

Dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Kristýna Nešvarová**
Vedoucí práce: Mgr. Marie Froňková





The observance of nurse authority in practice

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Kristýna Nešvarová**
Supervisor: Mgr. Marie Froňková





Zadání bakalářské práce

Dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi

Jméno a příjmení: **Kristýna Nešvarová**
Osobní číslo: D16000063
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Zadávací katedra: Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: **2017/2018**

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

1. Zjistit, zda všeobecné sestry znají své kompetence dané legislativou.
2. Zjistit faktory, které v praxi ovlivňují nedodržování kompetencí všeobecných sester.
3. Zjistit znalosti všeobecných sester o své odpovědnosti za překračování svých kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče.
4. Zjistit výkony, u kterých jsou nejčastěji překračovány kompetence. Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Všeobecné sestry mají své kompetence dané vyhláškou ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 137, s. 43604375. ISSN 1211-1244.

V praxi ale přesto nastávají situace, ve kterých všeobecné sestry své kompetence překračují, případně vykonávají některé ošetrovatelské výkony i mimo svůj výkon zaměstnání. V těchto případech může dojít k závažnému poškození pacienta, ale i k ohrožení všeobecné sestry. Výstupem bakalářské práce bude článek připravený k publikaci v odborném periodiku.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

1. Znají všeobecné sestry své kompetence dané legislativou?
2. Které faktory v praxi ovlivňují nedodržování kompetencí všeobecných sester?
3. Jaké znalosti mají všeobecné sestry o své odpovědnosti za překračování svých kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče?
4. U kterých výkonů jsou všeobecnými sestrami nejčastěji překračovány kompetence?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Technika práce: nestandardizovaný rozhovor

Vyhodnocení dat: Rozhovory budou nahrávány a následně přepsány do textového editoru Microsoft Office Word 2010.

Místo a čas realizace výzkumu:

Místo výzkumu: Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s., Oblastní nemocnice Jičín, a. s. (standardní lůžková chirurgická a interní oddělení)

Čas výzkumu: prosinec 2018 – únor 2019

Vzorek:

Respondenti: Všeobecné sestry pracující na standardních lůžkových chirurgických a interních odděleních, vzorek ne menší, než 5 respondentů.

Rozsah pracovní zprávy:

50-70 stran

Forma zpracování práce:

tištěná/elektronická



Seznam odborné literatury:

BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ a M. TREŠLOVÁ. 2010. Vztah Sestra – Lékař. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-526-6. BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ. 2011. Zdravotnická povolání. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-661-5. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 20, s. 484-485. ISSN 1211-1244. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2004. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 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). In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 30, s. 1452-1471. ISSN 1211-1244. ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. Zákon č. 201 ze dne 8. června 2017, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů České republiky. Částka 72, s. 2065-2084. ISSN 1211-1244. DI CARA, V., T. PETR a P. CHARVÁTOVÁ. 2012. ICN Code of Ethics for Nurses [online]. Geneva: International Council of Nurses, aktualiz. 2012-02-11 [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf DOBROVODSKÁ, Libuše. 2008. Předepisování léků nelékaři, zejména sestrami. Florence. 4(4), 139-140. ISSN 1801-464X. HEKLOVÁ, Zuzana. 2015. Změny v kompetencích sester – žhavé téma současnosti. Florence. 2015(11), 3-4. ISSN 1801-464X. KUTNOHORSKÁ, Jana. 2010. Historie ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4. MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. 2014. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. Kontakt. 16(2), 132-142. ISSN 1212-4117. NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL. 2015. The code for nurses and midwives [online]. London: Nursing and Midwifery Council, aktualiz. 2015-01-29 [cit. 2017-11-19]. Dostupné z: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf> PLEVOVÁ, Ilona et al. 2011. Ošetrovatelství I. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3. PLEVOVÁ, Ilona et al. 2012. Management v ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0. POSPÍŠILOVÁ, Eva a Valérie TÓTHOVÁ. 2014. Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5. PRUDIL, Lukáš. 2017. Právo pro zdravotnické pracovníky. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-507-9. SEHNALOVÁ, Jana. 2015. Akceptování kompetencí sester v praxi. Zdravotnictví a medicína. 2015(1), 28-29. ISSN 2336-2987. ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. 2017. Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0062-0. UHEREK, Pavel. 2014. Povinná mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-476-7. VÉVODA, Jiří. 2013. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3. VLČEK, František. 2012. Řízení kompetencí zdravotníků je stále opředeno mnoha mýty. Zdravotnické noviny. 61(7-8), 9. ISSN 0044-1996. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. 2009. Právní minimum pro sestry. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3132-2.

Vedoucí práce:

Mgr. Marie Froňková
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce:

28. dubna 2018

Předpokládaný termín odevzdání:

30. června 2019

L. S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA
děkan

V Liberci 30. listopadu 2018

Tento list nahrad'te
originálem zadání.

Tento list nahrad'te
originálem zadání.

Tento list nahrad'te
originálem zadání.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Marii Froňkové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování práce věnovala. Poděkování patří také všem respondentkám, které se podílely na rozhovorech potřebných pro výzkumnou část práce.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora:	Kristýna Nešvarová
Instituce:	Fakulta zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci
Název práce:	Dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi
Vedoucí práce:	Mgr. Marie Froňková
Počet stran:	72
Počet příloh:	10
Rok obhajoby:	2019

Anotace:

Kompetence všeobecných sester jsou dnes velice diskutovaným tématem ve zdravotnictví. Vzhledem k neustále se měnící legislativě tak není mnohdy ani jasné, kdo jaké kompetence má, a kvůli nedostatku zdravotnického personálu ve zdravotnictví také velmi snadno dojde k jejich překročení. Bakalářská práce se zabývá dodržováním kompetencí z pohledu zdravotníků, konkrétně všeobecných sester. Tato práce má část teoretickou, která se zabývá vymezením kompetencí všeobecných sester legislativou a právní odpovědností sester, a část empirickou. Empirická část analyzuje znalosti sester o svých, legislativou daných, kompetencích. Dále tato část zkoumá, zda všeobecné sestry tyto kompetence překračují a z jakých příčin je to nejčastější. V empirické části byla použita kvalitativní metoda, přičemž byla zvolena technika šetření pomocí nestandardizovaných rozhovorů.

Klíčová slova: kompetence, překračování kompetencí, využívání kompetencí, právní odpovědnost

ANNOTATION

Name and surname:	Kristýna Nešvarová
Institution:	Faculty of Health Studies, Technical University of Liberec
Title:	The observance of nurse authority in practice
Supervisor:	Mgr. Marie Froňková
Pages:	72
Appendix:	10
Year:	2019

Annotation:

The authority of nurses has been recently a highly discussed topic in health care. Due to the ever-changing legislation, it is often not clear who is authorized to which activities; therefore, it is very easy to exceed medical staff's authority because of the lack of medical staff in the health care sector. The bachelor thesis deals with the observance of authority from the health professionals' point of view, specifically nurses' point of view. This thesis has a theoretical section, which deals with the definition of nurses' authority given by the legislation and the legal responsibility of nurses, and an empirical section. The empirical section analyses the nurses' knowledge of their authority given by the legislation. Furthermore, this section examines whether nurses exceed this authority and what is the most frequent reason. The qualitative method was used in the empirical section while using non-standardized interviews as the survey technique.

Keywords: competences, transfer of competences, the use of competences, legal liability

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	14
1 ÚVOD.....	15
2 HISTORIE	16
2.1 Obecná historie ošetrovatelství do 20. století	16
2.2 Historie ošetrovatelství do 20. století v českých zemích	18
2.3 Historie ošetrovatelství v letech 1918–1945	19
2.4 Ošetrovatelství po roce 1945.....	20
3 KOMPETENCE VŠEOBECNÝCH SESTER V ČESKÉ REPUBLICE	21
3.1 Kompetence všeobecných sester v České republice z právního hlediska.....	22
3.2 Etický kodex sester	24
3.3 Struktura kompetencí všeobecných sester ve Velké Británii	25
4 ODPOVĚDNOST PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	27
4.1 Povinná mlčenlivost ve zdravotnictví	28
4.2 Postup lege artis ve zdravotnictví	29
4.3 Poskytnutí ošetrovatelské péče mimo zdravotnické zařízení.....	30
4.4 Právní odpovědnost všeobecných sester	31
5 EMPIRICKÁ ČÁST	33
5.1 Cíle práce a výzkumné otázky	33
5.1.1 Cíle práce:	33
5.1.2 Výzkumné otázky:	33
5.2 Metodika výzkumu.....	33
5.3 Analýza výzkumných dat	34
5.4 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
5.5 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovoru	35
5.5.1 Kategorie I – Identifikace	36

5.5.2	Kategorie II – Legislativa	36
5.5.3	Kategorie III – Kompetence	38
5.5.4	Kategorie IV – Faktory	43
5.5.5	Kategorie V – Odpovědnost	44
5.5.6	Kategorie VI – Povinná mlčenlivost.....	47
5.5.7	Kategorie VII – Ošetrovatelská péče mimo zdravotnické zařízení	48
5.5.8	Kategorie VIII – Překračování kompetencí	50
5.6	Analýza cílů a výzkumných otázek.....	52
6	DISKUZE	56
7	NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
8	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
	SEZNAM TABULEK	70
	SEZNAM OBRÁZKŮ	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	72

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARIP	anestezie, resuscitace, intenzivní péče
cca	cirka, přibližně
ČAS	Česká asociace sester
CŽK / CVK	centrální žilní katétr / centrální venózní katétr
DiS.	diplomovaný specialista
EKG	elektrokardiografie
EU	Evropská unie
FF	fyziologické funkce
ICN	International Council of Nurses
i. m.	intramuskulární
i. v.	intravenózní
Mgr.	magistr
např.	například
NGS	nasogastrická sonda
NMC	Nursing and Midwifery Council
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
PICC	periferií implantovaný centrální žilní katétr
PMK	permanentní močový katétr
PVK	periferní venózní katétr
sv.	svatý
tzv.	takzvaně
VOŠZ	Vyšší odborná škola zdravotnická

1 ÚVOD

Profese všeobecné sestry dnes patří do zdravotnických profesí, které jsou regulovány na úrovni Evropské unie. Díky vstupu České republiky do Evropské unie došlo k převedení vzdělávání všeobecné sestry ze středoškolské na terciální úroveň. V současné době v České republice může povolání všeobecné sestry vykonávat osoba, která prošla určitým vzdělávacím procesem – tedy výhradně odborným, minimálně tříletým vzděláváním. Směrnicemi Evropské unie jsou dále dány požadavky na počet teoretických a praktických hodin výuky a požadavky na obory a předměty výuky (Brůha a Prošková, 2011). Jak uvádí Pospíšilová a Tóthová ve své knize:

„Dnešní podoba ošetrovatelství vyžaduje profesionální sestru, která splňuje základní charakteristické znaky profese – odborné vědomosti a dovednosti, potřebu specializačního vzdělávání a praktického výcviku. Tyto pomohou sestře, aby dosáhla patřičných znalostí a dovedností k plnění úkolů ve službě člověku.“ (Pospíšilová a Tóthová, 2014, s. 25).

Problematika kompetencí všeobecných sester je v dnešní době stále velmi aktuálním a velmi diskutovaným tématem. Vzhledem k měnící se legislativě a k současným změnám ve vzdělávání všeobecných sester můžeme říci, že je to tak oprávněně. Kompetence všeobecných sester, a vlastně všech nelékařských zdravotnických pracovníků, jsou zakotveny v platné legislativě. Nicméně i přesto v praxi dochází k tomu, že jsou všeobecné sestry pověřovány úkony, které jsou v kompetencích méně kvalifikovaného personálu, nebo v opačném případě dokonce v kompetencích lékaře. Nedodržování kompetencí může v konečném případě i ohrozit pacienty, jelikož ne ke všem úkonům mají sestry dostatečné vzdělání. V závislosti na tom překračování kompetencí ohrožuje i samotnou sestru, která nese právní zodpovědnost za veškeré kroky, které učiní.

2 HISTORIE

2.1 Obecná historie ošetrovatelství do 20. století

Zmínky o ošetrovatelství by se daly nalézt již v dobách pravěku. Tehdy zdraví lidí ohrožovaly lovy, samotné zajištění potravy, a také klimatické podmínky. Jak uvádí literatura: „*přežití bylo závislé na příjmu potravy*“ (Bártlová, Chloubová a Trešlová, 2010, s. 15). Proto tedy hlavním úkolem, v té době především žen jakožto matek, bylo při poraněních zachovat život. Pokud jejich zkušenosti či znalosti předávané z generace na generaci nebyly dostatečné, další možností bylo obrátit se na šamany, což byli povětšinou muži, kteří tuto roli zdělili, nebo jim byla přisouzena díky zázraku. Žilo se s představou, že vznik nemocí ovlivňují kouzla, a proto se využívalo různých rituálů, bylin a masáží. Na základě toho by se dalo říci, že období pravěku spadá do laické, tedy neprofesionální péče (Bártlová, Chloubová a Trešlová, 2010). Péče o nemocné v období mezi 5. – 11. stoletím, tedy v období raného středověku, souvisela především s náboženstvím, zejména se šířením křesťanství (Kutnohorská, 2010). V té době vznikaly chrámy, do kterých přicházeli pacienti za účelem vyléčení. Se svými problémy tam navštěvovali kněží, kteří by se dali považovat za jakési tehdejší lékaře. Při delším pobytu v chrámech potřebnou péči zajišťovali tzv. chrámoví sluhové. Dalo by se mluvit o prvních sestrách (Pospíšilová a Tóthová, 2014). Okolo 11. století už existují zmínky o prvních špitálech, které poskytovaly lidem základní péči. Tato péče byla pro pocestné nebo pro kupce. Zahrnovala základní potřeby člověka – umytí, nasycení a poskytnutí přístřeší. Pravděpodobně od této doby se začalo pro osoby poskytující ošetrovatelskou péči využívat označení sestra či bratr (Bártlová, Chloubová a Trešlová, 2010). V domácím prostředí byla péče o nemocné poskytována matkami nebo jinými členy rodiny, případně otroky (Pospíšilová a Tóthová, 2014). Až doposud byla péče ve špitálech poskytována ženami i muži, nicméně v době 13. – 16. století už poskytovali péči pouze muži, jakožto opatrovníci (Bártlová, Chloubová a Trešlová, 2010). Byly to ve velké míře války, které ovlivnily rozvoj péče o nemocné, jelikož vždy vyžadovaly vysokou potřebu péče a ošetřování. Již ve Starověkém Římě byly při taženích stavěny lazarety, ve kterých byla poskytována péče zraněným a nemocným vojákům (Kutnohorská, 2010). V době starověku to byli hlavně otroci, kdo poskytoval tuto péči

(Pospíšilová a Tóthová, 2014). Středověk je pro rozvoj péče o nemocné důležitý pravděpodobně hlavně díky křižáckým výpravám. Během nich docházelo k vytváření vojenských ošetrovatelských řádů, jejichž hlavním úkolem bylo poskytovat péči křižákům. Z vojenského ošetrovatelství se zachovaly některé tradice, jako jsou například vizity s lékaři nebo způsob uspořádání ošetrovacích jednotek – např. boxy pro pacienty v kritickém stavu (Pospíšilová a Tóthová, 2014). I přesto, že zakládání nemocnic vojenskými řády byl velký pokrok, vojenská medicína se tak rychle nerozvíjela. Až koncem osmnáctého století se armádní a polní nemocnice staly součástí armády. V období 1854–1856, tedy v období Krymské války, se objevuje první z významných osobností pro rozvoj ošetrovatelské péče. Je jím **Nikolaj Ivanovič Pirogov** (1810–1881), ruský chirurg, který vyškolicil třicet ruských dobrovolnic pro ruskou frontu na Krymu, čímž se mu podařilo prosadit myšlenku uplatnění žen jakožto ošetrovatelek na bojišti (Plevová et al., 2011). Dalším významným jménem spojeným s válečným ošetrovatelstvím je **Henri Dunant** – švýcarský kupec, který se v roce 1859 náhodou ocitl na bojišti u Solferina po bitvě mezi Francouzi a Rusy. Na základě své hrůzné zkušenosti se rozhodl své poznatky sepsat do knihy „Vzpomínky na Solferino“. Na jeho popud byla také v roce 1864 založena **Mezinárodní organizace Červeného kříže** v Ženevě – největší humanitární hnutí ve světě, které se již nestará pouze o jedince postižené válkou, oběti hladomorů, jako tehdy, ale také například o oběti živelných pohrom, například povodní, které v dnešní době nejsou úplnou výjimkou (Pospíšilová a Tóthová, 2014). Nejvýznamnější osobností pro ošetrovatelství byla bezpochyby anglická ošetrovatelka, zakladatelka profesionálního ošetrovatelství a první teoretička ošetrovatelství **Florence Nightingale** (1820–1910). Působila v Krymské válce, kam přivedla čtyřicet ošetrovatelek, které sama vyškolicila. Je jí oprávněně připsáno mnoho zásluh – úmrtnost ve válce klesla z 50 % na 22 %, založila první ošetrovatelskou školu (školu při nemocnici sv. Tomáše v Londýně), zavedla funkci hlavní sestry, šířila myšlenku systematického vzdělávání sester, a spoustu dalších (Pospíšilová a Tóthová, 2014).

2.2 Historie ošetrovatelství do 20. století v českých zemích

Prvky organizované ošetrovatelské péče se v českých zemích začínají objevovat již v 10. století za vlády knížete Boleslava (935–967). V Praze a blízkém okolí se začaly stavět první hospice, které fungovaly převážně jako takzvané útulky pro chudé, nemajetné a nemocné. Působily zde sestry, jejichž úkolem bylo poskytovat charitativní péči, která spočívala v morální, humánní pomoci trpícímu (Plevová et al., 2011). Vedle hospiců začínaly vznikat kláštery a první špitály. Na rozvoji ošetrovatelství na území českých zemí se velmi podílela **Anežka Přemyslovna**. Byla zakladatelkou klášterů v Praze, z nichž nejstarším byl klášter se špitálem u sv. Haštala (1233), a zároveň zakladatelkou Řádu křižovníků s červenou hvězdou. Jako další řády, které poskytovaly ošetrovatelskou péči, můžeme zmínit například řády alžbětinek, milosrdných bratří nebo johanitek. Řádem, který neposkytoval péči pouze ve špitálech nebo lazaretech, ale také v terénu, byly diakonky. Docházely za nemocnými do jejich domovů. Rozvoj ošetrovatelství byl do poloviny 19. století spojen s rozvojem medicíny. Od poloviny 18. století se začaly u lékařských fakult zakládat všeobecné nemocnice. Druhá polovina 19. století výrazně ovlivnila ošetrovatelství, u nás hlavně silným emancipačním ženským a národnostním hnutím (Pospíšilová a Tóthová, 2014). Již zmiňovaná Florence Nightingale se velmi zasloužila o rozvoj rakousko-uherského ošetrovatelství (Plevová et al., 2011).

První ošetrovatelská škola v českých zemích vznikla v roce 1874 v Praze. Velkou zásluhu na tom měla česká spisovatelka Karolína Světlá. V českých zemích byla první ošetrovatelská škola považována za pomyslný počáteční bod přeměny od opatrovnické činnosti k ošetrovatelské profesi (Kutnohorská, 2010). Většina studentek této školy byly měšťanské dámy, u kterých ale nebylo pravděpodobné, že by se ošetrovatelství někdy věnovaly jako svému zaměstnání. Byla to pro ně spíše jakási možnost společenského vyrovnání se mužům. Když škola zanedlouho zanikla, po několik dalších let si každá klinika školila své sestry sama. Každá sestra v nemocnici pečovala o padesát nemocných a měla daný seznam povinností (Příloha A), (Pospíšilová a Tóthová, 2014).

2.3 Historie ošetrovatelství v letech 1918–1945

Mezi koncem 19. století a koncem druhé světové války došlo k výrazně prudkému rozvoji v zakládání nemocnic. Současně při nemocnicích vznikaly ošetrovatelské školy. Vzájemně na sobě byly závislé, jelikož školy potřebovaly hmotnou podporu a nemocnice potřebovaly absolventky k péči o pacienty (Kutnohorská, 2010). V roce 1916 byla v Praze otevřena státní dvouletá ošetrovatelská škola, která fungovala i po první světové válce a stala se vzorem pro další vznikající ošetrovatelské školy. **Alice Masaryková**, dosud náležitě nedoceněná za rozvoj českého ošetrovatelství, pozvala tehdy do Prahy tři sestry amerického Červeného kříže. Jejich zásluhou škola dosáhla vysoké odborné úrovně a zároveň se jim podařilo vyučit první absolventky pro práci sester – učitelek praktické výuky (Pospíšilová a Tóthová, 2014). Jak uvádí literatura, některé z prvních absolventek státní dvouleté ošetrovatelské školy odcestovaly do Spojených států amerických, aby získaly nové zkušenosti a mohly je dále šířit u nás. Činnost diplomovaných sester a žákyň si zasloužila i pozitivní ohlasy vedoucích lékařů některých klinik. Lékaři jejich studium podporovali a podíleli se i na samotné výuce. Vzdělávání sester v té době bylo velmi propagováno a podporováno (Bártlová, Chloubová a Trešlová, 2010). Na začátku 20. století byla Výborem pro studium výuky ošetrovatelství v USA poprvé zdůrazněna potřeba vysokoškolsky vzdělaných sester. Na základě tohoto doporučení začaly vznikat univerzitní ošetrovatelské školy. První, dvě velmi významné vysoké školy vznikly v roce 1923 na Yalské univerzitě (Connecticut) a na Univerzitě Western Reserve v Ohio (Kutnohorská, 2010).

České ošetrovatelství v době fašistické okupace (1939–1945) trpělo velkým nedostatkem pracovních sil. Červený kříž rozšiřoval své řady o sestry dobrovolnice a přibyl i ošetrovatelský personál z Německa. Situace byla tak vážná, že bylo ministerstvem povoleno otevření civilní české ošetrovatelské školy v Brně. V roce 1939 byly otevřeny další tři ošetrovatelské školy – v Praze, v Kroměříži a v Olomouci. Po atentátu na říšského protektora Reinharda Heydricha v roce 1942 došlo k zásahům fašismu i proti zdravotníkům. Gestapo odvádělo lékaře i ošetrovatelský personál přímo z pracovišť, někde je ihned propouštěli ze zaměstnání. Mnohé kvalifikované i nekvalifikované české sestry poté působily ve válce v odbojovém hnutí, jiné byly zapojeny do zahraniční armády (Plevová et al., 2011).

2.4 Ošetřovatelství po roce 1945

Nedostatek zdravotního personálu, ke kterému došlo kvůli uzavírání vysokých škol a nedostatku škol pro ošetřovatelky, se po odsunu německých ošetřovatelek a lékařů nezlepšil, ba naopak se velice zhoršil. Velkou prioritou bylo po tomto období doplnit odnesený, poškozený a zničený materiál, nábytek a zajistit odklizení nepořádku. Neméně důležitá byla odborná příprava nového personálu. V roce 1945 se v Ostravě otevřela Vyšší sociální škola pro vzdělávání sociálních pracovníků. Studium bylo dvouleté a bylo zakončeno maturitní zkouškou (Kutnohorská, 2010). Byl to možná jakýsi impuls k velmi rychlému rozšiřování sítě státních ošetřovatelských škol a v roce 1947 jich bylo již dvacet šest. Zároveň byla v roce 1946 otevřena v Praze Vyšší ošetřovatelská škola. Po komunistickém převratu v únoru 1948 byly všechny ošetřovatelské školy sloučené do středních zdravotnických škol. Tyto školy byly řízeny ministerstvem školství, studium trvalo čtyři roky a bylo zakončeno maturitní zkouškou. Přijati byli pouze ti žáci, kteří úspěšně ukončili povinnou školní docházku, a byly to zejména dívky. Učební plán obsahoval jak předměty odborné, tak všeobecné (Plevová et al., 2011).

3 KOMPETENCE VŠEOBECNÝCH SESTER V ČESKÉ REPUBLICE

Kompetence všeobecných sester jsou stálým tématem současného ošetrovatelství. Jejich struktura není moc stálá už z toho důvodu, že i vzdělávání zdravotnických pracovníků se velmi mění (Hekelová, 2015). Je otázkou a zároveň podkladem mnoha výzkumů, zda sestry vlastně znají strukturu svých kompetencí, zda si je uvědomují a dodržují je a případně, co je vede k tomu je překračovat. Jak ukázal například výzkum Sehnalové (2015), sestry nemají mnoho informací o svých kompetencích, a tedy ani jejich překračování není výjimkou. Zároveň tím samym výzkumem bylo dokázáno, že specializované sestry (konkrétně se specializací ARIP), ač by mohly, plně svých kompetencí nevyužívají, a naopak sestry bez specializace tyto výkony velmi často provádí i přesto, že nejsou zahrnuty v jejich kompetencích. Nicméně na druhou stranu se nepotvrdila žádná z hypotéz tohoto výzkumu. Neprokázalo se tedy, že sestry, které pracují ve fakultních nemocnicích, mají o svých kompetencích větší znalosti než sestry z oblastních nemocnic. Nebylo ani dokázáno, že kompetence sester z fakultních nemocnic jsou více dodržovány než kompetence sester oblastních nemocnic. Dalo by se tedy říci, že není chyba v rozdílnosti zdravotnických zařízení, ale právě v informovanosti sester o svých kompetencích (Sehnalová, 2015). Podobné výsledky přinesl i výzkum Mikšové (2014) zabývající se naplňováním kompetencí členů ošetrovatelského týmu. Zaměřila se komplexně na respektování právně daných kompetencí jednotlivými zdravotnickými pracovníky. Bylo zjištěno, že k překračování kompetencí dochází u všech členů ošetrovatelského týmu. Nejhorší situace ale je opravdu právě u všeobecných sester. Ty na jedné straně jsou pověřovány k vykonávání činností, které jsou v kompetencích lékařů, a na straně druhé jsou pověřovány vykonáváním činností méně kvalifikovaného personálu. Velmi varovným výsledkem výzkumu je také překračování kompetencí zdravotnických asistentů – dnes již praktických sester, ošetrovatelů a sanitářů (Mikšová et al., 2014).

