

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Odpovědnost sestry při výkonu povolání

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Věra Stasková

11. 5. 2007

Autor:

Hana Havelková

Responsibility of a nurse during performance of her profession

With the accession of the Czech Republic to the European Union there has arisen a necessity of some changes in the Czech legislation. One of them is also a reform of competencies of health care professionals in paramedical professions. Creation of favourable all-society conditions for independent activities of nurses represents an effective trend of continuous improving of provided care quality. However, it is necessary to be aware of the fact that the independence is also connected with responsibility. Provision of nursing care requires knowledge of generally binding regulations and legislation, which reduce the number of critical incidents and errors.

The theoretical part of the Bachelor's degree thesis was dedicated to a detailed analysis of Decree No. 424/2004 Coll., and then it dealt with the responsibility of nurses within the legal, ethical and moral standards.

The Bachelor's degree thesis aims at the mapping out of the areas of activities of general nurses with the most frequent incidence of malpractice, and at the determining of the methods of forming the procedures that prevent the nurses from making the errors. Two hypotheses have been stipulated.

One hypothesis presumes that the most frequent incidence of errors is connected with administration of medication. The other hypothesis presumes that general nurses are not familiarized with the exact wording of the Decree No. 424/2004 Coll. to the corresponding extent.

In order that the objectives of the Bachelor's degree thesis could be attained and the hypotheses verified, the inquiry method by means of a questionnaire was used. The sample was formed by nurses from the whole Czech Republic, who were finishing their specialization education in the National Centre of Nursing and Other Health Professions in Brno.

According to the results of the study most of the errors occur during administration of medication. Although procedures have been formed that prevent the nurses from making the errors, it is clear that they do not quite fulfil their function. The results of the research have proved both the above-mentioned hypotheses.

Among the suggested measures aiming at better preparation of general nurses for their professional careers there belongs, without doubt, the improvement of legal awareness within the framework of qualification education, especially concerning the acceptance of responsibility and consequences arising from the behaviour. It is also necessary to call upon the head workers to analyze (regularly and in detail) the past critical incidents, to determine the malpractice risks and to implement measures for minimizing adverse events occurrence.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Odpovědnost sestry při výkonu povolání 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 11.5.2007

.....

Poděkování

Poděkování si dovoluji vyjádřit Mgr. Věře Staskové, R.N. za cenné rady a laskavé vedení práce a JUDr. Ing. Lukáši Prudilovi, Ph.D., za korekci a cenné rady, které mi při tvorbě práce poskytl.

Obsah

Úvod	2
1. Současný stav	4
1.1 Historie vzniku povolání sestry	4
1.1.1 Historický vývoj povolání sestry na českém území	4
1.1.2 Poválečný rozvoj českého ošetrovatelství	6
1.1.3 Polistopadové revoluční změny od roku 1989	7
1.1.4 Legislativní změny v náplni činností sestry	8
1.2 Povolání sestry v současnosti	9
1.2.1 Vzdělávání sester	9
1.2.2 Systém kontroly dalšího vzdělávání sester	10
1.2.3 Kompetence sester při výkonu povolání	11
1.3 Odpovědnost sestry vyplývající z výkonu povolání	12
1.3.1 Právní odpovědnost sestry	13
1.3.2 Morální odpovědnost sestry	17
1.4 Nejčastější pochybení při výkonu povolání	19
1.4.1 Studie nejčastějších pochybení	19
1.4.2 Důležité kroky k prevenci pochybení	21
2. Cíle práce a hypotézy	22
2.1 Cíle práce	22
2.2 Hypotézy	22
3. Metodika	23
3.1 Použitá metoda	23
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	23
4. Výsledky	24
5. Diskuze	49
6. Závěr	56
7. Použité zdroje	58
8. Klíčová slova	62
9. Přílohy	63

Úvod

Se vstupem České republiky do Evropské unie (dále jen EU) vyvstala potřeba provést některé změny a opatření, jenž se v neposlední řadě dotýkaly i legislativy naší země. K těmto změnám patřila i reforma nelékařských zdravotnických povolání v návaznosti na činnosti související s poskytováním zdravotní péče. Změna legislativy je tedy nejen v souladu se směrnicemi EU, ale přispěla k pozměnění činností sester a jejich kompetencí. Uvedená reforma modifikovala a rozšířila oblast odpovědnosti, která je nyní spjatá s výkonem povolání sestry. Činnosti sester jsou dány prováděcími předpisy vydanými Ministerstvem zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR), mezi které patří i vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanovily činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

Povolání sestry je velmi náročná a odpovědná činnost, kterou sestra může v současné době vykonávat po absolvování nejméně tříletého akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester na vysokých školách nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. Za výkon povolání se považuje poskytování ošetrovatelské péče a podílení se ve spolupráci s lékařem na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči a to tak, jak je uvedeno v zákonu č. 96/2004 Sb.

Kvalita poskytované péče je v současné době zvyšována vytvářením příznivých celospolečenských podmínek pro nezávislou činnost sestry. Je nutné si uvědomit, že s nezávislostí přichází i odpovědnost v oblastech, jako je spolupráce, flexibilita, kompetentnost, získávání nových poznatků, předávání informací. Samotné kompetence sestry jsou výrazně ovlivněny tím, které činnosti jsou legalizovány a které se opírají o mravní normy. Každou činnost, kterou sestra provádí, je možno posuzovat nejen z hlediska dobra, spravedlnosti a pochopení, ale také z hlediska ublížení, nepochopení a neochoty. Nežádoucí chování sestry pak může vést k výskytu náhodných a neplánovaných událostí a pochybení. Výskyt těchto nežádoucích jevů však vyplývá z nepochopení odpovědnosti, kterou sestra má při poskytování ošetrovatelské péče.

Sestra by měla poskytovat péči v souladu s postupem lege artis, který je zakotven v obecně závazných předpisech tj. zákonech a vyhláškách, ve vnitřních předpisech zdravotnického zařízení, ve standardech ošetrovatelské péče, ale i Etickém kodexu sester.

Jako všeobecná sestra mám zkušenosti z onkologického oddělení, kde je poskytována ošetrovatelská péče klientům se závažným onemocněním, která rovněž vyžaduje znalost obecně závazných právních předpisů. Nedávno jsem se stala pedagogickým pracovníkem Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen NCO NZO), kde jsem se poprvé setkala s problematikou ošetrovatelských pochybení. Spojení těchto dvou zaměstnání mě velmi obohatilo o různá poznání a hlavně začalo poodkrývat odpovědnost, která mě při mé práci neustále doprovází. Svoji erudici si stále udržuji na onkologickém oddělení, kde se setkávám s kolegyněmi, které si ani neuvědomují rizika spojená s poskytováním ošetrovatelské péče. Je zřejmé, že vzájemná spolupráce a znalost legislativy snižuje výskyt náhodných událostí a pochybení, přesto se s tímto propojením nesetkávám. Začalo mě tedy zajímat, zda jsou sestry v odpovídající míře seznámeny se zněním vyhlášky č. 424/2004 Sb. a předpokládala jsem, že nejčastější pochybení při poskytování ošetrovatelské péče se vyskytuje v oblasti podávání léků.

Cílem práce je zmapovat, ve kterých oblastech činností sester se nejčastěji vyskytují pochybení a zjistit, jaké jsou vytvořeny postupy zabraňující vzniku pochybení.

1. Současný stav

1.1 Historie vzniku povolání sestry

Historická zkušenost z ošetrovatelství přispívá k rozvoji dnešního povolání sestry. Od jejich začátků však sestry ušly dlouhou cestu, na které bylo nutné překonat mnoho překážek. Bez poznání historie, která je velkým přínosem, nemůžeme posuzovat a chápat rozvoj a pokrok v dnešním světě, proto si zaslouží alespoň nepatrnou zmínku v úvodu této práce. Vzhledem k samotnému rozsahu historických pramenů byl počátek povolání sestry zaměřen pouze na území České republiky.

1.1.1 Historický vývoj povolání sestry na českém území

První zmínky o systematickém ošetrování nemocných v českých zemích spadají do 10. století n.l.. Tehdy byla poskytována charitativní péče a na území Prahy vznikaly první hospice. Hospice byly využívány jako útulky pro chudé a nemocné, v nichž byla poskytována pomoc v základních potřebách. Ve snaze pomoci potřebným se zakládaly některé náboženské řády a kongregace, ale i špitály, které se nacházely v blízkosti klášterů. Ošetrování nemocných zde bylo prováděno lidmi bez jakéhokoliv odborného vzdělání a nebylo zajištěno ani léčení nemocných. První špitály tedy spíše poskytovaly střechu nad hlavou, lůžko, teplo a obživu (32).

Výjimečnou osobností a významnou postavou byla Anežka Přemyslovna (1211-1282). Založila v Praze několik klášterů, první v roce 1233 U svatého Haštala, kde byl umístěn i špitál. V uvedeném roce založila laické špitální bratrstvo, jehož hlavním posláním byla špitální činnost. O tři roky později bylo bratrstvo povýšeno papežem Řehořem IX. na ošetrovatelský řád Křížovníků s červenou hvězdou s řeholními pravidly a následně uznáno za řád Rytířský. Jeho hlavní úlohou bylo ošetrování chudých a nemocných prostřednictvím pravidel, které vypracovala sama svatá Anežka Přemyslovna. Nesmíme však zapomínat i na další řády, které se věnovaly ošetrovatelské a opatrovnické péči, přestože dnes již svou funkci nevykonávají.

Můžeme uvést boromejky, johanitky, alžbětinky, milosrdné bratry, jenž zajišťovali péči ve špitálech a diakonky, které poskytovaly péči v terénu (31, 32, 49).

Začala se rozvíjet medicína a samotné léčení nemocných již nestačilo. Lékaři začali ke své práci potřebovat asistenta, jenž by jim pomáhal formou plnění pokynů a neustálého dohlížení na nemocné. Od poloviny 18. století byly zakládány první všeobecné nemocnice a o sto let později první ošetrovatelské školy, které napomohly k rozvoji vzdělávání sester (32, 50).

Vraťme se však zpět na dnešní území České republiky. Za dob Rakouska Uherska začalo samotné vzdělávání sester rokem 1874. Tehdy byla v Praze otevřena první ošetrovatelská škola a její existenci ovlivnila i naše spisovatelka Karolína Světlá. Absolventky této školy však z větší části oceňovaly možnost vzdělávat se pro alespoň částečné vyrovnání se mužům. Jen málo absolventek provádělo ošetrovatelskou péči jako své povolání a škola své působení po několika letech ukončila (32, 50).

Později, v roce 1916, byla opět v Praze otevřena Státní dvouletá ošetrovatelská škola a její absolventky se stávaly diplomovanými ošetrovatelkami. Škola měla vysokou odbornou úroveň a stala se vzorem pro vznik dalších škol. Absolventky pražské školy tak přicházely do nově vzniklých škol, kde využívaly své zkušenosti a pomáhaly při výuce. České ošetrovatelství se rozvíjelo a mezi válkami bylo zaměřené nejen na péči nemocniční, ale také na péči primární, poskytovanou v terénu. V roce 1918 byla v Praze otevřena vyšší sociální škola, která později připravovala diplomované sestry pro samostatnou práci v terénu (8, 32, 50).

V době druhé světové války nastal pokrok v organizaci nemocniční ošetrovatelské péče – vznikaly první „sesterská funkční místa“, byly vypracovány organizační řády sester a jejich pracovní náplně. Vedoucí lékaři začínají sestry uznávat jako významného spolupracovníka, který zajišťuje kvalitní ošetrovatelskou péči. Vyvstala však potřeba připravit sestry pro řídicí práci v ošetrovatelství a následně poskytnout vzdělání sestrám, které učily na ošetrovatelských školách. Proto byla v Praze, v roce 1946, otevřena Vyšší ošetrovatelská škola se záměrem tyto požadavky uspokojit (32).

1.1.2 Poválečný rozvoj českého ošetrovatelství

Poválečné ošetrovatelství zaznamenalo zásadní změnu v souvislosti s únorovými událostmi roku 1948. Došlo ke sloučení škol ošetrovatelských se školami rodinnými a sociálními, což vedlo ke vzniku nové Střední zdravotnické školy (dále jen SZŠ). Zde se pak připravovaly všechny kategorie tzv. středního zdravotnického personálu a tak jsme se vedle zdravotních sester začaly setkávat i s ženskými či dietními sestrami, laboranty apod. Změnila se věková hranice studentů pro vstup na tyto SZŠ i samotná délka studia. Studium začínalo ve věkovém rozmezí 14-ti až 15-ti let, samotná délka studia byla stanovena na 4 roky a studium se ukončovalo maturitou. Profesní příprava sester na jejich povolání však byla v této podobě nedostačující (8, 32, 36).

Rozvoj lékařských oborů v polovině minulého století vedl i k novému rozdělení kompetencí v celém zdravotnickém týmu. Sestry začaly v některých oborech přebírat úkony a činnosti, které do té doby byly doménou lékaře. Tato skutečnost vyvolala tlak na zvýšení úrovně vzdělávání sester a tak v roce 1960 vznikl Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, který je dnes známý pod názvem Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Byly realizované krátkodobé a dlouhodobé kurzy, školící místa a pomaturitní specializační studium v různých oborech. Ve stejném roce bylo v Praze na Filosofické fakultě Karlovy univerzity otevřeno vysokoškolské dvouoborové pětileté studium ošetrovatelství v kombinaci s psychologií a později s pedagogikou. Potřebou bylo poskytnout vyšší stupeň vzdělání sestrám, které by připravovaly nové sestry a zajišťovaly odbornou výchovu žákyním SZŠ. Dvouoborové studium probíhalo v dálkové formě až do roku 1980, kdy bylo poprvé otevřeno i formou denního studia. Uvedená dvě pracoviště, Institut v Brně a Karlova Univerzita, měli velkou zásluhu i na rozvoji ošetrovatelského výzkumu v naší zemi (20, 32, 36).

1.1.3 Polistopadové revoluční změny od roku 1989

Poslední velká a razantní změna v povolání sestry nastala po roce 1989. Česká republika se začala připravovat ke vstupu do EU, což vedlo ke změně ve zdravotnictví a transformaci českého ošetrovatelství. Náhle vyvstala potřeba změn v oblasti teorie a praxe ošetrovatelství. Povolání sestry bylo stále ovlivněno zákonem č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů, vyhláškou č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví a směrnicí č. 10/1986 o náplni činností středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků, která byla publikována ve Věstníku MZ ČSSR částka 8-12 (35).

Prvním významným dokumentem bylo vydání Koncepce ošetrovatelství uveřejněné ve věstníku MZ z roku 1998 v částce 6, která nastartovala řadu změn v dosavadní organizaci ošetrovatelské péče a vycházela z doporučení Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní rady sester a EU. Následovala její úprava, která je uveřejněna v částce 9, Věstníku MZ z roku 2004 (38).

Nabytí účinnosti zákon č. 96/2004 Sb., kterým se mění podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, tedy i všeobecné sestry. Uvedeným zákonem byly změněny podmínky pro získání odborné způsobilosti k výkonu povolání všeobecné sestry. Sestrou se tak může stát každý, kdo absoluuje nejméně tříletý akreditovaný zdravotnický bakalářský studijní obor pro přípravu všeobecných sester na vysokých školách, nebo nejméně tříleté studium v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách. Dnes se na SZŠ, po roce 2004, připravují zdravotničtí asistenti. Poslední studijní obor všeobecná sestra na SZŠ byl zahájen ve školním roce 2003/2004 dle zákona č. 96/2004 Sb. Na tento zákon navazovala vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. V uvedeném roce také začíná dlouho očekávaná tzv. „registrace“ sester. Tento nepatrný, avšak velmi důležitý výčet změn v naší

legislativě umožňuje sestřám a ostatním nelékařským zdravotnickým pracovníkům uznání profesní kvalifikace a jejich uplatnění v rámci EU (14, 21, 35, 47).

1.1.4 Legislativní změny v náplni činností sestry

Zpětný pohled na vývoj činností sestry, který je v legislativě zaznamenán, ukazuje, jakých změn bylo až do dnešní doby v náplni práce sestry dosaženo.

Přesuneme se až do roku 1964, kdy byla vydána směrnice č. 34/1964, věstníku MZ o zásadách pro náplň práce instrumentářek a sester na stomatologických odděleních. Danou směrnicí měly zdravotní sestry specifikovanou práci, kterou mohly vykonávat na stomatologických pracovištích. Vyvstala však potřeba specifikovat i další oblasti, ve kterých střední zdravotnický pracovník uplatňoval své znalosti, např. dětská sestra, ženská sestra či dietní sestra. Byla proto vydána nová směrnice č. 33/1967, věstníku MZ o rozsahu oprávnění a náplni činností středních a nižších zdravotnických pracovníků s účinností od prvního října roku 1967. Činnosti sester byly především zaměřené na instrumentální činnosti, sledování fyziologických funkcí a sledování psychického a tělesného stavu nemocných (28, 29).

Po pěti letech byla vydána nová směrnice č. 27/1972, věstníku MZ ČSR o náplni a činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků. Zde je náplň činností zdravotních sester doplněna o další úkony, jako je např. zabezpečování všestranné péče o individuální potřeby nemocného, zabezpečování hygienické a estetické úpravy prostředí, organizování preventivních prohlídek a podílení se na dispenzární péči, spolupráce se sestrou pro sociální službu při řešení sociálních problémů nemocných, provádění zdravotní výchovy, spolupráce s ostatními středními zdravotnickými pracovníky a vedení nižších a pomocných zdravotnických pracovníků (27)

Tato směrnice byla po čtrnácti letech nahrazena směrnicí č. 10/1986, věstníku MZ o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků nabývajících účinnosti dnem 1. července 1986. Tyto činnosti byly rozšířeny či pozměněny v některých oblastech. Mezi tyto oblasti bychom mohli jmenovat dodržování ochranného léčebného režimu a vyplnění volného času nemocných, odpovědnost

za správné uložení léků v souvislosti se zvýšeným rizikem drogové závislosti, aplikace nitrožilních injekcí a infúzí jen po písemném pověření vedoucím lékařem oddělení, zacvičování dobrovolných sester Československého červeného kříže. Poprvé jsou zde stanoveny náplně činnosti zdravotních sester se specializací v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči, dále v instrumentování na operačním sále, v nukleární medicíně, v ošetrovatelské péči o dospělé a v psychiatrii, v sociální službě, ve stomatologické péči a ve zdravotní výchově obyvatelstva (26, 27).

Poslední změna nastala po dlouhých osmnácti letech, kdy byla vydána vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanovily činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v souladu s právem Evropských společenství. Uvedená vyhláška je podrobněji specifikována v kapitole 1.2.3.

V rámci těchto chronologicky vyjmenovaných směrnic a vyhlášek lze říci, že pomocí výše uvedených změn mělo být docíleno vyšší míry nezávislosti sestry. Činnosti, které sestra může provádět nezávisle na ordinaci lékaře však s sebou přinášejí i určitou právní odpovědnost, kterou na sebe sestra přebírá za každý provedený výkon.

1.2 Povolání sestry v současnosti

1.2.1 Vzdělávání sester

V současnosti sestra získává odbornou způsobilost k výkonu svého povolání formou tzv. kvalifikačního studia. Toto studium trvá nejméně tři roky a probíhá na vysokých školách jako bakalářský studijní obor pro přípravu všeobecných sester nebo na vyšších zdravotnických školách v oboru diplomovaná všeobecná sestra. Oba typy studijních oborů jsou v souladu s příslušnými směrnicemi EU. Výjimkou je studium na SZŠ, které bylo zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Z této výjimky vyplývá, že posledními absolventy na školách s odbornou způsobilostí všeobecné sestry jsou letošní maturanti (38, 47).

Kvalifikované všeobecné sestry mají ze zákona povinnost zapojit se do celoživotního vzdělávání, jehož cílem je zvyšovat, prohlubovat a doplňovat své

vědomosti a dovednosti pro poskytování ošetrovatelské péče a to v souladu s jeho rozvojem a nejnovějšími vědeckými poznatky.

