. Vyhláška č. 361/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, v platném znění. [on-line] Dostupný z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-v-souvislosti-s-vydanim-novely-vyhlaske-c-sb-vyhlaske-c-sb\\_4492\\_93](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-v-souvislosti-s-vydanim-novely-vyhlaske-c-sb-vyhlaske-c-sb_4492_93) [cit. 2013-30-7]
61. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v platném znění. [on-line] Dostupný z: <http://www.lkcr.cz/zpusobilost-k-vykonu-lekarskeho-povolani-436.html> [cit. 2013-30-7]
62. 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, v platném znění. [on-line] Dostupný z: <http://www.lkcr.cz/zp%C5%AFsobilost-k-vykonu-lekarskeho-povolani-436.html> [cit. 2013-30-7]
63. ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol., 2004. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. Vyd. 2. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0467-1.



## **8. Klíčová slova**

**Kompetence**

**Primární péče**

**Všeobecná sestra**

**Praktický lékař**

## **9. Přílohy**

### **9.1 Příloha 1 Seznam otázek k rozhovorům**

## **Příloha 1**

### **Otázky pro všeobecné sestry pracující u praktických lékařů:**

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jaké je Vaše pracovní zařazení?
3. Jak dlouho pracujete u tohoto praktického lékaře?
4. V jakých zdravotnických zařízeních jste pracovala před nástupem k praktickému lékaři?
5. Jakým způsobem se dále vzděláváte?
6. Jak byste hodnotila předchozí poskytovatele zdravotní péče a primární péči?
7. Jaký je Váš názor na stoupající trend vysokoškolsky vzdělaných sester?
8. Jak jste spokojena se svými dosavadními kompetencemi?
9. Kterou oblast ve výkonu své profese shledáváte jako problematickou?
10. V kterých výkonech jsou jasně vymezeny hranice mezi kompetencemi všeobecných sester a praktických lékařů?
11. Jaké odborné kompetence spadají do výkonu Vašeho povolání?
12. Které činnosti, jež spadají do pravomoci praktického lékaře, byste chtěla vykonávat?
13. Jaké odborné činnosti máte ve své kompetenci?
14. Jaké činnosti můžete provádět pod odborným dohledem lékaře?
15. Jaká vyhláška upravuje kompetence všeobecných sester?
16. Jak byste hodnotila současný stav vašich pravomocí v péči o pacienta?
17. Jakými činnostmi nespádající do vašich kompetencí Vás pověřuje praktický lékař?
18. Který takový výkon jste odmítla vykonat?
19. Jaké administrativní úkony, jež nespádají do vaší kompetence, provádíte?
20. Co si myslíte, že Vám přinese předpokládané zvýšení kompetencí?
21. Obáváte se zvýšení pravomocí? Pokud ano, proč?
22. Jak vnímáte míru vaší samostatnosti při vykonávání péče o pacienta?

23. U jakých pacientů můžete provádět katetrizaci močového měchýře? Provádíte ji u Vás?
24. Jaká screeningová vyšetření u pacientů byste chtěla provádět bez indikace lékaře?
25. Jaký je váš názor na profesionální rozvoj všeobecných sester v primární péči?

### **Otázky pro praktické lékaře:**

1. Jaké nejvyšší dosažené vzdělání má Vaše všeobecná sestra?
2. Jak dlouho je u Vás zaměstnaná všeobecná sestra?
3. Jaký je Váš názor na stoupající trend vysokoškolsky vzdělaných sester?
4. Jakým způsobem vnímáte zvyšující se nároky na vzdělávání sester?
5. Jaký je Váš názor na navyšující se kompetence všeobecných sester?
6. Jaký je Váš názor na obory specializačního vzdělávání pro všeobecné sestry?
7. Předal/a byste nějaké Vaše kompetence všeobecným sestram? Pokud ano, jaké?
8. Jaký je Váš názor na zvyšující se nezávislost všeobecných sester ve výkonu jejich povolání?
9. Pověřujete sestru úkony, které nespádají do její kompetence? Pokud ano, jakými?
10. Jakými administrativními činnostmi, které nespádají do kompetence sester ji pověřujete?
11. Co si myslíte o zvýšení pravomocí všeobecných sester v diagnostice onemocnění?
12. V jakých diagnostických výkonech si myslíte, že by to bylo přínosem?
13. Které odborné výkony provádí vaše všeobecná sestra?
14. Myslíte si, že by některá screeningová vyšetření u pacienta mohla provádět sestra bez indikace lékaře? Jaká by to mohla být?
15. Zvete ve Vaší ordinaci pacienty na preventivní prohlídky? Pokud ano, kdo má toto na starosti?
16. Co si myslíte, že by zvýšilo prestiž všeobecných sester v primární péči?