3.1 Kompetence všeobecných sester v České republice z právního hlediska

V roce 2004 Česká republika vstoupila do Evropské unie, což s sebou přineslo nutná přijetí různých opatření týkající se mimo jiné i našeho ošetrovatelství (Sehnalová, 2015). V tomtéž roce vešel v platnost **Zákon č. 96/2004 Sb.** o nelékařských zdravotnických povoláních. Tento zákon udává podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Česko, 2004). V roce 2017 byla zveřejněna novela zákona **č. 201/2017 Sb.** Se vzděláváním všeobecných sester jdou ruku v ruce i kompetence, které sestry mají taktéž dané zákonem. V překladu by se slovo kompetence dalo chápat jako pravomoc či rozsah působnosti. Tyto pravomoci jsou ve své podstatě součástí pracovní náplně, ale nejsou jedinou její složkou. Dalšími částmi pracovní náplně jsou například informace o tom, kdo je nadřízený a podřízený zaměstnanec, a jaké má další povinnosti (Vlček, 2012).

V roce 2011 vešla v platnost **Vyhláška č. 55/2011 Sb.**, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška zahrnuje činnosti, které může všeobecná sestra vykonávat bez indikace lékaře a bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře bez odborného dohledu, pod odborným dohledem specializované sestry a pod odborným dohledem lékaře (Česko, 2011). Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře je sestrám umožněno zabývat se fyzickým a psychickým stavem pacientů, potřebami a úrovní soběstačnosti pacientů, přičemž mohou využít měřicí techniky, které se v ošetrovatelské praxi využívají. Zároveň je v kompetencích sester monitorace fyziologických funkcí pacientů, kam patří například i saturace kyslíkem. Všeobecná sestra také může odebírat anamnézu, a to osobní, sociální, rodinnou i pracovní. Co se týče vyšetření biologického materiálu, bez odborného dohledu, ale především bez indikace lékaře, sestry mohou vyšetřovat materiál získaný neinvazivní cestou, a navíc i kapilární krev – tedy krev získanou z bříška prstů například při monitoraci hladiny glykémie. Sestra bez indikace lékaře může také pečovat o stomie, o centrální i periferní žilní vstupy, a to včetně zajištění jejich průchodnosti, a dále o močové katetry u pacientů jakéhokoliv věku. U pacientů starších 3 let je všeobecné sestře bez odborného dohledu a bez indikace lékaře povoleno odsávat sekrety z horních cest dýchacích a z permanentní tracheostomické kanyly. Mezi tyto kompetence sester

patří i edukace pacientů a jejich rodinných příslušníků v ošetrovatelských postupech a v použití zdravotnických prostředků, psychická podpora pacientů a jejich rodin i hodnocení sociální situace pacientů případně také zprostředkování odborné pomoci v sociálně-právních potížích. Na základě indikace lékaře, ale stále bez odborného dohledu může všeobecná sestra vykonávat například zavedení periferního žilního katétru pacientům starším 3 let, odebírat biologický materiál včetně krve, ošetřovat drény a drenážní systémy, odstranit stehy a drény. Výjimkou jsou drény hrudní a drény v oblasti hlavy. Dále může zavést permanentní močový katétr ženám i dívkám starším 3 let a provést výplach žaludku pacientům při vědomí starším 10 let. Pod odborným dohledem lékaře je v kompetencích sester intravenózní aplikace krevních derivátů. Pod odborným dohledem specializované sestry může všeobecná sestra při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče na specializovaných pracovištích provádět stejné výkony, jako bez odborného dohledu a bez indikace lékaře (Česko, 2011). V roce 2016 se tato vyhláška novelizovala poprvé a na to o rok později vešla v platnost novela vyhlášky č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb. ve znění vyhlášky č. 2 /2016 Sb. Jednou ze změn, ke které došlo je, že se z kompetencí, které by všeobecná sestra měla vykonávat bez indikace lékaře a odborného dohledu škrtá edukace pacientů v ošetrovatelských postupech a používání zdravotnických prostředků nebo také analýza, zajištění a hodnocení kvality a bezpečnosti poskytované ošetrovatelské péče (Česko, 2017). Co se týče samotné indikace lékaře, je velmi zajímavé si uvědomit, že je pravomocí lékaře rozšiřovat právě svou indikací kompetence sester. Podstatné ale je, že se musí jednat o přípravu, asistenci či ukončení výkonů, a ne o provedení výkonů, které jsou velmi náročné na znalosti a dovednosti a je u nich vysoké riziko komplikací (Brůha a Prošková, 2011). Toto rozšiřování kompetencí sester nemá ale jenom své klady, jako například, že lékaři budou mít více prostoru pro kvalifikovanější výkony. Díky ne zcela jasně vyjasněným a daným kompetencím se zároveň zvyšuje napětí mezi zdravotnickými pracovníky, což může svým způsobem ohrozit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče (Hekelová, 2015).

Zvyšující se napětí mezi zdravotnickým personálem může být jedním ze zdrojů konfliktů. Je také nepochybné, že dalším zdrojem konfliktů na pracovišti jsou nedostatečná či jednostranná komunikace a nesprávný přístup lékařů a sester k sobě vzájemně. Asi největšími problémy a nejčastějšími příčinami těchto sporů jsou nesrozumitelné ordinace či telefonní hovory, při kterých může dojít k tomu, že lékař i sestra hovorům přikládají každý jinou míru důležitosti (Vévoda a kol., 2013). Určité

změny a ujasnění v kompetencích sester jsou pravděpodobně stále nevyhnutelné, nicméně měly by se vzít v potaz aktuální potřeby, aby nedošlo k přetěžování všeobecných sester a k ohrožení bezpečnosti pacientů. Zároveň by se s ohledem na zvyšující se kompetence všeobecných sester mělo upravovat a přizpůsobovat vzdělávání (Hekelová, 2015). I vzhledem k tomu, že se vzdělání a dovednosti každého pracovníka mění, je otázkou, zda by nebylo možná vhodné na základě toho jemu přidělené kompetence pravidelně aktualizovat a přizpůsobovat (Vlček, 2012). V současné době se uvažuje o zvýšení kompetencí všeobecných sester, a především členové ČAS se již shodli na konkrétních kompetencích, které je možné předat z lékařů na nelékařské zdravotnické pracovníky. U těchto kompetencí je to i velmi žádoucí, jelikož jsou sestrami již dlouho vykonávány neoficiálně. Sestry by tak v budoucnu mohly například na základě přesného zhodnocení stavu pacienta indikovat a předepisovat vybraný zdravotnický materiál a vybrané zdravotnické pomůcky nebo ordinovat základní vyšetření. Sestry proškolené ve farmakologii by mohly upravovat vybrané medikace. Další rozšířenou kompetencí by byla například edukace pacienta před a po výkonu o detailech tohoto výkonu (rozšířená edukace v oborech jako je ortopedie či transplantační medicína). Zdravotničtí záchranáři by mohli indikovat zavedení laryngeální masky a provést i samotnou intubaci. Porodní asistentky by mohly například šít hráze po episiotomii čili nástřihu hráze (Česká asociace sester, 2018).

3.2 Etický kodex sester

Vedle zákonů a vyhláškami daných kompetencí pro všeobecné sestry existuje také **etický kodex sester**. Dá se hovořit o dokumentu, který ukládá obecná i konkrétní pravidla, normy či předpisy práce v organizacích a profesích. Etický kodex sester byl vypracovaný **Mezinárodní radou sester** již v roce 1953, ale od té doby proběhlo několik úprav. Sestry v České republice se prostřednictvím ČAS hlásí k etickému kodexu, který je platný od roku 2012. Má čtyři hlavní články a popisuje čtyři základní povinnosti, které sestry mají (Příloha B). Vedle podpory zdraví a prevence je to navrácení zdraví a zmírnění utrpení, přičemž je velice důležité respektovat lidská práva. Kodex také ukládá sestram povinnost nediskriminovat pacienty vedle jiného také na základě barvy pleti, vyznání, postižení či nemoci, sexuální orientace či rasy. Sestra by dle etického kodexu

měla všechny tyto vlastnosti respektovat a s tím pacientům poskytovat ošetrovatelskou péči. Je primární profesní povinností sestry poskytnout ošetrovatelskou péči těm pacientům, kteří ji potřebují. Zároveň by mělo být v zájmu sestry, aby pacient měl kompletní potřebné informace a také, aby byla zachována důvěra v jejich vztahu, čímž sestra přispěje především dodržováním povinné mlčenlivosti. Dále je v kodexu zahrnuto, že by se sestry měly stále snažit udržovat své znalosti a dovednosti na takové úrovni, aby byla stále schopna poskytovat kvalitní a odpovídající ošetrovatelskou péči. Neméně důležitý je stále i fakt, že při poskytování ošetrovatelské péče by se měly sestry stále chovat v souladu s pravidly slušného chování (Di Cara, Petr, Charvátová, 2012).

3.3 Struktura kompetencí všeobecných sester ve Velké Británii

Ve Velké Británii se o jakousi regulaci sester stará takzvaný **Nursing and Midwifery Council** (zkratka **NMC**). Jejich činností je stanovování standardů pro vzdělávání a školení sester, tak, aby péče, kterou budou sestry a porodní asistentky během svého výkonu povolání poskytovat, byla co nejkvalitnější. Ve Velké Británii funguje také registr sester a porodních asistentek. Co se týče vzdělávání, NMC schvaluje vzdělávací instituce a vzdělávací programy a zároveň udržuje databázi těchto schválených kurzů. Zároveň je jejich prioritou zajistit kvalitní praxe pro studenty zdravotnických oborů. Jedním ze standardů NMC je **The Code for Nurses and Midwives**, tedy Kodex pro sestry a porodní asistentky. Obsahuje normy, v souladu s kterými musí jednat jak sestry, tak porodní asistentky ve Velké Británii. V případě závažného jednání v rozporu s tímto kodexem může být sestra až vyloučena z registru. V tomto standardu je zohledněno 25 norem, dle kterých by měly sestry vykonávat své povolání. Mimo jiné sestry musí zacházet s pacienty individuálně a zachovávat jejich důstojnost, naslouchat svým pacientům a efektivně reagovat na jejich potřeby a obavy a respektovat právo na soukromí. Důležitá je také správná komunikace a spolupráce (Nursing and Midwifery Council, 2015).

Dalším dokumentem NMC jsou **Standards of proficiency for registered nurses**, tedy standardy odbornosti registrovaných zdravotních sester. Obsahují sedm oblastí, které obsahují znalosti a dovednosti, které musí všechny registrované sestry prokázat při poskytování ošetrovatelské péče pacientům všech věkových kategorií ve všech typech

péče. Dle tohoto standardu musí sestra být zodpovědný profesionál ve svém oboru, podporovat zdraví a podílet se na prevenci, posuzovat potřeby svých pacientů a efektivně plánovat péči, poskytovat a hodnotit poskytovanou péči, umět vést a řídit ošetrovatelskou péči v týmu, zlepšovat kvalitu poskytované péče a správně ji koordinovat (Nursing and Midwifery Council, 2018). Co se týče konkrétních kompetencí sester ve Velké Británii, na rozdíl od České republiky britské sestry mají například kompetenci předepisovat léky. Tato činnost je součástí jejich kompetencí již od roku 1994 (Dobrovodská, 2008). V kompetencích všeobecných sester je dále také například hodnotit stav pacienta a stanovit předběžný plán léčby, ale také rozhodování o krátkodobé nutné hospitalizaci pacienta (Třešňák, 2009).

4 ODPOVĚDNOST PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Pacient je základní prvek ošetrovatelství a zdravotnictví. Pro sestru by mělo proto být velkou prioritou jeho bezpečí. V roce 2005 byla schválena **Lucemburská deklarace k bezpečí pacientů** (Luxembourg Declaration on Patient Safety), která zahrnuje několik doporučení členskými státy EU. Obsahuje například doporučení, že by pacientům mělo být umožněno znát úplné informace o svém zdravotním stavu a mít k nim volný přístup. Dále doporučuje zavedení elektronické formy zdravotnických dokumentací, která by měla obsahovat především základní údaje o zdravotním stavu pacientů. Mimo jiné mezi body doporučení patří také, že je důležité zahrnout informace o bezpečí pacientů do vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, prosazovat školení zaměřené na bezpečí pacientů, chránit soukromí pacientů (i v rámci legislativy) a mít na pracovišti prostředí, kde zdravotník nebude za svou chybu sankcionován, ale jeho chyba bude využita k poučení. Důležité je také povědomí o existenci tzv. nežádoucích, dříve mimořádných událostí při poskytování zdravotní péče (Šupšáková, 2017). Přesnou definici nežádoucích událostí obsahuje **Věstník č. 7/2016** (Česko, 2016). V poslední době se za takovou událost považuje i náhlé zhoršení zdravotního stavu pacienta, což je ale velmi sporné, protože je důležité toto zhoršení odlišovat od běžných komplikací zdravotního stavu. Nežádoucí události mají také své vlastní rozdělení do druhů. Patří sem například pády, dekubity, dokumentace, medikace / i. v. roztoky, transfúze / krevní deriváty, dieta / výživa nebo nehody a neočekávaná zranění. Kromě pádů a dekubitů se u všech ostatních sleduje pouze počet událostí (Šupšáková, 2017). Předcházet rizikům při poskytování ošetrovatelské péče můžeme díky různým opatřením, mezi která patří například hygienická opatření, prevence pádů, prevence dekubitů či systém identifikace pacientů. Pro co největší bezpečí pacientů byly například Ministerstvem zdravotnictví stanoveny minimální požadavky na poskytovatele zdravotnických služeb. Jsou to takzvané Rezortní bezpečnostní cíle, mezi které patří, mimo jiné, bezpečná identifikace pacientů, prevence vzniku dekubitů či postupy pro správnou hygienu rukou, která je velice důležitá pro zabránění šíření infekce (Šnajdrová, 2018). I vzhledem k akreditaci je pro zdravotnická zařízení poměrně důležité správné definování nežádoucích událostí a vytvoření protokolů k prevenci a hlášení. Zdravotnická zařízení si zavádí své systémy hlášení dostupné všem zaměstnancům z toho důvodu, aby každý mohl informovat o nežádoucí události. Přitom

je zároveň důležité zajistit ochranu ohlašujícího před postihem, čehož lze dosáhnout například anonymitou hlášení. Dopředu by také mělo být ujasněno, jak bude probíhat šetření příčin těchto událostí. Zdravotnické zařízení by mělo být schopné předvést, jak pozitivně motivuje zaměstnance k co největší míře hlášení nežádoucích událostí a jak využívá zpětnou vazbu k zajištění maximálního bezpečí pacientům. Zároveň se systém hlášení nežádoucích událostí nemusí zaměřit pouze na sledování poskytované péče pacientům, ale může monitorovat různé nežádoucí události v provozní či organizační struktuře (Plevová et al., 2012). Bezpečí pacienta zajisté velmi závisí na personálu, který se u pacienta podílí na veškeré ošetrovatelské péči. Je proto velice důležité dodržovat správné postupy a normy na pracovišti a uvědomovat si svou odpovědnost při poskytování péče pacientům a jejich rodinám (Šupšáková, 2017).

4.1 Povinná mlčenlivost ve zdravotnictví

Nemalou součástí ošetrovatelské péče je vzájemná důvěra mezi pacientem a ošetrovatelským personálem. Ošetrovatelský personál má přístup nejen k veškerým informacím o zdravotním stavu pacienta, ale mnohdy i k velmi intimním potížím, které pacienta tíží. Je proto neetické a nepřijatelné, když se tyto informace dostanou mimo vztah pacient – ošetrovatelský personál. Za takové porušení požadují postih toho, kdo se ho dopustil. Spolu s povinnou mlčenlivostí ve zdravotnictví souvisí **profesní kodex**, který přímo sestře povinnou mlčenlivost ukládá. Požaduje, aby sestra chránila informace o pacientech a aby svědomitě rozhodovala o tom, v jaké míře a komu je podá. Na druhé straně **kodex práv** pacienta říká, že právem pacienta je očekávat od ošetrovatelského personálu důvěrné zacházení s jeho údaji a informacemi o jeho zdravotním stavu. Právní předpis obecně přikazuje všem pracovníkům ve zdravotnictví dodržovat povinnou mlčenlivost o všem v souvislosti s výkonem svého povolání. Výjimkou je například situace, ve které jsou informace podávány se souhlasem pacienta. Porušením povinné mlčenlivosti je situace, ve které sestra z nedbalosti zpřístupní zdravotní dokumentaci pacienta – to nastává například tehdy, zapomene-li dokumentaci na volně přístupném místě. A dalším, velice častým případem porušení povinné mlčenlivosti, je ústní či telefonické sdělování informací o pacientech neoprávněným osobám. Na druhé straně ale není chybou, a tedy ani porušením povinné mlčenlivosti, když sestra sdělí,

na kterém oddělení je pacient hospitalizován (Vondráček a Wirthová, 2009). Neměli bychom také opomenout fakt, že povinná mlčenlivost neplatí pouze pro zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky, kteří se svému povolání v současné době věnují. Povinná mlčenlivost se vztahuje i na ty pracovníky, kteří již ve zdravotnictví nijak nepůsobí. Jak uvádí Prudil ve své knize: „*ukončení výkonu zdravotnického povolání tak v žádném případě neznámá, že by povinnost mlčenlivosti ve vztahu k dříve získaným informacím zanikla*“ (Prudil, 2017, s. 14). V případě poskytování informací médiím a veřejnosti platí povinná mlčenlivost taktéž. Poskytovatel zdravotních služeb ani zaměstnanci zdravotnického zařízení nemají právo komentovat zdravotní stav daného pacienta před veřejností ani před médii. Pokud bude na oddělení hospitalizován pacient, který není schopný nebo nechce dát souhlas k poskytnutí informací, a situace bude vyžadovat nějaké vyjádření směrem k médiím, může si v tuto chvíli zdravotník (v praxi častěji tiskový mluvčí) dovolit pouze krátké sdělení, jako je např. pacientův stav je stabilizovaný apod. I přes různorodé názory se dá říci, že zdravotníci jsou vázáni povinnou mlčenlivostí i v té situaci, kdy pacient sám k médiím sdělí některé informace, ale média požadují i vyjádření poskytovatele zdravotních služeb (Uherek, 2014).

4.2 Postup lege artis ve zdravotnictví

Při poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče je velkou podmínkou postupovat takzvaně **lege artis** neboli poskytovat péči dle zákona, nebo také poskytovat péči v souladu s odbornými pravidly. Aby bylo možné takto postupovat, je důležité výkon správně indikovat. Neméně důležitou součástí je také edukace, souhlas konkrétního pacienta a správně vedená zdravotní dokumentace. Na druhé straně je postupování **non lege artis**, které se dá chápat jako zaviněné jednání. Důsledkem takového jednání může být poškození pacienta a v souvislosti s tím vzniklá odpovědnost za škodu. Za takový výkon se považuje ten, který (i v případě, že by nevzniklo žádné poškození pacienta) je proveden bez edukace či souhlasu. V situaci, kdy je potřeba vyhodnotit, zda se postupovalo či nepostupovalo lege artis by se měly brát v potaz konkrétní situace, podmínky a možnosti za kterých byly služby poskytovány. V jednotlivých zdravotnických zařízeních se může lišit personální složení, pracovní

vytížení jednotlivých zaměstnanců i technická výbava, a proto je nutné posuzovat individuálně, zda péče byla na požadované odborné úrovni (Prudil, 2017).

4.3 Poskytnutí ošetrovatelské péče mimo zdravotnické zařízení

Jak by mělo být pravidlem, ošetrovatelská péče je poskytována v ambulantních či lůžkových částech zdravotnických zařízení. Proto velkým rizikem ve zdravotnictví, ale ne úplně výjimečným, je poskytování ošetrovatelské péče mimo zdravotnické zařízení a mimo své zaměstnání. Běžnou praxí bohužel ale je, že sestry poskytují tuto péči rodinným příslušníkům, případně i přátelům a známým, a to výjimečně i opakovaně a trvale za úplatu i bez úplaty. Poskytnutí ošetrovatelské péče mimo poskytovatele zdravotních služeb je velmi rizikové, jelikož ne vždy jsou prováděné výkony bez komplikací. I proto je velmi obtížné tuto péči správně zařadit a mít pro ni i právní zajištění. Sestra, která se rozhodne poskytnout tuto péči mimo zdravotnické zařízení, ve kterém je zaměstnaná, by si měla správně uvědomit, že nese plnou odpovědnost za své jednání. V tuto chvíli nehraje roli, komu péči poskytuje, ani zda za ní dostala finanční odměnu. Pokud dojde k trestnímu činu ublížení na zdraví z nedbalosti, nevolá sestru k odpovědnosti poškozený pacient, ale státní zástupce. Konkrétně to znamená, že pacient nemusí podat trestní oznámení, ale stačí, aby to za něj udělal například příbuzný či kdokoliv jiný. V situaci, kdy sestra poskytuje ošetrovatelskou péči pravidelně, trvale a za finanční odměnu, může jí hrozit postih za trestný čin neoprávněného podnikání. Vhodným příkladem, který uvádí literatura, by mohla být situace, kdy sestra pravidelně provádí aplikaci inzulínu nebo měří krevní tlak a požaduje za to domluvenou úplatu. V nesouladu s právními normami je i takové jednání sestry, při kterém v rámci poskytované péče změni ordinaci léků (množství, způsob aplikace). Sestry by si také měly uvědomit, že i v případě komplikací, které nastanou při poskytování ošetrovatelské péče mimo zdravotnické zařízení, má pacient plné právo žádat odškodnění. Zároveň se při poskytování takové péče nevede zdravotní dokumentace, a tak, pokud opravdu dojde ke komplikacím, nemá sestra mnohdy žádné pevné zastání (Vondráček a Wirthová, 2009).

4.4 Právní odpovědnost všeobecných sester

Každá všeobecná sestra by si měla v souvislosti s výkonem svého povolání uvědomovat i svou právní odpovědnost za své jednání. Měla by si uvědomovat následky svých činů a měla by znát základní právní předpisy. Protiprávním jednáním se rozumí právě takové jednání, které je v rozporu s těmito předpisy. Při poskytování ošetrovatelské péče má sestra odpovědnost za informace, které zjišťuje v rámci odběru anamnézy, za edukaci pacienta, za souhlasy pacientů s výkony, které provádí a v neposlední řadě právě i za konkrétní výkon, který provedla nebo i za úkol, který ji byl uložen a ona jej nesplnila. Vedle pracovněprávní, občanskoprávní a trestněprávní odpovědnosti má sestra také odpovědnost disciplinární a smluvní. Disciplinární odpovědností je ale vázána pouze sestra, která je členkou stavovské organizace sester. O smluvní odpovědnost se jedná tehdy, dojde-li k nedodržení některých smluvních ustanovení (Vondráček a Wirthová, 2009). Každá sestra je z právního hlediska brána především jako občan či fyzická osoba se stejnými právy a povinnostmi jako kterákoliv jiná fyzická osoba. Její profese ale přináší i spoustu jiných práv a především povinností, se kterými jde ruku v ruce odpovědnost. Pro příklad lze uvést, že trestní zákon stanovuje, že všichni jsme povinni poskytnout první pomoc osobě, která ji potřebuje. Za neposkytnutí první pomoci hrozí sankce. V případě, že ale sestra neposkytne první pomoc, jedná se o trestný čin, za který je potrestána mnohem přísněji. Dále je sestra brána jako poskytovatelka ošetrovatelské péče, kterou poskytuje lege artis. V neposlední řadě je sestra zaměstnanec, a v mnohých případech i jako svědek (Vondráček a Vondráček, 2006).

Pracovně právní odpovědnost je zakotvena v zákoníku práce a ve smlouvě o pracovním poměru, kterou dobrovolně uzavírá sestra s konkrétním zdravotnickým zařízením. Sestra při výkonu svého povolání vykonává nejen činnosti dané sjednanou pracovní náplní, nýbrž také činnosti, které ji uloží nadřízený. **Občanskoprávní odpovědnost všeobecných sester** má základ v občanském zákoníku. Dala by se chápat při poskytování ošetrovatelské péče jako odpovědnost za škodu. O této odpovědnosti se hovoří ve chvíli, kdy sestra spáchá škodu majetkovou, tedy škodu na věcech pacienta či jeho doprovodu, nebo zaměstnavatele. Zároveň sem patří i škoda nemajetková, kam spadá újma na zdraví či zásah do osobnostních práv. **O trestněprávní odpovědnosti všeobecných sester** se hovoří v případě, že sestra v souvislosti s výkonem svého povolání spáchá trestný čin. Tento čin, který ale

musí být zahrnut v **trestním zákoně**, je nejčastěji spáchán z nedbalosti, ale může dojít i k výjimce, kdy je toto jednání vědomé. Při posuzování trestněprávní odpovědnosti se za nedbalost považuje i neznalost. Stručně řečeno, trestný čin je takové jednání, které je nebezpečné společnosti (Vondráček a Wirthová, 2009). Konkrétní paragrafy trestního zákona stanovují výši trestu za jednotlivá porušení (Příloha C).

5 EMPIRICKÁ ČÁST

5.1 Cíle práce a výzkumné otázky

5.1.1 Cíle práce:

- 1 Zjistit, zda všeobecné sestry znají své kompetence dané legislativou.
- 2 Zjistit faktory, které v praxi ovlivňují nedodržování kompetencí všeobecných sester.
- 3 Zjistit znalosti všeobecných sester o své odpovědnosti za překračování svých kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče.
- 4 Zjistit výkony, u kterých jsou nejčastěji překračovány kompetence.