Do celoživotního vzdělávání se řadí např. absolvování certifikovaných kurzů, odborných konferencí a kongresů, publikační činnost, pedagogická a vědecko - výzkumná činnost. Součástí celoživotního vzdělávání je také specializační vzdělávání (dále jen SV), stanovené v nařízení vlády č. 463/2004 Sb., kde je uvedeno jedenáct specializací určených všeobecné sestře. Jako podklad pro vypracování nových SV sloužily strategické dokumenty, zpracované Světovou zdravotnickou organizací a jsou koncipovány modulovým systémem. Celoživotní vzdělávání nabízí také možnost získat vyšší stupně akademického vzdělání, tj. magisterské a doktorské. Studia jsou zařazena do jednotného kreditního systému, který je kompatibilní s Evropským kreditním transfer systémem (17, 19, 21, 38, 39).

1.2.2 Systém kontroly dalšího vzdělávání sester

S celoživotním vzděláváním je propojen i systém vydávání Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Osvědčením se získává nejen oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu, ale také oprávnění k vedení praktického vyučování. K získání osvědčení předchází „zaregistrování“ sester na základě písemné žádosti a splnění podmínek stanovených zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních (47).

Registr zdravotnických pracovníků je součástí Národního informačního zdravotnického systému a měl by poskytovat informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči. Portál registru je veřejně přístupný, s výjimkou osobních údajů jako je např. rodné číslo či trvalý pobyt, dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Zápis do Registru zdravotnických pracovníků, kde je celkem 24 nelékařských profesí, motivuje sestry k celoživotnímu vzdělávání. Motivace může být zvýšena i faktem, že usnadňuje profesní uplatnění sester v rámci EU. Po udělení registrace získává sestra doklad, kterým je osvědčení, platné na šestileté období. Se získáním osvědčení může

sestra používat označení „Registrovaný/á“. Platnost Osvědčení může být prodloužena, jsou-li splněny podmínky pro další šestileté období (21, 38, 47, 50).

1.2.3 Kompetence sester při výkonu povolání

Postavení dnešní všeobecné sestry se vytvářelo během staletí. Výraznou změnu však můžeme sledovat v posledních několika desetiletích. Zatímco dříve byla sestra brána téměř jako pomocný personál, dnes jí přisuzujeme větší pravomoci a je také zpravidla více respektována jako kvalifikovaný pracovník. Sestra se stala nepostradatelnou součástí zdravotního multidisciplinárního a multioborového týmu. Pracuje samostatně ve třech oblastech a to: pod odborným dohledem; bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem; a bez odborného dohledu na základě indikace lékaře (44).

Výčet činností a kompetencí, jenž v dnešní době sestry mají, je velmi rozsáhlý. Vyhláška č. 424/2004 Sb. uvádí v § 3 činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí, tedy i všeobecné sestry. K těmto činnostem např. patří poskytování péče v souladu s právními předpisy a standardy, dbání na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vedení dokumentace, podílení se na praktickém vyučování, podílení se na přípravě standardů atd. (44).

Následující činnosti sester jsou vymezeny v § 4 vyhlášky č. 424/2004 Sb., které jsou pro lepší přehlednost a orientaci dále rozděleny do čtyř odstavců (Příloha 1).

Odstavec první uvádí činnosti sestry, která „bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu“ (39, s. 8098). Přitom zejména vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti, projevy onemocnění, dále sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce, také pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav klienta, zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu, provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost, hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže, provádí rehabilitační ošetrovatelství a nácvik sebeobsluhy, provádí edukaci o ošetrovatelských postupech

a připravuje informační materiály, orientačně hodnotí sociální situaci klienta, provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých atd. (44).

Odstavec druhý uvádí činnosti, na kterých se sestra podílí pod odborným dohledem sestry se specializovanou způsobilostí, tj. na podílení se poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče (44).

Třetí odstavec uvádí činnosti, na kterých se sestra podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, tj. na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Dále připravuje klienty k diagnostickým a léčebným postupům, které sama provádí nebo při nich asistuje a následně zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich. Také podává léčivé přípravky (s výjimkou radiofarmak a nitrožilních injekcí a infúzí u klientů do 3 let), zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, provádí screeningová a depistážní vyšetření, provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy a provádí výplach žaludku u klientů při vědomí starších 10 let a další (44).

V posledním čtvrtém odstavci je uvedeno, že sestra pod odborným dohledem lékaře aplikuje nitrožilně krevní deriváty a spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků. Dále bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře ošetřuje klienta v průběhu aplikace transfuzních přípravků a ukončuje je (44).

Tento nepatrný a velmi obecný výčet činností, které sestra při svém povolání vykonává, poukazuje na odpovědnost, jaká je s tímto povoláním spjata.

1.3 Odpovědnost sestry vyplývající z výkonu povolání

Nezávislost sestry při vykonávání ošetrovatelských činností je spjata s profesionálním jednáním a mírou odpovědnosti, které s sebou toto povolání přináší. Jednání sestry je ovlivněno nejen legislativou, ale i etickými a mravními normami. Sestra je odpovědná nejen za co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované péče, za odborný růst, za prohlubování si znalostí o právních předpisech platných pro její profesi, ale i za dodržování určitých morálních pravidel, které jsou spjaté s její profesí a které jsou známy jako Etický kodex sester (5).

Morální normy se od norem právních liší zejména tím, že jejich porušení není sankcionováno státně mocenskými prostředky, nýbrž je postihováno jiným způsobem – dotčenou osobu trápí výčitky svědomí, je odsouzena veřejným míněním apod. Právní normy nám stanovují povinné chování i důsledky, které jsou při jejich porušení stanoveny. Mravní a právní normy jsou často v těsném vztahu a proto je nezbytné věnovat těmto normám potřebnou pozornost.

1.3.1 Právní odpovědnost sestry

Sestra se při vykonávání své profese setkává se škálou povinností, jejichž porušení může vést k právní odpovědnosti. Z právního hlediska je vysvětlována odpovědnost jako povinnost přijmout sankce za protiprávní jednání, tj. jednání, které je v nesouladu s platným předpisem. Takovým protiprávním jednáním může být i postup *non lege artis*. Znamená to, že postupuje-li sestra při jakékoliv činnosti v rozporu s právním předpisem, může být volána k odpovědnosti. Je proto velmi důležité znát základní typy odpovědnosti, které se v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče mohou vyskytovat (22, 42).

Podle právního odvětví je odpovědnost dále dělena do kategorie trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní a správní. Neměli bychom však zapomínat, že existuje velké množství pravidel, které nejsou stanoveny právními normami, ale např. organizačními řády, standardy nebo stavovskými předpisy, které jsou spojené s členstvím sesterské organizace např. s Českou asociací sester (22, 42, 43).

Trestněprávní odpovědnost

Trestněprávní odpovědnost má oporu zejména v zákoně č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů. Trestní zákon nám určuje, která jednání a činy jsou považovány za trestné činy a jaké sankce jsou za ně ukládány. Ve svých důsledcích se jeví jako nejzávažnější ze všech zde uvedených druhů odpovědnosti. Trestněprávně odpovědná je pouze fyzická osoba, které byla v trestním řízení před soudem vina prokázána. Soud pak může uložit trest odnětí svobody, peněžitý trest nebo

zákaz výkonu činnosti. Trestnost činu však může být vyloučena, jednala-li osoba v nutné obraně nebo situaci krajní nouze.

Sestra se ve své práci může dopustit trestného činu např. neposkytnutí pomoci, ublížení na zdraví z nedbalosti, z vraždy a mnohých dalších.

Je povinností každé sestry poskytnout pomoc osobě, která jeví známky vážné poruchy zdraví nebo je v nebezpečí smrti. Výjimkou je, hrozí-li sestře při poskytnutí pomoci nebezpečí. Toto nebezpečí se však nevztahuje např. k možné nákaze přenosným onemocněním jako je virus HIV, neboť poskytnutí pomoci je povinností sestry a riziko, které je s tím spojeno, je součástí její práce. Neposkytne-li sestra pomoc, může být potrestána odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.

K trestnému činu ublížení na zdraví z nedbalosti dochází tehdy, jestliže sestra ublíží klientovi tím, že poruší povinnost, která vyplývá z jejího povolání, postavení nebo funkce. Sestra může být potrestána odnětím svobody až na jeden rok, zákazem činnosti, popřípadě dojde-li k těžké újmě na zdraví nebo smrti, je trestní sazba vyšší. Jako příklad můžeme uvést zanedbání kontrol klienta na lůžku, nesprávná aplikace léku nebo aplikace nesprávného léčivého přípravku.

Nejzávažnější je trestný čin vraždy. Sestra se jej dopustí, pokud úmyslně usmrtí jinou osobu – klienta. Za tento trestný čin je pak potrestána odnětím svobody na deset až patnáct let, ale také může dostat až výjimečný trest. K těmto trestným činům se připojuje i tzv. usmrcení z milosti neboli euthanasie, která také není uvedena v našem právním řádu, a proto by uvedené jednání bylo posuzováno stejně jako vražda (22, 41, 42, 43).

Občanskoprávní odpovědnost

Občanskoprávní odpovědnost má oporu zejména v zákoně č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. Občanský zákoník obsahuje právní předpisy upravující majetkové vztahy a vztahy vyplývající z práva na ochranu osobnosti, tzn., že při poskytování péče může vzniknout škoda majetková, nemajetková, ale také např. újma na občanské cti, důstojnosti. Občanský zákoník nám ukládá povinnost počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, majetku, přírodě

a životním prostředím. Porušení této povinnosti může být způsobeno buď nepatřičným jednáním nebo naopak nečinností. Především škody spočívá v jejím odvrácení nebo alespoň minimalizaci prostřednictvím zakročení a to přiměřeně okolnostem ohrožení. Při odvrácení hrozící škody by tedy nemělo dojít ke vzniku vyšší škody než té, která hrozila. V tomto případě se pak jedná o tzv. krajní nouzi. Druhý případ, kdy je uplatněno zproštění odpovědnosti za škodu ze zákona je tzv. jednání v nutné obraně proti hrozícímu nebo trvajícím útoku. Například je-li sestra napadena agresivním klientem a při odvrácení útoku způsobí klientovi nějakou škodu, tj. poškození zdraví, oděvu apod., jednala v nutné sebeobraně. O nutnou obranu však nepůjde tehdy, jestliže je samotná obrana zřejmě nepřiměřená povaze a nebezpečnosti útoku.

Ten, kdo odvracel hrozící škodu, má právo na náhradu jak účelně vynaložených nákladů, tak na náhradu škody, kterou přitom utrpěl. Tato náhrada je však stanovena nejvýše do rozsahu, který odpovídá škodě, jenž byla odvrácena např. na poškození oděvu, nástrojů, spotřebované pohonné hmoty atd. Při náhradě škody a určování její výše se vychází z ceny věci v době poškození. Úhrada je zpravidla hrazena v peněžní podobě, tj. v penězích a nebo je-li to možné uvedením věci do původního stavu (22, 41, 43).

Pracovněprávní odpovědnost

Pracovněprávní odpovědnost má oporu v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce, s účinností od 1.1.2007 a dále ve vnitřních předpisech upravujících konkrétní činnost na jednotlivých pracovištích zdravotnických zařízení, jako je např. kolektivní smlouva. Zákoník práce nám tedy upravuje práva a povinnosti zaměstnanců i zaměstnavatelů v oblasti pracovněprávních vztahů. Je zde uvedena povinnost předcházení vzniku škod a případná náhrada za způsobenou škodu, a to jak ze strany zaměstnavatele, tak i zaměstnance. Oba subjekty tedy mají povinnost počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví a majetku, a k bezdůvodnému obohacení.

Zaměstnavatel je povinen nejen soustavně kontrolovat zaměstnance, zda plní své pracovní úkoly, aby nedocházelo ke škodám, ale také aby nebyl poškozován jeho vlastní majetek. Za tímto účelem je oprávněn provádět kontrolu věcí, které jsou

vnášeny či odnášeny zaměstnancem, popřípadě provádět prohlídky zaměstnanců. Při prohlídce zaměstnance však musí zaměstnavatel dodržovat právní předpisy o ochraně osobní svobody, dále nesmí dojít k ponížení lidské důstojnosti a v neposlední řadě může osobní prohlídku činit pouze osoba stejného pohlaví. Pokud zaměstnanec způsobí škodu porušením svých povinností a je zaměstnanci zavinění prokázáno, může se výše náhrady rovnat až čtyřapůlnásobku jeho průměrného měsíčního výdělku.

Zaměstnavatel odpovídá zaměstnanci za škodu, která mu vznikla při plnění pracovních úkolů nebo v přímé souvislosti s ním, popřípadě která vznikla jako následek při plnění úkolů zaměstnavatele jiným jeho zaměstnancem. V tomto případě je zaměstnavatel povinen nahradit zaměstnanci skutečnou škodu, která vychází z ceny věci, kterou měla v době poškození. Škoda se převážně hradí peněžní formou, je možné však škodu odčinit uvedením poškozené věci v předešlý stav (22, 41, 42, 43).

Správní odpovědnost

Správní odpovědnost má oporu zejména v zákoně č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů. Přestupkem je míněno úmyslné nebo nedbalostní jednání. Za přestupek se považuje jednání, které porušuje nebo ohrožuje zájem společnosti, a které je za přestupek vysloveně v zákoně označeno a nejde o jiný správní delikt nebo o trestní čin. Odpovědnost za přestupek není ukládána osobě mladší patnácti let, osobě s duševní poruchou a osobě, která nemohla ovládat své jednání, tj. pokud se do stavu nepřičetnosti nepřivedla sama např. požitím alkoholu. Sankce, které se za přestupky mohou udělit jsou: napomenutí, pokuta, zákaz činnosti nebo propadnutí věci. Někdy ale bývá od uložení sankce upuštěno a to v případě, že k nápravě pachatele postačí samotné projednání přestupku.

Sestra se ve své práci může dopustit přestupku porušením povinností při zacházení s omamnými látkami, paděláním lékařského předpisu nebo porušením povinností vedoucí k zabránění vzniku infekčních onemocnění. Za tyto vyjmenované přestupky pak lze uložit pokutu až do výše 10 000 Kč (20, 36, 37, 38).

1.3.2 Morální odpovědnost sestry

Odpovědnost sestry může být z morálního pohledu chápána jako schopnost zodpovídat se za to, jak byla splněna ošetrovatelská péče z hlediska morálních norem a standardů (6).

Vývoj morálních zásad z filozofického pojetí

Již v dějinách samotné filosofie se řečtí filosofové vyjadřovali k mravům, a to především ve smyslu společenských obyčejů. Vyžadování mravních vlastností podléhalo společenské atmosféře, která byla v poměru k práci, v péči o věci a v péči o druhé. Tehdy se mravní vlastnosti projevovaly např. zdvořilostí, úctou a vděčností. Tehdejší význam slova etika je dnes částečně spodobněn ve smyslu zvyku. Za představitele řecké filozofie můžeme považovat Sokrata (věřil ve vnitřní hlas, jenž člověka vede a určuje jeho správné chování) a Aristotela (9, 12, 18).

Po řecké filosofii nastupuje filosofie středověká. Život lidí byl v daném období ovlivňován nejen etikou, ale i křesťanstvím. Aurelius Augustus, neboli svatý Augustin, převzal čtyři ctnosti z antiky: moudrost, spravedlnost, statečnost, skromnost a přidává ctnosti křesťanské, zaměřené na víru, naději a lásku. Na sklonku středověku se začaly vymaňovat morální zásady z dominantního vlivu církve, čímž nastává pozvolný přechod do období novověku (9, 12, 18).

Významnou postavou ranného novověku byl např. Jan Amos Komenský, který považoval mravnost za nedílnou součást vzdělání. Ve svých dílech se věnuje nejen etice, kterou rozdělil do čtyř úrovní, ale i morálním otázkám. Anglický filosof David Hume klade v etice důraz na vztah individua a společnosti. V jeho díle se dočteme, že není rozhodující úmysl, ale důsledek. Protikladem je tvrzení německého filosofa Emmanuela Kanta, který uvádí, že je nejdůležitější dobrá vůle, čili úmysl, bez ohledu na to, jaký je výsledek. Uvedené filozofické pojetí však bylo mnohokrát kritizováno. Někteří filosofové jsou přesvědčeni o postupném vytváření dobrých mravů na základě sociálních vlivů a životních zkušeností. Rakouský zoolog, zakladatel moderní etologie a nositel Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství (1973) Konrad Zacharias Lorenz

(7. listopad 1903 – 27. únor 1989) dokládá, že podstatou tzv. mravního jednání jsou osvědčené vzorce chování (9, 12, 16, 18, 48).

O původu mravnosti se i dnes vedou spory a její pojetí je dáno i kulturou samotné doby, ve které žijeme. Mravní vztahy se vytvářejí podle postoje každého z nás k sobě samému, k druhým lidem a ke společnosti. Můžeme říci, že etika je teorií mravnosti a jako pojem nadřazena morálce. Souhrnně lze říci, že nám morálka určuje společensky žádoucí jednání a chování nejen sester, ale všech lidí. Morálka je tvořena pouze normami ve společnosti, kdežto etika se zabývá i normami, které by měly být respektovány. Etické normy jsou tedy obecné vzorce žádoucího chování (9, 12, 16, 18).

Stručný pohled na zdravotnickou etiku

Morální aspekty jsou součástí vystupování sestry, jejího povolání a odpovědnosti. Již v knize *Etika ošetrovatelství*, jejíž autorkou byla v roce 1940 Estrád Rodherová, se můžeme dočíst o obětavosti a solidaritě k nemocným a samotné odpovědnosti. Při studiu publikací, zabývajících se etikou, se dovídáme o základních principech etiky, do kterých řadíme princip prospěšnosti, autonomie, spravedlnosti, neškodnosti, pravdomluvnosti, věrnosti a poctivosti. Uvedené principy jsou klíčové při poskytování ošetrovatelské péče (8, 9, 12, 18).

Mravní normy, které jsou definovány v písemné podobě, známe pod názvem Etický kodex sester. Uvedený kodex nám dává doporučení, návody a rady, které nás vyzývají k určité formě jednání a chování. Etický kodex sester je nejen návodem toho, jak se má sestra chovat, nýbrž je i mírou hodnocení jejího chování. Je tedy preventivním faktorem vůči nemorálnímu chování sestry a pomáhá zvyšovat důvěru veřejnosti k ní samotné i k jejímu povolání. Morální odpovědnost je vyvozována z neplnění společenských norem či pravidel chování, která v naší společnosti existují. Při porušení etického kodexu, který je definován na základě představy společnosti o humánním postavení vyplývající z úcty k lidskému životu, vzniká etická odpovědnost. Jednoduše se dá říci, že etická odpovědnost sestry je odpovědnost za všechny činy, které vykonává (1, 4, 9, 12, 16, 18).

Etický kodex sester byl poprvé vypracován Mezinárodní radou sester a sesterskou veřejností přijat v roce 1973. Poslední změna Etického kodexu v České republice byla provedena roku 2004 a je uvedena ve věstníku MZ ČR, částce 7, s názvem „Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů“ (37, s. 12-14). Tyto obecná pravidla vyjadřují, jaké hodnoty a morální přesvědčení by měla sestra při svém povolání uznávat. Etický kodex je členěn do několika oddílů (Příloha 2), které upřesňují nejen etické zásady sestry, ale také etické zásady sestry a spoluobčana, sestry a společnosti, sestry a spolupracovníka, její profesi a praxi (4, 18, 37).

1.4 Nejčastější pochybení při výkonu povolání

Jakákoliv činnost prováděná sestrou při poskytování ošetrovatelské péče může být provázena selháním s většími či menšími následky. Je třeba si uvědomit, že pochybení při poskytování ošetrovatelské péče má následky jak pro klienta, tak i pro sestru, která péči poskytla a přitom pochybila (43).

V současné době je pochybení středem pozornosti, neboť se týká všech zdravotnických pracovníků. S touto problematikou se setkáváme například prostřednictvím článků v odborných časopisech, ale i médiích, které veřejnost seznamují s těmi nejzávažnějšími pochybeními.

Nesmíme však zapomínat na to, že máme i řadu preventivních prostředků a opatření, pomocí kterých je pochybení minimalizováno. Mezi preventivní opatření řadíme např. standardy, zvyšování kvalifikace sester, používání moderní ošetrovatelské technologie, soustavné hodnocení kvality, provádění auditů, realizování výzkumů a využití výsledků v praxi, vyhodnocování stavu pacientů pomocí hodnotících a měřících technik s následnými opatřeními dle zjištěných výsledků.

1.4.1 Studie nejčastějších pochybení

Pokud se podíváme pozorněji na studie ostatních zemí a států, velmi rychle se z jejich výsledků dovídáme časté chyby, které doprovázejí zdravotnické pracovníky. Zaměříme se ale na pochybení sester, které nás může každodenně doprovázet.

Ve Spojených státech amerických se pochybení vyskytuje nejčastěji při podávání léků. Konkrétně ve špatném časovém rozmezí, opomenutím podat lék, nevhodné dávce léku či neoprávněném podání. „Studie (AHRQ, 2001) naznačuje, že v akutních zdravotnických zařízeních dochází k 2 – 7 medikačním omylům na 100 příjmů“ (33, s. 28). Sestry poskytují ošetrovatelskou péči a proto se během ní dopouští i různých pochybení. „Odborný tým Practice Breakdown Research Advisory Panel (PBRAP) v roce 2001 identifikoval osm hlavních kategorií pochybení, ke kterým v ošetrovatelství dochází ...“ (33, s. 34). Tyto kategorie se zabývají nedostatečnou pozorností k měnícímu se stavu pacienta, nedostatečnou morální odpovědností, nesprávným rozhodováním, medikačními chybami, nedostatečnými intervencemi a preventivními opatřeními, chybně interpretovanými ordinacemi a v neposlední řadě i chybami v ošetrovatelské dokumentaci (33).

Vraťme se však zpátky do České republiky, kde se za posledních osm let setkáváme s publikacemi, zabývajícími se tématem pochybení, především v odborných časopisech. Pochybením se zabývá i doktorka Skálová ve svém sdělení s výstižným názvem „Jsou nemocnice nebezpečnější než bungee-jumping?“ (25, s. 10-13). Zmiňuje zde vydání dvou dokumentů Amerického institutu medicíny, které byly určeny široké veřejnosti, a iatrogenní poškození klientů vstupujících do nemocnic. Nezapomíná ani na prostředek pro zajištění bezpečné nemocniční péče, a tím je systém akreditací. V letošním roce byl v časopisu Sestra otištěn průzkum zaměřený na názory sester v poskytování bezpečné ošetrovatelské péče, který se uskutečnil v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. V článku se můžeme dočíst, jaké faktory nejčastěji snižují kvalitu poskytované péče. Jako nejčastější faktory byly uvedeny: ovlivnění klientů zkreslenými informacemi ze svého okolí, a to nejen od spolupacientů, ale i z masmédií. Také potýkání se s plněním ordinací po telefonu je takřka každodenní boj při poskytování ošetrovatelské péče. Za zmínku stojí i provádění výkonů sester, které jsou nad rámec jejich kvalifikace z mnoha důvodů. Je nutné si však uvědomit, že toto jsou pouze začátky monitorování v oblastech pochybení v ČR a je velmi důležité v něm pokračovat (10, 25).

1.4.2 Důležité kroky k prevenci pochybení

Asi nejdůležitějším aspektem v pochybení je, když si každá sestra přizná, že je především lidská bytost a jako taková má potenciál pro pochybení. Nikdy nebudeme naprosto perfektní a proto bychom měly hledat možné prostředky, kterými zvýšíme bezpečnost klientů a snížíme rizika pochybení. Těmito kroky pak můžeme ujistit klienty, že jsme provedly všechna potřebná opatření, které byly v našich silách a tím snížily možné riziko na minimum.

Jako jedno z hlavních preventivních opatření je stanovení standardů, provádění auditů a získávání certifikátů kvality. Tyto opatření tak směřují k nalezení nedostatků a jejich následné napravení. Velmi důležitá je také znalost náplně činností sester a jejich celoživotní vzdělávání, které napomáhá k minimalizaci pochybení. Nesmíme zapomínat ani na provádění ošetrovatelské péče prostřednictvím ošetrovatelského procesu s pomocí nejnovějších trendů. Můžeme se snažit změnit i organizační proces, používat nejmodernější technologii a provedená opatření zpětně vyhodnotit. Za zmínku stojí i hlášení mimořádných událostí, které nám ukazuje možné nedostatky a nabádá nás k provedení potřebných opatření, které by minimalizovaly možné opakování nechtěné události (7, 10, 33).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Zmapovat, ve které oblasti činností všeobecných sester se nejčastěji vyskytují pochybení. Zjistit, jaké jsou vytvořeny postupy zabraňující vzniku pochybení.

2.2 Hypotézy

H1: K nejčastějšímu výskytu pochybení dochází v souvislosti s podáváním léků.

H2: Všeobecné sestry nejsou v odpovídající míře seznámeny se zněním vyhlášky č. 424/2004 Sb.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

K dosažení cíle bakalářské práce a ověření stanovených hypotéz byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Dotazník (Příloha 3) byl zaměřen na zmapování znalostí sester v jejich činnostech, na nejčastěji se vyskytující pochybení a na vytvoření preventivních postupů zabráňujících vzniku pochybení.

Dotazník je sestaven z 30 otázek. Prvních 6 otázek sloužilo k rozšíření charakteristiky zkoumaného souboru, otázky 7 – 30 sloužily k samotnému šetření. Otázky č. 7-16, č. 18 a č. 19 rozvíjely oblast zaměřenou na vyhlášku č. 424/2004 Sb. +a otázky č. 12, č. 13 a č. 25-28 byly zaměřeny na zjištění nejčastějšího pochybení v práci sestry. Otázky dotazníku byly sestaveny ze 2 otázek otevřených, 11 otázek uzavřených a 17 otázek polouzavřených.

Byl proveden předvýzkum u 23 dotazovaných a následně přeformulována otázka č. 23 a doplněny otázky č. 13, č. 15 a č. 25.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

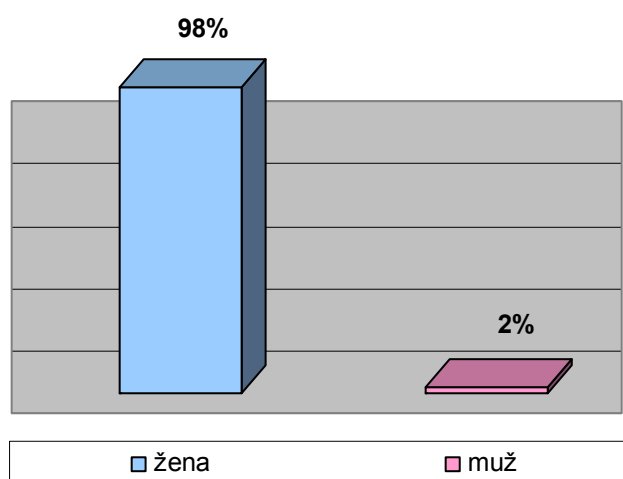
Sledovaný soubor tvořily sestry z celé České republiky, studující toho času v NCO NZO v Brně. V době šetření sestry dokončovaly pomaturitní specializační studium v oborech psychiatrie, onkologie, geriatric, interny, chirurgie a neurologie.

V průběhu měsíce března 2007 bylo rozdáno 210 dotazníků, kdy 32 dotazníků se nevrátilo vůbec a 178 dotazníků se vrátilo vyplněných. Žádný dotazník se nevrátil prázdný. Návratnost dotazníků byla 85%. Bylo potřeba vyřadit 17 neúplně vyplněných dotazníků. Výzkumný soubor tvořil 161 respondentů.

4. Výsledky

Graf 1 Pohlaví respondentů

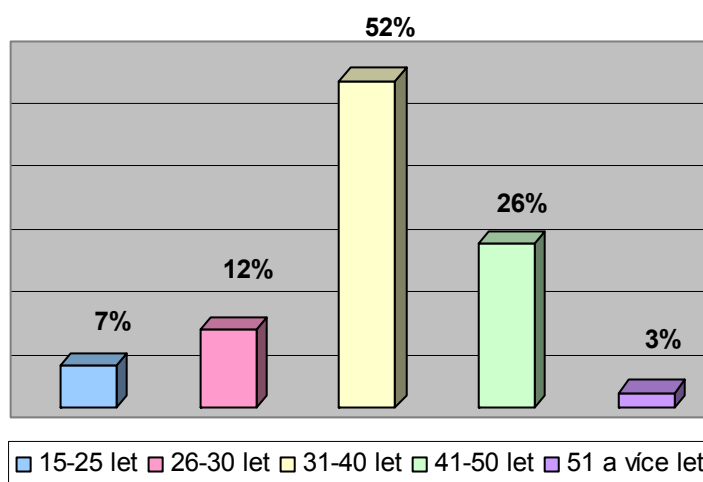
(graf k otázce č. 1)



Graf znázorňuje, že z celkového počtu respondentů vyplnilo dotazník 158 žen (98 %) a 3 muži (2 %).

Graf 2 Věk respondentů

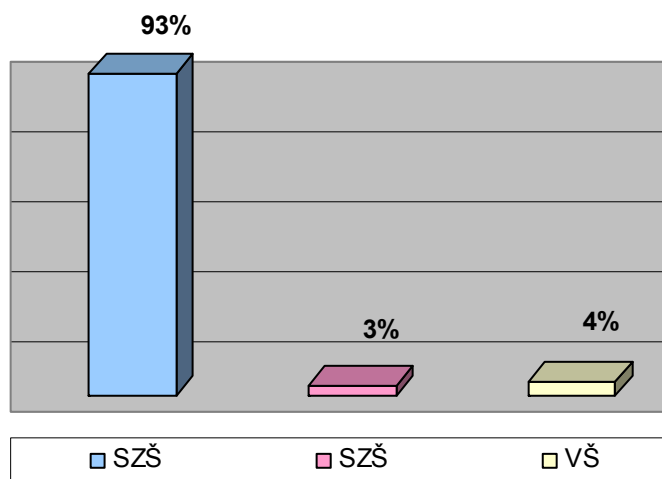
(graf k otázce č. 2)



Graf uvádí zastoupení věkové kategorie 31-40 let u 84 respondentů (52 %), 41-50 let u 42 respondentů (26 %), 26-30 let u 20 respondentů (12 %), 18-25 let u 12 respondentů (7 %) a 51 a více let u 4 respondentů (3 %).

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

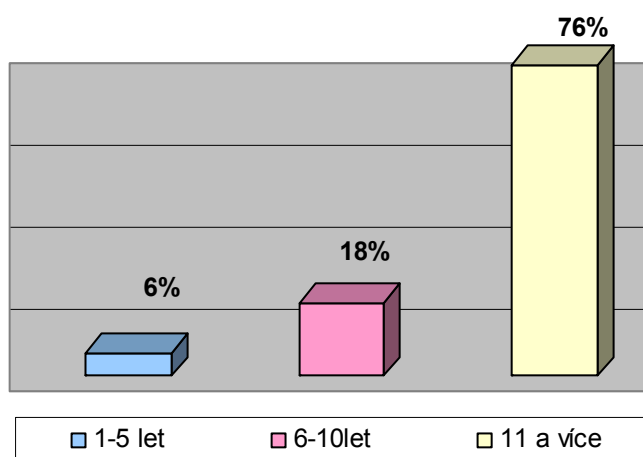
(graf k otázce č. 3)



Graf znázorňuje, že 149 respondentů (93 %) má středoškolské vzdělání, 5 respondentů má vyšší odborné vzdělání (3 %) a 7 respondentů (4 %) má vysokoškolské vzdělání.

Graf 4 Délka praxe sester

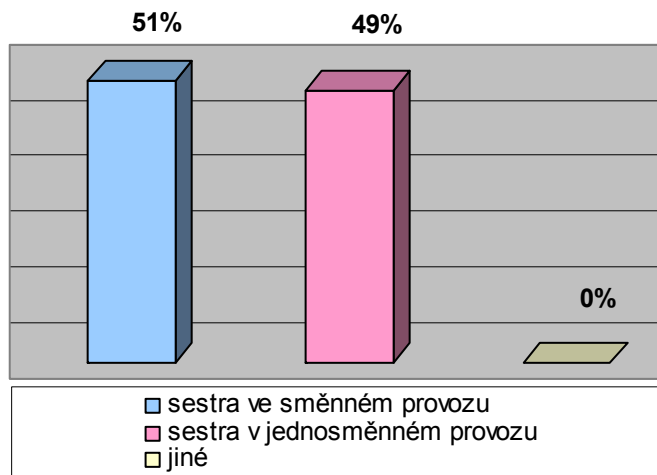
(graf k otázce č. 4)



Z uvedeného grafu vyplývá, že 123 respondentů (76 %) má praxi 11 a více let, 29 respondentů (18 %) má praxi 6-10let a 9 respondentů (6 %) má praxi 1-5 let.

Graf 5 Pracovní zařazení respondentů

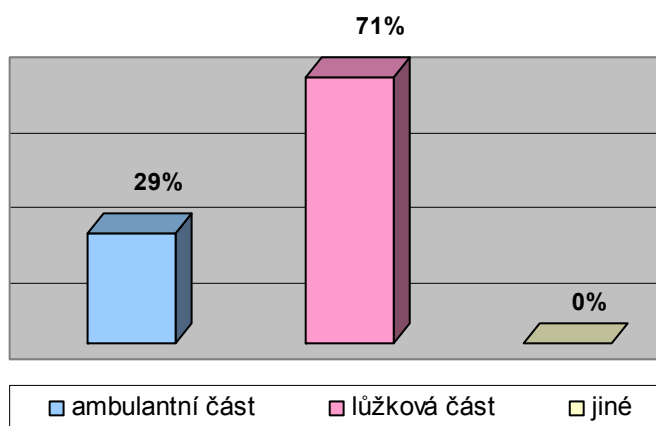
(graf k otázce č. 5)



Z uvedeného grafu vyplývá, že 82 respondentů (51 %) pracuje ve směnném provozu a 79 respondentů (49 %) pracuje v jednosměnném provozu. Nikdo z respondentů nevyužil nabízenou možnost jiné.

Graf 6 Pracoviště respondentů

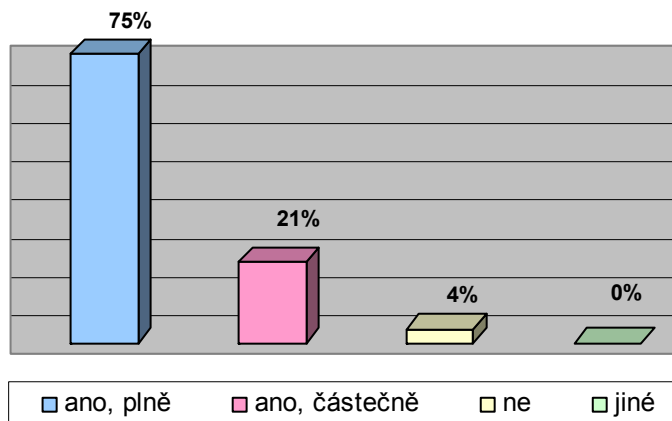
(graf k otázce č. 6)



Graf znázorňuje, že 114 respondentů (71 %) pracovalo v lůžkové části, 47 respondentů (29 %) pracovalo v ambulantní části. Nabízenou možnost jiné nevyužil nikdo z respondentů.

Graf 7 Znalost sesterských kompetencí respondenty

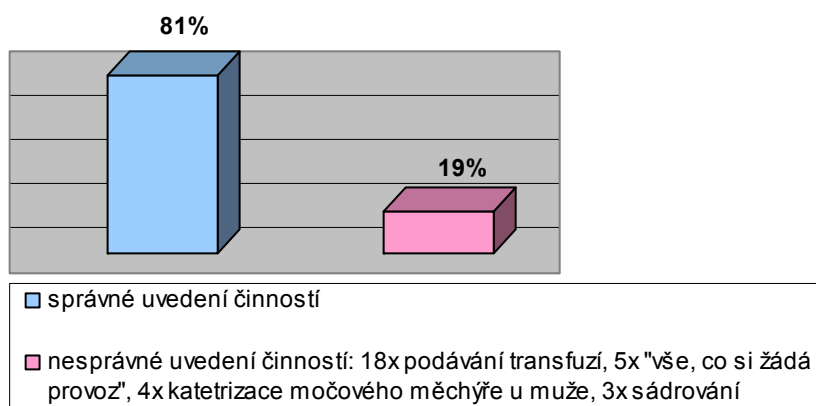
(graf k otázce č. 7)



Graf znázorňuje, že 121 respondentů (75 %) uvedlo plnou znalost svých kompetencí, 34 respondentů (21 %) uvedlo znalost částečnou a 6 respondentů (4 %) uvedlo, že kompetence nezná. Nabízenou možnost jiné nevyužil nikdo z respondentů.

Graf 8 Uvedení některých sesterských činností sestrami

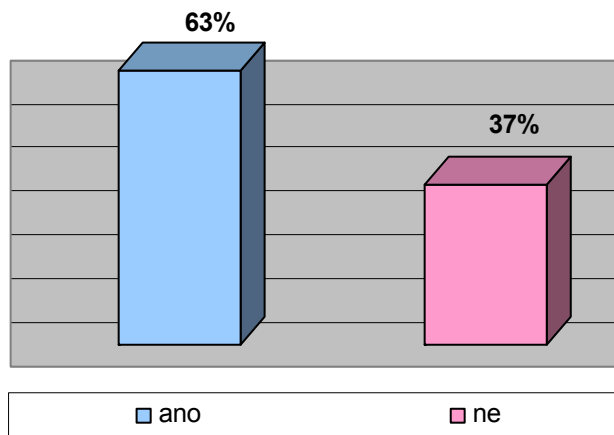
(graf k otázce č. 8)



Graf rozvíjí odpověď „ano“, na otázku z grafu 7, kterou uvedlo 155 respondentů (100 %). Správně uvedlo činnosti sester 125 respondentů (81 %), chybné údaje uvedlo 30 respondentů (19 %), kde za sesterskou činnost považuje 18 respondentů podávání transfuzí, 5 respondentů „vše, co si žádá provoz“, 4 respondenti katetrizaci močového měchýře u muže a 3 respondenti sádrování.

Graf 9 Znalost zákonných norem určujících rozsah činností sester

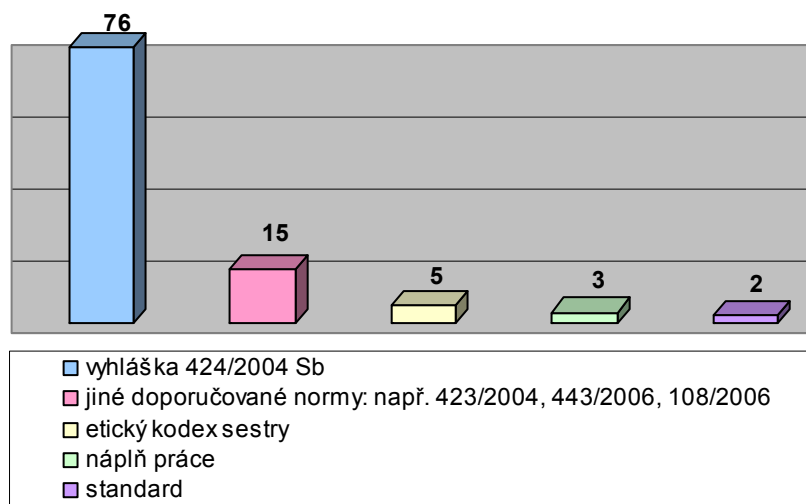
(graf k otázce č. 9)



Graf znázorňuje znalost zákonných norem, kterou uvedlo 101 respondentů (63 %), zbývajících 60 respondentů (37 %) uvedlo, že zákonnou normu nezná.