5.1.2 Výzkumné otázky:

- 1 Znalí všeobecné sestry své kompetence dané legislativou?
- 2 Které faktory v praxi ovlivňují nedodržování kompetencí všeobecných sester?
- 3 Jaké znalosti mají všeobecné sestry o své odpovědnosti za překračování svých kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče?
- 4 U kterých výkonů jsou všeobecnými sestrami nejčastěji překračovány kompetence?

5.2 Metodika výzkumu

Pro empirickou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Konkrétně byla zvolena forma nestandardizovaného rozhovoru (Příloha D). Rozhovory byly realizovány na interních a chirurgických lůžkových odděleních v Oblastní nemocnici Jičín a.s. a v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav a.s. Pro obě zdravotnická zařízení byly zajištěny souhlasy vedoucích pracovníků s výzkumy (Příloha E). Výzkum začínal v prosinci 2018 a zakončen byl v únoru 2019. Pro výzkumné otázky byly vytvořeny kategorie, ke kterým byly následně vytvořeny konkrétní otázky do rozhovoru.

Pro případné úpravy otázek rozhovoru byl proveden předvýzkum, který jsme dělali na základě rozhovorů se třemi respondentkami z Oblastní nemocnice Jičín a. s. (Příloha H). Otázky pro rozhovor byly vytvořeny na základě konzultací s vedoucí bakalářské práce, a po provedeném předvýzkumu nebyla nutná jejich úprava. Celkově bylo vytvořeno šestnáct otázek, které zahrnovaly identifikační část pro zjištění věku, nejvyššího dosaženého studia a délky praxe ve zdravotnictví respondentek. Dále se otázky týkaly povinné mlčenlivosti, odpovědnosti sester, platné legislativy a samotných kompetencí všeobecných sester. Samotné rozhovory byly nahrávány na diktafon pomocí mobilního telefonu a následně byly přepisovány v textovém editoru Microsoft Office Word 2010.

5.3 Analýza výzkumných dat

Data z rozhovorů byla zpracována pomocí techniky kódování, konkrétně pomocí metody tužka – papír (Příloha F).

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

V rámci výzkumu bylo osloveno jedenáct respondentek, jejichž identifikační údaje byly zaznamenány v následující tabulce.

Tab. 1 Charakteristika výzkumného souboru

	věk	nejvyšší dosažené vzdělání	délka praxe ve zdravotnictví
R1	36	vysokoškolské – Mgr.	4–5 let
R2	45	středoškolské + specializace	26 let
R3	24	vyšší odborné – DiS.	7 let
R4	25	vyšší odborné – DiS.	7 let
R5	23	vyšší odborné – DiS.	3 roky
R6	31	středoškolské	11 let
R7	39	středoškolské	20 let
R8	36	středoškolské	12 let
R9	31	středoškolské	9 let
R10	31	středoškolské	10–11 let
R11	55	středoškolské + specializace	35 let

5.5 Kategorizace a analýza výsledků z rozhovoru

Otázky rozhovorů byly rozděleny do následujících osmi kategorií. Výsledky byly následně zpracovány do tabulek a schémat a doplněny o úryvky rozhovorů.

Seznam kategorií:

Kategorie I – Identifikace

Kategorie II – Legislativa

Kategorie III – Kompetence

Kategorie IV – Faktory

Kategorie V – Odpovědnost

Kategorie VI – Povinná mlčenlivost

Kategorie VII – Ošetrovatelská péče mimo zdravotnické zařízení

Kategorie VIII – Překračování kompetencí

5.5.1 Kategorie I – Identifikace

V tabulce 2 je znázorněna identifikace respondentek výzkumu. Všechny jsou ženského pohlaví ve věku 23–55 let se vzděláním převážně středoškolským zakončeným maturitou. 3 respondentky uvedly jako své nejvyšší dosažené vzdělání vyšší odborné s titulem diplomovaný specialista, tedy DiS., a pouze respondentka 1 uvedla jako své nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské magisterské. Jejich praxe ve zdravotnictví se pohybuje mezi 3–35 lety.

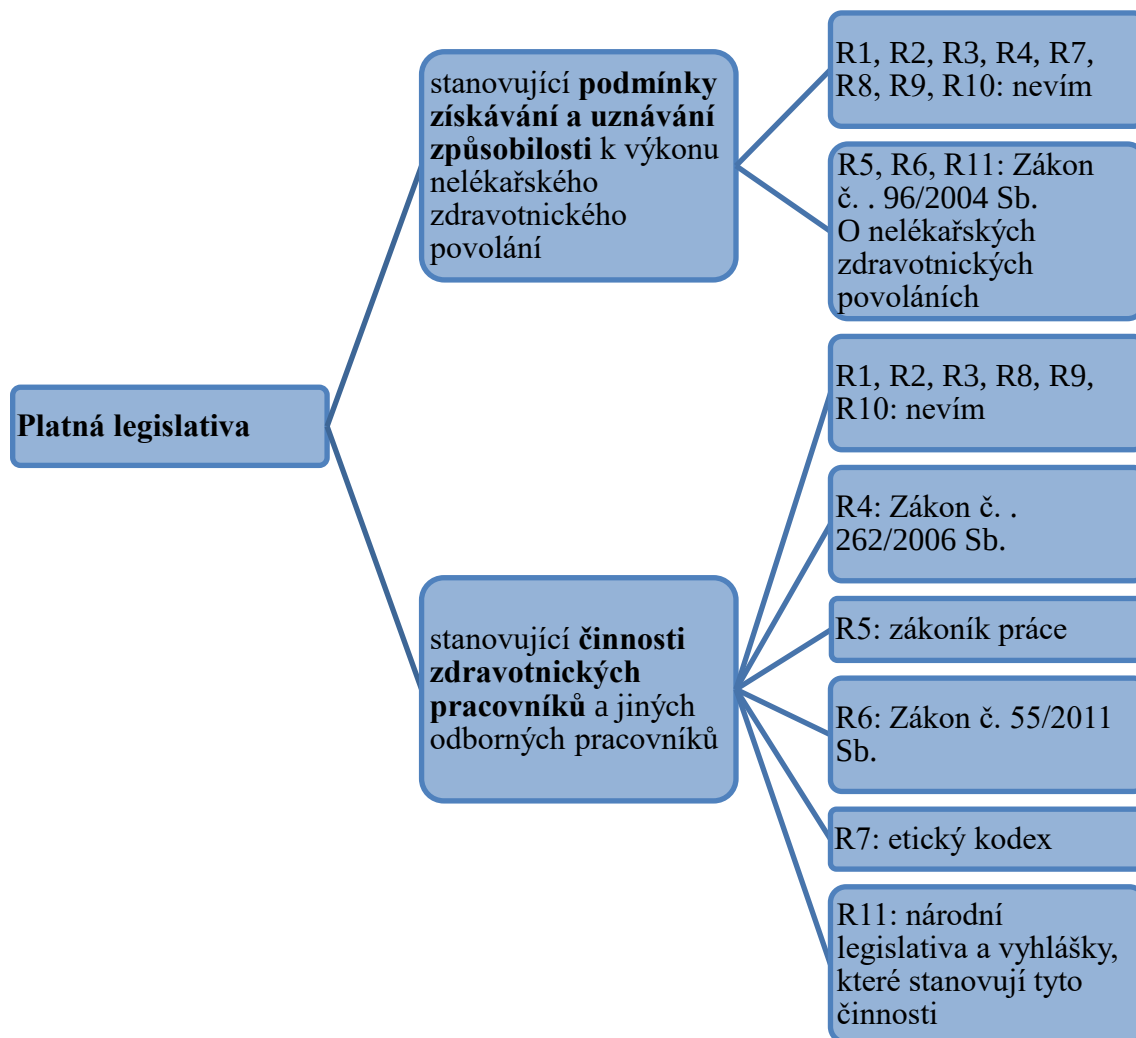
Tab. 2 Identifikace respondentů

	věk	nejvyšší dosažené vzdělání	délka praxe ve zdravotnictví
R1	36	vysokoškolské – Mgr.	4–5 let
R2	45	středoškolské + specializace	26 let
R3	24	vyšší odborné – DiS.	7 let
R4	25	vyšší odborné – DiS.	7 let
R5	23	vyšší odborné – DiS.	3 roky
R6	31	středoškolské	11 let
R7	39	středoškolské	20 let
R8	36	středoškolské	12 let
R9	31	středoškolské	9 let
R10	31	středoškolské	10–11 let
R11	55	středoškolské + specializace	35 let

5.5.2 Kategorie II – Legislativa

Ve druhé kategorii bylo naším cílem zjistit, jak všeobecné sestry znají platnou legislativu, která stanovuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, a jak všeobecné sestry znají platnou legislativu, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Část obrázku 1 je věnovaná platné legislativě, která stanovuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Tato část nám ukázala, že dotazované respondentky platnou legislativu neznaly a nevěděly, kde by ji hledaly. Pouze respondentka 5, 6 a 11 uvedla, že podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání stanovuje Zákon č. 96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních. Nejčastějšími odpověďmi respondentek pak bylo, že na pamatování zákonů příliš nejsou a že z hlavy to opravdu nevědí.

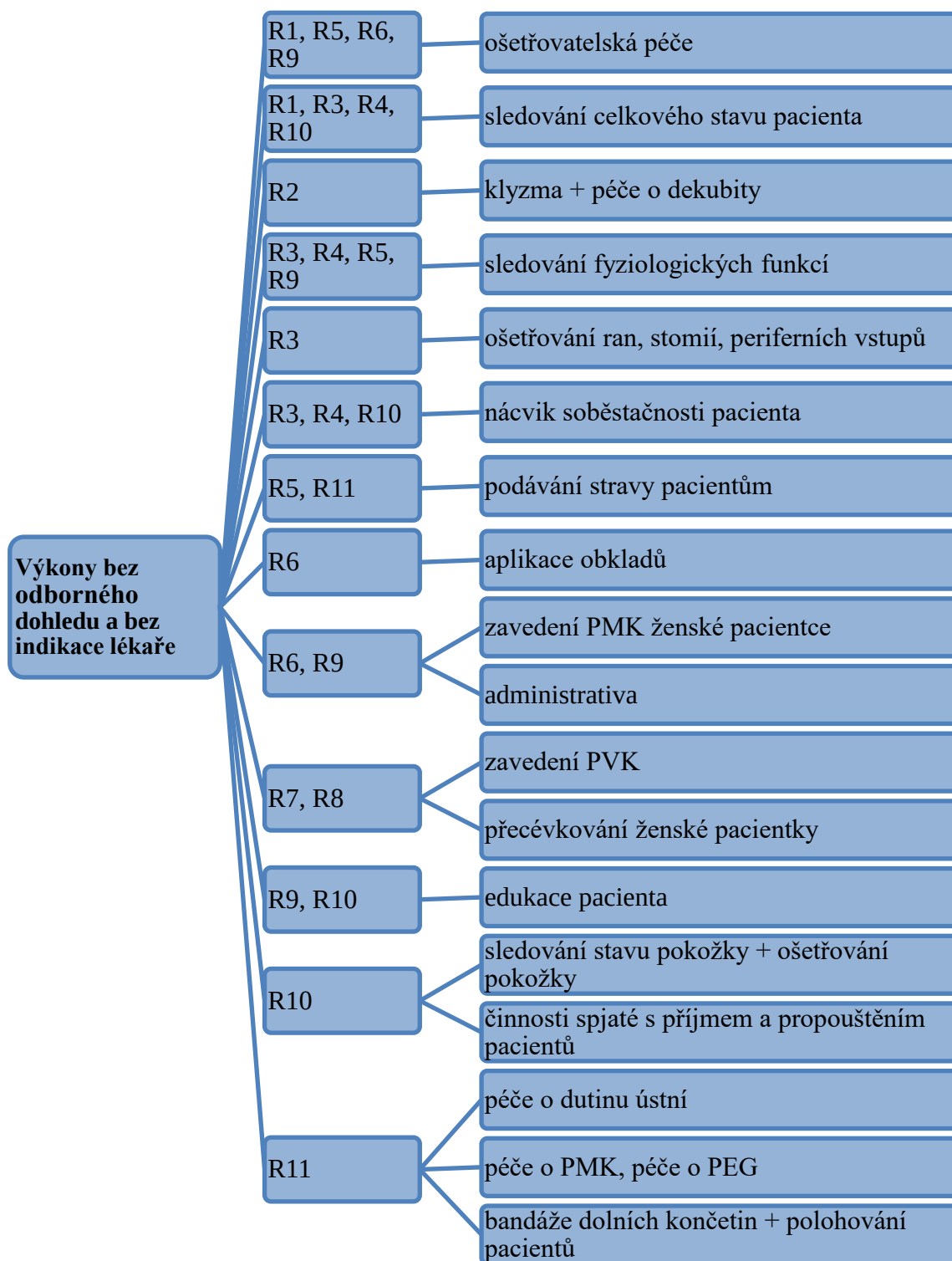
Druhá část obrázku nám znázorňuje, jak všeobecné sestry znají aktuální platnou legislativu, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Na základě odpovědí dotazovaných respondentek ve výzkumu se ukázalo, že ani tato legislativa jim není příliš známá. Respondentka 4 uvedla, že je to Zákon č. 262/2006 Sb. Respondentka 5 potom uvedla, že tyto činnosti určuje zákoník práce. Respondentka 11 se domnívá, že tyto kompetence určuje národní legislativa a obecně vyhlášky. Ke správné odpovědi se nejvíce přiblížila respondentka 6, která uvedla zákon č. 55/2011 Sb. Avšak ani jedna respondentka neuvedla Vyhlášku 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ani její novelu 391/2017 Sb.



Obr. 1 Platná legislativa

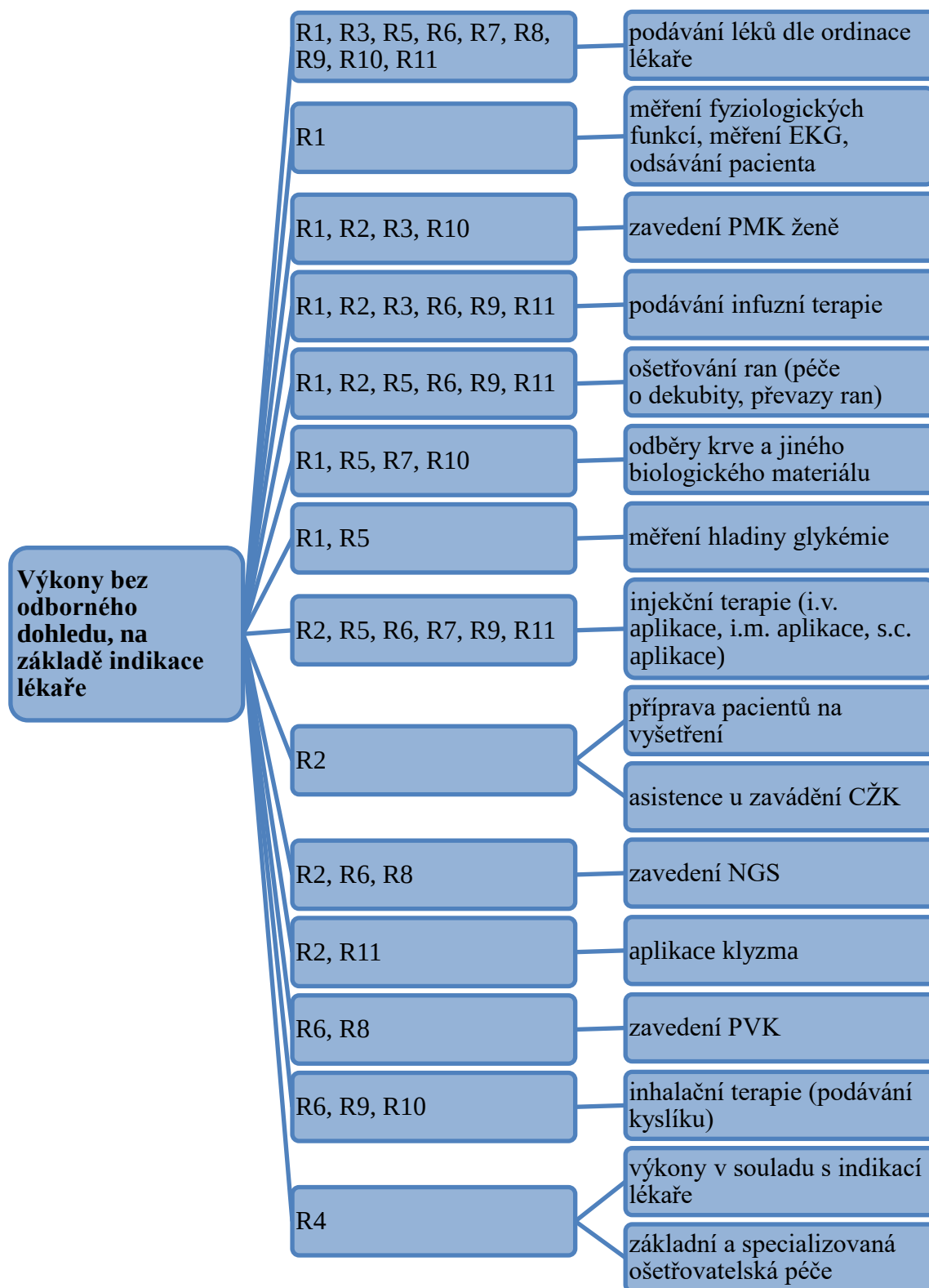
5.5.3 Kategorie III – Kompetence

Podle obrázku č. 2 můžeme sledovat odpovědi respondentek na otázku, jaké výkony může všeobecná sestra vykonávat bez odborného dohledu i bez indikace lékaře. Respondentky se velmi často shodovaly v odpovědích jako provádění celkové ošetrovatelské péče, sledování celkového stavu pacienta, sledování fyziologických funkcí či nácvik soběstačnosti s pacientem. Respondentky 5 a 11 se také domnívají, že mezi kompetence, které mohou provádět bez odborného dohledu i bez indikace lékaře, patří podávání stravy pacientům. Respondentka 6 a 9 se shodly, že mezi takové kompetence patří i zavedení PMK ženské pacientce a některá administrativa, kterou ale již blíže nespecifikovaly. Respondentka 8 uvedla stejně jako respondentka 7, že sestry mohou zavádět PVK pacientům, a že mohou přecévkovat ženskou pacientku, přičemž nebylo specifikováno, že mají na mysli první zavedení PMK pacientce. Dalšími odpověďmi na tuto otázku bylo například provedení klyzma, pečování o dekubity, rány, stomie a periferní vstupy, aplikace obkladů, polohování pacientů či edukace pacientů.



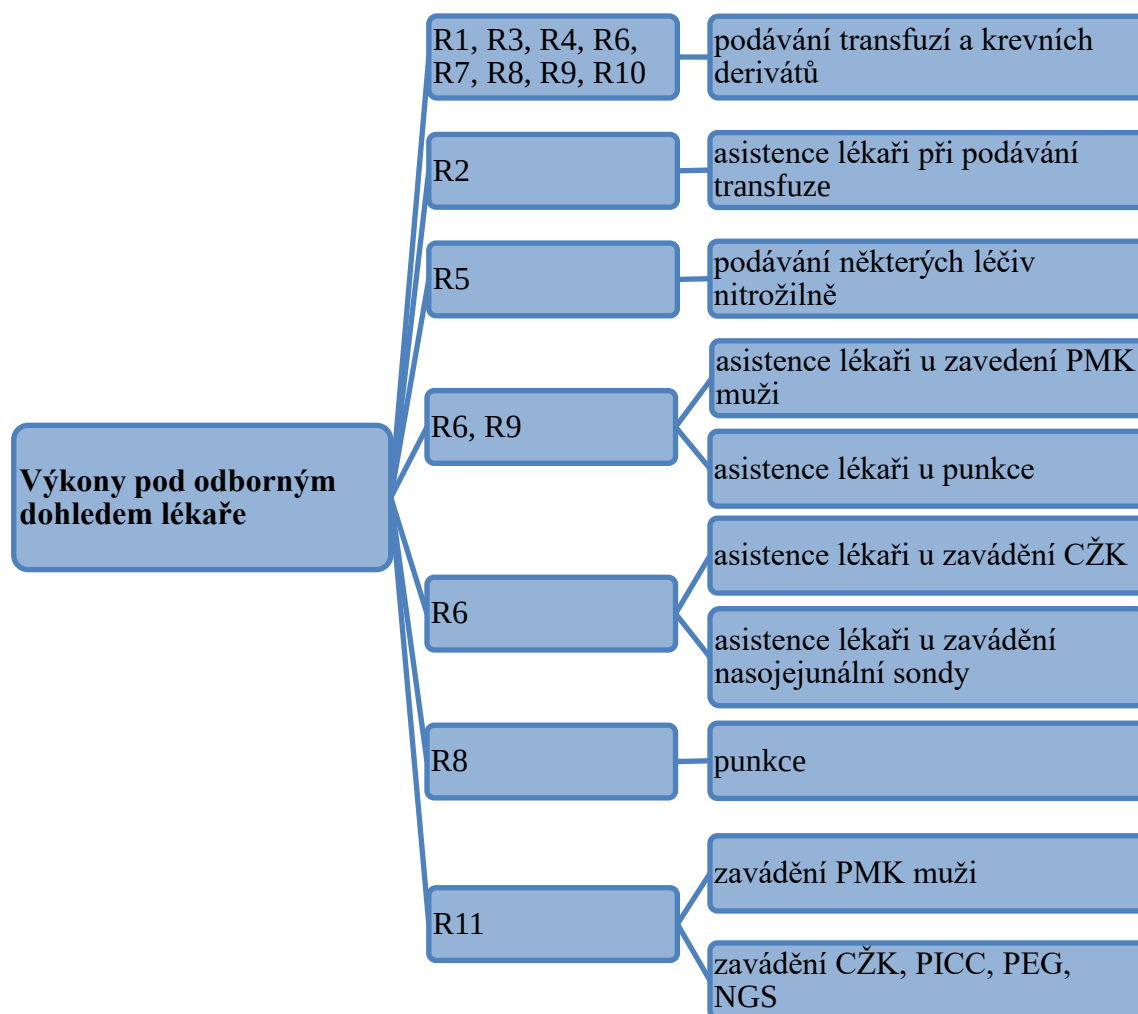
Obr. 2 Výkony bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

Na základě obrázku č. 3 můžeme hodnotit odpovědi respondentek na otázku, jaké výkony mohou provádět sice bez odborného dohledu, ale pouze na základě indikace lékaře. Odpovědi, ve kterých se nejčastěji shodlo až devět respondentek byly například: odběry krve a jiného biologického materiálu, injekční terapie zahrnující i.v. aplikaci, i.m. aplikaci a s.c. aplikaci, ošetřování ran včetně ošetřování dekubitů, podávání infuzní terapie, zavedení PMK ženské pacientce či podávání léků dle ordinace lékaře. Další poměrně častou odpovědí bylo zavedení NGS nebo podávání inhalační terapie. Respondentka 2 navíc dodala, že podle ní bez odborného dohledu, ale na základě indikace, může sestra připravovat pacienta na vyšetření a asistovat u zavedení CŽK. Respondentka 4 velmi obecně shrnula, že sestra má provádět výkony v souladu s indikací lékaře a také základní i specializovanou ošetrovatelskou péči.



Obr. 3 Výkony bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře

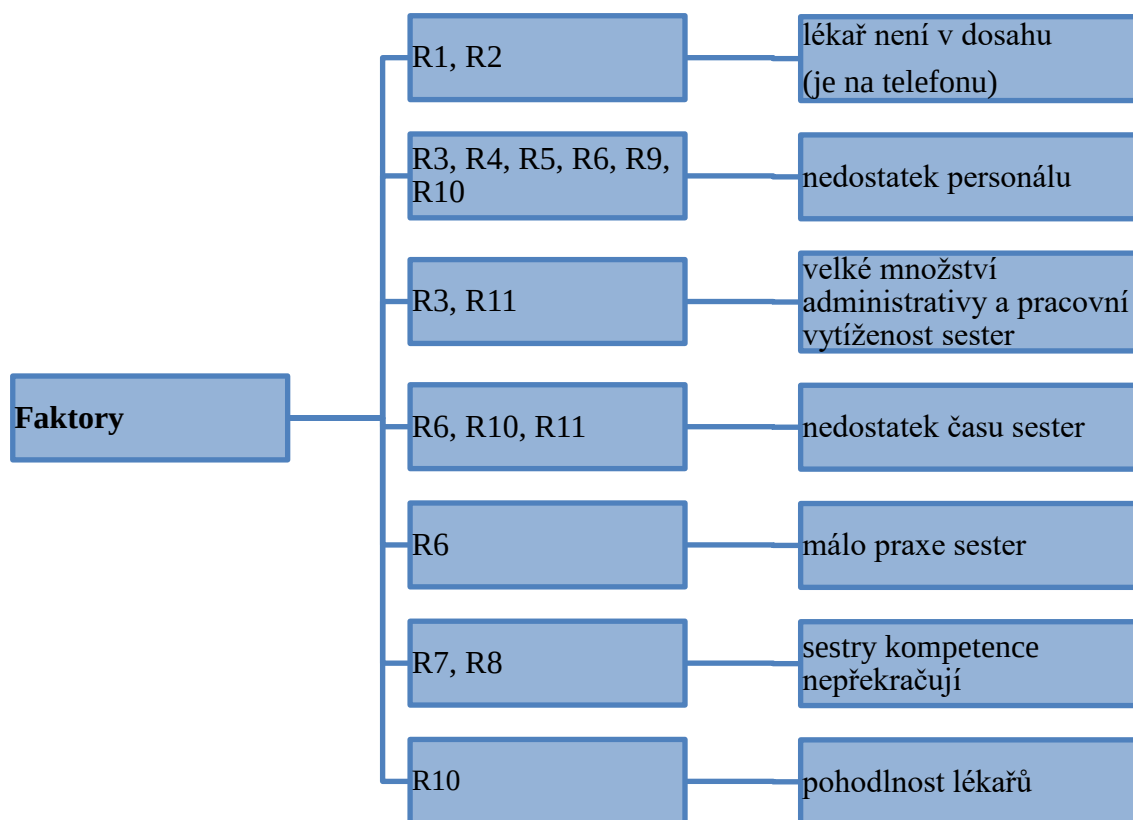
Co se týče výkonů, které může všeobecná sestra vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, dotazované respondentky nejčastěji do těchto výkonů řadí podávání transfuzí a krevních derivátů pacientům. Respondentka 9 ještě odpověděla stejně jako respondentka 6, že pod odborným dohledem lékaře asistují při zavádění PMK mužům a asistují u punkcí. Dále už odpovídaly respondentky rozdílně a jejich odpovědi byly například punkce, zavádění PMK mužům, zavádění CŽK, PEG nebo NGS.