Graf 10 Zákonné normy určující rozsah činností sester uváděné sestrami

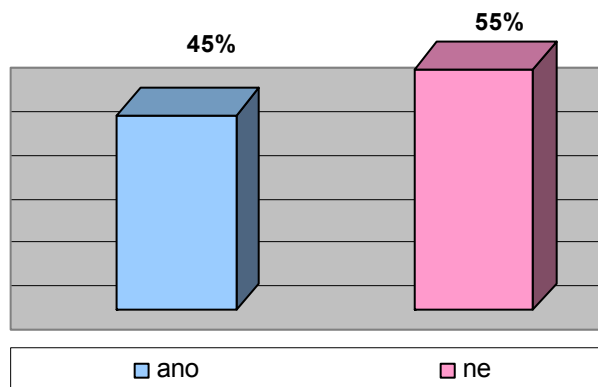
(graf k otázce č. 9)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 9 a znázorňuje četnost odpovědí. Vyhlášku č. 424/2004 Sb. uvedlo 76 respondentů. Jinou doporučenou normu uvedlo 15 respondentů, Etický kodex sester uvedlo 5 respondentů, náplň práce uvedli 3 respondenti a standard uvedli 2 respondenti.

Graf 11 Vykonávání nekompetentních činností sestrami

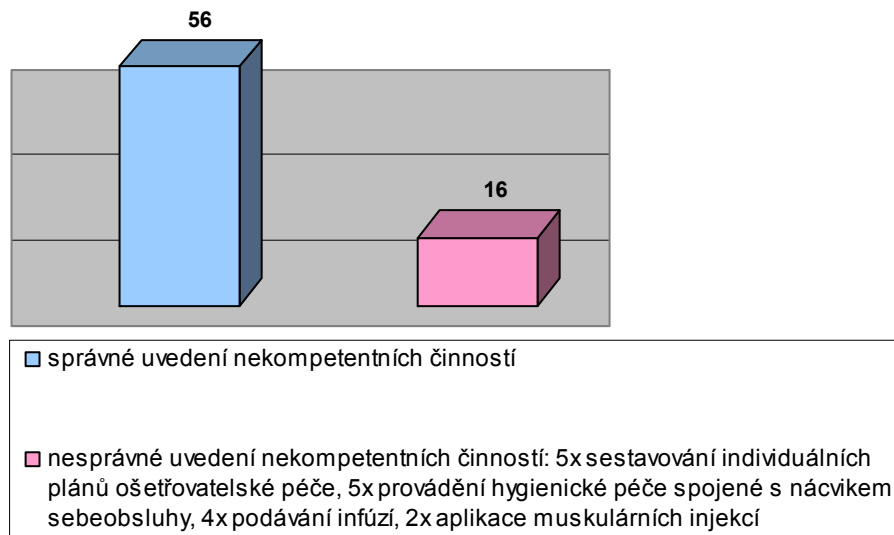
(graf k otázce č. 10)



Graf znázorňuje, že 72 respondentů (45 %) provádí činnosti, ke kterým nejsou kompetentní, 89 respondentů (55 %) se domnívá, že tyto činnosti neprovádí.

Graf 12 Nekompetentní sesterské činnosti uváděné sestrami

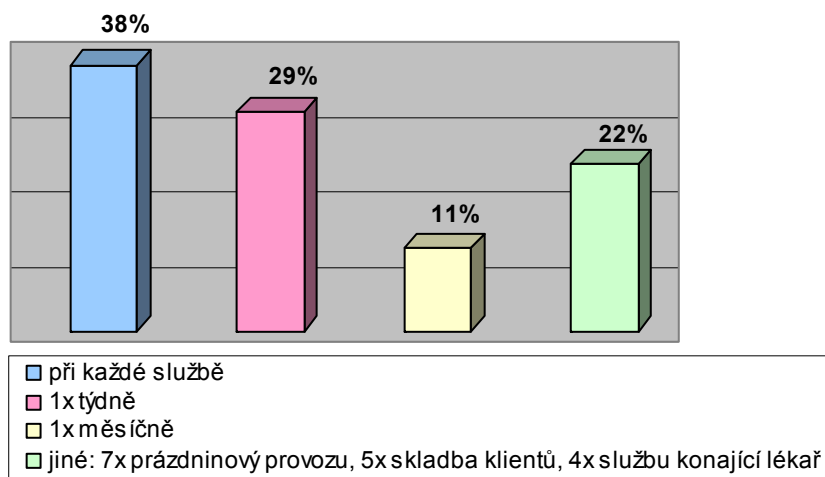
(graf k otázce č. 10)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 10, na kterou odpovídalo 72 respondentů a znázorňuje četnost odpovědí. Správně uvádělo nekompetentní činnosti 56 respondentů, zbývajících 16 respondentů zde uvádělo činnosti, které jsou v kompetenci sester.

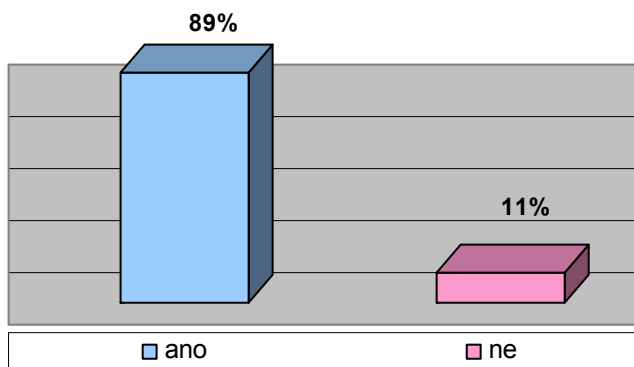
Graf 13 Častost v provádění nekompetentních činností sestrami

(graf k otázce č. 11)



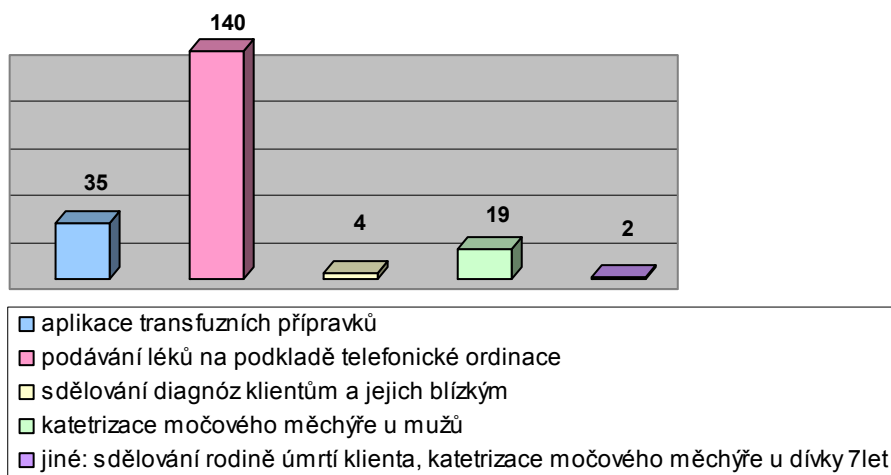
Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 10, kterou uvedlo 72 respondentů (100 %). Nekompetentní činnosti provádí 27 respondentů (38 %) při každé službě, 21 respondentů (29 %) 1x týdně a 8 respondentů (11 %) 1x měsíčně. Nabízenou odpověď jiné využilo 16 respondentů (22 %), kde 7 respondentů uvedlo, že časové rozmezí nelze přesně specifikovat, neboť bylo vázáno na prázdninový provoz, 5 respondentů uvedlo, že záleží na momentální skladbě klientů a 4 respondenti uvedli, že záleží na službu konajícím lékaři.

Graf 14 Žádost lékařů o provedení výkonu sestrou ke kterému není kompetentní
(graf k otázce č. 12)



Graf znázorňuje, že 143 respondentů (89 %) bylo požádáno lékařem o provedení nekompetentního výkonu, 18 respondentů (11 %) nebylo lékařem požádáno o provedení nekompetentního výkonu.

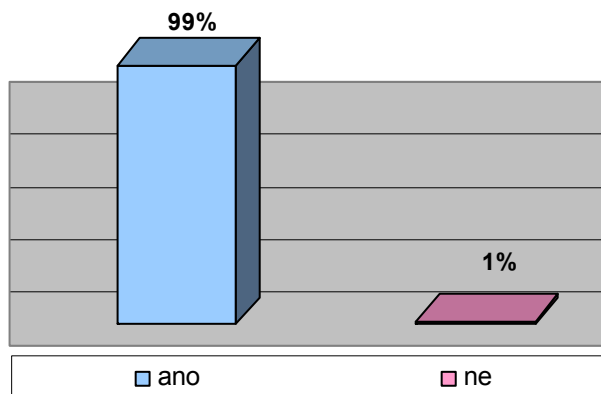
Graf 15 Druhy požadovaných výkonů lékařem, nespádající do kompetencí sester
(graf k otázce č. 12)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 12 a znázorňuje četnost odpovědí. Žádost lékaře o podání léků na podkladě telefonické ordinace uvedlo 140 respondentů, aplikaci transfuzních přípravků 25 respondentů, katetrizaci močového měchýře u mužů uvedlo 19 respondentů, sdělování diagnóz pacientům a jejich blízkým uvedli 4 respondenti. Nabízenou možnost jiné využili 2 respondenti, kde uvedl 1 respondent katetrizaci močového měchýře u dívky (7 let) a 1 respondent sdělování rodině o úmrtí klienta.

Graf 16 Provedení nekompetentního výkonu sestrou po požádání lékařem

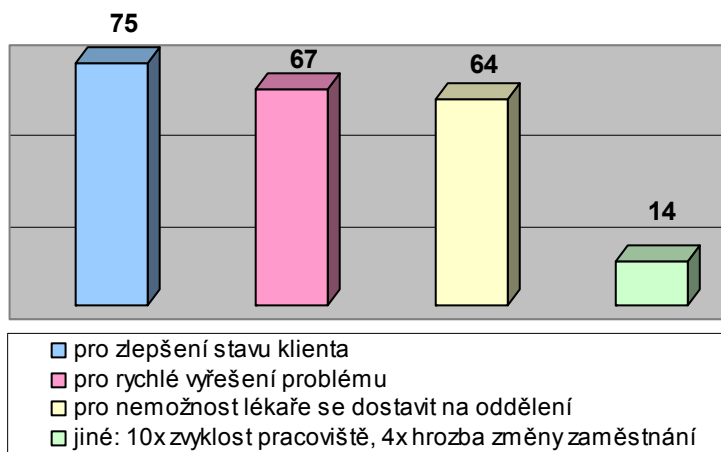
(graf k otázce č. 13)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 12 v počtu 143 respondentů (100 %). Nekompetentní výkon provedlo po požádání lékařem 141 respondentů (99 %), výkon neprovedli 2 respondenti (1 %).

Graf 17 Důvod provedení výkonu nespádajícího do činností sester

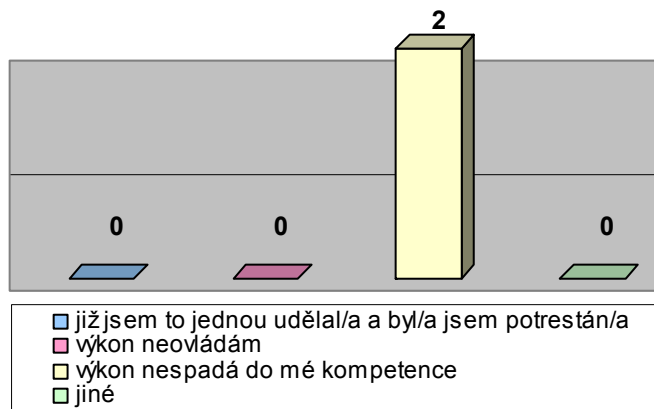
(graf k otázce č. 13)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 13 a znázorňuje četnost odpovědí. Jako důvod provedení nekompetentního výkonu uvedlo 75 respondentů zlepšení stavu klienta, dále 67 respondentů rychlé vyřešení problému, 64 respondentů nemožnost lékaře se dostavit na oddělení. Nabízenou možnost jiné využilo 14 respondentů, kde uvedlo 10 respondentů zvyklost pracoviště a 4 respondenti hrozbu změny zaměstnání.

Graf 18 Důvod neprovedení výkonu nespádajícího do činnosti sester

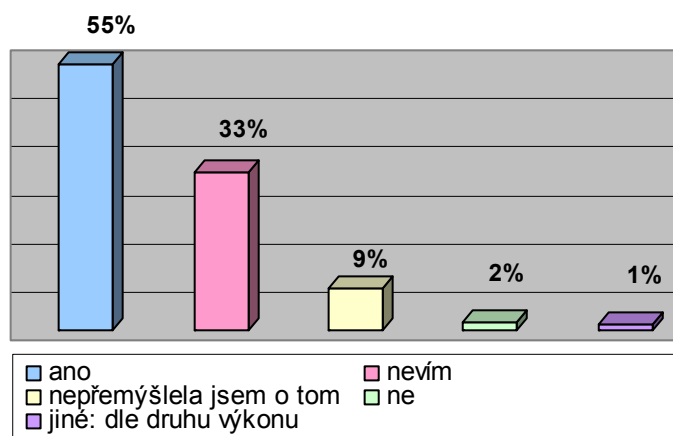
(graf k otázce č. 13)



Graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 13 a znázorňuje četnost odpovědí. Výkon nespádající do činností sester neprovedli 2 respondenti protože neměli kompetence k požadované činnosti. Další nabízené možnosti: již jsem to jednou udělal/a a byl/a jsem potrestán/a, výkon neovládám a možnost jiné nevyužil žádný z respondentů.

Graf 19 Odmítnutí ordinace lékaře sestrami nespádající do jejich kompetencí

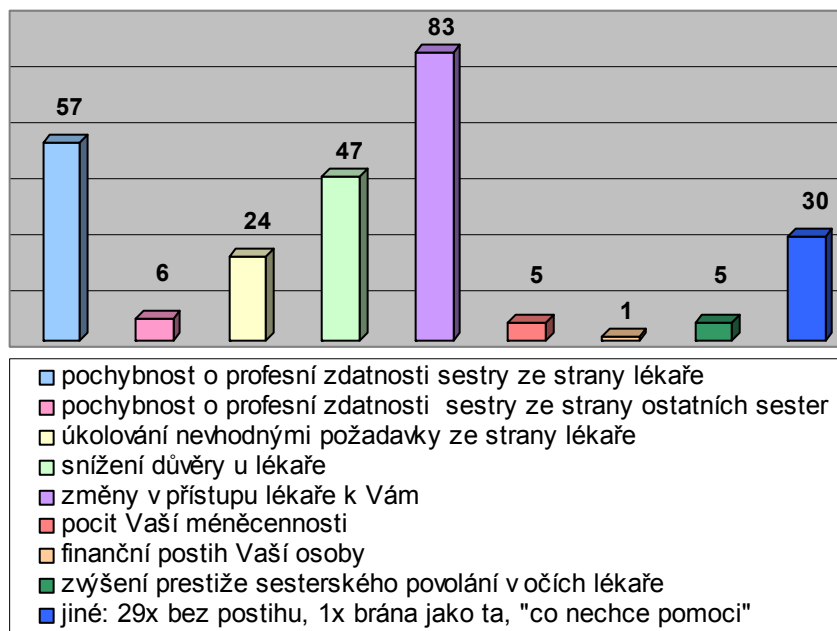
(graf k otázce č. 14)



Z grafu vyplývá, že ordinaci nespádající do kompetence sestry dokáže odmítnout 89 respondentů (55 %), 52 respondentů (33 %) neví, zda dokáže ordinaci odmítnout, 14 respondentů (9 %) o tom nepřemýšlelo, 3 respondenti (2 %) by nedokázali ordinaci odmítnout. Možnost jiné zvolili 2 respondenti (1 %), kde uvedli, že by záleželo na druhu výkonu o který by se jednalo.

Graf 20 Názor sester na odmítnutí splnění nekompetentní ordinace

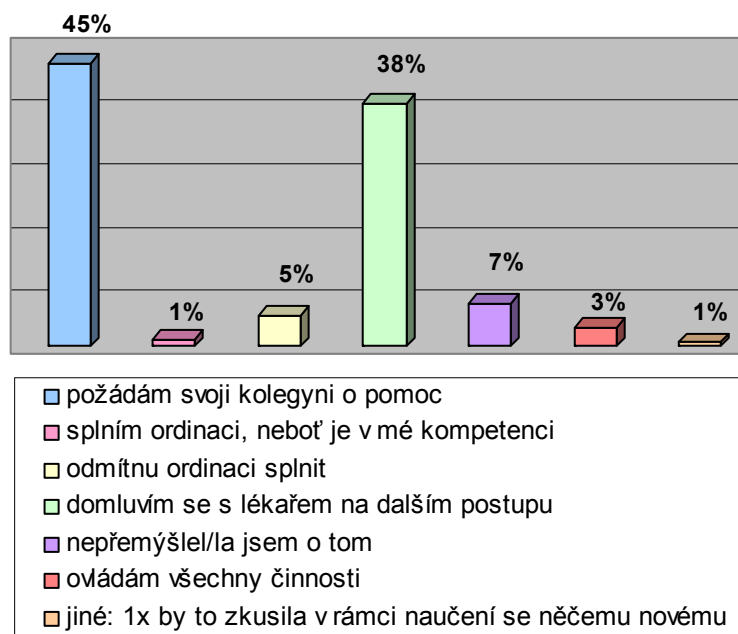
(graf k otázce č. 15)



Graf znázorňuje četnost odpovědí na následky, které by mohly dle názoru sester nastat při nesplnění nekompetentní ordinace. Nejčastěji uvedlo 83 respondentů změny v přístupu lékaře k nim samotným, 57 respondentů uvedlo pochybnost o profesní zdatnosti sestry ze strany lékaře, 47 respondentů uvedlo snížení důvěry u lékaře, 24 respondentů uvedlo úkolování nevhodnými požadavky ze strany lékaře. Dále uvedlo 6 respondentů obavy z pochybnosti o profesní zdatnosti sestry ze strany ostatních sester, 5 respondentů pocit vlastní méněcennosti a stejně tak 5 respondentů zvýšení prestiže sesterského povolání v očích lékaře. Nabízené možnosti jiné využilo 30 respondentů, kde 29 respondentů uvedlo, že by žádný postih nenastal, 1 respondent uvedl, že by byl brán jako ten, co „nechce pomoci“.

Graf 21 Přístup sester k činnosti naordinované lékařem, kterou neovládají

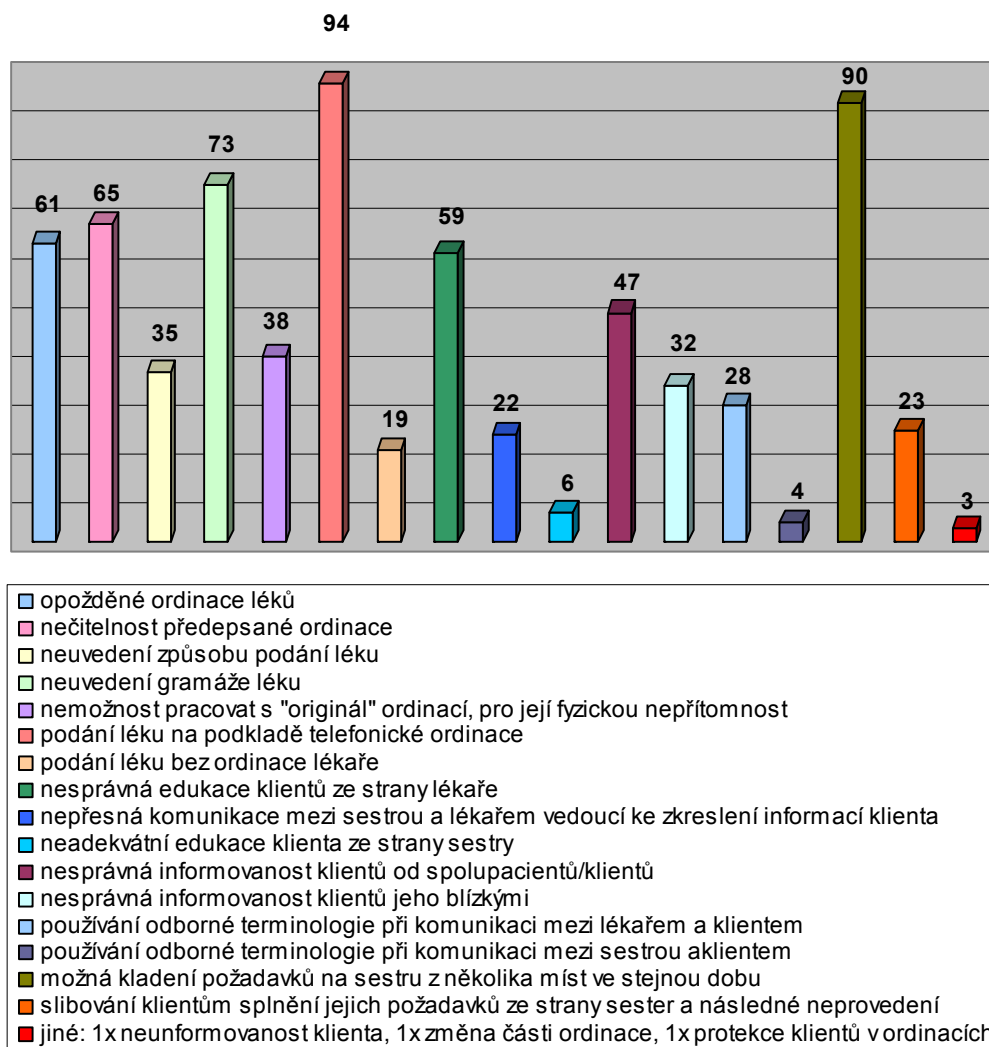
(graf k otázce č. 16)



Z grafu vyplývá, že pokud sestra neovládá činnosti naordinované lékařem, nejčastěji požádá svoji kolegyni o pomoc, což uvedlo 72 respondentů (45 %), nebo se domluví s lékařem na dalším postupu, což uvedlo 62 respondentů (38 %). Dále uvedlo 11 respondentů (7 %), že o tom nepřemýšlelo, 8 respondentů (5 %) již odmítlo ordinaci splnit a 5 respondentů (3 %) uvedlo, že ovládá všechny činnosti. Pouze 2 respondenti (1 %) uvedli, že ordinaci splnili, neboť byla v jejich kompetenci a 1 respondent (1 %) využil možnosti jiné, kde uvedl že „v rámci naučení se něčemu novému by výkon zkusil provést a tím splnil požadovanou ordinaci lékaře“.

Graf 22 Překážky znesnadňující ošetrovatelskou péči vnímané sestrami

(graf k otázce č. 17)

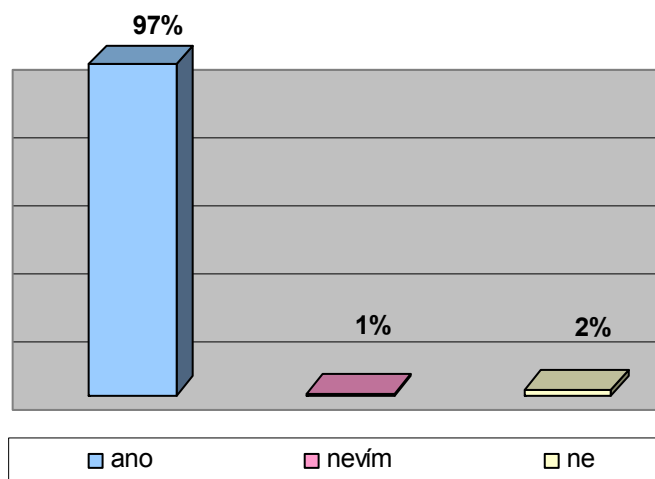


Graf uvádí četnost odpovědí v názoru sester na překážky znesnadňující ošetrovatelskou péči. Podávání léků na podkladě telefonické ordinace uvedlo 94 respondentů, možné kladení požadavků na sestru z několika míst ve stejnou dobu uvedlo 90 respondentů, neuvedení gramáže předepsaného léku uvedlo 73 respondentů, nečitelnost předepsané ordinace uvedlo 65 respondentů, opožděné ordinace léků uvedlo 61 respondentů a nesprávnou edukaci klientů ze strany lékaře uvedlo 59 respondentů. Překážku v nesprávné informovanosti klientů od spolupacientů/klientů uvedlo 47 respondentů, nemožnost pracovat s „originál“ ordinací, pro její fyzickou nepřítomnost uvedlo

38 respondentů, neuvedení způsobu podání léku uvedlo 35 respondentů a nesprávnou informovanost klientů jeho blízkými uvedlo 32 respondentů. Dále uvedlo 28 respondentů překážku v používání odborné terminologie při komunikaci mezi lékařem a klientem, 23 respondentů slibování klientům splnění jejich požadavků ze strany sester a následné neprovedení, 22 respondentů nepřesnou komunikaci mezi sestrou a lékařem, která vede ke zkreslení informací klienta, 19 respondentů podání léku bez ordinace lékaře, 6 respondentů neadekvátní edukaci klienta ze strany sestry a 4 respondenti uvedli překážku v používání odborné terminologie při komunikaci mezi sestrou a klientem. Možnost jiné zvolili 3 respondenti, kde uvedli neinformovanost klienta, změnu části ordinace a protekci klientů v ordinacích lékařů.

Graf 23 Odpovědnost sester za prováděné výkony u klienta

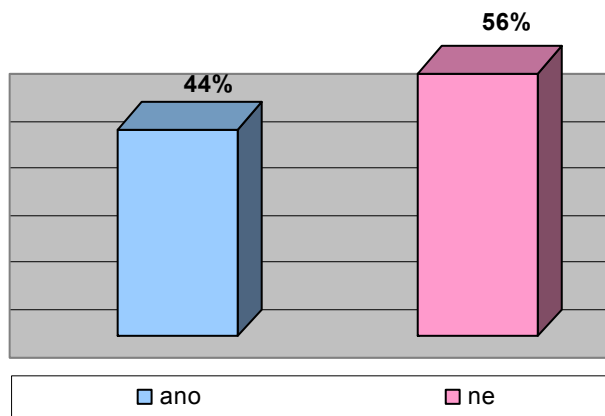
(graf k otázce č. 17)



Graf znázorňuje, že 157 respondentů (97 %) uvedlo, že má odpovědnost za poskytovanou péči, 3 respondenti (2 %) uvedli, že odpovědnost za poskytovanou péči nemají a 1 respondent (1 %) uvedl, že neví, zda tuto odpovědnost má.

Graf 24 Informovanost sester o právní odpovědnosti ve zdravotnictví

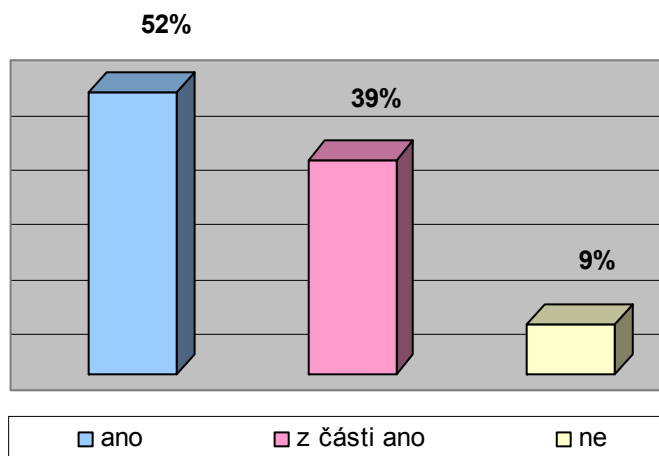
(graf k otázce č. 19)



Z grafu vyplývá, že 90 respondentů (56 %) uvedlo nedostatek informovanosti o právní odpovědnosti a 71 respondentů (44 %) uvedlo, že bylo plně informováno o právní odpovědnosti.

Graf 25 Práce sester dle standardů na pracovišti

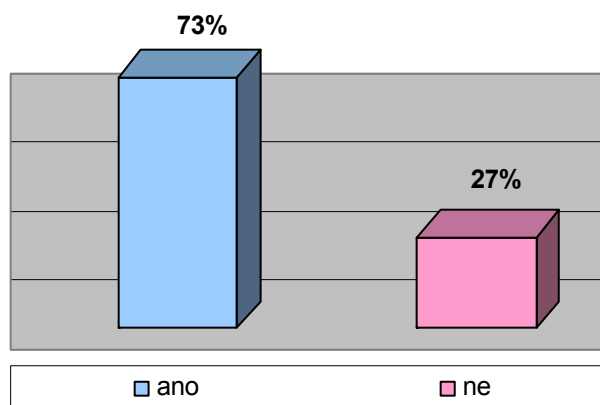
(graf k otázce č. 20)



Graf informuje o používání standardů na pracovištích a to zcela u 83 respondentů (52 %), z části u 63 respondentů (39 %) a nepoužívání standardů u 15 respondentů (9 %).

Graf 26 Provádění auditů na odděleních

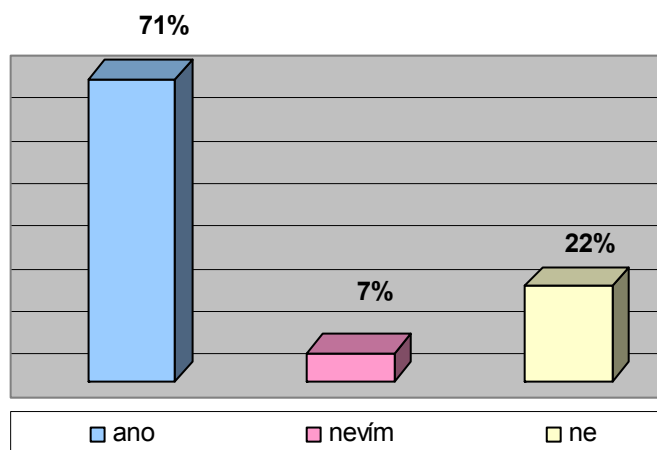
(graf k otázce č. 21)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ a „z části ano“ z grafu 25 o počtu 146 respondentů (100 %). Provádění auditů na pracovišti uvedlo 107 respondentů (73 %), neprovádění auditů uvedlo 39 respondentů (27 %).

Graf 27 Provádění průzkumných šetření spokojeností klientů s poskytovanou péčí na pracovišti sester

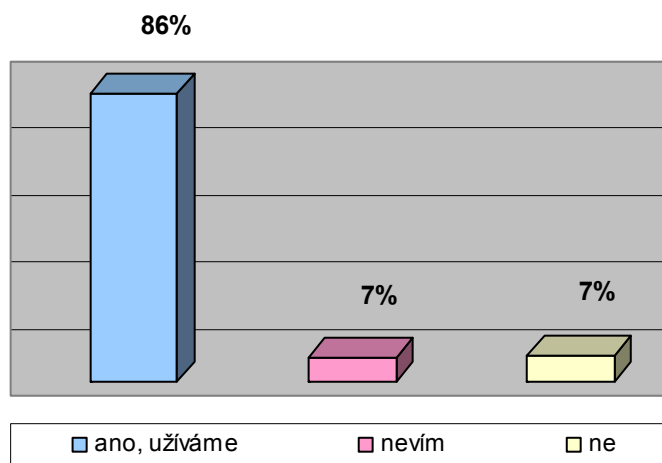
(graf k otázce č. 22)



Graf znázorňuje, že průzkumná šetření na svých pracovištích provádělo 114 respondentů (71 %), neprovádělo 36 respondentů (22 %) a neví, zda na pracovištích průzkumná šetření provádí 11 respondentů (7 %).

Graf 28 Používání záznamu hlášení o mimořádné události na pracovišti

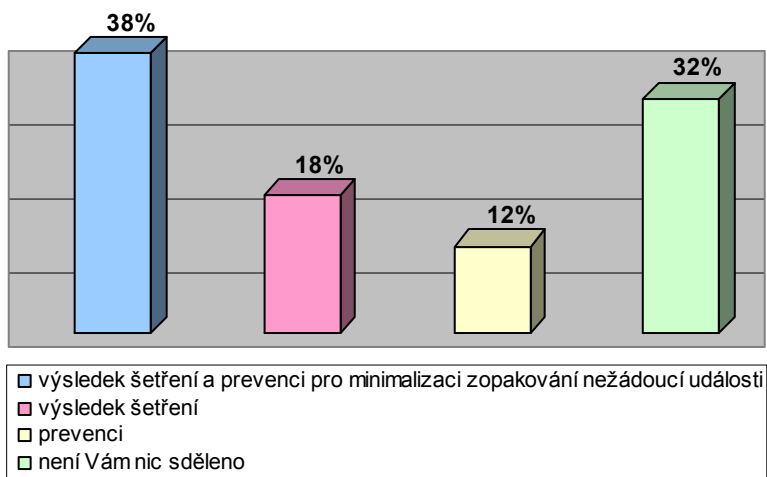
(graf k otázce č. 23)



Graf uvádí, že záznam hlášení o mimořádné události používá v rámci oddělení 138 respondentů (86 %), nepoužívá 12 respondentů (7 %) a neví, zda záznamy používá v rámci oddělení 11 respondentů (7 %).

Graf 29 Poskytnutí informací sestrám po mimořádné události

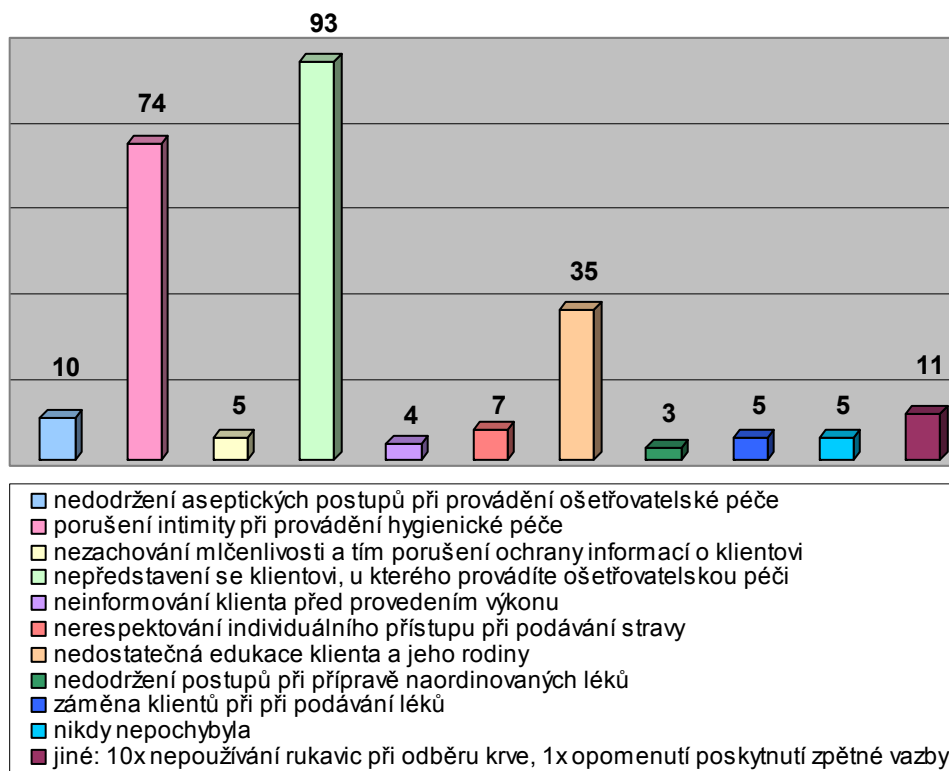
(graf k otázce č. 24)



Graf znázorňuje, že 61 respondentům (38 %) je po mimořádné události sdělen výsledek šetření i prevence pro minimalizaci zopakování nežádoucích událostí, 51 respondentům (32 %) není sděleno nic, 30 respondentům (18 %) je sdělen pouze výsledek šetření a 19 respondentům (12 %) je sděleno preventivní opatření.

Graf 30 Nejčastější pochybení v činnostech sester

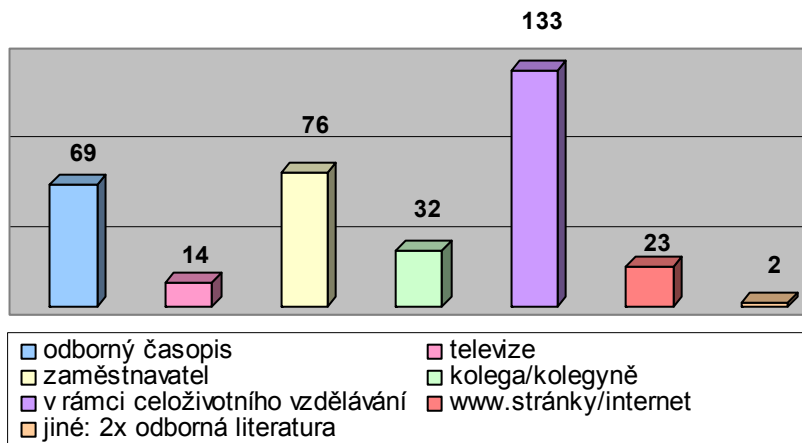
(graf k otázce č. 25)



Graf znázorňuje četnost odpovědí respondentů na nejčastější pochybení v činnostech sester, kde uvedlo 93 respondentů nepředstavení se klientovi, u kterého se provádí ošetrovatelská péče, 74 respondentů uvedlo porušení intimity při provádění hygienické péče a 35 respondentů uvedlo nedostatečnou edukaci klienta a jeho rodiny. Dále uvedlo 10 respondentů nedodržení aseptických postupů při provádění ošetrovatelské péče, 7 respondentů nerespektování individuálního přístupu při podávání stravy, 5 respondentů nezachování mlčenlivosti a tím porušení ochrany informací o klientovi, taktéž 5 respondentů uvedlo záměnu klientů při podávání léků a 5 respondentů uvedlo, že nikdy nepochybyla, 4 respondenti neinformování klienta před provedením výkonu, 3 respondenti nedodržení postupů při přípravě naordinovaných léků. Nabízenou možností jiné využilo 11 respondentů, kde 10 respondentů uvedlo nepoužívání rukavic při každém odběru krve, 1 respondent uvedl opomenutí poskytnutí zpětné vazby při vedení ošetrovatelského týmu a jeho hodnocení.

Graf 31 Způsob získávání informací o právních předpisech ve zdravotnictví

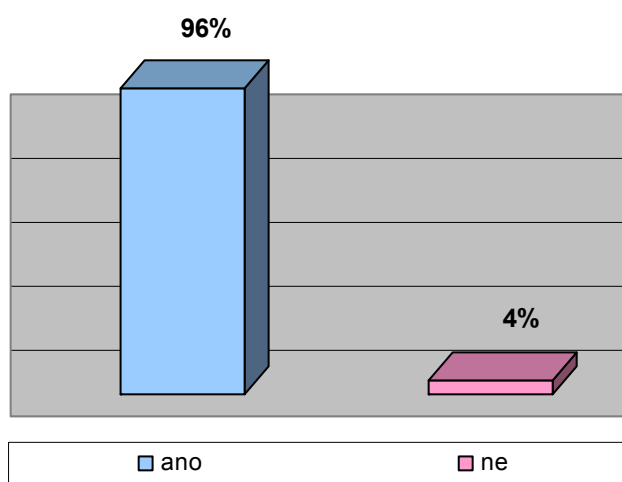
(graf k otázce č. 26)



Graf uvádí četnost odpovědí na získávání informací respondentů o právních předpisech, kde uvedlo 133 respondentů celoživotní vzdělávání, 76 respondentů zaměstnavatele, 69 respondentů odborný časopis, 32 respondentů kolegu/kolegyni, 23 respondentů www.stránky/internet a 2 respondenti uvedli v možnosti jiné odbornou literaturu.