Obr. 4 Výkony pod odborným dohledem lékaře

5.5.4 Kategorie IV – Faktory

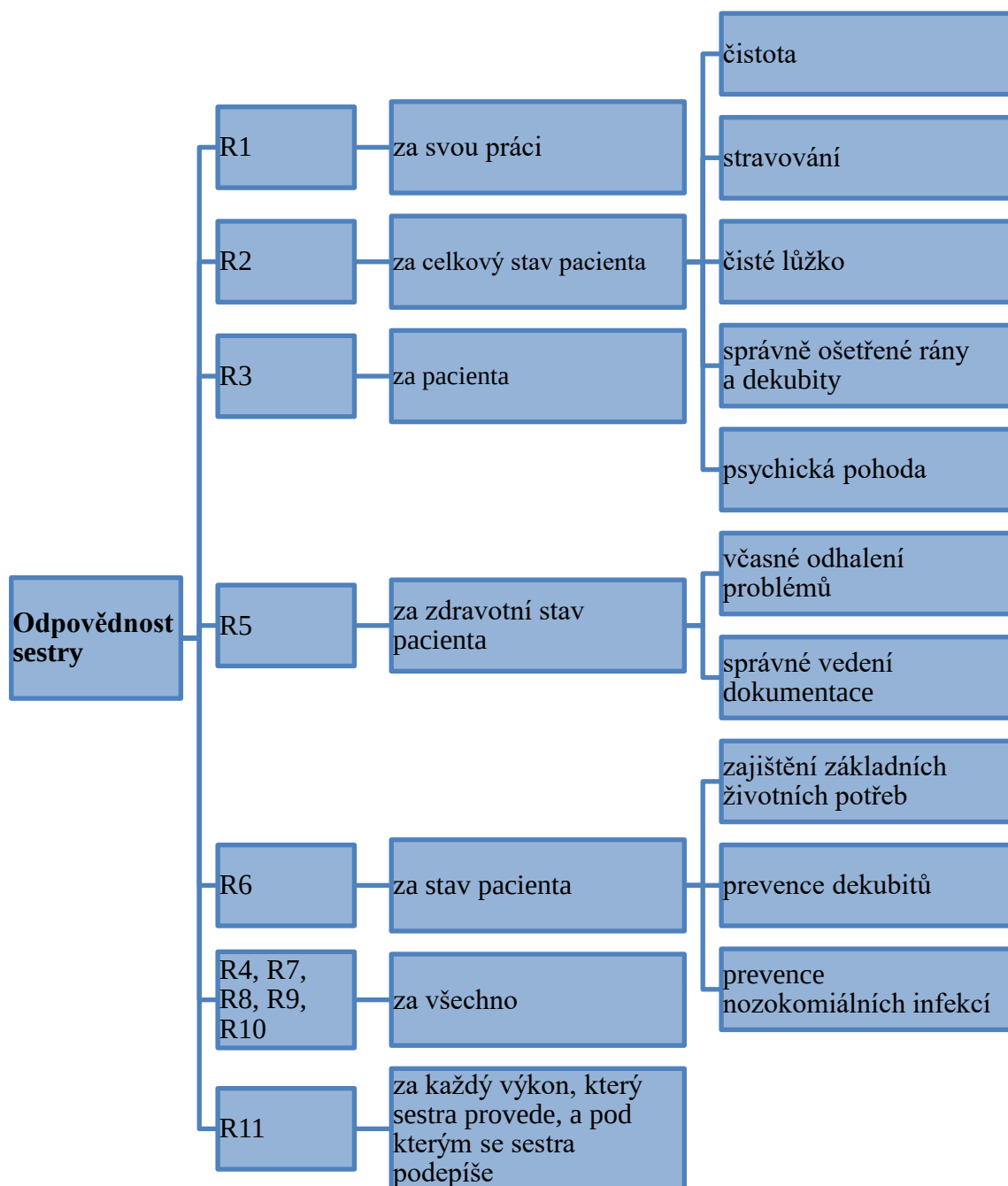
Dle níže uvedeného diagramu je zřejmé, že nejčastějším faktorem, kvůli kterému dochází dle všeobecných sester k překračování legislativou stanovených kompetencí, je nedostatek personálu. Další odpověď, na které se shodly tři respondentky z jedenácti, byl nedostatek času sester. Vždy dvě respondentky se shodovaly na odpovědích jako například lékař na telefonu nebo velké množství administrativy a pracovní vytíženost sester. Respondentka 6 se domnívá, že sestry nejčastěji překračují své kompetence kvůli tomu, že mají málo praxe. Respondentka 10 jako hlavní faktor sledává pohodlnost lékařů. Respondentky 7 a 8 se domnívají, že sestry své kompetence nepřekračují, soudí tak na základě svých zkušeností z praxe.



Obr. 5 Faktory ovlivňující překračování kompetencí

5.5.5 Kategorie V – Odpovědnost

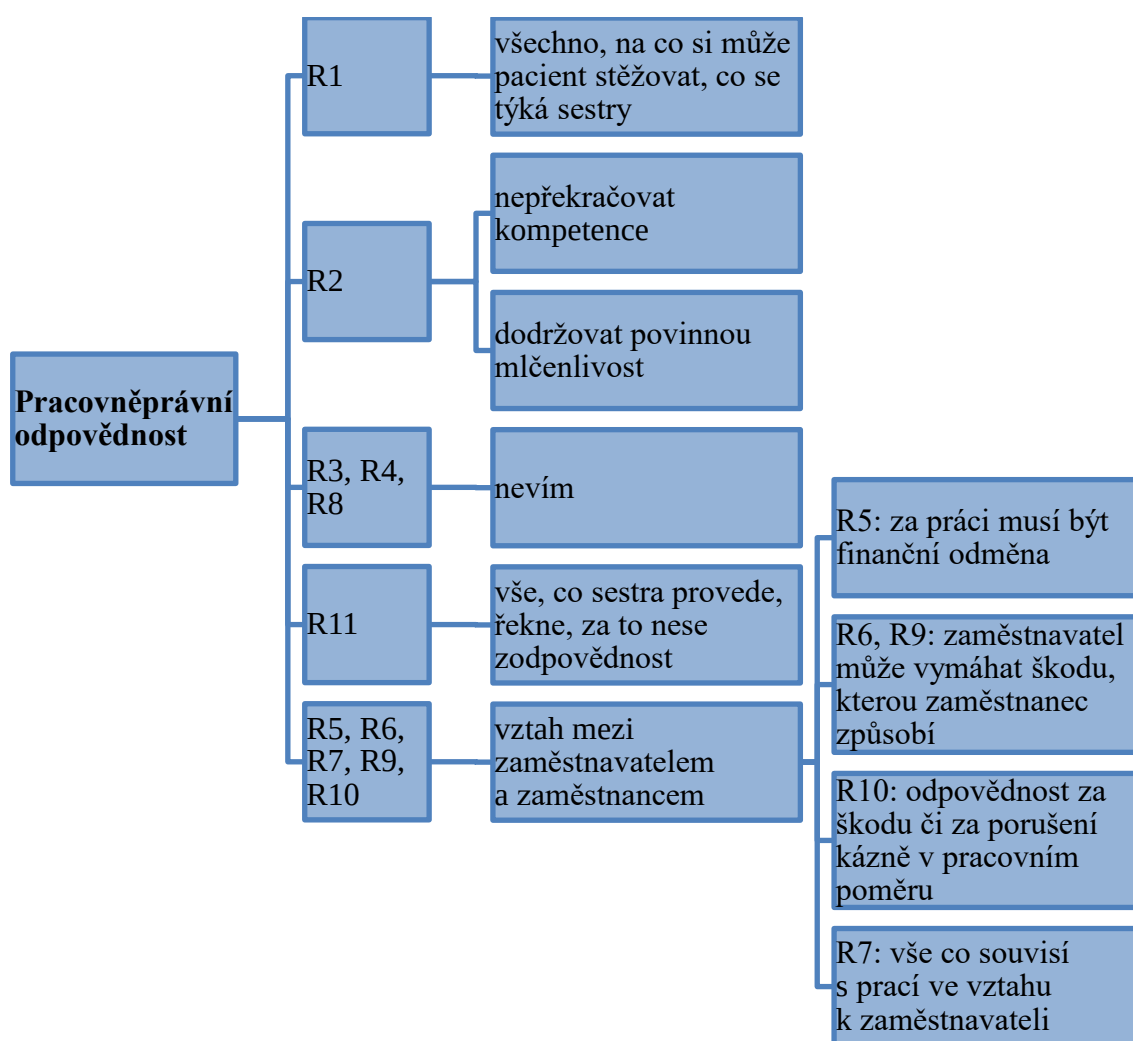
Obrázek 6 znázorňuje schéma pro otázku, za co má všeobecná sestra odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče. Nejčastějšími odpověďmi bylo za všechno a za celkový stav pacienta. Respondentka 2 svou odpověď specifikovala, že všeobecná sestra má zodpovědnost za to, že je pacient čistý, najedený, že leží v čistém lůžku, má správně ošetřené dekubity a podle dokumentace i správně ošetřené veškeré rány, a že je v psychické pohodě. Zároveň ještě dodala, že by sestra měla být zodpovědná i za to, že se pacient necítí sám, a že ho ošetrovatelský personál i vyslechne. Většina odpovědí „za všechno“ byla doplněna o názory, že když se stane nějaký problém, hledá se většinou vina u sester.



Obr. 6 Odpovědnost všeobecných sester

V obrázku 7 jsme se snažili znázornit, co považují všeobecné sestry – dotazované respondentky za pracovněprávní odpovědnost. Respondentka 1 se domnívá, že je to víceméně vše, jelikož pokud si na ní bude někdo stěžovat, dle jejích slov si na ní může najít cokoliv. Respondentka 2 se naopak domnívá, že je to právní povinnost nepřekračovat své kompetence a dodržovat povinnou mlčenlivost. Respondentky 3, 4 a 8 na tuto otázku neznaly odpověď. Respondentka 11 uvedla, že zodpovědnost má za

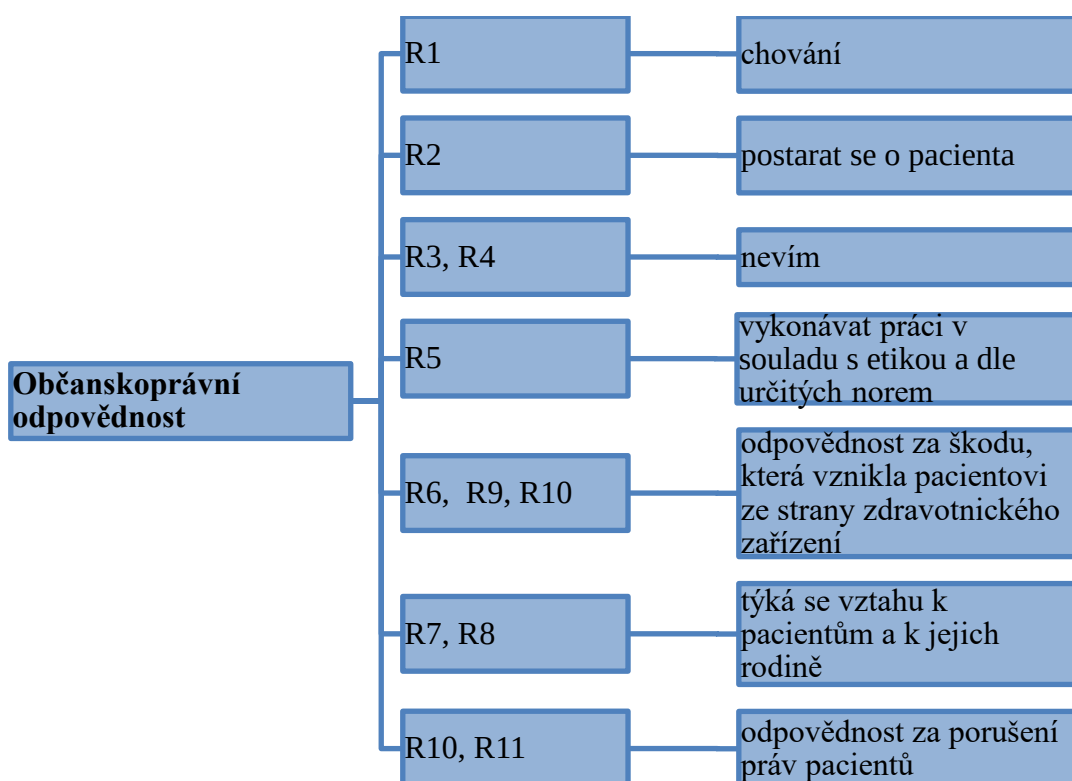
vše, co provede, co řekne a za co si ručí. Nejčastější odpovědí bylo, že je to jakýsi vztah mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem. Každá z respondentek pak svou odpověď specifikovala trochu jinak. Respondentka 5 dodala, že stejně jako její povinností je vykonávat práci, povinností zaměstnavatele je odvedenou práci jí zaplatit. Respondentky 6, 9 a částečně i respondentka 10 se domnívají, že pracovněprávní odpovědnost je, že zaměstnavatel může po zaměstnanci vymáhat škodu, která mu byla zaměstnancem způsobena. Respondentka 10 k této odpovědi ještě dodala, že je to i odpovědnost za porušení kázně v pracovním poměru. Dotázaná respondentka 7 uvedla, že je to vše, co souvisí s prací – spíše ve vztahu zaměstnance k zaměstnavateli.



Obr. 7 Pracovněprávní odpovědnost

V obrázku 8 jsme zaznamenali odpovědi respondentek na otázku, co znamená občanskoprávní odpovědnost. Respondentky 6, 9 a 10 se shodují v odpovědi, že je to

odpovědnost zdravotnického zařízení nebo zdravotníků za škodu, která vznikla pacientovi. Respondentka 10 se navíc připojila i k odpovědi jako R11, že je to odpovědnost za porušení práv pacienta. Respondentka 7 a 8 se domnívají, že se občanskoprávní odpovědnost týká vztahu k pacientům a jejich rodinám. Respondentka 3 a 4 na tuto otázku neznaly odpověď. Respondentka 1 shrnula, že se tato odpovědnost týká chování a je závislá na chování. Respondentka 2 si pod tímto pojmem představuje, že je její povinností postarat se o pacienty. Respondentka 5 odpověděla, že je nutné, aby sestry vykonávaly svou práci v souladu s etikou a dle určitých norem.

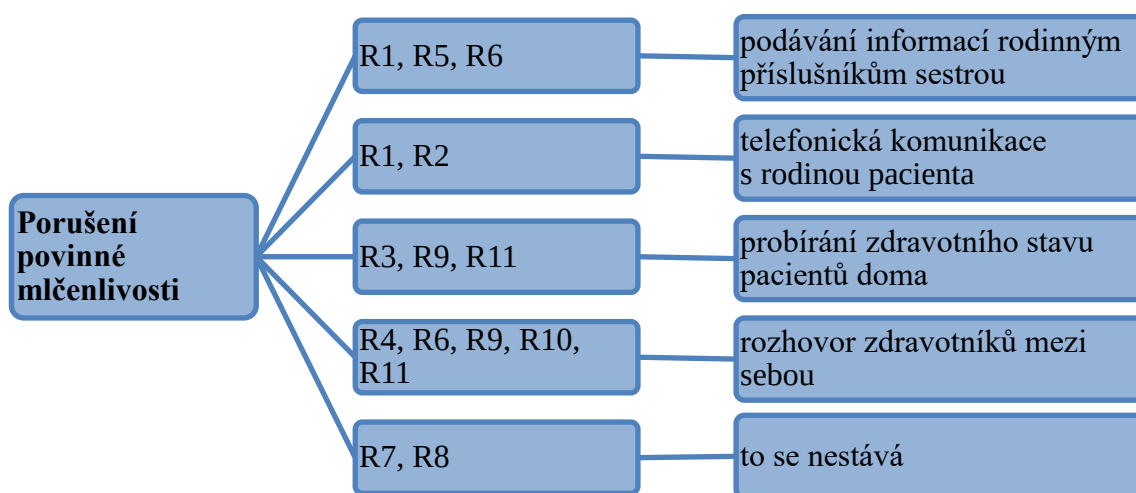


Obr. 8 Občanskoprávní odpovědnost

5.5.6 Kategorie VI – Povinná mlčenlivost

V následujícím uvedeném schématu se objevují nejčastější situace, ve kterých podle respondentek dochází k porušování povinné mlčenlivosti. Nejčastější odpovědí, na které se shodla R4, R6, R9, R10 a R11 je, že k porušení povinné mlčenlivosti dochází, když si všeobecné sestry a celkově zdravotníci povídají mezi sebou před pacienty, na veřejnosti či na jiných odděleních. Další častou situací, kdy dochází k porušení povinné mlčenlivosti, je podle R1, R5 a R6 podávání informací rodinným příslušníkům pacienta

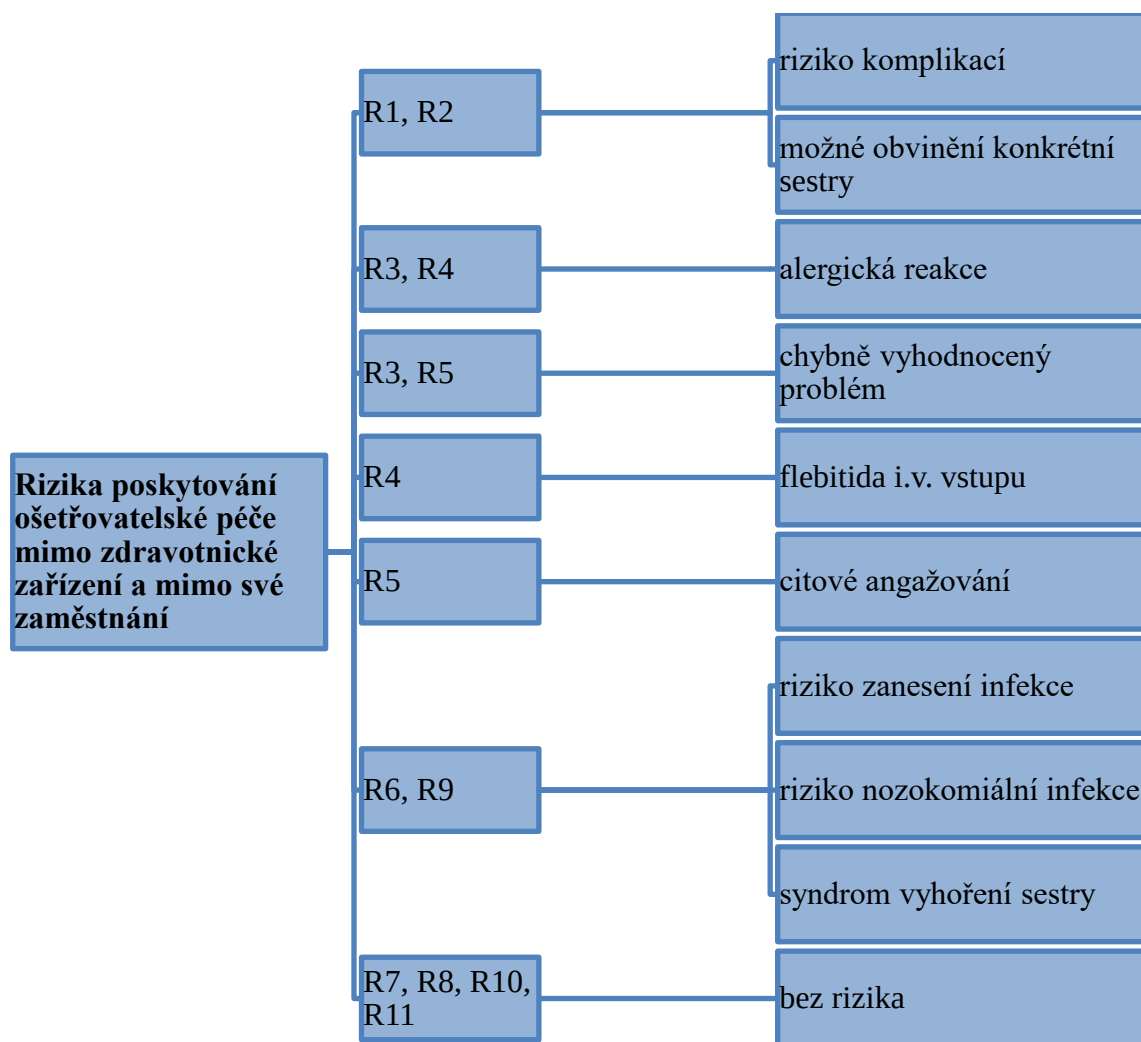
samotnou všeobecnou sestrou. R3, R9 a R11 se domnívají, že k tomu dochází ve chvíli, kdy všeobecná sestra probírá stav pacientů se svou rodinou a svými přáteli. R1 a R2 se shodly, že je také časté porušování povinné mlčenlivosti při telefonické komunikaci s rodinou pacienta. Respondentky 7 a 8 se pak domnívají, že k porušování povinné mlčenlivosti nedochází vůbec.



Obr. 9 Porušení povinné mlčenlivosti

5.5.7 Kategorie VII – Ošetrovatelská péče mimo zdravotnické zařízení

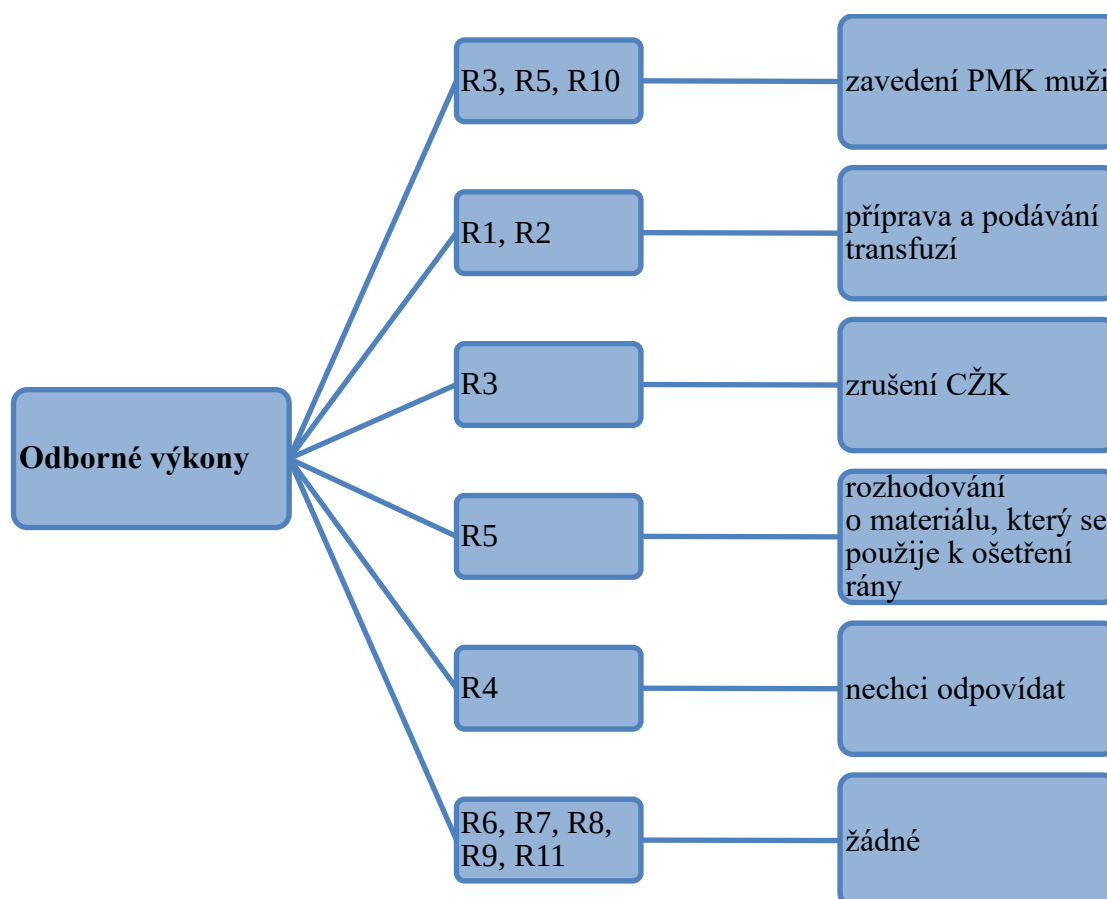
Z obrázku 10 vyplývají odpovědi na otázku, jaká rizika podle respondentky s sebou přináší poskytování ošetrovatelské péče mimo zdravotnické zařízení a mimo vlastní zaměstnání například rodinným příslušníkům či známým. I přesto, že si pod tím každá z respondentek představila pravděpodobně trochu něco jiného, nejčastější odpověď byla, že to s sebou žádná rizika nenese. Na této odpovědi se shodla respondentka 7, která zároveň dodala, že to sama běžně provádí, že spousta lidí – tedy sester, to dělá, když je o to někdo požádá. Dále respondentka 8, která rovněž uvedla, že to též dělá, ale že se jí ještě nikdy nestalo, že by došlo k nějaké komplikaci. Respondentka 10 uvedla též, že ji žádná rizika nenapadají a respondentka 11 uvedla odpověď žádná rizika, k čemuž ale dodala, že by sestry měly vždy provést pouze první pomoc a základní ošetření, ale vše ostatní by měly nechat na lékařích a na personálu v nemocnici či v ambulanci.