Graf 32 Zájem sester na dalším vzdělávání

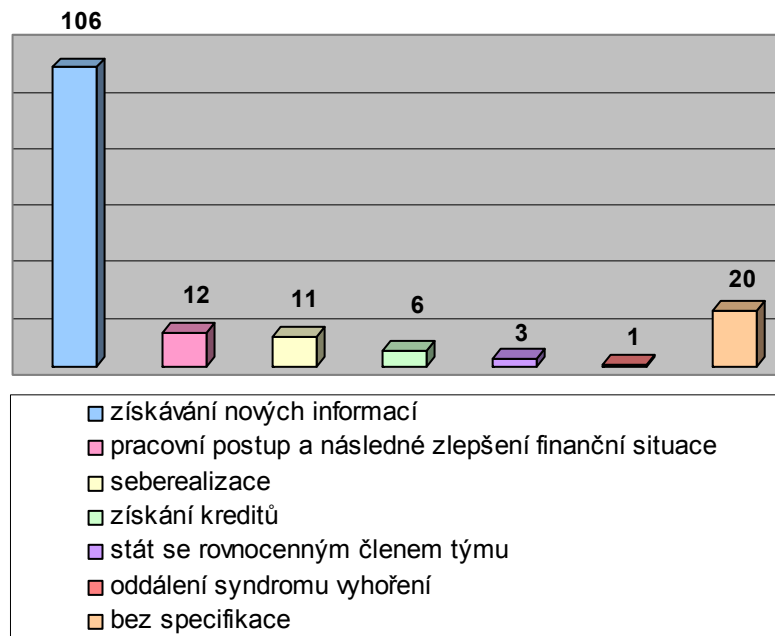
(graf k otázce č. 27)



Z grafu vyplývá, že zájem o další vzdělávání má 154 respondentů (96 %), nemá 7 respondentů (4 %).

Graf 33 Důvody dalšího vzdělávání uváděné sestrami

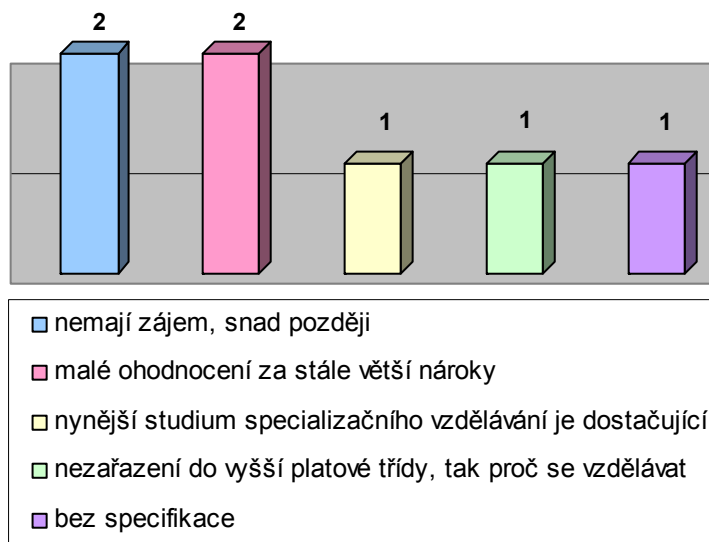
(graf k otázce č. 27)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 32 a znázorňuje četnost odpovědí. Nejčastějším důvodem dalšího vzdělávání bylo pro 106 respondentů získávání nových informací, pro 12 respondentů pracovní postup a následné zlepšení finanční situace, pro 11 respondentů seberealizace, pro 6 respondentů potřeba získání kreditů, pro 3 respondenty stání se rovnocenným členem týmu a pro 1 respondenta oddálení syndromu vyhoření. Blíže důvod nespecifikovalo 20 respondentů.

Graf 34 Důvody nezájmu sester se dále vzdělávat ve své profesi

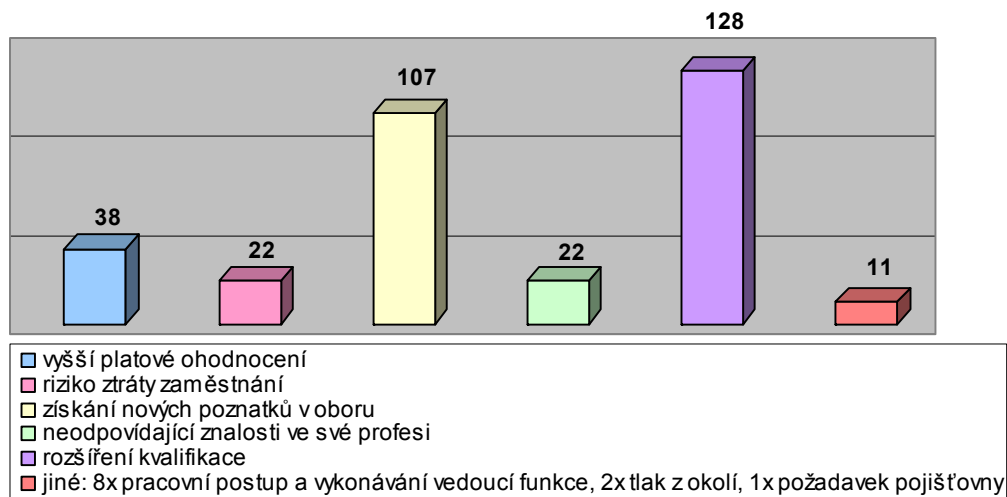
(graf k otázce č. 27)



Graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 32 a znázorňuje četnost odpovědí. Z grafu vyplývá, že 2 respondenti neměli o další vzdělávání zájem, snad později a 2 respondenti uvedli malé ohodnocení sester, přesto že jsou kladeny stále větší nároky. Dále 1 respondent uvedl, že nynější studium specializačního vzdělávání je dostačující, 1 respondent uvedl nezařazení do vyšší platové třídy, tak proč se vzdělávat a 1 respondent se k této podotázce nevyjádřil.

Graf 35 Důvody respondentů přihlásit se do studia specializačního vzdělávání

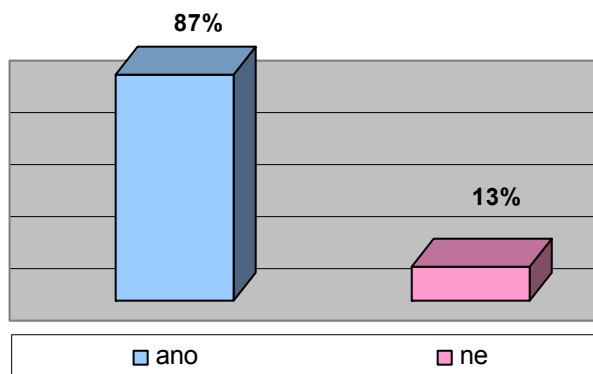
(graf k otázce č. 28)



Graf popisuje četnost odpovědí na důvody respondentů, vedoucí k přihlášení se do specializačního vzdělávání, kde uvedlo 128 respondentů rozšíření kvalifikace, 107 respondentů získání nových poznatků v oboru, 38 respondentů vyšší platové ohodnocení, 22 respondentů riziko ztráty zaměstnání, 22 respondentů neodpovídající znalosti ve své profesi. Nabízenou odpověď jiné využilo 11 respondentů, kde uvedlo 8 respondentů pracovní postup a vykonávání vedoucí funkce, 2 respondenti uvedli tlak z okolí a 1 respondent uvedl požadavek pojišťovny.

Graf 36 Názor sester na seznámení klienty s pochybením zdravotníků

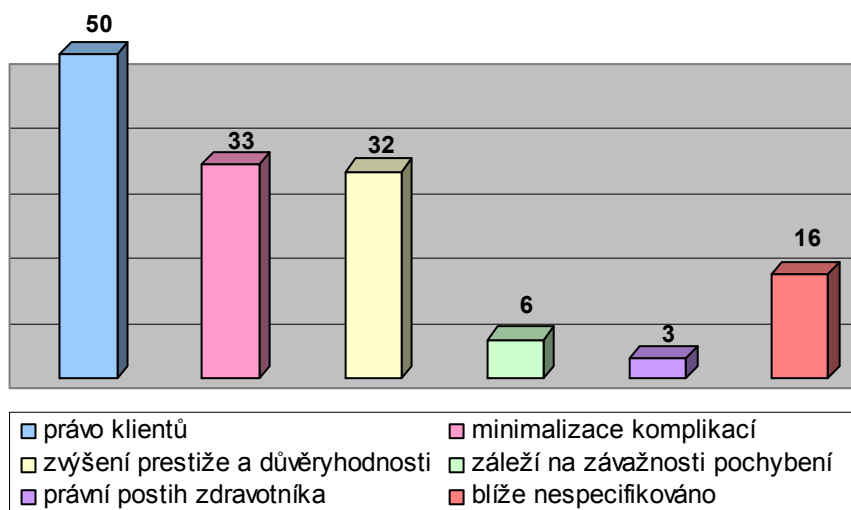
(graf k otázce č. 29)



Graf znázorňuje názor sester na sdělování pochybení klientům, ve kterém kladně odpovědělo 140 respondentů (87 %) a záporně odpovědělo 21 respondentů (13 %).

Graf 37 Důvod informování klientů o pochybení

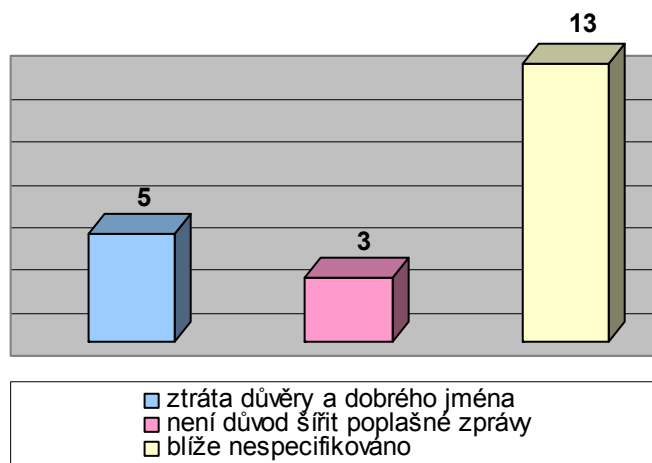
(graf k otázce č. 29)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 34 a znázorňuje četnost odpovědí. Jako důvod podání informací klientům o pochybení uvedlo 50 respondentů právo klientů, 33 respondentů minimalizaci komplikací, 32 respondentů zvýšení morální prestiže a posílení důvěryhodnosti, 6 respondentů závažná pochybení, 3 respondenti právní postih zdravotníka a 16 respondentů důvod neuvedlo.

Graf č 38 Důvod neinformování klienta o pochybení

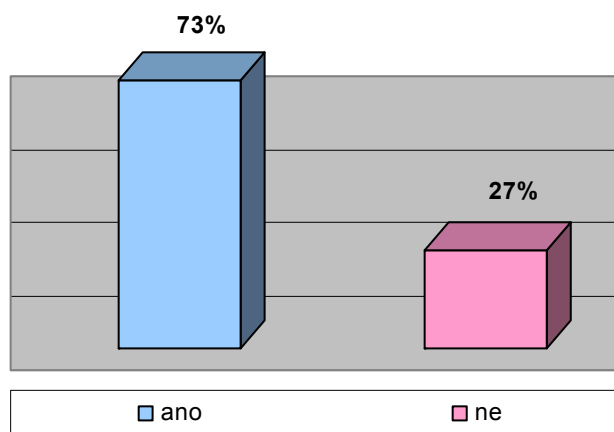
(graf k otázce č. 29)



Graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 34 a znázorňuje četnost odpovědí. K důvodu nepodání informací klientům o pochybení se 13 respondentů nevyjádřilo, 5 respondentů uvedlo ztrátu důvěry a dobrého jména zařízení a 3 respondenti uvedli, že není důvod šířit špatné zprávy.

Graf 39 Porozumění výrazu lege artis respondenty

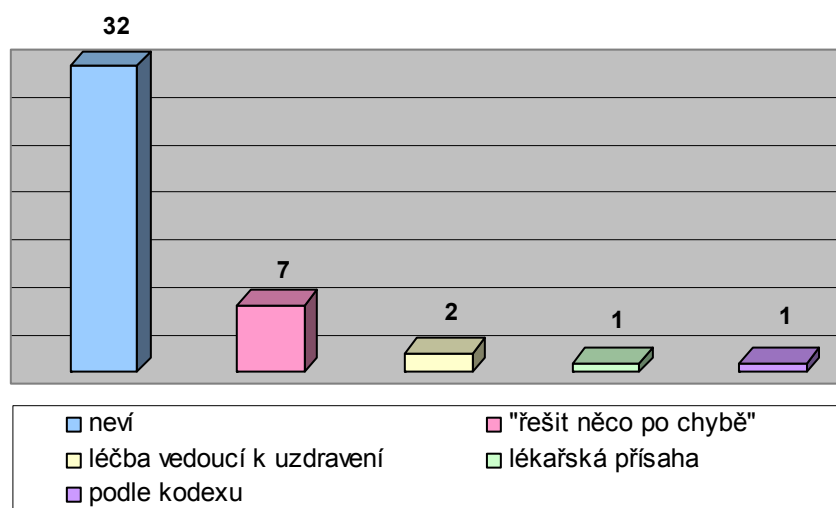
(graf k otázce č. 30)



Z grafu vyplývá, že uvedený výraz správně vyjádřilo 118 respondentů (73 %), pro které lege artis znamená poskytování péče v souladu se zákonem a s poznatky medicínské a ošetřovatelské vědy. Nesprávně porozumělo uvedenému výrazu 43 respondentů (27 %).

Graf 40 Nesprávné porozumění výrazu lege artis respondenty

(graf k otázce č. 30)



Graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 39 a znázorňuje četnost odpovědí. Z grafu vyplývá, že 32 respondentů neví, jak by výraz lege artis přeložilo, 7 respondentů k danému výrazu uvedlo „řešit něco po chybě“, 2 respondenti uvedli léčbu vedoucí k uzdravení, 1 respondent uvedl lékařskou přísahu a 1 respondent uvedl podle kodexu.

5. Diskuse

Samotným cílem bakalářské práce bylo zmapovat, ve které oblasti činností všeobecných sester se nejčastěji vyskytují pochybení a dále zjistit, jaké jsou vytvořeny postupy zabraňující vzniku pochybení. V dotazníkovém šetření byly získávány informace od sester dokončujících pomaturitní specializační studium v NCO NZO v Brně, jejichž charakteristiku blíže zjišťovalo prvních šest otázek. Na dotazník odpovídalo více žen (98 %) než mužů (2 %) s nejvíce zastoupenou věkovou kategorií 31-40 let (52 %). Respondenti nejčastěji uváděli středoškolské vzdělání (93 %) s délkou praxe 11 a více let (76 %). Pracovní zařazení respondentů bylo mezi směnným provozem (51 %) a jednosměnným provozem (49 %) téměř vyrovnané, větší zastoupení měli respondenti (71 %) na pracovištích lůžkové části.

Domnívám se, že sestra by měla znát své kompetence, neboť může posoudit rozsah činností, které může vykonávat. Ze souboru dotazovaných uvedlo znalost svých kompetencí 155 respondentů (96 %). Při podrobnější analýze prostřednictvím vypsání některé ze svých činností se počet dotázaných snížil na 125 respondentů (graf 7, graf 8).

Znalost zákonné normy sice uvedlo 101 respondentů (63 %), ale 25 respondentů považovalo za tuto normu standard, Etický kodex sester, náplň práce a jiné doporučované normy (graf 10). Správně za zákonnou normu uvedlo 76 respondentů (47 %) vyhlášku č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

Zjištění neznalosti vyhlášky u sester, dokončujících pomaturitní specializační studium v NCO NZO bylo překvapivé, neboť již při prvním soustředění jsou informace o výše uvedené vyhlášce sestrám sdělovány. Je možné předpokládat, že přestože je sestrám tato informace sdělena, nemají potřebu se do ní podívat, přečíst ji a případně provést diskusi pro vysvětlení nesrozumitelných oblastí. Vystává potřeba položit si dvě otázky. První otázka se přímo nabízí. Proč sestry začaly studovat, když nemají potřebu se na sdělované informace podívat? Je zarážející, že 128 respondentů uvedlo jako důvod studia rozšíření kvalifikace a 107 respondentů uvedlo získání nových

poznatků v oboru (graf 35), neboť výsledky výzkumu zaměřené na vyhlášku č. 424/2004 Sb. tomu neodpovídaly. Druhou nabízející se otázkou je, proč sestry překračují svoji pravomoc, když většina respondentů uvedla, že zná své kompetence (graf 7) a dále téměř polovina sester (44 %) uvedla, že zná možné právní důsledky svého počínání (graf 24). Názory sester se různily, přesto se nejvíce respondenti obávali změny přístupu lékaře k nim samotným, dále samotné pochybnosti lékaře o jejich profesní zdatnosti a v neposlední řadě snížení důvěry u lékaře (graf 20).

Je možné se domnívat, že rozhodnutí sester odmítnout splnění ordinace nespádající do jejich činností, pravděpodobně ovlivňuje jejich názor na možnou reakci lékařů. Naskytlo se položit si otázku, z čeho pramení názor sester na výše uvedenou možnou reakci lékařů? Domnívám se, že uvedené reakce mají sestry, které se již s touto problematikou setkaly a tím vlastně popsaly svoji vlastní zkušenost. Je možné také předpokládat, že lékaři považují určité své činnosti za podřadné a tak žádají sestry o jejich provedení. Poslední možnou příčinou, která vede k takovýmto názorům sester na lékaře je ta, že sestry neumí argumentovat lékaři, proč danou ordinaci nemohou splnit, což mě opět utvrzuje v názoru, že sestry nemají dostatek znalostí o vyhlášce č. 424/2004 Sb., která by jim potřebné argumenty poskytla.

Také vědomé provádění nekompetentních činností uvedlo 72 respondentů (45 %). Při hlubším šetření však 16 respondentů za tyto činnosti považovalo i sestavování individuálních plánů ošetrovatelské péče, podávání infúzí, aplikaci muskulárních injekcí či provádění hygienické péče spojené s nácvikem sebeobsluhy (graf 11, graf 12). Zde by se dalo ztotožnit s výsledky Bártlové (2, 3), které ukazují, že dotazované sestry zařazovaly do nekompetentních činností i činnosti, ke kterým kompetence mají.

Velmi často se sestry setkávají s žádostí lékaře o provedení nekompetentního výkonu, což potvrdilo 143 respondentů (89 %). Za nejčastější žádost sestry označily podání léků na podkladě telefonické ordinace, kterou následně splnilo 140 respondentů (graf 14, graf 15). Výsledky ukazují, že ačkoliv pouze 72 respondentů (45 %) uvedlo provádění nekompetentních činností, následně paradoxně 140 respondentů (87 %) po nabídnutí vykonání nekompetentního výkonu lékařem ordinaci splnilo.

Uvedené výsledky potvrzují druhou hypotézu: všeobecné sestry nejsou v odpovídající míře seznámeny se zněním vyhlášky č. 424/2004 Sb.

Některé sestry se domnívají, že znění vyhlášky, popisující činnost sester, není patřičně nastudováno především pro její složitost a nesrozumitelnost. Jejich domněnky blíže specifikuje Janoušková (13), která se zmiňuje o nevhodnosti zjednodušení vyhlášky, protože by mohlo dojít k pozměnění původního významu a tím by se pravděpodobně zkomplikovalo přesné určení náplně práce sester. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že problematice samotné vyhlášky jsem donedávna nerozuměla. Nebyl mi jasný pojem činnost a pojem kompetence. Dle ICN je kompetence „úroveň práce, v níž se projevuje účinné používání znalostí, dovedností a úsudku“ (1, s. 8). Dle pedagogického slovníku je za činnost považována aktivita a chování (23). Při aktivitě musí člověk projevit iniciativu, samostatnost, energetičnost, výkonnost a efektivnost (23). Chováním je značen souhrn všech vnějších projevů člověka, tzn. reflexních reakcí, pohybů, činností a jednání (23). Obecně bychom mohli říci, že činnost je zopakování nějakého úkonu, který jsme se naučili.

Domnívám se, že výsledky, získané šetřením znalostí rozdílu mezi pojmy kompetence a činnost sestry, pramení jednak z jejich nedostatečného užívání v každodenní praxi, ale i z málo důrazného objasnění v kvalifikačním studiu.