Obr. 10 Rizika poskytování ošetrovatelské péče mimo zdravotnické zařízení a mimo své zaměstnání

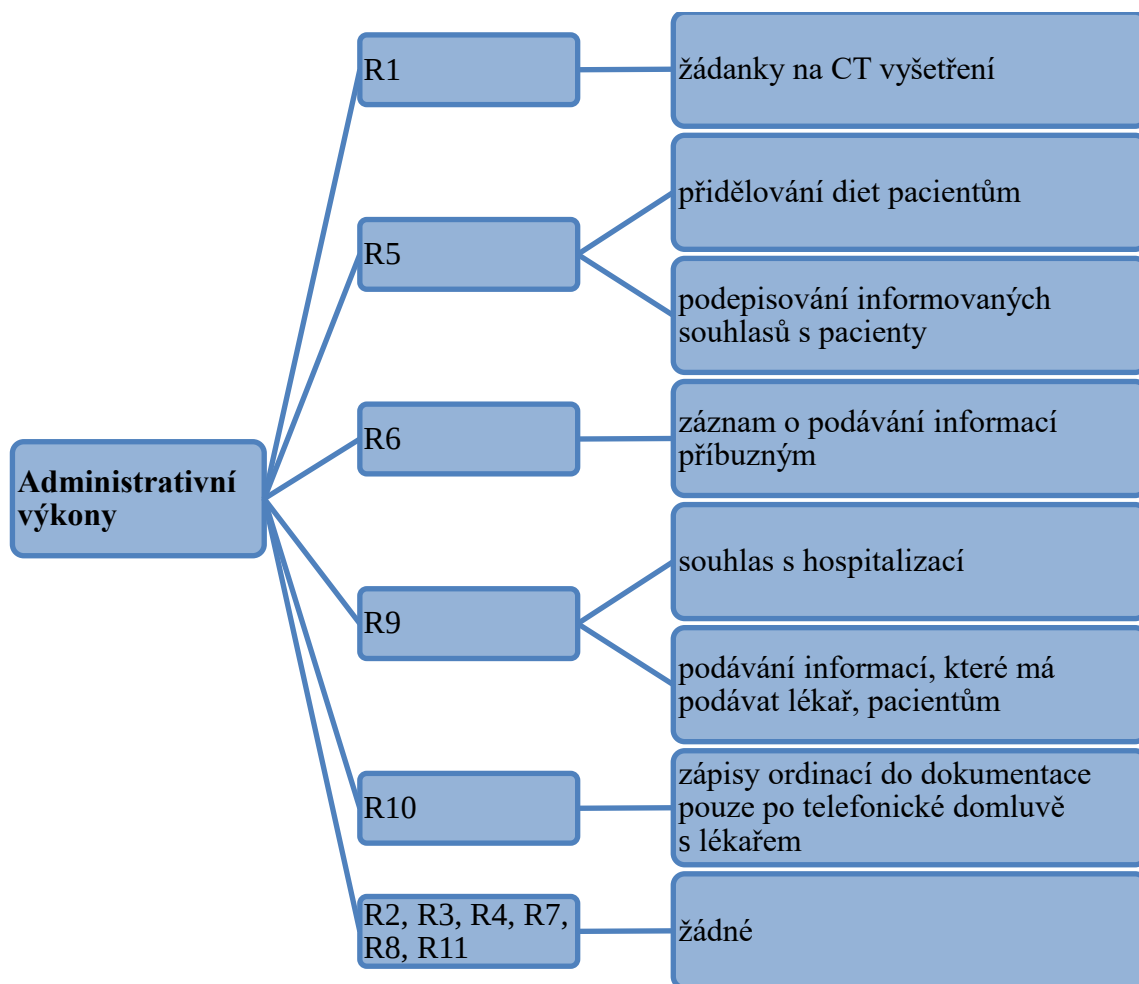
5.5.8 Kategorie VIII – Překračování kompetencí

Na základě níže zobrazeného obrázku 11 je vidět, že pět respondentek odpovědělo na otázku, které odborné výkony, které nejsou v kompetencích sester, vykonávají na svých pracovištích, že žádné. Nejčastěji zmíněným výkonem bylo zavedení permanentního močového katétru mužům. Respondentky 1 a 2 se shodly, že na svých pracovištích někdy chystají případně i podávají transfuzní přípravky. Respondentka 3 uvedla, že někdy na svém pracovišti vytahují pacientům centrální žilní katétry. Respondentka 4 na tuto otázku nechtěla odpovídat ani přesto, že byl rozhovor anonymní. Respondentka 5 navíc ještě uvedla, že rozhoduje o materiálu, který použije při ošetřování ran, tedy rozhodne, co na danou ránu dá.



Obr. 11 Odborné výkony, které nejsou v kompetencích sestry

Obrázek 12 vyjadřuje odpovědi respondentek na otázku, které administrativní výkony, které nejsou v kompetencích všeobecných sester, vykonávají na svých pracovištích. Nejčastěji zazněla odpověď žádné či bez komentáře. Jinak každá z respondentek odpověděla různě a nedošlo ke shodě v žádné další odpovědi.



Obr. 12 Administrativní výkony, které nejsou v kompetencích sestry

5.6 Analýza cílů a výzkumných otázek

Analýza výzkumných otázek a cílů byla vytvořena získáním dat pomocí nestandardizovaných rozhovorů. Odpovědi respondentek byly následně zpracovány pomocí techniky kódování metodou tužka–papír (Příloha F) a znázorněny pomocí schémat v textovém editoru.

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit, zda všeobecné sestry znají své kompetence dané legislativou. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka č. 1: **Znají všeobecné sestry své kompetence dané legislativou?** V rozhovoru jsme tento výzkumný cíl a výzkumnou otázku zahrnuli do kategorie II – Legislativa a do kategorie III – Kompetence. Tento výzkumný cíl si tedy můžeme rozdělit na dvě části – zda znají sestry platnou legislativu, která kompetence stanovuje, a zda znají obecně své kompetence.

Závěr analýzy: Z první části vyplývá, že **devět respondentek** z jedenácti nezná vůbec platnou legislativu, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tyto činnosti dříve stanovovala **Vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků**, nyní tyto činnosti stanovuje novela této vyhlášky **391/2017 Sb.** Respondentka 4 uvedla, že je to **Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce**. Zákoník práce uváděla také respondentka 5. Respondentky k odpovědím dodávaly, že „*Pokud bych to potřebovala, najdu si to na internetu.*“ nebo „*Taky nevím, asi bych musela použít Google.*“

Ve druhé části se zabýváme odpověďmi respondentek na tři otázky z rozhovoru, které zkoumají, zda všeobecné sestry znají své kompetence. V seznamu otázek rozhovoru (Příloha D) jsou to otázky 6, 7 a 8. V případě hodnocení odpovědí na otázku, **které výkony je možné provádět jako všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace lékaře**, čtyři respondenty odpověděly, že do těchto výkonů patří obecně ošetrovatelská péče. Odpověď, na které se shodly také čtyři respondenty, byla sledování celkového stavu pacienta a sledování fyziologických funkcí pacientů. Tři respondenty se shodly v odpovědi, že mohou s pacienty provádět nácvik soběstačnosti. Některé respondenty uváděly i odpovědi jako zavedení periferního venózního katétru či zavedení permanentního močového katétru ženské pacientce, což jsou výkony, které patří do výkonů, které se mají provádět na základě indikace lékaře.

Dále nás zajímaly výkony, které může všeobecná sestra provádět sice **bez odborného dohledu, ale pouze na základě indikace lékaře**. Devět respondentek se shodlo na odpovědi, že mohou na základě indikace lékaře bez odborného dohledu podávat pacientům léky. Na podávání infuzní terapie, ošetřování ran včetně pečování o dekubity a převazů ran a na injekční terapii (intravenózní aplikace, intramuskulární aplikace, subkutánní aplikace) se shodlo vždy 6 respondentek z jedenácti. Dále se respondentky shodovaly na zavedení NGS, zavedení PMK ženské pacientce, odběrech krve a jiného biologického materiálu a na inhalační terapii. Dalšími odpověďmi byla například příprava pacientů na vyšetření či asistence u zavádění CŽK. Respondentka 1 uvedla také měření fyziologických funkcí a odsávání pacienta, tedy výkony, které patří do kompetencí sestry bez odborného dohledu i bez indikace lékaře.

Poslední byly **výkony, které je možné vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře**. Osm respondentek správně uvedlo, že mohou pod odborným dohledem lékaře podávat pacientům transfuzní přípravky. Respondentka 2 uvedla, že „*transfuzi provádí lékař ... ale my s ním jakoby spolupracujeme*“. Respondentky také dále uváděly odpovědi jako asistence lékaři při zavádění PMK mužům, asistence lékaři při punkci, asistence lékaři při zavádění nasojejunální sondy, asistence lékaři při zavádění centrálních žilních katétrů. Některé respondentky do výkonů, které mohou provádět pod odborným dohledem lékaře, zahrnuly ale také punkce, samotné zavedení PMK muži, zavedení centrálního žilního katétru, zavedení periferně implantovaného centrálního katétru (PICC) či zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie.

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit faktory, které v praxi ovlivňují nedodržování kompetencí všeobecných sester. K tomuto cíli jsme vytvořili výzkumnou otázku č. 2: **Které faktory v praxi ovlivňují nedodržování kompetencí všeobecných sester?**

Závěr analýzy: Nejčastějším faktorem, kvůli kterému se pravděpodobně nedodržují kompetence všeobecných sester, je dle respondentek **nedostatek personálu**, a to jak lékařů, tak nelékařských zdravotnických pracovníků. Druhým faktorem, který byl velmi často určen, byl **nedostatek času sester**. Dalšími faktory, které respondentky vyjmenovávaly, bylo velké množství administrativy, pracovní vytíženost sester, málo praxe sester, pohodlnost lékařů či situace, kdy lékař není v dosahu a je například pouze na telefonu. Respondentky 7 a 8 se domnívají, že k překračování kompetencí sestrami nedochází vůbec.

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit znalost všeobecných sester o své odpovědnosti za překračování svých kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče. K tomuto cíli byla vytvořena výzkumná otázka č. 3: **Jaké znalosti mají všeobecné sestry o své odpovědnosti za překračování svých kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče?** V rozhovoru jsme otázky rozdělili a dále specifikovali a sester jsme se dotazovali otázkami 10, 11, 12 za co podle nich má všeobecná sestra zodpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče, co je pracovněprávní odpovědnost a co je občanskoprávní odpovědnost.

Závěr analýzy: Nejprve se zaměříme na odpovědi respondentek na otázku, **za co má všeobecná sestra odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče.** Nejčastější odpovědí bylo „za všechno“ a „za celkový stav pacienta“. Například respondentka 2 celkový stav pacienta ještě dále specifikovala a uvedla: *„Aby byl pacient čistý, najedený, ležel v čistém lůžku, měl správně ošetřené dekubity a podle dokumentace správně ošetřené operační rány a byl v psychické pohodě. A zároveň, aby si nepřipadal, že je tady sám, a byl i jakoby vyslyšený. Aby si s ním ten personál povídal.“* (Respondentka 2). Většinou respondenty svou odpověď doplňovaly o výrok, že v případech, že se vyskytne nějaký problém, hledá se stejně viník mezi sestrami.

Další otázka se týkala pracovněprávní odpovědnosti. Pracovněprávní odpovědnost je odpovědnost, která se týká subjektů základního pracovněprávního vztahu. Podobně odpovídala respondentka 5, 6, 7, 9 a 10. Respondentka 5 uvedla, že je to vztah, kdy za práci, kterou musí udělat, ale musí dostat zaplacen. Respondentka 6 a 9 určily, že se jedná o odpovědnost v rámci které má zaměstnavatel právo vymáhat škodu, kterou mu zaměstnanec způsobil. Respondentka 10 uvedla, že je to taktéž odpovědnost za škodu, ale také odpovědnost za porušení kázně v pracovním poměru. Respondentka 7 svou odpověď zobecnila a uvedla, že se jedná o vše, co souvisí s praxí ve vztahu k zaměstnavateli. Dále sestry odpovídaly, že je to povinnost dodržovat povinnou mlčenlivost, nepřekračovat své kompetence. Tři dotázané respondenty neznaly odpověď na tuto otázku.

Nakonec jsme se věnovali občanskoprávní odpovědnosti. Občanskoprávní odpovědnost se dá chápat jako odpovědnost za škodu, a to jak za škodu majetkovou (škodu na věcech pacienta, jeho doprovodu či zaměstnavatele), tak za škodu nemajetkovou (újma na zdraví či zásah do osobnostních práv) (Vondráček a Wirthová, 2009). Dle této definice správně odpověděla respondentka 6, 9, 10 a 11. Respondentka

5 uvedla, že je to odpovědnost za to, že sestra vykonává práci v souladu s etikou a dle určitých norem. Respondentka 3 a 4 neznala odpověď na otázku.

Výzkumný cíl č. 4: Zjistit výkony, u kterých jsou nejčastěji překračovány kompetence. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka č. 4: **U kterých výkonů jsou všeobecnými sestrami nejčastěji překračovány kompetence?** Z rozhovorů vyplynula následující data.

Závěr analýzy: Dotazovali jsme se všeobecných sester na odborné výkony, které nejsou v jejich kompetencích a provádí je běžně na svých pracovištích. Pět respondentek uvedlo, že žádné takové výkony nejsou, jedna respondentka odmítla odpovídat. Tři respondentky uvedly, že **zavádí permanentní močový katétr mužům** a dvě respondentky uvedly, že **připravují a podávají transfuze bez lékaře**. Respondentka 3 navíc uvedla, že sestry na jejím pracovišti provádí extrakci centrálních žilních katétrů a respondentka 5 navíc uvedla, že sama rozhoduje o materiálu, který bude použit k ošetření a převazu rány.

Co se týče administrativních výkonů, které všeobecné sestry nemají v kompetencích a provádí je na svých pracovištích, šest respondentek včetně respondentky 4, která odmítla odpovídat, uvedlo, že žádné takové nejsou. Respondentka 1 uvedla, že někdy objednávají pacienty na vyšetření, konkrétně pak na CT vyšetření. Respondentka 5 uvedla, že přidělují samy diety pacientům a podepisují s pacienty informované souhlasy, které by měl s pacienty vyplňovat lékař. Respondentka 6 zmínila, že s pacienty vyplňují záznam o podávání informací příbuzným. Další odpovědi byly podepisování souhlasů s hospitalizací pacienta, podávání informací, které má pacientovi podávat lékař a zápisy ordinací do dokumentace pacienta pouze na základě telefonické komunikace s lékařem.

6 DISKUZE

Bakalářská práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumného šetření. Metodou výzkumného šetření byly zvoleny rozhovory. Rozhovory jsme prováděli s všeobecnými sestrami ze standardních lůžkových oddělení chirurgie a interny v Oblastní nemocnici Jičín, a. s. a v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a. s. Rozhovory byly nahrávány pomocí diktafonu v mobilním telefonu a následně přepisovány do textového editoru. Rozhovory byly anonymní, se souhlasem všech respondentek. Pro všechna zvolená pracoviště jsme zajistili protokoly k provádění výzkumu. V rámci získávání rozhovorů jsme se setkali i s odmítnutím dotázaných respondentek, a to nejčastěji z důvodu, že se jednalo o téma, o kterém nechtěly příliš hovořit. Sestry měly především obavy odpovídat i na otázky týkající se výkonů, které nejsou v jejich kompetencích, ale běžně se provádí na jejich pracovištích. Celkem jsme udělali rozhovory se třemi sestrami v rámci předvýzkumu a s jedenácti sestrami v rámci výzkumu. Celkem jsme tedy získali čtrnáct rozhovorů, které jsme následně zpracovali ve výzkumné části této práce. V bakalářské práci jsme si vytyčili čtyři výzkumné cíle.

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry znají své kompetence dané legislativou. Respondentek jsme se dotazovali na platnou legislativu, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Devět z jedenácti respondentek v rámci výzkumu odpovídalo, že neví, nejsou si jisté a nepamatují si tuto legislativu. V současné době tyto činnosti stanovuje Vyhláška 391/2017 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška novelizovala Vyhlášku 55/2011 Sb. K činnostem všeobecných sester jsme se dále tázali na výkony, které mohou všeobecné sestry vykonávat bez odborného dohledu a bez indikace lékaře, na výkony bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře a na výkony pouze pod odborným dohledem lékaře.

Na výkony bez odborného dohledu i bez indikace lékaře bylo nejčastější odpovědí provádění celkové ošetrovatelské péče, sledování celkového stavu pacienta, sledování fyziologických funkcí, nácvik soběstačnosti. Jak uvádí Vyhláška 55/2011 Sb., všeobecná sestra může bez odborného dohledu a bez indikace lékaře *„vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů“, „sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za*

použití zdravotnických prostředků“, „*pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta*“ (Česko, 2011). Správně respondenty odpovídaly ještě, že mohou pacienty polohovat, hodnotit a ošetřovat rány, stomie, periferní vstupy a edukovat pacienty. Nesprávnou odpovědí bylo například zavedení PMK ženské pacientce, zavedení PVK pacientům či provedení klyzma. Tyto výkony by všeobecná sestra měla provádět na základě indikace lékaře.

K výkonům prováděným na základě indikace lékaře podle dotázaných respondentek patří odběr krve a jiného biologického materiálu, injekční terapie (včetně i.v., i.m., s.c. aplikace), ošetřování ran včetně dekubitů, infuzní terapie, zavedení PMK ženské pacientce a podávání léků dle ordinace lékaře. Na těchto odpovědích se nejčastěji shodovalo až devět respondentek z jedenácti. Dle Vyhlášky 55/2011 Sb. k těmto výkonům opravdu patří: „*zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let*“, „*podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku*“, „*odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické*“ a „*provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let*“ (Česko, 2011). Další poměrně častou a též správnou odpovědí bylo zavedení NGS nebo podávání inhalační terapie. Ve vyhlášce stojí, že všeobecná sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře může „*zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii*“ a „*zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií*“ (Česko, 2011). Jedna z respondentek také uvedla, že může připravovat pacienta na vyšetření a asistovat u zavedení CŽK. Tato odpověď byla také správná, jelikož ve vyhlášce stojí, že „*zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným výkonům a na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře je provádí nebo při nich asistuje*“ (Česko, 2011).

Z výkonů, které sestra může provádět **pouze pod odborným dohledem lékaře**, byla nejčastěji určena podávání transfuzí a krevních derivátů pacientům. Vyhláška uvádí, že všeobecná sestra zejména může „*aplikovat nitrožilně krevní deriváty*“ a dále také „*zpracovávat dentální materiály v ordinaci*“ a „*vykonávat činnost zubní instrumentářky podle § 40 odst. 1 písm. c)*“ (Česko, 2011). Žádné další výkony do této kategorie nespadají. Nesprávnou odpovědí tedy bylo zavádění PMK mužům, k čemuž je potřeba speciálního vzdělání. Za správnou odpověď by se dalo ještě považovat asistování u punkcí, ale mohli bychom to spíše řadit do kategorie výkonů bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, jelikož se jedná pouze o asistenci. Zavedení CŽK, PEG

a provedení punkce ale nepatří do kompetencí sester, nýbrž do kompetencí lékaře s odpovídajícím vzděláním. Zavedení NGS naopak patří do kompetencí, které sestra může provést sama, na základě indikace lékaře.

Dále jsme se respondentek tázali na platnou legislativu stanovující podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Tato legislativa je dnes zakotvena v Zákoně č. 284/2018 Sb., kterým se změnil Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů. I u této legislativy jsme se setkali s neznalostí dotázaných respondentek. Pouze tři respondentky nám určily platným Zákon č. 96/2004 Sb., nicméně žádná z dotázaných respondentek neuvedla Zákon č. 284/2018 Sb., ale ani Zákon č. 201/2017 Sb., který byl platný ještě v době zahájení výzkumného šetření.

Jako druhý výzkumný cíl jsme si stanovili zjistit faktory, které v praxi ovlivňují nedodržování kompetencí všeobecných sester. Respondentek jsme se konkrétně dotazovali na faktory, kvůli kterým podle nich nejčastěji dochází k překračování kompetencí. Nejčastějším faktorem bylo podle šesti respondentek nedostatek personálu, a to jak lékařů, tak nelékařských zdravotnických pracovníků. Dalším nejčastěji uvedeným faktorem byl nedostatek času. Především šlo o nedostatek času sester, které si některé výkony raději udělají samy, než by čekaly na příchod lékaře. Je také s podivem, že i v dnešní době, kdy se bohužel kompetence překračují, se našly respondentky odpovídající, že sestry své kompetence dodržují a nestane se, že by je překračovaly. Pro porovnání se můžeme podívat na výzkum, který provedla Sehnalová. Výsledky ukazují, že všeobecné sestry překračují své kompetence především proto, že je dostatečně neznají. Prokázala také, že není chyba v rozdílnosti zdravotnických zařízení, ale právě v nedostatečné informovanosti všeobecných sester (Sehnalová, 2015). Jak jsme již zmiňovali v teoretické části práce, výzkum Mikšové přinesl podobné výsledky. Konkrétně se Mikšová ve svém výzkumu zabývala naplňováním kompetencí členů ošetrovatelského týmu. Zjistila, že k překračování kompetencí dochází, a že situace je nejhorší právě u všeobecných sester. Právě všeobecné sestry jsou pověřovány jak výkony z kompetencí lékařů, tak činnostmi, které jsou pracovní náplní méně kvalifikovaného personálu (Mikšová, 2014).

Třetím výzkumným cílem bylo zjistit znalosti všeobecných sester o své odpovědnosti za překračování svých kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče. U tohoto výzkumného cíle jsme pokládali otázku za co má všeobecná sestra odpovědnost, když poskytuje ošetrovatelskou péči. Nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo spojení „za všechno“ a „za celkový stav pacienta“. Sestry většinou uváděly navíc, že v případě nějaké komplikace či problémů, se většinou hledá viník v řadách sester. Dalšími otázkami bylo: co je pracovněprávní odpovědnost, co je občanskoprávní odpovědnost a kdy podle respondentek nejčastěji dochází k porušení povinné mlčenlivosti v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče. „*Ošetrovatelskou péči poskytuje lege artis, což v praxi znamená v souladu s předpisy*“ (Vondráček a Vondráček, 2006). To je asi tím nejdůležitějším, za co nese všeobecná sestra odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče – že všechny výkony, které provede, budou v souladu s platnými předpisy. Důležitou odpovědností všeobecné sestry je také dodržování povinné mlčenlivosti, k čemuž se vztahovala jedna z dalších otázek. Všeobecná sestra by také měla dbát na bezpečí pacientů, předcházet nežádoucím událostem, kam patří například i pády či výskyt dekubitů u pacientů. Měla by také dbát na správnou identifikaci pacientů a dbát na prevenci vzniku infekcí spojených se zdravotní péčí – dříve nozokomiálních nákaz (Šupšáková, 2017). Je také důležité vědět, že sestra nese odpovědnost za výkon, který provede a pod kterým stojí její podpis. Stejně odpověděla jedna jediná respondentka z jedenácti dotázaných. Vondráček ve své publikaci uvádí, že „*obvinít z pochybení může sestru kdokoliv*“ (Vondráček a Vondráček, 2006), což docela odpovídá právě odpovědi některých respondentek, že v případě výskytu komplikace a problému se vždy hledá viník mezi sestrami. Je nejspíš velmi častou praxí, že v případě, že se pacientovi něco nelíbí, nebo opravdu dojde k nějaké komplikaci, stěžuje si nejčastěji na ošetrovatelskou péči – tedy především na sestry. „*Zpravidla to činí pacient, rodinný příslušník, návštěva, ale také jiný zdravotnický pracovník*“ (Vondráček a Vondráček, 2006). Na otázku, co je pracovněprávní odpovědnost, jsme se setkali s různými odpověďmi. Jedna z respondentek uvedla, že je to víceméně vše, jelikož pokud si na ní bude někdo stěžovat, tak si na ní může najít cokoli. Dalo by se říci, že tato odpověď by mohla souviset i s předchozí otázkou: za co má všeobecná sestra odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče. Dále byly uvedeny odpovědi jako právní povinnost nepřekračovat své kompetence a dodržovat povinnou mlčenlivost. Tři respondentky uvedly jako svou odpověď „nevím“. Nejčastější odpovědí bylo, že pracovněprávní odpovědnost je vztah mezi zaměstnancem

a zaměstnavatelem. Tázané respondentky tuto odpověď dále specifikovaly, a to například, že stejně jako je povinností sestry vykonávat práci, tak povinností zaměstnavatele je jí tu odvedenou práci zaplatit. Tři respondentky dodávali, že zaměstnavatel má právo vymáhat na zaměstnanci škodu, která mu zaměstnancem byla způsobena. Zajímavou odpovědí bylo, že je to odpovědnost za porušení kázně v pracovním poměru. I dle literatury je správným tvrzením, že tato odpovědnost souvisí se vztahem zaměstnance a zaměstnavatele. „*Základním právním předpisem, který upravuje pracovněprávní odpovědnostní vztahy, je zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů*“ (Prudil, 2017, s. 96). Prudil ve své publikaci dále uvádí, že na prvním místě je vždy povinnost předejít vzniku škody. Tuto povinnost má zaměstnavatel i zaměstnanec a měl by na ní být brán zřetel i například při rozvržení směn či při vytváření pracovního prostředí. Tři respondentky z jedenácti správně uváděly, že zaměstnanec má odpovědnost za škodu, kterou způsobí zaměstnavateli. Zaměstnanec, v našem případě všeobecná sestra, nenese odpovědnost za výsledek, ale za zaviněné způsobení škody. Zaměstnavatel má na druhé straně ale povinnost toto zavinění zaměstnanci prokázat – tedy platí, že toto zavinění není možné předpokládat, ale je nutné je prokázat (Prudil, 2017). Je důležité myslet na to, že porušení povinné mlčenlivosti spadá do trestněprávní odpovědnosti a hodnotí se tedy jako trestný čin. To je také patrné z úryvku z literatury, kde je nejprve uvedený trest odnětím svobody až na tři roky nebo zákazem činnosti:

„*Stejně bude potrestán, kdo, byť i z nedbalosti, poruší státem uloženou nebo uznanou povinnost mlčenlivosti tím, že neoprávněně zveřejní, sdělí nebo zpřístupní třetí osobě osobní údaje získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, již se osobní údaje týkají*“ (Prudil, 2017, s. 141).