Zřejmě je to také proto, že se o problematice výčtu činností diskutuje v odborných člancích velmi málo, ne-li vůbec. Sestry, a ne jen ony, se spíše zaměřily na zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání a na problematiku týkající se registrace sester. Zdravotníci neustále diskutují o registraci a kreditním systému, jak ukazuje článek s příhodným názvem Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních v praxi (46). Zde jsou uvedeny některé otázky a následné odpovědi z oblasti registrace, vydávání osvědčení a získávání potřebných kreditů. Tato skutečnost nás vede k zamyšlení, že sestry více zajímá úskalí samotné registrace než jaké jsou jejich činnosti před a po získání osvědčení.

Z výsledků dále vyplynulo, že pochybení se u sester nejčastěji objevuje při podávání léků na podkladě telefonické ordinace. Tuto skutečnost uvedlo plných 140 respondentů (graf 13 a graf 14). V podstatě chce sestra pomoci klientům (graf 17),

ale již nedomyslí důsledky, které jsou spojeny se splněním nekompetentní ordinace. Sestry si také někdy nedovolí oponovat lékaři, neboť mají pocit, že by se změnil přístup lékaře k nim samotným, nebo že by lékař začal pochybovat o její profesní zdatnosti (graf 20).

Velmi zajímavý byl názor sester na překážky, které nejčastěji znesnadňují ošetrovatelskou péči (graf 22) a které často vedou k pochybení. Za první a třetí nejčastější překážku při poskytování ošetrovatelské péče sestry označily oblasti zaměřující se na podávání léků. Bylo zjištěno, že největší problém představují již výše zmiňované ordinace lékaře po telefonu (u 94 respondentů), neuvedení gramáže léku do teplotní tabulky a rovněž často se vyskytující nečitelnost lékařské ordinace nebo ordinace dopsané dodatečně, až po aplikaci léků. Pokud by sestry tyto překážky neřešily a podaly léky dle takto uvedených ordinací, hrozil by reálný vzrůst pochybení při podávání léků tak, jak to uvádí studie ze Spojených států amerických (33, s. 28).

Jako druhou nejčastější překážkou, se kterou se sestry potýkaly bylo kladení požadavků na sestru z několika míst ve stejnou dobu. Ke stejným výsledkům jsem dospěla již v předešlém průzkumném šetření, které bylo taktéž provedeno v NCO NZO (10), kde se s uváděnou problematikou potýkalo 80 % respondentů. Výsledky mě nutí zamyslet se, jak a zda by bylo možné eliminovat překážky v práci. Je na to nějaká metoda nebo nějaký způsob? Zde se musím opět vrátit k vymezení zákonného postavení sestry, k organizaci práce na pracovišti a ke způsobu vedení zaměstnanců. Propojením těchto oblastí by se podle mého názoru dalo docílit snížení překážek na pracovištích sester a tím i zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče.

Vraťme se ale zpět k samotným pochybením sester. Kromě pochybení při plnění telefonických ordinací spatřovalo 93 respondentů nedostatky v nepředstavení se klientovi, u kterého provádí ošetrovatelskou péči a 74 respondentů v porušování intimity při provádění hygienické péče. Překvapivé bylo zjištění, že se sestry klientům nepředstavují a nedodržují jejich soukromí. Lze se domnívat, že sestry nejsou stále navyklé respektovat práva svých klientů, a to i přesto, že se o nich neustále mluví a sama sestra by měla klienta s jeho právy seznamovat. Mohu se domnívat, že dnes vládne v chování ležérnost, kterou považujeme za určitou normu. Jedná se

o celosvětový trend, který se zaměřuje za uvolněnost. Všeobecným úkazem společnosti se stává, že lidmi nejsou preferovány dobré mravy a normy slušného chování, které spousta z nich ani nezná. Výzkumné šetření na společenské chování, provedené společností GfK Cystom research Worlwide v různých zemích, uvádí, že přestože se nejvíce oslovených lidí domnívá, že společenské chování v jejich zemi je nejlepší, z vyhodnocení výsledků vyplývá, že v čele žebříčku se umístila Velká Británie (30).

Za čtvrté nejčastější pochybení byla 35 respondenty označena nedostatečná edukace klienta a jeho rodiny (graf 30). Pravděpodobně je to v souvislosti s tím, že samotné slovo edukace se stalo moderním termínem. Pokud se zamyslíme nad jeho významem a budeme citovat pedagogický slovník zjistíme, že ve filozofii výchovy znamená edukace proces celkové výchovy vztahující se jen na člověka (23). Ve všeobecném významu je edukace označována jako jakákoliv situace za účasti lidských subjektů nebo zvířat, při nichž probíhá nějaký edukační proces (23). Ve všeobecné pedagogice a didaktice je používáno toto slovo jako synonymum termínu vzdělávání, respektive vzdělávací proces (23). Když budeme vycházet z výše uvedeného předpokladu, tak spatříme největší rezervy. Domnívám se, že sestry považují poučení nebo instruktáž za edukaci, což často vede k samotné neinformovanosti klienta a neprovázanosti mezi nemocniční a ambulantní péčí.

Uvedené výsledky potvrzují první hypotézu: k nejčastějšímu výskytu pochybení dochází v souvislosti s podáváním léků.

Dovoluji si tvrdit, že existují čtyři oblasti, které mohou významným způsobem ovlivnit míru pochybení sester v jejich každodenní praxi.

V první řadě musí být stanoveny standardy kvality. Z šetření vyplývá, že 140 respondentů (91 %) pracovalo se standardy (graf 30). Vzhledem k dalším odpovědím (graf 15, graf 16, graf 30) se domnívám, že sestry sice mají standardy vytvořeny a jsou pro ně běžně přístupné. Je však více než pravděpodobné, že nemají plně fixovány mechanismy pro jejich používání, nebo práci se standardy považují za zbytečnou. Pokud ale opravdu sestry považují práci se standardy za zbytečné, zastávám názor, že velkou část zodpovědnosti nese management. Předpokládám,

že standardy jsou formální a jejich význam není zcela doceněn. Mohu říci, že z mého hlediska se jedná o nesprávné vnímání funkce samotného standardu zdravotníky.

Druhou kategorií ovlivňující míru pochybení v práci sester jsou hlášení o mimořádné události (graf 28). Některá pracoviště je běžně používají, což potvrdilo 138 respondentů (86 %). Zajímavým zjištěním bylo, že po zdokumentování mimořádné události je pouze 61 respondentům (38 %) sdělen výsledek šetření a následně vytvořen preventivní postup pro minimalizaci takovéto události. Výsledky předešlého průzkumného šetření v NCO NZO uvádí, že se sestry nedoví po vypsání hlášení o mimořádné události nic bezmála v padesáti procentech (10). Překvapivým zjištěním bylo, že po necelém roce již tyto údaje nemá pouze jedna třetina respondentů (32 %). Z výsledků lze usuzovat, že se touto problematikou stále více zabývá management zdravotnických pracovišť a informovanost sester se pozvolna zlepšuje. Je pravděpodobné, že management zdravotnických pracovišť začal respektovat tzv. Desatero aktivit pro bezpečí pacientů, kterou iniciovala World Alliance for Patient Safety, a která od října 2004 působí pod hlavičkou Světové zdravotnické organizace (11).

Třetí oblastí ovlivňující míru pochybení představují prováděná průzkumná šetření, zaměřená na spokojenost klientů s poskytovanou péčí, kterou na svých pracovištích realizovalo 114 respondentů (71 %). Získané výsledky jsou velmi efektivní z hlediska řízení i z hlediska poskytování ošetrovatelské péče. Avšak Škrlovi (34) uvádí, že se nemá dané šetření provádět během hospitalizace, neboť klient může trpět napětím, obavami, úzkostí či bolestí, což z něj činí neobjektivní zdroj informací a dále je nevhodné předkládat dotazník v den propuštění klienta, neboť je klient rád že jde domů a většinou na dané otázky odpovídá kladně.

Domnívám se, že výrazným způsobem ovlivňuje míru pochybení i názor sester na samotné sdělování pochybení klientům, kterých se uvedená problematika týká. Právě sdělování pochybení bychom mohly považovat za čtvrtou oblast. Je pravděpodobné, že pokud budou sestry mluvit o pochybení, budou se také snažit jejich opakování vyvarovat. Myslím si, že pokud se o této problematice mluví, pak existuje nějaká metoda či mechanismus k předcházení nebo alespoň ovlivnění této

nechtěné události. Velmi mile mě překvapilo, že většina sester (87 %) uvádí potřebu sdělení pochybení klientovi. Měla jsem možnost být klientem a určitě bych chtěla být informována o případném pochybení, které by vzniklo směrem k mé osobě. Oslovené sestry se v rámci šetření domnívají, že klienti mají právo vědět, že k pochybení došlo a jaká bude provedena náprava. Pokud budou klienti informováni o vzniklých chybách, je možné předpokládat, že bude docházet k jejich minimalizaci a rovněž zvýšení prestiže a důvěryhodnosti sestry v očích klienta.

Při psaní bakalářské práce jsem si potvrdila, že k právní odpovědnosti sestry patří i znalost velmi známého a užívaného pojmu, který je ve zdravotnictví používán a tím je: „lex artis“. Tento pojem se objevuje ve většině publikací zabývajících se právní tematikou a odpovědností zdravotnických pracovníků. Dle praktického slovníku medicíny je význam „lex artis“ vyjádřen jako způsob výkonu lékařského povolání a prováděných výkonů dle lékařské vědy a jejím pravidlům, což zavazuje lékaře k neustálému studiu a zdokonalování jeho znalostí a dovedností (40, s. 253). Uvedený výraz podobně vyjádřila většina sester (73 %). Tyto sestry psaly, že lege artis znamená poskytování péče v souladu se zákonem a s poznatky medicínské a ošetrovatelské vědy.

Význam slova „lex artis“ tak, jak jej sestry vnímají a popisují by měl být cílem, kterého chceme dosáhnout při poskytování ošetrovatelské péče. Postupovat dle lege artis je základním požadavkem, který je na lékaře a další zdravotnické pracovníky kladen. Myslím si, že význam uváděného slova by měl také přejít do podvědomí sester, které by jej měly uplatňovat ve stejné míře, jako lékaři, což by vedlo k zajištění péče na odpovídající úrovni.

6. Závěr

Cílem práce bylo zmapovat, ve které oblasti činností všeobecných sester se nejčastěji vyskytují pochybení a také zjistit, jaké jsou vytvořeny postupy zabraňující vzniku pochybení. Cíl práce byl splněn.

Na základě provedeného šetření bylo zjištěno, že nejvíce pochybení se vyskytovalo v podávání léků na podkladě telefonické ordinace, následovalo nepředstavení se klientovi, porušování intimity klientů při provádění hygienické péče a nedostatečná edukace. Preventivní postupy, které by zabránily vzniku pochybení jsou také na většině pracovišť vytvořeny. Mezi tyto postupy bylo zařazeno používání standardů u většiny respondentů, které byli ze třech čtvrtin provázeny audity. Dalšími postupy byla průzkumná šetření ve spokojenosti klientů, prováděná na jednotlivých pracovištích a provádění záznamů do hlášení o mimořádných událostech. Je však nutné uvést, že výsledky šetření a provedené analýzy nebyly téměř v jedné třetině u vyplňování hlášení o mimořádných událostech sestrám sděleny. Přestože jsou vytvořeny postupy zabraňující vzniku pochybení (standards, audity, průzkumná šetření, hlášení o mimořádné události), je zřejmé, že zcela neplní svoji funkci.

Byly stanoveny dvě hypotézy. Z šetření vyplynulo, že hypotéza 1: k nejčastějšímu výskytu pochybení dochází v souvislosti s podáváním léků byla potvrzena, hypotéza 2: všeobecné sestry nejsou v odpovídající míře seznámeny se zněním vyhlášky č. 424/2004 Sb. byla také potvrzena.

Možné kroky pro zlepšení bych spatřovala v kladení většího důrazu na právní podvědomí v kvalifikačním vzdělávání.

Prostřednictvím této práce se ukázalo, že sestry mají na svých pracovištích vytvořeny preventivní postupy zabraňující vzniku pochybení, ale nejsou v dostatečné míře používány. Zlepšení bych viděla v apelaci na management, který by měl pomoci vést sestru k právní odpovědnosti, stanovit rizika pochybení a stanovit opatření k minimalizaci nežádoucích událostí. Domnívám se, že management by měl spolu se sestrami vybízet svá pracoviště ke sdělení výsledků po sepsání mimořádné události. Je zřejmé, že pokud sestry nebudou mít zpětnou vazbu, nebudou vědět, ve kterých

oblastech pochybení hrozí a tím se může historie poškození klienta opakovat. Sestry by také měly mít možnost absolvovat certifikovaný kurz, zaměřený na kvalitu ošetrovatelské péče.

Jednou z možností, jak dosáhnout zlepšení samotné informovanosti sester zaměřené na znění vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, bych spatřovala prostřednictvím diskuzí nejen v odborných časopisech, ale také na vlastních pracovištích sester. Pro zlepšení orientace sester ve výše uvedené vyhlášce bych doporučovala vysvětlení některých často užívaných pojmů, jako je edukace, činnost a kompetence.

Výsledky výzkumu budou poskytnuty odborné veřejnosti, publikovány v odborných periodikách a využity formou přednášek v rámci specializačního vzdělávání NCO NZO v Brně, kde byl výzkum prováděn. Uvedené výsledky mohou rovněž sloužit jako podklad pro srovnání dalších výzkumných šetření.

7. Použité zdroje

1. ALEXANDER, M., F., RUNCIMAN, J. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Přel. L. Dobrovodská, M. Tesáčková. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
2. BÁRTLOVÁ, S. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. In: *Sestra*, 2007, roč. 17, č.3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.
3. BÁRTLOVÁ, S. Stručný přehled výsledků výzkumu „Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí“. In: *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí* NCO NZO: Brno, 2006. s.5-39. ISBN 80-7013-449-6.
4. *České ošetřovatelství 2. Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. s 41–43. ISBN 80-7013-270-1.
5. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. Pomocný učební text. dotisk 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. s. 7 – 27. ISBN neuvedeno.
6. FRY, S., T. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Přel. Z. Staňková, Praha: ČAS, 1994. s. 6 – 37. ISBN neuvedeno.
7. GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.
8. HANZLÍKOVÁ, A. et al. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: OSVETA, 2004. s. 22 – 30. ISBN 80-8063-155-7.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 5. Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
10. HAVELKOVÁ, H., MIKULKOVÁ, J. Názory sester na poskytování bezpečné ošetřovatelské péče. In: *Sestra*, 2007, roč. 17, č. 2, s. 15–16. ISSN 1210-0404.
11. HŘIB, Z. Desatero aktivit pro bezpečí pacientů. In: *Medical tribune*, 2007, roč. 3, č. 7, s. B6. ISSN 1214-8911.
12. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. s. 8–55. ISBN 80-7013-442-9.

13. JANOUŠKOVÁ, D. Registrace sester = diskriminace povolání?
In: *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 49, s. 18-20. ISSN 0044-1996.
14. KOHOUTOVÁ, I. Konference ministrů zdravotnictví zemí přistupujících k EU.
In: *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 5, s. 6–7. ISSN 1210-0404.
15. *Konrád Lorenz*. [online]. [cit. 2007-03-20]. Dostupné na WWW:
< http://cs.wikipedia.org/wiki/Konrad_Lorenz >
16. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001. 149 s. ISBN 80-244-0324-2.
17. KURKOVÁ, M. Celoživotní vzdělávání není jen honba za kredity.
In: *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 48, s. 15-17. ISSN 0044-1996.
18. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
19. Nařízení vlády č. 463 *kterým se stanoví obory specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí (Autorský zákon)*. Sbírka zákonů MZ ČR, č. 156, 2004. s. 9126-9127.
20. NEUWIRTH, J. Historie počátku vysokoškolského studia ošetrovatelství u nás.
In: *Nové trendy v ošetrovatelství III*. České Budějovice: JU ZSF, 2004. s. 227–229. ISBN 80-7040-705-0.
21. POCHYLÁ, K. *České ošetrovatelství 1. Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. 2. přepracované vyd. Brno: NCO NZO, 2005. s. 6–23. ISBN 80-7013-420-8.
22. PRUDIL, L. *Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví*. 4. doplněné vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 77 s. ISBN 80-7013-433-X.
23. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. rozšířené a aktualizované vyd. Praha: Portál, 2001. 328 s. ISBN 80-7178-579-2.
24. *Rytířský řád křížovníků s červenou hvězdou*. [online]. [cit. 2007-02-14]. Dostupné na WWW: < <http://fu-frl.hyperlink.cz/2krizovnici.htm> >
25. SKÁLOVÁ, A. Jsou nemocnice nebezpečnější než bungee-jumping?
In: *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 35, s. 10-13. ISSN 0044-1996.

26. Směrnice č. 10. *o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků (Autorský zákon)*, Věstník MZ ČSR, č. 8-12, 1986. s. 90-105.
27. Směrnice č. 27. *Náplň činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků (Autorský zákon)*, Věstník MZ ČSR, č. 10, 1972. roč. 20. s.105-112.
28. Směrnice č. 33. *Rozsah oprávnění a náplň činností středních a nižších zdravotnických pracovníků (Autorský zákon)*, Věstník MZ, č. 14, 1967. roč. 15. s. 117-120.
29. Směrnice č. 34. *Zásady pro náplň práce instrumentárek a sester na stomatologických odděleních (Autorský zákon)*, Věstník MZ, č. 19, 1964. roč. 12. s. 185-186.
30. *Společenské chování se v různých zemích liší*. [online]. [cit. 2007-02-05]. Dostupné na WWW: < [http:// www.marketingovenoviny.cz/index.php3?Action=View&ARTICLE_ID=4961](http://www.marketingovenoviny.cz/index.php3?Action=View&ARTICLE_ID=4961) >
31. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 7. Galerie historických osobností*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. s. 7–8. ISBN 80-7013-329-5.
32. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetřovatelství*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 1997. s. 9–24. ISBN 80-7184-243-5.
33. ŠKRLA, P. *Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčbě a ošetřovatelské péči*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 162 s. ISBN 80-7013-419-4.
34. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetřovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent-Orion, 2003. s. 115-118. ISBN 80-7172-841-1.
35. ŠKUBOVÁ J., CHVÁTALOVÁ, H. *Sestra. O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. 1.vyd. Brno: NCO NZO, 2004. s. 3–55. ISBN 80-7013-407-0.
36. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelství: (pro posluchače studijního programu Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby)*. 1. vyd. České Budějovice: JU ZSF, 2000. s. 9-11. ISBN 80-7040-454-X.

37. Věstník MZ ČR *Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů (Autorský zákon)*, č. 7, 2004. s. 12-14.
38. Věstník MZ ČR *Koncepce ošetrovatelství (Autorský zákon)*, Věstník MZ ČR, č. 9, 2004. s. 2-6.
39. Věstník MZ ČR *Metodický pokyn k přípravě specializačních vzdělávacích programů pro potřeby konkrétního akreditovaného zařízení (Autorský zákon)*, Věstník MZ ČR, č. 9, 2006. s. 2-11.
40. VOKURKA, M. et al. *Praktický slovník medicíny*. 6. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 2000, s. 253. ISBN 80-85912-38-4.
41. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
42. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 30 s. ISBN 80-7262-392-3.
43. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 68 s. ISBN 80-247-0705-5.
44. Vyhláška č. 424 *kteřou se stanoví činnost zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 139, 2004. s. 8096-8099.
45. *Vzdělání je pro sestry klíčové*. [online]. [cit. 2006-11-20]. Dostupné na WWW: < <http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-2-2006> >
46. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních v praxi. In: *Zdravotnické noviny*, 2007, roč. 56, č. 7, s. 22-23. ISSN 0044-1996.
47. Zákon č. 96 *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů – zákon o nelékařských zdravotnických povolání (Autorský zákon)*, Sbírka zákonů MZ ČR, č. 30, 2004. s. 1452-1479.