Další otázkou, která byla respondentkám pokládána bylo, co je to občanskoprávní odpovědnost. Prudil ve své, poměrně srozumitelné publikaci, uvádí, že podstatou občanskoprávních vztahů je, že jsou mezi subjekty sobě navzájem rovnými. Přitom platí, že žádný z nich nemá možnost vnutit tomu druhém svou vůli, kde ale autor zároveň dodává, že je to myšleno pouze v rovině práva, jelikož vždy může dojít k tomu, že jeden subjekt je například ekonomicky silnější nebo má lepší pozici vyjednávání. Tento vztah může existovat mezi fyzickými i právníckými osobami, ale také mezi těmito subjekty a státem, který v tomto vztahu ale nevystupuje jako nadřazený subjekt ostatním, ale jako subjekt rovnocenný protistraně (Prudil, 2017). Dotazované respondentky na tuto otázku uváděly nejčastěji, že se jedná o odpovědnost zdravotnického zařízení nebo zdravotnických pracovníků za škodu, která vznikla pacientovi. Vzhledem k tomu že

odpovědnost za škodu patří do občanskoprávní odpovědnosti, můžeme k této odpovědi pohlédnout na příklad, jehož celé znění je možné vidět v příloze této práce (Příloha H). V případě, že pacient si před plánovaným výkonem uložil k službu konající sestře svou horní zubní protézu, která se následně ztratila, oprávněně podal stížnost na sestry se žádostí o zhotovení nové zubní protézy. Pacient v této kazuistice měl oprávnění požadovat náhradu škody, jelikož vzhledem k tomu, že na to pacient ještě neměl nárok, zdravotní pojišťovna mu odmítla uhradit novou zubní protézu. Tím, že se pacientovi protéza ztratila, vznikla škoda, kterou musí uhradit zdravotnické zařízení. Tuto škodu nebude hradit sestra, jelikož nebylo možné zjistit, která sestra zavinila ztrátu, a ani nebylo možné trestat všechny sloužící sestry. V tomto případě je odpověď našich respondentek správná. Je nutné ale myslet i na to, že ne vždy je zdravotnické zařízení odpovědné za ztrátu věcí pacienta. Například v případě, že pacientovi je nabídnutá možnost uschovat si své osobní věci do trezoru, což je v současné době pravděpodobně jedna z položek souhlasu pacienta s hospitalizací, není potom povinností zdravotnického zařízení a ani sloužících sester pacientovi nahradit škodu, která vznikla odcizením těchto věcí z jeho stolku na pokoji. K této situaci je možné prohlédnout si tuto kazuistiku v příloze (Příloha I). Poslední otázkou bylo, kdy podle respondentek dochází nejčastěji k porušování povinné mlčenlivosti. Nejčastější odpovědí bylo, že k tomuto porušení dochází ve chvíli, kdy si zdravotničtí pracovníci povídají mezi sebou před pacienty, na veřejnosti či jenom na jiných odděleních. Je pravdou, že je časté ale také nesprávné, že zdravotníci někdy vedou rozhovory mezi sebou například v hromadné dopravě, kde shodou okolností může být nějaký příbuzný, který konkrétního pacienta z popisu pozná. Další častou odpovědí bylo podávání informací rodinným příslušníkům pacienta samotnou všeobecnou sestrou. Všeobecná sestra by měla podávat rodinným příslušníkům pouze informace týkající se ošetrovatelské péče, tedy neměla by sdělovat rodině výsledky vyšetření, diagnózu pacienta či průběh léčby pacienta a prognózu, jelikož to je kompetencí ošetřujícího lékaře. Pouze dvě respondentky uvedly telefonickou komunikaci s rodinou pacienta, což naopak Vondráček a Wirthová ve své publikaci považují za velmi častý případ porušení povinné mlčenlivosti. Za nejčastější případ však považují nejčastěji nedbalostní zpřístupnění zdravotní dokumentace pacienta sestrou například když sestra dokumentaci zapomene na volně přístupném místě (Vondráček a Wirthová, 2009). Je trochu zarážející, že dvě z respondentek uvedly, že k porušování povinné mlčenlivosti vůbec nedochází. Je sice možné, že si na některých pracovištích opravdu dávají pozor, aby k tomu nedocházelo, ale ať si to někdy sestry neuvědomují, stačí opravdu aby jejich rozhovor o zdravotním

stavu jiného pacienta zaslechl kolemjdoucí pacient na oddělení a už i to se dá považovat za porušení povinné mlčenlivosti. Neměli bychom taky zapomenout na odpověď respondentek, že k tomuto porušení dochází i ve chvíli, kdy sestry probírají své pacienty doma, se svou rodinou.

Jako čtvrtý výzkumný cíl jsme si stanovili zjistit výkony, u kterých jsou nejčastěji překračovány kompetence. Respondentek jsme se tázali konkrétně na odborné výkony a konkrétně na administrativní výkony, které provádí na svých pracovištích, ačkoliv jsou si vědomy toho, že to není v jejich kompetencích. Jejich odpovědi byly převážně totožné v obou případech. V případě odborných výkonů bylo častou odpovědí, že žádné takové výkony neprovádí. Jedna z respondentek odmítla odpovědět na tuto i na následující otázku z důvodu, že kdyby se přeci jenom informace z rozhovoru dostala „ven“, mohla by z toho mít velké problémy, a to i přes ujištění, že rozhovory byly anonymní. Tři respondentky uvedly, že zavádí permanentní močové katétrů mužům. Tento výkon je pouze v kompetenci lékaře a všeobecná sestra pouze s odbornou způsobilostí při tomto výkonu může pouze asistovat. Dále tento výkon může provádět všeobecná sestra se specializací sestra pro intenzivní péči, což vyplývá z Vyhlášky 55/2011 Sb. Tento výkon může provádět bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře (Česko, 2011). V rámci Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů je možné získat tuto kompetenci absolvováním kurzu Katetrizace močového měchýře u mužů, který je určen všeobecným sestrám a zdravotnickým záchranářům a jeho součástí je absolvování odborné praxe v rozsahu 40 hodin v akreditovaném zařízení. Dvě respondentky uvedly, že připravují a podávají transfuze bez přítomnosti lékaře, a to z důvodu že lékař například nemá čas přijít transfuzi podat. Jedna z respondentek uvedla, že si sama rozhoduje, jaký materiál a pomůcky bude volit u ošetřování a převazování ran. Z administrativních výkonů uvedlo šest respondentek, včetně respondentky, která odmítla vypovídat, že žádné takové výkony nejsou. Dále respondentky uváděly, že pacienty objednávají na vyšetření, ale také přidělují dle svého uvážení diety pacientům a podepisují s pacienty informované souhlasy, které by měl vyplňovat lékař. Z literatury vyplývá, že sklon pověřovat sestry výkony, které jsou v kompetencích lékařů, mají nejčastěji mladší lékaři. Konkrétně se jedná o výkony typu převazů, ošetřování ran. Dle lékařů jsou toto nejčastější výkony, které mimo svou kompetenci sestry vykonávají. Když se zaměříme na kompetence, které by lékaři sestrám předali, jedná se podle literatury nejčastěji o administrativní výkony, jako například

vypisování žádanek, zpracovávání výkazů pro zdravotní pojišťovny, ordinování běžných léků, aplikaci transfuzí či menší chirurgické zákroky (Bártlová, Chloubová a Trešlová, 2010). Dále respondentky uváděly, že s pacienty podepisují souhlasy s hospitalizací, podávají informace, které má podávat lékař a zapisují ordinace do dokumentace pacienta pouze na základě telefonické komunikace s lékařem. Jak jsme již zmiňovaly výše, všeobecná sestra by neměla poskytovat informace, které má podávat lékař, a to především ne rodinným příslušníkům, jelikož by se dalo hovořit o porušení povinné mlčenlivosti.

7 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda všeobecné sestry z chirurgických a interních oddělení znají své kompetence dané legislativou. K tomu tedy patří i znalosti platné legislativy, která stanovuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a platné legislativy, která stanovuje činnosti nelékařských pracovníků. Dále jsme chtěli zjistit, které faktory v praxi ovlivňují nedodržování kompetencí všeobecných sester a znalosti všeobecných sester o své odpovědnosti za překračování svých kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče. Posledním naším cílem bylo mapovat výkony, u kterých jsou nejčastěji překračovány kompetence. Výstupem práce byl zpracován článek připravený k publikaci v odborném časopise (Příloha J). Na základě zjištěných poznatků v této práci by bylo vhodné seznamovat lépe všeobecné sestry, ale i lékaře s právními předpisy, s aktuální platnou legislativou, která stanovuje jejich kompetence, které odpovídají také dosaženému vzdělání v oboru. Přínosem by bylo také pravidelné monitorování dodržování kompetencí sester v praxi a správné poučení sester, jaká rizika hrozí v případě nedodržování a porušování. Více by se mělo dbát také na dodržování povinné mlčenlivosti, aby nedocházelo příliš často k porušování. Všeobecným sestrám by mohlo být doporučeno dobře znát své kompetence a v rámci ochrany především sebe a pacientů je nepřekračovat. Nebát se prosadit, že tento výkon není v jejich kompetencích a z toho důvodu ho neprovést na vlastní zodpovědnost. Všeobecné sestry by měly především eliminovat podávání transfuzních přípravků a krevních derivátů pacientům bez přítomnosti lékařů, a to i přesto, že si k provedení tohoto výkonu věří. Dále by bez příslušného vzdělání neměly katetrizovat močový měchýř u mužů, aby nedošlo k poškození pacienta či případným komplikacím. Výsledkem by bylo, že se takto všeobecné sestry budou chránit před případným pochybením a následným stížnostem a obviněním. Povede to i ke zvýšení bezpečí pacientů a k tomu, aby nedocházelo k přetěžování všeobecných sester včetně syndromu vyhoření. Výstupem této práce je článek připravený k publikaci v odborném časopise, který poukazuje na potřebnou znalost platné legislativy, na faktory, kvůli kterým nejčastěji sestry překračují své kompetence a na výkony, u kterých k tomu nejčastěji dochází (Příloha J).

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala tématem **Dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi**. Byly stanoveny čtyři cíle a ke každému z nich jedna výzkumná otázka. Kvalitativní výzkum byl proveden pomocí jedenácti nestandardizovaných rozhovorů. V rámci předvýzkumu byly provedeny tři nestandardizované rozhovory (Příloha G). Výběr respondentek jsme zaměřili na všeobecné sestry ze standardních lůžkových chirurgických a interních oddělení v Oblastní nemocnici Jičín, a.s. a v Oblastní nemocnici Mladá Boleslav, a.s.

Výsledky ukazují, že všeobecné sestry, se kterými byl výzkum proveden, mají povědomí o svých kompetencích, ale neznají platnou legislativu, která je stanovuje a neznají platnou legislativu, která se zabývá vzděláváním nelékařských zdravotnických pracovníků. Tato neznalost je rizikem především z toho důvodu, že v případě překračování těchto legislativou stanovených kompetencí může dojít i k vážnému poškození pacientů a samozřejmě také k obvinění všeobecné sestry, která své kompetence překročí. Z výzkumu vyplývá, že nejčastějším faktorem, proč k překračování kompetencí dochází, je nedostatek personálu, což je v dnešní době velkým problémem. Dalo by se v tom vidět souvislosti, jelikož když jsou všeobecné sestry přetěžovány a je na ně nátlak, že často překračují své kompetence, sestry potom z nemocnice odchází, což vede k nedostatku personálu. Dalším důvodem, proč nelékaři i lékaři opouští svá pracoviště mohou být lepší pracovní podmínky včetně finančního ohodnocení. Varující odpovědí bylo, že k překračování kompetencí dochází kvůli pohodlnosti lékařů, pro které je jednodušší pověřit provedením výkonu sestru. Z výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry mají menší povědomí o občanskoprávní a pracovněprávní odpovědnosti, a dále také, že dochází k porušování povinné mlčenlivosti. Situací, kdy k tomuto porušování dochází, jsou nejčastěji samotné rozhovory zdravotníků mezi sebou. Z výkonů, které všeobecné sestry nemají ve svých kompetencích a provádí je na svých pracovištích, je nejčastější katetrizace močového měchýře u mužů a příprava a podávání transfuzních přípravků bez přítomnosti lékaře. V praxi jsme zjistili, že téma kompetencí je v současné době sice velice diskutovatelné, ale všeobecné sestry nemají přesně ucelený přehled o tom, které kompetence mají bez indikace lékaře, které na základě indikace lékaře a které pouze s odborným dohledem lékaře. Bakalářská práce došla ke splnění všech stanovených cílů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ a M. TREŠLOVÁ. 2010. *Vztah Sestra – Lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

ISBN 978-80-7013-526-6.

BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ. 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-661-5.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2018. Větší kompetence nelékařů? Česká asociace sester představila Ministerstvu zdravotnictví ČR svůj návrh. In: *Medical Tribune* [online]. 28. 8. 2018 [cit. 2018-09-16].

Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/43687-vetsi-kompetence-nelekaru-ceska-asociace-sester-predstavila-ministerstvu-zdravotnictvi-cr-svuj-navrh>

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 484–485. ISSN 1211-1244.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. Vyhláška č. 391 ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2 /2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 137, s. 4360–4375. ISSN 1211-1244.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2004. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 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). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 30, s. 1452–1471. ISSN 1211-1244.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2016. Věstník. Částka 7, s. 2–14. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c7/2016_12350_3442_11.html

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. Zákon č. 201 ze dne 8. června 2017, kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 72, s. 2065–2084. ISSN 1211-1244.

DI CARA, V., T. PETR a P. CHARVÁTOVÁ. 2012. *ICN Code of Ethics for Nurses* [online]. Geneva: International Council of Nurses, aktualiz. 2012-02-11 [cit. 2018-06-11].

Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf

DOBROVODSKÁ, Libuše. 2008. Předepisování léků nelékaři, zejména sestrami. *Florence*. **4**(4), 139-140. ISSN 1801-464X.

HEKELOVÁ, Zuzana. 2015. Změny v kompetencích sester – žhavé téma současnosti. *Florence*. **2015**(11), 3-4. ISSN 1801-464X.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.

MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. 2014. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. *Kontakt*. **16**(2), 132–142. ISSN 1212-4117.

NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL. 2015. *The code for nurses and midwives* [online]. London: Nursing and Midwifery Council, aktualiz. 2015-01-29 [cit. 2017-11-19]. Dostupné z: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>

NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL. 2018. *Standards of proficiency for registered nurses* [online]. London: Nursing and Midwifery Council, aktualiz. 2018-06-18 [cit. 2018-08-06]. Dostupné z:

<https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/education-standards/future-nurse-proficiencies.pdf>

PLEVOVÁ, Ilona et al. 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, Ilona et al. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.

POSPÍŠILOVÁ, Eva a Valérie TÓTHOVÁ. 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-824-5.

PRUDIL, Lukáš. 2017. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-507-9.

SEHNALOVÁ, Jana. 2015. Akceptování kompetencí sester v praxi. *Zdravotnictví a medicína*. **2015**(1), 28–29. ISSN 2336-2987.

ŠNAJDROVÁ, Lenka. 2018. Co děláme pro bezpečí pacientů? *Ošetrovatelství.info* [online]. 9. 2018 [cit. 2018-10-04]. Dostupné z:
<https://www.osetrovatelstvi.info/dnes-je-mezinarodni-den-bezpeci-pacientu/>

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0062-0.

TŘEŠŇÁK, Petr. 2009. Sestřičky na útěku. *CS-magazin.com* [online]. 6. 2009 [cit. 2018-08-12]. Dostupné z: <http://www.cs-magazin.com/index.php?a=a2009061037>

UHEREK, Pavel. 2014. *Povinná mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-476-7.

VÉVODA, Jiří. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

VLČEK, František. 2012. Řízení kompetencí zdravotníků je stále opředeno mnoha mýty. *Zdravotnické noviny*. **61**(7-8), 9. ISSN 0044-1996.

VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1919-3.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. 2009. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3132-2.

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Charakteristika výzkumného souboru
Tab. 2	Identifikace respondentů

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Platná legislativa
Obr. 2	Výkony bez odborného dohledu a bez indikace lékaře
Obr. 3	Výkony bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře
Obr. 4	Výkony pod odborným dohledem lékaře
Obr. 5	Faktory ovlivňující překračování kompetencí
Obr. 6	Odpovědnost všeobecných sester
Obr. 7	Pracovněprávní odpovědnost
Obr. 8	Občanskoprávní odpovědnost
Obr. 9	Porušení povinné mlčenlivosti
Obr. 10	Rizika poskytování ošetrovatelské péče mimo zdravotnické zařízení a mimo své zaměstnání
Obr. 11	Odborné výkony, které nejsou v kompetencích sestry
Obr. 12	Administrativní výkony, které nejsou v kompetencích sestry

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Seznam denních povinností sestry
Příloha B	Etický kodex sester připravený ICN (výňatek)
Příloha C	Příklady paragrafů trestního zákona
Příloha D	Nestandardizovaný rozhovor
Příloha E	Protokoly k výzkumu
Příloha F	Metoda tužka – papír
Příloha G	Předvýzkum
Příloha H	Kazuistika 1
Příloha I	Kazuistika 2
Příloha J	Výstup bakalářské práce – článek

Příloha A

Seznam denních povinností sestry

1. *„Denně utírat prach na nábytku a okenních rámech, zamést a vytřít podlahu.*
2. *Každý den přinést kbelík uhlí a v nemocničním pokoji udržovat stálou teplotu.*
3. *Každý den nalít petrolej do lamp, vyčistit stínidla a přistříhnout knoty.*
4. *Svědomitě se starat o své psací pomůcky a podle potřeby přičezávat hrot pera.*
5. *Sestra, která měla službu, pracovala denně od 7 do 20 hodin. V sobotu měla mezi 12. a 14. hodinou volno.*
6. *Diplomované sestry, které se těšily dobré pověsti u primáře, měly nárok na jeden volný večer v týdnu, aby mohly jít na dostaveníčko. Jestliže chodila sestra pravidelně do kostela, měla každý týden dva volné večery.*
7. *Aby sestra byla zabezpečena ve stáří, musela si z každé výplaty odložit určitou sumu.*
8. *V případě, že sestra kouřila, pila alkoholické nápoje, nechala se ostříhat nakrátko anebo chodila často tančit, primář mohl vyvodit důsledky ohledně její hodnoty a počestnosti.*
9. *Sestra ke svému platu dostala zvláštní příspěvek ve výši pěti centů denně (pokud nebyla nemocnice zadlužená) po pětileté svědomitě vykonávané praxi, při které oddaně sloužila nemocným a lékařům a nedopouštěla se chyb.“*

(Pospíšilová a Tóthová, 2014, s. 21)

Příloha B

Etický kodex sester připravený ICN (výňatek)

„Etický kodex sester připravený ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

1. Sestry a spoluobčan

- Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.*
- Při poskytování péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.*
- Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.*
- Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.*
- Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.*
- Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.*

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

- Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.*
- Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.*
- Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.*
- Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.*
- Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.*

3. Sestry a profese

- 1. Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.*
- 2. Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.*
- 3. Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.*

4. Sestry a jejich spolupracovníci

- Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.*
- Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou“*
(Di Cara, Petr, Charvátová, 2012, s. 1-2).

Příloha C

Příklady paragrafů trestního zákona

„§ 178 hovoří o povinné mlčenlivosti, a to tak, že v případě porušení hrozí sestře odnětí svobody až na tři roky, zákaz činnosti či peněžní pokuta.

Dle § 223 trestního zákona nese trestněprávní odpovědnost sestra, která zavíní svou nedbalostí újmu na zdraví pacienta tím, že poruší svou povinnost, která jí je například uložena zákonem. V tomto případě je trestem buď odnětí svobody až na jeden rok nebo úplný zákaz činnosti.

§ 224 trestního zákona stanovuje, že za těžkou újmu na zdraví či dokonce smrt hrozí pachateli odnětí svobody minimálně na šest měsíců a maximálně na pět let, nebo peněžitá pokuta“ (Vondráček a Wirthová, 2009).

Příloha D

Nestandardizovaný rozhovor

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?
4. Jaká platná legislativa stanovuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání?
5. Jaká platná legislativa stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků?
6. Jaké výkony můžete jako všeobecná sestra provádět bez odborného dohledu a bez indikace lékaře?
7. Jaké výkony můžete jako všeobecná sestra provádět bez odborného dohledu, ale pouze na základě indikace lékaře?
8. Jaké výkony můžete jako všeobecná sestra provádět pouze pod odborným dohledem lékaře?
9. Kvůli kterým faktorům podle Vás nejčastěji dochází k překročení legislativou stanovených kompetencí?
10. Za co podle Vás má všeobecná sestra odpovědnost, když poskytuje ošetrovatelskou péči?
11. Co je pracovněprávní odpovědnost?
12. Co je občanskoprávní odpovědnost?
13. Kdy podle Vás nejčastěji dochází k porušení povinné mlčenlivosti v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče?
14. Jaká rizika podle Vás s sebou přináší poskytování ošetrovatelské péče mimo zdravotnické zařízení a mimo své zaměstnání například rodinným příslušníkům či známým?
15. Které odborné výkony, které nejsou ve Vašich kompetencích, vykonáváte jako všeobecná sestra na vašem pracovišti?
16. Které administrativní výkony, které nejsou ve Vašich kompetencích, vykonáváte jako všeobecná sestra na vašem pracovišti?

Příloha E

Protokoly k výzkumu

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	Kristýna Nešvarová	
Studijní program/obor Ošetrovatelství Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta D16000063	Ročník 3.
Téma práce	Dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Froňková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	12. 2018	
Datum ukončení výzkumu	2. 2019	
Počet oslovených respondentů (personálu)	7	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V Liberci dne 15. 1. 2019

.....
podpis studenta





PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	Kristýna Nešvarová	
Studijní program/obor Ošetrovatelství Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta D16000063	Ročník 3.
Téma práce	Dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Froňková	
Vyřádkování vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	2.2019	
Datum ukončení výzkumu	2.2019	
Počet oslovených respondentů (personálu)	2	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V Liberci dne 15. 1. 2019

.....
podpis studenta





PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	Kristýna Nešvarová	
Studijní program/obor Ošetrovatelství Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta D16000063	Ročník 3.
Téma práce	Dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Froňková	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	2. 2019	
Datum ukončení výzkumu	2. 2019	
Počet oslovených respondentů (personálu)	2	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V Liberci dne 15. 1. 2019

.....
podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Příjmení a jméno studenta	Kristýna Nešvarová	
Studijní program/obor Ošetrovatelství Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta D16000063	Ročník 3.
Téma práce	Dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován		
Jméno vedoucího práce	Mgr. Marie Froňková	
Vyřádění vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ☐ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ☒ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	☒ souhlasím ☐ nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	2.2.2019	
Datum ukončení výzkumu	2.2.2019	
Počet oslovených respondentů (personálu)	3	
Počet oslovených respondentů (klientů)	0	
Příloha: kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)		

V Liberci dne 15. 1. 2019

.....
podpis studenta



Příloha F

Metoda tužka – papír

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

R1: Magisterské.

R2: Podgraduál v Brně. Chirurgická sestra. A střední škola.

R3: Vyšší odborná škola, kterou jsem studovala v Mladé Boleslavi.

R4: Vystudovala jsem vyšší odbornou školu.

R5: Jsem absolventka diplomované sestry, tedy DiS.

R6: Mám vystudovanou ještě starou střední zdravotnickou školu s maturitou.

R7: Střední škola s maturitou.

R8: Vystudovala jsem ještě starou střední zdravotnickou školu s maturitou.

R9: Mám střední školu s maturitou.

R10: Střední škola.

R11: Střední škola a specializace v Brně.

4. Jaká platná legislativa stanovuje podmínky postupů a ujednání týkající se výkonu medicínských zdravotnických povolání?

R1: Já vím, že je to ten zákon... zákon 96/2004 Sb.

R2: No to je to, co jsem měla, protože já jsem v legislativě mála věděla. Nevím. No musel hlavně odmaturovat ten člověk, praktické sestry, a pak si dělají odbornost, že jo.

Aby bylo to byly diplomované sestry, nebo pak k nám chodí i bakaláři, nebo magistři.

R3: Určitě jsem se to učila, ale když si nepamatuji.

R4: To si teď nepamatuji. Na paměť mám, že jsem měla.

R5: Tvořím, že zákon 96/2004 Sb.

R6: Zákon č. 96/2004 Sb.

R7: Tak to teda opravdu nevím, to jde mimo mě.

R8: To nevím.

R9: Nevím to k tomu, že jsem si mluvy nepamatuji.

R10: K tomu, že jsem si mluvy nepamatuji.

R11: Zákon o medicínských zdravotnických povoláních.

5. Jaká platná legislativa stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků?

R1: No tak to nevím. To nevím teda.

R2: No jsou určité v nějakém zákoně. A my to máme ještě stanovené jakoby kompetencemi, co máme od hlavní sestry, co je součástí naší osobní složky. Protože vím, že některé kompetence se jakoby vzhledem od primáře nám i navyšovaly se schválením hlavní sestry, primáře a vrchní sestry. Tady třeba některé sestřičky mají kompetence, že třeba tady u nás by měl cévkování muže provádět pouze lékař, ale došlo třeba k navýšení, že to dělají i třeba staniční sestry. Mají to dané ve své pracovní smlouvě a v kompetencích.

R3: Můžu odpovědět stejně jako při minulé otázce. Pokud bych to potřebovala, najdu si to na internetu.

R4: Myslím, že je to tento zákon č. 262/2006 Sb.

R5: Asi zákoník práce?

R6: Nejsm si jistá, ale myslím, že je to zákon č. 55/2011 Sb.

R7: Některý etický kodex nebo něco? Nebo nevím, opravdu nevím.

R8: To taky nevím teda.

R9: Bohužel musím odpovědět stejně jako u předchozí otázky.

R10: Taky nevím, asi bych musela použít google.

R11: Národní legislativa a vyhlášky, které stanovují ty činnosti.

6. Jaké výkony můžete jako všeobecná sestra provádět bez odborného dohledu a bez indikace lékaře?

R1: Tak jakoby asi ošetrovatelskou péči a jakoby sledování celkového stavu pacienta. Já bych řekla, že to je tak všechno, protože třeba podávání léků, to musím na základě ordinace lékaře. Třeba my tady máme i jako cévkování, že třeba i cévkování musíme mít nejdřív napsaný od lékaře v dekurzu, a teprve až potom to můžeme provést.

R2: Můžeme provádět klyzma, pečovat o dekubity.

R3: Změření fyziologických funkcí, ošetrovat rány, ošetrovat stomie a periferní vstupy, hodnotíme stav pacienta, nacvičujeme s ním soběstačnost.

R4: Sledování pacienta a fyziologických funkcí, provádění nácviku sebeobsluhy, odpovídáme za léky.

R5: No ošetrovatelskou péči – takže hygienickou péči, podávání stravy, měření fyziologických funkcí a tak.

R6: Tak určitě komplexní ošetrovatelskou péči, můžeme aplikovat obklady, cévkovat ženu a dělat různou administrativu.

R7: No tak zavádění periferie, přecévkování, no... víc asi nic.

R8: Tak jako zavádění kanyly, přecévkování pacienta, no, jenom takhle asi.

R9: Můžu u pacienta provádět celkově ošetrovatelskou péči, edukovat ho, cévkovat ženu, kontrolovat životní funkce. A některou administrativu.

R10: Sledovat pacientův stav, sledovat stav pokožky, taky ošetrovat pokožku, edukovat, v rámci své kompetence zajišťovat například také činnosti spjaté s příjmem, propouštěním, nacvičovat s pacientem sebeobsluhu.. víc mě nenapadá.

R11: Můžeme podávat stravu, pečovat o dutinu ústní, pečovat o permanentní močový katétr, bandážovat dolní končetiny, polohovat pacienty, pečovat o PEG, atd.

7. Jaké výkony můžete jako všeobecná sestra provádět bez odborného dohledu, ale pouze na základě indikace lékaře?

R1: No tak navíc teda podávat léky, měřit fyziologické funkce, cévkovat, dávat infuze, měřit EKG, dělat převazy, nevím co dalšího. Odsávat třeba, podle toho, co si vzpomenu, že děláme i tady. Odebírat krev. Měřit hladinu glykémie glukometrem. To je asi všechno.

R2: No tak já pracuji bez odborného dohledu, ale sestřičky, které pracují bez odborného dohledu, tak mohou provádět i.v. injekce, i.m. injekce, s.c. injekce, podávání infuzní terapie, přípravu pacientů na vyšetření. Kdo má navýšené kompetence, tak může zavádět permanentní močové katetry u mužů. Dále můžeme zavádět permanentní močové katetry u žen, zavádět nasogastrické sondy, asistovat u aplikace CŽK, klyzma podáváme, převazy provádíme a pečujeme o dekubity.

R3: Podáváme per os medikaci, infuze, zavádíme ženské permanentní katetry ale dál mě zrovna teď nic nenapadá.

R4: Zdravotní sestra může vykonávat výkony v souladu s indikací od lékaře. Poskytuje základní, specializovanou ošetrovatelskou péči.

R5: Tak určitě podávat léky, ošetrovat dekubity, podávat léky do žíly, dělat glykemický profil a odebírat krev.

R6: No na základě indikace a bez dohledu můžeme podávat léky a infuze, podávat látky injekčně, zavádět PŽK. Můžeme pacientovi dát inhalační terapii, zavést nasogastrickou sondu a samozřejmě ošetrovat rány včetně dekubitů.

R7: No tak i.v. aplikace, odběry i.v., podávání léků.

R8: Podávání léků, zavádění invazí jako jsou kanyly, nasogastrická sonda, atd.

R9: Podávat léky ve všech formách, podávat infuzní terapii, ošetrovat pacientovi dekubity a podávat kyslík.

R10: Podávat kyslík, podávat léky, odebírat krev a jiný biologický materiál, zavádět PMK ženě.

R11: Podávat pacientům léky, aplikovat infuzní terapii, aplikovat ATB i.v., aplikovat léky s.c., i.m., provádět u pacientů klyzma, pečovat o dekubity a celkově pečovat o rány, zapisovat to do zdravotnické dokumentace.

Příloha G Předvýzkum

Kategorizace a analýza výsledků z rozhovoru

Otázky rozhovorů byly rozděleny do následujících osmi kategorií. Výsledky byly následně zpracovány do tabulek a schémat a doplněny o úryvky rozhovorů.

Kategorie I – Identifikace

Kategorie II – Legislativa

Kategorie III – Kompetence

Kategorie IV – Faktory

Kategorie V – Odpovědnost

Kategorie VI – Povinná mlčenlivost

Kategorie VII – Ošetrovatelská péče mimo zdravotnické zařízení

Kategorie VIII – Překračování kompetencí

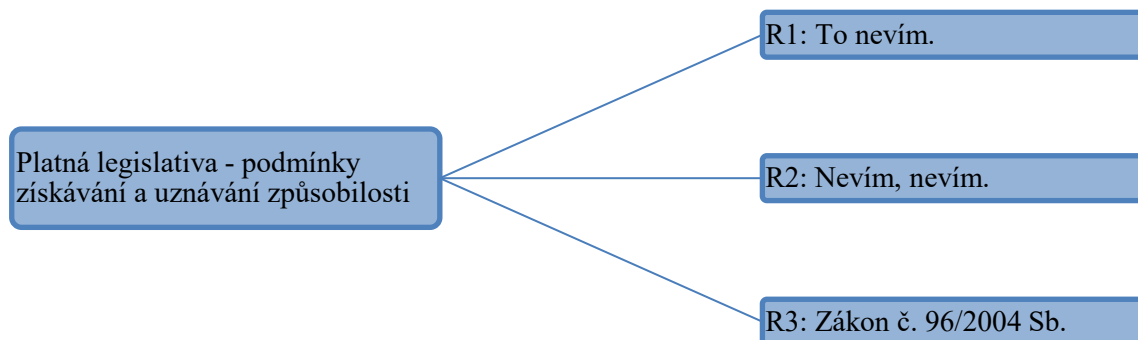
Kategorie I – Identifikace

Tabulka 1 Identifikace respondentů

	věk	nejvyšší dosažené vzdělání	délka praxe ve zdravotnictví
R1	35	středoškolské	7 let
R2	26	vysokoškolské – Bc	4 roky
R3	25	vyšší odborné – DiS.	2 roky

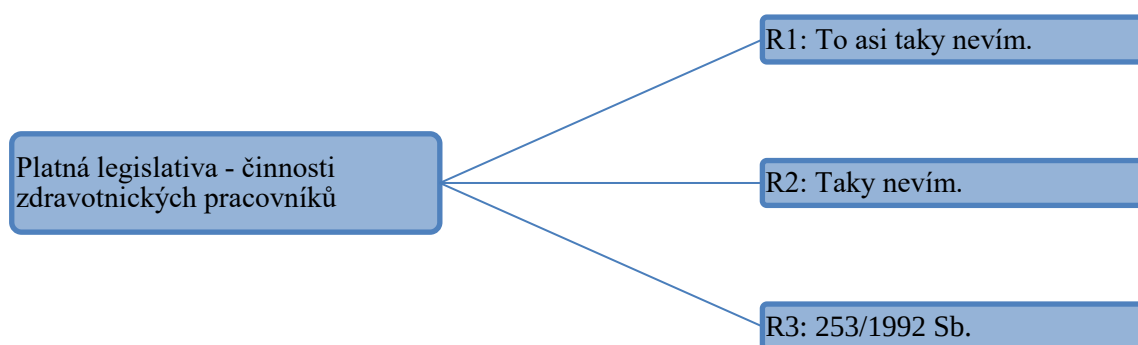
V tabulce 1 jsou znázorněné respondentky z předvýzkumu. Všechny jsou ženského pohlaví ve věku 25–35 let se vzděláním jak vysokoškolským (bakalářským), vyšším odborným, tak středoškolským dle systému vzdělávání, který již neplatí. Jejich praxe ve zdravotnictví se pohybuje mezi 2–7 lety.

Kategorie II – Legislativa



Obrázek 1 Platná legislativa stanovující podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání

Ve druhé kategorii bylo naším cílem zjistit, jak všeobecné sestry znají platnou legislativu, která stanovuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání a jak všeobecné sestry znají platnou legislativu, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Obrázek 1 nám ukázal, že dotazované respondentky legislativu stanovující podmínky neznaly a nevěděly, kde by ji hledaly, pouze respondentka č. 3 uvedla, že podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání stanovuje zákon č. 96/2004 Sb.

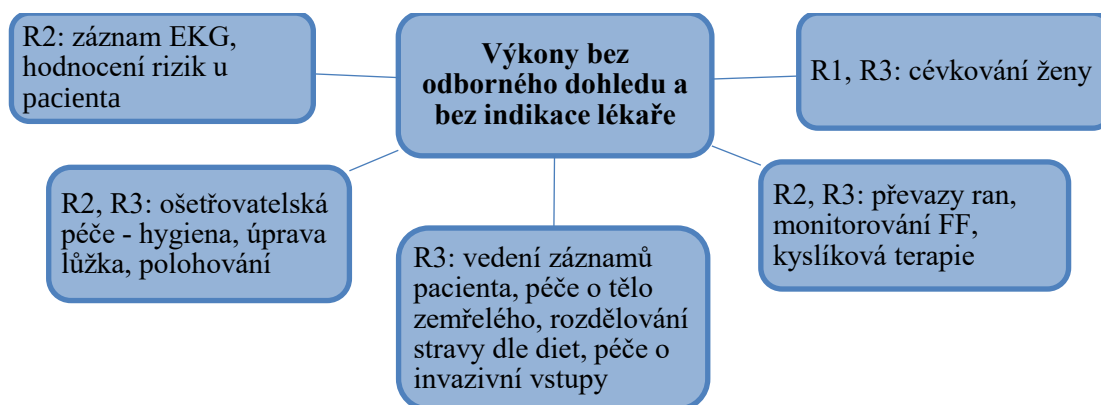


Obrázek 2 Platná legislativa stanovující činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Druhý obrázek nám znázornil, jak všeobecné sestry znají aktuální platnou legislativu, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Na základě odpovědí dotazovaných čtyř respondentek v předvýzkumu se ukázalo, že ani tato legislativa jim není známá, pouze respondentka č. 3 uvedla, že by tyto činnosti hledala

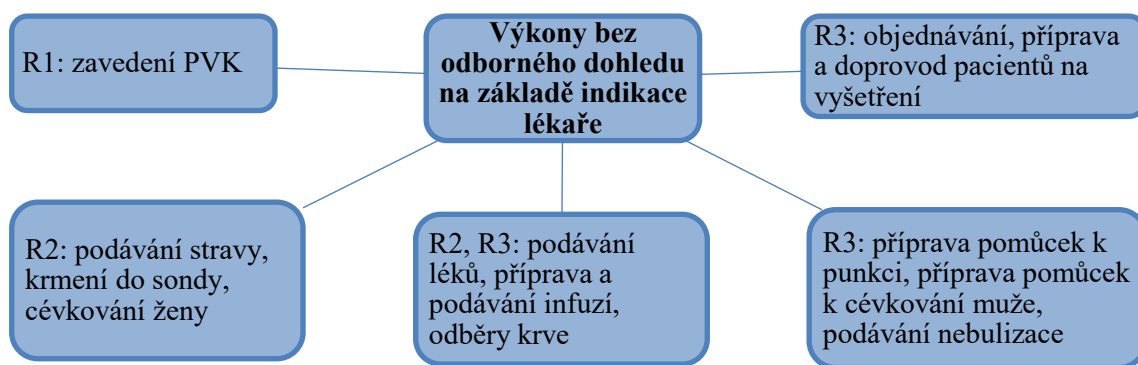
v Nařízení vlády č. 253/1992 Sb. Toto Nařízení vlády je však o platových poměrech zaměstnanců orgánů státní správy, některých dalších orgánů a obcí.

Kategorie III – Kompetence



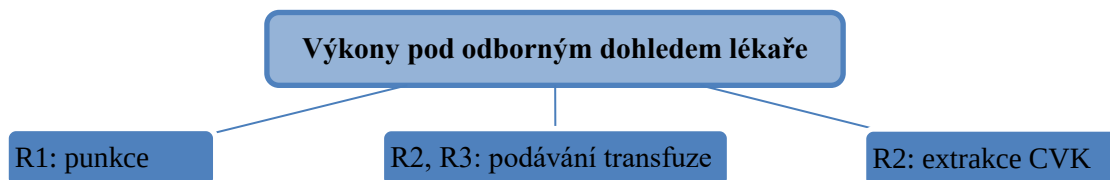
Obrázek 3 Výkony bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

Podle obrázku č. 3 můžeme sledovat odpovědi respondentek na otázku, jaké výkony může všeobecná sestra vykonávat bez odborného dohledu i bez indikace lékaře. R1 uvedla stejně jako R3, že mezi tyto kompetence patří zavádění permanentního močového katétru ženě. Respondentky 2 a 3 se dále shodovaly v kompetencích jako kyslíková terapie, ošetrovatelská péče u pacienta zahrnující hygienickou péči, úpravu lůžka pacienta a polohování pacienta, převazy ran a měření fyziologických funkcí. R2 uvedla navíc také hodnocení rizik u pacienta, jako je například hodnocení rizika pádu a dále záznam EKG. Respondentka 3 navíc zmínila rozdělování stravy podle diet, vedení všech záznamů pacienta, péče o tělo zemřelého a péči o invazivní vstupy.



Obrázek 4 Výkony bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

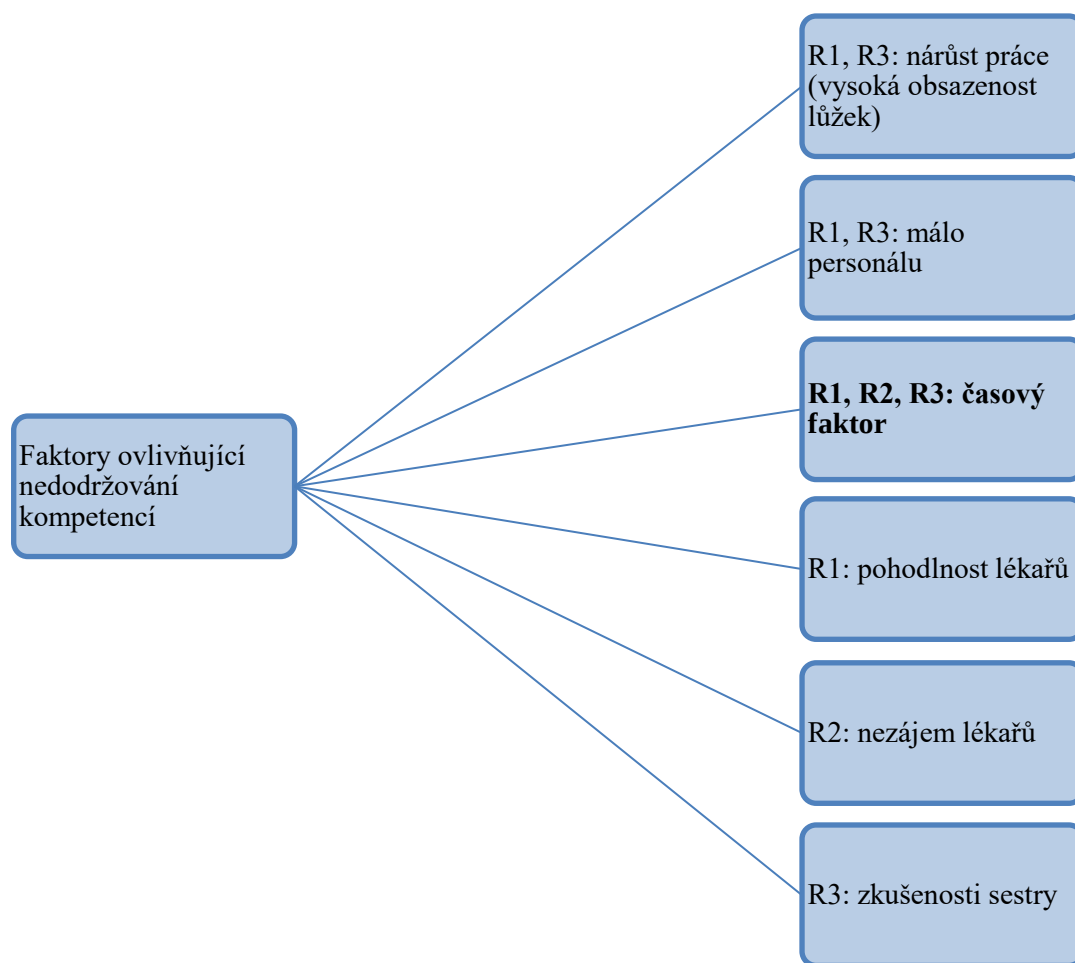
Na základě obrázku č. 4 můžeme sledovat odpovědi respondentek na otázku, jaké výkony mohou provádět sice bez odborného dohledu, ale pouze na základě indikace lékaře. Respondentka 2 a 3 se shodly, že mohou podávat léky, připravovat a podávat infuze a odebírat arteriální i kapilární krev. Respondentka 1 mezi tyto kompetence řadí i zavedení periferního venózního katétru (PVK). Respondentka 2 se domnívá, že do těchto výkonů patří také podávání stravy, a to včetně krmení do sondy a zavedení permanentního močového katétru ženské pacientce. Respondentka 3 doplnila tyto výkony ještě o objednávání, přípravu a doprovod pacientů na vyšetření, přípravu pomůcek k punkci a k cévkování muže a podávání nebulizace.



Obrázek 5 Výkony pod odborným dohledem lékaře

Co se týče výkonů, které může všeobecná sestra vykonávat pouze pod odborným dohledem lékaře, dotazované respondentky 2 a 3 se obě domnívají, že je to především podávání krevních derivátů, tedy transfuze. Respondentka 1 se domnívá, že mezi tyto výkony, kde je nutný dohled lékaře, patří punkce a respondentka 3 doplnila tyto výkony o extrakci centrálního venózního katétru.

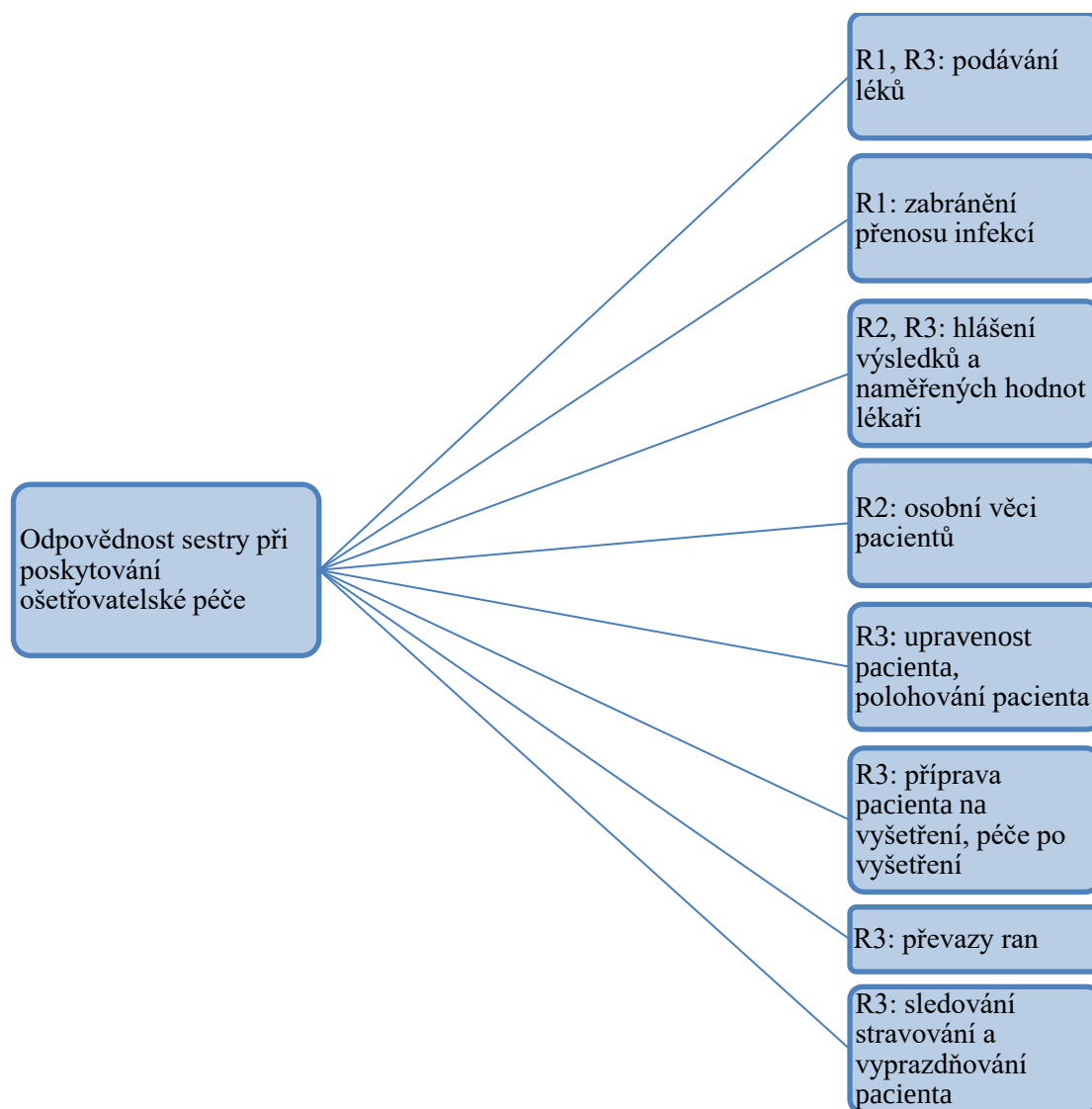
Kategorie IV – Faktory



Obrázek 6 Faktory ovlivňující nedodržování kompetencí

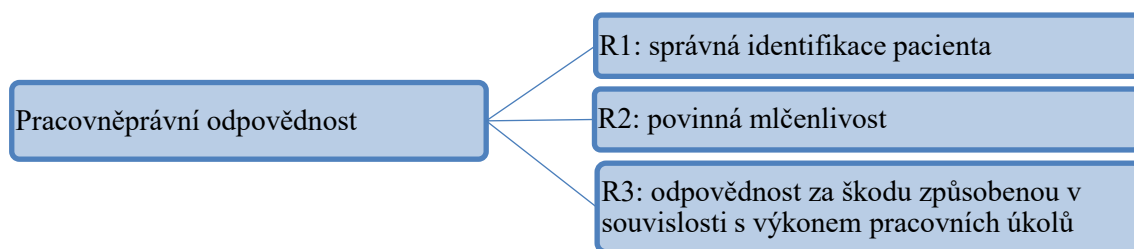
Dle výše uvedeného schématu je zřejmé, že nejčastějším faktorem, kvůli kterému dochází dle všeobecných sester k překračování legislativou stanovených kompetencí, je časový faktor. Respondentky udávají, že kvůli tomu, aby si ušetřily čas, je mnohdy nutné udělat potřebný výkon bez lékaře. Dalším faktorem, ve kterém se respondentky až na R2 shodly, je nárůst práce, a to především kvůli vysoké obsazenosti lůžek. Dále je to nedostatek personálu, a to jak ošetrovatelského personálu, tak i lékařů. Mezi další faktory patří potom nezájem lékařů a případně i tak vysoké zkušenosti sester, že je pro lékaře pohodlnější nechat výkon na nich.

Kategorie V – Odpovědnost



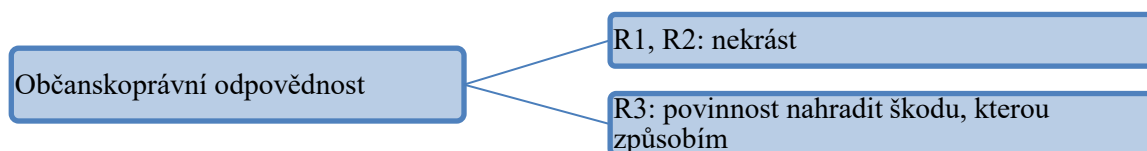
Obrázek 7 Odpovědnost všeobecných sester při poskytování ošetrovatelské péče

Obrázek 7 znázorňuje schéma pro otázku, za co má všeobecná sestra odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče. Respondentky se až na R2 shodly, že mají odpovědnost za to, co pacientovi podávají – a to především správné podání léků, které lékař ordinoval. Dále se respondentky shodly kromě R1 v tom, že jsou také zodpovědné za měření, ale především za nahlášení lékaři veškerých výsledků měření a výsledků z laboratoře.