8. Klíčová slova

Činnosti

Kompetence

Legislativní změny

Odpovědnost

Pochybení

Všeobecná sestra

9. Přílohy

- Příloha 1 § 1 - § 4 vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- Příloha 2 Věstník MZ ČR, částka 7, 2004, Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů
- Příloha 3 Dotazník

VYHLÁŠKA

ze dne 30. června 2004,

kteřou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 90 odst. 2 písm. f) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních):

**ČÁST PRVNÍ
OBECNÁ USTANOVENÍ****§ 1****Předmět úpravy**

Tato vyhláška stanoví v souladu s právem Evropských společenství¹⁾ činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

§ 2**Vymezení pojmů**

(1) Pro účely této vyhlášky se rozumí

- a) ošetrovatelskou péčí soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti,
- b) základní ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům nad 6 let věku, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu, pokud není dále uvedeno jinak,
- c) specializovanou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné, nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí; za specializovanou ošetrovatelskou péčí se považuje také péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním (konečném) stavu chronického onemocnění, kde se nepředpokládá resuscitace, a dále základní ošetrovatelská péče podle písmene b) poskytovaná dětem do 6 let věku,
- d) vysoce specializovanou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům, u kterých dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně toto selhání hrozí nebo kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo

zdraví pacienta nebo jeho okolí, a dále specializovaná ošetrovatelská péče podle písmene c) poskytovaná dětem do 6 let věku,

- e) specifickou ošetrovatelskou péčí ošetrovatelská péče podle písmene a) poskytovaná pacientům ve vymezeném úseku zdravotní péče (například ošetrovatelská péče poskytovaná při radiologických výkonech nebo při zabezpečování nutričních potřeb pacientů v oblasti preventivní a léčebné výživy),
- f) indikací pověření k výkonu činnosti na základě pokynu, ordinace, objednávky nebo lékařského předpisu,
- g) ošetrovatelským procesem zhodnocení stavu individuálních potřeb pacienta nebo skupiny osob a stanovení ošetrovatelských problémů, plánování a realizace ošetrovatelské péče, vyhodnocování účinnosti ošetrovatelské péče a zaznamenávání do zdravotnické dokumentace,
- h) specializovaným postupem postup, metoda nebo výkon při poskytování zdravotní péče, které jsou náročné z hlediska zvýšeného rizika pro pacienta nebo z hlediska technologické náročnosti provedení nebo jsou používány při zdravotní péči poskytované pacientům uvedeným v písmenu d) a kde je nutná zvláštní příprava zdravotnického pracovníka prostřednictvím celoživotního vzdělávání²⁾, včetně dlouhodobé přípravy podle dřívějších právních předpisů,
- i) standardem písemně zpracovaný postup lege artis, tj. postup při poskytování zdravotní péče nebo související s poskytováním zdravotní péče, který odpovídá současným dostupným poznatkům vědy, zveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, případně v publikačním prostředí jiného ústředního správního úřadu,
- j) správnou laboratorní praxí postup v laboratoři, který odpovídá právním předpisům, normám ČSN, případně normám CEN a ISO nebo standardům upravujícím činnosti zajišťované laboratořemi ve zdravotnických zařízeních, včetně dodržování programu zajišťování a zlepšování jakosti; toto vymezení správné laboratorní praxe se nevztahuje na správnou laboratorní praxi v oblasti léčiv, která je upravena zvláštním právním předpisem³⁾,
- k) zdravotnickým přístrojem přístroj, který je zdravotnickým prostředkem podle zvláštního právního předpisu⁴⁾,
- l) klinickou odpovědností za lékařské ozáření⁵⁾ odpovědnost za jednotlivé lékařské ozáření, kterou nese aplikující odborník, zahrnující zejména odpovědnost za odůvodnění lékařského ozáření, jeho optimalizaci a klinické hodnocení, praktickou spolupráci s jinými zdravotnickými pracovníky, popřípadě jinými odbornými pracovníky včetně získávání informací o předchozím vyšetření, poskytování radiologických informací nebo záznamů jiným aplikujícím nebo indikujícím odborníkům na jejich žádost, popřípadě za poskytování informací o riziku ionizujícího záření pacientům a jiným dotčeným osobám,
- m) praktickou částí lékařského ozáření konkrétní provedení lékařského ozáření a všechny podpůrné činnosti s tím související, včetně manipulace a používání radiologického vybavení, hodnocení technických a fyzikálních parametrů, včetně dávek záření, kalibrace, údržby vybavení, přípravy a podávání radiofarmak a vyvolávání filmů,
- n) aplikujícím odborníkem pro lékařské ozáření (dále jen "aplikující odborník") lékař, zubní lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, který je způsobilý podle této vyhlášky nebo podle zvláštního právního předpisu⁶⁾ převzít klinickou odpovědnost za lékařské ozáření,
- o) lékařem indikujícím lékařské ozáření (dále jen "indikující lékař") každý ošetřující lékař nebo zubní lékař, který doporučuje aplikujícímu lékaři pacienta k lékařskému ozáření se svým písemným odůvodněním,

- p) zabezpečováním jakosti všechna plánovaná a systematická opatření nezbytná pro poskytnutí odpovídajících záruk za uspokojivé fungování zařízení, systémů, komponentů nebo postupů v souladu se schválenými standardy,
 - q) určenou osobou zákonný zástupce pacienta nebo jiná osoba, kterou pacient nebo jeho zákonný zástupce určí.
- (2) Definice výkonu činností bez odborného dohledu, pod odborným dohledem a pod přímým vedením jsou upraveny zvláštním právním předpisem⁷⁾.

ČÁST DRUHÁ ČINNOSTI ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ PO ZÍSKÁNÍ ODBORNÉ ZPŮSOBILOSTI

§ 3

Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

- (1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti
- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
 - b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy⁸⁾,
 - c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů⁹⁾, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
 - d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
 - e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
 - f) podílí se na přípravě standardů.
- (2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 21 až 26 do doby získání specializované způsobilosti nebo prokázání výkonu praxe podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾ v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti uvedené v odstavci 1 pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v příslušném oboru.
- (3) Zdravotnický pracovník uvedený v § 27 až 40 po získání odborné způsobilosti¹¹⁾ pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti
- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
 - b) pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.
- (4) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiční ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené zvláštním právním předpisem¹²⁾.

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonáva činnosti podľa § 3 odst. 1 a ďalej bez odborného dohľadu a bez indikácie v súlade s diagnózou stanovenou lekárom poskytuje, prípadne zaisťuje základnú a špecializovanú ošetrovateľskú starosť prostredníctvom ošetrovateľského procesu. Prítom najmä

- a) vyhodnocuje potreby a úroveň sobesťatočnosti pacientov, prejavov ich ochorenia, rizikových faktorov, a to i za použitia meracích technik používaných v ošetrovateľskej praxi (napríklad testov sobesťatočnosti, rizika proleženia, merenia intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sleduje a orientačne hodnotí fyziologické funkcie pacientov, to je dech, pulz, elektrokardiogram, telesnú teplotu, krvný tlak a ďalšie telesné parametre,
- c) pozoruje, hodnotí a zaznamenáva stav pacienta,
- d) zaisťuje herné aktivity detí,
- e) zaisťuje a vedie vyšetrenie biologického materiálu získaného neinvazívnou cestou a kapilárnej krvi semikvantitatívnymi metódami (diagnostickými prúžkami),
- f) vedie odsávanie sekretov z horných ciest dýchacích a zaisťuje ich priechodnosť,
- g) hodnotí a ošetrouje poruchy celistvosti kože a chronické rany a ošetrouje stomie, centrálnu a periférnu žilnú vstup,
- h) vedie v spolupráci s fyzioterapeutom a ergoterapeutom rehabilitačnú ošetrovanú, to je najmä polohovanie, posazovanie, dechová cvičenie a metódy bazálnej stimulácie s ohľadom na prevenciu a nápravu hybných a tonusových odchýlok, vrátane prevencie ďalších poruch z imobility,
- i) vedie nácvik sebeobsluhy s cieľom zvyšovania sobesťatočnosti,
- j) edukuje pacientov, prípadne iné osoby v ošetrovateľských postupoch a pripravuje pre ne informačné materiály,
- k) orientačne hodnotí sociálnu situáciu pacienta, identifikuje potrebnosť spolupráce sociálneho alebo zdravotne-sociálneho pracovníka a zprostredkuje pomoc v otázkach sociálnych a sociálne-právnych,
- l) zaisťuje činnosti spojené s prijatím, premisťovaním a propustčením pacientov,
- m) vedie psychickú podporu umierajúcich a ich blízkych a po stanovení smrti lekárom zaisťuje starosť o telo zemrelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) zaisťuje prejímanie, kontrolu, uloženie liečivých prípravkov, vrátane návykových látok¹³⁾, (ďalej len "liečivé prípravky") a manipuláciu s nimi a ďalej zaisťuje ich dostatočnú zásobu,
- o) zaisťuje prejímanie, kontrolu a uloženie zdravotníckych prostriedkov¹⁴⁾ a prádla, manipuláciu s nimi, ich dezinfekciu a sterilizáciu a ich dostatočnú zásobu.

(2) Všeobecná sestra sa podieľa pod odborným dohľadom všeobecnej sestry so špecializovanou spôsobilosťou alebo porodní asistentky so špecializovanou spôsobilosťou v odbore, prípadne zamereňu, v súlade s diagnózou stanovenou lekárom na poskytovanie vysoce špecializovanej ošetrovateľskej starosti. Prítom najmä vykonáva činnosti podľa odstavca 1 písm. b) až i).

(3) Všeobecná sestra sa podieľa bez odborného dohľadu na základe indikácie lekára na poskytovanie preventívnej, diagnostickej, liečebnej, rehabilitačnej, neodkladnej a dispenzárnej starosti. Prítom najmä pripravuje pacientov k diagnostickým a liečebným postupom, na základe indikácie lekára je vedie alebo pri nich asistuje, zaisťuje ošetrovateľskú starosť pri týchto výkonoch a po nich; najmä

- a) podává léčivé přípravky¹³⁾ s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
- c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f) provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

- a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty¹⁵⁾,
- b) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹⁶⁾ a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

V ě s t n í k

MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

ČESKÉ REPUBLIKY

Částka 7

Vydáno: ČERVENEC 2004

Kč

OBSAH

ZÁVAZNÁ OPATŘENÍ

4. Statut a jednací řád Akreditační komise Ministerstva zdravotnictví str. 2

METODICKÁ OPATŘENÍ

7. Kritéria a podmínky programu pro screening karcinomu děložního hrdla
v České republice str. 7
8. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů str. 12

ZPRÁVY A SDĚLENÍ

1. Přehled akreditovaných laboratoří pro vyšetřování potravin včetně používaných
metod
Duben 2004 str. 14
2. Průběžná informace o platných právních předpisech a směrnících (instrukcích)
vydaných na úseku Ministerstva zdravotnictví publikovaných ve Sbírce zákonů
- doplnění str. 77

ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ

ZN.: 13469/04/VVO

REF. Bc. Köhlerová Irena

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicině, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdrav. pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnout způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.
- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotníci pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Příloha 3

Vážená kolegyně, vážený kolego,
navštěvuji 3. ročník Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, studijní program Ošetrovatelství, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci a vyplnění předloženého dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma: Odpovědnost sestry při výkonu povolání. Dotazník je anonymní.

Pokud nebude uvedeno jinak, označte odpověď, která nejlépe odpovídá Vašemu názoru.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci při vyplňování dotazníku

Hana Havelková
Zdravotně sociální fakulta
JU České Budějovice

1. Pohlaví:

☐ žena ☐ muž

2. Věk:

☐ 18 - 25 let ☐ 26 - 30 let ☐ 31 - 40 let ☐ 41 - 50 let ☐ 51 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

☐ SZŠ ☐ VZŠ ☐ VŠ

4. Délka praxe:

☐ 1 - 5 let ☐ 6 - 10 let ☐ 11 a více let

5. Pracovní zařazení:

☐ sestra ve směnném provozu
☐ sestra v jednosměnném provozu
☐ jiné, uveďte

6. Pracujete v :

☐ ambulantní část ☐ lůžková část ☐ jiné, uveďte

7. Jste obeznámen/a o sesterských činnostech, které jsou ve Vaší kompetenci?

☐ ano, plně
☐ ano, částečně
☐ ne, přejděte k otázce č. 9
☐ jiné, uveďte:

8. Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte některé z nich:

.....

9. Víte, ve které zákonné normě jsou uvedeny kompetence, které určují rozsah Vašich činností?

☐ ano, uveďte.....

☐ ne

10. Domníváte se, že provádíte u klienta činnosti, ke kterým nejste kompetentní?

☐ ano, uveďte o jakou činnost jde:

☐ ne, přejděte k otázce č. 12

11. Pokud jste odpověděl/a ano, jak často provádíte činnosti, které nespadají do vaší kompetence:

☐ při každé službě

☐ 1x týdně

☐ 1x měsíčně

☐ jiné, uveďte:

12. Setkal/a jste se se situací, kdy jste byl/a lékařem požádán/a o některý z níže uvedených výkonů, přestože nejsou ve Vaší kompetenci?

☐ ano, označte o které úkoly se jedná (možné označit více odpovědí)

☐ aplikace transfuzních přípravků

☐ podávání léků na podkladě telefonické ordinace

☐ sdělování diagnóz klientům a jejich blízkým

☐ katetrizace močového měchýře u mužů

☐ jiné, uveďte:

☐ ne, přejděte k otázce č. 14

13. Pokud jste odpověděl/a u otázky č.12 ano, provedl/a jste požadovaný výkon?

☐ ano, a z jakého důvodu jste se takto rozhodl/a: (možné označit více odpovědí)

☐ pro zlepšení stavu klienta

☐ pro rychlé vyřešení problému

☐ pro nemožnost lékaře se dostavit na oddělení

☐ jiné, uveďte:

☐ ne, a z jakého důvodu jste se takto rozhodl/a: (možné označit více odpovědí)

☐ protože jsem to již jednou udělal/a a byl/a jsem potrestán/a

☐ protože výkon neovládám

☐ protože výkon nespadá do mé kompetence

☐ jiné, uveďte:

14. Dokázal/a byste odmítnout ordinaci lékaře, pokud není ve Vaší kompetenci?

- ☐ ano
- ☐ nevím
- ☐ nepřemýšlela jsem o tom
- ☐ ne
- ☐ jiné, uveďte:

15. Pokud byste odmítl/a ordinaci lékaře, která nespadá do Vaší kompetence, pak dle Vašeho názoru bude následovat: (možné označit více odpovědí)

- ☐ pochybnost o Vaší profesní zdatnosti ze strany lékaře
- ☐ pochybnost o Vaší profesní zdatnosti ze strany sester
- ☐ úkolování nevhodnými požadavky ze strany lékaře
- ☐ snížení důvěry u lékaře
- ☐ změny v přístupu lékaře k Vám
- ☐ pocit Vaší méněcennosti
- ☐ finanční postih Vaší osoby
- ☐ zvýšení prestiže sesterského povolání v povědomí lékaře
- ☐ jiné, uveďte:

16. Pokud neovládáte požadovanou činnost naordinovanou lékařem, jak k této situaci budete přistupovat?

- ☐ požádám svoji kolegyni o pomoc
- ☐ splním ordinaci, neboť je v mé kompetenci
- ☐ odmítnu ordinaci splnit
- ☐ domluvím se s lékařem na dalším postupu (např. dohled lékaře při plnění ordinace)
- ☐ nepřemýšlel/a jsem o tom
- ☐ ovládám všechny činnosti
- ☐ jiné, uveďte:

17. Ve kterých níže uvedených oblastech vnímáte překážky znesnadňující Vám poskytování ošetrovatelské péče na Vašem pracovišti? (možné označit více odpovědí)

- ☐ opožděné ordinace léků
- ☐ nečitelnost předepsané ordinace
- ☐ neuvedení způsobu podání léku (např. tbl., s.c., i.v.)
- ☐ neuvedení gramáže léku (např. 500mg., 1,5 g.)
- ☐ nemožnost pracovat s „originál“ ordinací, pro její fyzickou nepřítomnost (odebrání chorobopisu/„teplotek“ lékařem)
- ☐ podání léku na podkladě telefonické ordinace
- ☐ podání léku bez ordinace lékaře (dle vlastního uvážení)
- ☐ nesprávná edukace klientů ze strany lékaře
- ☐ nepřesná komunikace mezi sestrou a lékařem, která vede ke zkreslení informací klienta
- ☐ neadekvátní edukace klienta ze strany sestry
- ☐ nesprávná informovanost klientů od spolupacientů/klientů
- ☐ nesprávná informovanost klientů jeho blízkými (rodiny, známých, přátel)
- ☐ používání odborné terminologie při komunikaci mezi lékařem a klientem
- ☐ používání odborné terminologie při komunikaci mezi sestrou a klientem
- ☐ možná kladení požadavků na sestru z několika míst ve stejnou dobu
- ☐ slibování klientům splnění jejich požadavků ze strany sester a následné neprovedení
- ☐ jiné, uveďte:

18. Domníváte se, že při poskytování ošetrovatelské péče nesete plnou odpovědnost za úkony, které u klienta vykonáváte?

- ☐ ano
- ☐ nevím
- ☐ ne

19. Domníváte se, že jste dostatečně informován/a o právní odpovědnosti ve zdravotnictví?

- ☐ ano
- ☐ ne

20. Pracujete na Vašem pracovišti dle ústavních standardů?

- ☐ ano
- ☐ z části ano (všechny standardy nejsou vytvořeny)
- ☐ ne, přejděte k otázce č. 22

21. Pokud jste odpověděl/a ano, jsou na Vašem oddělení prováděny také audity?

- ☐ ano
- ☐ ne

22. Provádí Vaše pracoviště průzkumná šetření zaměřená na spokojenost klientů s poskytovanou péčí?

- ☐ ano
- ☐ nevím
- ☐ ne

23. Pokud vznikne na Vašem pracovišti mimořádná událost, zaznamenáváte ji do hlášení o mimořádných událostech?

- ☐ ano, užíváme
- ☐ nevím
- ☐ ne

24. Po mimořádné události, která na Vašem pracovišti vznikla se dozvíte:

- ☐ výsledek šetření a prevenci pro minimalizaci zopakování nežádoucí události
- ☐ výsledek šetření
- ☐ prevenci pro minimalizaci zopakování nežádoucí události
- ☐ není Vám nic sděleno

25. Uveďte, ve kterých činnostech se domníváte, že nejčastěji chybujete (možné označit více odpovědí):

- ☐ nedodržení aseptických postupů při provádění ošetrovatelské péče
- ☐ porušení intimity při provádění hygienické péče
- ☐ nezachování mlčenlivosti a tím porušení ochrany informací o klientovi
- ☐ nepředstavení se klientovi, u kterého provádíte ošetrovatelskou péči
- ☐ neinformování klienta před provedením výkonu
- ☐ nerespektování individuálního přístupu při podávání stravy
- ☐ nedostatečná edukace klienta a jeho rodiny
- ☐ nedodržení postupů při přípravě naordinovaných léků
- ☐ záměna klientů při podávání léků
- ☐ nikdy jste nepochybyl/a
- ☐ jiné, uveďte:

26. Jakou formou získáváte informace o právních předpisech, které regulují profesi sestry (možné označit více odpovědí):

- ☐ odborný časopis
- ☐ televize
- ☐ zaměstnavatel
- ☐ kolega/kolegyně
- ☐ v rámci celoživotního vzdělávání (kurz/seminář/specializační studium atd.)
- ☐ www stránky/internet
- ☐ jiné, uveďte:

27. Máte zájem se dále vzdělávat?

☐ ano, z jakého důvodu.....

☐ ne, z jakého důvodu.....

28. Co Vás vedlo k přihlášení se do studia specializačního vzdělávání v NCO NZO?
(možné označit více odpovědí)

☐ vyšší platové ohodnocení

☐ riziko ztráty zaměstnání

☐ získání nových poznatků v oboru

☐ neodpovídající znalosti ve své profesi

☐ rozšíření kvalifikace

☐ jiné, uveďte:

29. Domníváte se, že pokud vznikne u klienta pochybení ze strany zdravotnického pracovníka, měl by být klient s touto událostí seznámen?

☐ ano, z jakého důvodu.....

☐ ne, z jakého důvodu.....

30. Jak rozumíte výrazu „lege artis“, který je používán ve vztahu k poskytování péče klientům?

.....
.....