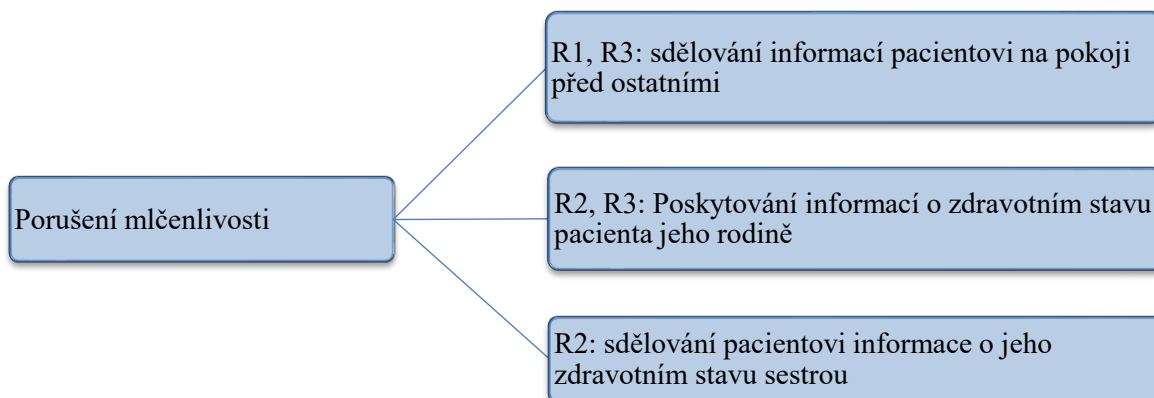
Obrázek 8 Pracovněprávní odpovědnost

Výše znázorněné schéma znázorňuje, co vidí respondentky pod pojmem pracovněprávní odpovědnost a je evidentní, že se ani v jedné odpovědi neshodují.



Obrázek 9 Občanskoprávní odpovědnost

Kategorie VI – Povinná mlčenlivost

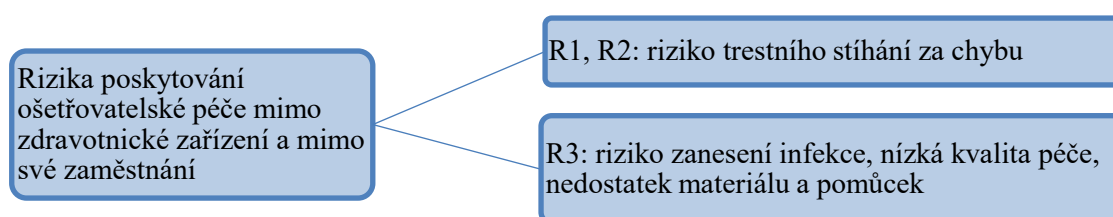


Obrázek 10 Nejčastější situace, ve kterých je porušena povinná mlčenlivost

Ve výše uvedeném schématu se objevují nejčastější situace, ve kterých podle respondentek dochází k porušování povinné mlčenlivosti. Respondentky 1 a 3 se domnívají, že je to při sdělování informací pacientům o jejich zdravotním stavu na pokoji, kde mohou být i ostatní pacienti, ale například i jejich návštěvy a není tam soukromí

pouze ve smyslu zdravotník – pacient. Respondentka 2 se naopak domnívá, že jako všeobecná sestra vůbec nemá právo pacientovi podávat informace o jeho zdravotním stavu a jeho léčbě – tedy že je to kompetence lékaře. Respondentky 2 a 3 se také shodly v tom, že k porušování povinné mlčenlivosti dochází i v souvislosti s poskytováním informací rodinným příslušníkům pacienta.

Kategorie VII – Ošetřovatelská péče mimo zdravotnické zařízení

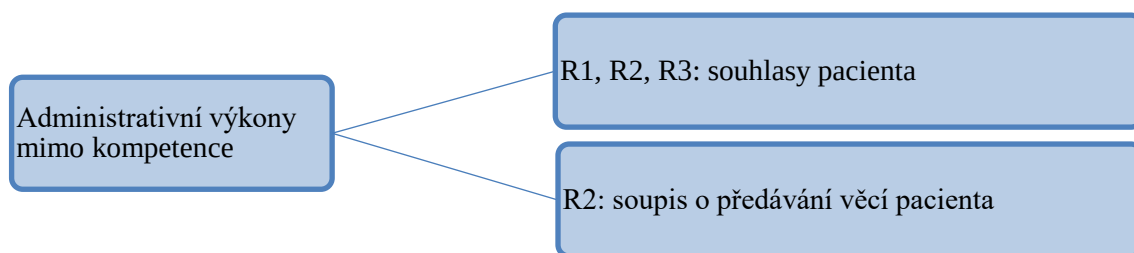


Obrázek 11 Rizika poskytování ošetřovatelské péče mimo zdravotnické zařízení

Kategorie VIII – Překračování kompetencí



Obrázek 12 Odborné výkony mimo kompetence sester



Obrázek 13 Administrativní výkony mimo kompetence sester

Na základě výše zobrazeného obrázku je dobře znázorněno, že nejčastějším administrativním výkonem, který není v kompetenci všeobecných sester, ale na oddělení dotazovaných respondentek je velmi běžný, je vyplňování souhlasů pacientů. Jsou to jak souhlasy pacientů s hospitalizací, tak souhlasy s transfuzí a souhlasy s různými vyšetřeními.

Příloha H

Kazuistika 1

„Causa č. 11 Ztráta zubní protézy

Podání: Věc: Stížnost na sestry a žádost o urychlené zhotovení zubní protézy

"...Byl jsem hospitalizován na ortopedickém oddělení, odkud jsem byl dne 15. 3. 2006 přeložen k provedení katetrizace. Při provedení katetrizace došlo ke ztrátě mé horní zubní protézy, kterou mi sestra vzala z pusy a zabalila do gázy. Když jsem po výkonu chtěl zuby zpátky, už jsem je nedostal a nikdo nevěděl, kam se poděly. Žádám o okamžité zhotovení horní zubní protézy, kterou mě sestry ztratily, protože se jinak nemůžu ani pořádně najíst a jiné zuby náhradní nemám..."

Skutkový stav věci: Pacient byl hospitalizován na ortopedickém oddělení, kde byla provedena operace kyčelního kloubu. Pooperační průběh rušen kardiální příhodou, pro kterou byl pacient přeložen na kardiologické oddělení, kde byla indikována katetrizace, která byla následně provedena. Na katetrizačním sálku sestra pacientovi odebrala horní zubní protézu, kterou měl pacient necelý rok novou, a převzala ji do své péče. Po ukončení výkonu byl pacient převezen na lůžko. Zubní protéza však již pacientovi nebyla předána a také se nenašla ani na kardiologickém lůžku, ani na katetrizačním sálku.

Diskuze: Prokazatelně měl pacient zubní protézu na ortopedickém oddělení, a ještě při příchodu na lůžko kardiologie. Prokazatelně pacient odevzdal protézu sestře, tedy dále s ní nemohl volně nakládat. S určitostí se nepodařilo zjistit, kdy a kde ke ztrátě zubní protézy došlo. Pacientovi oprávněně vznikl nárok na úhradu škody, neboť novou zubní protézu zdravotní pojišťovna odmítla uhradit, protože na to pacient neměl ještě nárok. Zubní protézu muselo uhradit zdravotnické zařízení. Vzhledem ke skutečnosti, že nebylo možné zjistit konkrétního viníka, nemohla být volána k odpovědnosti konkrétní sestra, ale také nebylo možné postihnout všechny sestry, které ten den sloužily.

Závěr: Pacient předal zubní protézu sestrám, přičemž po tomto převzetí za ni zdravotnické zařízení nese odpovědnost. Ztrátou protézy vznikla škoda, kterou musí zdravotnické zařízení uhradit" (Vondráček a Vondráček, 2006, s. 38-39).

Příloha I

Kazuistika 2

„Causa č. 8 Úhrada ztracených věcí

Podání: „Žádám o úhradu škody, která mi vznikla při léčebném pobytu na ortopedickém oddělení Vaší nemocnice. V nočním stolku jsem měl mobil, občanský průkaz a náprsní tašku s 950 Kč. Byl jsem na pokoji s dvěma pacienty, z nichž jeden nebudil důvěru a choval se asociálně – kouřil na pokoji, nedodržoval hygienu, nemyl se a smrděl. Chodily za ním návštěvy, a to v kteroukoliv dobu, takže jsem často nemohl ani spát. Když za ním přišla návštěva, drželi jsme si věci v ruce. Opakovaně jsem žádal, aby byl tenhle člověk propuštěn, když nedodržuje nemocniční řád, nebo abych byl umístěn na jiném pokoji, ale nebylo mi vyhověno, i když jsem nesnášel kouř z cigaret. Po nějaké době byl pacient propuštěn, protože o to sám požádal. Ihned po jeho odchodu z pokoje jsem zjistil, že mi chybí věci z nočního stolku, které mi zmizely, když jsem byl na záchodě. Hned jsem běžel za sestrou, aby zabránila jeho odchodu a tím zachránila mé věci. Sestra to neučinila a odmítla mě s tím, že je to pouze moje věc, a mě vznikla značná škoda. Chci úhradu 950 Kč, mobilu za 4500 Kč, náprsní tašky, která byla skoro nová za 200 Kč a úhradu každé škody, kdyby mi vznikla zneužitím mého občanského průkazu.“

Skutkový stav věci: Na třílůžkovém pokoji byli tři pacienti, z nichž jeden skutečně nedodržoval řád, ale nebylo možné ho propustit pro nedodržování léčebného postupu a soustavné hrubé porušování domácího řádu, neboť propuštěním by mohlo dojít ke zhoršení jeho stavu. Propuštěn byl až po konfliktech s ostatními pacienty na vlastní žádost, po poučení a podepsání negativního reverzu. Při šetření bylo dodatečně zjištěno, že po návštěvách zmíněného pacienta chyběly věci na oddělení i pacientům. Nikdo nic nehlásil v obavě, že bude nařčen z rasismu, a proto, že nebylo možné dokázat, kdo věci odnesl. Pacientovi J. Novákovi se skutečně, jak bylo svědecky dokázáno, z nočního stolku věci ztratily. Pacient byl při přijetí poučen, že cennosti a větší peněžní částky si má uložit v ústavním trezoru a také byl poučen, že za věci, které si nechá u sebe, nemocnice neodpovídá.

Závěr: Zdravotnické zařízení oprávněně odmítlo úhradu odcizených věcí, které mohl pacient dát do úschovy ústavního trezoru. Sestry, které v den krádeže věcí sloužily, neporušily žádnou svoji povinnost, proto nebyly volány odpovědnosti“ (Vondráček a Vondráček, 2006, s. 33).

Problematika dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi

Souhrn: Kompetence všeobecných sester jsou v dnešní době aktuálním tématem ve zdravotnictví. Vzhledem k neustále se měnící legislativě mnohdy nejsou kompetence ani jasně vymezené. Pro velký nedostatek zdravotnického personálu také velmi často může dojít právě k jejich překračování. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda všeobecné sestry znají své kompetence vymezené legislativou. Dále bylo cílem vymežit faktory, které vedou k překračování kompetencí a zjistit znalosti všeobecných sester o své odpovědnosti za překračování kompetencí. Posledním cílem bylo zjistit výkony, u kterých se nejčastěji kompetence překračují. Výzkum byl kvalitativní a výzkumnou metodou byly nestandardizované rozhovory. Samotný výzkumný vzorek pro výzkum tvořilo jedenáct respondentek. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že všeobecné sestry mají povědomí o svých kompetencích, ale neznají platnou legislativu. Z odpovědí respondentek také vyplynulo, že největším faktorem vedoucím k překračování kompetencí je nedostatek zdravotnického personálu. Výzkum také přinesl zjištění, že v praxi dochází k porušování povinné mlčenlivosti, na což by měl být brán do budoucna zřetel.

Klíčová slova: kompetence, překračování kompetencí, využívání kompetencí, právní odpovědnost

The issue of compliance with nurses' authority in practice

Summary: The authority of nurses has been recently a topical issue in health care. Due to the constantly changing legislation, nurses' authority is often not clearly defined. The great lack of medical staff also very often causes the exceeding of nurses' authority. The aim of the research was to find out whether nurses know their authority defined by the legislation. Furthermore, the aim of this work was to define the factors that lead to the exceeding of the nurses' authority and to identify the nurses' knowledge of their responsibility for exceeding their authority. The last goal was to determine the performances where the nurses' authority is exceeded most frequently. The research was qualitative, and a non-standardized research method was used. The research sample consisted of eleven respondents. Research has shown that nurses are aware of their authority but do not know the legislation in force. Respondents' responses also revealed that the biggest factor leading to the exceeding of the nurses' authority is the lack of medical staff. The research has also found that there had been a breach of confidentiality in practice, which should be taken into account in the future.

Keywords: authority, authority exceeding, use of authority, legal responsibility

Úvod

Profese všeobecné sestry dnes patří do zdravotnických profesí, které jsou regulovány na úrovni Evropské unie. Díky tomu, že Česká republika je členem Evropské unie, došlo k převedení vzdělávání všeobecné sestry ze středoškolské na terciální úroveň. V současné době v České republice může povolání všeobecné sestry vykonávat osoba, která prošla odborným, minimálně tříletým, vzdělávacím procesem. Směrnice Evropské unie dále ukládají požadavky na počet teoretických a praktických hodin výuky a požadavky na obory a předměty výuky (Brůha a Prošková, 2011). Problematika kompetencí všeobecných sester je v dnešní době stále velmi aktuálním a diskutovaným tématem. Důvodem je často se měnící legislativa a nové změny ve vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Kompetence všeobecných sester i všech ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků jsou zakotveny v platné legislativě. V praxi ale i přesto dochází k tomu, že jsou všeobecné sestry pověřovány úkony, které jsou v kompetencích méně kvalifikovaného personálu, nebo v opačném případě dokonce v kompetencích lékaře. Nedodržování kompetencí může ve svém důsledku ohrozit pacienty, jelikož ne ke všem úkonům mají všeobecné sestry dostatečné vzdělání. V souvislosti s tím překračování kompetencí ohrožuje i samotnou sestru, která nese právní odpovědnost za veškeré kroky, které učiní. Součástí bakalářské práce na téma **Dodržování kompetencí všeobecných sester v praxi** byla empirická část, jejíž výstup bude popsán v následujícím textu.

Metodika výzkumu:

K výzkumu bakalářské práce byly stanoveny následující čtyři cíle:

1. Zjistit, zda všeobecné sestry znají své kompetence dané legislativou.
2. Zjistit faktory, které v praxi ovlivňují nedodržování kompetencí všeobecných sester.
3. Zjistit znalosti všeobecných sester o své odpovědnosti za překračování svých kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče.
4. Zjistit výkony, u kterých jsou nejčastěji překračovány kompetence.

Pro empirickou část práce byl zvolen kvalitativní výzkum v podobě nestandardizovaných rozhovorů. Ty byly realizovány na standardních chirurgických

a interních lůžkových odděleních. Pro případné úpravy byl proveden předvýzkum se třemi respondentkami. Vzorek výzkumné části pak tvořilo jedenáct respondentek. Celkem rozhovor tvořilo šestnáct otázek.

První část byla identifikační. Oslovené respondentky byly ženy ve věku 23-55 let se vzděláním převážně středoškolským zakončeným maturitní zkouškou. Jejich praxe ve zdravotnictví se pohybuje mezi 3-35 lety. Dále byly otázky zaměřené přímo na cíle výzkumu. Data získaných rozhovorů jsme následně zpracovávaly pomocí techniky kódování, konkrétně pomocí metody tužka – papír.

Diskuze:

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry znají své kompetence dané legislativou.

Respondentek jsme se ptali na platnou legislativu, která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků. Devět z jedenácti respondentek neznalo odpověď. V současné době tyto činnosti stanovuje Vyhláška 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška je novelou Vyhlášky 55/2011 Sb.

Dále jsme se snažili zmapovat konkrétní výkony, které všeobecné sestry považují za své kompetence. Na **výkony bez odborného dohledu a bez indikace lékaře** bylo nejčastější odpovědí provádění celkové ošetrovatelské péče, sledování celkového stavu pacienta, sledování fyziologických funkcí a nácvik soběstačnosti s pacientem. Ve srovnání s vyhláškou byly tyto odpovědi správné, stejně jako polohování, hodnocení a ošetřování ran, stomií, periferních vstupů a edukace pacientů. Nesprávně se respondentky domnívaly, že mohou bez indikace lékaře zavádět permanentní močový katétr ženským pacientkám, zavádět periferní venózní katetry a provádět klyzma. K výkonům prováděným **na základě indikace lékaře** dle dotazovaných sester patří odběry krve a jiného biologického materiálu či injekční terapie, zahrnující intravenózní, intramuskulární a subkutánní aplikaci léčiv. Dále ošetřování ran včetně dekubitů, infuzní terapie či podávání léků dle ordinace lékaře. Na těchto odpovědích se opět shodovalo až devět respondentek z jedenácti. Další částou odpovědí bylo zavedení nasogastrické sondy nebo aplikace inhalační terapie. V samotné vyhlášce stojí, že všeobecná sestra bez odborného dohledu na základě indikace lékaře může „*zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii*“ a „*zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů*“.

všech věkových kategorií“ (Česko, 2011). Třetí oblastí této otázky byly výkony, které všeobecná sestra provádí pouze **pod odborným dohledem lékaře**. Nejčastěji respondentky správně uváděly aplikaci transfuzí a krevních derivátů pacientům. Vyhláška uvádí konkrétně, že všeobecná sestra může pod odborným dohledem „*aplikovat nitrožilně krevní deriváty*“ (Česko, 2011). Nesprávnou odpovědí v této části bylo zavádění permanentního močového katétru mužům, stejně jako zavádění centrálního žilního katétru či perkutánní endoskopické gastrostomie.

V rámci prvního výzkumného cíle jsme zároveň mapovali znalosti všeobecných sester o legislativě, která stanovuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Dnes je touto legislativou Zákon č. 284/2018 Sb., ale žádná z dotazovaných respondentek jej neuvedla a neuvedla ani Zákon č. 201/2017 Sb., který byl platný ještě v době zahájení výzkumného šetření. Tři respondentky z jedenácti uváděly Zákon č. 96/2004 Sb.

Druhým výzkumným cílem bylo stanovit faktory, které v praxi ovlivňují nedodržování kompetencí všeobecných sester. Zajímalo nás především, jak danou situaci vidí všeobecné sestry.

Šest respondentek uvedlo, že hlavním faktorem je **nedostatek personálu**, a to jak lékařů, tak nelékařských zdravotnických pracovníků. Dalšími faktory byl **nedostatek času**, přičemž šlo hlavně o nedostatek času sester, které, než by čekaly dlouhou dobu na lékaře, raději provedou výkon samy. Zajímavým faktem je, že dvě z dotazovaných respondentek se domnívají, že všeobecné sestry své kompetence dodržují, a tak nedochází k jejich překračování. Tyto faktory můžeme porovnat například s výzkumem Sehnalové. Z výsledků je patrné, že k překračování kompetencí dochází spíše kvůli tomu, že všeobecné sestry své kompetence dostatečně neznají (Sehnalová, 2015). Výzkum Mikšové přinesl podobné informace. Bylo zjištěno, že při překračování kompetencí je situace nejhorší právě u všeobecných sester. Ty jsou na jedné straně pověřovány k vykonávání činností, které jsou v kompetencích lékařů, a na straně druhé jsou pověřovány vykonáváním činností méně kvalifikovaného personálu (Mikšová, 2014).

Za **třetí výzkumný cíl** jsme si stanovili zjistit znalosti všeobecných sester o své odpovědnosti za překračování svých kompetencí při poskytování ošetrovatelské péče. Konkrétně jsme spíše mapovali, zda všeobecné sestry vědí, za co mají odpovědnost při poskytování péče. Zda mají povědomí o tom, co je občanskoprávní odpovědnost,

pracovněprávní odpovědnost a za jakých okolností dochází podle respondentek k porušování povinné mlčenlivosti. Jednou z otázek také bylo, zda si respondentky uvědomují nějaká rizika, která s sebou nese poskytování ošetrovatelské péče mimo zdravotnické zařízení a mimo své zaměstnání, například rodinným příslušníkům či známým a přátelům.

Všeobecná sestra má při poskytování ošetrovatelské péče především odpovědnost za to, že všechny výkony provádí v souladu s platnými předpisy, tedy lege artis (Vondráček a Vondráček, 2006). Jistě by se nemělo zapomínat ani na to, že sestra je povinna dodržovat a neporušovat povinnou mlčenlivost. Porušování povinné mlčenlivosti je hodnoceno jako trestný čin, o čemž vypovídá i následující úryvek z literatury, kde se nejprve uvádí trest odnětí svobody až na tři roky nebo zákaz činnosti. „*Stejně bude potrestán, kdo, byť i z nedbalosti, poruší státem uloženou nebo uznanou povinnost mlčenlivosti tím, že neoprávněně zveřejní, sdělí nebo zpřístupní třetí osobě osobní údaje získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, jíž se osobní údaje týkají*“ (Prudil, 2017, s. 141). Na základě těchto faktů by se neměly podceňovat odpovědi respondentek na otázku, kdy podle nich nejčastěji dochází k porušování povinné mlčenlivosti. Nejčastější odpovědí bylo, že k tomu dochází **při rozhovorech mezi zdravotníky** před pacienty, na jiných odděleních a na veřejnosti. Další častou odpovědí bylo podávání informací o zdravotním stavu pacienta jeho rodině samotnou sestrou. Všeobecné sestry by měly vědět, že podávat informace by měly pouze ty, které se týkají ošetrovatelské péče, nikoliv zdravotního stavu, plánované léčby či prognózy onemocnění. Pouze dvě respondentky uvedly telefonickou komunikaci s rodinou pacienta, což naopak Vondráček a Wirthová ve své publikaci považují za velmi častý případ porušení povinné mlčenlivosti. Za nejčastější případ však považují nedbalostní zpřístupnění zdravotní dokumentace pacienta sestrou, například když sestra dokumentaci zapomene na volně přístupném místě (Vondráček a Wirthová, 2009).

U **čtvrtého výzkumného cíle** jsme chtěli zjistit konkrétní odborné a administrativní výkony, které nejsou v kompetencích všeobecné sestry, ale dotazované respondentky je na svých pracovištích běžné provádí.

Častou odpovědí na obě otázky bylo, že žádné takové výkony nejsou, a setkali jsme se i s odmítnutím odpovědět. Nicméně i tak tři respondentky uváděly, že na svých odděleních **zavádí permanentní močové katétry mužům**. Dvě respondentky uvedly, že

připravují a podávají bez lékaře transfuze, a to především z toho důvodu, že lékař nemá čas se na oddělení dostavit. Z administrativních výkonů bylo mezi odpověďmi například **přidělování diet pacientům a podepisování informovaných souhlasů** které by měl s pacienty vyplňovat lékař. Z literatury vyplývá, že sklon pověřovat sestry výkony, které jsou v kompetencích lékařů, mají nejčastěji mladší lékaři. Konkrétně se jedná o výkony typu převazů, ošetřování ran. Dle lékařů jsou toto nejčastější výkony, které mimo svou kompetenci sestry vykonávají. Když se zaměříme na kompetence, které by lékaři sestrám předali, jedná se podle literatury nejčastěji o administrativní výkony, jako například vypisování žádanek, zpracovávání výkazů pro zdravotní pojišťovny, ordinování běžných léků, aplikaci transfuzí či menší chirurgické zákroky (Bártlová, Chloubová a Trešlová, 2010).

Závěr a doporučení pro praxi

Výsledky práce ukazují, že všeobecné sestry mají povědomí o svých kompetencích, ale neznají platnou legislativu, která je stanovuje, a neznají legislativu, která se zabývá vzděláváním a získáváním způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Dále z provedeného výzkumu vyplývá, že nejčastějším faktorem, proč k překračování kompetencí dochází, je nedostatek personálu, což je v dnešní době ale všeobecně velkým problémem. Dalo by se v tom vidět souvislosti, jelikož když jsou všeobecné sestry přetěžovány a je na ně nátlak, že často překračují své kompetence, sestry potom z nemocnice odchází, což vede k nedostatku personálu.

Na základě zjištěných poznatků v této práci by bylo vhodné seznamovat lépe všeobecné sestry, ale i lékaře s právními předpisy, s aktuální platnou legislativou, která stanovuje jejich kompetence, které odpovídají také dosaženému vzdělání v oboru. Přínosem by bylo také pravidelné monitorování dodržování kompetencí sester v praxi a správné poučení sester, jaká rizika hrozí v případě nedodržování a porušování. Více by se mělo dbát také na dodržování povinné mlčenlivosti, aby nedocházelo k jejímu porušování. Všeobecným sestrám by mohlo být doporučeno dobře znát své kompetence a v rámci ochrany především sebe a pacientů je nepřekračovat. Nebát se prosadit, že tento výkon není v jejich kompetencích a z toho důvodu ho neprovést na vlastní zodpovědnost. Všeobecné sestry by měly především eliminovat podávání transfuzních přípravků a krevních derivátů pacientům bez přítomnosti lékařů, a to i přesto, že si k provedení tohoto výkonu věří. Dále by bez příslušného vzdělání neměly katetrizovat močový měchýř u mužů, aby nedošlo k poškození pacienta či případným

komplikacím. Výsledkem by bylo, že se takto všeobecné sestry budou chránit před případným pochybením a následným stížnostem a obviněním. Povede to i ke zvýšení bezpečí pacientů a k tomu, aby nedocházelo k přetěžování všeobecných sester včetně syndromu vyhoření.

Zdroje:

BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ a M. TREŠLOVÁ. 2010. *Vztah Sestra – Lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-526-6.

BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ. 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-661-5.

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 484–485. ISSN 1211-1244.

MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. 2014. Naplňování kompetencí členů ošetrovatelského týmu. *Kontakt*. **16**(2), 132–142. ISSN 1212-4117.

PRUDIL, Lukáš. 2017. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-507-9.

SEHNALOVÁ, Jana. 2015. Akceptování kompetencí sester v praxi. *Zdravotnictví a medicína*. **2015**(1), 28–29. ISSN 2336-2987.

VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. 2006. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1919-3.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. 2009. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3132-2.